

■ Diekmann · Lipp · Meier
im Auftrag des VGT e.V. (Hrsg.)

Der Mensch im Mittelpunkt

Berichte

- 11. Vormundschaftsgerichtstag
- Göttinger Workshop zur
Sachverhaltsaufklärung nach § 8 BtBG



VormundschaftsGerichtstag e.V.



Bundesanzeiger
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Herausgeber

Vormundschaftsgerichtstag e.V.
Kurt-Schumacher-Platz 9
44787 Bochum

Telefon: 0234-640 65 72
Fax: 0234-640 89 70

E-Mail: vgt-ev@vgt-ev.de
www.vgt-ev.de

ISBN: 978-3-89817-852-5

© 2010 Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H., Köln

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Dies gilt auch für die fotomechanische Vervielfältigung (Fotokopie/Mikrokopie) und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Herstellung: Günter Fabritius

Satz: starke+partner, Willich

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Media-Print Informationstechnologie GmbH, Paderborn

Printed in Germany

Vorwort

Der **11. Vormundschaftsgerichtsgerichtstag, der vom 13. bis 15. November 2008** in Erkner stattfand, beschäftigte sich mit dem Thema „Der Mensch im Mittelpunkt“. Die Diskussion, die auf dem vorherigen, dem 10. Vormundschaftsgerichtstag, unter der Überschrift „Qualität im Betreuungswesen“ geführt wurde, wurde damit fortgesetzt. Leitend war dabei der Gedanke, dass nachhaltige Qualität nur erreicht werden kann, wenn der der Betreuung bedürftige Mensch tatsächlich im Mittelpunkt steht.

Betreuerinnen und Betreuer haben die Angelegenheiten der Betreuten so zu besorgen, wie es deren Wohl entspricht. Zum Wohl der Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten¹⁾. Wünschen eines Betreuten ist zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und der Betreuerin oder dem Betreuer zuzumuten ist²⁾. Innerhalb ihres jeweiligen Aufgabenkreises haben Betreuer dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung der Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern³⁾. Aufgabe der Betreuung ist die Sicherung des Selbstbestimmungsrechts der einzelnen Betroffenen⁴⁾.

Folgerichtig bildete die Frage, wie Selbstbestimmung und Teilhabe rechtlich betreuter Menschen gewährleistet werden können, ein Schwerpunktthema der interdisziplinären Tagung. Es wurde gefragt, wie der Wille und die Wünsche eines Betreuten ermittelt werden können. Ein weiteres Augenmerk wurde auf die Umsetzung der Leistungsform des „Persönlichen Budgets“ gerichtet. Erörtert wurden zudem Wege zur beruflichen Integration psychisch kranker Menschen, zu bedarfsgerechten und Selbstbestimmung ermöglichenden Wohnformen. Diskutiert wurde auch über unabhängige Beschwerdestellen. Die Problematik einer Zwangsbehandlung wurde ebenso behandelt wie Möglichkeiten einer Reduzierung von Fixierungen in Pflegeheimen. Die Diskussion um Strukturen im Betreuungswesen und um rechts- und sozialpolitische Perspektiven wurde auch beim 11. Vormundschaftsgerichtstag fortgesetzt. Besonderer Erwähnung bedarf die UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen, die die Frage, wie Selbstbestimmung und Teilhabe umgesetzt werden können, in nächster Zeit voraussichtlich maßgeblich mit bestimmen wird.

Die vorgenannten Themen, die exemplarisch belegen, wie intensiv und vielfältig der Frage nachgegangen worden ist, wie gewährleistet werden kann, dass der „Mensch im Mittelpunkt“ steht, haben neben weiteren Eingang in den vorliegenden Band gefunden.

Veröffentlicht werden aber auch die Ergebnisse eines **Workshops, der am 6. Oktober 2008 in Göttingen** unter wissenschaftlicher Begleitung von Prof. Dr. Volker Lipp stattgefunden hat. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich mit dem Thema: „Standards für die Sachverhaltsaufklärung nach § 8 BtBG“ beschäftigt. Nach dieser Vorschrift unterstützt die Betreuungsbehörde das Betreuungsgericht. Dies gilt insbesondere für die Feststellung des Sachverhalts, den das Gericht für aufklärungsbedürftig hält. Vorgaben oder Standards über die Art und Qualität der Sachverhaltsaufklärung und der Berichterstattung an das Gericht fehlen. Auf den Jahrestagungen der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden bestand der Wunsch, zu einer Stan-

1) § 1901 Abs. 2 S. 1 und 2 BGB.

2) § 1901 Abs. 3 Satz 1 BGB.

3) § 1901 Abs. 4 BGB.

4) Lipp, Betrifft: Betreuung 8, S. 26; s.a. BtPrax 2005, S. 6–10.

andardisierung zu gelangen. Darüber wurde im Workshop von verschiedenen Professionen diskutiert. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Frage gelegt, ob die Wissenschaft der Sozialen Arbeit dazu einen Beitrag leisten kann. Eine umfassende Sachaufklärung ist notwendig, denn nur so kann beurteilt werden, ob und in welchem konkreten Umfang ein erkrankter oder behinderter Mensch der Unterstützung durch eine Betreuerin oder einen Betreuer bedarf.

Für die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Bundesanzeiger-Verlag möchten wir uns bedanken. Unser Dank gilt zudem allen Autorinnen und Autoren, die ihre Beiträge zur Verfügung gestellt haben.

Berlin, im November 2009

Dr. Andrea Diekmann, Vorsitzende Richterin am Landgericht, Berlin

Prof. Dr. Volker Lipp, Universität Göttingen

Sybille M. Meier, Rechtsanwältin, Berlin

Inhalt

Vorwort	5
---------------	---

Teil I

Der 11. Vormundschaftsgerichtstag vom 13. bis 15. November 2008 in Erkner

Einführung

11. VGT – Eröffnung und Begrüßung	15
<i>Volker Lindemann</i>	
Grußwort der Bundesministerin der Justiz	17
<i>Brigitte Zypries, übermittelt durch Dr. Thomas Meyer</i>	

Eröffnungsvorträge

A. Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen	19
<i>Karin Evers-Meyer</i>	
B. Selbstbestimmung und Teilhabe rechtlich betreuter Menschen – eine Bestandsaufnahme aus richterlicher Sicht	24
<i>Carola von Looz</i>	

Diskussionsbeiträge und Arbeitsergebnisse

A. Persönliches Budget, Wohnformen, Berufliche Integration	
Umsetzung des persönlichen Budgets	33
<i>Wolfgang Rombach, Klaus Förter-Vondey, Gerold Oeschger, Alex Bernhard, Uli Hellmann</i>	

Wohnen und Leben wie gewünscht – selbst bestimmt, bedarfsgerecht, in der Gemeinde	43
<i>Martina Hoffmann-Badache, Monika Lincoln-Codjoe, Peter Dürrmann</i>	
Vielfalt in der Betreuung für Menschen mit Demenz	54
<i>Peter Dürrmann</i>	
Berufliche Integration psychisch kranker Menschen	61
<i>Prof. Dr. Wolf Crefeld, Jörg Holke, Arnd Schwendy</i>	
B. Kommunikation, Umgang	
Kommunikation kann man lernen – Methoden der Kommunikation mit Menschen mit Behinderung und psychischer Krankheit	67
<i>Alexandra Neumann, Sabine Schönfeld</i>	
Konflikttraining für Betreuer: Erfahrungsberichte	69
<i>Bernd Albert</i>	
Neue Formen des Umgangs mit psychisch Kranken	74
<i>Prof. Dr. Thomas Bock</i>	
Pilotprojekt: „HOTEL PLUS“ – eine neue Hilfeform für Wohnungslose mit psychiatrischen Problemen in Köln	75
<i>Ulla Schmalz</i>	
Casemanagement für wohnungslose Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten nach der Entlassung aus psychiatrischen Fachkliniken – „Hotel Plus Mobil“	81
<i>Ulla Schmalz</i>	
Migrationssensible Betreuung	86
<i>Katharina Becker-Obendorfer, Ali Türk</i>	
C. Wille des Betreuten und Handeln gegen den Willen	
Die Ermittlung und schriftliche Darstellung des Willens, der Wünsche und Vorstellungen des Betreuten im Betreuungsverfahren	92
<i>Carola von Looz, Rüdiger Pohlmann</i>	
Auslegung von Patientenverfügungen	94
<i>Prof. Dr. Birgit Hoffmann</i>	
Ärztliches Konsil in lebensbedrohlichen Situationen	108
<i>Sybille M. Meier</i>	
Die Zwangsbehandlung eines Betreuten nach der aktuellen Rechtsprechung	113
<i>Prof. Dr. Volker Lipp</i>	
Die Zwangsbehandlung eines Betreuten aus ärztlicher Sicht	119
<i>Prof. Dr. Petra Garlipp</i>	

	Freiheitsentziehende Maßnahmen – Rechtliche Grundlagen, gerichtliches Genehmigungsverfahren, Alternativen und Haftung ..	126
	<i>Axel Bauer</i>	
	Reduzierung von Fixierungen in Pflegeheimen – das Programm Redufix	132
	<i>Prof. Dr. Doris Bredthauer</i>	
	Verfahren zu freiheitsentziehenden Maßnahmen	142
	<i>Axel Bauer</i>	
D.	Strukturen im Betreuungswesen	
	Welche Bedeutung hat das Thema Betreuung in der (fach-)öffentlichen Wahrnehmung?	145
	<i>Katrin Sanders, Peter Winterstein</i>	
	„Stadt-Land-Bund“ – Strukturen im Betreuungswesen	148
	<i>Brunhilde Ackermann</i>	
	Beschwerdekultur – Suche nach Instrumenten, die der Rechtsverwirklichung dienen	152
	<i>Elke Beermann, Prof. Dr. Wolf Crefeld, Ruth Fricke, Gudrun Uebele,</i>	
	Ehrenamtliche Betreuung – Netzwerkarbeit im Betreuungswesen ..	157
	<i>Peter Gilmer, Barbara Lehner-Fallnbügl, Stephan Sigusch, Thomas Stidl</i>	
	Beraten – Unterstützen – Vertreten; Reisebericht über die Rechtsfürsorge in Österreich	165
	<i>Prof. Dr. Wolf Crefeld</i>	
E.	Perspektiven	
	Sozialpolitische Perspektiven für Menschen mit Behinderung	170
	<i>Prof. Dr. Andreas Langer</i>	
	Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	186
	<i>Prof. Dr. Theresia Degener</i>	
	Der 11. Vormundschaftsgerichtstag aus Sicht einer Journalistin	204
	<i>Katrin Sanders</i>	

Anhang

A.	Abschlussklärung des 11. Vormundschaftsgerichtstages	207
B.	Mitwirkende des 11. Vormundschaftsgerichtstages	209

Teil II

Standards für die Sachverhaltsaufklärung nach § 8 BtBG

Workshop am 6. Oktober 2008 in Göttingen

A.	Die Arbeitsergebnisse der Tagungen der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden	
	Was erwarten wir vom Workshop und wie soll es weiter gehen?	213
	<i>Margrit Kania, Reinhard Langholf</i>	
	Hamburger Leitsätze	216
	<i>Holger Kersten</i>	
	Erfahrungsbericht der Betreuungsstelle der Stadt Düsseldorf	218
	<i>Willi Schmitter</i>	
	Diskussion zu den Arbeitsergebnissen der Tagungen der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden	220
B.	Kommentare aus Sicht der Gerichte	
	Kommentar aus Sicht des Betreuungsgerichts.....	221
	<i>Annette Loer</i>	
	Kommentar aus Sicht des Rechtsmittelgerichts	226
	<i>Eva Moll-Vogel</i>	
	Diskussion zu den Kommentaren aus Sicht der Gerichte	228
C.	Kommentar aus Sicht der Sozialen Arbeit	229
	<i>Prof. Dr. Silke Gahleitner</i>	
	Kriterien für die Berichterstattung der Betreuungsbehörde aus der Sicht eines Betreuers	235
	<i>Karl-Heinz Zander</i>	
D.	Kommentar aus rechtswissenschaftlicher Sicht	238
	<i>Prof. Dr. Tobias Fröschle</i>	
	Diskussion zum Kommentar aus rechtswissenschaftlicher Sicht	244
E.	Schlussdiskussion und Zusammenfassung	245

Anlagen

A.	Standard zur Sachaufklärung der Betreuungsbehörde nach § 8 BtBG	247
B.	Musterberichte der Betreuungsbehörden Hamburg, Bremen und Düsseldorf	260
C.	Muster: Richterliche Erstverfügung	276
D.	Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops	278
	Der Vormundschaftsgerichtstag e.V.	281

Teil I

**Der 11. Vormundschaftsgerichtstag vom
13. bis 15. November 2008 in Erkner**

Einführung

11. VGT – Eröffnung und Begrüßung

Volker Lindemann

Sehr geehrte Gäste,
liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

ich heiÙe Sie herzlich willkommen auf dem 11. Vormundschaftsgerichtstag in Erkner, den ich hiermit erÙffne.

Ich will Sie nur mit einigen wenigen verstreuten Gedanken auf unser Tagungsthema einstimmen:

Im Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe vom 16. Dezember 2004 fand ich folgende Sätze:

„In der Politik für behinderte Menschen hat in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel stattgefunden. In der größten Reform seit den 70er-Jahren haben Bundesregierung und Gesetzgeber seit 1998 die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass behinderte Menschen ihr Leben so weit wie möglich in freier Selbstbestimmung gestalten können. ...“

Mit dem SGB IX wurde der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt. Die Einrichtung von gemeinsamen Servicestellen aller Rehabilitationsträger, kurze Bearbeitungsfristen, die Vermeidung von Mehrfachbegutachtungen, neue und klare Zuständigkeitsregelungen, der Auftrag an die Rehabilitationsträger zur Verabschiedung von gemeinsamen Empfehlungen und die Einführung eines persönlichen Budgets tragen dazu bei, dass die Menschen mit Behinderung ihre Leistungen möglichst zügig und individuell abgestimmt erhalten. Ebenso hat eine zielgerichtete Zusammenarbeit unterschiedlicher Rehabilitationsträger zu einem unkomplizierten Zugang der Bürgerinnen und Bürger zu den Leistungen nach dem SGB IX geführt. ...“

In demselben Bericht über ein im Juni 2004 abgeschlossenes Begleitforschungsprojekt „Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen“ heißt es:

„Ein einheitliches Beratungsprofil existiert nicht. Unterschiede bestehen auch in der Definition eines ‘Servicestellenfalles’, rund 35 Prozent der Servicestellen sehen im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben erst dann einen Servicestellenfall als gegeben, wenn mindestens ein weiterer Rehabilitationsträger beteiligt werden muss. ...“

Vorgestern, am 11. November 2008, gab es auf Seite 4 meiner Regionalzeitung folgenden Artikel:

„‘Heute geht es nicht um Sex and Crime, sondern um Helden des Alltags’. So begrüÙte Franz Thönnies, Staatssekretär des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, gestern die Gäste einer außergewöhnlichen Filmpremiere in der Flensburger Theaterschule.

In dem Film geht es um das persönliche Budget, Es gibt Behinderten die Chance, selbst zu bestimmen, welche Hilfen sie brauchen, und das Geld dafür in die eigenen Hände zu nehmen. Doch diese Möglichkeit nutzen, obwohl es das Budget seit 2001

gibt, bundesweit nur knapp 10 000 Menschen. 'Wir wollen, dass das Projekt kräftig Fahrt aufnimmt', betont Thönnnes. ..."

Mir haben diese Beispiele gezeigt, dass wir uns in doppeltem Sinne mit unseren Betreuten in guter Gesellschaft befinden:

- unsere Ziele in der Arbeit für betreuungsbedürftige Menschen stimmen mit der „großen Politik“ überein;
- der Weg zur Verwirklichung dieser Ziele ist genauso weit wie in anderen Bereichen; da darf man mit der Zahl der benötigten Jahre nicht zu kleinlich sein.

Diese Tagung soll uns durch gelungene Beispiele Ermutigung sein. Das heißt nicht, dass wir die systematische Arbeit an der Qualitätsentwicklung im Betreuungswesen endgültig verlassen haben.

Zum Schluss möchte ich mir zu der von den Justizministern stets beklagten Kostenentwicklung im Betreuungswesen einen etwas „populistischen“ Gedanken nicht verkneifen: 2007 haben alle Bundesländer zusammen ca. 600.000000 € für Betreuungsverfahren ausgegeben, den Löwenanteil für die zu mehr als 80% mittellosen Betreuten.

2008 stellen Bund und Länder 500.000.000.000, fast die 1000fache Menge zur Rettung der Finanzdienstleister, also von Bank- und Versicherungskonzernen zur Verfügung.

Ich finde nicht, dass das Wort „peanuts“ in diesem Zusammenhang ein „Unwort“ ist.

Ich wünsche Ihnen und uns allen eine lehrreiche und unterhaltsame Tagung!

Grußwort der Bundesministerin der Justiz

Brigitte Zypries, übermittelt durch Dr. Thomas Meyer

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 11. Vormundschaftsgerichtstages grüße ich vielmals. Diese Tagung wird wegen der FGG-Reform die letzte unter diesem Namen sein. Was die Justiz tun kann, um Hilfebedürftigen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung zu ermöglichen, wird uns aber auch weiterhin beschäftigen.

Die Teilhabe betreuter Menschen am Alltag ist untrennbar mit Selbstbestimmung verbunden. Nur wer selbst bestimmen kann, wie, mit wem und auf welche Weise er sein Leben gestaltet, erfährt eine vollwertige Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dass diese Teilhabe auch Menschen mit Einschränkungen zuteil wird, ist eines der zentralen Anliegen des Betreuungsrechts.

Ein wesentliches Ziel der Reform des Vormundschaftsrechts 1992 war es, die Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen. An die Stelle der früheren Verwaltung der Menschen unter Vormundschaft oder Pflegschaft vom Schreibtisch aus ist der Grundsatz der persönlichen Betreuung getreten: Der Betreuer hat die Wünsche des Betreuten im persönlichen Kontakt zu ermitteln und bei seiner Tätigkeit für den Betreuten zu beachten. Der Betreuer hat dazu beizutragen, dass der Betreute im Rahmen seiner Möglichkeiten ein selbstbestimmtes Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen gestalten kann.

Wie ist es nach 20 Jahren und zwei Reformgesetzen mit der Alltagstauglichkeit des Betreuungsrechts für die betreuten Menschen bestellt? Ich meine, das Betreuungsrecht ist auch heute noch ein verlässliches rechtliches Fundament für die Teilhabe der betreuten Menschen in allen Bereichen unseres Lebens. Die tägliche Betreuungsarbeit hat sich aber den rechtlichen und tatsächlichen Entwicklungen anzupassen und dabei neue Anforderungen zu meistern. Dazu gehören auch die berufliche Integration psychisch kranker Menschen sowie neue Wohn- und Lebensformen für Menschen mit den unterschiedlichsten Einschränkungen. Auch die Fixierungspraxis in Pflegeheimen steht dieser Tage im Licht der Öffentlichkeit. Einmal mehr wird deutlich, dass die richterliche Tätigkeit in diesem Bereich von besonders hoher Verantwortung geprägt ist, gleichzeitig aber auch die personellen Mittel vorhanden sein müssen, um dieser Verantwortung gerecht zu werden.

Ein besonders aktuelles Thema ist die Umsetzung des Persönlichen Budgets. Die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches können seit dem 1. Januar 2008 von jedem Leistungsberechtigten auch in Form eines Persönlichen Budgets beantragt werden. Dadurch ergeben sich im Sozialrecht neue Möglichkeiten einer Teilhabe mit mehr Selbstbestimmung. Dazu soll auch in der Betreuung eine adäquate Umsetzung gefunden werden. Auf die betroffenen Menschen kommen aber nicht nur flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten bei den Unterstützungsleistungen zu. Mit mehr Selbstbestimmung ist auch mehr Arbeit durch eigene Verwaltung verbunden. Wichtig ist mir, dass der mit dem Persönlichen Budget verbundene Verwaltungsaufwand in der Betreuung nicht zu Lasten der Zeit für die persönlichen Kontakte der Betreuer mit den Betreuten geht.

Der Vormundschaftsgerichtstag hat die Entwicklung des Betreuungsrechts seit seiner Entstehung vor 20 Jahren interdisziplinär und praxisbezogen begleitet. Auch in diesem Jahr erwarte ich von dieser Konferenz wichtige Anregungen für die Weiterentwicklung des Betreuungsrechts. Ich wünsche Ihnen interessante Vorträge und konstruktive Diskussionen. Auf deren Ergebnisse bin ich gespannt.

Brigitte Zypries, MdB

Eröffnungsvorträge

A. Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen

Karin Evers-Meyer, zum Zeitpunkt der Tagung Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Ich danke Ihnen herzlich für die Einladung zum 11. Vormundschaftsgerichtstag. Im Januar dieses Jahres hatte ich mit Herrn Lindemann ein Gespräch über die Arbeit der Betreuerinnen und Betreuer mit behinderten Menschen geführt. Wir haben beide festgestellt, dass es eine Menge von Berührungspunkten unserer beider Arbeit gibt – vor allem aber auch eine Reihe von Perspektiven und gemeinsamen Zielen. Ich freue mich daher sehr über die Einladung und für die Gelegenheit, heute mit ein paar Gedanken an unser Gespräch anknüpfen.

Der Vormundschaftsgerichtstag, der ja nur alle zwei Jahre stattfindend, ist ohne Frage zur Tradition geworden – und auch für mich als Behindertenbeauftragte ohne Frage eine Plattform, auf der ich mich mit den Menschen austauschen kann, die auf verschiedenste Weise mit behinderten Menschen in Berührung kommen. Nicht zuletzt sind Ihre Anregungen auch für mich als Vertreterin der Bundesregierung sehr wichtig, um zielgerichtet und problemgerecht Politik machen zu können.

I. Selbstbestimmung und Teilhabe

Die aktuelle Behindertenpolitik ist nicht nur Politik für behinderte Menschen, sondern vor allem mit behinderten Menschen. Die Zeiten, in denen nicht behinderte Menschen bestimmt haben, wie das Leben behinderter Menschen aussehen soll, sind vorbei; Selbstbestimmung und Teilhabe sind in den Mittelpunkt gerückt.

Als Experten in eigener Sache können behinderte Menschen selbst am besten einschätzen, welche Unterstützung sie benötigen und wie diese aussehen kann. Auch die moderne Gesetzgebung für behinderte Menschen ist in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen und ihren Verbänden entstanden. Auch meine Arbeit steht unter dem Motto „Nichts über uns ohne uns“. Das heißt konkret: Ich stehe ständig im engen Kontakt zu behinderten Menschen und ihren Verbänden und lasse mich von ihnen über aktuelle Entwicklungen und bestehende Probleme informieren. Ich bin überzeugt, dass Politik nur so funktionieren kann: im engen Kontakt mit denjenigen, die es direkt betrifft.

II. Individueller Unterstützungsbedarf und individuelles Leistungsvermögen

Behindertenpolitik ist heute geprägt von der Forderung nach Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen.

Jeder Mensch soll sein Leben eigenverantwortlich und nach seinen individuellen Wünschen gestalten können – und sich auch die benötigte Unterstützung selbst aussuchen und organisieren können. Der Gesetzgeber ist dieser Forderung bislang mit dem Behindertengleichstellungsgesetz, dem SGB IX und dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz nachgekommen. Ziel ist eine inklusive Gesellschaft, in der Vielfalt nicht nur zur Normalität gehört, sondern in der jeder Mensch sich mit seinem individuellen Unterstützungsbedarf aber auch mit seinem individuellen Leistungsvermögen

gen in der Mitte der Gesellschaft einbringen kann. Es geht darum, eine Umwelt zu schaffen, die ein gleichberechtigtes Miteinander in Vielfalt zulässt. Dabei geht es nicht nur um die Schaffung von Barrierefreiheit.

Es geht auch darum, individuelle Unterstützungsleistungen bereit zu stellen, die Menschen mit Behinderung selbstbestimmte, aber auch eigenverantwortliche Teilhabe am Leben, an Bildung, Ausbildung und Berufsleben ermöglicht.

III. Persönliches Budget

In den genannten Gesetzen sind zahlreiche gute und richtige Instrumente verankert, die ein selbst bestimmtes Leben behinderter Menschen unterstützen sollen. Beispielhaft möchte ich hier nur das Persönliche Budget nennen: Menschen mit Behinderungen haben seit Beginn des Jahres die Möglichkeit, ihre Unterstützungsleistungen selbst zu koordinieren. Anstelle der bisherigen Sachleistungen werden Unterstützungsbedarfe individuell ermittelt und als Barbetrag ausgezahlt. An Hand dieser Leistungsform lässt sich sehr gut nachvollziehen, worum es geht: Zunächst geht es darum, dass der Bedarf individuell ermittelt wird. Keine Rundumfürsorge, sondern bedarfsgerechte Unterstützung. Dann geht es um Emanzipation und Wahlrechte. Mit dem Budget tritt der behinderte Menschen als Kunde auf. Leistungen werden nicht mehr ohne Beteiligung des Betroffenen zwischen Kostenträger und Einrichtung abgerechnet, sondern Leistung und Bezahlung müssen individuell verhandelt werden. Und der Kunde wählt, wo er von wem welche Leistung haben möchte.

IV. Umsetzung in der Praxis

Wie es aber so ist, mit Umdenkungsprozessen, dem Denken muss das Handeln folgen. Symptomatisch auch für die Behindertenpolitik ist, dass es die gesetzlichen Instrumente in der Praxis schwer haben, sich durchzusetzen. Die rechtlichen Voraussetzungen sind vorhanden – was mir allerdings Sorgen bereitet, ist die nach wie vor nicht befriedigende Umsetzung dieser Gesetze. Sie werden schlicht nicht gelebt, gelangen nicht in das alltägliche Bewusstsein. Somit sind zwar theoretisch alle Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben gegeben, praktisch läuft es aber an vielen Stellen unverändert. Regelmäßig mache ich die Erfahrung, dass Leistungen von uninformierten Behörden abgelehnt werden, obwohl es einen Rechtsanspruch auf diese Leistung gibt. Das kann nicht sein.

V. Kommunikation auf Augenhöhe – der Betreuer als Berater?

In diesem Zusammenhang ist meiner Ansicht nach auch eine neue Perspektive Ihrer Arbeit zu erschließen. In einer Zielvorgabe, in der es um individualisierte Bedarfe und ambulante Unterstützungsstrukturen, also um Teilhabe und Selbstbestimmung in umfassendem Sinne geht, braucht es mehr denn je eine Kommunikation auf Augenhöhe. Ich sprach eben vom Persönlichen Budget. Das ist ein gutes Beispiel. Diejenigen, die ein solches Budget in Anspruch nehmen wollen, brauchen natürlich kompetente Beratung. Einige brauchen aber auch umfassende und dauerhafte Begleitung und Unterstützung. Und warum sollten die Betreuerinnen und Betreuer nicht ein Teil dieses Unterstützungssystems sein? In einem Prozess, der immer mehr auf individuelle Lösungen für Teilhabe und Selbstbestimmung setzt, wäre es ja geradezu fahrlässig, auf den Sachverstand zu verzichten, den Sie mit Ihrer Arbeit bereitstellen.

Zergliederte und über Jahre gewachsene System in Deutschland zeigen jedoch auch hier ungeahnte Beharrungskräfte. So richtig traut sich da noch niemand ran und manchmal habe ich sogar das Gefühl, manch einer hat Angst vor der eigenen Courage.

VI. Aufgabe der Justiz?

Natürlich muss man die Frage stellen dürfen, wie lange das Betreuungswesen noch allein bei den Justizkassen angesiedelt sein kann. Wenn der Betreuer zum Berater wird – mit sehr spezifischen Kompetenzen wie etwa der Organisation eines Persönlichen Budgets – dann ist das vielleicht auf lange Sicht eben keine Aufgabe mehr, die von Justitia allein getragen werden sollte. Diesen Diskurs werden wir führen müssen.

VII. UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen

Im Bereich der Behindertenpolitik hat sich in den vergangenen Jahren vieles bewegt. Und diese Bewegung wird nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer sich wandelnden Einstellung zur menschenrechtlichen Position behinderter Menschen in einer Gesellschaft an Dynamik hinzugewinnen. Deutschland ist nicht das einzige und nicht das erste Land, in dem ein solcher Umdenkungsprozess eingeleitet wurde. Andere Länder haben diesen Prozess vor uns begonnen und haben bereits viel mehr Erfahrung als wir. Für die Umsetzung dieser neuen Behindertenpolitik erhoffe ich mir daher auch Rückenwind von internationaler Seite.

Besondere Unterstützung bekommt dieser Prozess aber außerdem von der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen, die Deutschland bereits im vergangenen Jahr gezeichnet hat und die sich derzeit im Ratifikationsverfahren befindet. In der UN-Behindertenrechtskonvention werden die geltenden Menschenrechte explizit noch einmal für behinderte Menschen manifestiert. Jedem, der sich damit beschäftigt hat, ist mit der Zeit klar geworden, dass diese Konvention wahrhaftig ein Meilenstein in Sachen Behindertenpolitik ist.

Das gilt für die Inhalte, das gilt aber gleichermaßen für den Verhandlungsprozess. Von Anfang an waren behinderte Menschen und ihre Organisationen unter dem Motto „Nichts über uns ohne uns“ auf Augenhöhe mit den Staatenvertretern an den Verhandlungen beteiligt. Das verleiht dieser Konvention aus meiner Sicht ein Riesepotential.

Die Konvention bringt die Wertschätzung des Beitrags behinderter Menschen zur Gesellschaft zum Ausdruck und wird sich, da bin ich ganz sicher, zu einem wirkungsvollen Instrument des Schutzes und der Förderung der Menschenrechte behinderter Menschen entwickeln.

Die UN-Konvention sichert grundlegende Menschenrechte wie das Recht auf Leben, das Recht auf Arbeit und das Recht auf Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben für behinderte Menschen. Diese Rechte gelten natürlich schon heute als universelle Menschenrechte auch für behinderte Menschen. Die Leistung des Übereinkommens besteht aber darin, deutlich zu machen, dass behinderte Menschen besondere Rahmenbedingungen brauchen, damit sie in gleicher Weise wie andere ihre Menschenrechte verwirklichen können.

In der Konvention sind die Forderungen enthalten, die von behinderten Menschen weltweit seit Jahren erhoben werden. Die unterzeichnenden Staaten verpflichten sich, die Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe an der Gesellschaft zu bieten. Die Vertragsstaaten müssen die volle Verwirklichung der Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle behinderten Menschen sicherstellen und zu diesem Zweck alle geeigneten Maßnahmen – einschließlich entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen – einleiten.

VIII. Wahrung des Selbstbestimmungsrechts

Viele Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung werden von gesetzlichen Betreuern erbracht. Ich halte es daher für sehr wichtig, Sie auf diesem Weg mitzunehmen und Sie vielleicht sogar als Mitstreiter zu gewinnen. Ihr Auftrag ist es, dass Sie Ihr Handeln immer an den Interessen des behinderten Menschen auslegen.

Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts prägt also auch das Betreuungsrecht entscheidend. Und das, obwohl das Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige, das sog. Betreuungsgesetz, bereits aus dem Jahre 1990 stammt und zum 1.1.1992 in Kraft getreten ist – also schon ein Jahrzehnt vor dem Inkrafttreten des Behindertengleichstellungsgesetzes.

Auch im Betreuungsrecht steht also der betroffene Mensch im Mittelpunkt. Gegen den freien Willen des Betroffenen darf ein Betreuer nicht bestellt werden. Der Betreuer hat sich nach den Wünschen und Vorstellungen des Betreuten zu richten, soweit dies möglich und zumutbar ist. Ich weiß, dass die Praxis manchmal leider anders aussieht – und ich meine damit nicht die schwarzen Schafe in Ihrem Berufsstand, von denen man immer wieder in den Medien lesen kann.

In meinem Arbeitsstab gehen Zuschriften betreuter, behinderter Menschen ein, die sich mitunter sehr bitter über das beklagen, was die Betreuerin oder der Betreuer macht bzw. nicht macht. Die Palette der Beschwerden ist sehr umfangreich: manche wünschen sich die Zuteilung von mehr Taschengeld oder eine neue Matratze für das Bett. Einige berichten über ihre Befürchtungen, von der Betreuerin oder dem Betreuer in ein Heim abgeschoben zu werden oder darüber, dass ihnen der Umgang mit bestimmten Menschen untersagt wird. Aus vielen Zuschriften spricht auch ein allgemeines Misstrauen gegenüber der Betreuerin bzw. dem Betreuer und der Wunsch nach einem Betreuerwechsel. Offensichtlich fühlen sich viele Betroffene nicht ernst genommen oder gar entrechtet und wissen nicht, wo sie Hilfe bekommen können, wenn es Probleme mit der Betreuerin oder dem Betreuer gibt.

Auch die Bereitschaft, eine einmal bestehende Betreuung wieder aufzuheben, ist – aus subjektiv durchaus nachvollziehbaren Gründen – nur bei sehr wenigen Betreuern vorhanden. Das Ziel, den Betreuten in die Lage zu versetzen, ohne Betreuung wieder allein sein Leben organisieren zu können, wird vielfach nicht einmal genannt. Das Selbstbestimmungsrecht der Betreuten wird dadurch ausgehöhlt. Hier sind meines Erachtens Anpassungen zum Wohle der behinderten Menschen dringend erforderlich und das bedeutet eben auch, dass den Betreuerinnen und Betreuern eine fachliche und finanzielle Grundlage geboten wird, auf der sie die qualifizierte Unterstützung leisten können, die Menschen mit Behinderung erwarten können.

IX. Ausblick

Es bedarf daher dieser Diskussion über eine mögliche Überarbeitung des Betreuungsrechts und über Anreize, die gesetzt werden müssen. Auch hier wird die UN-Konvention den Prozess sicherlich beleben.

In Artikel 12 bekräftigen die Vertragsstaaten, dass behinderte Menschen überall das Recht haben, als rechtsfähige Person anerkannt zu werden. Sie erkennen an, dass behinderte Menschen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Geschäftsfähigkeit genießen. Es sind geeignete Maßnahmen zu treffen, um behinderten Menschen Zugang zu der Unterstützung zu ermöglichen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Geschäftsfähigkeit gegebenenfalls benötigen. Aus meiner Sicht bedingt dies, zukünftig mehr Unterstützungs- und Assistenzmodelle für

Menschen mit Behinderung zu entwickeln, die dauerhaft dazu beitragen, rechtliche Betreuung zu vermeiden oder zu reduzieren.

Zum Abschluss vielleicht noch einige Worte zum aktuellen Stand der Umsetzung des UN-Konvention. Eine amtliche Übersetzung, die mit den anderen deutschsprachigen Ländern abgestimmt ist, liegt ja bereits seit einigen Monaten vor. Ich halte es für unerlässlich, jetzt inhaltlich über die UN-Konvention zu diskutieren. Die Grundsätze und Anforderungen, die darin enthalten sind, bekannt zu machen und zu überlegen, wie sie Deutschland realisiert werden können. Es wäre fatal, wenn die UN-Konvention nach der Ratifikation in den Schubladen verschwinden würde. Diese Konvention ist nicht zum Abheften gemacht, sondern sie ist ein Arbeitsauftrag. Ihr müssen konkrete Umsetzungsmaßnahmen folgen. Jetzt ist der ideale Zeitpunkt, eine breite Öffentlichkeit für die Konvention und ihre Inhalte zu sensibilisieren.

Ich werde Anfang nächsten Jahres in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsverbänden des Deutschen Behindertenrates acht themenspezifische Konferenzen durchführen, in denen wir über die Konvention informieren werden und in denen wir konkrete Perspektiven einer Umsetzung erarbeiten wollen. Auch das Recht der Geschäftsfähigkeit sowie das Betreuungsrecht werden dabei diskutiert und beleuchtet. Ob wir in Deutschland in diesem Bereich Änderungsbedarf haben und wie diese Änderungen aussehen können, wird sicherlich Thema sein. Ich würde mich freuen, wenn auch Sie beim Vormundschaftsgerichtstag sich dieser Herausforderung stellen und über eine mögliche Weiterentwicklung bestehenden Rechts diskutieren. Denn in diesem Falle sind auch Sie ja diejenigen, die es direkt betrifft. Ich würde mich freuen, wenn sich einige von Ihnen von der heutigen Veranstaltung inspirieren lassen, an diesem Prozess teilzunehmen.

B. Selbstbestimmung und Teilhabe rechtlich betreuter Menschen – eine Bestandsaufnahme aus richterlicher Sicht

Was hat die gesetzliche Betreuung seit 1992 für Selbstbestimmung und Teilhabe kranker und behinderter Menschen geleistet und wo bestehen noch Schwächen? – Ein Überblick¹

Carola von Looz

I. Einstimmung

In einem Hamburger Hotel arbeiten lernbehinderte Frauen und Männer im Service. Eine erfahrene Mitarbeiterin mit Behinderung sorgt für das Frühstück. Der Frühstücksraum ist klein und führt auf den Parkplatz. Nach dem Auschecken pflegen die Gäste mit ihrem Gepäck den Frühstücksraum zu durchqueren, um zu ihrem Fahrzeug zu gelangen.

Eines Morgens – die genannte Mitarbeiterin füllte gerade das Büfett auf – strebten drei finster drein blickende junge Männer durch den Raum. Sie führten nachlässig gepackte, offene Reisetaschen mit sich. Aus einer ragte eine Handfeuerwaffe. Das muntere Plaudern der Gäste erstarb. Alle starrten auf den Gewehrlauf. Die behinderte Mitarbeiterin öffnete die Terrassentür und sagte: „Na, da sehen Sie mal zu, dass Sie hier schnell durch kommen. Hoffentlich ist die nicht geladen!“ Sie schloss hinter den Männern rasch die Tür, wandte sich zum Büfett, ergriff mit Schwung die Kanne und rief: „Noch jemand Kaffee?“

Die Personengruppen, die in § 1896 Abs.1 BGB als Volljährige mit psychischer Krankheit, körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung beschrieben werden, leben in einem veränderlichen gesellschaftlichen Raum. Der Grad von gesellschaftlicher Teilhabe und Selbstbestimmung ist abhängig von der Haltung, die ihnen das Gemeinwesen entgegenbringt, von den Hilfestrukturen zur Umsetzung der Teilhabe und Selbstbestimmung und der Bereitschaft der Beteiligten des Betreuungsverfahrens, diesen Zielen Vorrang einzuräumen.

II. Menschen mit geistiger Behinderung

1. Paradigmenwechsel in der Haltung zu Menschen mit geistiger Behinderung

Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts überwog in der Gesellschaft die Meinung, Menschen mit geistiger Behinderung müssten stark behütet, dauernd beaufsichtigt und zu allem angeleitet werden. Behinderte Menschen wurden als defizitär beschrieben, woraus sich der Anspruch ableitete, sie lebenslangem Lernen und Erziehen zu unterwerfen. Menschen mit geistiger Behinderung wurden Sonderwelten zugewiesen. Sie sollten die Lebenswelt der nicht behinderten Menschen nicht über Gebühr belasten. Diese Ausgrenzung wurde mit Kitsch verbrämt, indem behinderte Menschen als lieb und dankbar und ihre Eltern als Helden apostrophiert wurden, und die Gesellschaft ihr schlechtes Gewissen mit Spendenbereitschaft beruhigte. Dass es dabei auch um den Erhalt der Macht über behinderte Menschen ging, zeigte sich an den Unterwerfungsmechanismen, denen behinderte Menschen ausgesetzt waren,

¹ Siehe auch BtPrax 2009, 3 ff.

wenn sie sich nicht anpassen wollten, und das Gute, das man ihnen anbot, verschmähten: Bestrafung, Ausgrenzung bis hin zur geschlossenen Unterbringung.

Die Behindertenpolitik hat in den letzten Jahrzehnten eine konsequente Öffnung der abgeschotteten Welt geistig behinderter Menschen betrieben. Aus Skandinavien kommend wurde der Begriff der Normalisierung von Lebensverhältnissen behinderter Menschen zur Richtschnur. Menschen mit Behinderung sollen so leben können wie ihre Altersgenossen, dieselben Schulen besuchen, heiraten, reisen, arbeiten, wohnen, Hobbys pflegen und sich weiterbilden. Erstmals werden die Kompetenzen und Lebensvorstellungen geistig behinderter Menschen wahrgenommen. Statt sie wie in der Vergangenheit zu belehren und zu beschwichtigen, hört man ihnen mehr zu.

Dennoch hat die Pädagogik, wie sie z.B. auch im sog. betreuten Wohnen praktiziert wird, noch eine Übermacht, die der Selbstbestimmung behinderter Menschen nicht förderlich ist. Immer wieder begegnet man noch Pädagogen, die fälschlich meinen, behinderten Menschen die Freiheitsrechte „gewähren“ zu können, je nach Lernerfolg und Benehmen. Rechtlich gesehen verhält es sich aber umgekehrt: Man hat die Freiheitsrechte, sie werden nicht gewährt. Sie können allenfalls durch Gesetze eingeschränkt werden. Die weitere Emanzipation behinderter Menschen dürfte noch einige Zeit in Anspruch nehmen, sich aber insgesamt nicht mehr aufhalten lassen.

2. Neugeschaffene Strukturen der Teilhabe

Durch das in SGB IX verankerte Recht auf Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen hat sich die Sonderwelt behinderter Menschen geöffnet. Besonders interessant sind das Arbeiten auf dem sog. ersten Arbeitsmarkt, gegebenenfalls durch Arbeitsassistenten unterstützt, Wohnen im eigenen Wohnraum, eventuell begleitet von der aufsuchenden Hilfe des betreuten Wohnens, Freizeitgestaltung, ermöglicht durch Assistenz und Fahrdienste. Das persönliche Budget bietet die Möglichkeit, das Geld für die Teilhabeleistung, z.B. eine Assistenz zu erhalten und selbst unter den Anbietern zu wählen.

Der Zugang zur diesen Strukturen wird über Beratungsstellen eröffnet. So hat der Landschaftsverband Rheinland ein enges Netz sog. KoKoBe (Koordinations-, Kontakt-, und Beratungsstellen) geschaffen, die sehr konkret vermitteln, sowie mit Psychologen besetzte Konsulentenstellen eingerichtet, die Konflikte zwischen behinderten Menschen und Heim oder Werkstatt bearbeiten, so dass die Gefahr der Ausgrenzung (häufige Folge solcher Konflikte) verhindert wird. M.E. hat dadurch die geschlossene Unterbringung geistig behinderter Menschen stark abgenommen.

Vor allem in den großen Städten hat sich eine differenzierte Beratungsstruktur für Menschen mit Behinderung entwickelt, die sie in der Einzelberatung zu Selbstbestimmung und Teilhabe ermuntert, sie mit anderen Strukturen vernetzt und ein breites Angebot bereit hält. Während das Angebot auf dem Land noch stark vom Engagement Einzelner abhängt, gibt es in Großstädten ein für den Laien unübersehbares Angebot an Kursen und Unternehmungen, die wegführen von klassischen Bastelabenden und Vergnügungsausflügen hin zu Bildungsangeboten, Teilhabe an gesellschaftlichen Veranstaltungen und politischer Betätigung. Teilhabe soll in Zukunft eben nicht die Freizeitbeschäftigung in der Sonderwelt der behinderten Menschen bedeuten, sondern ein Mitmachen bei allen Betätigungen erwachsener Bürger.

Aus der wachsenden Vielfalt sollen zwei lokale Projekte herausgegriffen werden:

- **Lea-Lese-Club**

Behinderte und nichtbehinderte Mitglieder des Clubs – initiiert von der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln – treffen sich regelmäßig abends in einem Café, um gemeinsam ein Buch zu lesen. Man muss nicht lesen können, um daran teilzunehmen, kann aber Hilfestellung durch einen Assistenten erhalten. Es geht um eine kulturelle Betätigung in der Öffentlichkeit, nicht um das Pauken von Kulturtechniken.

- **Dubbel (= Ansammlung von Wohnungen im selben Gebäude)**

Die Lebenshilfe in Münster/Westfalen verhandelt mit Bauträgern von Wohnungsbauprojekten, um darin mehrere, nah bei einander liegende, für behinderte Menschen geeignete Wohnungen zu belegen, die dann an Menschen mit Behinderung weiter vermietet werden. So können sie nebeneinander, aber nicht miteinander wohnen und erhalten neben der Freiheit auch Geborgenheit.²

3. Rechtliche Betreuung, gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung

Die Pflicht des Gerichts und der rechtlichen Betreuer, die Wünsche und Vorstellung behinderter Menschen im Betreuungsverfahren zu berücksichtigen, findet zunehmend Beachtung. Prägend für die Umsetzung dieser Ziele sind dabei die Kenntnisse und Haltungen der Richter, Behördenmitarbeiter und Verfahrenspfleger einerseits und das Engagement der zumeist ehrenamtlichen Angehörigenbetreuer andererseits.

Es leuchtet ein, dass Gerichte und Behörden, die der oben beschriebenen, etwas verkitschten Sicht behinderter Menschen anhängen, Betreuungsverfahren eher durchwinken, wenn sich die Angehörigen nur „rührend“ um ihre Betreuten kümmern. Da werden Chancen vertan.

Während die Betreuung alter Menschen die Vergangenheit in den Blick nimmt, die Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Dynamik der Gegenwart bestimmt wird, ist die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung auf die Zukunft gerichtet. Diese gilt es zu gestalten, darin sind Selbstbestimmung und Teilhabe zu verwirklichen. Für die Umsetzung dieser Ziele reicht es nicht aus, nur die Wünsche von Betroffenen, die nie zu einer eigenen Lebensplanung ermuntert worden sind, abzufragen. Hier müssen die Kontakte zu den oben skizzierten Beratungs- und Hilfestrukturen geknüpft werden. Konkret gesprochen: Alle Beteiligten des Betreuungsverfahrens sollten Flyer der Beratungsstellen und Kalender der Fortbildungen und Freizeitangebote verfügbar haben, um Betreute und Betreuer damit bekannt zu machen und sie mit der Erwartung der Umsetzung zu konfrontieren. Wird die „Teilhabe nach SGB IX“ mit in den Aufgabenkreis aufgenommen, kann vom Gericht abgefragt werden, welche Tätigkeit der Betreuer hier entfaltet hat. Es macht Freude zu sehen, wie neugierig Menschen mit Behinderung auf diese Horizonterweiterung reagieren und eine Verschiebung der Gewichte zu ihren Gunsten eifrig nutzen.

Im Bereich der körperlichen Unversehrtheit hat die deutliche Erschwerung der Sterilisation (§ 1905 BGB) eine erhebliche Verbesserung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung erbracht: Anträge auf Genehmigung der Einwilligung in eine Sterilisation sind sehr selten geworden und können im Regelfall im Vorfeld durch entsprechende Aufklärung abgewendet werden. Selbst wenn es eine Dunkelziffer geben

² Hoppe in: Theunissen und Schirbort, Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung, Stuttgart 2006, 170.

sollte, hat doch in der Behindertenhilfe ein Paradigmenwechsel stattgefunden, wonach es als eher anrühlich gilt, die Sterilisation zu befürworten. Frauen mit geistiger Behinderung sind so natürlich auch gegen Missbrauch besser geschützt.

Die Beteiligten des Betreuungsverfahrens sollten also darauf dringen, dass die Betroffenen die gesellschaftlichen Strukturen und ihre persönlichen Chancen auf Selbstbestimmung und Teilhabe kennen lernen und sie in der Umsetzung unterstützen.

Allerdings müssen Menschen mit Behinderung nicht wollen, was sie dürfen. Sie können sich Freiheit oder Geborgenheit wünschen, jeweils unterschiedlich in den verschiedenen Lebensbereichen oder auch Lebensabschnitten. „Egenkultur“ – Eigenkultur nennt man in Dänemark die Wünsche behinderter Menschen, einerseits an der Gesellschaft teilzuhaben, andererseits aber auch unter sich zu sein und das Recht, in ihrer Meinung dazu ernst genommen zu werden.³ Es ist auch in der rechtlichen Betreuung nicht Aufgabe des Betreuers, z.B. die sogenannte Ambulantisierung (= Auszug aus dem Heim in eigenen Wohnraum) über den Kopf des Betroffenen durchzusetzen. Es kann sein, dass er dem Wunsch der Betreuten eher entspricht, wenn er sich für einen Verbleib im Heim engagiert. Selbstbestimmung kann also konservative Ziele verfolgen, die den Betreuer nach §1901 Absatz 3, S. 1 BGB binden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Möglichkeiten des Betreuungsverfahrens besser genutzt werden könnten, um Menschen mit Behinderung ein befriedigendes Leben zu ermöglichen, in dem sie sich so kompetent bewegen können, wie im Eingangsbeispiel beschrieben.

III. Ältere Menschen mit hirnorganischen Erkrankungen und Behinderungen

Ältere Menschen, die an Demenz, Schlaganfallsfolgen und anderen hirnorganischen Erkrankungen leiden, stoßen bei der Gesellschaft auf Verantwortungsgefühl, aber auch auf Hilflosigkeit und Verärgerung. Die üblichen gesellschaftlichen Problemlösungsmuster funktionieren hier nicht. Wegen dieser Erkrankungen kann niemand moralisch belangt oder haftbar gemacht werden, sie lassen sich nicht verdrängen oder wegbesprechen, man muss sich ihnen stellen.

Während die Öffentlichkeit hier noch recht konfus diskutiert, haben sich im Betreuungsverfahren bereits sichere Haltungen entwickelt. Eine engagierte, an den Prinzipien des § 1901 BGB orientierte Betreuung ist der beste Garant für Selbstbestimmung und Teilhabe alter, erkrankter Menschen. So haben es unzählige alte Menschen ihren gesetzlichen Betreuern zu verdanken, dass sie gegen die Meinung ihrer Angehörigen noch in ihrer Wohnung leben und über ihre Aktivitäten, vor allem über den Umfang medizinischer Behandlung selbst entscheiden. Das Betreuungsrecht und seine Umsetzung durch Betreuer und Betreuerinnen hat die Bevölkerung mit dem Gedanken vertraut gemacht, dass man mit kranken, alten Menschen nicht nach Gutdünken verfahren kann.

Dennoch gibt es in einigen Bereichen noch Entwicklungsbedarf.

1. Heimübersiedlung nach Krankenhausaufenthalt

Gerichte sollten sich Anträgen aus Krankenhäusern auf einstweilige Betreuerbestellung zum Zwecke rascher Heimaufnahme weitgehend verschließen und stattdessen ordentliche Verfahren – im Gegensatz zu Eilverfahren – durchführen. Die Patienten

³ Wolf in: Heß, Kagemann-Harnack, Schlummer, Wir wollen – wir lernen – wir können! Marburg 2008, S.78.

werden meist wieder nach Hause entlassen, wo sie sich erholen und in der Sicherheit ihrer Umgebung an Selbstbewusstsein gewinnen. Die Betreuungsbehörde hat genug Zeit, um mit den Betroffenen und ihren Angehörigen über Alternativen zu sprechen. Oft ist die Heimfrage dann vom Tisch.

2. Unterbringungsähnliche Maßnahmen insbesondere körpernahe Fixierungen

Die Verfahren zur Genehmigung (oder Ablehnung!) der Einwilligung in unterbringungsähnliche Maßnahmen, speziell körpernahen Fixierungen nach § 1906 Abs. 4 BGB verlaufen noch recht unbefriedigend. Heime und Betreuer glauben zu Unrecht, sie hafteten immer für Verletzungen, die auf Stürzen beruhen und vergessen, dass sie auch für Schäden haften können, die aus Fixierungen folgen. Mit Bettgitter und Bauchgurt ist man keineswegs auf „Nummer Sicher“! M.E. werden Atteste, die Fixierungen befürworten, zu leichtfertig erteilt, z.T. auf telefonischen Zuruf der Altenpflegerin an die Sprechstundenhilfe. Eine Abwägung der Vor- und Nachteile ist bei solchen Vorgängen nicht erkennbar. Die Gerichte entscheiden zumeist antragsgemäß, weil ihnen die Möglichkeiten der Vermeidung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen nicht präsent sind und/oder in ihrem Bezirk auch niemand daran interessiert ist, solche Möglichkeiten, wie z.B. von Guy Walther⁴ beschrieben, auch auszuprobieren.

Der Umgang mit unterbringungsähnlichen Maßnahmen ist ein System, welches das Gericht nicht im Alleingang verändern kann, übernimmt es damit doch Verantwortung für einen Bereich, den es tatsächlich nicht beeinflussen kann. Hier müssen alle Beteiligten in die Verantwortung eingebunden werden. Es kann damit beginnen, alle Beteiligten auf denselben Kenntnisstand zu bringen, etwa in gemeinsamen, durch die Betreuungsbehörde initiierten Veranstaltungen. Bei Zweifeln ist es sinnvoll, sich nicht mit Attesten zufrieden zu geben, sondern Gutachten einzuholen, womöglich durch Pflegesachverständige, die Ursachen und Begleitumstände z.B. einer Unruhe weit differenzierter ausmachen und Empfehlungen zur Abhilfe praxisorientierter aussprechen können als ärztliche Gutachter. Schließlich sollten die Überprüfungsfristen kürzer gewählt werden, um deutlich zu machen, dass Fixierungen nicht zur Routine werden dürfen.

3. Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Dem Gericht werden Vorsorgevollmachten vorgelegt bei Anträgen auf Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen, bei Nichtanerkennung der Vollmacht durch Dritte, bei Zweifeln des Bevollmächtigten an Wirksamkeit und Reichweite der Vollmacht – und wenn Dritte den Eindruck haben, dass die Vollmacht nicht im Sinne des betroffenen Menschen verwendet wird.

Es wächst die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für die Art und Weise, in der fremde Abgelegenheiten besorgt werden. Dieses Interesse reicht vom ärgerlichen Skandalformat im Fernsehen über ernsthafte Annäherung in Rundfunk und Fernsehen bis zu Vortragsveranstaltungen und dem Hinschauen im Alltag. So schlug zum z.B. die „Abteilung Geldwäsche“ einer Bank Alarm, als sie die Bewegung großer Summen von einem Konto einer alten Dame auf das Konto einer Kundin, die bei ihr einen notleidenden Kredit hatte, bemerkte. Die Kundin hatte die alleinstehende Dame im Wartezimmer eines Arztes kennen gelernt und sich von ihr umfangreich bevollmächtigen lassen.

4 Walther, Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB, BtPrax 2006, 8.

Vollmachten sind ein geeignetes Mittel der Vorsorge, wenn man sich von liebenden Verwandten oder Freunden umgeben sieht, die Respekt vor dem Eigensinn eines Menschen haben und befähigt sind, fremde Angelegenheiten (und ihre eigenen!) zu besorgen. Von Verwandten, die glauben, sie hätten die Vernunfttheorie über ihre schwächer werdenden Angehörigen, lässt man sich besser nicht vertreten. Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine müssen zuverlässig in ihrer Informationsarbeit zu Vorsorgevollmachten finanziell unterstützt werden.

Die aktuelle Diskussion um Patientenverfügungen zeigt die Spannung zwischen Freiheit und Geborgenheit. Einerseits möchten viele Menschen selbst entscheiden, unter welchen Umständen sie nicht mehr behandelt werden möchten. Andererseits wünschen wir uns eine Gesellschaft, die Schwerkranke nicht allein lässt, sie warmherzig umhert und Schmerzen professionell behandelt. Meines Erachtens ist es für eine gesetzliche Regelung noch zu früh. Die gesellschaftliche Diskussion wird noch zu oberflächlich und zu gereizt geführt. Es herrscht große Unklarheit über das ärztliche Handeln und die pflegerische Versorgung Schwerkranker. Bevor die Menschen nicht wissen, ob sie Gleichgültigkeit oder Geborgenheit erwartet, können sie keine differenzierte Patientenverfügung schreiben, sondern bleiben im – angstbesetzten – Allgemeinen.

IV. Menschen mit psychischen Erkrankungen

1. Gesellschaftliche Situation

Menschen mit psychischen Erkrankungen fordern von ihrer Umgebung viel Energie, sie sind der Gesellschaft nicht geheuer, Abwehr ist die Reaktion. So fallen die Betroffenen rasch aus gesellschaftlichen Bezügen und damit aus der Teilhabe – Arbeitsplatzverlust, familiäre Entfremdung, Verlust von Freundschaften und nachbarlicher Unterstützung sind ihr Schicksal. Jedenfalls in Krisen wird die Aufmerksamkeit psychisch kranker Menschen ganz von ihrem aufgewühlten Inneren absorbiert, sodass für die Forderungen der Außenwelt (zum Beispiel nach Ordnung, Pünktlichkeit, Behördenkontakt) keine Kraft mehr bleibt. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind sich ihrer selbst nicht sicher und können auch nicht sicher sein, dass andere ihre Grenzen achten. Keine andere Gruppe ist so stark dem Einflusswunsch der Gesellschaft ausgesetzt wie die psychisch Erkrankten. Die Gesellschaft verbrämt ihren eigenen Wunsch, die Betroffenen durch Durchsetzung von medikamentöser Behandlung unter Kontrolle zu bekommen mit der Erklärung, man wolle für Menschen mit psychischen Erkrankungen nur ihr Bestes.

Folgerichtig waren es Menschen mit psychischen Erkrankungen, die bahnbrechende Entscheidungen der Obergerichte zur Freiheit vor unerwünschter Behandlung erstritten haben: In gewissen Grenzen bleibt dem Einzelnen die Freiheit zur Krankheit, also die Entscheidung, ob er die Krankheit durchleiden oder behandelt werden will. Eine ambulante Zwangsbehandlung ist nicht zulässig.⁵ Stationär darf der entgegenstehende Wille nur ausnahmsweise mit Zwang überwunden werden, wenn dieser Grundrechtseingriff im angemessenen Verhältnis zum erwarteten Erfolg steht.⁶ In einer neueren Entscheidung hat der BGH gemahnt, nicht einfach deshalb unterzubringen, um eine gewünschte Zwangsbehandlung zu legalisieren.⁷

Obwohl Psychiatrie-Erfahrene diese Bestätigung ihrer Rechte erstritten haben, können sie nicht sicher sein, dass diese Rechte an der Basis auch beachtet werden. Zu

5 BGHZ 145, 297 = BtPrax 2001, 32.

6 BGH, Beschluss vom 1.2.2006, abgedruckt in BtPrax 2006, 145.

7 BGH, Beschluss vom 23.1.2008, abgedruckt in BtPrax 2008, 115.

viele Klinikärzte gehen davon aus, dass ihr Behandlungswunsch auch durchgesetzt werden muss und üben hohen Druck auf Betreuer aus, darin einzuwilligen. Richter werden mit Abwertung „gestraft“, wenn sie Genehmigungen verweigern.

Menschen mit psychischen Erkrankungen können eine Klinikbehandlung eher als Hilfe annehmen, wenn das Krankenhaus eine Zuflucht in Krisensituationen ist, wo man zur Ruhe kommen kann und grundsätzliche Wertschätzung und Geborgenheit erfährt.

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist ihre Grenze zu den anderen ein beunruhigendes Thema. Die unmittelbare Umgebung wird oft als problematisch erlebt, man befürchtet mangelnden Respekt, Übergriffe und Machtausübung. Um den inneren Raum zu schützen, wird die Grenze oft weit nach außen verlagert: Türen mehrfach geschlossen, Klingel abgestellt, Fensterläden heruntergelassen, Post nicht geöffnet, Einbestellungen ignoriert. Die Befürchtungen potenzieren sich gegenüber den Mächtigen der Gesellschaft: Behörden, Versicherungen und Gläubigern.

2. Nutzen rechtlicher Betreuung

Betreuung kann gegenüber diesen Mächtigen für den psychisch Erkrankten unheimlich entlastend wirken, was von den Betroffenen auch durchweg anerkannt wird.

Ein betreuter Mann sagt: *„Ich bin wieder auf Leben programmiert. Mir ist geholfen worden. Der Betreuer hat alles geregelt. Es ist ein gutes Gefühl, den Betreuer zu haben. Immer, wenn ich jetzt in den Briefkasten schaue, liegt da keine Mahnung drin.“*

Ein kluger Betreuer achtet die Grenzziehungen des psychisch Erkrankten und steht an seiner Seite, um ihm seine Solidarität zu zeigen. So ist es z.B. partnerschaftlich, mit dem Betreuten zusammen zu überlegen, wie sie die Wohnung in einen präsentablen Zustand bringen, bevor der Vermieter zur Besichtigung kommt, um keine Kündigung zu riskieren. Es wäre hingegen überhebliche Machtausübung, Betreute herabzusetzen und auszuschimpfen, weil ihre Wohnung ungepflegt ist.

Es ist nicht Betreueraufgabe, den betroffenen Menschen zu einem gesellschaftlich angepassten Wesen zu machen. Betreuer sind weder Erzieher noch Missionare. Pädagogischer Eifer ist die häufigste Ursache für das Scheitern einer Betreuerbeziehung.

Unsere Gesellschaft, die den einzelnen zu einem Anhang von Maschinen machen will und von ihm eine unerfüllbare Funktionstüchtigkeit erwartet, fixiert sich auf jede Störung im Betriebsablauf und etikettiert Menschen schnell als unfähig, wenn sie dem Tempo und der Taktung der Außenwelt nicht standhalten.

Rechtliche Betreuung erscheint dann als probates Mittel, dem Einzelnen Nachreife und Erziehung angeeignet zu lassen, mit dem unzutreffenden Hintergedanken, dass der Betroffene eigentlich noch ein Kind sei.

Eine solche Ausweitung des Krankheitsbegriffes des § 1896 BGB auf sog. Persönlichkeitsstörungen, Sucht oder straffälliges Verhalten ist abzulehnen, denn es ist nicht Aufgabe des Staates, seine erwachsenen Bürger zu erziehen. Aufträge in der Betreuung zu Erziehung und Läuterung sind unwürdig für beide: Betreuer und Betreute. Betreuer geraten in die Erziehungsfalle, was sich durch ärgerliche, abwertende Berichterstattung und unangenehme Auseinandersetzungen mit dem Betreuten äußert. Betreute lernen wenig hinzu, wenn sie dem Betreuer die Verantwortung für alles zuschieben können, was in ihrem Leben schief läuft.

Das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit psychischem Leiden zu achten, heißt, ihr Nein zu respektieren und sie dann mit der Situation nicht allein zu lassen.

Erfahrene Betreuer zeigen sich als Mensch und nicht als Machtfigur. Sie reden mit Betreuten auf gleicher Ebene.

Die Sprache soll sich des Betreuten nicht bemächtigen, ihn nicht verkleinern und nicht moralisch abwerten. Dazu gehört es, keine neuen Eigenschaftswörter zu erfinden. Die menschlichen Eigenschaften sind seit dem Altertum ausgelotet. Im Deutschen kann man leider durch neue Wortbildungen wie „nicht wohnfähig“, „nicht absprachefähig“, „bettflüchtig“ und dergleichen den falschen Eindruck der Eigenschaft einer Person erwecken. Aber, was soll „nicht absprachefähig“ bedeuten? Es heißt nichts weiter als: Jemand tut nicht, was ich sage, ist also ungehorsam. „Wohnfähig“ ist jeder, nur räumt halt nicht jeder auf. In den romanischen Sprachen ist es viel schwieriger, solche neuen, abwertenden Eigenschaftswörter zu bilden. Mit anderen Worten: Eine Eigenschaft, die sich nicht ins Italienische übersetzen lässt, kann man getrost ignorieren.

Einzelne Menschen, die sich nicht anpassen, in Auspielung eigener Macht wie Sachen zu beschreiben, also zu vergegenständlichen, ist inhuman. Zum Schutz einer menschlichen Umgangskultur sollten wir entschlossen gegen Abwertung vorgehen, Personen, die anmaßend über betreute Menschen schreiben, ansprechen und eigene wertschätzende Stellungnahmen einbringen.

V. Schlussbetrachtung

Was die Teilhabe betreuter Menschen an allen gesellschaftlichen Bereichen angeht, sind Betreuer und Betreuerinnen verpflichtet, sich über alle Angebote zu informieren und diese Informationen an die Betreuten weiterzugeben.

Die Selbstbestimmung des betreuten Menschen ist kein gesichertes Gut. Sie muss immer noch nach außen verteidigt werden, zunehmend auch gegen kapitalistische und fiskalische Interessen. Der „Kampf der Gierigen gegen die Schwierigen“⁸ hat das Betreuungswesen längst erreicht.

Aus diesem Grund sind Strukturveränderungen, die zu Sparzwecken benutzt werden können, wie die Übertragung der Begleitung der Betreuung von den Gerichten auf die Gemeinden, abzulehnen. In einer Zeit, in der z.B. in NRW mehr als jede 6. Gemeinde einen Nothaushalt hat, können die Gemeinden diesen Mehraufwand von Personal nicht schultern. Gerichte sind sicherlich angreifbar, aber in ihrer Unabhängigkeit besser geeignet, den Unangepassten zur Seite zu stehen als weisungsgebundene Gemeindeangestellte.

Allerdings sollte die Beteiligung der Betreuungsbehörde in jedem Betreuungsverfahren verbindlich sein. Dies hätte zur Folge, dass sie in vielen Gemeinden erst einmal ausreichend ausgestattet werden müsste. Damit wäre für die Qualitätsentwicklung viel gewonnen.

Betreuung ist eine friedensstiftende Tätigkeit. Sie hat Tausende zu einem lebenswerten Leben zurückgeführt, Familien befriedet und der Gesellschaft ein humanes Gesicht verliehen. Dies gilt es zu bewahren – allen Anfeindungen zum Trotz.

8 Alfred Jarry, König Ubu, Drama in fünf Aufzügen, Stuttgart 1996, 5. Aufzug, 1. Szene.

Diskussionsbeiträge und Arbeitsergebnisse

A. Persönliches Budget, Wohnformen, Berufliche Integration

Umsetzung des persönlichen Budgets

Wolfgang Rombach

I. Neue Leistungsform

Nach Abschluss der 4-jährigen Modellphase in acht deutschen Regionen besteht seit Januar 2008 ein Rechtsanspruch auf die Ausführung von Teilhabeleistungen in Form Persönlicher Budgets in der gesamten Bundesrepublik Deutschland.

Mit dieser neuen Leistungsform, dem „Persönlichen Budget“, können behinderte Menschen auf Antrag anstelle von Dienst- und Sachleistungen eine Geldleistung oder Gutscheine erhalten, um sich die für die selbst bestimmte Teilhabe erforderlichen Assistenzleistungen selbst zu beschaffen. Die behinderten Menschen als Expertinnen und Experten in eigener Sache können den „Einkauf“ von Leistungen eigenverantwortlich, selbständig und selbst bestimmt regeln.

Das Instrument des Persönlichen Budgets ist geeignet, die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden und Elemente des überholten, fürsorgestaatlichen Umgangs mit behinderten Menschen abzubauen. Das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen wird dadurch konkretisiert.

Das Persönliche Budget können grundsätzlich alle behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen beantragen, soweit ein Rechtsanspruch auf Teilhabe- oder sonstige Leistungen nach § 17 Abs. 2 SGB IX besteht; und zwar unabhängig von der Schwere der Behinderung und unabhängig von der Art der benötigten Leistungen. Und weil alle behinderten Menschen unabhängig von der Art und Schwere der Behinderung ein Persönliches Budget beantragen können, können auch geistig behinderte und seelisch kranke Menschen, die geschäftsunfähig sind und für die ein rechtlicher Betreuer bestellt ist, ein Persönliches Budget beantragen. Jedoch ist zu beachten, dass diese Personen dies nicht selbst beantragen können, sondern dass in diesem Fall der gesetzliche Vertreter den Antrag stellen muss.

Trotz der von manchen Trägern leider immer wieder geäußerten entgegenstehenden Auffassung: Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hält an dem Grundsatz fest, dass grundsätzlich alle schwerbehinderten Menschen ein Persönliches Budget beantragen können!

Das bedeutet aber nicht, dass alle Anträge auf ein Persönliches Budget positiv von dem Leistungsträger beschieden werden müssen. Wenn z.B. das Teilhabeziel durch die Leistungsform des Persönlichen Budgets nicht erreicht werden kann, wird ein Antrag auf ein Persönliches Budget vom Leistungsträger abgelehnt werden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hält außerdem an dem Grundsatz fest, dass bei der Bedarfsfeststellung von Persönlichen Budgets eine im Einzelfall erforderliche Budgetberatung und -unterstützung berücksichtigt werden muss, so wie es auch in der entsprechenden Vorschrift steht (§ 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX).

Dabei muss allerdings auch auf vorhandene Ressourcen zurückgegriffen werden.

Zunächst soll das Beratungs- und Informationsangebot der Sozialleistungsträger in Anspruch genommen werden. Insbesondere die Beratung der Sozialhilfeträger umfasst auch die gebotene Budgetberatung. Und auch die gemeinsamen Servicestellen sollen bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets helfen. Allerdings besteht bei den gemeinsamen Servicestellen noch viel Verbesserungsbedarf. Zusammen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund arbeitet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales intensiv daran, dass die gemeinsamen Servicestellen zu kompetenten Ansprechpartnern für eine umfassende Beratung werden.

Künftig könnten auch die neu einzurichtenden Pflegestützpunkte eine wichtige Rolle spielen und auch Case Management durch die Reha-Träger muss dabei geprüft werden.

Daneben haben sich mittlerweile ca. 130 Beratungsstellen ganz unterschiedlicher Couleur und Trägerschaft bei der Beratungsplattform des PARITÄTISCHEN gemeldet, die umfassend zum Persönlichen Budget beraten und zum Teil Antragsteller im Verfahren begleiten. Es ist geplant, dass sie sich zum Erfahrungsaustausch virtuell vernetzen und Best-Practice-Beispiele und Musterzielvereinbarungen ins Netz stellen. Zudem sollen Qualitätsstandards für die Beratung erarbeitet werden.

Auch das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und das bundesweite Beratungstelefon zum Persönlichen Budget der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. (ISL) werden sehr aktiv von behinderten Menschen und deren Angehörigen genutzt.

Viele behinderte Menschen erhalten auch Unterstützung von ihren Angehörigen oder von ehrenamtlichen Helfern sowie Selbsthilfegruppen und „Peer Counseling“ (Beratung behinderter Menschen durch Menschen mit Behinderungen, oft selbst Budgetnehmer/-innen). Modelle dazu werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterstützt.

Soweit darüber hinaus bei der Durchführung von Persönlichen Budgets Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht, muss er bei der Kalkulation des Bedarfs berücksichtigt werden. Dabei ist allerdings die Kostenobergrenze zu berücksichtigen, nach der die Höhe der vorherigen Sachleistung nicht überschritten werden soll.

Von dieser „Soll-Vorschrift“ kann abgewichen werden, z.B. wenn gerade zu Beginn der Unterstützungsbedarf besonders hoch ist, langfristig die Höhe des Sachleistungsbezugs aber sogar unterschritten werden kann. Beispiel ist der Auszug aus einem Heim ins ambulant unterstützte Wohnen. Und es ist gerade das erklärte Ziel, mit Persönlichen Budgets Heimunterbringungen zu vermeiden. Der Programmsatz „ambulant vor stationär“ ist für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Verpflichtung.

II. Rolle der Betreuerinnen und Betreuer

Die Betreuer spielen bei Beratung und Unterstützung eine wichtige Rolle. Leider sind hier noch immer zu viele Fragen ungelöst, und ich kann Ihnen auch heute noch keine fertigen Lösungen präsentieren. Mit dem Bundesministerium der Justiz diskutiert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Frage des „Insichgeschäftes“ sowie

mögliche Finanzierungen von Budgetassistenten, aber ebenso auch die Frage, wie weit Budgetunterstützung von den bisherigen Aufgaben der rechtlichen Betreuer umfasst wird. Dabei ist insbesondere auch zu prüfen, inwieweit ehrenamtliche Betreuer der neuen Aufgabe „Budgetassistenten“ gewachsen sind und Unterstützung bedürfen.

Schon bisher leisten Betreuer Rechtsfürsorge, Gesundheitsfürsorge, Beratung und Vertretung bei Rechtsgeschäften. Sie entscheiden in Vermögensfragen, Auswahl von Heilbehandlung, Fragen der Wohnform bzw. Heimauswahl und beantragen notwendige Sozialleistungen. Viele Schritte im Antragsverfahren für ein Persönliches Budget fallen in den bestehenden Aufgabenkreis der Betreuer. Gleichzeitig ist aber auch klar, dass im Gegensatz zum Inklusiv-Paket eines Heimes bei der neuen Leistungsform des Persönlichen Budgets mehr Aufgaben auf die rechtlichen Betreuer zukommen. Auf der anderen Seite können nicht Sozialleistungsträger ihre bisherigen Pflichten aus dem Sachleistungsverfahren durch ein Persönliches Budget auf die Betreuer – und damit auf die Justizkasse – verlagern. Wo Budgetunterstützung über den Pflichtenkreis hinausgeht, muss über Vergütungsmöglichkeiten des Mehraufwandes gesprochen werden.

III. Paradigmenwechsel

Die Zahl der Bewilligungen von Persönlichen Budgets ist in den letzten Monaten stark angestiegen. Es gibt 5.000 aufgrund freiwilliger Meldung an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales erfasste Budgets. Insgesamt gehen wir von ca. 10.000 Budgets aus. Die neue Leistungsform des Persönlichen Budgets ist eines der herausragendsten Instrumente für den Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik. Es ist ein Meilenstein auf dem Weg zu einer bedarfsorientierten und personenzentrierten Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und führt zu mehr Selbstbestimmung, mehr Selbständigkeit und Selbstbewusstsein für behinderte Menschen. Ein weiterer stetiger Anstieg von Persönlichen Budgets ist das Ziel.

Insbesondere um die stärkere Nutzung Persönlicher Budgets zu erreichen, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die Jahre 2008 bis 2010 ein Förderprogramm aufgelegt und aus dem Bundeshaushalt und dem Ausgleichsfonds, der vom Beirat für die Belange behinderter Menschen verwaltet wird, insgesamt 3,5 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Damit werden zurzeit 30 Modellprojekte zum Thema Persönliches Budget gefördert. Projektträger eines der geförderten Projekte, mit dem Fortbildungen von Berufsbetreuer(n)/-innen zum Persönlichen Budget mit Zertifikat durchgeführt werden, ist der BdB (Bundesverband der Berufsbetreuer/-innen e.V.). Nicht zuletzt die Förderung dieses Modellprojekts macht deutlich, dass das Ministerium den rechtlichen Betreuern bei der Umsetzung von Persönlichen Budgets eine wichtige Rolle beimisst. Deshalb ist es gut, wenn auf dieser Tagung die Chancen genutzt werden, Schnittstellen zu identifizieren und Lösungsansätze für die vielen noch offenen Fragen zu diskutieren.

Klaus Förter-Vondey

Betreuung und Persönliches Budget sind eng miteinander verbunden. Der Rechtsanspruch auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget ab 01.01.08 veranlasste den BdB (Bundesverband der Berufsbetreuer) deswegen, zu der neuen Regelung eine Haltung zu entwickeln.

I. Schritt zu mehr Selbständigkeit

Der BdB bewertet das Persönliche Budget als einen Schritt hin zu mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Einschränkungen und Behinderungen. Deswegen unterstützen wir die Bemühungen um die Umsetzung des Gesetzes z.B. mit eigenen Schulungen für Betreuerinnen und Betreuung zum zertifizierten Budgetassistentin/en, gefördert durch das Arbeits- und Sozialministerium.

II. Betreueraufgabe

Unabhängig von der Bewertung des Persönlichen Budgets stehen BetreuerInnen in der betreuungsrechtlichen Verpflichtung, das Budget in ihr Handlungsrepertoire einzubeziehen. „Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten (§1901 Abs. 2 BGB).“ Und: „Innerhalb seines Aufgabenkreises hat der Betreuer dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§1901 Abs. 3 BGB)“.

III. Forderungen

Wir sehen bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets (§ 17 SGB IX) in der vorliegenden Form allerdings erhebliche Probleme und stellen – wegen der kaum umsetzbaren Regelungen und wegen der nicht nutzbaren Vorteile für viele KlientInnen – Forderungen an die Politik.

Die Umsetzungsprobleme liegen maßgeblich bei der Regelung für eine Unterstützung in der Beratung zum Budget. Zudem bestehen sie bei der Umsetzung des Budgets nach Bewilligung, also der Budgetassistentenz. Aus dem Bericht der Modellphase geht hervor, dass für einen erheblichen Anteil der Budgetnehmer (bis 50 %) eine Unterstützung beim Budgetmanagement erforderlich ist. Bezüglich der Budgetberatung und –assistentenz gibt es eine erhebliche Berührung von Betreuung und Budget. Denn in der Betreuung sind BudgetnehmerInnen zu mehr als 90 % auf Unterstützung angewiesen. Der Aufwand für die Assistentenz ist allerdings erheblich, so dass sie nicht als Inklusivleistung der Betreuung möglich ist. Der BdB hat einen Vorschlag für eine Vergütungsordnung entwickelt. Auf der Grundlage einer fachlich sinnvollen Vergütungsregelung und rechtlicher Klärungen bzgl. eines möglichen Insichgeschäfts könnte das Persönliche Budget einen deutlichen Schritt in der Selbstbestimmung behinderter Menschen werden.

Eine weitere große Hürde bei der Umsetzung des Budgets ist die Bestimmung, wonach Beratung und Assistentenz aus dem Budget zu finanzieren sind. Das stellt eine Schlechterstellung der BudgetnehmerInnen zu denjenigen dar, die Sachleistungen erhalten und die Kosten für die Managementleistungen nicht aufzubringen haben. Gleichzeitig haben die Träger Vorteile durch die eingesparten Managementleistungen. Nach unserer Auffassung wird mit der Regelung der Grundsatz einer bedarfsgerechten Versorgung in Frage gestellt. Wir fordern, die Beratungs- und Assistentenzleistungen zusätzlich zum Budget zu finanzieren und durch einen eigenen Leistungsanspruch auch von einem möglichen Insichgeschäft zu entkoppeln.

Wir sind aus fachlicher Sicht davon überzeugt, dass Beratung und Unterstützung im Persönlichen Budget im Falle des Assistentenzbedarfs eine Einheit bilden müssen und zum Fallmanagement Persönliches Budget gehören. Von daher sind eine Beratung z.B. durch eine Servicestelle, eine Assistentenz durch einen Budgetassistenten und

zusätzlich eine Betreuung eine fachlich nicht taugliche und auch nicht zu rechtfertigende kostspielige Angelegenheit. Eine Finanzierung der Beratung und Assistenz, so fordert der BdB, muss von daher als zusätzliche Leistung und zusätzlich zum Budget bewilligt werden können.

Wir stellen weiter fest, dass die „Wut“ des Gesetzgebers, überall Fallmanagements (Persönliches Budget, Betreuung, Pflegeberatung...) zu regeln, zur Verunsicherung der KlientInnen führt. Wir haben deswegen vorgeschlagen, dass pro Fall lediglich ein Fallmanagement eingerichtet werden sollte. Besteht eine Betreuung, sollte das Fallmanagement dort angesiedelt werden. Das schafft Klarheit und Verlässlichkeit für die Klienten, ist fachlich (Betreuungsmanagement nach Case Management) richtig angesiedelt und verhindert zusätzliche Betreuungen.

Nicht nur die Implikationen des Persönlichen Budgets für die Betreuung ist für uns Grund, das Betreuungswesen grundsätzlich zu hinterfragen. Wir kommen auch zu der Auffassung, dass der Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik („Münzfeiring“) – am Beispiel des Persönlichen Budgets – dazu angetan ist, über die Konzeption Betreuung in einer sich grundlegend wandelnden sozialen Umwelt nachzudenken. Wir sind der Meinung, dass Betreuung mit dem praktizierten Betreuungsmanagement Soziale Arbeit ist und zum Unterstützungsmanagement von Menschen in komplexen Problemlagen gehört – mit den besonderen Aspekten der Art der Mandatierung und Unterstützung und den daraus resultierenden besonderen Anforderungen und Verpflichtungen. Nach unserer Auffassung kehren wir mit dem Hintergrund einer entwickelten Fachlichkeit zu den Anliegen der Reform von 1992 zurück. Das Betreuungswesen und die Politik müssen sich von daher über den weiteren Weg der Betreuung entscheiden. Das betrifft strukturelle Fragen, Fragen der Qualifikation, der Qualitätssicherung, der rechtlichen und finanziellen Absicherung. Der BdB hat zu allen Bereichen seit geraumer Zeit Vorschläge unterbreitet, wie z.B. das Qualitätsregister und die Organisationsform „Geeignete Person oder Stelle für Menschen in komplexen Problemlagen“.

Gerold Oeschger

I. Selbstbestimmung/Teilhabe

Das Persönliche Budget ist eine Möglichkeit, die Selbstbestimmung behinderter Menschen zu stärken. Dies ist ein Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik, der grundsätzlich zu begrüßen ist.

Die Deckelung des Budgets einschließlich der notwendigen Budgetassistenzeleistungen in Höhe der vergleichbaren Sozialleistungen führt aber dazu, dass für die behinderten Menschen mit einem höheren Budgetassistenzebedarf und der Notwendigkeit ihrer berufsmäßigen Erbringung (mangels Verfügbarkeit nahe stehender Personen oder Selbsthilferessourcen) die Inanspruchnahme Persönlicher Budgets unattraktiv oder sogar praktisch unmöglich wird. Nach Abzug des notwendigen Budgetassistenzebedarfs werden die mit den verbleibenden Budgetmitteln beschaffbaren Teilhaubeleistungen quantitativ oder qualitativ unzureichend.

II. Aufgabe der Betreuerinnen und Betreuer

Betreuer haben bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets durch ihre Klienten nicht mehr Leistungen zu erbringen als bei der Inanspruchnahme einer Sachleistung. Ein Betreuer muss im Rahmen seiner Aufgabenkreise alles das nicht leisten, wofür auch ein lediglich körperbehinderter und im Übrigen alltagskompetenter

Mensch Budgetassistent in Anspruch nehmen würde. Berufsbetreuer müssen wegen der Vergütungspauschalierung außerhalb ihrer Aufgabenkreise keine unvergüteten zusätzlichen Budgetassistentenleistungen erbringen.

Es kann dem Wunsch oder dem objektiven Wohl des betreuten Budgetnehmers entsprechen, dass ein Betreuer seine Ressourcen in die notwendige Budgetassistentenleistung einbringt; die Kenntnis der Person des Budgetnehmers und seiner Bedürfnisse und Lebensverhältnisse sowie die vor Ort vorhandenen Leistungsanbieter. Zusätzlich vergütete Budgetassistentenleistungen dürfen Betreuer für ihre Klienten aber wegen des Selbstkontrahierungsverbots (§ 181 BGB) ohne Einschaltung eines zu bestellenden (und in der Regel auch zu bezahlenden) Ergänzungsbetreuers nicht erbringen.

Jedem (auch betreuten) behinderten Menschen, der einen natürlichen Willen zum Persönlichen Budget gebildet hat, sind die notwendigen Budgetassistentenleistungen zu gewähren. Inwieweit die Vorgaben des § 1896 BGB als Verpflichtung für den Betreuer zum Tragen kommen, ist diskutabel. Angesichts der bundesweiten Tendenz zur Kommerzialisierung der Eingliederungsleistungen ist nicht zu erwarten, dass durch eine bundesgesetzliche Regelung eine Aufstockung Persönlicher Budgets in Höhe der notwendigen, entgeltlich zu erbringenden Budgetassistentenleistungen erreicht werden kann. Die Belastung der Justiz mit Aufwendungen für Budgetassistenten wäre systemwidrig, weil ausschließlich die Sozialleistungsträger den zusätzlichen Aufwand zu tragen haben.

Alex Bernhard

I. Persönliches Budget in der Praxis der Betreuungsvereine

Persönliche Budgets kommen in der Praxis der Betreuungsvereine kaum vor, d.h. es sind seltene Einzelfälle im Bereich der Vereinsbetreuungen. Noch seltener kommen Beratungsfragen von begleiteten Ehrenamtlichen vor,

Warum ist dies so? Was sind Hinderungsgründe?

1. Diese Leistungsform ist zumindest im Kreis der von rechtlicher Betreuung Betroffenen (Betreute und nichtprofessionelle Betreuer) kaum bekannt, trotz der Informationsoffensive des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.
2. Leistungsanbieter werben kaum damit.
3. Kostenträger werben nicht für diese Leistungsform. Sie tun sich auch schwer mit der praktischen, verwaltungsmäßigen Umsetzung, erst recht in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit.
4. Der rechtliche Betreuer hat gewiss die grundsätzliche Verpflichtung, entsprechende Hilfen zu erschließen, aber mit welchem vertretbaren Aufwand? Er wird ihn eher vermeiden.
5. Wenn diese Leistungsform bekannt ist, erscheint sie den Adressaten doch mit sehr vielen Unwägbarkeiten belastet.
6. Neutrale Budgetassistenten fehlen weitgehend bzw. sind nicht bekannt. Sie sind nicht finanziert bzw. die Finanzierung entsprechend der vorgesehenen Form belastet das Budget in unverträglicher Weise.
7. Den hochgesteckten Erwartungen, eine größere Anzahl der rechtlich Betreuten mittels eines Persönlichen Budgets bessere, individuellere und vor allem selbstbestimmtere Hilfe zukommen zu lassen, steht entgegen, dass vergleichsweise

wenige Budgetberechtigte auch „budgetfähig“ im Sinne einer (zumindest minimalen) eigenständigen Meinungs- und Willensbildung bezüglich realistischer Vorstellung von erforderlicher Hilfe sind.

II. Persönliches Budget – Allheilmittel oder Mogelpackung?

Darf der Betreuer seinen Fähigkeitsvorsprung durch Nutzung des Persönlichen Budgets dem Betreuten überstülpen?

Sind die Sachleistungen, wie häufig dargestellt, immer die schlechteren Hilfeformen? Sachleistungen geben schließlich auch Sicherheit.

Verleitet die neue Leistungsform nicht dazu, diese als Kostendämpfungsinstrument zu gebrauchen, indem sich der Leistungsberechtigte bzw. sein Vertreter bei den Leistungsverhandlungen einem Rechtfertigungsdruck (Zielvereinbarung, Budgethöhe) ausgesetzt sehen?

Wird mit dem Instrument des Persönlichen Budgets nicht der Markt der Angebote „aufgemischt“? Wo bleibt die Qualität der Leistungen? Wer steht für das Controlling?

Verschiebt der hinter dem Rechtsanspruch auf Persönliches Budget stehende Verpflichtungsdruck im Bereich der rechtlichen Betreuung nicht die Fürsorgezuständigkeit von anderen Instanzen auf den Betreuer?

Der Druck der Kostenträger z.B. auf solche stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe und deren Gegenwehr bewirken u.a. auch eine Differenzierung der Angebotsstruktur im Sinne der Zielstellung des Persönlichen Budgets (Beispiel: Ambulant betreutes Wohnen).

III. Betätigungsfeld für Betreuungsvereine?

In Betreuungsvereinen ist zweifellos eine umfassende Kenntnis über das örtliche Leistungsangebot vorhanden. Auch das Know-how zur Einschätzung des Nutzens des Persönlichen Budgets für einzelne Betreute liegt vor.

Betreuungsvereine sehen sich genötigt, entsprechende Beratungsanfragen von ehrenamtlichen Betreuern anzunehmen.

Betreuungsvereine können jedoch nicht im Rahmen der ohnehin unterfinanzierten Querschnittsarbeit einen zusätzlichen Beratungsschwerpunkt anbieten. Dies wäre nur eine weitere Variante der Umdeutung sozialer Pflichtaufgaben anderer Institutionen in eine Aufgabe der rechtlichen Betreuung.

Wenn Betreuungsvereine wegen der fachlichen Kompetenz zur Budgetberatung herangezogen werden sollen, dann muss diese Aufgabe separat und unabhängig von der sonstigen Querschnittsarbeit finanziert werden.

IV. Fazit

Persönliches Budget sollte im Bereich der rechtlichen Betreuung derzeit nur da angewendet werden, wo

- der Betroffene hinreichend zu eigener Willensbildung in der Lage ist;
- ein adäquates Dienstleistungsangebot für die Bedürfnisse behinderter Menschen zur Verfügung steht;
- dem Budgetnehmer und seinem Vertreter eine neutrale Budgetassistenz ohne Schmälderung des eigentlichen Budgets zur Verfügung steht.

Uli Hellmann

I. Einführung

Seit dem 1. Januar sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen in der Form „Persönlicher Budgets“ zu gewähren, wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird. Die bisherige Praxis und die Berichte der Ende 2007 abgeschlossenen Modellprojekte zur Einführung des Persönlichen Budgets (PB) haben gezeigt, dass überwiegend Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (§§ 53 ff. SGB XVII) von den dafür zuständigen Sozialhilfeträgern in der neuen Leistungsform beansprucht wurden, kaum dagegen als sogenanntes „trägerübergreifendes Budget“, welches sich aus Teilhabeleistungen mehrerer Rehabilitationsträger zusammensetzt.

Die Zahl der in Anspruch genommenen Budgets ist trotz aller Bemühungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen sowie von Projektträgern und Behindertenverbänden, das Persönliche Budget bekannt zu machen, sehr gering geblieben: nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben im Jahre 2006

643.000 behinderte Menschen Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XVII erhalten; die Zahl der Persönlichen Budgets belief sich Anfang 2008 nur auf etwa 1000.

Was sind die wesentlichen Ursachen für die geringe Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets, mit dem eine möglichst selbstbestimmte, individuelle Verwendung von Sozialleistungen ermöglicht werden soll?

II. Bemessung des Persönlichen Budgets

Nach § 17 Abs. 3 SGB IX werden Persönliche Budgets auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 SGB IX getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen können. Näheres regelt § 3 der Budgetverordnung (BudgetVO). Die Bedarfsfeststellung durch die Rehabilitationsträger und die daraus folgende Bemessung des Persönlichen Budgets sind für Menschen mit Behinderung entscheidend für die Beantwortung der Frage, ob der zu erwartende Geldbetrag ausreichen wird, um die Dienst- und sonstigen Leistungen einzukaufen, die der Budgetnehmer zu seiner Bedarfsdeckung benötigt. Zwar ist eine Entwicklung zur individuellen Bedarfsfeststellung erkennbar, jedoch sind die Vorgehensweisen der Kostenträger sehr uneinheitlich und intransparent; das Gleiche gilt für die „Verpreislichung“ von benötigten Dienstleistungen. Die Ungewissheit, ob ein Persönliches Budget für die eigene Bedarfsdeckung die gleiche „Sicherheit“ bietet wie die Sachleistung, bewirkt Zurückhaltung gegenüber der neuen Leistungsform.

III. Deckelung des persönlichen Budgets

Das persönliche Budget darf nicht mehr kosten als die Sachleistung, die der Leistungsberechtigte erhalte, wenn er auf ein Budget verzichtete (§ 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX). Diese Deckelung lässt befürchten, dass der bewilligte Geldbetrag nicht ausreichte, um die angestrebte „passgenaue individuelle Betreuung“ – zum Beispiel in einer ambulant betreuten Wohnform – sicherzustellen. Kriterien für eine im Rahmen des zulässigen Ermessens gerechtfertigte Überschreitung der Kostenobergrenze sind bislang nicht bekannt geworden.

IV. Beratung

Angemessene Beratung ist unverzichtbar, damit ein Leistungsberechtigter Mensch die erforderliche Informationsgrundlage bekommt, um eine Entscheidung über die Art der Gewährung der ihm zustehenden Teilhabeleistungen treffen zu können. Im Sozialrecht sind Beratungspflichten der Leistungsträger in § 14 Abs. 1 SGB I, in § 11 Abs. 1 bis 3 SGB XII (Sozialhilfeträger) sowie in § 22 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX (Gemeinsame Servicestellen) normiert. Die Beratungsstrukturen sind jedoch überwiegend noch unzureichend.

Für die Lebenshilfe als Verband der Selbsthilfe und Interessenvertretung, der auf örtlicher Ebene zugleich Leistungserbringer ist, stellen die persönliche und selbstbestimmte Lebensgestaltung und die Zukunftsplanung von Menschen mit Behinderung die wesentlichen Grundlagen der eigenen Beratungsarbeit dar. Die Beratung zum Persönlichen Budget ist ein Teilaspekt von Beratung für Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen persönlicher Zukunftsplanung mit dem Ziel, teilzuhaben am Leben in der Gesellschaft, als erwachsene Menschen insbesondere am Arbeitsleben und einer möglichst selbständigen Wohnform. Die Budgetberatung ist somit eingebettet in eine übergreifende Lebensberatung für Menschen mit Behinderung. Dabei sollte für die Lebenshilfe sowie ihre Einrichtungen und Dienste das Prinzip gelten, anbieterübergreifend zu beraten.

Auch Betreuungsvereine bieten sich geradezu dafür an, mit solchen Beratungsaufgaben beauftragt zu werden: durch die ihnen obliegenden Aufgaben im Bereich der Querschnittsarbeit (vgl. § 1908 f BGB) zugunsten ehrenamtlicher Betreuung sind sie bereits deren Ansprechpartner und in der regionalen sozialen Infrastruktur gut vernetzt. Wichtiger Vorteil der Betreuungsvereine ist zudem, dass sie in der Regel unabhängig von Leistungserbringern sind. Allerdings setzt die Übernahme solcher Beratungsaufgaben eine angemessene finanzielle Ausstattung voraus. In der ehemaligen Modellregion Marburg-Biedenkopf (Hessen) hat der Landkreis dem vor Ort tätigen Betreuungsverein unter Bereitstellung zusätzlicher Personal- und Sachkosten mit der Übernahme der regionalen Budgetinformation und –beratung beauftragt.

Nach der Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage zum „Unterstützungsbedarf bei Inanspruchnahme des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets“ (BT-Drucks. 16/9063 vom 7. Mai 2008) ist ein Großteil der Unterstützungsleistungen beim Persönlichen Budget durch rechtliche Betreuer erbracht worden, und zwar in 47% der im Abschlussbericht der Bundesregierung erfassten Fälle. Dies bestätigt die wichtige Rolle, die rechtlichen Betreuern für die Umsetzung des Persönlichen Budgets zukommt. Es können erhebliche Schnittmengen bestehen zwischen den betreuerischen Aufgaben und Beratungs- und Unterstützungsleistungen für ein Persönliches Budget. Nach den Erfahrungen der Lebenshilfe waren es in den Modellregionen häufig engagierte Eltern, die ihre erwachsenen Söhne und Töchter auf dem Weg zum Persönlichen Budget begleiteten. Beratungsstrukturen müssen gewährleisten, dass ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer die erforderliche Unterstützung erhalten.

V. Budgetassistenz

Viele Menschen mit Behinderung benötigen die regelmäßige Unterstützung durch Vertrauenspersonen, wenn sie das Persönliche Budget beantragen, vereinbaren und verwenden wollen. Nach §§ 17 Abs. 3 Satz 3, 3 Abs. 1 Satz 1 BudgetVO ist anerkannt, dass erforderliche Beratung und Unterstützung bei der Bedarfsfeststellung zu berücksichtigen sind. Soweit diese Leistungen jedoch nicht kostenlos erlangt werden können, müssten sie aus dem Budget bezahlt werden, was sich wegen der „Deckelung“ (s.o.) mutmaßlich nachteilig auf die Bedarfsdeckung des Budgetnehmers aus-

wirken würde. Die fehlende gesonderte Finanzierung von Budgetassistenz erweist sich deshalb als besonderes Hemmnis für die weitere Verbreitung des persönlichen Budgets. Klärungsbedürftig sind auch weitere Rechtsfragen, wenn beruflich tätige Betreuer die Budgetassistenz übernehmen wollen. Dazu gehört u.a. das Problem des „Selbstkontrahierungsverbotes“ nach § 181 BGB; danach könnte ein Betreuer nicht zugleich im Namen des (geschäftsunfähigen) Betreuten mit sich selbst eine Vereinbarung über (zu vergütende) Budgetassistenz abschließen.

VI. Persönliches Budget und Teilhabe am Arbeitsleben

Nach Auffassung der Bundesregierung sind auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) budgetfähig. Während die für das „Eingangsverfahren“ und den in der Regel zweijährigen „Berufsbildungsbereich“ zuständige Bundesagentur für Arbeit in ihrer Handlungsanweisung zum Persönlichen Budget die Verwendung von dafür bewilligten Budgets auch außerhalb von WfbM – also zur beruflichen Bildung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes – für zulässig erklärt hat, vertreten die für den sich an den Berufsbildungsbereich anschließenden „Arbeitsbereich“ der WfbM zuständigen Sozialhilfeträger in Übereinstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Auffassung, dass Werkstattleistungen zwar budgetfähig sind, nach der Gesetzeslage (vgl. § 41 SGB IX) aber nicht außerhalb von WfbM eingesetzt werden dürfen. Da es zudem bisher keine „verpreislichten“ Teilleistungsmodulare für Werkstattleistungen gibt und weitere Rechtsfragen ungeklärt sind, spielt das Persönliche Budget in diesem Bereich praktisch keine Rolle.

VII. Versuche der Ausgrenzung von Menschen mit schwerer Behinderung

In der Praxis wird nach wie vor die Frage diskutiert, ob die Leistungsform des „Persönlichen Budgets“ gemäß § 17 SGB IX voraussetzt, dass auf Seiten des behinderten Menschen ein bestimmtes Maß an Handlungs- bzw. Einsichtsfähigkeit vorhanden ist. In Einzelfällen wird Menschen mit geistiger Behinderung, für die eine rechtliche Betreuung besteht, die Gewährung eines Budgets verweigert – mit der Begründung, auf Grund der Erforderlichkeit der rechtlichen Betreuung stehe fest, dass sie nicht über die Fähigkeiten verfügte, die zur Verwirklichung der mit dem Persönlichen Budget verfolgten Zielsetzung in der Person des Budgetnehmers (Stichwort: „Regiefähigkeit“) vorauszusetzen seien.

Für eine solche Ausgrenzung fehlt jegliche rechtliche Grundlage.

Neben der Voraussetzung, dass eine Behinderung oder drohende Behinderung nach § 2 Abs. 1 SGB IX vorliegen müssen, lassen sich dem Gesetz keine weiteren, mit der Person des Leistungsberechtigten verknüpften Anforderungen für eine Leistungserbringung durch ein Persönliches Budget entnehmen, die von denen des allgemeinen Sozialleistungsverhältnisses abweichen. So werden keine Mindestanforderungen bzgl. Geschäftsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstbestimmung o.ä. verlangt. § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sagt vielmehr aus, dass ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden soll, dass also so viel Selbstbestimmung wie möglich erreicht werden soll. Dies ist nach § 1 SGB IX das Ziel der Leistungen nach diesem Gesetz für alle behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen. Die Forderung nach Selbstbestimmung als Einschränkung der Leistungsvoraussetzungen zu interpretieren, wäre systematisch damit unvereinbar (vgl. Welti, Gutachten zu Rechtsfragen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX, Juni 2007, S. 1). Menschen mit Behinderung und deren rechtliche Betreuer, die von solchen Ablehnungsbescheiden betroffen sind, sollten dagegen den Klageweg vor dem Sozialgericht beschreiten.

Wohnung und leben wie gewünscht – selbst bestimmt, bedarfsgerecht, in der Gemeinde: mit Behinderung, bei Pflegebedürftigkeit, im Alter, mit Demenz

„Ambulant vor stationär“ in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen – Neuorientierung der Wohnhilfen für Menschen mit Behinderungen im Rheinland

Teilplenum 2

Martina Hoffmann-Badache, Monika Lincoln-Codjoe

I. Ausgangslage

Die Ausgestaltung des Bundessozialhilfegesetzes hat die Entwicklung der Praxis der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen seit seiner Verabschiedung im Jahr 1961 (Verkündung 30.6.1961, Inkrafttreten 1.6.1962) wesentlich geprägt: Ambulante Leistungen gegenüber Menschen mit Behinderungen werden durch den örtlichen Träger der Sozialhilfe und stationäre Leistungen durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe bewilligt.

Für die Praxis hieß das: „stationär vor oder gar statt ambulant“.

In Nordrhein-Westfalen waren dementsprechend für alle ambulanten Leistungen die örtlichen Träger der Sozialhilfe, also die Städte und Kreise zuständig und für die stationären Leistungen wurden als überörtliche Träger der Sozialhilfe die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen als kommunale Regionalverbände durch das AG (Ausführungsgesetz) BSHG vom 25.6.1962, (Inkrafttreten 1.6.1962) bestimmt.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden dort zwar ausschließlich aus kommunalen Steuermitteln finanziert, die Leistungsgewährung erfolgte aber durch zwei, in der Regel unabhängig voneinander agierende Behörden.

In den Bundesländern, wo der überörtliche Träger der Sozialhilfe staatlich verfasst ist, also bei den Ländern angesiedelt ist, ist diese Trennung noch deutlicher zu spüren: die ambulanten Leistungen werden durch kommunale Haushaltsmittel finanziert und die Leistungen des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe durch den Landeshaushalt.

Gleichermaßen galt und gilt für diese Aufgabentrennung, dass der Finanzierungsaufwand für die stationäre Eingliederungshilfe fernab des kommunalpolitischen Alltags entweder über eine Umlage an die Landschaftsverbände oder Landeswohlfahrtsverbände abgegeben, oder in dem noch weiter entfernten Landeshaushalt dargestellt wird.

Dies entsprach auch dem Zeitgeist der 50er und 60er Jahre, Menschen mit Behinderungen außerhalb des kommunalen Lebens, in weit entfernten (Groß-) Heimeinrichtungen mit mehr als großen Einzugsbereichen unterzubringen. Im Rheinland haben die großen Landeskliniken des Landschaftsverbandes, die „auf der grünen Wiese“ außerhalb der kommunalen Wohngebiete geschaffen wurden, nicht nur die psychiatrische Versorgung übernommen, sondern auch diejenige der behinderten und langzeitkranken Menschen. Personengruppen, die innerhalb der Familie und der Gemeinde nicht mehr ihren Platz finden konnten, wurden in Großeinrichtungen außerhalb des normalen Lebensraumes auf möglichst Kosten sparende Weise abgeschoben. Dort innerhalb der Großeinrichtung wurden sie dann mal mehr, mal weniger

fürsorglich versorgt. Da war es nur logisch, auch die Finanzierung außerhalb der kommunalen Verantwortung zu konzipieren.

II. Erste Schritte ...

Parallel zum wirtschaftlichen Aufschwung wurden wichtige humanitäre sozialpolitische Schritte getan, um die Situation der Menschen mit Behinderung zu verbessern:

- Im Rheinland wurden die Bettensäle zunehmend in Frage gestellt.
- Der Personalschlüssel in den Einrichtungen wurde verbessert.
- Heime bei freien Trägern entstanden.

Eine fürsorgliche Rundum-Versorgung außerhalb der Kliniken und Großeinrichtungen begann sich zu entwickeln.

Im Rheinland wurden mit der Psychiatrie-Enquete und dem Bundes-Modellprogramm Ende der 80er Jahre in einem nächsten Schritt die Dezentralisierung der Heime und ihre Verkleinerung eingeleitet. Wohnheime sollten integriert in die normale Wohnbebauung geschaffen werden, das Einzelzimmer wurde zum Hauptangebot bei Neubauten, der Anteil des qualifizierten Personals stieg weiter an. Begriffe wie „gemeindenah“ und „ortsnah“ fanden Eingang in den Sprachgebrauch.

Im Jahr 1980 wurden die sog. Heilpädagogischen Heime aus den Rheinischen Kliniken herausgelöst. Beim LVR entstand ein separates Heimangebot für Menschen mit geistiger Behinderung, die auf Langzeitunterstützung angewiesen sind.

Im Rahmen des Enthospitalisierungsprogramms, beginnend im Jahr 1990, wurden im Rheinland weitere Langzeitbereiche der Rheinischen Kliniken umgewandelt in Wohngruppen, die gemeindeintegriert möglichst in der Herkunftsregion der ehemaligen Langzeitpatienten aufgebaut wurden.

Viele Wohnheime – auch von freien Trägern – wurden konsequent verkleinert. Neubauten hatten i.d.R. nur noch maximal 24 Plätze.

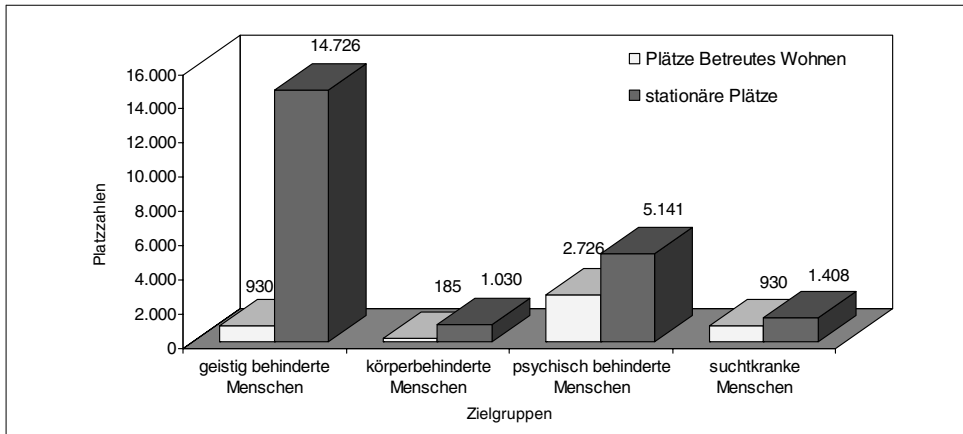
Im Jahr 1984 hat der LVR erste Richtlinien zur Förderung des so genannten „Betreuten Wohnens“ verabschiedet. Erste Ideen zur Förderung selbständiger Lebensführung von Menschen mit Behinderungen wurden finanziell gefördert (unterstützt); und das, obwohl beim Landschaftsverband keine eigene Finanzierungsverpflichtung in diesem Bereich bestand. Schon damals wurde erkannt, dass die Investition in diese alternativen Hilfestrukturen Einfluss auf die Entwicklung der stationären Wohnangebote nehmen könnte. Zur damaligen Zeit bedeutete das allerdings für den Landschaftsverband einen zusätzlichen Kostenaufwand, der dann auch jährlich begrenzt wurde. Auch dort ging die Initiative aus dem Bereich der Leistungen für Menschen mit psychischen Behinderungen hervor. Erst mit Beginn der 90er Jahre entstanden in einzelnen Regionen auch vereinzelt Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung.

Parallel zu diesem zarten Pflänzchen des ambulant betreuten Wohnens lernte man, kreativ mit dem Begriff „stationäre Einrichtung“ umzugehen. Immer neue Ideen zu einem möglichst selbständigen Wohnen innerhalb der Finanzierungszuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe entstanden bei den Leistungsanbietern wie beim Kostenträger. Es wurden Wohnhäuser mit in sich abgeschlossenen Appartements gebaut, der Begriff des „stationären Einzelwohnens“ wurde geboten.

Der sich wandelnde Zeitgeist, wonach auch Menschen mit Behinderung innerhalb der Gemeinde langfristig in unterschiedlichsten Formen selbständig leben können

und sollen, (- wie auch immer das Gebäude, in dem der behinderte Mensch lebt, finanzierungstechnisch bezeichnet wurde -) machte zunehmend deutlich, dass die Grenzen zwischen örtlicher und überörtlicher Finanzierungszuständigkeit in der Fachwelt zunehmend in Frage gestellt wurden.

Die sozialpolitischen und gesellschaftlichen Impulse, von denen diese Entwicklungen ausgingen, schlugen sich jedoch nur ganz vereinzelt in der Gestaltung der kommunalen Behinderten- und Psychiatriepolitik nieder. Oft gelang es nur dort, wo ein engagierter und machtvoller Sozialdezernent am Werke war, dass auch vor Ort Haushaltsmittel für die Entwicklung ambulanter und gemeindeintegrierter Angebote für Menschen mit Behinderungen bereitgestellt wurden. Aber auch hier galt dies vorwiegend nur für Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Die neuen Denkmodelle aus der Psychiatrie fanden im Leistungsspektrum für Menschen mit geistiger Behinderung noch keinen Niederschlag.



Plätze zum selbständigen Wohnen und in Wohneinrichtungen im Rheinland (Stand 31.12.2003)

Im Jahre 2001 näherten sich die Kosten der Eingliederungshilfe von Menschen mit Behinderung in ihrer Summe den Kosten der klassischen Sozialhilfeleistungen. Im Jahr 2002 überschritten sie diese.

Erst diese Entwicklung führte dazu, dass die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen auch in den Blickpunkt der finanzpolitisch Verantwortlichen geriet. Bis dahin verschwand das „Problem“ im Rheinland in der sog. Landschaftsumlage und wurde vor Ort nicht weiter diskutiert.

Gleichzeitig verschlechterte sich die wirtschaftliche Situation der Kommunen in Nordrhein-Westfalen dramatisch. Viele Kommunen hatten und haben ein Haushaltssicherungskonzept. Im Rahmen von Haushaltsberatungen wurde erstmals nachgefragt, was denn mit der Landschaftsumlage passiere.

III. Aus leeren Kassen Kapital schlagen

Im März 2002 veröffentlichte der Landschaftsverband Rheinland eine Modellrechnung mit folgenden Grundaussagen:

- Bis zum Jahre 2010 ist mit einer jeweiligen Fallzahlsteigerung von 1.100 Menschen mit Behinderung, die ein Wohnangebot der Eingliederungshilfe benötigen, zu rechnen.
- Eine Steuerungsmöglichkeit der Fallzahlsteigerung an sich ist nicht möglich, wohl aber die Steuerung der Verteilung auf stationäre beziehungsweise ambulante Angebote.
- Viele Menschen mit Behinderung müssen derzeit nur deshalb stationär betreut werden, weil geeignete ambulante Angebote nicht vorhanden sind.
- Ein verstärkter Ausbau ambulanter Angebote ist nicht nur fachlich erforderlich, sondern erheblich kostengünstiger als die Schaffung weiterer stationärer Angebote.
- Eine effektive Steuerung hinsichtlich ambulanter und stationärer Angebote der Eingliederungshilfe setzt eine einheitliche Zuständigkeit für diese Maßnahmen voraus.
- Im Falle einer Zuständigkeitsverlagerung ambulanter Angebote auf die Landschaftsverbände, ist über den Zeitraum von 8 Jahren von einer erheblichen Einsparung (ca. 400 Mio Euro) auszugehen, obwohl kurzfristig mit Mehrausgaben aufgrund der Übernahme der Kosten für die Hilfe zum Lebensunterhalt zu rechnen ist.

Am 20.6.2003 (Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG), Inkrafttreten 1.7.2003) entschied der Landtag NRW, befristet für die Zeit vom 1.7. 2003 bis zum 30.6.2010 die Zuständigkeit für alle Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen – ambulant wie stationär – in einer Hand bei den beiden Landschaftsverbänden zusammenzuführen. Das neue Zauberwort hieß: „Hilfen aus einer Hand“. Für diesen Modellzeitraum sah und sieht man in den Landschaftsverbänden die finanziell und fachlich kompetente Instanz, um diese Aufgabe umzusetzen.

Was war geschehen?

Auch hier steht an erster Stelle eine Veränderung im Zeitgeist: Der Paradigmenwechsel bei den Hilfen für Menschen mit Behinderung: Der behinderte Mensch wird – mit und trotz seiner persönlichen behinderungsbedingten Einschränkungen – als steuerndes Subjekt akzeptiert und nicht mehr als Objekt der Fürsorge des Versorgungssystems wahrgenommen.

Das selbst bestimmte Leben der Menschen mit Behinderung, auch mit geistigen und/oder Mehrfachbehinderungen soll gefördert und unterstützt werden.

Die Hilfen sollen personenzentriert bemessen und ausgestaltet werden.

Die finanzpolitisch Verantwortlichen erwarten, dass mit diesem Paradigmenwechsel auch ein potenziell überversorgendes System auf das fachlich Notwendige reduziert und damit kostengünstiger gestaltet wird.

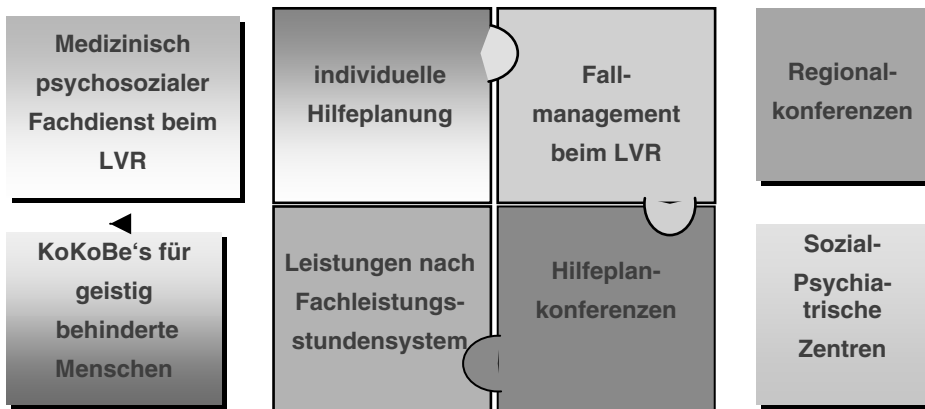
Trotz nach wie vor steigender „Fallzahlen“ soll der Kostenanstieg in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung abgebremst werden, ohne dass es aus der Perspektive der betroffenen Menschen mit Behinderung zu einer Standardver-

schlechterung kommt. Ganz im Gegenteil: es werden für die Menschen mit Behinderung Verbesserungen hinsichtlich selbst bestimmter und selbständiger Lebensführung erwartet.

IV. „Ambulant vor stationär“

Dieses Schlagwort, das sich schon seit dem 1.1.1984 (Artikel 21 des Haushaltsbegleitgesetzes 1984 vom 22.12.1983, BGBl I S. 1532) im BSHG befand, wird nunmehr – endlich – handlungsleitend für den Landschaftsverband Rheinland. Die Arbeitsweise des LVR als Leistungsträger und Finanzierungsbehörde wurde 2004/2005 vollkommen umgestellt:

- Ein Konzept der individuellen Hilfeplanung wurde entwickelt;
- Aller Orts wurden Hilfeplankonferenzen installiert;
- Das Konzept des Fallmanagements wurde zur neuen Arbeitsweise in der Behörde;
- Das System der Fachleistungsstunde für ambulante Leistungen zum Wohnen wurde geboren.



Steuerung der Hilfen zum Wohnen beim LVR

Für jeden neuen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen und zur Beschäftigung erfolgt die Feststellung des individuellen Hilfebedarfes im Rahmen der **individuellen Hilfeplanung**, unabhängig von der Art der Behinderung. Der behinderte Mensch steht im Mittelpunkt, die Anpassung der Leistungsangebote folgt dem individuellen Bedarf und nicht umgekehrt. Die Beziehungen zwischen allen Beteiligten des Verfahrens sind transparent.

Die **Fallmanager(innen)** des LVR sind Expert(inn)en für die Leistungen der Bereiche „Wohnen, Arbeit und Freizeit“; sie führen die Hilfeplanung durch, vertreten den LVR in den Hilfeplankonferenzen und den Fachausschüssen der WfbM (Werkstätten für behinderte Menschen), sind Ansprechpartner(innen) für die Leistungsanbieter und zuständig für Qualitätskontrollen und die sozialräumlich denkende Sozialplanung.

In den **Hilfeplankonferenzen** vor Ort werden unter Einbeziehung aller Beteiligten – der Fachleute des LVR, der örtlichen Sozial- und Gesundheitsämter sowie der Leistungsanbieter der Region möglichst mit dem Menschen mit Behinderung – gemein-

sam die Möglichkeiten erörtert, die für ihn erforderlichen Hilfen am Wohnort in der für ihn erforderlichen Qualität und Quantität zu erhalten. Ergebnis der Beratung ist eine fachliche Stellungnahme, die dem Leistungsträger LVR als Grundlage seiner Entscheidung dient. Entscheidungswege werden verkürzt, fachliche Expertisen aus der Region gehen in die Entscheidung ein, bestehende Versorgungslücken werden erkennbar, nicht immer nur kostenintensive fachliche Dienstleistungen, sondern Hilfen im Wohnumfeld des Leistungsberechtigten geraten ins Blickfeld

Über das **Fachleistungsstundensystem** erhalten die Leistungsberechtigten ambulanter Eingliederungshilfen zum Wohnen ein individuelles Jahresbudget auf der Basis des Hilfeplans, sie quittieren die erhaltenen Leistungen. Derzeit wird eine Fachleistungsstunde rheinlandweit mit einem Festbetrag von 49,90 Euro (ab dem 1.1.2009) vergütet.

Das System der individuellen Hilfeplanung wird ergänzt durch den **Medizinisch-psychosozialen Fachdienst** des LVR, der die Implementierung des Hilfeplanverfahrens begleitet, fachliche Gutachten erstellt, Struktur- und Qualitätskontrollen vor Ort sowie Fortbildungen für alle Prozessbeteiligten durchführt, durch niedrigschwellige Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote für geistig behinderte (**KoKoBe's**) und psychisch behinderte Menschen (**Sozialpsychiatrische Zentren SPZ**) sowie durch die **Regionalkonferenzen**, in denen regelmäßig alle vor Ort Beteiligten, die Leistungsanbieter und ihre Verbände, die Kommunen, die Selbsthilfeverbände und der LVR zusammenkommen, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Region durch den Abschluss von regionalen Zielvereinbarungen zu konkretisieren.

Ein weiterer Meilenstein wurde am 9. Mai 2006 erreicht:

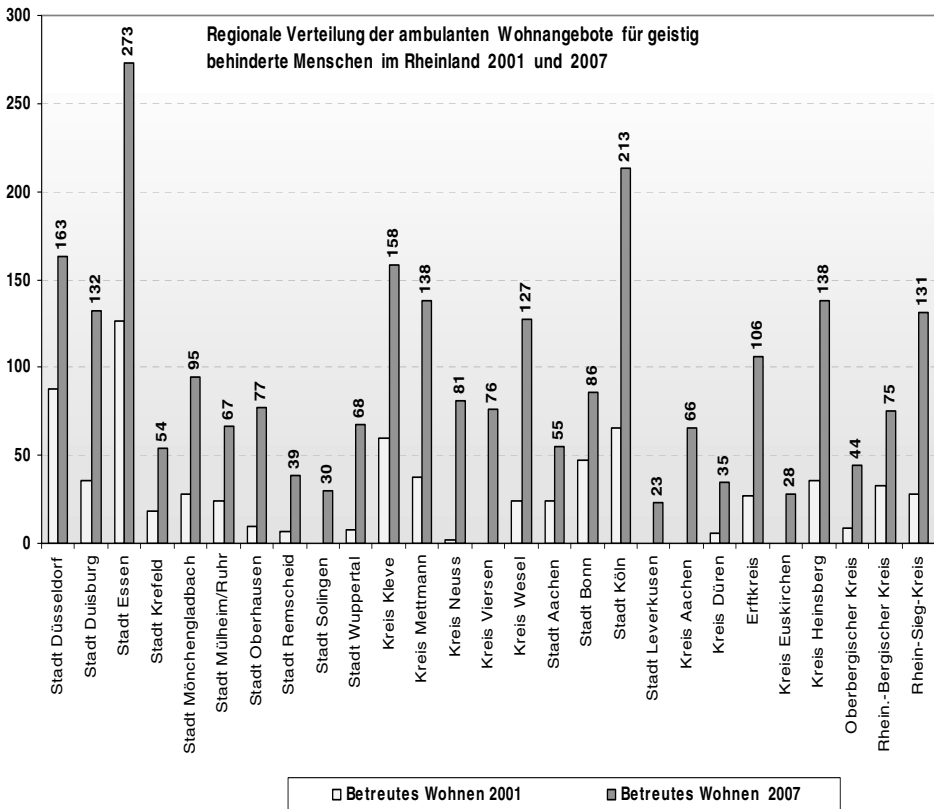
Die beiden Landschaftsverbände und die Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege schlossen eine Landesrahmenzielvereinbarung zum Abbau von Heimplätzen und der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe ab, die folgende Ziele beinhaltet:

- Bis zum 31.12.2008 sollen in Nordrhein-Westfalen ca. 9 % der heute in stationären Wohnformen betreuten behinderten Menschen in das Ambulant Betreute Wohnen wechseln.
- Dem aufgrund der demographischen Entwicklung unumgänglichen Fallzahlzugang soll hierdurch entgegengewirkt und bis Ende 2008 sollen 2000 stationäre Plätze abgebaut werden.
- Zur Erreichung dieser Ziele wurden folgende Maßnahmen vereinbart:
- Die bisher starren Übergänge zwischen stationären und ambulanten Wohnformen sollen zu Gunsten einer Flexibilisierung verändert werden.
- Die Rahmenbedingungen der ambulanten Eingliederungshilfe zum selbständigen Wohnen („Betreutes Wohnen“) werden verbessert und flexibilisiert. In diesem Zusammenhang wurden bereits bestehende konkrete Regelungen durch praktikablere Maßnahmen ersetzt (z.B. bei den Quittierungspraktiken, der Berücksichtigung mittelbarer Leistungen, Abrechnung von Gruppenangeboten etc).
- Festschreibung der Vergütungen für die stationäre und ambulante Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen bis Ende 2008.
- Anreize für die Wohnheimträger zum Platzabbau durch erfolgsabhängige Sonderzahlungen in den Jahren 2007 und 2008 (1 % der derzeitigen Entgelte), Prämien für abgebaute Plätze bzw. alternativ „Übergangsbudgets“.

- Individuelle Anreize für ambulant betreute Menschen mit Behinderungen durch eine erhöhte Startbeihilfe bei Auszug aus dem Wohnheim und eine monatliche Freizeitpauschale im ersten Jahr der ambulanten Betreuung.

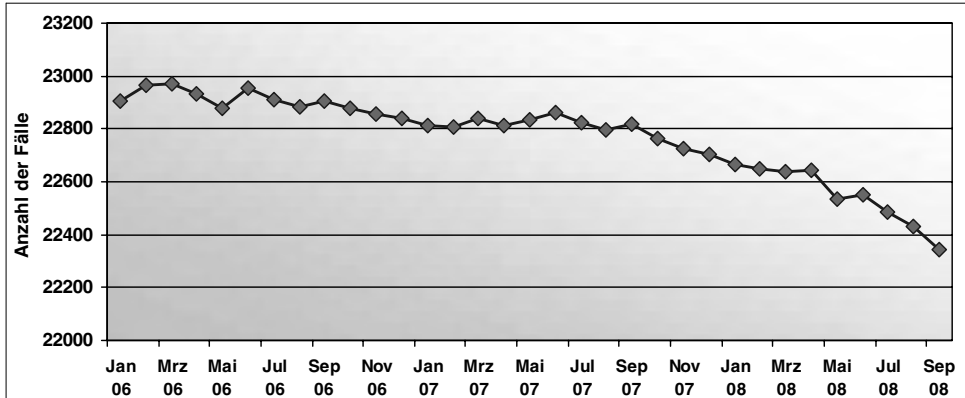
Diese Rahmenzielvereinbarung hat entscheidend dazu beigetragen, dass nach gut fünf Jahren Gesamtzuständigkeit der Landschaftsverbände für alle Unterstützungsleistungen zum Wohnen für Menschen mit Behinderungen eine positive Bilanz gezogen werden kann.

Die Situation der ambulanten Wohnangebote konnte deutlich verbessert werden. Damit ist es gelungen, dem Ziel, im gesamten Rheinland für alle Menschen mit Behinderungen einheitliche Lebensverhältnisse herzustellen, einen großen Schritt näher zu kommen. War es vor der Aufgabenübertragung noch so, dass es in einzelnen Städten oder Kreisen im Rheinland kaum ambulante Betreuungsangebote, insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung, gab, so ist es in den letzten fünf Jahren erreicht worden, dass überall im gesamten Rheinland ambulante Angebote zur Verfügung stehen, wie das folgende Schaubild der ambulanten Wohnangebote für geistig behinderte Menschen zeigt:

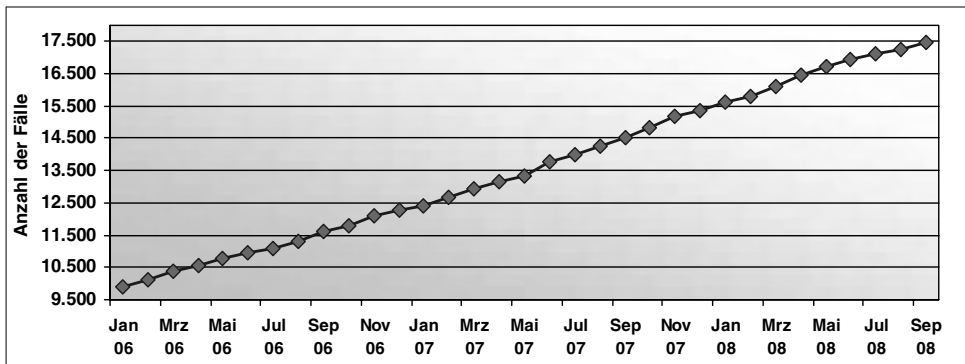


Es ist gelungen, dass sich die Zahl der Menschen, die in Heimen lebt, im Rheinland erstmals reduziert. Immer mehr Menschen mit Behinderung leben selbständig in der eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft mit ambulanter Unterstützung – und dies, obwohl es, vor allem demografisch bedingt, eine ständig steigende Zahl von Menschen mit Behinderungen gibt, die Unterstützungsleistungen zum Wohnen benötigen.

Die Entwicklung der Fallzahlen im stationären und ambulanten Wohnen ab 2006 zeigen die folgenden Schaubilder:

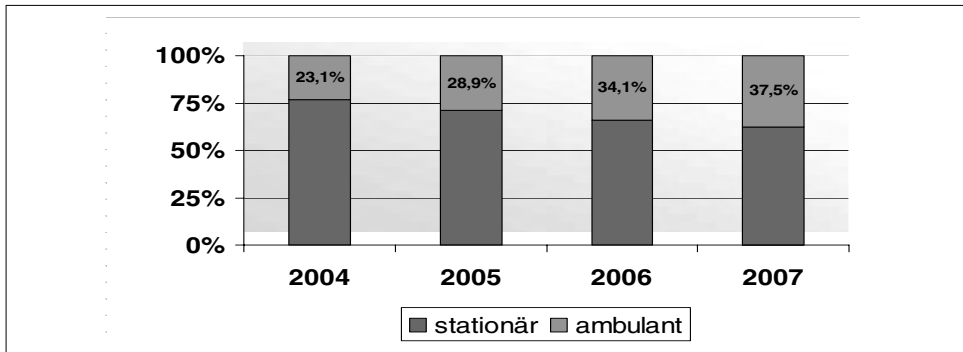


**Entwicklung der Anzahl der leistungsberechtigten Personen
Produkt A.017.08 'Stationäres Wohnen'**



**Entwicklung der Anzahl der leistungsberechtigten Personen
Produkt A.017.07 'Ambulant betreutes Wohnen'**

Das Verhältnis ambulant: stationär hat sich von 23,1% : 76,9% im Jahr 2004 zugunsten der ambulanten Wohnformen auf 37,5% : 62,5 % im Jahr 2007 verschoben.



Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen – Leistungsberechtigte Personen zum Stichtag 31.12. Verhältnis ambulant : stationär in %

Zu diesem Schluss kommt auch die wissenschaftliche Begleitforschung des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen in ihrem Abschlussbericht, der am 24.09.2008 anlässlich einer Fachtagung in Düsseldorf vorgestellt wurde. Sehr knapp zusammengefasst heißt das Ergebnis:

- dass sich die Zusammenführung aller Wohnhilfen in einer Hand bewährt hat
- die vorgegebenen Ziele der „Hochzonung“ in weiten Teilen erfolgreich erreicht worden sind.

Das ZPE sieht aber auch weiteren Bedarf an Anstrengungen bei der Umsetzung des Anspruchs „ambulant vor stationär“ und hat in seinem Bericht konkrete Handlungsbedarfe aufgezeigt.

Im Rahmen der Fachtagung in Düsseldorf hat Minister Laumann die Entscheidung der Landesregierung bekannt gegeben, die Zuständigkeit für die Wohnhilfen für weitere 5 Jahre in der Zuständigkeit der Landschaftsverbände zu belassen.

Die Landschaftsverbände haben in den fünf vergangenen Jahren gemeinsam und in Kooperation mit den Städten und Kreisen in NRW sowie den Wohlfahrtsverbänden einen guten Weg beschritten, der nun fortgesetzt werden kann. Es gibt noch viel zu tun, um unsere Ziele zu erreichen.

Im Oktober 2008 konnten die Landschaftsverbände mit dem Abschluss der Rahmenzielvereinbarung II zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im Bereich der Hilfen zum Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderungen an die erste Rahmenzielvereinbarung anknüpfen. Die Rahmenzielvereinbarung II gilt für den Zeitraum vom 01.09.2009 bis 31.12.2010 und enthält neben den gemeinsamen Grundsätzen und Handlungsmaximen, durch welche die Teilhabemöglichkeit von Menschen mit Behinderungen weiter entwickelt werden sollen, insgesamt sieben Handlungsfelder und konkrete Ziele.

Hierzu gehört in erster Linie die weitere Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Schwerpunkte hierbei sind:

- die konzeptionelle Weiterentwicklung von bestehenden Wohnangeboten zu ambulanten Wohnformen, insbesondere für Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit komplexem Hilfebedarf

- die Erarbeitung von Konzepten für
 - Unterstützungsmöglichkeiten bei persönlichen Krisen der Klienten
 - Treffpunkte und niedrighschwellige Freizeit- und Beratungsangebote
 - Angebote der Tagesstrukturierung u.a. für ältere Menschen mit Behinderungen.

Als weitere Handlungsfelder sind zu nennen:

- der Abbau von Mehrbettzimmern
- das Wohnen in Gastfamilien
- die Untersuchungen zum Fallanstieg beim Wohnen
- der Umbau der bisherigen Vergütungssysteme
- die Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen (zunächst für alte Menschen) sowie
- die Handlungsbedarfe aus dem Abschlussbericht des Zentrums für Planung und Evaluation sozialer Dienste der Universität Siegen (ZPE).

Aber es geht nicht nur um den Abbau von Heimplätzen. Es geht darum, alternative Konzepte zur Wohnbetreuung für Menschen mit Behinderung, ganz besonders für Menschen mit geistiger Behinderung zu entwickeln. Es geht um die Schaffung von Wohnverbänden und die Flexibilisierung der Übergänge zwischen ambulanten und stationären Angeboten.

Mit dem harmlos klingenden Begriff des Wohnverbundes verbindet sich eine enorme Herausforderung an die Leistungsanbieter von Wohnhilfen für Menschen mit Behinderungen, insbesondere an diejenigen, die bislang ausschließlich Heimbetreuung angeboten haben: ausgehend von den Zielen und Wünschen des einzelnen Menschen mit Behinderung und seinem derzeitigen individuellen Hilfebedarf, werden die für ihn erforderlichen Assistenzleistungen erbracht. Und dies unabhängig davon, welche „Schublade“ des Leistungsrechtes oder der Hilfeform die passende ist.

Es ist z.B. zu ermöglichen,

- dass ein Mensch mit Behinderung in der von ihm gewünschten Wohnform verbleiben kann, auch wenn sich sein Hilfebedarf erheblich ändert;
- dass er von vertrauten Betreuungspersonen weiter unterstützt wird, auch wenn er die Wohnform wechselt;
- dass er in der vertrauten Wohnumgebung verbleiben kann, auch wenn er von einem anderen Betreuungsdienst betreut werden möchte.

Damit dieses möglich wird, muss ein Heimträger sich nicht nur fachlich-konzeptionell, sondern auch in seiner internen Organisation sowie hinsichtlich seiner Zusammenarbeit mit anderen Anbietern der Region und vor allem den Leistungsträgern neu aufstellen. Viele Anbieter sind auf diesem Wege bereits weit fortgeschritten, aber es sind längst noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um im Rahmen des bestehenden Sozialleistungssystems zur flexiblen Erbringung von Assistenzleistungen voranzuschreiten.

Prüfstein für die Bereitschaft von Leistungsträgern und Leistungsanbietern, in diesem Prozess konsequent voranzuschreiten, wird der Umgang mit dem Persönlichen Budget werden: wenn der Mensch mit Behinderung selber über die Mittel verfügt, sich die für ihn erforderlichen Leistungen „einzukaufen“, wird er zunehmend andere Leistun-

gen erwarten, als sie im klassischen Repertoire von stationären und ambulanten Anbietern der Eingliederungshilfe vorhanden sind. So wie der Leistungsträger dann vorwiegend darauf achten muss, ob die mit dem Persönlichen Budget verfolgten Ziele erreicht werden, muss der Leistungserbringer bereit sein, die Inhalte und Formen der angefragten Leistung mit großer Flexibilität individuell zuzuschneiden.

V. „Ambulant vor stationär“ ist nur ein Zwischenziel

In der Zukunft wird es darum gehen, die Grenzziehung ambulant/stationär aufzuheben. Menschen mit Behinderungen mit ihren – auch je nach Behinderungsart – unterschiedlichen Hilfebedarfen benötigen die (finanzielle) Unterstützung der Gesellschaft – und das auf der Basis der neu entstehenden Grundhaltung.

Die fachliche und finanzielle Steuerung und die Bereitstellung der hierfür erforderlichen Finanzmittel sollte aus einer Hand erfolgen. Damit wäre auch die Trennung zwischen ambulant und stationär aufgehoben.

Die Idee des Bundesgesetzgebers für ein persönliches Budget und zur Schaffung der gemeinsamen Service- und Beratungsstellen der Reha-Träger sowie auch der § 97 SGB XII greifen diese Erkenntnis bereits auf, aber noch nicht mal für den Bereich der Sozialhilfeleistungen nach SGB XII ist geklärt, wie diese fachliche und finanzielle Steuerung aus einer Hand am Besten gestaltet werden kann. Hier streitet man derzeit, ob die Steuerung eher aus überörtlicher oder aus örtlicher Hand erfolgen soll.

Der Bundesgesetzgeber hat sich mit dem § 97 SGB XII für eine überörtliche Steuerung ausgesprochen. Die unterschiedlichen Modelle von Nordrhein-Westfalen (Steuerung durch die überörtliche kommunale Hand) und Baden-Württemberg (Steuerung durch die örtliche kommunale Hand) machen das Spektrum der Debatte deutlich.

Es bleibt zu hoffen, dass die Interessen der Menschen mit Behinderung und der erst beginnende Paradigmenwechsel, der ein völliges Umdenken bei Leistungsträgern und -anbietern erfordert, dabei nicht untergehen.

Die Modelle des persönlichen Budgets und der gemeinsamen Service- und Beratungsstelle sind derzeit noch sehr weit davon entfernt, ein Instrument zur Überwindung des gegliederten Systems der sozialen Sicherung in Deutschland zu werden. An einer Hand sind bundesweit die leistungsträgerübergreifenden Budgets von Krankenkassen, Pflegekassen, Rentenversicherer, Arbeitsagentur, ARGE, Sozialhilfeträger und Integrationsamt oder einer Teilmenge daraus abzuzählen. Auch die gemeinsamen Service- und Beratungsstellen drohen an dem jeweils internen Finanzdruck der einzelnen Leistungsträger und der dort Verantwortlichen zu scheitern.

Vielfalt in der Betreuung für Menschen mit Demenz

Peter Dürrmann

I. Demenzkranke in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Den zweitgrößten Versorgungsbeitrag für Menschen mit Demenz leisten in Deutschland die vollstationären Pflegeeinrichtungen. Hierbei gewinnt die Betreuung von Demenzerkrankten mit herausforderndem Verhalten sowie mit einer weit fortgeschrittenen Demenz eine zunehmend immer größere Bedeutung. Aufgrund der Gegebenheit, dass die Institution Heim soziale Bedürfnisse und Arbeitsabläufe gruppenbezogen reguliert und organisiert erfährt die Tatsache, dass Menschen mit Demenz krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, sich diesen Vorgaben und Strukturen anzupassen bzw. diese zu verstehen, eine neue Qualität. So stellt z.B. die funktionale Pflegeablauforganisation für den Bewohner oftmals eine konstante Überforderung dar, die die Entwicklung von herausforderndem Verhalten begünstigt und zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität führen kann. Entscheidend für die Versorgungsqualität resp. für die Betreuungskultur wird zukünftig sein, dass Heime sich dem „Phänomen“ Demenz öffnen und wahrnehmen, dass sie sowohl Teil als auch Lösung des Problems sind.

Bei den anstehenden, konzeptionellen Veränderungen geht es in erster Linie zudem nicht nur um die Frage nach der richtigen Betreuungsform oder um die Notwendigkeit und Planung von Heimneubauten, sondern ebenso um die Schaffung eines einheitlichen Werte- und Pflegeverständnisses, einer Philosophie, einer Konvention und damit einer Haltung, auf der die gemeinsame Arbeit für Menschen mit Demenz basiert, beständig reflektiert und weiterentwickelt werden kann. Im Mittelpunkt steht dabei die Hinwendung zum Menschen, dem Demenzkranken mit seinen Bedarfen und Bedürfnissen.

Als Merksatz kann gelten: Menschen mit Demenz können sich krankheitsbedingt nicht anpassen, deshalb haben das Heim bzw. die Institution sich ihnen anzupassen.

Für manche Pflegeeinrichtungen wird dies einen grundlegenden Wandel des bisherigen Unternehmensverständnisses bedeuten, weil die Erlangung von Alltagsnormalität in der Institution unter Aufhebung tradiert Heimstrukturen und Haltungen ansteht. Denn es geht nicht um unsere Werteorientierung, unsere subjektive Normalität und Wirklichkeit, sondern um die Erlebenswelt und Sichtweise der demenzerkrankten Personen. Diese – nicht die der Pflegenden – gilt es wahrzunehmen, denn hier liegen die Kompetenzen und Vorgaben zur Gestaltung des (Heim-) Alltages, hier sind die Antworten für eine biografiegeleitete Partizipation und wirkliche Einbindung des Menschen zu finden.

Anzuerkennen ist, dass Heime keine Forderungen an die Bewohner, an Menschen mit Demenz dahingehend stellen können, ihren betrieblichen Erwartungen zu entsprechen. Normalisierung bedeutet letztlich die Abkehr von der Betrachtung der demenzerkrankten Person als einem zu „normierenden Objekt unserer Fürsorge und Versorgung“ hin zu einer Kultur des Ver- und Aushandelns, einer unterstützenden Begleitung. Alle angewandten Mittel in der Betreuung haben sich hieran auszurichten, ohne den Aspekt der Hilfebedürftigkeit zu negieren.

II. Das Normalisierungsprinzip

Als Leitidee für diesen Wandel bietet sich der Ansatz des Normalisierungsprinzips an, dessen Ursprung und praxistaugliche Weiterentwicklung in der Behindertenhilfe liegt

und welcher die eingangs formulierten Forderungen stützt. Erstmals dokumentiert findet sich das Normalisierungsprinzip 1959 in dem dänischen „Gesetz über die Fürsorge für geistig Behinderte“. Ursprünglich konzipiert war es „als Korrektiv gegen dehumanisierende und isolierende Zustände in Heimen, d.h. als Strategie zur Überwindung der totalen Institution“ (Gebert, Kneubühler 2003). Im Wesentlichen sind zwei Namen mit der Verbreitung des Normalisierungsprinzips verknüpft: N. E. Bank-Mikelsen und Bengt Nirje. Eine Weiterentwicklung erfolgte durch Wolf Wolfensberger in den 60er Jahren in den USA und Kanada.

Die Gefahr bei dem Herangehen an das Normalisierungsprinzip liegt in dessen scheinbarer, unspektakulärer Schlichtheit begründet. Normalisierung als Leitvorstellung für das soziale, pädagogische und pflegerische Handeln besagt: Menschen mit geistigen oder körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nicht behinderten Mitmenschen entspricht. Kurz: ein Leben so normal wie möglich. Und Thimm ergänzt: „Dieses ist am ehesten erreichbar, wenn die dabei eingesetzten Mittel so normal wie möglich sind“ (Thimm, 2005).

Normalisierung

- hat die Selbstbestimmung, ein Mehr an Autonomie, das Person-Sein zum Ziel,
- bedeutet die Abkehr von der Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen als einem Objekt unserer Fürsorge, unserer Versorgung,
- versteht sich als Beziehungsangebot und -prozess vom Pflegenden, zum Bewohner,
- fördert die Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, eröffnet Wahlmöglichkeiten und die Mitsprache bei Entscheidungsprozessen,
- setzt als Basis die partnerschaftliche Kommunikationsform voraus,
- erkennt das gesellschaftliche Umfeld zur Verhinderung der sozialen Institution als Referenzgröße für die Institution an.

Aus dem vorgenannten lassen sich für die Umsetzung des Normalisierungsprinzips in der Betreuung von Menschen mit Demenz drei Aspekte formulieren, die grundsätzlich Beachtung finden sollten:

- Alltagsorientierung mit flexibler, bewohnerorientierter Tagesstrukturierung unter Berücksichtigung der Vielgestaltigkeit und Mitwirkung.
- (Biographie-) und handlungsorientierte Partizipation unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Gefühle, Rhythmen, Rituale sowie der Ressourcen.
- Dezentralisierung durch kleine Wohneinheiten mit Ausbildung von bedürfnisorientierten Lebenswelten, die sich an den Kompetenzen der Bewohner orientieren. Die Balance einer ausgewogenen Reizstimulation ist zu wahren.

III. Veränderungsprozesse

Basis für solch eine Entwicklung ist das Verständnis, die Institution „Heim“ als Organisation, als ein komplexes System zu begreifen, bestehend aus unterschiedlichsten Lebens- und Arbeitsbereichen mit ihren vielfältigen Beziehungen aller Beschäftigten und Bewohnern zu- und miteinander (Schneider, 1999). Alle Mitarbeiter der Einrichtung, von der Haustechnik über die Raumpflege, die Wäscherei bis hin zur Küche sowie die des begleitenden Dienstes und der Verwaltung – eben nicht nur der Bereich der Pflege – sind einzubeziehen und auf das Konzept sowie auf Veränderungsprozesse zu verpflichten; weil alles mit allem zusammenhängt. Aus diesem Grund sollten

alle Mitarbeiter über eine zielgerichtete Qualifizierung Grundkenntnisse zum Krankheitsbild Demenz sowie zu angemessenen Formen der Umgehensweise mit den Betroffenen – wie z.B. der Validation, der basalen Stimulation usw. – erhalten.

Hierzu bedarf es einer klaren Entscheidung von den Leitungskräften – als Voraussetzung zur zielgerichteten und bewohnerorientierten Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen bzw. der Arbeitsprozesse. Diese Verantwortung ist nicht delegierbar. Pflegende allein werden zudem nicht in der Lage sein, die konzeptionellen Veränderungen von „unten nach oben“ (bottom-up) zu leisten. Als nur ein Beispiel sei auf die Anpassung der Arbeitszeiten aller Funktionsbereiche des Heimes an die Bedürfnisse der Bewohner verwiesen. Besteht eine gleich bleibende Personalbesetzung an allen Tagen oder ist das Wochenende personell schwächer besetzt? Zu welchen Zeiten wirkt die Raumpflege und wie flexibel ist die Küche bei dem Angebot der Essenszeiten? Ist das bisherige Konzept also bewohnerorientiert oder mehr an den Arbeitszeitbedürfnissen der Beschäftigten ausgerichtet? Letztlich erwartet der „zahlende Kunde“, der Mensch mit Demenz, dass die Institution seinen Belangen bestmöglich gerecht wird.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die erforderlichen konzeptionellen Anpassungen einen längerfristigen, zum Teil einen mehrjährig anzulegenden Lern-, Entwicklungs- und Veränderungsprozess für das Heim sowie für die dort tätigen Menschen darstellen. Dieser Entwicklungsschritt ist anspruchsvoll. Es bedarf zu dessen Umsetzung Beschäftigte aus allen Arbeitsbereichen des Heimes, die bereit sind, im Rahmen einer umfassenden Organisations-Entwicklung (OE) einen solchen Prozess fachlich in ihrem Zuständigkeitsbereich umzusetzen, ihn zu leben. Die Mitarbeiter müssen für das Vorhaben motiviert und begeistert werden, denn es geht darum, vertraute, gewohnheitsmäßige Haltungen und Arbeitsabläufe zu reflektieren, weiterzuentwickeln, ggf. anzupassen oder gänzlich zu erneuern.

IV. Verschiedene Krankheitsphasen – verschiedene Konzepte

Weitgehend gesichert ist heute, dass sich bei Menschen mit Demenz im mehrjährigen Verlauf der Erkrankung das Erleben, Wahrnehmen und Empfinden und somit auch das Verhalten wandeln. Dieses gilt ebenso für die Bedürfnisse der Betroffenen. So wird aus dem Grundbedürfnis nach Respektierung der Individualdistanz bei einer leichten Demenz die Suche nach Nähe in späteren Phasen der Erkrankung. Das Zimmer als wichtiger Rückzugsraum verliert an Bedeutung gegenüber den zwischenmenschlichen Kontakten in den Gemeinschaftsbereichen. Längerfristig schwindet der Eigentumsbegriff und das Schutzbedürfnis steigt mit dem zunehmenden Verlust an Fähigkeiten – wie z.B. sich sprachlich mitzuteilen, oder der Kompetenz, gefährdende Situationen zu meiden. Insbesondere der durch den Demenzprozess entstehende Kontrollverlust verursacht für die Betroffenen Unsicherheit und Angst. Spätestens mit dem weitgehenden Verlust der letzten Ressourcen zur Befähigung der Selbstpflege sowie der Mobilität (sich fortbewegen) und Eigenmobilität (z.B. sich wenden können) stehen primäre Bedürfnisse nach Bindung, Halt und Geborgenheit im Vordergrund. Sich selbst zu erfahren, gelingt nur noch über die Beziehung, den direkten Kontakt. Geht dieser verloren, ist das gleichbedeutend mit einem Verlust an Bindung, der nicht mehr verstanden werden kann. Reaktionen wie Angst oder Phasen der Apathie sind mögliche Folgen. Bedeutsam ist somit die Absicherung der primären Grundbedürfnisse nach Sicherheit (Geborgenheit in der Gruppe, Bindung) und Identität (sich noch als Person erfahren können), um hierüber das Wohlbefinden zu stärken oder zu verbessern. Das verbleibende Erlebensfeld für diese, darüber hinaus stark körperlich geschwächten Menschen, ist die unmittelbare Umgebung. In

ihrer vollständigen Abhängigkeit müssen sie darauf vertrauen, dass aus fachlicher Sicht alles Notwendige für sie getan wird.

Zusammenfassend: Bei Menschen mit Demenz verändern sich das Erleben, die Sinneswahrnehmung, das Verhalten und die Bedürfnisse. Hieraus resultieren oftmals eine beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit sowie ein gestörtes Wohlbefinden, wenn das Umfeld nicht angemessen auf die Lebens- und Betreuungssituation des Betroffenen eingestellt ist. Schwindet die Kompetenz, sich den Heimstrukturen sowie den von den Mitbewohnern geforderten Werten und Normen anzupassen, benötigt es eine dem Demenzkranken angepasste Lebensform. Dies gilt insbesondere dann, wenn bei den Beteiligten ein Leidensdruck entsteht.

Fachlich setzt sich vor diesem Hintergrund immer deutlicher die Auffassung durch, dass eine Pluralität der Betreuungsansätze – im Spektrum von traditionell integrativer Heimversorgung über vollstationäre Wohngemeinschaften bis hin zu Segregationsmodellen oder Pflegeoasen in Heimen – mögliche Lösungsvarianten darstellen, die einander nicht ausschließen, sondern sinnvoll ergänzen. Es geht um die Schaffung einer Vielgestaltigkeit von Versorgungskonzepten für demenzerkrankte Personen, die dem langjährigen Krankheitsverlauf mit seinen jeweils sehr individuellen, unterschiedlichen und wechselnden Betreuungsbedarfen in den einzelnen Phasen der Erkrankung Rechnung tragen. Das heißt: Einrichtungen benötigen eine Binnendifferenzierung ihres Angebotes dahingehend, dass mehrere sich unterscheidende Wohn- und Lebensbereiche für Menschen mit Demenz zur Verfügung gestellt werden. Zur Absicherung eines solchen differenzierten, bezugspflegeorientierten Konzeptes bedarf es eines entsprechenden Einzugs- und Umzugsmanagements. Daneben muss es Ziel sein, die Versorgung durch die Hausärzte über eine zusätzliche Begleitung der Einrichtung von unterschiedlichen Fachärzten, die regelmäßige Visiten durchführen, zu optimieren. So sollte die medikamentöse Versorgung mit Psychopharmaka und Neuroleptika für alle Bewohner des Hauses einzig z.B. einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie obliegen. Derzeit sind insbesondere die fachärztliche Betreuung in Pflegeheimen nicht ausreichend und der Bereich der Arzneimittelverordnungen mit zum Teil umstrittenen Nutzen oder Nebenwirkungen verbesserungsbedürftig (Rothgang, 2008).

V. Gestaltungsspielräume nutzen

Von besonderer Bedeutung für die Realisierung einer fachlich gebotenen, humanen sowie wirtschaftlichen Versorgungsstruktur ist es, dass alle für die Betreuung verantwortlichen Personen und Institutionen die rechtlichen Rahmenbedingungen insbesondere des Sozialgesetzbuches (SGB) V, XI, XII aber auch des Heimgesetzes (HeimG) nutzen. In der Praxis kommt es dabei auf das gemeinsame Zusammenwirken von Familienangehörigen, ggf. gesetzlichen bestellten Betreuern sowie den Leitungskräften an.

VI. Muss es immer Heim sein?

Des Weiteren ist zu prüfen, ob jede Übersiedelung in eine Pflegeeinrichtung fachlich geboten ist. Langjährige Praxiserfahrungen zeigen, dass ein Großteil der Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere Menschen, deren Pflegebedarf in der Pflegestufe I eingruppiert wurde (ca. 170.000 Personen), längst nicht heimpflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Mehr als offenkundig findet in diesem Bereich eine kostenintensive Fehlversorgung statt. Ursächlich ist, dass bisher für die Betroffenen und deren Angehörigen überwiegend keine koordinierende, vernetzende und beratende fachliche Begleitung im Sinne eines modernen Case-Managements

zur Verfügung gestanden hat. Die Pflegekassen prüften zudem nicht durchgängig, ob eine Heimaufnahme zwingend notwendig war bzw. ist.

Aktuell werden die Bedarfs- und Versorgungsleistungen in Deutschland in der Regel durch die Leistungsanbieter definiert. Es fehlt bisher an unabhängiger fachlicher Prüfung und Beratung. Inwieweit die Reform des SGB XI zum 01.07.2008 hier in der gelebten Alltagspraxis Abhilfe mittels der vorgesehenen Pflegeberatung (§ 7 SGB XI) durch die Pflegekassen sowie dem Aufbau der Pflegestützpunkte (§ 92 c SGB XI) leisten wird, bleibt abzuwarten. So verwundert denn auch der ungebrochene Trend zur hoch subventionierten Heimpflege – gegenüber der ambulanten Betreuung – für die Pflegestufe I nicht: 1996 waren 29,1 % der Heimbewohner in der Stufe I, 1997: 34,5%, 1999 : 37,4 %, 2001: 37,9 % und 2002 nunmehr 38,4 %.

Zukünftig werden und müssen die Weiterentwicklung, Ausdifferenzierung und Unterstützung der Versorgungskette zwischen der eigenen Häuslichkeit und der vollstationäreren Pflege an Bedeutung zunehmen. So ist z.B. der Ausbau von unterstützenden Wohnformen – wie ambulant betreuter Wohngemeinschaften – wünschenswert, damit wir älteren, auch demenzerkrankten Menschen,

- die vom MDK in die Stufe 0 oder 1 (bedingt in die Stufe 2) eingestuft wurden,
- welche kognitive Störungen (eine beginnende und leichte max. mittelschwere Demenz) aufweisen,
- die nach Einschätzung der beteiligten Akteure heimpflegebedürftig sind,
 - weil sie alleine leben und/oder
 - weil ihre Familie/Partner mit der Betreuung überfordert ist,
 - weil sie „desorientiert“ und „weglaufgefährdet“ sind, sich „eigenwillig“ verhalten,
- die nicht in ein Pflegeheim umziehen wollen, zu Hause aber vereinsamen,
- die eine unterstützende Alltagsbegleitung bzw. -beaufsichtigung benötigen,

Alternativen zur traditionellen Heimversorgung anbieten können.

Wichtige Erkenntnisse zu diesem Aspekt ergeben sich aus den Befunden der „Studie über die Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ – MuG III – die im Frühjahr 2005 veröffentlicht wurde (Schneekloth, 2005).

So wird u.a. konstatiert, dass eine Betreuung und Versorgung im privaten Haushalt selbst bei schwersten Pflegebedarfen grundsätzlich möglich ist, und dass dieses auch im Falle einer demenziellen Erkrankung gelte. Entscheidend hierfür sei immer „die Verfügbarkeit über ein stabiles privates und in der Regel familiäres Umfeld, das die notwendige Pflege und Versorgung ggf. auch über einen längeren Zeitraum erbringen kann“ (a.a.O.).

Bei einem Fehlen dieser Strukturen lasse sich jedoch eine Heimunterbringung, so die Studie, auf Dauer nicht vermeiden. Aber: Perspektiven ergeben sich insbesondere dort, wo es gelingt, „die verfügbaren Potenziale in Familie, Nachbarschaft und Bekanntenkreis mit den unterschiedlichen im Umfeld vorhandenen professionellen und auch semiprofessionellen Hilfeangeboten optimal zu kombinieren“ (ebd.). Hier liegen die eigentliche Herausforderung und gleichzeitig eine Chance zum Aufbau von neuen Versorgungsstrukturen.

VII. Schlussbemerkung

Die vorstehenden Ausführungen basieren u. a. auf den langjährigen Praxiserfahrungen als Leitungskraft des Seniorenpflegeheims Polle (1994–2001) sowie des Seniorenzentrum Holle (seit 2002). Bei letzterem handelt es sich um eine private vollstationäre Pflegeeinrichtung für 69 Menschen. Das Haus wurde 2002 mit einer klaren baulichen und inhaltlichen Ausrichtung für Menschen mit Demenz in den unterschiedlichsten Stadien der Erkrankung eröffnet. Von Beginn an bestand zudem ein spezialisiertes Angebot für schwer demenzerkrankte Bewohner mit einer ausgeprägten Mobilität bei gleichzeitig stark herausforderndem Verhalten. Grundlage für das Betreuungskonzept waren die von 1994 bis 2001 gesammelten positiven Erfahrungen mit dem Segregationsansatz im Seniorenpflegeheim Polle (Dürmann, 2001). Im Wesentlichen basierte die Arbeit auf den wegweisenden Erkenntnissen aus der Evaluation des Modellprogramms stationärer Dementenbetreuung in Hamburg (Damkowski et al. 1994). Das Seniorenzentrum Holle verfügte bereits bei seiner Eröffnung über zwei gesonderte Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) nebst den ergänzenden Entgeltvereinbarungen, um den inhaltlichen Zielsetzungen gerecht zu werden. So konnte z.B. im Bereich der Besonderen Stationären Dementenbetreuung ein Personalschlüssel von 1: 1,5 für die Pflege realisiert werden (Dürmann, 2005). Das bisherige Angebot wurde 2006 um eine Pflegeoase für sechs Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz in ihrer letzten Lebensphase ergänzt. Hierbei handelt es sich um einen gemeinschaftlich genutzten Wohn-, Schlaf- und Lebensraum und somit um ein sehr spezielles Nischenkonzept für nur wenige Betroffene. Im Auftrag des Landes Niedersachsen wurde hierzu eine Evaluation durchgeführt, deren positive Ergebnisse inzwischen veröffentlicht wurden (Rutenkröger/Kuhn, 2008). Komplettiert wird die Versorgungsstruktur durch ein mit Landes- und Bundesmitteln gefördertes Wohnprojekt bestehend aus ambulanten Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen sowie einem Beratungszentrum. Ziel ist, die Pflege und Betreuung bedarfsgerecht vor Ort, im Quartier, zu leisten und Fehlversorgungen im Heim zu vermeiden.

Literatur

- Bickel, Horst* (1999): Epidemiologie der Demenzen. In Alzheimer Demenz – Grundlagen, Klinik und Therapie. Förstel H, Bickel H, Kurz A (Hrsg.), S. 9- 32. Springer Verlag, Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (2008): Das intelligente Heim, Ablaufoptimierung, kurze Wege, Entbürokratisierung; Berlin
- Damkowski, W.; Seidelmann A.; Voß, L.* (1994): Evaluation des Modellprogramms stationärer Dementenbetreuung in Hamburg. (Hrsg.) Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg
- Dürmann, Peter* (2001): Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD) In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter, 89-105. Kohlhammer, Stuttgart Dürmann, Peter (2005). Besondere Stationäre Dementenbetreuung II, Konzepte-Kosten-Konsequenzen. Vincentz Network, Hannover
- Gröschke, Dieter* (2000): Das Normalisierungsprinzip – zwischen Gerechtigkeit und gutem Leben: Eine Betrachtung aus ethischer Sicht. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 51(4):134-140.
- Kneubühler, Hans-Ulrich; Gebert, Alfred J.* (2001/2003): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen; Verlag Hans Huber, Bern Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003): Gesamtkonzept zur Reform der sozialen Pflegeversicherung; Berlin.
- Rothgang, H.; Borchert, L.* (2008): GEK-Pflegereport 2008 Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen, (Hrsg.) GEK – Gmünder ErsatzKasse, Asgard-Verlag Schwäbisch Gmünd
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C.* (2008): Im Blick haben. Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. (Hrsg.) Demenz Support, Stuttgart

Schneider, Hans-Dieter (1999): Führungsaufgaben im Alten- und Pflegeheim. Roland Asanger Verlag, Heidelberg

Schneekloth, U.; Wahl, H.W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des BMFSFJ, (Hrsg.) TNS Infratest Sozialforschung, München

Thimm, Walter (1994): Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung. 5. aktualisierte Aufl. Marburg

Thimm, Walter (2005): Normalisierung in der Bundesrepublik – Versuch einer Bestandsaufnahme – von 1992. In: Das Normalisierungsprinzip, Lebenshilfeverlag Marburg

Wolfensberger, Wolf (1986): Die Entwicklung des Normalisierungsgedankens in den USA und in Kanada. In: Normalisierung? Eine Chance für Menschen mit geistiger Behinderung. (Hrsg.) Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. Marburg

Berufliche Integration psychisch kranker Menschen

Prof. Dr. Wolf Crefeld, Jörg Holke, Arnd Schwendy

Der Ausschluss aus dem Arbeitsleben ist nicht nur wegen der materiellen Nachteile die schlimmste Form der Benachteiligung behinderter Menschen. Er erzeugt zusätzliche psychische Störungen und Wiedererkrankungen. Arbeit unter angemessenen Bedingungen stabilisiert und integriert. Rechtliche Betreuer haben eine Schlüssel-funktion in der Erschließung der Arbeitswelt für ihre Klienten. Auch wenn dieser Lebensbereich von ihrem Wirkungskreis nicht erfasst wird, sollten sie dem Rehabili-tationsauftrag des Betreuungsrecht entsprechend aus der Verantwortung für den behinderten Menschen heraus darauf hinwirken, dass Fragen der beruflichen Bil-dung, Rehabilitation und Eingliederung kompetent behandelt werden.

I. Ein Projekt der Bundesregierung

Im ersten Teil dieses Workshops berichtete Jörg Holke über die Ergebnisse eines von der Bundesregierung geförderten und von der Aktion Psychisch Kranke durchgeführ-ten Projekts „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen“.

Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass jedes Beschäftigungsverhältnis – weit über den Einkommenserwerb hinaus – für Menschen mit psychischen Erkrankungen einen höchst wirksamen Integrationsfaktor darstellt. Durch Beschäftigung werden soziale Kontakte und Zugehörigkeit, Tages- und Wochenstruktur sowie Aktivierung erreicht. Insbesondere die für viele psychische Störungen charakteristische Diskonti-nuität des Krankheits- und Behinderungsverlaufs führt oft zum Ausschluss der betrof-fenen Menschen von einer Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Sie erfordert besondere Formen der Unterstützung.

So ergaben Erhebungen im Rahmen einer vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Bestandsaufnahme in vier ausge-wählten Regionen (Halle, Bielefeld, Kassel und Oberberg) im Jahre 2001, dass nur durchschnittlich 10 % der im Rahmen der Wohnhilfen betreuten Klienten einen regu-lären Arbeitsplatz innehatten und mehr als die Hälfte angaben, ohne jegliche Beschäftigung zu sein. Jeder Fünfte der Befragten war in einer Werkstatt für Men-schen mit Behinderungen tätig.¹ Eine parallele Evaluation in Hamburg ergab, dass mehr als ein Drittel der Werkstatteilnehmer mit psychischen Erkrankungen sich einen regulären Arbeitsplatz wünschten.² Seit 2004 führte die Aktion Psychisch Kranke e.V. ein bundesweites Projekt zur Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke durch. Das Projekt war mit einer Laufzeit bis Ende 2007 konzipiert und wurde durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozia-les gefördert.

II. Zielgruppe und Zielsetzung des Projektes

Bei den Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen handelt es sich um eine sehr heterogene Zielgruppe – sowohl aus der biographischen und leistungs-rechtlichen Perspektive, als auch bezüglich der Teilhabeziele. So war es für die Pro-jektdurchführung hilfreich, zunächst die Zielgruppe zu differenzieren. Hilfen zur Teil-

1 Aktion Psychisch Kranke (HG) Individuelle Wege ins Arbeitsleben- Abschlussbericht zum Pro-jekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker; Bonn 2004

2 vgl. Institut für Technologie und Arbeit: Modellprojekt Förderung des Übergangs von Beschäftig-ten für Werkstätten für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt; Ausschnitte aus dem 1. Zwischenbericht, Kaiserslautern 2002

habe an Arbeit und Beschäftigung sind dringend notwendig für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen:

- in sozialversicherungspflichtiger oder selbständiger Arbeit,
- die Arbeit suchen und
 - die mindestens 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind; mit Anspruch auf Arbeitslosengeld (ALG) I oder II und ohne Anspruch auf ALG II,
 - deren Fähigkeit, mindestens 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein, unklar ist,
 - deren Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden liegt – Teilhabeziel: über 3 Stunden Erwerbsfähige,
 - die unter 3 Stunden erwerbstätig sein können – Teilhabeziel: Arbeit im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten,
- bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht oder noch nicht in Betracht kommt, die aber in der Lage sind, regelmäßig täglich 4 bis 6 Stunden ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen (Anspruch auf Werkstattplatz),
- bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt, und die nur unregelmäßig oder stundenweise in der Lage sind, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen (Leistungsfähigkeit „unter Werkstattniveau“),
- die (noch) nicht in der Lage sind, wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen, aber arbeitsähnliche Beschäftigung suchen.

Ziel des Projektes war es, die Qualität der Hilfeleistungen für Arbeit suchende, psychisch kranke Menschen durch konsequente Orientierung am individuellen Bedarf, personenzentrierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer sowie Übernahme gemeinsamer Verantwortung und regionale Versorgungsverpflichtung zu verbessern.

Im Vordergrund standen dabei

- die Ausrichtung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. auf Arbeitsmöglichkeiten in Betrieben,
- die Umsetzung der durch das Sozialgesetzbuch (SGB) IX- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende – verbesserten Chancen zur abgestimmten Hilfe zur Teilhabe unter Berücksichtigung der Besonderheiten psychisch kranker Menschen,
- der Erhalt bzw. die Wiedererlangung von Erwerbsfähigkeit,
- die Vermeidung von Langzeithilfen weit außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarktes, wie z.B. in Werkstätten für behinderte Menschen oder in Tagesstätten durch mehr betriebsbezogene bzw. arbeitsmarktnahe Hilfen zur Teilhabe,
- die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für im Sinne des SGB II erwerbsunfähige Personen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, um die Durchlässigkeit zu sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und die Chancen zu einer den Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu erhöhen und Stigmatisierung abzubauen.

III. Projektdurchführung

Basis der Projektdurchführung war die überregionale Beratung durch die Aktion Psychisch Kranke. Bei der Projektarbeit vor Ort wurde darauf geachtet, dass alle Verfahrensweisen nach Abschluss des Projekts nahtlos fortgeführt werden können. Aus ca. 60 Bewerbungen wurden die Projektregionen Altenburg/Gera/Saalfeld; Bielefeld; Bodenseekreis/LK Ravensburg; Bremen; Hamburg, Schwerpunkt Bergedorf; Neumarkt Oberpfalz/Ingolstadt und Rostock ausgewählt.

In diesen Regionen wurden etwa monatlich tagende Projektgruppen gebildet, in die die wesentlichen regionalen Akteure einbezogen waren, insbesondere: die Kommune als Koordinator, die Leistungsträger (Agentur für Arbeit, Arge bzw. Optionskommune, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfeträger, Integrationsamt, sporadisch Krankenkassen) und die relevanten Leistungserbringer im Bereich Arbeit und Beschäftigung bzw. der psychiatrischen Versorgung. In jeder Projektregion wurde eine schriftliche Projektvereinbarung unterzeichnet. Auf deren Grundlage konnten in den Projektgruppen Entscheidungen über eine abgestimmte Vorgehensweise in den Bereichen Hilfeplanung, Bedarfsentscheidung und einzelfallbezogene Koordination herbeigeführt werden. Um im Anschluss an ein integriertes Hilfeplanverfahren kurzfristig zu einer abgestimmten Entscheidung über erforderliche Hilfeleistungen zu kommen, wurden in allen Projektregionen „Hilfeplankonferenzen“ (HPK) gegründet. In den meisten Projektregionen tagen die HPK monatlich unter Einbeziehung der relevanten Leistungsträger und Leistungserbringer. Die jeweiligen Hilfesuchenden wurden vorab eingehend über das Verfahren informiert und nehmen, wenn gewünscht, teil. In der Hilfeplankonferenz werden koordinierende Bezugspersonen festgelegt, die dafür Sorge tragen, dass die Umsetzung bedarfsorientiert vollzogen wird. Teilweise sind hier Schnittmengen zur Job-coaching-Funktion gegeben.

Im Rahmen des Projekts wurden in den Projektregionen über 2000 Hilfepläne erstellt und in den regionalen HPK abgestimmt. Es ist in jedem Fall eine Einigung über erforderliche Hilfe zustande gekommen.

Um die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen bei der Hilfe zur Teilhabe zu berücksichtigen, sind im Rahmen des Projekts (zum Teil) neuartige Vorgehensweisen in den Regionen genutzt worden:

- spezifische Arbeitsgelegenheiten nach § 16.3 SGB II mit intensiver psychosozialer Betreuung, Kontinuität und längeren Laufzeiten (z.B. in Hamburg, Gera, Altenburg, Bremen, Bielefeld),
- besondere Angebote des Assessments im Sinne von Orientierung, Abklärung und Entscheidungshilfen (z.B. in Bielefeld, Bremen),
- personenbezogenes Fallmanagement bzgl. Arbeit/Beschäftigung auch im SGB XII-Bereich (z.B. in Bielefeld, Bremen, Bodenseekreis),
- betriebsintegrierte Rehabilitation auf Erprobungsstellen mit Weiterbeschäftigungsoption (z.B. in Saalfeld) als Alternative zu einem einrichtungsbezogenen Werkstattmodell,
- betriebsintegrierte Förderung im Rahmen des Eingangs- und Berufsbildungsbereichs von WfbM (z.B. in Hamburg),
- persönliche Budgets für Arbeit (z.B. in Gera),
- integrative Arbeitnehmer-Überlassung (z.B. im Bodenseekreis)
- Ergotherapie – fester Bestandteil der Leistungserbringung.

IV. Eine vorläufige Bilanz

Bei der Vorgehensweise im Projekt stand stets das eigentliche Teilhabeziel, die langfristige Beschäftigung im Vordergrund. Erprobungen und Förderung wurde daher inhaltlich und örtlich so nah wie möglich an die potentiellen Arbeitsstellen herangeführt. Daher war es von entscheidender Bedeutung, Marktnischen aufzuspüren und eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit einschließlich der Information über Fördermöglichkeiten zu gewährleisten, um in Kontakt mit potentiellen Arbeitgebern zu kommen. Bei dieser konsequenten Ausrichtung auf den Arbeitsmarkt haben sich zwei Faktoren als zentral herausgestellt.

Arbeitgeber fordern die Sicherheit, dass bei psychosozialen Krisen (auch Konflikten am Arbeitsplatz) unverzüglich und verlässlich fachliche psychosoziale Hilfen für Betroffene und Unternehmen geleistet werden. Dies ist durch Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten (bezogen auf anerkannt schwerbehinderte Menschen), spezifische Vereinbarungen mit einzelnen Argen (Arbeitsgemeinschaften SGB II) und eine Initiative zum Ausbau der Psychosozialen Betreuung nach § 16.2 SGB II in kommunaler Zuständigkeit gewährleistet worden.

Arbeitgeber sind (nur) zu leistungsgerechter Vergütung bereit. Sofern krankheits- oder behinderungsbedingt eine Leistungsminderung besteht, muss dies durch Förderung ausgeglichen werden. Zum Zeitpunkt der Projektdurchführung wurden Förderungen nur befristet gewährt. Der Minderleistungsausgleich gemäß SGB IX Teil II greift nur bei besonders betroffenen, anerkannt schwerbehinderten Menschen und wird aufgrund finanzieller Probleme in der Regel nur befristet und eingeschränkt bewilligt.

Das Fehlen bedarfsgerechter Förderung ohne zeitliche Befristung bei erwiesener langfristiger Leistungsminderung hatte sich als Haupthindernis auf dem Weg psychisch beeinträchtigter Menschen in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung erwiesen. Um hier Abhilfe zu schaffen, wurden in den Projektregionen bei der Schaffung von Arbeitsgelegenheiten nach § 16,3 SGB II längere Förderzeiträume realisiert, dem Ministerium einzelne Änderungsvorschläge bezüglich des SGB II und SGB IX unterbreitet und eine Ankoppelung in den Regionen an Initiative Job 4000 begonnen. Die im SGB II seit dem 1.10.2007 verankerten unbefristeten Fördermöglichkeiten für Langzeitarbeitslose mit besonderen Vermittlungshemmnissen konnten leider auf Grund der befristeten Laufzeit bis Ende 2007 nicht mehr erprobt werden. Hier ergeben sich für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen neue Perspektiven, die dringend genutzt werden sollten. Auch der neue Fördertatbestand „Unterstützte Beschäftigung“ im betrieblichen Umfeld wird die Möglichkeiten erweitern, gerade auch Alternativen zur Werkstatt zu finden.

Die Erfahrungen in den Projektregionen zeigen, dass sich mit der entsprechenden fachlichen und am Bedarf des Einzelnen orientierten Unterstützung für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen individuelle Wege ins Arbeitsleben eröffnen. Die Neuorganisation der arbeitsmarktpolitischen Instrumente im SGB II werden die Möglichkeiten noch erweitern. Gesetzliche Betreuer können mit diesem Wissen im Hintergrund nicht als neue Jobcoaches, aber als „Wächter“ aktiv werden. Sie können die Umsetzung von Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung kritisch begleiten und bei regionalen Hilfeplankonferenzen nachfragen, wenn trotz des Wissens um eine Vielzahl von Fördermöglichkeiten zu wenig für die Integration in den Arbeitsmarkt unternommen wird. Und es ist Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson, Transparenz zu schaffen für die gesetzlichen Betreuer, welche Hilfen geplant sind und wie sie umgesetzt werden.

V. Hier ist der Betreuer als Beistand gefordert

Im zweiten Abschnitt des Workshops lagen Thesen von Arnd Schwendy vor:

(1) Betreuer haben eine Schlüsselfunktion in der Erschließung der Arbeitswelt für ihre Klienten. Aus ihrer Verantwortung für den behinderten Menschen heraus sollten sie darauf hinwirken, dass vorhandene Chancen auf berufliche Bildung und Beschäftigung kompetent wahrgenommen werden.

(2) Bei dem oft langwierigen Verlauf sollten Betreuer regelmäßig prüfen, ob Vereinbarungen eingehalten werden und für aktuellen Informationsaustausch sorgen. Sie sollten sich nicht scheuen, zur Vernetzung und Interessenwahrung an regionalen Arbeitskreisen teilzunehmen.

(3) Wer sich die Möglichkeiten in seiner Region erschließen will, kann sich einer in Köln im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeit entwickelten Arbeitshilfe „Kölner Instrumentarium“ bedienen: <http://www.btz-koeln.de>. Eingehender ist das Handbuch „Berufliche Integration und Rehabilitation“ von Hermann Mecklenburg und Joachim Storck, bestellbar über psychiatrie.de.verlag. Wichtigste Ansprechpartner für die berufliche Eingliederung sind die Integrationsfachdienste, die es flächendeckend gibt; die Fachleute in diesen Diensten haben in der Regel einen guten aktuellen Überblick.

(4) Ein größeres Hindernis als der Mangel an Förder- und Arbeitsmöglichkeiten ist die im psychosozialen Bereich weit verbreitete depressive Grundeinstellung gegenüber der Arbeitswelt. Hier ist ein realistischer Optimismus als Gegengewicht zu den Bedenkenträgern, von denen die psychisch beeinträchtigten Klienten oft umstellt sind (Ärzte, Angehörige, Sozialarbeiter etc.), erste Betreuer-Pflicht.

(5) Es lohnt sich – auch für Empfänger von Grundsicherung – Arbeitsmöglichkeiten unterhalb der Schwelle sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse zu erschließen. Die Kommunen kommen seit der Hartz-IV-Reform ihren in § 11 SGB XII formulierten Verpflichtungen diesbezüglich nur unzureichend nach. Es gibt hier aber in jüngster Zeit eine Trendwende, da immer mehr Sozialhilfeträger erkennen, dass sie etwas unternehmen müssen, um befristet berentete Grundsicherungsempfänger wieder so fit zu machen, dass sie mindestens drei Stunden täglich arbeiten können und damit wieder Anspruch auf Leistungen nach SGB II haben. Für eine solche Strategie sprechen aber nicht nur rechtliche und finanzielle Erwägungen, sondern vor allem fachliche: Es ist eine Binsenweisheit, dass erzwungene Untätigkeit den Gesundheitszustand und die soziale Teilhabe verschlechtert. Stundenweise Beschäftigung – sogenannte Zuverdienstarbeit – ist ein gutes Mittel zum sanften Wiedereinstieg. Auch bei psychisch behinderten Menschen, die dauerhaft als erwerbsunfähig eingestuft sind, bietet sich diese Form an, wenn die Betroffenen sich einer Werkstatt für behinderte Menschen nicht gewachsen fühlen bzw. dieses Angebot ablehnen.

(6) Die Erwartungen und Befürchtungen der Angehörigen sollten – wo immer möglich – zum Beginn der Erschließung der Arbeitswelt offengelegt werden. Es hat sich bewährt, Vereinbarungen zum Start ins Arbeitsleben als Ergebnis von Besprechungen mit dem Klienten schriftlich zu fixieren und eine Kopie davon den Personen zuleiten, die an der Umsetzung mitwirken. Wenn dann der Betroffene die Verteilung möglichst selbst erledigt, kann er mit Unterstützung seines Betreuers zum „Manager seines eigenen Falles“ werden.

(7) Durch die Hartz-IV-Reform (Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe in der neuen Grundsicherung nach SGB II) sind viele bewährte Strukturen zerstört worden. Vor allem ist in der Arbeitsverwaltung durch vielfältige organisatorische und

personelle Maßnahmen die früher vorhandene Reha-Kompetenz eingeschränkt worden. Die Träger von SGB II (ARGEN und optierende Kommunen) haben zuweilen keine Experten für Rehabilitation, da die Zuständigkeit für diese Leistungen fachlich beim SGB-III-Träger (also den Agenturen) verblieb. Das Ziel „Hilfe aus einer Hand“ konnte dadurch nicht erreicht werden. Die Reha-Bedarfe werden bei den SGB-II-Trägern mangels geeigneten Personals oftmals nicht erkannt. Da Arbeitslose mit psychiatrischer Vorgeschichte sich nicht gerne offenbaren, steigt das Risiko, dass sie kurzerhand in Maßnahmen geschickt werden, die von Struktur und Fachlichkeit her für sie nicht geeignet sind. Betreuer sollten daher im Interesse ihrer Klienten kritisch nachfragen, ob eine vorgeschlagene Maßnahme wirklich den Ansprüchen der Zielgruppe genügt.

(8) Die Begleitung der Betroffenen zu den bewilligenden Stellen ist sehr hilfreich, eigentlich unverzichtbar. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen können sehr schnell entmutigt werden, wenn ihnen Mitarbeiter der Agentur, ARGE oder optierenden Kommune abwehrende oder irritierende Informationen geben. Dahinter muss nicht einmal böser Wille stehen, vielmehr sind die Rechts- und Verfahrensvorschriften so kompliziert, dass nur Expertenwissen hilft: Hier ist der gesetzliche Betreuer als Beistand gefordert!

B. Kommunikation, Umgang

Kommunikation kann man lernen – Methoden der Kommunikation mit Menschen mit Behinderung und psychischer Krankheit

Arbeitsgruppe 5

Moderation: Alexandra Neumann, Sabine Schönfeld

Die eigene Rolle erkennen – Handlungsfelder reflektieren....

„Wenn man (...) akzeptiert, dass alles Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation Mitteilungscharakter hat, d.h. Kommunikation ist, so folgt daraus, dass man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht nicht-kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht nicht auf diese Kommunikation reagieren und kommunizieren damit selbst“.

Paul Watzlawik, in: Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien

I. Beziehungsfelder

Mit der Anordnung einer Betreuung tritt der Betreuer als gesetzlicher Vertreter eines Menschen in ein System von Beziehungsfeldern, die nur auf einer Ebene der Betrachtung als rechtliche Beziehungsfelder bezeichnet werden können. Aus diesem Focus sprechen wir von:

- dem Beziehungsfeld Betreuer – Klient, welches bestimmt wird von dem Primat der Wunschbefolgungspflicht für den Betreuer (§ 1901 BGB);
- dem Beziehungsfeld Betreuer – Rechtsverkehr, welches die Rolle des Betreuers als die eines gesetzlichen Vertreters klar definiert (§ 1902 BGB);
- dem Beziehungsfeld Betreuer – Vormundschafts-/Betreuungsgericht, in welchem dem Gericht eine Beratungs- und Kontrollfunktion zugewiesen ist (§ 1837 BGB), der Betreuer hingegen auskunfts- und rechenschaftspflichtig ist (§§ 1839, 1840 BGB).

In jedem dieser Beziehungsfelder ist die vom Betreuer zu tragende Rolle aber auch die seines Gegenübers durch die gesetzlichen Vorschriften des Betreuungsrechts klar bestimmt. Im Ergebnis hat der Betreuer differenzierte Rollen gegenüber verschiedenen Akteuren (Klient, Gericht, soziales Umfeld, Rechtsverkehr) auszufüllen, was kein berufsspezifisches Phänomen ist.

II. Rollen

Der Soziologe Erving Goffman kam zu dem Schluss: “Wir alle spielen Theater“; so der Titel seines Buches, in welchem er die These aufstellt, dass alle Menschen in unterschiedlichen Situationen und mit verschiedenen Personen jeweils bestimmte Rollen spielen. Doch wann spielen wir eine Rolle und sind wir uns unserer Rolle bewusst? Nach welchen Mustern handeln wir und sind unsere Handlungsmuster förderlich zur Erreichung unserer Ziele oder bewirken sie genau das Gegenteil?

Ein Betreuer handelt, um etwas für die betreute Person zu erreichen. Das ist sein Ziel. Zur Durchsetzung seiner Ziele muss ein Betreuer in der Lage sein, Widerstände, Hindernisse zu überwinden. Widerstände, Hindernisse und konfrontative Situationen hält das Leben in Hülle und Fülle bereit:

- Ein Betreuer mit ALG II begehrt die Entlassung des Betreuers, weil er einen Barbetrag von 50,00 Euro in der Woche für nicht ausreichend erachtet. Er behauptet, der Betreuer „halte“ ihn vorsätzlich „kurz“.
- Ein Betreuer reklamiert gegenüber dem Jobcenter, dass es unvertretbar sei, auf einen Bescheid sechs Wochen warten zu müssen, ohne dass der Lebensunterhalt des Klienten gesichert sei. Der Sachbearbeiter weist hingegen auf noch fehlende Unterlagen hin und trifft keine Entscheidung.
- Ein Betreuer fragt etwa zwei Monate nach Fälligkeit seines Vergütungsanspruches beim Gericht an, wann denn mit einer Zahlung zu rechnen sei. Die Bearbeiterin entgegnet, dass der Zeitpunkt unter den Bedingungen starker Arbeitsbelastung nicht bestimmbar sei.

Eine bewusste Kommunikation, die Reflektion und die selbst bestimmte Ausgestaltung der eigenen Rolle können Werkzeuge zum Erreichen von Zielen und zur Bewältigung von Konflikten sein. Kommunikation kann man lernen.

Konflikttraining für Betreuer: Erfahrungsberichte

Arbeitsgruppe 7

Moderation: *Bernd Albert*

I. Ob ...

Ob man nun als Vereinsbetreuer für einen 30-jährigen Punk mit psychotischen Schüben, im Grunde stolz auf die gelungene Beziehungsgestaltung, aktuell verunsichert darüber ist, dass einen die Kollegin noch während der letzten Klienten- Begegnung „ruppig anblafft“, dafür zu sorgen, dass das „Rumgebrülle“ auf den Vereinsfluren aufgehört (was einen zunächst sprachlos werden lässt), und man nun diesen Gefühlen nachspüren möchte, damit man sich in vergleichbaren Situationen angemessener verhalten kann und im mehrfachen Ausprobieren den Satz findet:

„Ich werde versuchen, Begegnungen mit „Presley“ in seinen Wohnräumen zu organisieren. Aber wie auch immer, ich möchte nicht noch einmal von Dir vor dem Betreuten in dieser Form zurechtgewiesen werden...“,

oder ob man wütend oder trotzig oder bockig (oder was nun eigentlich genau?) über die Fachklinik, die den jungen Betreuten entlässt, ohne sich – wie verabredet – um die Organisation der ambulanten Weiterversorgung zu kümmern, den Gedanken an einen Beschwerdebrief zunächst zurückstellt und dann beim Hantieren mit Holzfiguren unterschiedlicher Größe im Nacherzählen der Ereignisse plötzlich innehält und spürt:

„Es geht schon auch um meinen Widerwillen gegen diese Machtstrukturen in der Klinik“,

um sich danach einzugestehen, dass es trotz alledem darum geht, die Verantwortung für die gute Versorgung des Betreuten zu übernehmen und den Entschluss fasst:

„Okay, nächste Woche werde ich Kontakt mit dem Sozialdienst der Fachklinik aufnehmen mit dem Ziel, verbindliche Absprachen über eine konkrete Aufgabenverteilung für die zukünftige Versorgung meines Betreuten zu treffen...“,

oder ob man im Anschluss an die Feedbackrunde zu den eigenen Schilderungen über den unfähigen Mitarbeiter der „Arge“, der nicht in der Lage scheint, für eine pünktliche Auszahlung der ALG-II Leistungen für Frau Müller zu sorgen, angeregt durch das Modell „Das innere Team“ drei innere Stimmen in sich entdeckt:

Verunsicherung

(„Oh je, kein Geld für die pünktliche Mietzahlung! Was mach ich denn jetzt?“)

Wut

(„Kann dieser Typ von der „Arge“ nicht einmal richtig seine Arbeit machen?“)

Erschöpfung

(„Nicht schon wieder eine neue Auseinandersetzung mit dem Vermieter?“)

und zunächst nicht weiß, wie man diese drei Stimmen zu einer handlungsleitenden Einheit zusammenfügen soll: In all diesen Fällen geht es nach Innen um Selbstklärung: „Welche inneren Prozesse spielen sich in mir ab?“, um dann vor dem Hintergrund dieser neuen Klarheit auch nach Außen konkret zu werden durch klärende Kommunikation:

„So sieht es in mir aus und dieses und jenes brauche ich von Dir, damit das mit uns klappt“.

In dem 3. Beispiel hat der Betreuer in seinem „Inneren Team“ eine listige Lösungsidee entwickelt: Als „Teamoberhaupt“ stellt er die Wut den anderen beiden als „Antreiber“ hinter den Rücken, woraufhin alle drei Beteiligten plötzlich mühelos, ja lustvoll den fast schon bedauernswerten Mitarbeiter der „Arge“ mit vorgehaltener Pistole überfallen und die sofortige Auszahlung der Leistung („Her mit der Kohle“) durchsetzen wollen.

Angeregt durch die Frage des Leiters „Fehlt da noch jemand?“, wird dann aber doch noch eine 4. Person ins Team geholt: Der Betreuer nennt ihn „Meinen Qualitätsbeauftragten“.

Dieser versichert dem Verunsicherten seine Unterstützung, verspricht dem Erschöpften einen Saunabesuch am kommenden Wochenende, merkt dann aber an, dass es so wie geplant leider nicht geht und versieht das ganze Team mit einer Achtsamkeit auch für die Situation des Sachbearbeiters. Damit ist nun auch einer im Team dabei, der die Durchsetzbarkeit prüft unter Berücksichtigung der Frage, was denn „die anderen“ wollen und brauchen. Alle vier Teammitglieder zusammen bewegen dann mutig, durchsetzungsstark und in angemessenem Ton den Arge-Mitarbeiter zur Kooperation.

II. Qualifizierende Fallberatung

Häufig bin ich in meiner Eigenschaft als Betreuer mit solchen Konflikten konfrontiert. Bei der Konfliktbearbeitung hilft es, in der Gruppe zunächst eine gewisse Vielfalt von Erklärungen, Bewertungen, Einsichten und Deutungen zu fördern und abzurufen. Warum das so ist, erklärt Kurt Lewin, einer der Pioniere der Sozialpsychologie: „Soziale Systeme organisieren sich über Kommunikation. Sie können daher nur durch Kommunikation verstanden und verändert werden.“

Zu diesem Zweck werden bei der „Qualifizierenden Fallberatung“ die verschiedenen Rückmeldungen der Gruppe genutzt: Einzelne „Zuspieler“ aus der Gruppe stellen versuchsweise die inneren Prozesse des ratsuchenden Betreuers dar. Diese Persönlichkeitsanteile werden durch den Betreuer selbst mit einem Namen versehen, durch die Stimme der Zuspielder im Außen repräsentiert und so anschaulich und begreifbar:

„Wie sieht dieses Gefühl aus? Wie groß ist es? Was sagt es?“ Dadurch verlieren sie ihre Diffusität, die inneren Prozesse bekommen eine Gestalt und Dialoge und Handhabungen werden möglich. Ein Teilnehmer der Arbeitsgruppe: „Dass, wie in meinem Falle, die Gruppe, die die unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile verkörperte, eine ähnliche Auseinandersetzung führte, wie sie in meinem Inneren stattfindet, war wirklich verblüffend“.

Die Annäherung an das ungewohnte Lernverfahren der „Qualifizierenden Fallberatung“ geschah in zwei Schritten:

- **Anwärmphase:**

Um miteinander vertraut zu werden und die Technik des Rollentauschs zunächst einzüben, haben die Teilnehmer zunächst Partner-Interviews in 2-er Gruppen durchgeführt und sich danach in der Großgruppe im Rollentausch vorgestellt.

- **Fallerhebung:**

Moderationskarten wurden von den Teilnehmern zunächst mit Stichworten zum Thema: „Konflikthafte Erfahrungen aus dem Betreuungsalltag“ beschriftet und dann

auf einem an der Pinwand aufgemalten Thermometer in eine Reihenfolge gebracht anhand der Frage:

Wie heiß ist Ihr Thema?

Psychisch erkrankter, lauter Betreuer

Zusammenarbeit mit Klinik

Einstweilige Anordnung? Ärger mit der Arge

Hilfen im Chaos

Schwerst psychisch erkrankte junge Frau

Auf Drohen hin Forderung nachgegeben

Die Gewichtung der Themen an der Pinwand ermöglicht es nicht nur, eine Reihenfolge für das weitere Vorgehen zu finden. Sie hilft auch dabei, die Brisanz der eigenen Themen zu relativieren. Eine Teilnehmerin: „Sehr witzig war es für mich zu sehen, dass mir meine eigenen Konflikte in der Gruppengewichtung nicht als sehr brennend wichtig erscheinen – das empfinde ich im Arbeitsalltag nämlich nicht immer so.“

Es gehört zu den Grundprinzipien der Erwachsenenbildung, dass eine Integration des Gelernten durch die eigene Stellungnahme erleichtert wird und dann besonders gut gelingt, wenn der Lernende den Lernstoff mit Erfahrungen der eigenen Lebenswelt verbinden kann. In der Arbeitsgruppe haben wir uns darüber hinaus die Erkenntnisse der Lernpsychologie zunutze gemacht, nach denen die langfristige Aneignung von Fachwissen besser glückt, wenn der Lerninhalt mit möglichst vielen realen Begebenheiten verknüpft wird und dabei verschiedene Zugänge gesucht werden.

Ein Teilnehmer: „Gut gefallen hat mir, dass wir drei grundverschiedene Konfliktfelder beachtet haben. Beeindruckt hat mich die Methodenvielfalt: Dass wir drei unterschiedliche Wege der Annäherung gewählt haben, hat das Lernen lebendiger gemacht“.

Wir haben deshalb erst im Anschluss an das Nacherleben selbst erfahrener Konflikte theoretische Hintergründe beleuchtet und anhand von Folien Wege zum Erwerb sozialer Kompetenz thematisiert und besprochen, was „Soziale Kompetenz“ beinhaltet:

- Kommunikationskompetenz:** Die angemessene Darstellung der eigenen Bedürfnisse,
- Rollendistanz:** Die Relativierung eigener und fremder Rollenerwartungen,
- Empathie:** Die Fähigkeit, Gefühle und Motive des Betreuten zu erspüren,
- Ambiguitätstoleranz:** Die Fähigkeit, Widersprüche zwischen meinen Erwartungen und denen des Betreuten wahrzunehmen und auszuhalten.

Warum diese Facetten von Sozialkompetenz gerade für Betreuer so wichtig sind, formuliert ein Vorstandsmitglied des VGT folgendermaßen:

„Eine Betreuerin muss die Lebenswelt ihres Klienten soweit kennen, dass sie ihre Aufgabe an den Bedürfnissen, Sehnsüchten und Träumen des Klienten ausgerichtet wahrzunehmen vermag. Sie soll die oft schwer verständlich und widersprüchlich erscheinenden Äußerungen ihres Klienten aus seiner Lebenswelt, seiner Biographie, seiner Art der Kommunikation begreifen. Sie muss verstehen, wenn nicht gar spüren, auf welche Weise und mit welchen Zielen ihr Klient die Selbstsorge für seinen Alltag wahrnehmen würde, wenn er es denn alleine könnte.“¹

Es stellt sich die Frage, was Fortbildungen dazu beitragen können, dass Betreuer diese anspruchsvolle Fähigkeit in der Begegnung mit ihrem Betreuten ausbilden können. Und wer hilft bei der Beantwortung solch einer Frage? Richtig: Der „VGT“ und Wolf Crefeld:

„Gefordert sind in solchen Fällen professionelle Fähigkeiten für ein erforderliches Beziehungsmanagement, insbesondere kommunikative Kompetenzen und die notwendige reflexive Distanz gegenüber der eigenen Person, um eigene Bedürfnisse, Erwartungen und Normvorstellungen von denen des Klienten differenzieren zu können. Wir kennen entsprechende Handlungskonzepte und Grundsätze, sie gehören zum Methodeninventar der sozialen Beratung.“²

Eine dieser genannten Methoden ist das Konzept der „Qualifizierenden Fallberatung“. Dieses Verfahren stellt mit der Technik des Rollentauschs eine hilfreiche Ressource zur Entwicklung von Empathie zur Verfügung. Was diese gruppenbezogene Methode auszeichnet, ist der Erlebnischarakter. Es wird über ein denkbare Handeln zunächst nicht diskutiert, sondern es wird in der praktischen Fallberatung ausprobiert.

Während Fortbildungen im Betreuungswesen durchaus häufig dazu führen, dass Antworten auf soziale Situationen diskutiert werden, bietet das beschriebene Verfahren weitere Möglichkeiten: Zum einen die Chance, im Austausch mit anderen Gruppenmitgliedern eine korrigierende emotionale Erfahrung zu machen.

Angeregt werden die Teilnehmer zu einer Haltung der Einfühlung und eben nicht nur zu einer Haltung der Tatsachenreflexion. Zum anderen die Möglichkeit, alternative Reaktionen und Umgangsweisen mit Konflikten im aktiven Tun auszuprobieren.

Eine Teilnehmerin der Arbeitsgruppe: „Mir hat es gut gefallen, nicht stundenlang stumm auf einem Stuhl sitzen zu müssen und einem Redner zu lauschen, der mir einen Vortrag über irgendetwas hält – ich finde es viel schöner, selbst etwas zu erarbeiten.“

In der im Anschluss an jede Falldarstellung stattfindenden „Feedback- Runde“ sind alle Teilnehmer eingeladen, ihre Wahrnehmung und ihre Deutung des Gesehenen dem ratsuchenden Betreuer zurück zu melden. Durch die Einbeziehung dieses vielfältigen „Gruppenfeedbacks“ gelingt es der Gruppe, die Bedürfnisse und Antriebe der beteiligten Personen besser zu verstehen. Es ist die Arbeit der Gruppe, im Anschluss neue Handlungsweisen zu begründen, auszuprobieren und in die Wirklichkeit zu übertragen.

Eine Teilnehmerin der Arbeitsgruppe: „Das Spielen hatte Überwindung gekostet und Klarheit im Umgang mit eigenen Gefühlen, Verdrängungen und Selbstbildern ange-

1 Crefeld, Geeignete Betreuer, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Betreuern, Betrifft Betreuung Nr. 3, 2001, 56.

2 Ders. a.a.O.

regt. Beim Essen im Anschluss haben wir dann erstaunlich offen über unseren Umgang mit Aggression, Stress und Verunsicherungen gesprochen“.

„Qualifizierende Fallberatung“ eignet sich als Mittel zur Verhaltensmodifikation und als stützendes, auf zukünftiges Handeln orientiertes Verfahren. Methodisch stehen dabei zur Verfügung:

- Stellen kleiner Szenen aus dem Betreuer-Alltag,
- Distanzierung zu eigenem Verhalten durch Rollentausch,
- Widerspiegelung eigenen Verhaltens durch das Erleben anderer im „Feedback“,
- Erforschen eigener Persönlichkeitsanteile durch das Modell „Das innere Team“,
- Stellen von Standbildern und Skulpturen zu „Beziehungsfragen“.

Teilnehmerstimmen zu diesen Arbeitsweisen:

„Die Art und Weise, Konflikte sichtbar zu machen (mittels Figuren, die die Rollen der Konfliktbeteiligten übernehmen), vereinfacht für mich die Analyse des zugrunde liegenden Problems und die Planung von Lösungsschritten.“

„Die Arbeit mit den Holzfiguren fand ich sehr interessant; insbesondere im Hinblick darauf, mit welcher „Größe“ und damit Gewicht der Vortragende die Teilnehmer seines Konflikts sieht. Das geschah möglicherweise zunächst unbewusst und machte erst im 2. Schritt den Kern des Konflikts deutlich.“

Beeindruckt waren wir alle von der Resonanz, mit der die Teilnehmer das „Anliegen“ des jeweils vortragenden Betreuers aufgenommen haben. Es war uns in allen Fällen möglich, mitzufühlen und eigene Assoziationen zurück zu melden. Das liegt vermutlich daran, dass die Erfahrungen des einzelnen Betreuers nicht so einzigartig sind, wie wir oft annehmen.

Eine Teilnehmerin der Arbeitsgruppe:

„Erstaunlich war für mich, in wie kurzer Zeit in der Gruppe eine produktive Arbeitsatmosphäre entstand und wie offen die Teilnehmer dabei waren, welch bunter Strauß an Persönlichkeiten sich in einer solchen Arbeitsgruppe wieder findet, und dass trotz dieser Vielfalt die Konflikte im Arbeitsalltag relativ identisch sind. Für mich war es sehr hilfreich, einmal nicht verbale Konfliktlösungsmuster praktisch zu erleben – ich rede den ganzen Tag und fand es erleichternd, mal eine andere Herangehensweise auszuprobieren.“

Wer sich für das Verfahren der „Qualifizierenden Fallberatung“ interessiert, kann dazu nachlesen auf der Internetseite www.lebendiges-ehrenamt.de.

Neue Formen des Umgangs mit psychisch Kranken

Teilplenum 4

Prof. Dr. Thomas Bock

Aus den Tagungsmaterialien:

Zurzeit besteht die Gefahr, dass im psychiatrischen, insbesondere im klinischen Behandlungssystem eine Haltung entsteht, die Verantwortung zu delegieren und damit die rechtliche Betreuung über das angemessene Maß hinaus für die eigene Bequemlichkeit zu benutzen: Die „eigentlichen“ Behandler werden zunehmend beziehungslos, übernehmen wenig Verantwortung für Nachsorge oder gar „strukturübergreifende Kontinuität“, sondern installieren im Zweifel eine rechtliche Betreuung. Das ist schon deshalb nicht hinnehmbar, weil die „Verrechtlichung“ von Beziehung und Verantwortung die Patienten und ihre Familien doppelt belastet – psychisch und materiell.

Zwei widersprüchliche theoretische Konstrukte spielen bei dieser unzulässigen Einengung von Beziehungsarbeit eine unselige Rolle: „Krankheitseinsicht“ und „Compliance“ bewachen wie zwei „Höllenhunde“ den Eingang zu notwendigen psychiatrischen Hilfen und sorgen dafür, dass bequeme Patienten eher überversorgt, andere aber aussortiert werden? Wird die rechtliche Betreuung zum Alibi, zum Lückenbüßer für eine bequem sich zurückziehende Psychiatrie? Versteht sie sich als deren verlängerter Arm oder auch als Verteidiger von Eigensinn? Wenn rechtliche Betreuer in diesem Sinne die Interessen ihrer Betreuten auch gegenüber psychiatrischen/psychosozialen Einrichtungen vertreten, können sie sehr zu deren Weiterentwicklung beitragen.

Pilotprojekt: „HOTEL PLUS“– eine neue Hilfeform für Wohnungslose mit psychiatrischen Problemen in Köln

Ulla Schmalz

I. Informationen

Träger/Kooperationspartner:

- Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Köln e.V. in Kooperation mit:
- Stadt Köln, Gesundheitsamt
- Stadt Köln, Sozialamt
- Stadt Köln, Amt für Wohnungswesen
- Rheinische Klinik Köln-Merheim

Finanzierung:

- Hilfe z. Lebensunterhalt SGB XII oder SGBI
- Ambulante Begleitung gem. § 67 GB XII

Zielgruppe:

- Wohnungslose, vorrangig psychisch erkrankte Frauen und Männer, die von den bestehenden Angeboten des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems nicht erreicht und betreut werden können.
- Ausschlusskriterien: ausschließliche, chronische Alkoholabhängigkeit; Abhängigkeit von illegalen Drogen; Pflegebedürftigkeit.

Zielsetzung:

- Grundversorgung
- Stabilisierende Maßnahmen bzgl. der individuellen Lebens- und Problemsituationen
- Langfristig schrittweise, dauerhafte Verbesserung der einzelnen Lebenssituationen

„Äußerer Rahmen“:

- Überschaubare Bewohneranzahl pro Hotel
- Einzelzimmerunterbringung
- Minimum an Hausregeln
- Keine Begrenzung der Aufenthaltsdauer
- Selbstversorgung
- Präsenz des Trägers in den Hotels (zwei sozialpsychiatrische Fachkräfte pro Haus)
- Klärung der individuellen Problemlagen; Beratung, Begleitung und Unterstützung, Vermittlung von Hilfen
- Toleranz bzgl. extremen Erlebens- und Verhaltensweisen
- Krisenintervention.

II. Vorstellung eines ungewöhnlichen Projekts

Der Psychiatrie-Referent von Köln, Herr Dr. Berger, hat das Projekt einmal „eine weitere Blume im Strauß psychiatrischer Versorgung“ genannt.

Dies finde ich eine freundliche Bezeichnung.

Ehe ich Sie mitnehme in ein kleines Hotel mitten im „Hätze vun Kölle“ und Ihnen etwas über den Alltag im Hotel Plus erzähle, möchte ich Sie kurz über die Entstehungsgeschichte dieses Projektes informieren.

Wie in allen großen Städten hat die Obdachlosigkeit auch in Köln in den letzten Jahren besorgniserregend zugenommen. Zur Verdeutlichung einige Zahlen:

1994 lebten in Köln 7500 Menschen in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe wie Hotels, Übergangseinrichtungen, Pensionen, Notunterkünften oder Übernachtungsstellen... Diese Menschen sind keine so genannten „Tippelbrüder“, sondern zu 75% Kölner, die wegen Arbeitsplatzverlust, Überschuldung, Mietproblemen, Familien- und Eheproblemen buchstäblich auf der Straße gelandet sind.

Durch die deutlich sichtbare Zunahme von Notlagen, bedingt durch Krankheit, Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit, setzt die Sozialdezernentin zu dieser Zeit (also Anfang 94) eine Projektgruppe ein, bestehend aus Vertretern des Wohnungsamtes, des Sozialamtes, des Gesundheitsamtes und der Klinik, die in enger Kooperation mit den Trägern und Initiativen der Wohnungslosenhilfe ein Programm zur Verbesserung der Strukturen und Hilfen im Obdachlosenbereich erarbeitete.

Der wichtigste Grundsatz des entwickelten Programms ist die akzeptierende Hilfe.

Die Notleidenden sollen vorbehaltlos unterstützt und begleitet werden, um ihre gesundheitliche und soziale Verelendung zu mildern oder zu beheben.

Dieses Konzept erfordert von den Verantwortlichen ein ständiges Ausbalancieren zwischen Duldung und Begrenzung.

Hiervon werde ich gleich bei der Beschreibung der praktischen Arbeit mehr berichten. Das heutige Hilfespektrum ist breit gefächert, es reicht von Streetworking zur Kontaktaufnahme mit Betroffenen, die Platte machen, bis zur Hilfestellung im Wohn- und Arbeitsbereich. Der Zugang zu den ambulanten Hilfen erfolgt entweder über die Träger der Angebote oder über die städtischen Dienststellen.

Die Bewilligung erfolgt in jedem Fall durch die städtischen Fachdienste auf Basis eines Hilfeplanes, der für die verschiedenen Lebensbereiche – Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte, Gesundheit – möglichst konkrete und nachvollziehbare Ziele formuliert.

Damit haben die Sachbearbeiter der Fachstellen ein Instrument, das ihnen Kontrolle und Nachvollzug der vereinbarten Hilfe möglich macht.

Nun zu dem Personenkreis, um den es in unserem Projekt geht, den psychisch kranken Wohnungslosen. Nach einer Untersuchung des Kölner Gesundheitsamtes waren ca. 13% der Patienten in Kölner psychiatrischen Kliniken wohnungslos.

In zunehmenden Maße mussten chronisch psychisch Kranke in den Übernachtungsheimen der Nichtsesshaftenhilfe mitversorgt werden, was deutlich den Rahmen der dort angebotenen Hilfen sprengte. Außerdem gab es immer häufiger Menschen, die vom Wohnungsamt in Hotels eingewiesen waren und dort wegen ihres Verhaltens auffielen, so dass entweder besondere Hilfe für sie angefordert werden oder sie das Hotel verlassen mussten.

Sie als Professionelle wissen, dass es immer wieder Menschen gibt, die durch alle Maschen der aufgespannten sozialen und psychiatrischen Netze fallen.

Die beiden wichtigen Paragraphen, unter denen sie „eingeordnet“ werden – oder eben nicht „eingeordnet“ werden können, sind Ihnen sicher vertraut.

Wir alle kennen aber auch das Phänomen der Krankheitsuneinsichtigkeit.

Hierbei stoßen wir eben oft an die Grenzen unserer professionellen Hilfsmöglichkeiten. Diese Menschen lehnen Betreuung und Unterstützung ab, oder sind aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, Hilfsangebote anzunehmen.

Mitunter liegt die Ursache darin, dass sie Angst vor Bevormundungen haben, mitunter auch darin, dass es ihnen nicht möglich ist, sich an Regeln zu halten, die Grundbedingungen für viele andere Wohnformen sind.

Häufig pendeln sie von Einrichtung zu Einrichtung, von Hotel zu Hotel.

Konkret handelt es sich um Menschen,

- die häufig sämtliche psychiatrischen Versorgungssysteme erlebt haben und denen hier keine adäquate Hilfe angeboten werden konnte,
- die bisher noch nie eine psychiatrische Behandlung erhalten haben, da sie sich selbst nicht als krank erleben, jedoch massiv auffällig in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld sind,
- die mit chronisch unbehandelten Psychosen sehr isoliert und völlig zurückgezogen leben,
- die sehr aggressiv sind und mit ihrem massiv gestörtem Sozialverhalten überall anecken.

Um diese Menschen handelt es sich, die zur Zeit im Hotel Plus leben.

In der Anfangsphase machte der Begriff „verdeckte Betreuung“ die Runde.

Ich weiß nicht, was Sie sich darunter vorstellen, aber ich hatte Visionen wie: im Trenchcoat mit Schlapphut und Sonnenbrille durchs Hotel schleichen – auf der Suche nach psychiatrisch erkrankten verdächtigen Individuen. Oder sollten wir uns als Zimmerservice verkleiden (mit Häubchen und Schürzchen) und heimlich Leute betreuen, die nichts davon merken durften?

Kommen Sie jetzt also mit in ein kleines Hotel in der Nähe des Domes. Es hat, mit einigem guten Willen betrachtet, einen Hauch wienerischen Charmes mit viel dazugehöriger Patina (...). Das Hotel verfügt über 11 Einzelzimmer mit einfachster Ausstattung, jedes Zimmer hat eine eigene Nasszelle mit Toilette. Im Erdgeschoss befinden sich ein Aufenthaltsraum, der mittlerweile auch genutzt wird, eine kleine Küche und ein noch kleineres Büro. An dieses Büro haben wir also ein Schild gehängt, uns als Mitarbeiter des Deutschen Roten Kreuzes zu erkennen gegeben, die Unterstützung und Beratung anbieten.

Ich werde Ihnen die Grundsätze unserer Arbeit stichwortartig nennen, möchte allerdings dazu bemerken, dass in den Hotels keine „genmanipulierten Gutmenschen“ arbeiten, sondern normale Menschen, weshalb es nur in Ansätzen gelingt, diese Grundsätze zu verwirklichen.

1. Gleichwertigkeit der Beziehung
2. „Mit-Sein“, Aufmerksam „Bei-Stehen“
3. institutsübergreifende Beziehungskontinuität

4. Zentrierung auf praktische Lebensprobleme
5. Beratung: Wege aufzeigen und ermöglichen
6. Flexibilität in der Reaktion auf Klientenbedürfnisse
7. Vertrauen auf Selbsthilfe

Wir haben ziemlich schnell festgestellt, dass es hier um klassische psychiatrische Basisarbeit geht – Kontakt herstellen und Beziehung anbieten. Um zu verdeutlichen, wie das auch mit Menschen funktionieren kann, die alles ablehnen, möchte ich Ihnen einige Geschichten von den Menschen erzählen, die in dem Hotel leben.

Da ist z.B. ein junger Mann von 23 Jahren, der ins Hotel kam, nachdem er zum ersten Mal in seinem Leben zwangsweise in der Psychiatrie behandelt worden war – mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Er hielt (und hält) sich nicht für krank, eine weitergehende Betreuung in einem Wohnheim oder einer WG lehnte er ebenfalls ab. Allein gewohnt hatte er noch nie, seine Familie hatte sich nach dem Tod seiner Mutter aufgelöst. So war die Hoffnung, dass er im Hotel Plus nicht gänzlich untergehen würde. Diese hat sich auch bestätigt, denn er wohnt zwar immer noch im Hotel, ob dies unbedingt ein Erfolg ist, können wir gern diskutieren, aber er ist nicht untergegangen, trotz seiner schweren Erkrankung, die ihm ein einigermaßen normales Leben zur Zeit nicht möglich macht. Es wird dafür gesorgt, dass er nicht verhungert – was ohne Unterstützung sehr schwer zu verhindern ist, dass er seine Medikamente einnimmt, die ihm nicht sehr helfen, dass er nicht sein bisschen Geld zu Beginn des Monats sofort ausgibt, dass die Kontakte zu seiner Familie wiederhergestellt werden konnten und dass allmählich seine Bereitschaft wächst, sich neu zu orientieren.

Dann ist da Frau F., die gleich zu Beginn des Projektes vom Wohnungsamt ins Hotel eingewiesen wurde, der reguläre Weg, um ein Zimmer in diesem Hotel zu bekommen. Es handelte sich um eine junge Frau, Anfang 30, die noch nie in psychiatrischer Behandlung war, da sie sich selbst nicht für krank hielt. Ihr Verhalten war aber sehr auffällig und hatte bereits zu Rausschmissen in allen anderen Hotels und auch anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe geführt. Frau F. stand jedem Kontaktangebot der Mitarbeiter massiv ablehnend gegenüber, alle Versuche, ihr behutsam, konstant offen und freundlich in irgendeiner Form Unterstützung anzubieten, sind nicht nur gescheitert, sondern wurden von ihr als Übergriffe in ihre persönliche Freiheit gewertet. Dies machte sie auch immer wieder deutlich klar, indem sie täglich mehrmals vor der Bürotür stand, die Mitarbeiter lauthals beschimpfte und verlangte, dass jeder auf der Stelle ihren Namen zu vergessen habe! Hinter all ihrem Zorn und ihren verwirrten und verwirrenden Reden waren deutlich Einsamkeit und Angst zu spüren, dies ließ die Mitarbeiter auch am Ball bleiben. Die Situation spitzte sich im Laufe der Zeit immer mehr zu, so dass wir – mit viel Herzblut und etlichen Beratungen – uns für den Weg des Zwanges und der Gewalt entschieden, obschon uns klar war, dass Frau F. ganz sicher in ihrem Leben schon einige Gewalterfahrungen gemacht hatte. Es wurde eine Betreuung eingerichtet mit dem Ziel der stationären Behandlung. Frau F. wurde dann gegen ihren Willen und mit unserer Begleitung in die zuständige Fachklinik eingewiesen. Die Behandlung dauerte lange – aus heutiger Kostenträgersicht. Während dieser Zeit konnten wir einen guten Kontakt zu Frau F. aufbauen, die nun unsere Besuche als hilfreich erlebte und die Unterstützung für verschiedenste Angelegenheiten gut annehmen konnte. Nach einer Phase im Tagesklinikstatus kam Frau F. ins Hotel zurück, wo sie sich mittlerweile wohl fühlte, und es als vorläufiges Zuhause annehmen konnte, mit der Perspektive, irgendwann eine eigene Wohnung zu haben.

Natürlich kam es dann, wie es immer kommt bei Erstbehandlungen. Nach einer Weile setzte sie ihre Medikamente ab, da sie ja wieder gesund war nach ihrer Wahrnehmung. Es dauerte auch nicht lange, und ihr Verhalten änderte sich in der uns bekannten Form. Sie wurde ablehnend, misstrauisch und gereizt. Schließlich gingen auch die nächtlichen Ruhestörungen wieder los mit Schreien, lauter Musik, die Nachbarn beschwerten sich... Wir sprachen Frau F. an, machten sie aufmerksam auf unsere Wahrnehmungen und die Veränderungen, die wir feststellen konnten – und sie verschwand von einem Tag auf den anderen. Nach einem halben Jahr wurde die Betreuung eingestellt, die ja nun keinen Sinn mehr machte – wie soll man jemanden betreuen, der nicht da ist? Aber nach einem Jahr meldete Frau F. sich wieder im Hotel und bat um Hilfe. Sie war in einer anderen Stadt in einer geschlossenen Station zwangsweise untergebracht. Dorthin war sie wegen Aggressivität gegen eine Mitbewohnerin einer Wohnungslosenunterkunft per PsychKG gebracht worden. Nun, wir konnten ihr helfen, sie kam zurück nach Köln auf die ihr vertraute Station und kam während der Behandlung regelmäßig ins Hotel. Jetzt wohnt sie wieder bei uns und wir schmieden Pläne für ihren Auszug in eine eigene Wohnung.

Bei einem anderen Bewohner war es nach einer langen vorsichtigen und behutsamen Phase der Kontaktabstimmung möglich, sein Zimmer vom Ungeziefer befreien zu lassen und ihm ein etwas menschenwürdigeres Wohnen zu ermöglichen. An seinen Auffälligkeiten und seinem bizarren Verhalten hat sich nichts geändert, eine psychiatrische Diagnose steht uns immer noch nicht zur Verfügung. Wir halten es für einen großen Erfolg, dass er jetzt häufig bei uns im Aufenthaltsbereich ist und ab und zu für uns alle kocht, dies aber spontan, ohne es als Zielsetzung formuliert zu haben.

Um überhaupt Zugang zu den Menschen im Hotel bekommen zu können, sind unendlich viel Geduld und auch Optimismus notwendig. Dies sind die wichtigsten Voraussetzungen, um die Arbeit im Hotel Plus leisten zu können. Nicht zu vergessen natürlich das Interesse an Menschen, die sich sonderbar verhalten, auffällig sind schon durch ihre äußere Erscheinung, und nicht begeistert einen Hilfeplan ausfüllen und den Profis ihre Ziele nennen. Da kann es dann schon vorkommen, dass als oberstes Ziel die „Eroberung Islands“ und die Errichtung eines „Königreiches in Frankreich“ genannt werden....

Dies alles sind Ziele, die uns genannt werden, die wir aber weder fördern noch unterstützen. Es ist eben so, dass viele psychiatrische Störungen ungeachtet aller Fortschritte der psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten chronisch rezidivierende Leiden sind. Wenn die Menschen also nicht von allein gesund werden, gibt es keine Möglichkeit, sie zu heilen. Aber natürlich gibt es Möglichkeiten, auf den Verlauf einer Erkrankung Einfluss zu nehmen, Symptome zu lindern und die Menschen darin zu unterstützen, in Würde mit den Einschränkungen durch eine Krankheit zu leben.

In allen Kliniken sind die Mitarbeiter konfrontiert mit den neuen jungen kranken Menschen, und die klinische Psychiatrie tut sich schwer mit ihnen. Sie reagieren meist nicht auf Pharmakotherapie, auf Psychotherapie, noch auf sozialtherapeutische Maßnahmen im gewünschten oder geforderten Umfang. Oft steht die so genannte „Minussymptomatik“ im Vordergrund mit einer Verminderung des Antriebs, einer Verminderung der allgemeinen und sozialen Aktivität und einer starken Tendenz zum Rückzug, zu Verwahrlosung und sozialer Verelendung. Häufig kommen noch weitere soziale und medizinische Komplikationen hinzu wie sekundärer Alkohol-, Medikamenten und Drogenmissbrauch. Häufigstes Resultat sind dann auch der Abbruch der familiären Kontakte und der Verlust aller sozialen Bezüge.

Schon Herr Finzen geht davon aus, dass es im Zeichen des „anything goes“ der Postmoderne relativ gleichgültig ist, wo diese Personengruppe behandelt und betreut

wird. Ich kann Ihnen versichern, dass die meisten Bewohner des Hotel Plus zu dieser Gruppe gehören.

Die meisten Probleme, die sich immer wieder stellen, sind die der ständigen Armut, weshalb Selbstversorgung häufig nicht gelingt, die latente, manchmal konkrete Aggressivität und die oft hoffnungslos erscheinende Perspektivlosigkeit.

Ich will nicht verhehlen, dass wir auch mitunter deprimiert und niedergeschlagen sind und uns ab und zu fragen, ob unsere Arbeit überhaupt einen Sinn macht. Statt uns am Qualitätsmanagement zu orientieren, haben wir den amerikanischen Philosophen Ralph Waldo Emerson zu Rate gezogen. Er hat einmal gesagt, es gebe fünf Schlüssel zum Erfolg:

- die Welt ein bisschen besser zu machen durch eine gut gemachte Arbeit oder durch verbesserte soziale Bedingungen;
- den Respekt intelligenter Menschen zu gewinnen;
- die Anerkennung der Kritiker;
- das Beste an anderen herauszufinden
- und zu wissen, dass auch nur ein Mensch leichter atmen konnte, weil Sie gelebt haben.

Nach diesen Kriterien kann ich mit vollen Herzen sagen: ja, dies ist ein erfolgreiches Projekt! Das Konzept für den Umgang mit den Menschen im Hotel Plus ist mit den „Fabeln des Phädrus“ auf einen Nenner zu bringen: „Den trotz‘gen Sinn weiß Sanftmut nur zu heilen“.

Casemanagement für wohnungslose Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten nach der Entlassung aus psychiatrischen Fachkliniken – „Hotel Plus Mobil“

Konzept: Gesundheitsamt der Stadt Köln, Abt. 535 – Psychiatriekoordination, Birgit Gunia, Deutsches Rotes Kreuz e. V., Ulla Schmalz, Barbara Wasner, Martin Adendorf

Vorgestellt von: *Ulla Schmalz*

I. Einleitung/Planungshintergründe

Mitte der 90er Jahre trat der Personenkreis der wohnungslosen, psychisch kranken Menschen in Köln als eine spezifische Personengruppe mit speziellen Hilfebedarfen erstmals deutlich in Erscheinung. In Kooperation mit den psychiatrischen Fachkliniken organisierte die Stadt zu diesem Thema verschiedene Fachtagungen und Gespräche, die mehr Verständnis für die Lebenssituation dieser Menschen und größere Kenntnisse über die Lebenszusammenhänge erzielen sollten. Zwischen den verschiedenen Ämtern der Stadt Köln (Sozialamt, Gesundheitsamt, Amt für Wohnungswesen) und den psychiatrischen Fachkliniken entwickelten sich im Nachgang der Veranstaltungen neue Kooperationsstrukturen, die inzwischen erfolgreich umgesetzt wurden.

Hierzu gehört in erster Linie das Hilfeplanverfahren zur Vorbereitung der Entlassung und Installierung einer Nachsorge für psychisch kranke Wohnungslose. Ziel des Hilfeplanes ist, in Abstimmung mit den Kliniken und den zuständigen Ämtern eine koordinierte und qualitativ bestmögliche Anschlussversorgung nach einem Klinikaufenthalt zu erreichen. Voraussetzung hierfür ist die fachkompetente Empfehlung des psychiatrischen Systems in Bezug auf die zukünftige Unterbringung und Betreuung. Die Auswertungen dieses Verfahrens haben gezeigt, dass alle Bemühungen nur dann effektiv sind, wenn ein sog. Casemanager die Organisation der bis zur Entlassung vorbereiteten Maßnahmen fallverantwortlich übernimmt. Dieses Prinzip hat sich im Hotel Plus bereits sehr bewährt. Gleichzeitig wurde jedoch auch deutlich, dass ein Hotel Plus nicht für jeden psychisch kranken Wohnungslosen eine Lösung darstellt. Die Gründe hierfür sind sehr vielfältig und werden im Laufe des Textes genauer dargestellt.

Das Hotel Plus wird nach wie vor von einer Koordinationsgruppe bestehend aus Mitarbeiter/innen der Rheinischen Kliniken, des Trägers und der beteiligten Ämter eng begleitet und belegt. Hier wurden im Hinblick auf die Bedarfe vieler Einzelfälle, die ersten Überlegungen zur Schaffung eines ambulanten Angebotes angestellt, das aufgrund einer intensiven und vertrauensvollen Kooperation zwischen dem Sozialamt, dem Gesundheitsamt und dem Amt für Wohnungswesen auf der Basis des vorliegenden Konzeptes umgesetzt werden konnte.

II. Personenkreis

Das ambulante Casemanagement soll in erster Linie wohnungslose, psychisch kranke Menschen unterstützen, die nach einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Fachklinik eine Nachsorge benötigen, eine Versorgung jedoch über die Einrichtungen und Dienste im Bereich der Eingliederungshilfe gemäß § 39 BSHG und über das Hotel Plus aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nicht sofort realisiert werden kann. Darüber hinaus soll das Angebot von Personen genutzt werden, die ohne weitere Absprache und auf eigenen Wunsch die Klinik verlassen, ein Hilfebedarf

während des Aufenthaltes jedoch deutlich wurde. Hierzu sind verschiedene Kooperationsabläufe notwendig, die unter Punkt VI. näher erläutert werden. Die ambulante Hilfe kann ebenfalls bei Kenntnis einer Bedarfslage durch Mitarbeiter/innen der Ämter (Sozialamt, Gesundheitsamt, Amt für Wohnungswesen) eingesetzt werden.

III. Problemdarstellung und Zielsetzung

Viele der bisher untersuchten Einzelfälle haben über Jahre hinweg keine Änderung ihrer Lebenssituation herbeiführen können. Ohne Unterstützung ist die Hoffnung auf ein selbständiges Leben in einer eigenen Wohnung, noch dazu verbunden mit der Aufnahme einer Beschäftigung, vollkommen aussichtslos. Parallel dazu ist zu beobachten, dass im Durchschnitt die meisten psychisch kranken Wohnungslosen über einen Zeitraum von mindestens 10 Jahren im System der Wohnungshilfe verweilen. Dies hat zur Folge, dass nicht nur kontraproduktive Erfahrungen gemacht werden, sondern, dass auch die Möglichkeiten des Unterbringungssystems irgendwann erschöpft sind. Die bisherigen Studien zur Situation der Bewohner des Hotel Plus haben gezeigt, dass langfristig mit der notwendigen und dem Einzelfall angemessenen Unterstützung selbst eine Versorgung in einen eigenen Wohnraum ein erreichbares Ziel für manche ist. Einigen Bewohnern ist es nach langer Zeit des unsteten Herumziehens gelungen, zur Ruhe zu kommen, um eine Lebensplanung wieder aufzunehmen. Die Ergebnisse der Untersuchungen bestärken den Eindruck, dass zielgerichtetes und bedarfsorientiertes Casemanagement für den Personenkreis eine entscheidende Rolle spielt.

Seit dem Einzug der ersten Bewohner/innen in ein Hotel Plus im August 1997 wurde in Kooperation mit dem Träger die Fortschreibung der Konzeption intensivst betrieben. Beispielsweise wurden einige Personengruppen von einer Aufnahme ausgeschlossen, um das Gesamtprojekt nicht zu gefährden. In der Praxis erwies sich eine Mischung aus psychisch Kranken und Personen, die vordergründig eine Drogenabhängigkeit zeigten und ebenfalls psychisch krank waren, für die Bewohner/innen wie auch das Personal als untragbar. Die Anzahl der Alkoholkranken wird ebenfalls eingeschränkt, da schon häufig beobachtet wurde, dass Bewohner andere zum Mittrinken animierten; eine für alle Betroffenen sehr belastende Situation, die meist zu größeren Eskalationen und Auszügen führte.

Diese und ähnliche Problemkonstellationen machten es notwendig, neue Überlegungen anzustellen und die bisherigen Lösungsansätze kritisch zu hinterfragen. Besonders im Hinblick darauf, dass trotz der sehr individuellen und zurückhaltenden Betreuungsform im Hotel Plus ein nicht unerheblicher Teil der erkrankten Wohnungslosen mit dieser Hilfe nicht erreicht werden kann. Diesen Menschen konnte bisher kein anderes Angebot gemacht werden.

Ziel des Casemanagements soll sein, den bisherigen Lebensablauf des beschriebenen Personenkreises zu ändern, neue Impulse zu setzen und eine Lebensplanung mit den Betroffenen zu beginnen, um langfristig eine menschenwürdige und angemessene Zukunftsperspektive entwickeln zu können. Das ambulante Casemanagement soll zunächst die Lebensumstände klären, erste Maßnahmen einleiten und bestenfalls, so schnell als möglich, in eine dauerhafte Betreuungsform überleiten. Mit Hilfe dieses individuellen Betreuungsangebotes soll die laufend wiederkehrende Stereotypie von unzulänglicher Unterbringung und stationärer Behandlung durchbrochen werden. Im Einzelfall kann aber auch die Verhinderung einer Verschlechterung des physischen und psychischen Zustandes einen Erfolg darstellen. Dabei bedeuten der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und die Stabilisierung der Wohnsituation für viele eine ganz entscheidende Veränderung ihres bisherigen Daseins.

IV. Angebot

Das Casemanagement ist eine aufsuchende Hilfe, die für psychisch kranke Wohnungslose gleich welcher Lebenssituation in Frage kommt. Die aufsuchende Arbeit kann demnach im Hotel, bei Bekannten oder auch auf der Straße stattfinden. Wichtig ist, dass eine Beziehung zu dem Klienten/der Klientin aufgebaut wird, die von dem Betroffenen als Hilfe und Unterstützung angesehen wird. Das Casemanagement kann also auch dort eingesetzt werden, wo bisher keine Hilfe stattfand. Dies trifft in der Regel für alle Hotels zu, die für viele Wohnungslose sowohl "Warteschleife" als auch "Dauerlösung" sind.

Ist eine Aufnahme in einem Heim für psychisch kranke Menschen angedacht, so steht oftmals nicht sofort nach der Entlassung aus einer Klinik ein entsprechender Wohnheimplatz bereit. Die Folge ist, dass die Betroffenen häufig Monate in einem Hotel auf eine Heimaufnahme warten müssen. In vielen Fällen beginnt dann die einstmals getroffene Entscheidung für eine Heimunterbringung an Substanz zu verlieren. Allein auf sich gestellt, in einer belastenden Atmosphäre eines Hotels sind ohne zusätzliche Hilfen getroffene Planungen schnell überholt. Die Aufgaben des ambulanten Casemanagements sind je nach Situation des Klienten/der Klientin individuell und bedarfsorientiert festzulegen. Die im Hilfeplan genannten Teilziele werden entsprechend aufgegriffen und im Laufe der Fortschreibung des Planes überprüft und ggf. verändert. Die folgenden Aspekte stellen eine Auswahl von Maßnahme- und Handlungsmöglichkeiten dar. Stabilisierung oder Veränderung können allerdings nur erfolgen, wenn der Klient/die Klientin eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung zulässt. Demnach ist die Kontaktherstellung ein ganz wesentlicher Aufgabenschwerpunkt der Arbeit.

- **Maßnahmen zur gesundheitlichen Stabilisierung:**

Notwendigkeit medizinischer Unterstützung vermitteln, Anbindung an einen Haus- und/oder Facharzt, Unterstützung bei der Wahrnehmung regelmäßiger Arztkontakte, Hinführung zur regelmäßigen Einnahme von Medikamenten, Stabilisierung in Krisensituationen/frühzeitig Hilfe anfordern, Motivation des/der Klienten/in zur Inanspruchnahme von (psychiatrischen) Hilfen – z.B. Sozialpsychiatrisches Zentrum.

- **Maßnahmen zur sozialen Stabilisierung:**

Sicherung der materiellen Versorgung, Regelung sozialrechtlicher Fragen/Klärung und Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche, Sicherung und Verbesserung der aktuellen Wohnsituation, Hilfe zur Schuldenregulierung aktivieren, Vermeiden/Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung, Anbindung an spezifische Angebote wie Kontaktladen, Cafés, Obdachlosentreffs, Kleiderbörse, Möbelmarkt, Essensausgaben, Waschmöglichkeiten, Drogenberatungsstellen.

- **Maßnahmen zur persönlichen Stabilisierung:**

Die Unterstützung des Klienten bei der Organisation der persönlichen Angelegenheiten (Begleitung von Terminen bei Ärzten, Behörden, Beratungs- und Informationsstellen), Einsicht in die Wirkung eigenes Verhaltens auf andere/Stärkung der sozialen Kompetenz, Erhöhung der psychischen Belastbarkeit und Frustrationstoleranz, Strukturierung des Alltags.

- **Entwicklung von Perspektiven:**

Sozialkontakte (Familie/Freunde) herstellen und konstruktiv ausbauen, Geeignete Wohnalternativen vorstellen und kennen lernen, Entwicklung einer dauerhaften Anbindung an eine geeignete Hilfe- und/oder Wohnform, Unterstützung

bei der realistischen Einschätzung in berufliche Möglichkeiten und Grenzen, Mögliche Arbeitsperspektiven aufzeigen und Begleitung beim Kennen lernen, Hinführung zur Teilnahme an einem Arbeitsprojekt/Reha-Maßnahme, Hilfe bei Bewerbungen, Unterstützung beim Durchhalten einer regelmäßigen Beschäftigung.

V. Ausstattung/organisatorische Anbindung

Als Träger des Projektes konnte das Deutsche Rote Kreuz e. V. gewonnen werden, das seit der Gründung des ersten Hotel Plus Mitte 1997 die Betreuung sicherstellt. Das Betreuungsteam konnte im Verlauf seiner Arbeit viele Erfahrungen und Eindrücke sammeln, auf die sich das neue ambulante Hilfskonzept stützen kann. Das Projekt besteht seit 01.07.2002 aus insgesamt drei Mitarbeiter/innen, die organisatorisch an das bestehende Team des Hotel Plus angeschlossen sind. Auf diese Weise sind ein Erfahrungsaustausch und eine Unterstützung auf der Basis des bestehenden Know-hows möglich. Büroräumlichkeiten erhalten die Mitarbeiter/innen in einem der Hotel Plus, um Ressourcen zu nutzen und die Kommunikation zu vereinfachen.

VI. Verfahren

Grundsätzlich kann das ambulante Casemanagement noch vor der Entlassung aus der Klinik beginnen. Im Vorfeld sollten der Hilfeplan von einem der Klinikmitarbeiter/-innen (meist Sozialdienst) zusammen mit dem Klienten/der Klientin erstellt und konkrete Hilfeziele benannt werden. Die Mitarbeiter/innen des DRK-Teams nehmen auf der Grundlage dieser Informationen, in enger Kooperation mit dem Klinikpersonal, Kontakt zum Klienten/zur Klientin auf. Auf diese Weise kann der Klient/die Klientin bereits in der meist sehr schwierigen Entlassungsphase aus der Klinik in eine neue Wohnform begleitet werden. Bricht der Klient/die Klientin die Behandlung auf eigenen Wunsch kurzfristig ab, so kann nach Bekanntwerden des Aufenthaltes und Abklärung des Bedarfs der Sozialpsychiatrische Dienst das ambulante Casemanagement einsetzen. Stellen die Mitarbeiter/innen der Koordinations- und Steuerungsstelle (KUSS) des Sozialamtes und des Amtes für Wohnungswesen einen Bedarf fest, so findet in der „Koordinationsrunde Hotel Plus“, auf der Grundlage eines erstellten Hilfeplanes eine Bedarfsabklärung mit anschließender Entscheidung statt. Das Verfahren zur Installation des Casemanagements orientiert sich an der jeweiligen Ausgangssituation des/der Betroffenen. Optimale Bedingungen bietet eine geplante Entlassung zu einem festgelegten Termin. Wesentlich häufiger jedoch bricht der Klientin/die Klient die Behandlung vorzeitig ab. Nur ein sehr eingespieltes und auf enge Kooperation basierendes Informations- und Kommunikationssystem kann hier die notwendige Unterstützung bieten. Besonders hilfreich ist die Nutzung eines Hilfeplanes, der konkrete Anhaltspunkte in Bezug auf die notwendigen Hilfen liefert.

Der „Koordinationsrunde Hotel Plus“ kommt ebenfalls eine wichtige Rolle in Bezug auf die Bedarfsfeststellung und Abklärung zu. Sie wird immer dann genutzt, wenn der/die Betroffene bereits aus der Klinik entlassen bzw. unbetreut im System der Wohnungslosenhilfe unterzutauchen droht.

VII. Projektbegleitung/Evaluation

Die Mitarbeiter/innen des ambulanten Casemanagements werden über die Leistungen ihres Anstellungsträgers im Hinblick auf Fortbildung und Supervision, intensiv durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes begleitet. Hier erfolgt eine konkrete auf den Einzelfall bezogene Beratung, die von allen Beteiligten als überaus hilfreich angesehen wird. Im Rahmen der „Koordinationsrunden Hotel Plus“

können auf den Einzelfall bezogene Handlungsabläufe und Verfahren besprochen und vereinbart werden.

Diese Vorgehensweise hat sich bereits in der Zusammenarbeit mit dem Träger sehr bewährt und wird von allen Beteiligten genutzt. Seit Beginn des Projektes führen die Mitarbeiter/innen des Casemanagements eine von der Psychatriekoordination des Gesundheitsamtes entwickelte Dokumentationsstatistik. Die Auswertung der Daten werden genauere Erkenntnisse über den Verlauf und ggf. auch Aussagen über die Effizienz der Hilfe zulassen. Die Analyse wird nicht nur eine Transparenz der Betreuungsarbeit erzielen, sondern auch genügend Erkenntnisse für eine konzeptionelle Weiterentwicklung bieten.

VIII. Zusammenfassung

Das ambulante Casemanagement ist ein aufsuchendes Begleitungsangebot für wohnungslose, psychisch kranke Menschen. Sie hat das Ziel, die Gesamtsituation zu stabilisieren, Eigeninitiativen zu stärken und Lebensperspektiven zu entwickeln. Die Maßnahme beruht auf der Freiwilligkeit des Klienten/der Klientin und soll frühzeitig Krisen erkennen und entsprechende Hilfsangebote eröffnen. Die Grundlage des Gelingens ist die Pflege einer umfassenden und weit verzweigten Kooperationsstruktur mit den unterschiedlichsten Hilfsagenturen Kölns. Nur so können dem Klienten/der Klientin die bestmöglichen Angebote gemacht werden. In diesem Zusammenhang haben die Mitarbeiter/innen des Deutschen Roten Kreuzes bereits zu Beginn ihrer Arbeit in verschiedenen Einrichtungen und Institutionen hospitiert, um Kontakte zu knüpfen und Einblicke in die Arbeit und die Sichtweise verschiedener Akteure zu erlangen. Durch die ämterübergreifende Zusammenarbeit, die in ihrer Intensität beispielhaft ist, erhalten die Mitarbeiter/innen die entsprechend notwendige Unterstützung, um die zweifellos schwierige Begleitungsarbeit leisten zu können. So können Zielsetzungen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und konzeptionelle Weiterentwicklungen erarbeitet werden.

Migrationssensible Betreuung

Selbstbestimmung bei Menschen mit Migrationshintergrund und Aktivierung von vorrangigen Hilfen im System der psychosozialen Versorgung

Arbeitsgruppe 6

Katharina Becker-Obendorfer, Ali Türk

I. Einleitung

In Deutschland leben ca. 82 Millionen Menschen. Der Anteil der Menschen mit einem Migrationshintergrund beläuft sich hierbei auf insgesamt 15,3 Millionen (18,6 %).

Laut Statistischem Bundesamt zählen zu den Menschen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2007).

Mit dem Begriff „Migrationshintergrund“ werden zugewanderte Menschen beschrieben, die in Deutschland ihren Wohnsitz haben und noch von einer weiteren kulturellen Identität geprägt sind. Eine Person kann einen Migrationshintergrund auch dann aufweisen, wenn sie nicht selbst, sondern die Vorgänger- oder sogar die Vorvorgängergeneration nach Deutschland zugewandert ist. Personen, die selbst zugewandert sind, werden als Personen mit eigener Migrationserfahrung bezeichnet.

Für die Bestimmung des Migrationsstatus werden vom Statistischen Bundesamt folgende Merkmale herangezogen:

- Staatsangehörigkeit,
- Geburtsort (Deutschland/Ausland),
- Jahr des Zuzugs nach Deutschland,
- Einbürgerung,
- Staatsangehörigkeit, Einbürgerung und Geburtsort beider Eltern,
- bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen, die noch bei ihren Eltern leben, analoge Angaben zu den Großeltern.

Auf Grundlage dieser gesellschaftlichen Situation sind auch Menschen mit Migrationshintergrund stärker im Hilfesystem zu berücksichtigen und prägen immer mehr unseren Alltag auf den unterschiedlichsten Ebenen. Das Gericht, die Betreuungsbehörde, der gesetzliche Betreuer, Kliniken und weitere Hilfesysteme sind mit Fragen konfrontiert, welche besondere Handlings erfordern. Oft stehen sie einem Konvolut von Problemen und Menschen gegenüber. Auch das Umfeld der betreuten Menschen erfordert eine besondere Aufmerksamkeit der Fachkräfte und professionellen und ehrenamtlichen Helfer. In der Regel ist eine ganze Familie mit zu betreuen.

Die oft verspätete Zuführung in das psychosoziale Versorgungssystem bzw. in die Regelversorgung setzt die Beteiligten besonderen Ansprüchen bzw. Anforderungen aus. Bekannte Methoden der sozialen Arbeit (z.B. Case-Management) greifen nur bedingt oder müssen angepasst werden. In Zeiten von Vergütungspauschalen und gestiegenen Fallzahlen bleibt dem Betreuer im Alltag wenig Zeit, sich in Ruhe mit diesen Fragen auseinanderzusetzen.

Daher ist es wichtig, ausreichende Informationen zu erlangen und Konzepte dafür zu entwickeln, wie auch diesen Betreuten die notwendigen Hilfen und Aufmerksamkeit zukommen können, und wie sie bei der Wahrnehmung ihrer Interessen und ihres Selbstbestimmungsrechtes – auch gegenüber den Angehörigen – unterstützt werden können. Die Einbindung von weiteren und insbesondere vorrangigen Hilfen spielt hierbei eine wichtige Rolle.

II. Inhalte der Diskussion in der Arbeitsgruppe

Im Vordergrund der Arbeitsgruppendifkussion stand die Frage, welche Wege dazu beitragen können, die Selbstbestimmung und die Aktivierung von vorrangigen Hilfen im System der psychosozialen Versorgung rechtlich betreuter Migranten zu verbessern.

Folgende weitere Fragestellungen – kombiniert mit Fallbeispielen – wurden diskutiert:

- Beachten wir das Selbstbestimmungsrecht?
- Welche Rolle spielt Verständigung in der Arbeit als Betreuer/in?
- Wie können wir uns als Betreuer/in den kulturellen und religiösen Fragen in der Betreuungsarbeit stellen?
- Wie verstehen Migranten Datenschutz und Selbstbestimmungsrecht?
- Wo stehen wir als Betreuer unter Berücksichtigung des Umfeldes der Betreuten?
- Wo beginnt und endet Hilfe – Auftrag und Abgrenzung?
- Lassen sich sozialpädagogische Methoden praktisch umsetzen?
- Welche zusätzlichen bzw. unterstützenden Angebote kann ich installieren?
- Wo machen wir Betreute unselbständig?
- Warum dürfen wir nicht auf Dank warten?
- Warum wird Betreuung nicht immer als Hilfe empfunden?
- Wie können Betreuer an Konzepten zur Prävention mitwirken?
- Wie können rechtlich betreute Migranten in die Regelversorgung (Diagnostik und Therapiemöglichkeiten, Beratungsangebot der Sozialpsychiatrischen Dienste, Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, niederschwellige Angebote) integriert werden?

Die Arbeitsgruppe hat sich insbesondere diesen Fragen gewidmet und Konzepte zur praktischen Bewältigung solcher und ähnlicher Fragen diskutiert.

Fragen aus der Praxis der TeilnehmerInnen fanden eine besondere Würdigung.

Anhand des folgenden authentischen Fallbeispiels möchten wir die Bedeutung und Probleme der Zugänge zur Versorgung aufzeigen:

Fallbeispiel:

Herr G. war 34 Jahre alt, als für ihn ein rechtlicher Betreuer bestellt wurde.

Er war in Russland geboren und aufgewachsen. Herr G. war nicht verheiratet und hatte keine Kinder. Im Sommer 2005 emigrierte Herr G. mit seinen Eltern nach Deutschland. Kurz nach der Einreise war der Vater von Herrn G. verstorben.

Jetzt lebte Herr G. in einem Apartment einer Notunterkunft für Spätaussiedler mit seiner Mutter. Seit 16 Jahren schon litt Herr G. an paranoider Schizophrenie. Mehrmals war er

aufgrund der Erkrankung in psychiatrischen Kliniken in Russland behandelt worden. Nach der Einreise nach Deutschland war es erneut zur stationären Behandlung gekommen. Die Aufnahme erfolgte auf Anraten der Sozialarbeiterin der Notunterkunft auf freiwilliger Basis. Als die Behandlung abgeschlossen war und Herr G. entlassen werden konnte, stellte sich die Lebenssituation von Herrn G. wie folgt dar:

1. Nach der Einreise nach Deutschland hatte Herr G. einige Monate Arbeitslosengeld II erhalten. Als der Leistungsträger Kenntnis über die Erwerbsunfähigkeit von Herrn G. erlangte, wurde die Bewilligung des Arbeitslosengeldes II aufgehoben. Somit musste geklärt werden, wie der Lebensunterhalt von Herrn G. gesichert werden kann.
2. Das Apartment in der Notunterkunft war nur eine vorübergehende Lösung. Es war eine eigene Wohnung zu besorgen, der Umzug war zu organisieren und durchzuführen.
3. Herr G. wollte gerne arbeiten. Eine angemessene Tätigkeit war zu organisieren.
4. Herr G. sprach kein Deutsch. Eine Möglichkeit des Erlernens war zu organisieren.
5. Die notwendigen Behördengänge (z.B. Rathaus) mussten erledigt werden.
6. Da der Träger der Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II den Bewilligungsbescheid aufgehoben und damit auch die Beitragszahlung bei der Krankenkasse von Herrn G. eingestellt hatte, bestand keine Krankenversicherung. Die medizinische Versorgung (z.B. hausärztliche, psychiatrische Behandlung) musste gesichert werden.
7. In seiner Freizeit liest Herr G. gerne Bücher und Zeitschriften. Die Möglichkeit, einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen, musste geschaffen werden.

Auf Grund der Erkrankung brauchte Herr G. bei der Erledigung all dieser Angelegenheiten Unterstützung. Bis jetzt wurde Herr G. von seiner Mutter unterstützt. Sie war auch weiterhin bereit, ihrem Sohn zur Seite zu stehen, sagte aber, dass sie in vielen Bereichen mit dieser Aufgabe überfordert sei. Eine Auswirkung der Überforderung war zum Beispiel die versäumte Antragstellung auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Die Sozialarbeiterin der Notunterkunft für Spätaussiedler, in der Herr G. lebte, wandte sich an das zuständige Amtsgericht, mit der Bitte um Überprüfung der Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung. Ein Gutachter wurde bestellt und bescheinigte, dass Herr G. aufgrund der Erkrankung nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten eigenständig zu regeln. Daraufhin wurde durch das zuständige Amtsgericht ein rechtlicher Betreuer mit folgenden Aufgabenkreisen bestellt:

- Gesundheitspflege,
- Vermögenssorge,
- Wohnungsangelegenheiten,
- Behördenangelegenheiten,

Herr G. war über die Entscheidung des Amtsgerichts erfreut und verhielt sich dem Betreuer gegenüber sehr kooperativ. Im Rahmen seiner Aufgaben führte der rechtliche Betreuer folgende Handlungen durch:

- Beantragung der Erwerbsminderungsrente und Grundsicherung,
- Klärung der Fortsetzung der Zahlungen durch das Job-Center bis zu der Entscheidung über EU-Rente und Grundsicherung. Das Job-Center nahm die Zahlungen auf. Herr G. wurde erneut krankenversichert.

- *Wohnungssuche und Organisation des Umzuges (Beantragung aller Leistungen, Organisieren einer notwendigen Wohnungsausstattung),*
- *Vorstellung des Herrn G. beim Facharzt,*
- *Versuch, Herr G. bei einem Sprachkurs anzumelden. Dies blieb erfolglos, da Herr G. aufgrund der Erkrankung an einem regulären Sprachkurs nicht teilnehmen konnte. Nach einem Jahr versuchte der Betreuer Herrn G. in einer WfMB anzumelden. Dies blieb auch erfolglos, da Herr G. der deutschen Sprache nicht mächtig ist.*
- *Beantragung und Organisation der Aufnahme in das Ambulant Betreute Wohnen.*

Welche dieser Tätigkeiten machte die Bestellung eines rechtlichen Betreuers notwendig? Nach § 1896 BGB ist die Betreuung nicht erforderlich „(...) soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch (...) andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können“.

Im oben dargestellten Fall standen Herrn G. eine Vielzahl an Hilfen zur Verfügung:

- Sozialarbeiter der Notunterkunft für Spätaussiedler,
- sozialpsychiatrische Beratungsstelle,
- kommunaler Sozialdienst,
- Beratungsstelle für Aussiedler/Migranten,
- Job-Center oder Agentur für Arbeit,
- Sozialamt (Eingliederungshilfe, Grundsicherung etc.).

Trotz dieser Vielfalt war die Einrichtung der rechtlichen Betreuung notwendig. Leider spricht Herr G. kein Deutsch. Diese Tatsache machte es Herrn G. unmöglich, mit den oben genannten Helfern zu kommunizieren. Der Betreuer von Herrn G. spricht Russisch.

Diese und viele ähnliche Lebensgeschichten der betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund waren zum Beispiel für die Entstehung des Vereins „Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung e.V. (AHMB)“ oder des Instituts für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V. ausschlaggebend.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in vielen Bereichen unzureichend ist und an sprachlichen und kulturellen Wissensdefiziten scheitert. Auch führt das Nichtgreifen der vorrangigen Hilfen zu mehr Betreuungen nach dem BGB. Eine Studie in der Region Hannover hat ergeben, dass zwar 23,1 % der BürgerInnen einen Migrationshintergrund haben, diese jedoch nur mit 16 % im psychosozialen Versorgungsnetzwerk unterstützt werden. Die Zahl der Fachkräfte mit Migrationshintergrund fällt mit nur 9 % noch geringer aus. Die größten zu versorgenden Gruppen sind Menschen mit türkischem und russischem Sprach- und Kulturhintergrund.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass sich das Versorgungssystem auf die gesellschaftliche Entwicklung und den Versorgungsbedarf von Migranten noch nicht eingestellt hat. Auch fehlt es an geeigneten Konzepten und Fachkräften an vielen anderen Orten.

Einrichtungen wie das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. – Hannover, Institut für transkulturelle Betreuung (BtV) e.V. – Hannover, Insel e.V. – Hamburg oder Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung (AHMB) e.V. – Hannover haben es sich mit ihren konzeptionellen Angeboten zur Aufgabe gemacht, im Rahmen ihrer Aufgabengebiete

(Gesundheitsförderung, gesetzliche Betreuung und Eingliederungshilfe) eine Brücke zwischen den unterstützungsbedürftigen Menschen und bestehenden Hilfeangeboten zu schaffen.

Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtzahl der zu versorgenden Migranten im Versorgungssystem steigen wird. Auf diese Veränderungen haben sich die Profis einzustellen. Integrative Angebote und entsprechende Erhebungssysteme sind unabdingbar. Neben der Sprache sind kulturelle Kenntnisse immer wichtiger werdende Faktoren bei der Versorgung von Migranten. Die vorrangigen Hilfen sind flächendeckend und frühzeitig zu installieren, um einen überproportionalen Anstieg der Betreuungsfälle zu vermeiden, wobei fehlende Sprachkenntnisse keinen Grund zur Einrichtung von rechtlichen Betreuungen darstellen dürfen. Die Aktivierung z.B. eines Behördenvertreters nach §15 SGB X könnte einer der Lösungswege in Form vorrangiger Hilfen darstellen. Aber auch die Initiierung weiterer migrantenbezogener Projekte in bestehenden Systemen könnte eine Möglichkeit darstellen. Hierbei sollte der integrative Ansatz im Vordergrund stehen.

III. Fazit

Die rechtzeitige Aktivierung von (vorrangigen) Hilfen der Regelsysteme hat für Migranten eine besondere Bedeutung, nicht zuletzt, weil sie zur Vermeidung von gesetzlichen Betreuungen beiträgt. Zum einen sollten bestehende Angebote des Regelversorgungssystems der Kommunen und weiterer Anbieter sich den sich verändernden Verhältnissen anpassen und ihre Konzepte daraufhin überprüfen, ob und wie sie den Bedürfnissen und Wünschen von Menschen mit Migrationshintergrund inhaltlich gerecht werden können. Ein wichtiger Bestandteil der Verbesserung der Versorgung kann und sollte die Beschäftigung von muttersprachlichen oder migrationssensiblen Mitarbeitern sein. Die Anforderungen an die Helfer und Profis und die Zahl der Fälle jedenfalls werden zunehmen.

Durch die muttersprachliche Betreuung von Migranten gelingt eine stärkere Zuführung der Betroffenen in die Regelversorgung der psychosozialen Dienste. Konzepte zur Öffnung und Akzeptanz bei den Migranten und somit zur besseren Annahme der Regelversorgungsangebote können dazu beigetragen.

Über die Einbindung von Migranten als Fachkräfte und Betroffene in das Versorgungsangebot hätten entsprechende Konzepte größere Chancen auf Erfolg.

Hierbei ist es wichtig, Migranten als Fachkräfte und Gestalter in die Konzipierung und Entwicklung einzubinden. Die Betreuung von Migranten durch Migranten ist und bleibt die tragende Säule erfolgreicher migrationssensibler Betreuungsarbeit.

Das Selbstbestimmungsrecht der Migranten wird gestärkt werden, indem sie über ihre Sprache, Kultur, Identität und Gleichberechtigung am gesellschaftlichen Leben selbstbestimmt teilnehmen können.

Literatur

Ramazan Salman & Ulrich Wöhler (Hrsg.): Rechtliche Betreuung von Migranten – Stand, Konzeption und Grundlegung transkultureller Betreuungsarbeit, Hannover 2001, Eigenverlag

Institut für transkulturelle Betreuung (BtV) e.V. (Hrsg.): Rechtliche Betreuung von Migranten in Niedersachsen – Situationsbeschreibung, Analyse, Folgerungen –, Hannover 2002, Eigenverlag

Institut für transkulturelle Betreuung (BtV) e.V. (Hrsg.): Ali Türk; Natalie Elsässer; Alexander Diete; Mustafa Kisabacak; Jadwiga Kudlata: Das Deutsche Betreuungsrecht in den Sprachen: Arabisch,

Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Deutsch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Türkisch, Hannover 2005/2007, Eigenverlag

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Qualität und Kompetenz in der Betreuung von MigrantInnen – Veranstaltungen und Fortbildungen für Akteure rechtlicher Betreuung in Hamburg –, Abschlussbericht

Wielant Machleidt, Ramazan Salman; Iris T. Calliess (Hrsg.): Sonnenberger Leitlinien – Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin 2006, VWB Verlag

Gertrud Wagemann: Verständnis fördert Heilung, Berlin 2005, VWB Verlag

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit und Integration, Berlin 2006 und 2007

Ali Türk: Kompetenzzentrum für rechtliche Betreuung von Migranten; in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit und Integration, Berlin 2006 und 2007

Ramazan Salman; Ali Türk: Transkulturelle Betreuung – Leitlinien für rechtliche Betreuung von Migranten; in: Wielant Machleidt, Ramazan Salman & Iris T. Calliess (Hrsg.): Sonnenberger Leitlinien – Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin 2006, VWB Verlag

Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Robert Koch Institut (Statistisches Bundesamt) (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Migration und Gesundheit, Berlin 2008

Ali Türk; Alexander Diете: Festschrift – 10 Jahre Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V., 2006

Region Hannover (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Schriften Band 2: Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover, Hannover 2008

C. Wille des Betreuten und Handeln gegen den Willen

Die Ermittlung und schriftliche Darstellung des Willens, der Wünsche und Vorstellungen des Betreuten im Betreuungsverfahren

Arbeitsgruppe 12

Moderation: *Carola von Looz, Rüdiger Pohlmann*

I.

Ausgangspunkt der Arbeitsgemeinschaft, die von Betreuern, Verfahrenspflegern und Mitarbeitern von Betreuungsbehörden besucht wurde, war die Überlegung, dass die Ermittlung von Wünschen und Vorstellungen betreuter Menschen ein komplexer Vorgang ist: Wer danach fragt, wird auch bestimmt von seinen eigenen Arbeitsaufträgen innerhalb des Systems Betreuung sowie von den Erwartungen, die Gericht, Kommune und das soziale Umfeld der betreuten Menschen an ihn herangetragen. Schließlich kann ihm auch die eigene Moral „dazwischenfunken“.

II.

Durch eine erste Übung, bei der die Teilnehmer einzeln mit ihrem Vornamen angesprochen wurden, erwachte die Sensibilität, mit der wir alle reagieren, wenn von uns selbst die Rede ist.

III.

In einer weiteren Übung, an der auch die Referenten selbst teilnahmen, wurden Zweerteams gebildet. Darin sollte der eine den anderen nach seiner Vorstellung befragen, wie er im Alter wohnen wolle. Der Fragende sollte eine leicht skeptische Haltung zu den geäußerten Vorstellungen einnehmen. Obwohl es sich um eine derzeit gesellschaftlich breit diskutierte Frage handelte, berichteten fast alle Teilnehmer, dass es ihnen schwer gefallen sei, einer fremden Person über diese persönlichen Überlegungen Auskunft zu geben. Die Teilnehmer, die die Rolle der Fragenden eingenommen hatten, berichteten, dass sie sich mit der Skepsis schwer getan hätten angesichts der persönlichen Atmosphäre, die durch das Interview entstanden sei. Ein Team hatte sich von der Aufgabenstellung abgewandt und stattdessen einen „Fall“ aus ihrer Praxis diskutiert. Eine Teilnehmerin berichtete, ihr sei plötzlich deutlich geworden, dass sie altersmäßig schon recht nah dran sei an der Frage, wie sie im Alter wohnen wolle.

IV.

Die Teilnehmer waren sich darüber einig, dass ein vertrauensvoller Umgang mit betreuten Menschen nötig ist, um ihren Lebensvorstellungen nahe zu kommen. Zu der Frage, wie man mit „unverständlichen“ Wünschen umgehen solle, ergaben sich verschiedene Ansätze. Die einen meinten, es sei Biografiearbeit angezeigt, um eine Erklärung für die Wünsche zu erhalten, die anderen, Wünsche könnten auch ohne Hintergrundwissen umgesetzt werden.

V.

Dass in die schriftliche Niederlegung der Ermittlung keine Schilderung von Intimitäten (Monatshygiene, Sexualpraktiken) – selbst wenn die Befragten darüber freimütig berichtet hätten – gehören, war allgemeine Meinung. Unterschiedliche Meinungen wurden zur Frage geäußert, ob über die Religionszugehörigkeit und die sexuelle Ausrichtung berichtet werden sollte.

VI.

Die Teilnehmer kamen zu dem Schluss, dass die Berichte im Betreuungsverfahren, da sie auf der vertrauensvollen Öffnung der betroffenen Menschen beruhen, vor der Weitergabe mit ihnen erörtert werden sollten.

VII.

Mit einem leichten Erschrecken reagierten manche Teilnehmer auf den richterlichen Bericht über das Schicksal der Betreuungsakten, die auch über den Tod der betroffenen Menschen hinaus noch Jahrzehnte hinaus aufbewahrt, von Dutzenden von Bearbeitern gelesen und von Dritten begehrt werden: Scheidungsrichter, Zivilrichter, Strafrichter, Staatsanwälte, die mit den betreuten Menschen in anderem Zusammenhang befasst sind, möchten die Akte ebenso einsehen wie Erben und Verwandte. Das Versorgungsamt begehrt das ärztliche Gutachten, die ARGE die Sozialberichte. Nicht immer kann man auf die datenschutzrechtliche Sensibilität der Bearbeiter vertrauen. Es ist also realistisch, davon auszugehen, dass die verfassten Berichte auch in die Hände derer gelangen, die den betreuten Menschen nicht wohlwollend gegenüber stehen. Fazit der Arbeitsgruppe: Bei der Ermittlung der Lebensvorstellungen, dem Willen und den Wünschen betreuter Menschen sind Sensibilität und Behutsamkeit gefragt, bei der schriftlichen Niederlegung der gewonnenen Kenntnisse ist dem Schutz der Betroffenen ein hoher Stellenwert einzuräumen.

Auslegung von Patientenverfügungen

Arbeitsgruppe 14

Moderation: Prof. Dr. Birgit Hoffmann, Guy Walther

Beitrag: Prof. Dr. Birgit Hoffmann

In diesem Beitrag¹ wird versucht, erste Anhaltspunkte für mögliche Kriterien und Verfahren zur Auslegung von Patientenverfügungen zu beleuchten, im Sinne der Worte der Bundesministerin der Justiz Zypries in der Orientierungsdebatte zur Patientenverfügung am 29. März 2007 im Deutschen Bundestag:

„Man kann ... nicht [sagen]: Da ist ein Halbsatz nicht deutlich genug; deswegen gilt ... alles nicht. Man muss ... aus dem, was zum Ausdruck kommt ... aus einer Gesamt-schau des Lebens und der Situation, in der sich der Patient befindet, heraus argumen-tieren und ... zu dem Ergebnis kommen: ... Das ist das, was der Patient gewollt hat.“²

Da eine gesetzliche Regelung durch Vorgaben für Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Inhalts einer Patientenverfügung zumindest einen Rahmen für die Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens des Betroffenen schaffen kann,³ erfolgt zugleich – exemplarisch für andere Entwürfe⁴ – eine Betrachtung des Gesetzentwurfs Stünker et al. unter dem Blickwinkel, wie sich eine derartige Regelung auswirken könnte bzw. welche Probleme auch nach dem Inkrafttreten eines der vorliegenden Entwürfe wohl erhalten bleiben werden.

I. Patientenverfügungen in der Debatte über Entscheidungen am Lebensende

In der Diskussion über Entscheidungen am Lebensende kommt Patientenverfügungen derzeit eine besondere Bedeutung zu. Liegt eine Patientenverfügung vor, scheint sich ein Weg zu einer selbstbestimmten Entscheidung am Lebensende ebenso wie zu einer Entlastung von Betreuern, Angehörigen, Ärzten und Pflegenden, Richtern und anderen an einer Entscheidung am Lebensende und an deren Umsetzung Beteiligten zu eröffnen,⁵ denn ein mit der Selbstbestimmung des Betroffenen begründetes Verhalten kann grundsätzlich für sich in Anspruch nehmen, „gut“ bzw. „richtig“ zu sein. Ein gewisser Druck auf Betroffene, eine Patientenverfügung zu verfassen, scheint inzwischen auch in Europa bereits so verbreitet zu sein, dass es der öster-

1 Der Beitrag ist auch veröffentlicht in BtPrax 2009, 7 ff.. Er hat durch die nunmehrige gesetzliche Regelung im 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz, der ein (abgeänderter) Entwurf des MdB Stünker zugrunde liegt (vgl. BT-Drucks. 16/13314), besondere Aktualität. Jenem Gesetzesentwurf gilt das Hauptaugenmerk der Verfasserin. Die Neuregelungen sind durch die Hrsg. ergänzt worden.

2 <http://www.bmj.bund.de> unter der Rubrik Reden.

3 Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 12: Keine gesetzliche Regelung wird den Beteiligten die im Einzelfall sehr schwer zu treffende Entscheidung abnehmen können.

4 Die Entwürfe von Bosbach et al. und Zöller et al. werden, da erst deutlich nach Abschluss des Manuskripts veröffentlicht, in den Fußnoten berücksichtigt, sofern sie aus der Perspektive der Verfasserin zur Thematik dieses Beitrags einen eigenen Standpunkt einnehmen.

5 Zurückhaltender Höfling/Schäfer, Leben und Sterben in Richterhand?, 2006, 17 f.: „Königsweg“ aus dem Sterbehilfedilemma oder „Holzweg“?, die Ergebnisse der Studie zusammenfassend Höfling FPR 2007, 67 ff. und Härle FPR 2007, 47 ff.: „Autonomie“ ein lächerlicher Begriff“.

reichische Gesetzgeber⁶ und die Bundesärztekammer⁷ bereits für nötig hielten, das Recht, keine Patientenverfügung zu verfassen, schützen bzw. auf dieses hinweisen zu müssen.

Dabei kann einer Patientenverfügung nach inzwischen wohl überwiegender Ansicht in zweierlei Hinsicht Bedeutung für Entscheidungen am Lebensende zukommen: Wird in einer Patientenverfügung durch ihren Verfasser eine Entscheidung für die konkrete Lebens- und Behandlungssituation getroffen, handelt es sich um eine für alle Beteiligten bindende Entscheidung, die umzusetzen ist.⁸ Eine stellvertretende Entscheidung Dritter ist nicht notwendig. Aufgabe eines Betreuers oder Bevollmächtigten ist es dann, den Willen des Betreuten durchzusetzen. Ergibt sich aus der Patientenverfügung keine antizipierende Entscheidung, so bleibt die Patientenverfügung als schriftliche Äußerung des Betroffenen ein wichtiger Ansatzpunkt für die Ermittlung seines mutmaßlichen Willens und Maßstab für die stellvertretende Entscheidung.⁹

In der Praxis sollte die Frage nach dem Inhalt einer Patientenverfügung in den Mittelpunkt rücken: Für den Betroffenen ebenso wie für seinen Betreuer oder Bevollmächtigten macht es kaum einen Unterschied, ob Betreuer bzw. Bevollmächtigter einer bindenden Patientenverfügung Ausdruck und Geltung verschaffen oder sie den mutmaßlichen Willen eines Betroffenen als stellvertretend Entscheidende umsetzen: Entscheidend ist, dass der Erklärung „rechtliche Relevanz als weiter bestehender aktueller Wille des Verfassers“ zugesprochen wird.¹⁰ Der Diskurs über Kriterien, Verfahren und Standards zur Auslegung von Patientenverfügungen steht jedoch noch am Anfang. Andere Fragestellungen von Entscheidungen am Lebensende wie die nach den formalen Voraussetzungen einer wirksamen Patientenverfügung oder dem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf, in dem eine Entscheidungsbefugnis des Betroffenen beginnt, etc. standen bisher im Vordergrund.¹¹ Kriterien, Verfahren und Standards zur Ermittlung des Inhalts von Patientenverfügungen sind aber erforderlich, um zu gewährleisten, dass die Vorstellungen des Verfassers und nicht subjektive Wertun-

6 Vgl. § 15 PatVG: Wer den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder den Erhalt solcher Leistungen davon abhängig macht, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird, begeht, sofern die Tat nicht mit gerichtlicher Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 25.000 Euro, im Wiederholungsfalle bis zu 50.000 Euro, zu bestrafen. Ohne Sanktionsmöglichkeit: Entwurf Bosbach et al. § 1901b Abs. 5 BGB-E.

7 Empfehlungen der BÄK und der Zentralen Ethikkommission der BÄK zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, DÄBl. A 2007, 891, 893. Nach den Empfehlungen soll auch die Initiative zu einem Gespräch über Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen regelmäßig vom Patienten ausgehen, a.a.O., 894. Nach hier vertretener Ansicht ist ein ärztlicherseits initiiertes Gespräch eher als Bestandteil der Pflichten aus dem Behandlungsvertrag anzusehen.

8 BGHZ 154, 205 ff. = BtPrax 2003, 123 ff., Gesetzentwurf-Stünker et al. BT-Drs. 16/8442, 11, 13

9 In Österreich wird zwischen Wirkungen und Voraussetzungen verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung unterschieden, vgl. §§ 1 Abs. 2, 4 ff., 8 f. PatVG.

10 So Roth JZ 2004, 494, 497 mit dem gleichen Tenor wie in diesem Beitrag; im Entwurf Zöllner kommt dieser Differenzierung kaum noch Bedeutung zu, vgl. §§ 1901b Abs. 1, Abs. 2, 1901d BGB-E.

11 Vgl. die Darstellung bei Roth JZ 2004, 494 ff.

gen und Überzeugungen Dritter das Verständnis einer Patientenverfügung prägen – wie dies nach Studien vielfach der Fall ist.¹²

II. Ziele der Auslegung einer Patientenverfügung

Die Auslegung des Inhalts einer Patientenverfügung betrifft zwei zu unterscheidende Problemstellungen:¹³ zum einen die Frage, für welche Lebens- und Behandlungssituation der Betroffene welche Maßnahme wünscht oder ablehnt, und zum anderen die, ob die Verfügung für einen Betreuer bzw. Bevollmächtigten bindend sein soll, der Betroffene eine antizipierende Entscheidung treffen wollte. Die genannten, die Auslegung der Patientenverfügung selbst betreffenden Fragestellungen sind von zwei weiteren Problemen abzugrenzen: nämlich einerseits, ob eine Patientenverfügung zum Zeitpunkt einer zu treffenden Entscheidung noch gültig ist, da sie nicht zwischenzeitlich vom Betroffenen widerrufen wurde, und andererseits, ob die Patientenverfügung eine Aussage gerade auch für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation trifft.

Dieser Beitrag befasst sich ausschließlich mit der Auslegung einer Patientenverfügung. Kriterien und Verfahren zur Auslegung einer Patientenverfügung werden sich jedoch vielfach auf solche zur Feststellung des Widerrufs einer Patientenverfügung und ihrer Passgenauigkeit auf eine konkrete Lebens- und Behandlungssituation übertragen lassen. In der Praxis werden die genannten Feststellungen meist gleichzeitig zu treffen sein, da sie alle vor einer Entscheidung von Betreuer und Bevollmächtigten bzw. vor der Durchsetzung einer Entscheidung des Betroffenen geklärt sein müssen. Sie sind gleichwohl zu unterscheiden, denn bereits ihr Vermischen birgt die Gefahr einer Fehlinterpretation der Patientenverfügung.

III. Was ist eine Patientenverfügung (im Sinne dieses Beitrags)?

In diesem Beitrag umfasst der Begriff Patientenverfügung jede mündliche oder schriftliche Erklärung: auch diejenige, durch die der Betroffene keine antizipierende Entscheidung treffen wollte, obwohl er konkrete Vorgaben gemacht hat, auch solche, durch die der Betroffene zwar eine bindende Regelung anstrebte, ihm dies jedoch nicht gelungen ist, da er den Inhalt der Patientenverfügung nicht konkret genug gefasst hat, und dergleichen die, durch die er von vornherein nur allgemeine Vorgaben treffen wollte.¹⁴ Zudem sind auch Erklärungen einwilligungsfähiger Minderjähriger umfasst, die ebenfalls entscheidender Maßstab für das stellvertretende Handeln ihrer sorgeberechtigten Eltern, eines Vormunds oder Pflegers sind.¹⁵

Der Begriff wird weit gefasst, da sich nach hier vertretener Ansicht erst aus einer Auslegung der Verfügung ergibt, ob die Patientenverfügung hinreichend konkrete Vorgaben und eine antizipierende Entscheidung enthält und sie daher bei Vorgaben auch für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betroffenen eine stellvertre-

12 Befragungen von Vormundschaftsrichtern durch Simon/Lipp/Tietze/Nickel/van Oorschot MedR 2004, 303 ff. sowie Höfling/Schäfer, Leben und Sterben in Richterhand?, 2006; von Ärzten durch van Oorschot/Nickel/Simon Deutsche DMW 135 (2005), 261 ff. Höfling/Schäfer ermittelten beispielsweise eine signifikante Abhängigkeit des Inhalts der gerichtlichen Entscheidungen vom Umfang der Kenntnisse über die Befindlichkeit eines Menschen im Wachkoma, dem Vorhandensein bzw. Fehlen einer eigenen Patientenverfügung, 98 f., sowie von Alter, Familienstand, Konfession und betreuungsrechtlicher Berufserfahrung des Richters, 95 f.

13 Ähnlich Lipp, Patientenautonomie und Lebensschutz, 2005, 24 f.

14 Einen ähnlich weiten Begriff kennen die Empfehlungen der BÄK und der Zentralen Ethikkommission der BÄK, DÄBl. A 2007, 891, 893, 896, sowie der Entwurf Zöller et al. § 1901b BGB-E.

15 Nach hier vertretener Ansicht sollte einer Erklärung Minderjähriger unter den gleichen Voraussetzungen wie die von Volljährigen Bindungswirkung zugesprochen werden.

tende Entscheidung verzichtbar macht oder ob eine lediglich für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen beachtliche Erklärung vorliegt.

Der Begriff der verbindlichen Patientenverfügung im Sinne von § 4 des österreichischen Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) wird in diesem Beitrag nicht verwendet, sondern allein von bindenden Patientenverfügungen gesprochen. Jede Patientenverfügung im Sinne dieses Beitrags ist verbindlich¹⁶ im Sinne von für Betreuer, Bevollmächtigte, Eltern, Vormund, Pfleger, Ärzte, Pflegepersonal etc. zumindest beachtlich.¹⁷ Bindend – im Sinne der Entbehrlichkeit einer stellvertretenden Entscheidung – wird hingegen jede auch noch so konkrete Patientenverfügung nur dann, wenn sie nach Ansicht der sie Auslegenden Vorgaben für die konkrete Lebens- und Behandlungssituation enthält.

Im Gesetzentwurf-Stünker et al.¹⁸ werden hingegen unter den Begriff Patientenverfügung nur schriftliche¹⁹ Erklärungen gefasst, in denen ein einwilligungsfähiger Volljähriger²⁰ in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt, § 1901a Abs. 1 BGB-E²¹. Der Anwendungsbereich des Entwurfs ist daher von vornherein beschränkt – ein Aspekt, der in der aktuellen Debatte manchmal untergeht.

IV. Wer legt eine Patientenverfügung aus?

Die Auslegung einer Patientenverfügung ist Aufgabe derjenigen, an die sich die Patientenverfügung richtet, demnach der an einer Behandlung beteiligten Ärzte²² und Pflegekräfte,²³ aber auch des Betreuers oder Bevollmächtigten eines Betroffenen und von dessen Angehörigen.²⁴ Die Rechtsgrundlage der Verpflichtung zur Auslegung einer Patientenverfügung – oder besser zur Beachtung bzw. Durchsetzung des Willens des Betroffenen – variiert. Bei Ärzten und Pflegekräften ist sie Bestandteil des Behandlungs- bzw. Heimvertrags, bei Bevollmächtigten Teil ihres Auftrags als dem der Vollmacht zugrunde liegenden Rechtsverhältnis, beim Betreuer Bestandteil seiner Verpflichtungen aus der gerichtlichen Bestellung (vgl. § 1901 Abs. 3 Satz 1 BGB, aber auch durch Satz 2, wenn z.B. die Patientenverfügung vor Bestellung des Betreuers errichtet wurde, was häufig der Fall sein wird). Zwischen Ehegatten und Lebenspartner ergibt sie sich aus der Verpflichtung, einander Beistand in persönlichen Angelegenheiten zu sein, § 1353 Abs. 1 Satz 2 BGB, § 2 LPatG. Eine entsprechende Verpflichtung zwischen Eltern und volljährigen Kindern besteht nach § 1618a BGB²⁵. Neben diesen rechtlich zur Auslegung Verpflichteten werden Patientenverfügungen immer auch von Personen aus dem privaten Umfeld des Betroffenen, in besonders aufsehenerregenden Fällen zudem von der Allgemeinheit ausgelegt.

16 Im Entwurf Zöller et al. findet insoweit keine Unterscheidung mehr statt, § 1901b Abs. 1 BGB-E

17 Ähnlich Zöller et al. § 1901d BGB-E.

18 BT-Drs. 16/8442

19 Ebenfalls nur bei Schriftform Bosbach, § 1901b Abs. 1 Satz 1 BGB-E, Schriftform nicht zwingend Zöller, § 1901c BGB-E, *jetzt § 1901a Abs. 1 BGB*.

20 Hingegen können nach den Entwürfen von Zöller, § 1901b Abs. 1 Satz 1 BGB-E, und Bosbach, § 1901b Abs. 1 Satz 1 BGB-E auch einwilligungsfähige Minderjährige Patientenverfügungen verfassen.

21 Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 13.

22 Den Ärzten kommt im Entwurf von Zöller et al. eine ganz besondere Bedeutung zu. In § 1901d Abs. 1 BGB wird normiert, dass der Arzt zunächst prüft, welche Behandlungsmaßnahme indiziert ist, und diese dann mit dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten erörtert, 19 f.

23 Vgl. zu Entscheidungsprozessen in der Altenpflege Reitinger/Heller/Heimerl BtPrax 2007, 58 ff.

24 Lipp, Patientenautonomie und Lebensschutz, 2005, 25.

25 Palandt-Brudermüller, § 1618, Rn. 1; umstritten ist ob eine entsprechende Verpflichtung auch zwischen Geschwistern besteht, a.a.O., Rn. 2.

Betreuer bzw. Bevollmächtigter haben die Patientenverfügung auszulegen, um eine antizipierende Entscheidung des Betroffenen umzusetzen oder eine stellvertretende Entscheidung treffen zu können. Lebenspartnern, Ehegatten und Kindern kommt in erster Linie eine Kontrollfunktion²⁶ gegenüber dem Handeln von Betreuer bzw. Bevollmächtigten und Arzt sowie Pflegepersonal zu. Für Ärzte und andere an der Behandlung beteiligte Personen ist die Patientenverfügung wie für Betreuer bzw. Bevollmächtigte im Rahmen ihrer Verantwortung handlungsleitende Verpflichtung aus dem Vertrag mit dem Betroffenen.²⁷ Legen Arzt und Pflegende sowie Betreuer bzw. Bevollmächtigten die Verfügung unterschiedlich aus, wird nach der Rechtssprechung des BGH und ebenso nach dem Gesetzentwurf von Stünker et al., § 1904 Abs. 4, 5 BGB-E²⁸, eine Auslegung der Verfügung durch das Betreuungsgericht²⁹ erforderlich.

An dieser Stelle ist auf eine Konsequenz des Gesetzentwurf-Stünker et al. hinzuweisen, die erhebliche Auswirkungen auf die Praxis im Umgang mit Patientenverfügungen haben könnte: Nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer sind – wie dargestellt – auch mündliche Patientenverfügungen und mündliche Vorsorgevollmachten wirksam. Nach ihnen ist demnach ein Verzicht auf eine weitere Behandlung bzw. den Beginn einer Behandlung bereits dann möglich, wenn sich aus dem Gespräch zwischen Arzt und Angehörigen für den Arzt eine Bevollmächtigung des Angehörigen ergibt und beide übereinstimmend einen entsprechenden Willen des Betroffenen annehmen. Von der Vorgaben der Bundesärztekammer gedeckt wäre zudem ein ärztliches Handeln, das allein auf einer (mündlichen) Patientenverfügung des Betroffenen beruht, sofern die Verfügung nach Ansicht des Arztes eine antizipierende Entscheidung enthält.³⁰ Der Gesetzentwurf-Stünker et al. schließt diese Praxis aus: Zum einen macht der Entwurf Schriftform zur Wirksamkeitsvoraussetzung sowohl von Patientenverfügungen als auch von Vorsorgevollmachten, §§ 1901a Abs. 1 Satz 1, 1904 Abs. 5 BGB-E. Zum anderen ist ein ärztliches Handeln allein aufgrund einer antizipierenden Erklärung bei Einwilligungsunfähigkeit des Patienten nicht mehr zulässig.³¹ Es ist zu vermuten, dass das Inkrafttreten einer derartigen Regelung dazu führen wird, dass Einrichtungen Betroffene aktiver über Patientenverfügungen beraten werden.

V. Feststellen der Auslegungsbedürftigkeit einer Patientenverfügung

Bei der Auslegung einer Patientenverfügung als einseitiger Erklärung ist auf die für rechtsgeschäftliche Willenserklärungen geltenden Grundsätze zurückzugreifen.³² Eine erste Besonderheit von Patientenverfügungen stellt dar, dass der Erklärende selbst nicht mehr unmittelbar zur Auslegung der Erklärung beitragen kann.

26 Diese Funktion wird auch im Entwurf von Zöller et al. betont, 19 f.

27 Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 15.

28 Ebenso Entwurf Zöller et al. § 1904 Abs. 2 BGB-E; hingegen ist nach dem Entwurf Bosbach et al. eine Genehmigung auch dann erforderlich, wenn noch keine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit vorliegt – beispielsweise bei Patienten im Wachkoma, § 1904 Abs. 2, Abs. 3 BGB-E, *jetzt § 1904 Abs. 4 BGB*.

29 In diesem Beitrag wird sich auf das FamFG bezogen.

30 Nach BÄK DÄBl. A 2004, 1298, 1299 ist bei Patienten im Wachkoma, die keine Person bevollmächtigt haben, (Verfasserin: nur) in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich; nach Coeppicus FPR 2007, 63, 67 ist beim Vorliegen einer Patientenverfügung, in der eine Entscheidung für die aktuelle Situation getroffen wird, die Bestellung eines Betreuers nicht erforderlich; ebenso Bienwald/Sonnenfeld/Hoffmann, § 1904, Rn. 181 f.

31 Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 11: „Zudem wird festgelegt, wer bei aktueller Entscheidungsunfähigkeit des Betroffenen die Entscheidung über die Durchführung und die Fortdauer einer ärztlichen Maßnahme treffen kann (und) wer einer vom Betroffenen in einer Patientenverfügung getroffenen Entscheidung gegebenenfalls Ausdruck und Geltung verschaffen soll.“

32 Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 10.

Mehrdeutig kann eine Patientenverfügung oft bereits aus der Perspektive eines einzelnen Auslegenden – beispielsweise des Betreuers, des Bevollmächtigten oder des behandelnden Arztes – sein. Daneben oder ausschließlich kann der Inhalt einer Patientenverfügung an sich oder können einzelne Punkte der Erklärung auch zwischen verschiedenen, die Erklärung Auslegenden umstritten sein. Bei mehreren Auslegenden ist zunächst festzustellen, in welchen Punkten Meinungsdivergenzen bestehen. Sind sich die eine Patientenverfügung Auslegenden über deren Inhalt einig, so bedarf es keiner weiteren Auslegung der Erklärung und wird auch keine betreuungsgerichtliche Kontrolle³³ der Entscheidung des Bevollmächtigten bzw. Betreuers erfolgen, da ein entsprechendes Verfahren nicht angeregt wird.

Die Mehrzahl der Patientenverfügungen ist bereits deswegen mehrdeutig, weil der Betroffene in ihr seine Wünsche und Vorstellungen mit Begriffen umschreibt, deren Inhalt ausfüllungsbedürftig ist wie „erträgliches und umweltbezogenes Leben“, „menschenswürdiges (Weiter-)Leben“ oder „würdevolles Sterben“. Auch die abgelehnten ärztlichen Maßnahmen – „lebenserhaltende Maßnahmen“, „Gerätemedizin“ – oder die Situationen, für die die Patientenverfügung gelten soll, sind vielfach allein aus dem Wortlaut der Erklärung nicht feststellbar. Als Beispiel für derartige Unklarheiten wird im Folgenden aus einer Entscheidung des AG Siegen³⁴ zitiert. Die Betroffene selbst ging ausweislich der Entscheidungsgründe davon aus, sie habe „das ja geregelt“:

„Die Beweisaufnahme hat keinen näheren Aufschluss darüber erbracht, welche Bedeutung die Begriffe ‚lebenserhaltende Maßnahmen‘ und ‚Anwendung von Behandlungen‘ für die Betroffene haben sollen. Deshalb bleibt auch insofern offen, in Bezug auf welche konkreten Umstände die Betroffene auf Lebenserhaltung verzichten wollte. Der Begriff des ‚menschenswürdigen Weiterlebens‘ erlaubt eine Vielzahl von Deutungen sowie Abwägungsmöglichkeiten in Bezug auf die konkreten Umstände des Einzelfalls. Mit der verlangten ‚Unmöglichkeit menschenwürdigen Weiterlebens‘ kann demnach eine Anknüpfung an den Ausfall wichtiger biologischer Körperfunktionen gemeint sein, aber auch eine geistig-seelische Entwicklung, welche die Persönlichkeit der Betroffenen zunehmend in ihren Entfaltungsmöglichkeiten beeinträchtigt, oder ein Zusammentreffen beider Voraussetzungen. In allen Fällen wäre weiter zu klären, ab welchem Stadium der Krankheit nach dem Willen des Erkrankten die ‚Unmöglichkeit‘ erreicht sein soll. [...] Aufgrund dieser Unwägbarkeiten ist für das Gericht nicht feststellbar, ob die jetzige Situation der Betroffenen die von ihr gemeinte Bedingung erfüllt.“

VI. Sodann: Ermitteln der Erkenntnisquellen

1. Patientenverfügung als Erkenntnisquelle

Die Entscheidung des AG Siegen verdeutlicht, eine Patientenverfügung wird als alleinige Quelle zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens des Betroffenen nur in wenigen Fällen ausreichen. Auch wenn eine vorhandene Patientenverfügung und insoweit insbesondere ihr Wortlaut immer der erste Ausgangspunkt für die Ermittlung des Willens des Betroffenen zu sein hat, wird sich die Auslegung einer Patientenverfügung in der Regel nicht auf den Wortlaut der Erklärung beschränken können.³⁵

33 Nach dem Entwurf von Bosbach et al. kann auch bei Einigkeit über den Inhalt der Verfügung eine gerichtliche Genehmigung erforderlich sein, § 1904 Abs. 2, Abs. 3 BGB-E, jetzt § 1904 Abs. 4 BGB.

34 AG Siegen, Beschluss vom 28.9.2007, Az. 33 XVII B 710, BtMan 2008, 27 = GesR 2008, 247 = PflR 2008, 183.

35 Ähnlich Lipp, Patientenautonomie und Lebensschutz, 2005, 25; Roth JZ 2004, 494, 499.

Nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer³⁶ sollte eine Patientenverfügung die Situationen, in denen sie greifen soll, beispielsweise durch Verwendung der Worte Sterbephase, nicht aufhaltbare schwere Leiden, dauernder Verlust der Kommunikationsfähigkeit (z.B. Demenz, apallisches Syndrom, Schädelhirntrauma, akute Lebensgefahr, irreversible Bewusstlosigkeit) konkret beschreiben. Hinsichtlich der Formulierung von konkreten Vorgaben für Umfang durchzuführender bzw. zu beendigender ärztlicher Maßnahmen³⁷ käme die Verwendung von Begriffen wie künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse, Organersatz, Wiederbelebung, Verabreichung von Medikamenten (Antibiotika, Psychopharmaka oder Zytostatika, Schmerzbehandlung) Art der Unterbringung und Pflege, andere betreuerische Maßnahmen, Hinzuziehung eines oder mehrerer weiterer Ärzte, alternative Behandlungsmaßnahmen, Gestaltung des Sterbeprozesses etc. in Betracht. Diese Beschreibungen würden im Idealfall zudem durch eine Darstellung der Lebenseinstellungen und Überzeugung des Verfassers sowie seiner individuellen Bewertung von Schmerzen und schweren Schäden in der verbleibenden Lebenszeit ergänzt.

Von Bedeutung ist ferner, ob es sich um eine individuell verfasste Erklärung oder um die Übernahme von Beschreibungen aus einem Formular handelt. Auch die Mehrzahl der bisher als Voraussetzungen einer Bindungswirkung einer Patientenverfügung diskutierten Punkte – auf eine Anknüpfung wurde im Gesetzentwurf-Stünker et al. bewusst verzichtet³⁸ – wie eine vorherige ärztliche und/oder rechtliche Aufklärung des Betroffenen, eine notarielle Beurkundung der Erklärung, eine Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen zum Zeitpunkt des Verfassens der Patientenverfügung durch Arzt oder Notar, der Zeitraum, der seit der Errichtung der Patientenverfügung bzw. ihrer Aktualisierung vergangen ist, usw. sind wichtige Anhaltspunkte und daher zu ermitteln, soweit dies möglich ist.³⁹

2. Weitere Erkenntnisquellen

Bereits in seiner strafrechtlichen Entscheidung aus dem Jahr 1994 stellt der BGH⁴⁰ fest, dass als Erkenntnisquellen für den mutmaßlichen Willen des Betroffenen neben seinen früheren schriftlichen Äußerungen frühere mündliche Äußerungen, dessen religiöse Überzeugung und sonstige persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen in Betracht kommen.

Die vom BGH genannten Kriterien entsprechen – mit Ausnahme der altersbedingten Lebenserwartung – den im Gesetzentwurf-Stünker et al. in § 1901a Abs. 2 BGB-E und den in den Empfehlungen der Bundesärztekammer genannten Anhaltspunkten, die ein Betreuer bzw. Bevollmächtigter bei der Orientierung ihrer Entscheidung am mutmaßlichen Willens des Betroffenen zu beachten haben. Es ist zu begrüßen, dass im

36 Empfehlungen der BÄK und der Zentralen Ethikkommission der BÄK zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, DÄBl. A 2007, 891, 894.

37 Nach dem österreichischen Patientenverfügungsgesetz können in einer verbindlichen Patientenverfügung „medizinische Behandlungen“ nur abgelehnt werden, § 4 PatVG.

38 BT-Drs. 16/8442, 14; anders der österreichische Gesetzgeber, der als Voraussetzungen einer Bindungswirkung beispielsweise eine ärztliche und rechtliche Aufklärung, § 5 PatVG, und eine Errichtung, die nicht länger als fünf Jahre zurückliegt, § 7 PatVG, benennt.

39 Nach dem Entwurf Zöller et al. soll in einer Patientenverfügung angegeben werden, zu welcher Zeit und an welchem Ort sie verfasst wurde, § 1901c Satz 1 BGB-E. Hingegen kennt der Entwurf von Bosbach et al. Vorgaben wie eine ärztliche und rechtliche Aufklärung und eine notarielle Beurkundung, deren Nichteinhalten dazuführt, dass dem Inhalt der Erklärung nur dann Geltung zu Verschaffen ist, wenn eine unheilbar, tödlich verlaufende Krankheit vorliegt oder der Betroffene ohne Bewusstsein ist und dieses mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch nicht mehr wiedererlangen wird, § 1901b Abs. 3 BGB-E, *jetzt § 1901a Abs. 3 BGB*.

40 BGH, BGHST 40, 257 ff. = NJW 1995, 204 = MedR 1995, 72 = ArztR 1995, 184 = R & P 1995, 34 = MDR 1995, 80 = JR 1995.

Gesetzentwurf-Stünker et al. inhaltliche Vorgaben für Betreuer und Bevollmächtigte gemacht werden. Allerdings ist es nach hier vertretener Ansicht nicht schlüssig, dass diese nicht auch ausdrücklich für die Auslegung von Patientenverfügungen, für die Frage der Bindungswirkung der Patientenverfügung wegen Übereinstimmung mit der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation sowie für die Prüfung des Widerrufs einer Patientenverfügung festgehalten werden.

Mündliche Äußerungen des Betroffenen, seine durch Äußerungen und Verhalten vor und nach dem Verfassen der Patientenverfügung verkörperten Überzeugungen und Wertvorstellungen, die Entstehungsgeschichte der Patientenverfügung, sein Schmerzempfinden etc. lassen sich insbesondere durch Befragung von Ehe- und Lebenspartnern, Angehörigen, Vertrauenspersonen, Ärzten, dem Pflegepersonal, von Notaren und anderen Professionellen, die bei der Errichtung der Verfügung anwesend waren oder den Betroffenen beraten haben, ermitteln. Denkbar ist auch, dass weitere, vom Betroffenen verfasste Schriftstücke näheren Aufschluss über seinen Willen geben können.

3. Vorgehensweise beim Ermitteln der Erkenntnisquellen

Derzeit gibt es für Betreuer bzw. Bevollmächtigten keine gesetzlichen Vorgaben, auf welche Art und Weise sie die für eine Auslegung der Patientenverfügung erforderlichen Tatsachen zu ermitteln haben. Im Gesetzentwurf-Stünker et al. werden wie in anderen vorliegenden Entwürfen⁴¹ gesetzliche Vorgaben aufgestellt: Nach § 1901a Abs. 2 Satz 3 BGB-E haben Betreuer bzw. Bevollmächtigter bei der Ermittlung von Anhaltspunkten für den mutmaßlichen Willen des Betroffenen nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen Gelegenheit zur Äußerung zu geben, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.⁴²

In Abhängigkeit von den Regelungen der Einrichtung, in der sich der Betroffene aufhält, kann auch eine Verpflichtung des Arztes oder eine Möglichkeit für Arzt, Betreuer bzw. Bevollmächtigten bestehen, eine Ethikkommission hinzuzuziehen.⁴³

Betreuer, Bevollmächtigter, Arzt, Angehörige etc. legen die Erklärung jeweils für sich in eigener Verantwortung aus. Keiner der Genannten ist befugt, die Auslegung eines anderen ohne eigene Nachprüfung zu übernehmen. Jeder der Auslegenden hat die für ihn geltenden Vorgaben zu beachten, kann jedoch im Übrigen auf die Art und Weise vorgehen, die er den Umständen nach – auch im Hinblick auf den materiellen Aufwand und die zeitliche Verzögerung einer Entscheidung – für angemessen hält.

Andererseits wird eine qualifizierte Wahrnehmung der eigenen Aufgaben eine Kooperation mit anderen, die Erklärung Auslegenden voraussetzen, oder in den Worten des

41 Gesetzentwurf Zöllner et al., § 1901d Abs.2 BGB-E: „In Zweifelsfällen sollen Arzt und Betreuer Pflegepersonen, Mitglieder des Behandlungsteams und dem Patienten nahestehende Personen wie Ehegatten, Lebenspartner, Eltern, Pflegeeltern und Kindern sowie vom Betreuten schriftlich hierfür benannte Personen, zur Ermittlung des Patientenwillens nach Absatz 1 hinzuziehen; Gesetzentwurf Bosbach et al., § 1904 Abs. 4 BGB-E: „Bei der Beratung von Betreuer und behandelndem Arzt über die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung in lebenserhaltende medizinische Maßnahmen ist in der Regel den Pflegepersonen sowie dem Ehegatten, Lebenspartner, Eltern, Pflegeeltern und Kindern sowie vom Betreuten schriftlich benannten Personen Gelegenheit zur Äußerung zu geben, sofern dies ohne erhebliche Verzögerungen möglich ist (beratendes Konsil)“.

42 Zur Auslegung dieser Begriffe vgl. Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 18. Wiederum ist zu fragen, warum diese Festlegung nicht auch im Hinblick auf die Auslegung einer Patientenverfügung und deren eventuellen Widerruf gemacht wird.

43 Kritisch zur auch potentiellen Bedeutung von Ethikkommissionen Strätling/Sedemund-Adib/Schmucker BtPrax 2004, 173 ff.; hingegen grundsätzlich positive Bewertung durch Neitzke BtPrax 2004, 176 ff.; May/Charbonnier, in dies. (Hrsg.): Patientenverfügungen, 2004, S. 161 ff.; BÄK DÄBl. A 2007, 891, 896.

Gesetzentwurf-Stünker et al.: „Durch den Dialog mit den Angehörigen und Vertrauten des Betroffenen und gegebenenfalls mit dem Pflegeteam wird die Entscheidung des Betreuers und auch des behandelnden Arztes auf eine umfassende Grundlage gestellt“.⁴⁴ Für die Praxis ist entscheidend, wie die Kooperation gestaltet wird. Ob es sich anbietet, dass der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte eines Betroffenen oder die Einrichtung, in der der Betroffene sich aufhält, den Rahmen für einen Dialog schaffen und diesen steuern, hängt von den Gegebenheiten im Einzelfall ab.

Betreuer bzw. Bevollmächtigter oder behandelnder Arzt haben keine Möglichkeit, Dritte zu einer Mitwirkung zu verpflichten. Derartige Befugnisse hat allein das Betreuungsgericht, das Dritte wie einen Notar oder ehemaligen Hausarzt als Zeugen laden kann. Es ist zudem zu beachten, dass bei einem Gespräch mit Dritten persönliche Daten des Betroffenen übermittelt werden. Erfolgt das Gespräch durch den Arzt und nicht durch einen Betreuer bzw. Bevollmächtigten ist es daher erforderlich, dass Betreuer bzw. Bevollmächtigter den Arzt – zumindest konkludent – von seiner Schweigepflicht entbunden haben.

Die ermittelten Tatsachen sind bereits zur eigenen Absicherung durch Betreuer bzw. Bevollmächtigten und den behandelnden Arzt zu dokumentieren. Ein Arzt ist auch berufsrechtlich zur Dokumentation verpflichtet, vgl. § 10 Abs. 1 (Muster)Berufsordnung.

VII. Danach: Bewertung der Tatsachen

1. Maßstab: subjektiver Wille

Im Rahmen der Bewertung gilt es, den Willen bzw. das subjektive Wohl⁴⁵ des Betroffenen zu ermitteln, nicht eine objektiven Erklärungsbedeutung aus der Perspektive des Empfängerhorizonts⁴⁶ festzustellen, da der Gedanke des Vertrauensschutzes für Dritte bei Patientenverfügungen nicht zu berücksichtigen ist, § 133 BGB. Der zunächst für Patientenverfügungen verwandte Begriff „Patiententestament“ brachte diesen Aspekt trefflich zum Ausdruck – auch wenn der Verzicht auf seinen Gebrauch insgesamt zu begrüßen ist.

Bezogen auf Äußerungen von Dritten ist zu beachten, inwieweit deren Äußerungen über Überzeugungen und Wertvorstellungen des Betroffenen wirklich dessen innere Einstellung und nicht die der Dritten wiedergeben.⁴⁷ Im Idealfall benennen Dritte objektive, erkennbare und nachprüfbar Anzeichen im Verhalten oder in den Äußerungen des Betroffenen, auf die sich die Bewertung stützen kann.⁴⁸

Von Bedeutung ist ferner, inwieweit überhaupt eine Auseinandersetzung des Betroffenen mit den am Lebensende anstehenden Entscheidungen nachgewiesen werden kann. Für eine intensive Auseinandersetzung spricht es, wenn der Betroffene sich hat

44 Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 11. Im Entwurf von Zöller et al. wird von „einem dialogischen Umsetzungsprozess der Patientenverfügung zwischen Arzt und rechtllichem Vertreter in der konkreten Behandlungssituation“ gesprochen, 19 f. vgl. auch Hansen/Drews/Gaidzik *Nervenarzt* 2008, 706, 709 f.

45 Lipp, *Patientenautonomie und Lebensschutz*, 2005, 38.

46 Ebenso Roth *JZ* 2004, 494, 499.

47 Vgl. zur unterschiedlichen Gewichtung der Aussagen von Angehörigen verschiedener Personengruppen durch Vormundschaftsrichter die Studie von Höfling/Schäfer, *Leben und Sterben in Richterhand?*, 2006, 83 ff. Simon/Lipp/Tietze/Nickel/van Oorschot wiesen eine generell skeptische Haltung von Vormundschaftsrichtern gegenüber mündlichen Äußerungen von Dritten nach, *MedR* 2004, 303, 306.

48 AG Siegen, Beschluss vom 28.9.2007, Az. 33 XVII B 710, *BtMan* 2008, 27 = *GesR* 2008, 247 = *PfIR* 2008, 183.

fachkundig beraten lassen oder beruflich bzw. privat veranlasst eine intensive Beschäftigung mit Fragen am Lebensende erfolgte. Hingegen ist eine Befassung des Betroffenen mit Entscheidungen am Lebensende sorgfältig zu prüfen, wenn der Betroffene eines der vielen Muster für Patientenverfügungen ohne eigene Ergänzungen oder eine nachgewiesene Beratung übernommen hat. Das Unterzeichnen einer Patientenverfügung beweist noch keine Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende, sondern kann im Gegenteil auch der eigenen Entlastung von einer Auseinandersetzung mit dieser Thematik dienen.

2. Ergänzende Auslegung von Patientenverfügungen

Der Wortlaut jeder Erklärung kann eng oder weit ausgelegt werden. Überschreitet die Auslegung den weitestmöglichen Wortlaut, wird von einer ergänzenden Auslegung für Situationen, Umstände etc. gesprochen, die der Erklärende mit dem Inhalt seiner Erklärung nicht umfasst hat. Entscheidungen, Wünsche und Vorstellungen des Betroffenen für einen Lebenssachverhalt werden so auf einen anderen übertragen, zu dem sich der Betroffene nicht geäußert hat. Dabei sind im Einzelfall die Grenzen zwischen einer noch vom Wortlaut gedeckten Auslegung und einer ergänzenden Auslegung fließend.

Gerade bei Patientenverfügungen ist die Gefahr einer (unbewussten) ergänzenden Auslegung mangels Möglichkeit, den Verfasser der Erklärung selbst zu befragen, besonders groß. Es erfordert eine bewusste Kenntnis und Reflexion der eigenen Überzeugungen und Wertvorstellungen, um den Inhalt einer Patientenverfügung überhaupt vor dem Hintergrund der Überzeugungen und Wertvorstellungen des Betroffenen und nicht der eigenen interpretieren zu können.⁴⁹

Festzuhalten ist andererseits, dass eine ergänzende Auslegung von Patientenverfügungen nicht unzulässig ist. Passt die Verfügung nicht auf die konkret vorliegende Situation, ist sie im Gegenteil ergänzend auszulegen, um aus ihr Wünsche und Vorstellungen des Verfassers für die aktuell vorliegende Situation abzuleiten. Es wird dann jedoch eine stellvertretende Entscheidung des Betreuers oder Bevollmächtigten erforderlich. Die ergänzend ausgelegte Patientenverfügung bildet einen – wesentlichen – Baustein bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen.

Zu beachten ist, dass für die Frage nach dem Inhalt einer Patientenverfügung grundsätzlich nur Umstände bis zum Zeitpunkt des Verfassens der Erklärung zur Deutung heranzuziehen sind. Äußerungen, Verhaltensweisen usw. des Betroffenen nach dem Verfassen der Patientenverfügung sind für die Auslegung des Inhalts der Verfügung nur insoweit beachtlich als sie Hinweise auf den Willen des Betroffenen zum Zeitpunkt des Verfassens der Erklärung ermöglichen. Im Übrigen sind sie nur ein Anhaltspunkt für den mutmaßlichen Willen des Betroffenen oder einen Widerruf der Erklärung.

Bezugszeitpunkt einer ergänzenden Auslegung ist – anders als bei einer von Testamenten – nicht der Moment der Errichtung der Verfügung, sondern derjenige, in dem die Entscheidung am Lebensende zu treffen ist. Ebenso ist nicht erforderlich, dass sich beim Vorliegen einer schriftlichen Patientenverfügung in dieser eine Andeutung für die gewählte Auslegung finden lässt, da eine Patientenverfügung keiner Form bedarf.⁵⁰ Hingegen gilt wie für Testamente in § 2085 BGB ausdrücklich festgelegt, dass die Unwirksamkeit einer von mehreren in einer Patientenverfügung getroffenen Festlegungen nicht die Unwirksamkeit der übrigen zur Folge hat, wenn anzunehmen ist, dass der Betroffene diese Verfügungen auch ohne die unwirksame getroffen

49 Zur Unterscheidung Subjekt Betreuer – Subjekt Betreuer, Krüger BtPrax 2008, 11, 13 ff.

50 Vgl. Roth JZ 2004, 494, 499.

haben würde. So ist eine Patientenverfügung nicht insgesamt unwirksam, weil in ihr der Wunsch nach einer gesetzlich verbotenen, aktiven Sterbehilfe geäußert wird.⁵¹ Ebenso kann ein Betroffener nach überwiegender Ansicht⁵² seine Basisversorgung – zu der die enterale Sondenernährung⁵³ jedoch nicht zu zählen ist – durch eine Patientenverfügung nicht wirksam ausschließen.

VIII. Feststellen des Inhalts der Patientenverfügung

Als Ergebnis des Prozesses der Auslegung einer Patientenverfügung kommen folgende Feststellungen in Betracht:

1. Konkrete Vorgaben, Passgenauigkeit für aktuelle Situation: keine stellvertretende Entscheidung

Die Patientenverfügung enthält hinreichend konkrete Anhaltspunkte für die Vorgehensweise in der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation, und der Betroffene hat eine Bindung des Betreuers oder Bevollmächtigten angestrebt. Da auch kein Widerruf der Erklärung erfolgte, liegt eine den Betreuer bzw. Bevollmächtigten bindende Entscheidung des Betroffenen vor, die es umzusetzen gilt. Eine hinreichend konkrete Angaben enthaltende Patientenverfügung nahm beispielsweise das LG Essen⁵⁴ bei folgendem Wortlaut einer Erklärungen an: „Wird nach bestem Wissen und Gewissen festgestellt, dass jede lebenserhaltende Maßnahme ohne Aussicht auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens mit eigener Persönlichkeitsgestaltung ist, sollen an mir keine lebensverlängernden Maßnahmen (wie z.B. Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse, künstliche Ernährung durch Magensonde oder Magenfidel) durchgeführt werden, wie sie durch technische Errungenschaften der Intensivmedizin möglich sind.“ Da das Gericht davon ausging, dass die Anweisungen auch die konkrete Lebens- und Behandlungssituation der Betroffenen umfassten – einen Zustand nach Schlaganfall bei primär linkshirnigem Insult, nach dem nicht im Wesentlichen nur noch vegetative Funktionen erhalten geblieben waren –, genehmigte das Gericht die Entscheidung des Betreuers, die Ernährung über eine PEG-Sonde zu beenden.

2. Konkrete Vorgaben, Wunsch nach stellvertretender Entscheidung: stellvertretende Entscheidung

Die Patientenverfügung enthält hinreichend konkrete Anhaltspunkte für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation, aber der Betroffene hat keine Bindung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten angestrebt, sondern wollte diesen eine stellvertretende Entscheidung überlassen. Wie in der zuvor genannten Konstellation ist die Patientenverfügung entscheidender Maßstab für die stellvertretende Entscheidung des Betreuers oder Bevollmächtigten.

51 Gesetzentwurf-Stünker et al. BT-Drs. 16/8442, 8 f.

52 Vgl. Gesetzentwurf-Stünker et al. BT-Drs. 16/8442, 13; OLG Düsseldorf, Beschluss v. 14.8.2007, Akz. I-25 Wx 71/07, BtMan 2008, 100 (LS) = FamRZ 2008, 1283.

53 Nicht geklärt scheint die Frage, ob zur Basisversorgung auch Flüssigkeits- und Schmerzmittelzufuhr mittels PEG-Sonde (zumindest dann) zählen, wenn eine PEG-Sonde bereits vor dem Zeitpunkt der Entscheidung gelegt worden war, vgl. Gesetzentwurf-Stünker et al. BT-Drs. 16/8442, 13; OLG Düsseldorf, Beschluss v. 14.8.2007, Az. I-25 Wx 71/07, BtMan 2008, 100 (LS) = FamRZ 2008, 1283; und insbesondere die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄBl. A 2004, 1298 f.

54 LG Essen, NJW 2008, 1170 ff. = ZfL 2008, 22; das AG hatte als Vorinstanz die Auffassung vertreten, es sei fraglich, ob die Verfasserin eine Regelung auch für den aktuell vorliegenden Situation habe treffen wollen.

3. Konkrete Vorgaben, keine Passgenauigkeit für aktuelle Situation: stellvertretende Entscheidung

Die Patientenverfügung enthält konkrete Anhaltspunkte, die jedoch keine Aussage für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betroffenen treffen. In dieser Konstellation ist die Patientenverfügung von besonderer Bedeutung bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen als Maßstab für die stellvertretende Entscheidung des Betreuers oder Bevollmächtigten.

4. Keine konkreten Vorgaben: stellvertretende Entscheidung

Die Patientenverfügung enthält keine exakten Beschreibungen der Situationen, für die sie gelten soll, und der gewünschten oder abgelehnten ärztlichen Maßnahmen, sondern allein allgemein gehaltene Wünsche und Vorstellungen des Betroffenen, da sich die in der Erklärung benutzten Formulierungen auch unter Hinzuziehen außerhalb der Erklärung liegender Umstände nicht konkretisieren ließen. Eine derartige Patientenverfügung bleibt ein wichtiger Anhaltspunkt für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen. Zur Feststellung des mutmaßlichen Willens eines Betroffenen werden jedoch weitere Anknüpfungspunkte erforderlich sein. Letztlich wird sein Ermitteln nicht immer möglich sein. Eine derartige Situation nahm beispielsweise das AG Siegen⁵⁵ beim Vorliegen der beiden folgenden Erklärungen einer Betroffenen an: „Frau C erklärt hiermit in guter körperlicher und geistiger Verfassung, dass sie im Fall einer ernsthaften, lebensbedrohlichen Erkrankung keine lebensverlängernden Maßnahmen (wie z.B. parenterale Ernährung, maschinelle Beatmung etc.) haben möchte.“ und „Falls ich wegen Alters, Unfall oder Krankheit medizinisch behandelt werden muss, ist es mein unbedingter Wille, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen ergriffen werden, wenn ein menschenwürdiges Weiterleben nicht gewährleistet ist. Gleiches gilt für die Anwendung von Behandlungen und Verabreichung von Medikamenten“. Nach Ansicht des Gerichts war insbesondere nicht mit hinreichender Sicherheit feststellbar, ob das Stadium der Demenz, in dem sich die Betroffene zum Entscheidungszeitpunkt befand, als eine „ernsthafte, lebensbedrohliche Erkrankung“ im Sinne der Betroffenen aufzufassen sei, und was die Betroffene unter „lebenserhaltenden Maßnahmen“ und „menschenwürdiges Weiterleben“ verstanden habe.

Ergibt die Auslegung, dass eine bindende Patientenverfügung nicht vorliegt und lässt sich auch ein mutmaßlicher Wille nicht ermitteln, ist entsprechend dem Rang des Rechtsguts Leben dem Schutz des Lebens Vorrang einzuräumen, solange ein ärztliches Behandlungsangebot vorliegt, denn dem Rechtsgut Leben steht dann nicht ein Recht des Betroffenen auf Selbstbestimmung gegenüber.⁵⁶

IX. Auslegung durch Gerichte

1. Auslegung durch Betreuungsrichter

Nach § 1904 Abs. 4, 5 BGB-E Gesetzentwurf-Stünker et al. ist eine betreuungsgerichtliche Genehmigung nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer bzw. Bevollmächtigten und behandelndem Arzt ein Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten ent-

55 AG Siegen, Beschluss v. 28.9.2007, Az. 33 XVII B 710, BtMan 2008, 27 = GesR 2008, 247 = PflR 2008, 183.

56 So auch Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 16; AG Siegen, Beschluss v. 28.9.2007, Az. 33 XVII B 710, BtMan 2008, 27 = GesR 2008, 247 = PflR 2008, 183.

spricht. Durch den Entwurf soll die Rechtsprechung des BGH⁵⁷ zur Genehmigungsbedürftigkeit von Entscheidungen am Lebensende fortgesetzt werden, nach der ein betreuungsgerichtliches Verfahren einen geeigneten Rahmen für die Prüfung der Frage darstellt, ob ein Betreuer bzw. Bevollmächtigter den in einer Patientenverfügung geäußerten Willen eines Betroffenen erschöpfend ermittelt hat, und um für alle Beteiligten verbindlich festzustellen, dass eine vom Betreuer bzw. Bevollmächtigten gewünschte Einstellung der Behandlung in der konkreten Lebens- und Behandlungssituation dem Willen eines Betroffenen entspricht.⁵⁸ Das Betreuungsgericht kommt zugleich seinen Überwachungs- und Aufsichtspflichten nach, §§ 1908i Abs. 1 Satz 1, 1837 Abs. 2 BGB.

Nicht ganz eindeutig ist der Entwurf im Hinblick auf die Frage, ob ein Genehmigungsverfahren nur bei Meinungsdivergenzen zwischen Betreuer bzw. Bevollmächtigten und behandelndem Arzt oder auch in den Fällen durchgeführt werden kann, in denen jeder der an der Auslegung Beteiligten sich selbst nicht sicher ist, welchen Inhalt eine Patientenverfügung hat bzw. wie der (mutmaßliche) Wille des Betroffenen lautet, quasi ein Konsens über die Mehrdeutigkeit besteht,⁵⁹ was insbesondere bei bloß mündlichen Patientenverfügungen oft der Fall sein dürfte.⁶⁰ Problematisch an letzterer Auffassung ist, dass das Gericht in diesen Fällen letztlich nicht mehr die Entscheidung eines Betreuers oder Bevollmächtigten (nicht) genehmigt, sondern eine eigene Sachentscheidung trifft. Die Aufsichts- und Kontrollfunktion des Gerichts und seine gegenüber denen von Betreuer, Bevollmächtigten und Arzt weitgehenderen Möglichkeiten zur Feststellung des Sachverhalts, sprechen nach hier vertretener Ansicht gleichwohl dafür, dass in allen Konstellationen, in denen sich Betreuer bzw. Bevollmächtigter und behandelnder Arzt über die Auslegung der Verfügung, ihren Widerruf und ihre Passgenauigkeit für die aktuelle Situation nicht sicher sind, ein gerichtliches Verfahren durchzuführen ist.⁶¹ Ob sich bei einer derartigen Auslegung einer Regelung wie der im Gesetzentwurf-Stünker et al.⁶² vorgeschlagenen, die Anzahl der betreuungsgerichtlichen Verfahren nicht erhöhen würde, bliebe abzuwarten.

Ein betreuungsgerichtliches Verfahren kann als Amtsverfahren durch einen Betreuer bzw. Bevollmächtigten, den behandelnden Arzt oder durch Dritte angeregt werden, § 24 FamFG. Nach dem Gesetzentwurf-Stünker et al. ist für den Betroffenen zwingend ein Verfahrenspfleger zu bestellen, § 67 Abs. 1 FGG-E, und hat das Gericht vor seiner Entscheidung das Gutachten eines Sachverständigen einzuholen, § 69d Abs. 2 FGG-E. Zudem sind nach § 69g Abs. 1 Satz 1 FGG-E unbeschadet des § 20 FGG auch der Ehegatte bzw. Lebenspartner eines Betroffenen, diejenigen, die mit dem Betroffenen in gerader Linie verwandt oder verschwägert, in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandt sind sowie die zuständige Behörde beschwerdeberechtigt. Zur Wahrung effektiver Beschwerdemöglichkeiten wird eine genehmigende Entscheidung erst

57 BGHZ 154, 205 ff. = BtPrax 2003, 123 ff. = FamRZ 2003, 748 = NJW 2003, 1588.

58 Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 10 f.

59 Vgl. Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 3: „bedürfen bei Zweifeln über den Patientenwillen der Genehmigung“, 12: „wenn zwischen behandelndem Arzt und Betreuer unterschiedliche Auffassungen über den Patientenwillen bestehen“, 19: „bei unterschiedlichen Auffassungen oder bei Zweifeln des behandelnden Arztes und des Betreuers über den Behandlungswillen“.

60 Roth JZ 2004, 494, 502.

61 Abzulehnen ist die Auffassung des LG Essen NJW 2008, 1170 ff. = ZfL 2008, 22, nach dem eine Genehmigungsbedürftigkeit auch bei Einvernehmen bereits dann besteht, wenn über einen längeren Zeitraum eine künstliche Ernährung durchgeführt wurde; ähnlich wie LG Essen LG Waldshut-Tiengen FamRZ 2007, 79 ff. = ArztR 2007, 48 = NJW 2006, 2270 = PflR 2007, 131.

62 So Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 19; hingegen wie hier eher wachsende Bedeutung des Betreuungsrichters Höfling FPR 2007, 67, 69.

zwei Wochen nach Bekanntgabe an den Betreuer oder Bevollmächtigten sowie an den Verfahrenspfleger wirksam, § 69d Abs. 2 Satz 2 FGG-E.

2. Auslegung durch Zivil- und Strafrichter

Im Hinblick auf Schadenersatzansprüche von Erben eines Betroffenen – beispielsweise bei einer Weigerung eine im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt vom Betreuer getroffene Entscheidung umzusetzen⁶³ –, und eine mögliche Strafbarkeit von Betreuer bzw. Bevollmächtigten, behandelndem Arzt oder Pflegenden – beispielsweise bei sachfremden Zusammenwirken von Arzt und Betreuer⁶⁴ – werden im Einzelfall auch Zivil- und Strafrichter Patientenverfügung⁶⁵ auszulegen haben.

X. Fazit

Unabhängig davon, welche Regelungen der Gesetzgeber letztlich beschließen wird, wird die Bewertung einer Patientenverfügung im Hinblick auf ihre Bedeutung für eine konkrete Situation am Lebensende die an einer Entscheidung Beteiligten meist vor schwierige Fragen stellen. Sie wird die Beteiligten zudem auch nach Wahl einer Vorgehensweise mit der Unsicherheit zurücklassen, ob dem Willen des Betroffenen entsprochen wurde. Gerade deswegen sind Verfahren und Standards zu entwickeln, die für den Einzelfall eine hilfreiche Orientierung „auf der Suche“ nach dem Willen Betroffener geben können – im Interesse der Selbstbestimmung Betroffener ebenso wie zur (rechtlichen und emotionalen) Absicherung der an Entscheidungen und deren Umsetzung Beteiligten.

63 Vgl. LG Traunstein PflR 2006, 390 ff.

64 Gesetzentwurf-Stünker, BT-Drs. 16/8442, 12.

65 Vgl. die Verfassenseinstellung in einem Strafverfahren gegen einen Vormundschaftsrichter wegen Körperverletzung im Amt, BtPrax 2008, 90 f. = FamRZ 2008, 1029 f.

Ärztliches Konsil in lebensbedrohlichen Situationen

Arbeitsgruppe 13

Moderation: *Dr. Klaus Kobert, Sybille M.Meier*

Beitrag: *Sybille M. Meier*

Die Arbeitsgruppe hatte einen interdisziplinären Ansatz. Es wurden zunächst die Aufgaben und die Funktion eines ethischen Konsils in lebensbedrohlichen Situationen aus der Sicht des klinischen Ethikers Dr. Klaus Kobert, Anästhesist und Intensivmediziner, der langjährig am Evangelischen Krankenhaus in Bielefeld das dortige klinische Ethikkomitee leitet, vorgestellt.

I. Das ethische Konsil in lebensbedrohlichen Situationen

Der renommierte Psychiater Prof. Dr. Dörner sagte einmal: „Ein Gespenst geht um in der Medizin – die Ethik.“ Gerade für Anästhesisten bestehen viele Fortbildungsmöglichkeiten in klinischer Ethik. Generell kann gesagt werden, dass in den operativen Fächern (Chirurgie, Orthopädie etc.) eine größere Aufgeschlossenheit für Patientenverfügungen besteht. Im klinischen Alltag kann die Ethikarbeit nur dann erfolgreich sein, wenn sie von den Klinikleitungen und den Pflegenden getragen wird. Leider haben deutschlandweit nur 250 Krankenhäuser ein Ethikkomitee. Dabei wirft das Sterben im Krankenhaus größte Probleme im Stationsalltag auf. Die Schwestern schaffen es in Folge von Arbeitsbelastung nicht, Sterbenden die Hand zu halten. Dies wäre umso dringlicher, als nach neueren Statistiken überwiegend die Menschen im Krankenhaus versterben. Dementsprechend forderte die Zentrale Ethikkommissionen der Bundesärztekammer 2006 alle Krankenhäuser auf, klinische Ethikberatungen zu implementieren¹. Die praktische Relevanz der Ethikberatung kommt ebenso in dem Entwurf von MdB Bosbach² zum Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts zum Ausdruck, in dem es unter anderem heißt, dass bei der Beratung von Betreuer und behandelndem Arzt über die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung in eine lebenserhaltende Maßnahme in der Regel ein beratendes Konsil sinnvoll ist. In den USA sind Ethikkomitees verpflichtender Qualitätsstandard und seit 1993 Voraussetzung für die Akkreditierung von Krankenhäusern.

Zu den Aufgaben eines klinischen Ethikkomitees im Einzelnen:

- Umsetzung von Patientenverfügungen,
- beratendes Gremium der Geschäftsführung und Abteilungen,
- Ausbildung von Personal und Mitgliedern,
- Hospizarbeit,
- Fallbesprechungen.

Zu den Methoden eines Ethikkonsils:

Beteiligte Personen: Pflegekräfte, Seelsorger, Angehörige, behandelnder Arzt. Alle Beteiligte sind zur Vertraulichkeit verpflichtet.

- Datensammlung: der behandelnde Arzt schildert die Krankengeschichte. Es wird herausgearbeitet, wie das moralische Problem lautet.

1 Deutsches Ärzteblatt 2006, Jahrgang 103, A 1455 ff.

2 BT-Drucks. 16/1130, § 1904 Abs. 4 BGB.

- Es werden Argumente aus der jeweiligen Sicht der Beteiligten vorgetragen und abgewogen. Welche Handlungsoptionen bestehen?
- Es wird eine konsensuale Entscheidung angestrebt.
- Letztendlich liegt die haftungsrechtliche Verantwortlichkeit bei den behandelnden Ärzten und gesetzlichen Vertretern des Patienten.

Die Vorteile eines Ethikkomitees bestehen in der Teilnahme eines externen Moderators, der emotional nicht in den Vorgang involviert ist und keine Beziehung zum Patienten hat. Außerdem ist er nicht Teil der Abteilungshierarchie. In das Ethikkomitee sind Angehörige einzubinden. Sie stellen eine wichtige Informationsquelle dar, insbesondere in den Fällen, in denen der Patient keine schriftliche Patientenverfügung in gesunden Tagen verfasst hat. Durch das Komitee nehmen die Angehörigen an dem Prozess der Entscheidungsfindung teil. Ziel ist es, für die Angehörigen seelische Belastungen in den Grenzfällen am Lebensende zu reduzieren. Ferner besteht für die Angehörigen die Möglichkeit, nach dem Komitee seelsorgerisch unterstützt zu werden.

Die Betreuer werden ebenso aktiv an der Entscheidungsfindung beteiligt. Häufig kommt es erst zu einer Betreuerbestellung, wenn eine Entscheidung über die Vornahme einer passiven Sterbehilfe ansteht. Die gesetzlichen Betreuer lernen erstmalig den äußerungsunfähigen Betreuten in einer solchen Situation kennen, ohne Näheres über seine Biografie und Lebenseinstellungen zu wissen. Betreuer haben in diesem Prozess eine tragende Rolle: Sie sind zum Vertreter des Patienten berufen und haben dessen Willen nach § 1901 Abs. 3 BGB zu realisieren. Letztlich ist von dem Betreuer zu verantworten, ob eine lebenserhaltende medizinische Maßnahme durchgeführt wird oder nicht. Sieht sich ein Betreuer erstmals mit einer derartigen Fragestellung konfrontiert, stellt sich diese Anforderung als eine ganz besonders schwierige, kaum zu bewältigende Aufgabe dar. Die Durchführung eines Ethikkomitees ist von daher für den Betreuer eine Möglichkeit, die Verantwortung für die zu treffende Entscheidung auf mehrere Schultern zu verteilen und stellt sich damit als haftungsentlastend dar. Von daher ist vor jeder Therapieeinschränkung ein Ethikkomitee sinnvoll.

Auf Seiten des Arztes besteht das Ziel der Intensivtherapie darin, „dem Patienten ein Leben zu erhalten, zu dem er nach überstandener Bedrohung ja sagen kann“.³

Eine Indikation für ein Ethikkomitee besteht in den nachfolgend exemplarisch aufgeführten Situationen:

- Konflikte zwischen beteiligten Personen,
- Divergierende Wertvorstellungen,
- Unsicherheiten über den Patientenwillen,
- Juristische Überprüfung einer unklaren Situation.

Dabei geht es immer um die Abklärung des ethischen Fundaments der Behandlung. Der Patientenwille ist die oberste Messlatte für die von einem Ethikkomitee zu treffende Entscheidung. Der Patientenwille ist im Lichte der medizinischen Indikation einer weiteren Behandlung abzuklären, wobei die Prognose der Erkrankung unter Beachtung der Nutzen/Risiko-Relation zu berücksichtigen ist. Gerade im Falle einer Prognoseunsicherheit besteht ärztlicherseits die Neigung, Maximaltherapien anzuwenden – gemäß dem Grundsatz: in dubio pro vita. Damit steht man haftungsrechtlich nicht auf der sicheren Seite, entgegen einem weit verbreiteten Irrglauben. Bei Anwendung

3 Salomon, Leben erhalten und Sterben ermöglichen, Der Anästhesist 2006, 64 ff.

einer Maximaltherapie wird juristisch gesehen die Patientenautonomie missachtet und moralisch dem Patienten Unrecht getan.

II. Haftungsrechtliche Entscheidungen zum Recht am Lebensende

In einem zweiten, juristischen Teil wurden die Entwicklungslinien der Rechtsprechung zum Recht am Lebensende vorgestellt. Das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts fußt auf den nachstehenden Entscheidungen und greift diese explizit auf. Die Rechtsentwicklung nahm ihren Ausgang mit der so genannten Kemptener Entscheidung des Bundesgerichtshofes (im Folgenden: BGH). Dem Sachverhalt lag die Konstellation zu Grunde, dass der Sohn einer äßerungsunfähigen Betreuten sich mit dem behandelnden Arzt verständigte, die künstliche Ernährung der Betroffenen mittels einer PEG-Sonde einzustellen, wobei beiden bewusst war, dass dies unweigerlich zum Tode führen würde. Das Pflegepersonal des Pflegeheimes, in dem sich die Betroffene aufhielt, erstattete gegen den Sohn und den Arzt Strafanzeige. Der Bundesgerichtshof statuierte in seinen Leitsätzen:⁴

„Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.“

An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierzu kommt es auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.“

Das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009 und nimmt in § 1901a Abs. 2 Satz 2 und 3 BGB diese Rechtsprechung auf. Allerdings wird auf das Kriterium „Erleiden von Schmerzen“ verzichtet.

Eine weitere, wichtige Entscheidung stellt der Beschluss des OLG Frankfurt am Main⁵ dar. Die demente Betreute befand sich seit mehreren Jahren in einem äßerungsunfähigen Zustand. Die Tochter, ihre Betreuerin, beantragte bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht die Genehmigung zum Abbruch der künstlichen Ernährung. Die Vorinstanzen, das Amtsgericht Frankfurt und das Landgericht Frankfurt am Main, lehnten eine Entscheidung ab mit Hinblick auf § 1904 BGB. Dieser regelt nicht die Genehmigung eines Eingriffs, der das Ziel des Todes verfolge. Diese Vorschrift bezwecke vielmehr den Schutz der betreuten Personen vor gefährlichen ärztlichen Heileingriffen, die zum Tode führen könnten. Das OLG Frankfurt am Main hob die Vorentscheidungen auf. Entscheidend waren die eidesstattliche Versicherungen der Tochter und des Sohnes, die bekundeten, die Betroffene habe sich anlässlich des Todes von Angehörigen gegen ein langes Siechtum und eine künstliche Lebensverlängerung ausgesprochen. Nun befinde sie sich exakt in einem solchen Zustand. Das OLG Frankfurt am Main statuierte in seinem Leitsatz:

„Bei einem irreversibel hirngeschädigten Betroffenen ist der Abbruch der Ernährung durch eine PEG-Magensonde in entsprechender Anwendung des § 1904 BGB vormundschaftsgerichtlich zu genehmigen. Hierbei ist insbesondere eine mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen zu berücksichtigen.“

4 BGHSt NJW 1995, 204.

5 BtPrax 1998, 186 f.

Unter Berufung auf die vorgenannte Kemptener Entscheidung sprach sich das OLG Frankfurt am Main für eine analoge Anwendung des § 1904 BGB auf Fallgestaltungen der passiven Sterbehilfe aus.

Im Jahre 2003 hatte der BGH in einem ähnlich gelagerten Fall über eine betreuereits beantragte vormundschaftsgerichtliche Genehmigung zum Abbruch der künstlichen Ernährung zu entscheiden. Die betreute Person hatte einen hypoxischen Gehirnschaden erlitten. In einwilligungsfähigem Zustand hatte der Betreute eine Patientenverfügung verfasst, in dem er sich für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit gegen weitere medizinische Behandlungen aussprach.

Der Bundesgerichtshof stellte folgende Rechtsgrundsätze auf:⁶

Eine vormundschaftsgerichtliches Genehmigungsverfahren zum Abbruch oder Unterbleiben lebenserhaltender oder –verlängernder Maßnahmen (analog § 1904 BGB) ist bei Vorliegen folgender Voraussetzungen zu initiieren:

- Einwilligungsunfähigkeit des Betreuten,
- Vorliegen eines ärztlichen Behandlungsangebots,
- Dissens zwischen Betreuer und Arzt über die weitere Behandlung,
- Krankheit des Betroffenen muss einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen haben.

Wegen der zuletzt genannten Voraussetzung unterlag die Entscheidung großer Kritik. Insbesondere wurde moniert, dass bei der großen Gruppe der Wachkomapatienten und der dementen Patienten kein Behandlungsabbruch vorgenommen werden könne – mangels Vorliegens eines Krankheitsbildes, das einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen habe. Entscheidend aber war, dass der Bundesgerichtshof das Erfordernis einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bei einem Fall des Vorliegens eines Konsenses zwischen Arzt und Betreuer dahingehend, keine weitere Behandlung/künstliche Ernährung mehr durchzuführen sei, einschränkte. Die Anrufung des Vormundschaftsgerichts wurde damit auf das Vorliegen einer Dissenssituation zwischen Arzt und Betreuer beschränkt.

Die vorstehenden Rechtsgrundsätze präziserte der Bundesgerichtshof in dem so genannten Kiefernfelder Fall.⁷ Dort heißt es im Leitsatz:

„Verlangt der Betreuer in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt, dass die künstliche Ernährung des betreuten einwilligungsunfähigen Patienten eingestellt wird, so kann das Pflegeheim diesem Verlangen jedenfalls nicht den Heimvertrag entgegensetzen. Auch die Gewissensfreiheit des Pflegepersonals rechtfertigt für sich genommen die Fortsetzung der künstlichen Ernährung in einem solchen Fall nicht (im Anschluss an BGHZ 154, 205).“

Der Betreute war nach einem fehlgeschlagenen Selbstmordversuch Wachkomapatient und befand sich in einem Pflegeheim. Sein Vater, der Betreuer, verlangte in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt von dem Pflegepersonal des Heimes die Einstellung der künstlichen Ernährung. Das Pflegeheim lehnte dies ab mit Hinblick auf die Gewissensfreiheit des Pflegepersonals, Art. 4 GG. Der Betreuer unterlag prozessual in beiden Vorinstanzen (LG Traunstein und OLG München). Zwischenzeitlich war die Betreute an einer natürlichen Ursache verstorbenen. Der BGH fällte von daher nur noch einen Beschluss über die Kosten des Rechtsstreits, nahm den Fall jedoch

6 BGHZ 154, 205 ff. = BtPrax 2003, 123 ff.

7 BGH, Beschluss vom 8.6.2005 – XII ZB 173/03; www.bundesgerichtshof.de.

zum Anlass, grundsätzlich noch einmal die Rechtslage darzulegen. Explizit bezeichnete der BGH eine gegen den Willen des Patienten durchgeführte künstliche Ernährung als einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten, der seiner Einwilligung bedarf. Damit grenzte sich der BGH von der Auffassung der Bundesärztekammer ab, die in den alten Richtlinien zur Sterbehilfe 1994 das Stillen von Hunger und Durst bei einem Menschen als Basispflege deklarierte und nicht als einen der Zustimmung eines Patienten unterliegenden ärztlichen Heileingriff, der nach der Judikatur tatbestandsmäßig als eine Körperverletzung im Sinne des § 223 StGB zu qualifizieren ist.⁸ Eine gegen den Willen des Betreuten durchgeführte künstliche Ernährung ist somit als unzulässige und schadensersatzbegründende Zwangsbehandlung im Sinne des § 823 BGB anzusehen. Wird eine bereits begonnene künstliche Ernährung gegen den Willen eines Patienten/Betreuten fortgesetzt, hat dieser einen Anspruch auf Unterlassung nach § 1004 BGB. Es obliegt dem Betreuer, dem Willen des Betreuten nach Maßgabe des § 1901 BGB Geltung zu verschaffen. Die Gewissensfreiheit der Pflegekräfte, Art. 4 GG, kann dahinstehen. Eine Kontrollzuständigkeit des Vormundschafts-/Betreuungsgerichts nach § 1904 BGB ist nur im Falle eines Dissenses zwischen Betreuer und behandelnden Arzt gegeben. Insoweit kam der Bundesgerichtshof auf die Rechtsgrundsätze seiner Vorgängerentscheidung aus dem Jahre 2003 zurück.

Die vorstehende Rechtsprechung hat folgende Konsequenzen für die einzelnen Akteure :

- Die Pflegekräfte haben den Willen des Patienten zu respektieren. Beschließen der Arzt und der Betreuer einvernehmlich, die künstliche Ernährung eines Betreuten einzustellen, ist dies pflegerisch umzusetzen. Ist dies mit konfessionellen Grundsätzen nicht zu vereinbaren, liegt unter Umständen ein wichtiger Grund vor, den Heimvertrag zu kündigen.
- Angehörigen und Vertrauenspersonen kommt eine wichtige Rolle zu bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines Patienten /Betreuten, insbesondere dann, wenn dieser keine schriftliche Patientenverfügung verfasste beziehungsweise eine solche vorliegt, diese aber nicht die konkrete Behandlungssituation beschreibt.
- Der Arzt unterbreitet dem Betreuer im Falle eines einwilligungsunfähigen Betreuten ein Behandlungsangebot nach Maßgabe des fachärztlichen Standards in der jeweiligen Weiterbildungsdisziplin.
- Der Betreuer hat die Wünsche des Betreuten nach § 1901 Abs. 3 BGB zu wahren. Es ist zu fragen, welche Entscheidung der Betreute getroffen hätte. Danach bemisst sich Annahme oder Ablehnung des ärztlichen Behandlungsangebotes. Liegt eine wirksame schriftliche Patientenverfügung vor, die auf die Behandlungssituation zutrifft und nicht widerrufen wurde, ist diese von dem Betreuer umzusetzen.

8 BGHSt 11, 111, 113 (Myom-Urteil).

Die Zwangsbehandlung eines Betreuten nach der aktuellen Rechtsprechung

Arbeitsgruppe 3

Moderation: *Prof. Dr. Petra Garlipp, Joachim-Homeyer-Broßat, Prof. Dr. Volker Lipp, Annette Loer*

Beitrag: *Prof. Dr. Volker Lipp*

I. Überblick

Der Streit, ob eine Zwangsbehandlung von Kranken auf betreuungsrechtlicher Grundlage zulässig ist, und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen, begleitet das Betreuungsrecht von Anfang an. Der Bundesgerichtshof hat sich bereits dreimal dazu geäußert;¹ dazu kommen zahlreiche weitere gerichtliche Entscheidungen und Stellungnahmen in der Literatur. Auch der VGT hat sich mehrfach mit diesem Thema beschäftigt. Nach der jüngsten Entscheidung des BGH vom 23.1.2008² kann man inzwischen viele grundsätzliche Fragen als geklärt betrachten.³ Offen ist jedoch, wie diese Grundsätze der Rechtsprechung in die tägliche Praxis umgesetzt werden können.

Die AG hat sich intensiv damit beschäftigt, diese Grundsätze aus juristischer, aus ärztlicher und aus der Sicht der Praxis der Betreuer und Gerichte zu konkretisieren, und sie anhand einiger Fallbeispiele aus der Praxis zu diskutieren. Hier dürfte noch viel Arbeit nötig sein, um zu Leitlinien für die Praxis zu gelangen, die sowohl den ärztlichen als auch den rechtlichen Anforderungen genügen und in der alltäglichen Arbeit praktikabel sind. Die AG hat dazu erste Schritte unternommen; weitere werden folgen müssen.

Im nachfolgenden Beitrag geht es zunächst einmal darum, die **rechtlichen Grundlagen** darzustellen und zu erläutern, wie sie sich nach der aktuellen Rechtsprechung darstellen. Die ärztliche Sicht stellt Petra Garlipp in einem zweiten Beitrag dar (siehe Seite 119).

II. Grundlagen

Ausgangspunkt der Betrachtung muss die Einsicht sein, dass auch eine Zwangsbehandlung im Kern zunächst eine ärztliche Behandlung darstellt. In der Diskussion um den „Zwang im Betreuungsrecht“ wird nämlich häufig übersehen, dass eine Zwangsbehandlung als ärztliche Behandlung sowohl den allgemeinen Bedingungen für die Zulässigkeit einer ärztlichen Behandlung genügen, als auch die besonderen Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung erfüllen muss. Thesenartig formuliert ist die Zwangsbehandlung „**Behandlung + Zwang**“. Dementsprechend müssen sowohl die Behandlung als auch der Zwang zur Behandlung gerechtfertigt sein.

1 BGHZ 145, 297 = BtPrax 2001, 32; BGH BtPrax 2006, 145 ff.; BGH BtPrax 2008, 115 ff.

2 BtPrax 2008, 115 ff.

3 Vgl. dazu nur Brosey, BtPrax 2008, 108 ff.; Elsbernd/Stolz, BtPrax 2008, 57 ff.; Lipp, BtPrax 2008, 51 (55 f.).

III. Voraussetzungen für die ärztliche Behandlung⁴

1. Überblick

Eine ärztliche Behandlung ist regelmäßig dann rechtmäßig, wenn sie (1.) medizinisch indiziert ist, (2.) der ordnungsgemäß aufgeklärte Patient einwilligt und sie (3.) *lege artis* durchgeführt wird.

(1.) Unter **medizinischer Indikation** versteht man den Grund für die Durchführung einer ärztlichen Behandlung. Sie ist das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall. Zum einen wird die Indikation daher durch objektive Faktoren bestimmt. Hierzu zählen z.B. Leitlinien und fachliche Standards. Zum anderen spielen patientenbezogene Faktoren eine Rolle. Dies sind insbesondere Ziele der Behandlung des konkreten Patienten, seine Krankheit und sein Allgemeinzustand. Die Indikationsstellung erfolgt durch eine Abwägung von Nutzen und Risiken der ärztlichen Maßnahme. Ist danach eine Maßnahme medizinisch gesehen geboten, ist sie indiziert. Dann muss der Arzt eine Behandlung anbieten. Ist sie sinnlos, ist sie medizinisch nicht indiziert. Eine Kontraindikation – als Gegenteil der Indikation – liegt vor, wenn die ärztliche Maßnahme mehr Schaden als Nutzen für den Patienten in sich birgt. In diesem Fall ist es dem Arzt untersagt, eine Behandlung durchzuführen.

Der Arzt hat bei der Erarbeitung („Stellen“) der medizinischen Indikation den Patienten einzubeziehen. Dies vollzieht sich daher in einem kommunikativen Prozess zwischen Arzt und Patient. Die Beurteilung, ob und wann eine Maßnahme indiziert ist, hat jedoch allein der Arzt zu verantworten, denn er verfügt über die fachliche Kompetenz. Er trägt die rechtliche Letztverantwortung für die Indikation als fachliches Urteil.

(2.) Dem Patienten steht es aufgrund seiner Patientenautonomie frei, der angebotenen Maßnahme zuzustimmen oder sie abzulehnen. Dies ist die Doktrin des sog. **informed consent**, also der auf einer Aufklärung beruhenden Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme. Die Patientenautonomie basiert auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Der Patient entscheidet unter Zugrundelegung seiner Werte, religiösen Vorstellungen und Wünsche darüber, ob er die vom Arzt angebotene Behandlung durchführen lassen will oder nicht. Er definiert, was seinem Wohl entspricht. Der Arzt hat ihn auf mögliche Konsequenzen hinzuweisen; bevormunden und seine eigenen Vorstellungen durchsetzen darf er nicht.

(3.) Schließlich ist die Behandlung **lege artis durchzuführen**, also unter Beachtung der anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst. Der Arzt muss sich an Regeln halten, die bereits als hinreichend erprobt gelten, und er darf erst dann zu einer weniger bewährten Methode greifen, wenn ihm die Standardbehandlung im Einzelfall weniger Erfolg versprechend oder gar schädlich erscheint.

2. Die Aufgabe des Betreuers bei der ärztlichen Behandlung

Hat der Betreuer den Aufgabenkreis der Gesundheitspflege, muss er den Betreuten zuvörderst in der Wahrnehmung seiner Rechte und Pflichten als Patient unterstützen. Auch hier gilt: Hilfe und Unterstützung gehen vor! Grundsätzlich liegt die Entscheidung über die Behandlung beim Betreuten, und zwar auch dann, wenn er nicht mehr alle Einzelheiten der Aufklärung versteht. Erst wenn der Betreute selbst auch zu einer Entscheidung über die Behandlung nicht mehr imstande ist, d.h. einwilligungsunfähig ist, darf der Betreuer an seiner Stelle als sein gesetzlicher Vertreter handeln und in die Behandlung einwilligen.

⁴ Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage 2002, § 6 Rn. 1 ff.

In jedem Fall ist der Betreuer der Sachwalter des Patienten und hat dessen Interessen und Wünsche gegenüber dem Arzt zu vertreten. Daher hat der Betreuer auch die Aufgabe, die Diagnose oder die vorgeschlagene Therapie gegebenenfalls kritisch zu hinterfragen.

IV. Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung

1. Überblick

Soll die Behandlung gegen den Willen des Patienten mit (körperlichem) Zwang durchgesetzt werden, müssen zunächst die o.g. allgemeinen Bedingungen erfüllt sein, und zwar sowohl für die Behandlung als auch für den Einsatz von Zwang zu ihrer Durchführung. Beide müssen

- aus ärztlicher Sicht indiziert sein,
- den anerkannten Grundsätzen der Medizin entsprechend durchgeführt werden, und
- auf einer Einwilligung des betreuten Patienten bzw. des Betreuers als seines gesetzlichen Vertreters beruhen, die vom Arzt zuvor entsprechend aufgeklärt worden sind.

Zu beachten ist darüber hinaus, dass der Betreuer nach § 1906 Abs 1 und 4 BGB (Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen) und/oder nach § 1904 Abs. 1 BGB (gefährliche ärztliche Maßnahmen) eine Genehmigung des Vormundschafts-/Betreuungsgerichts benötigt. Sie muss grundsätzlich vorher eingeholt werden. Nur in Eilfällen darf ohne Genehmigung behandelt bzw. die Freiheit entzogen werden; die Genehmigung ist dann unverzüglich nachzuholen (§§ 1904 Abs. 1 Satz 2, 1906 Abs. 2 Satz 2 BGB).

2. Bedeutung der ärztlichen Indikation für die Zwangsbehandlung

Der Bundesgerichtshof hat in drei Entscheidungen betont, dass eine Zwangsbehandlung auf betreuungsrechtlicher Grundlage nur aufgrund einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung erfolgen darf. Diese Grundlage sieht er in § 1906 BGB. Man darf dabei jedoch nicht vergessen, dass sich der Bundesgerichtshof nur mit der Frage zu beschäftigen hatte, ob und wann der Betreuer einer Zwangsbehandlung zustimmen darf. Er hat sich daher nur mit dem dritten und vierten Punkt der vorstehend genannten allgemeinen Voraussetzungen (4.a.) befasst. Die beiden erstgenannten Punkte müssen selbstverständlich ebenfalls erfüllt sein.

Daraus folgt, dass eine Zwangsbehandlung überhaupt nur dann rechtlich zulässig ist, wenn aus ärztlicher Sicht sowohl die Behandlung selbst als auch ihre zwangsweise Durchführung geboten ist und verantwortet werden kann (ärztliche Indikation und Durchführung lege artis).

Die Frage, ob und wann eine Zwangsbehandlung aus ärztlicher Sicht tatsächlich sinnvoll und geboten ist, ist keinesfalls leicht zu beantworten und in der Psychiatrie und der Medizin durchaus umstritten. Es gehört daher zur Aufgabe von Betreuer, Gericht und Gutachter, diese vorrangige Frage aufzuwerfen und kritisch zu prüfen.

3. Wann darf der Betreuer in die Zwangsbehandlung einwilligen?

Da der Betreute der Behandlung widerspricht, kann sie nur durchgeführt werden, wenn der Betreuer als sein gesetzlicher Vertreter (§ 1902 BGB) an seiner Stelle in die

Behandlung und in die zwangsweise Durchführung der Behandlung einwilligen kann. Dabei muss man zwei Aspekte unterscheiden:

- Wann darf der Betreuer gegen den „natürlichen“ bzw. tatsächlichen Willen des Betreuten handeln? – dazu (1.)
- Woran muss sich der Betreuer dann orientieren? – dazu (2.)

(1.) Die Antwort auf die erste Frage ergibt sich einerseits aus § 1901 Abs. 3 Satz 1 BGB, wonach der Betreuer den Wunsch des Betreuten unabhängig von dessen Geschäfts- oder Einwilligungsfähigkeit zu beachten hat, wenn er nicht dessen Wohl widerspricht, und andererseits aus § 1896 Abs. 1a BGB. Für die einzelne Zwangsmaßnahme gegenüber dem Betreuten müssen nämlich dieselben Voraussetzungen beachtet werden wie für die Bestellung eines Betreuers gegen den Willen des Betreuten (d.h. für die so genannte Zwangsbetreuung).

Der Betreuer darf demnach eine Entscheidung gegen den „natürlichen“ Willen (= Wunsch) des Betreuten treffen, wenn⁵

- der Betreute aufgrund seines Zustands in der konkreten Situation nicht mehr eigenverantwortlich („frei“) über die Behandlung entscheiden kann, weil sein „natürlicher Wille“ (= Wunsch) gerade auf der psychischen Krankheit oder Behinderung beruht;
- der Betreute deshalb die konkret anstehende Entscheidung über die ärztliche Behandlung nicht mehr selbst treffen kann und
- das Handeln des Betreuers erforderlich ist, weil die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann, ohne dem Betreuten Schaden zuzufügen.

(2) Ist der „natürliche Wille“ (= Wunsch) des Betreuten unbeachtlich, stellt sich die Frage, woran sich der Betreuer dann orientieren kann und muss. Die Antwort darauf gibt § 1901 Abs. 2 BGB: am „Wohl“ des Betreuten. Das ist, wie Satz 2 deutlich sagt, anhand der Wünsche und Vorstellungen des Betreuten zu bestimmen, also aus Sicht des Betreuten. Der Betreuer hat daher so zu entscheiden, wie der Betreute sich selbst, aber ohne den Einfluss seiner Krankheit oder Behinderung, entschieden hätte. Auch wenn also ein psychisch Kranker die medikamentöse Behandlung ablehnt, weil er krankheitsbedingt glaubt, gesund zu sein, darf der Betreuer gleichwohl nicht einfach der vorgeschlagenen Behandlung zustimmen. Er muss vielmehr fragen, ob der Betreute ohne den Einfluss seiner Krankheit dieser Behandlung zugestimmt hätte. Das macht vor allem dort einen Unterschied, wo es nicht nur eine einzige mögliche Behandlung, sondern verschiedene Behandlungsalternativen gibt, deren Für und Wider untereinander abzuwägen ist.⁶

4. Rechtliche Grundlagen für die Einwilligung des Betreuers in die Zwangsbehandlung

Der Bundesgerichtshof hat in drei Entscheidungen betont, dass eine Zwangsbehandlung auf betreuungsrechtlicher Grundlage nur aufgrund einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung erfolgen darf. Diese Grundlage sieht er in § 1906 BGB. Danach kann man davon ausgehen, dass eine Zwangsbehandlung auf Grundlage einer Einwilligung des Betreuers jedenfalls **im Rahmen der Unterbringung** nach § 1906 Abs. 1 BGB möglich ist. Noch nicht entschieden ist, inwieweit eine Zwangsbehandlung auch allein auf der Grundlage des § 1906 Abs. 4 BGB erfolgen kann.⁷

5 Lipp, BtPrax 2008, 51 (55).

6 Lipp, BtPrax 2008, 51 (55).

7 Dazu Elsbernd/Stolz, BtPrax 2008, 57 ff.; Brosey, BtPrax 2008, 108 ff.

Für die stationäre Zwangsbehandlung gelten die folgenden Grundsätze:⁸

- Die **rechtliche Kompetenz des Betreuers** für eine Unterbringung des Betreuten und für die Zwangsbehandlung selbst ergibt sich aus der Zuweisung eines entsprechenden Aufgabenkreises in Verbindung mit § 1901 Abs. 2 und 3 BGB. Der Aufgabenkreis muss sowohl die Behandlung als auch die Regelung der Fortbewegungsfreiheit umfassen. Neben der **Gesundheitsorge** ist daher die Befugnis zur **Aufenthaltsbestimmung** erforderlich.
- Bei der Entscheidung des Betreuers über die Unterbringung und über die Zwangsbehandlung gelten die bereits dargelegten Regeln über die Entscheidung gegen den Willen des Betreuten (oben 4.c.).
- Der Betreuer bedarf für die Unterbringung zur Zwangsbehandlung der **Genehmigung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB**. Der Widerstand des Betreuten richtet sich in aller Regel gegen die Unterbringung und die Behandlung. Deshalb muss die Genehmigung im Hinblick auf eine bestimmte (Zwangs-) Behandlung erteilt werden und sie nach Art, Dauer und Inhalt festlegen.
- Die **Gesundheitsorge** berechtigt den Betreuer, nach § 1901 Abs. 3 Satz 1 BGB anstelle des einwilligungsunfähigen Betreuten auch gegen dessen Widerspruch in die stationäre (Zwangs-) Behandlung einzuwilligen. Notwendigkeit und Zulässigkeit einer solchen Behandlung sind bereits bei der Genehmigung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB geprüft worden. Der Betreuer benötigt daher i.d.R. keine weitere Genehmigung für die Behandlung. Soweit dem Betreuten jedoch durch die Behandlung erhebliche gesundheitliche Gefahren drohen, muss eine Genehmigung nach § 1904 Abs. 1 BGB eingeholt werden. Entsprechendes gilt, wenn zur Durchführung der Behandlung Maßnahmen eingesetzt werden, die (wie z.B. regelmäßige Fixierungen) eine zusätzliche Freiheitsentziehung darstellen und deshalb nach § 1906 Abs. 4 BGB genehmigungsbedürftig sind.

V. Die Rollen von Arzt, Betreuer, Gericht und Sachverständigem⁹

Auf dieser Grundlage lassen sich die Aufgaben bzw. die Rollen des behandelnden Arztes, des Betreuers, des Gerichts und dem Sachverständigen im Genehmigungsverfahren wie folgt charakterisieren:

- Der **behandelnde Arzt** ist für die Behandlung seines Patienten verantwortlich. Er muss daher die Notwendigkeit einer zwangsweisen Behandlung aus ärztlicher Sicht beurteilen, d.h. die ärztliche Indikation für die Behandlung und für ihre zwangsweise Durchführung stellen. Auch die Behandlung selbst fällt in seine Verantwortung.
- Der **Betreuer** hat die Aufgabe, die Rechte des Patienten im Behandlungsverhältnis wahrzunehmen. Hält der Arzt eine Zwangsbehandlung für geboten (indiziert), muss er zunächst kritisch nachfragen, ob sie notwendig ist oder ob es eventuell andere Alternativen gibt. Ist er ebenfalls von der Notwendigkeit überzeugt, muss er in einem zweiten Schritt eine eigene Entscheidung treffen, ob er der Zwangsbehandlung zustimmt. Dafür gelten die oben dargelegten Grundsätze.
- Der Betreuer benötigt zu seiner Einwilligung die **Genehmigung** des Gerichts nach § 1906 BGB. Der Betreuer trifft eine eigene Entscheidung über die Zwangs-

8 BGH BtPrax 2006, 145 ff.; BGH BtPrax 2008, 115 ff.; vgl. Brosey, BtPrax 2008, 108 ff.; Lipp, BtPrax 2008, 51 (55 f.).

9 Der nachfolgende Abschnitt fasst die Arbeitspapiere von Joachim Homeyer-Broßat und Annette Loer zusammen.

behandlung und stellt einen Antrag, das Gericht erteilt eine Genehmigung oder lehnt sie ab. Das Gericht trifft keine eigene Entscheidung, ob die Zwangsbehandlung durchgeführt werden soll, sondern prüft, ob die Entscheidung des Betreuers den gesetzlichen Anforderungen entspricht und pflichtgemäß ist.

- Im Genehmigungsverfahren muss ein Gutachten eingeholt werden, das ein externer, nicht der behandelnde Arzt erstellt. Der **Sachverständige** soll dem Gericht bei der Entscheidung über die Genehmigung die nötige Sachkunde vermitteln. Er nimmt, je nach Auftrag des Gerichts, Stellung zur Einwilligungsfähigkeit, zur Indikation, zur vorgeschlagenen Behandlung und ihren Erfolgsaussichten oder zu den Belastungen und Risiken. Er behandelt den Betreuten nicht und hat dies auch nicht zu verantworten. Es ist daher auch nicht seine Aufgabe, eine Behandlungsempfehlung zu geben.

Die Zwangsbehandlung eines Betreuten aus ärztlicher Sicht

Beitrag: Prof. Dr. Petra Garlipp¹

„Gibt es Umstände, unter denen Menschen ihrer Freiheit beraubt werden sollten und ohne ihre Zustimmung psychiatrischer Behandlung ausgesetzt werden? (...) Eine Behandlung, die – obgleich sehr hilfreich für einige – für einige keine Hilfe und für andere eine teilweise Hilfe darstellt, und die wenige vielleicht auf Dauer schädigen wird?“ „Wenn man betroffene Personen oder die Umgebung vor den gefährlichen Konsequenzen psychischer Erkrankungen schützen will, ist dann lediglich die physische Zurückhaltung und Trennung ausreichend, oder sollte die Öffentlichkeit insistieren, dass Behandlung die Kraft besitzt, Menschen von schmerzlichen und einschränkenden psychiatrischen Erkrankungen befreien?“
(übersetzt nach Peele und Chodoff 1999, S. 423²).

I. Vorbemerkung

Eine Zwangsbehandlung ist im Rahmen des Betreuungsrechtes bei gleichzeitiger Zwangsunterbringung im Sinne einer Heilbehandlung möglich und bedarf diverser juristischer und medizinischer Voraussetzungen. Inhalt dieses Beitrages ist die Beantwortung der Fragen, welche medizinischen Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung erfüllt sein müssen, und in welchen Situationen eine Zwangsbehandlung angemessen ist bzw. welche Möglichkeiten es gibt, alternative therapeutische Maßnahmen zu ergreifen.

Eine Zwangsbehandlung im Rahmen des Betreuungsgesetzes setzt bei Einwilligungsunfähigkeit des Patienten nach Lipp zusammengefasst voraus, dass der Arzt die Indikation zur Behandlung und zu ihrer zwangsweisen Durchführung stellt, der Betreuer sich für die Zwangsbehandlung entscheidet, ein externer Gutachter die Indikation des Arztes überprüft und das Gericht die Zwangsbehandlung genehmigt. Die Zwangsbehandlung kommt nur im Rahmen einer genehmigten Freiheitsentziehung (§ 1906 BGB) in Betracht. Von entscheidender Bedeutung ist hierbei, dass der Betreuer den mutmaßlichen Willen des Betroffenen zu berücksichtigen hat, d.h. in seine Entscheidung mit einbeziehen muss, wie der Patient sich mutmaßlich selbst entscheiden würde. Wichtig ist in diesem Zusammenhang aber auch, dass der Betreuer das Recht des Betroffenen auf eine Behandlung wahrnehmen kann.

II. Stand der psychiatrischen Diskussion und Sicht der Betroffenen

1. Literatur

Beschäftigt man sich aus psychiatrischer Sicht mit der Thematik, so ist auffallend, dass bis vor kurzem wenig Literatur zur Thematik der Zwangsbehandlung generell, noch weniger zur Zwangsbehandlung im Rahmen des Betreuungsrechtes existiert (Kallert 2007³). Nur wenige psychiatrische Lehrbücher widmen sich der Thematik der Zwangsunterbringung und -therapie. Steinert und Kallert stellten in ihrer Untersu-

1 Siehe BtPrax 2009, 55 ff.

2 Peele R, Chodoff P. The ethics of involuntary treatment and deinstitutionalization. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA (eds.). Oxford: Oxford University Press 1999: 423–440, S. 423.

3 Kallert TW. Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Alltag – und die Kultur der (wissenschaftlichen) Beschäftigung damit. Psychiat Prax 2007; 34, Suppl. 2: S179–80.

chung von 2006⁴ fest, dass etwa 2 bis 8 % der stationär behandelten Patienten medikamentös zwangsbehandelt wurden. Die meisten Untersuchungen, die zur Zwangsbehandlung publiziert wurden, sind solche, die v.a. die Unterbringung nach dem länderspezifischen PsychKG beinhalten.

2. Begriff

Von einer Zwangsbehandlung ist zu sprechen, wenn eine Behandlung trotz verbaler oder gezeigter Ablehnung des Patienten gegen seinen Willen durchgeführt wird. Gewaltanwendung kann bei der Unterbringung eines Patienten, bei der Fixierung und bei der medikamentösen Zwangsbehandlung vorkommen. Allerdings ist die Definition der Maßnahmen, die als Zwangsbehandlung gelten, etwas uneindeutig: Schon eine Unterbringung, bei der der Patient mit physischer Gewalt in die Klinik verbracht wird, hat therapeutische Auswirkungen. Man geht davon aus, dass die Anwesenheit in einem therapeutischen Setting, distanziert von der üblichen sozialen Umgebung, einen therapeutischen Effekt haben kann. Insofern kann man bereits die Unterbringung als solche als Zwangsbehandlung bezeichnen. Wie sind therapeutische Verfahren wie Überreden, Suggestion oder Restriktionsandrohungen (z.B. durch Ausgangsverkürzung) zu werten?

3. Indikation

Eine Indikation zur Zwangsbehandlung ist häufig eine akute Fremdgefährdung, die nicht in den Bereich des Betreuungsrechtes fällt. Eine akute Eigengefährdung, z.B. aktiv herbeigeführt durch Suizidversuch oder passiv durch Verweigerung von Nahrungsaufnahme, jedoch auch eine psychische Erkrankung, die durch krankheitsimmanente fehlende Krankheitseinsicht eine Verschlimmerung eines somatischen Leidens herbeiführt, können Indikationen für die Zwangsbehandlung im Rahmen des Betreuungsrechtes darstellen. Weiterhin erscheint die Heilbehandlung sinnvoll, wenn eine Behandlungsunterlassung zu einer dauerhaften Beeinträchtigung mit ernststen gesundheitlichen und/oder sozialen Folgen führen kann, und es ist vorauszusetzen, dass die geplante Therapie eine hohe Wahrscheinlichkeit hat, dass eine Besserung der Symptome und eine Leidensreduktion zu erzielen ist.

Steinert et al. führten 2003⁵ eine Vergleichsuntersuchung durch, indem sie in Deutschland und England tätige Psychiater anhand dreier Fallvignetten zur Thematik der Zwangsunterbringung und Einweisung befragten. Hierbei wurde deutlich, bei allerdings sehr unterschiedlichen Fallzahlen, dass bei Fremdgefährdung die Einschätzungen sehr ähnlich waren, bei drohender Eigengefährdung jedoch die Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung in Großbritannien eher als indiziert gesehen wurden als in Deutschland.

4. Sicht der Betroffenen

In einer von Längle und Beier 2007⁶ publizierten Arbeit zur psychiatrischen Zwangsbehandlung aus Sicht der Patienten benannten 45 % zwangsbehandelter Patienten in einem Zeitraum von bis zu vier Tagen nach Behandlung, dass die Behandlung wider Willen gar nicht gerechtfertigt gewesen sei, 28 % empfanden die Behandlung

4 Steinert T, Kallert TW. Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 2006; 33:e1-12.

5 Steinert T, Lepping P, Gebhardt R-P. Entscheidungen zur Zwangseinweisung und Zwangsmedikation schizophrener Patienten bei Psychiatern und Deutschland und England, *Psychiat Prax* 2003; 30:114-8.

6 Längle G, Bayer W. Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten. *Psychiat Prax* 2007; 34, Suppl. 2: S203-7.

als völlig gerechtfertigt. Bei einer Untersuchung, die etwa 29 Monate nach einer Zwangsbehandlung stattfand, erlebten 63 % der Patienten die Unterbringung als ungerechtfertigt, nur 19 % als entlastend. Als belastend wurden insbesondere die geschlossene Station, die Nebenwirkungen der Medikamente und das Gefühl der Ohnmacht benannt. Etwa 50 % erlebten die Unterbringung als positiv für den Gesundheitsprozess, mehr als 50 % erlebten sie negativ und etwa ein Viertel der Patienten hielt es jeweils für möglich, dass die Unterbringung durch verständnisvolleres Verhalten in der Klinik, außerhalb der Klinik (Verwandte, Nachbarn) oder durch eigeninitiatives Aufsuchen eines Arztes hätte vermieden werden können.

III. Kasuistiken

Fallbericht 1:

Die 62-jährige Patientin, Frau F., ist bekanntermaßen seit 35 Jahren an einer chronisch-paranoid-halluzinatorischen Psychose (F20) erkrankt. Zunächst kam es zu einer stationären Unterbringung im Rahmen der Betreuung auf Antrag der Betreuerin. Eine Heimunterbringung wurde durch die Betreuerin angedacht und mit der Patientin und den behandelnden Kollegen diskutiert. Während des stationären Aufenthalts gelang es zum Ende hin, die Patientin, die sowohl an einem Diabetes mellitus mit Entzündung beider Beine, einem Bluthochdruck und einer Herzinsuffizienz litt, zu überzeugen, sich mit einem Depotneuroleptikum behandeln zu lassen. Die erste Depotgabe konnte nach der Entlassung erfolgen, indem die Patientin von der ihr vertrauten, ambulant behandelnden Ärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu Hause aufgesucht wurde. Beim zweiten Besuch wurde die Tür nicht mehr geöffnet. Drei Wochen nach der Entlassung stellte daher die Betreuerin erneut einen Unterbringungsantrag, da ihre Mutter durch die psychiatrische Erkrankung nicht in der Lage sei, die Folgen ihres nicht akkurat behandelten Diabetes mellitus, des Bluthochdrucks und der Herzinsuffizienz einzuschätzen und hierdurch gefährdet sei. Der Sozialpsychiatrische Dienst befürwortete die Unterbringung aus psychisch bedingter somatischer Gefährdung.

Nachdem die Patientin erneut stationär untergebracht war und ein ausgestaltetes Wahnerleben mit Beeinflussungserleben durch Hexen und Teufel deutlich wurde, weiterhin die Selbstfürsorge hierdurch erheblich beeinflusst war und die Eigengefährdung durch die somatischen Erkrankungen (Zuckerwertentgleisung, bestehende Dermatitis) gegeben war, wurde durch die Betreuerin die Zwangsmedikation beantragt. Hierzu wurde ein Gutachten der Stationsärzte vorgelegt, die dementsprechend argumentierten. Es wurde ein externes Gutachten beigezogen. Es wurde nochmals konstatiert, dass die Patientin sich in ihrer Geistes- und Zauberkraft eingeschränkt fühle und die Menschheit vor dem Teufel retten müsse. Die Patientin habe bei der Begutachtung den körperlich desolaten Zustand verneint. Der externe Gutachter führte aus, dass Frau F. aufgrund der psychischen Erkrankung eine sachliche Prüfung der Aspekte für und wider eine Behandlung nicht möglich sei. Insbesondere könne sie daher die negativen Auswirkungen auf die somatischen Erkrankungen nicht absehen. Ausführlich wurde vom Gutachter das Recht auf „Freiheit zur Krankheit“ diskutiert. Aufgrund krankheitsbedingter Einwilligungsunfähigkeit wurde eine Zwangsmedikation mit Risperidon befürwortet und in der Folge gerichtlich genehmigt. Nachdem die Patientin das Neuroleptikum erhielt, kam es zu einer gewissen Stabilisierung des psychopathologischen Befundes. Frau F. zeigte sich kooperativer und kontaktfähiger und schließlich gab sie auch ihre Zustimmung zum Umzug in eine Seniorenwohngemeinschaft. Parallel kam es zu einer Verbesserung der somatischen Erkrankungen, da Frau F. die Behandlung nun zuließ. Frau F. wurde in deutlich

gebessertem objektivem Befinden, aber auch in partiell gebessertem subjektivem Erleben in die Seniorenwohngemeinschaft entlassen.

Fallbericht 2:

Die 37-jährige Patientin Frau B. war erstmals im Jahr 1990 erkrankt. Jahrelang war die Patientin ohne ärztliche Therapie. Schließlich wandte sich die Mutter der Patientin an den Sozialpsychiatrischen Dienst, mit der Bitte um Einrichtung einer Betreuung bzw. ggf. auch Zwangsbehandlung. Bei der Kontaktaufnahme berichtete die Patientin, es gehe ihr gut, sie lehnte eine ambulante Behandlung ab. Fremdanamnestic wurde berichtet, die Patientin habe sich zunehmend zurückgezogen, soziale Kontakte abgebrochen, sei verwahrlost und schreie tags und nachts um Hilfe. Darüber hinaus habe sie benannt, dass sie unter Vergiftungsängsten leide und durch die Satellitenschüssel Befehle erhalten habe. Seitens der begutachtenden Ärzte wurde die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt. Es ergäben sich Hinweise auf einen hohen Leidensdruck, der von der Patientin aktuell verneint werde. Die Patientin sei in Gefahr, ohne adäquate Therapie mit einer Verschlechterung des psychosozialen Zustandes und einer Chronifizierung konfrontiert zu werden.

Es erfolgte die Einrichtung einer Betreuung, und es kam zu einem zunächst formal freiwilligen stationären Aufenthalt, in dessen Rahmen sich die Patientin widerwillig darauf einließ, ein Neuroleptikum oral einzunehmen. Da sie insistierte, entlassen werden zu wollen und keine weitere Indikation zur geschlossenen Unterbringung gesehen wurde, wurde sie gegen den ärztlichen Rat entlassen. Es kam in einem Zeitraum von 9 Monaten wiederholt zu stationären Aufenthalten. Es zeigte sich, wenn auch langsam, im Verlauf unter oraler Medikation eine stetige Besserung des Befindens der Patientin, die jedoch immer wieder angedeutet wahnhaftes Äußerungen machte und sozial weiterhin sehr isoliert war. Nach einigen Monaten insistierte die Patientin erneut auf einer Entlassung. Diesem Wunsch wurde stattgegeben. Zu Hause setzte die Patientin die Medikation ab. Auf Anraten ihres Betreuers stellte sie sich erneut vor. Ihr wurde eine tagesklinische Therapie angeboten, in der Hoffnung, durch diese Strukturierung und Therapie eine Verbesserung des Zustandsbildes erzielen und sie auch wieder dahingehend überzeugen zu können, eine Medikation einzunehmen. Die Patientin erschien regelmäßig täglich auf der Station, wollte jedoch keinerlei Medikation einnehmen. Schließlich erschien der Zustand der Patientin sich insofern zu verschlechtern, als sie innerlich sehr gequält wirkte; sie verneinte wahnhaftes Erleben, indirekte Hinweise deuteten jedoch darauf hin. Sie wirkte zunehmend ungepflegter und in Folge des langfristigen Behandlungsverlaufes – mit deutlicher Gequältheit der Patientin, die von ihr jedoch krankheitsbedingt verbal negiert werden musste-, kam im Rahmen der 14-tägigen gemeinsamen Konferenzen mit dem Team und dem Betreuer und der Patientin schließlich die Frage auf, ob eine erneute stationäre Therapie sinnvoll sei. Diese Möglichkeit wurde von der Patientin abgelehnt. Es wurde schließlich eine vollstationäre Unterbringung mit ggf. auch Zwangsbehandlung als indiziert erachtet. Daraufhin wurde diese durch den Betreuer beantragt, es wurde ein stützendes Gutachten durch die Stationsärzte verfasst. Das notwendige externe Gutachten wurde vom Gericht in Auftrag gegeben. Dieses verzögerte sich zeitlich. Schließlich fand die Mutter der Patientin einen Brief: „Ich wurde mehrfach zusammengeschlagen und möchte Anzeige erstatten. Im Notfall hilft kein Mensch, alle stellen sich taub und dumm. Ich habe noch nicht einmal eine Wohnung, ich wünsche mir ein Haus und möchte heiraten und Kinder haben. Meine Notrufe wurden ignoriert, es wurde mehrfach eingebrochen, ich wurde geschlagen und alle haben weggeguckt, selbst Ärzte und Personal sind frech und helfen gar nicht und machen es sogar noch schlimmer. Man hat mehrfach versucht, mich umzubringen (...). Das ist ein Notruf. Ich möchte Anzeige stellen. Hilfe, das ist ein Notruf. Ich möchte Anzeige stellen. Ich

werde halbtot geschlagen und niemand hilft mir. Dieses ist ein Notruf an die Polizei. Bitte weiterleiten an Arzt, Klinikum, Krankenhaus.“ Aufgrund der nun als akut eingeschätzten Situation bei ausgeprägtem psychotischem Erleben kam es zu einer Eilunterbringung im Rahmen des Betreuungsrechtes. Im schließlich extern erstellten Gutachten wurden die Zwangsunterbringung und Zwangsmedikation befürwortet, da der Patientin bei jahrelang streckenweise unbehandelte chronifizierter Schizophrenie krankheitsbedingt die Einsicht in die Notwendigkeit der Therapie fehle und eine weitere Chronifizierung mit zunehmender Problematik der sozialen Eingliederung resultieren werde. Es sei aufgrund der teils positiven Vorerfahrungen mit medikamentösen Behandlungen zumindest eine Teilremission zu erwarten. Schon bei der Beantragung der stationären Unterbringung wurde angestrebt, zunächst eine Beziehungsaufnahme mit der Patientin derart zu gestalten, dass es gelingen möge, dass sie sich auf die Medikation einlassen werde. Dieses war schließlich möglich, indem sie regelmäßig ein neuroleptisches Depotpräparat und ein orales Neuroleptikum erhielt. Im Verlauf der Behandlung konnte erreicht werden, dass die Patientin sich schließlich entscheiden konnte, in eine betreute Wohneinrichtung zu ziehen. Es kam sehr langsam zu einer Besserung des psychopathologischen Befundes, und durch den Umzug in eine Wohneinrichtung wurde angestrebt, den Rückzug und die Isolation der Patientin durch eine Tagesstruktur und soziale Kontakte sowie Gewährleistung einer regelmäßigen Medikation zu verhindern. Im Verlauf der letzten Jahre ist Frau B. jeweils nach Absetzen von Medikationen erneut kurzfristig stationär behandelt worden, zumeist jedoch ohne Zwangsunterbringung – und es handelte sich um kürzere Aufenthalte. Eine wesentliche Besserung der Gesamtsituation konnte nicht erreicht werden.

IV. Voraussetzungen zur Zwangsbehandlung

Welche Voraussetzungen sind nun festzustellen, bevor eine Zwangsbehandlung aus psychiatrischer Sicht als sinnvoll und geboten erachtet werden kann? Als Grundlage können hier die ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (1999)⁷ gelten:

1. Autonomie (autonomy),
2. Nichtschädigung (non-maleficence),
3. Wohltun (beneficence) und Nutzenrisikoabwägung,
4. Gerechtigkeit (justice) und Fairness, auch bezogen auf die Zugangsmöglichkeit zur Nutzenrisikoabwägung.

Leitlinien im engeren Sinne zur Frage, wann eine Zwangsmedikation indiziert sei, existieren im deutschen Sprachraum nicht. Es gibt jedoch einige Vorschläge. Steinert und Kallert erwähnen 2006⁸ drei Grundannahmen, auf der die Option zur Zwangsbehandlung basiere,

1. „Der partiellen oder vollständigen Aufhebung der Freiheit zur autonomen Willensbildung aufgrund der Erkrankung (und damit dem Verlust der Fähigkeit, vernünftig über die Behandlungsnotwendigkeit zu entscheiden),
2. einer möglichen Selbst- und Fremdgefährdung als Folge der Erkrankung,
3. der Aussicht, den Krankheitszustand durch die erzwungene Behandlung zu verbessern.“

7 Beauchamp TL. The philosophical basis of psychiatric ethics. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA (eds.) Psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press 1999: 25–48.

8 Steinert T, Kallert TW. Ebd. S. e6.

Es sei hier noch einmal erwähnt, dass die Fremdgefährdung selbstverständlich nicht Gegenstand der Grundlage der Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht ist.

Als autonomer Wille wird definiert: „Verstehen des zugrunde liegenden Sachverhalts, Fähigkeit zum kritischen Abwägen und Anwendung der zutreffenden Abwägung der Belange der eigenen Person.“ Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften publizierte 2004⁹ Richtlinien für Zwangsmaßnahmen in der Medizin, und sie betont insbesondere, dass diese notwendig, proportional zur Schwere der Gefährdung und durch nicht weniger einschneidende Maßnahmen ersetzbar sein müssten. Der zu erwartende Nutzen müsse den möglichen Schaden deutlich übertreffen. Die Methode müsse nach bestem Stand des Wissens ausgewählt und reversibel sein, sowie auf ärztlicher Anordnung beruhen. Vor der Anwendung müssten sämtliche weniger eingreifende und potenziell erfolgversprechende Behandlungsalternativen voll ausgeschöpft sein. Der Patient sei über die Situation ausführlich zu informieren¹⁰, vor parenteraler Gabe müsse ein nochmaliges Anbieten per os erfolgen und die Zwangsmaßnahme müsse mit dem Patienten nachbesprochen werden.

V. Alternative Behandlungsansätze

Welche Möglichkeiten gibt es nun, eine Zwangsbehandlung möglichst zu verhindern?

Als wesentlich erscheint, falls es medizinisch verantwortbar ist, die Bildung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung im stationären Rahmen, die Zeit und Geduld benötigt. Patient und Betreuer müssen ausführlich über die Situation aufgeklärt werden. Bei krankheitsimmanenter Ambivalenz, z.B. bei schizophrenen Psychosen, kann es hilfreich sein zu versuchen, den Patienten von der Sinnhaftigkeit der Medikation zu überzeugen. Eine Medikation, die der Patient akzeptiert, obgleich sie vielleicht der geplanten Dosierung oder dem entsprechend geplanten Präparat nicht entspricht, kann zunächst ausprobiert werden. Wichtig sind zur Vermeidung einer Zwangsbehandlung regelmäßige gemeinsame Besprechungen mit Patienten, Betreuer und Team sowie ggf. auch anderen wichtigen Vertrauens- oder Fachpersonen. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, mit dem Patienten in einer stabilen Phase eine sog. Behandlungsvereinbarung abzuschließen, die Maßnahmen für Notfallsituationen (Wahl der Station, Wahl eines Medikamentes) beinhaltet, die zwischen Behandlungsteam und Patienten vorsorglich vereinbart werden. Von dieser Maßnahme wird bisher jedoch selten Gebrauch gemacht.

Eine weitere Möglichkeit kann ein Settingwechsel sein, d.h. ein Stationswechsel oder ein Klinikwechsel, um noch einmal mit einem offenen und unbelasteten therapeutischen Herangehen eine Vermeidung der Zwangsmedikation zu erzielen.

Steinert (2007)¹¹ hat sehr hilfreiche Kriterien zur Frage der Entscheidungsfindung pro oder kontra Zwangsmedikation publiziert. Zusammengefasst ist hierbei wichtig, dass früher erfolgreiche Behandlungen und die Erwartung der freiwilligen Weiterbehandlung sowie eine geringes Behandlungsrisiko günstige Faktoren sind, die eher in Richtung einer Zwangsmedikation abgewogen werden könnten.

Da die Zwangsbehandlung auf betreuungsrechtlicher Grundlage eine gerichtliche Genehmigung voraussetzt, ist in diesem Rahmen ein Sachverständigengutachten

9 Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Guideline. Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 34.

10 Anmerkung der Autorin: ebenso der Betreuer!

11 Steinert T. Ethische Einstellungen zu Zwangsunterbringung und -behandlung schizophrener Patienten. Psychiat Prax 2007; 34, Suppl. 2: S. 186–190.

einzuholen. Für die Gutachtenerstellung durch der externen Gutachter ist es wesentlich, die Indikationsstellung nochmals zu überprüfen, die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu beurteilen, alle Vorerfahrungen zu bewerten und einzuschätzen, ob die bisher ergriffenen Therapiemaßnahmen ausreichend sind. Schließlich ist eine Risiko-Nutzen-Abwägung zu treffen.

VI. Fazit

Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass im Rahmen des Betreuungsrechtes aus ärztlicher Sicht bei akuter Suizidalität mit Verweigerung der Behandlung sowie bei somatischen Erkrankungen, die durch eine krankheitsimmanente Ablehnung der Behandlung psychiatrisch bedingt nicht adäquat behandelt werden können und eine potentielle Eigengefährdung mit sich bringen (z.B. Diabetes mellitus, Herzerkrankungen), eindeutig Grundlagen – nach Versagen aller anderen o.e. alternativen Maßnahmen – für eine Zwangsmedikation darstellen (vgl. Vignette 1).

Viel schwieriger gestalten sich die Situationen, in denen beispielsweise Patienten langjährig an einer chronischen schizophrenen Psychose erkrankt sind und sich hier die Frage stellt, ob durch die Unterlassung einer Behandlung eine Verschlimmerung des Leidens mit unabsehbaren psychischen und sozialen Folgen resultieren könnte (vgl. Vignette 2). Hierbei ist insbesondere auch der individuelle Aspekt des Leidens aus medizinischer Sicht wahrzunehmen und zu bewerten. Wir bewegen uns zwischen den Polen Freiheit und Zwang, Fürsorge und Vernachlässigung, Leiden ohne Therapie oder Leiden durch Therapie bzw. verringertes Leiden durch Therapie.

Zusammengefasst erscheint das eingeforderte Zusatzgutachten aus externer Quelle neben seiner juristischen Relevanz im Sinne einer Kontrollfunktion aus ärztlicher Sicht als eine gute Möglichkeit der unabhängigen Überprüfung der medizinischen Einschätzung und dient insbesondere dem Patienten als zweite ärztliche Meinung, die bei Bestätigung einer Notwendigkeit der Zwangsmedikation möglicherweise den Patienten auch dahingehend überzeugen kann, der Behandlung freiwillig zuzustimmen.

Vermeidung der Zwangsbehandlung ist eines der wichtigsten Ziele psychiatrisch-therapeutischen Handelns. Allerdings liegt es in der Verantwortung des behandelnden – nicht des begutachtenden – Arztes, den Zeitpunkt zu erkennen, an dem eine Zwangsbehandlung möglicherweise zur Option wird, um einer Verschlimmerung des subjektiven Leidens entgegenzuwirken. Die Entscheidung zur Zwangsbehandlung ist nie eine einfache Entscheidung. Aber wir machten es uns zu leicht, wenn wir das Recht auf Freiheit zur Erkrankung mit dem Recht auf Leiden gleichsetzten. Die Schwelle zur Zwangsbehandlung liegt sehr hoch und soll sehr hoch liegen; und individueller, vielleicht auch psychotischer Eigensinn des Patienten ist selbstverständlich keine Indikation. Aber schweres Leiden muss erkannt und im Sinne des Patienten und seines mutmaßlichen Willens im Sinne der Ethik des ärztlichen Handelns und wie es der Gesetzgeber vorschreibt, behandelt werden können.

Freiheitsentziehende Maßnahmen – rechtliche Grundlagen, gerichtliches Genehmigungsverfahren, Alternativen und Haftung

Axel Bauer

I. Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen?

Freiheitsentzug liegt vor, wenn ein Bewohner gegen seinen natürlichen Willen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise in seiner Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt wird und er diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann.

Beispiele:

1. Fixierungen des Betroffenen durch mechanische Vorrichtungen, wie z.B. das Verhindern des Verlassens des Bettes durch Bettgitter oder besondere Schutzdecken, Anlegen von Handfesseln, Fußfesseln oder Körperfesseln, Anlegen von Sitzgurten, Leibgurten oder Bauchgurten im Bett oder (Roll-)Stuhl, Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-) Stuhl, Anbringung von Therapie-/Stecktischen am (Roll-)Stuhl.
2. Einsperren des Bewohners durch Abschließen der Zimmertür, das Verhindern des Verlassens der Einrichtung oder der Station durch besonders komplizierte Schließmechanismen (z.B. Trickschlösser oder Zahlenkombinationen), hoch angebrachte Türgriffe, Drehknaufe.
3. Freiheitsbeschränkung durch Medikamente, z.B. durch Schlafmittel, Neuroleptika und andere Psychopharmaka, wenn sie verabreicht werden, um den Bewohner an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern.

a.) Sonderproblem Freiheitsentziehung durch Medikamente:

Eine Freiheitsentziehung durch Medikamente liegt vor, wenn diese dazu verwendet werden, den Betreuten an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern (OLG Hamm, BtPrax 1997, 162).

Werden Medikamente zu Heilzwecken verabreicht, ist § 1906 Abs. 4 BGB nicht anwendbar, auch wenn als Nebenwirkung der Bewegungsdrang des Betreuten eingeschränkt wird (BT-Drucks. 11/4528, 149- strittig: a.A.: Rink in Heidelberger Kommentar HK-BUR zu § 1906 BGB).

Nicht alle Psychopharmaka haben freiheitsentziehende Wirkung:

Die Qualifizierung einer medikamentösen Behandlung mit Psychopharmaka als freiheitsentziehende Maßnahme verlangt nach einer differenzierten Betrachtungsweise. Nicht jede Psychopharmaka-Behandlung kann als potentiell freiheitsentziehende Maßnahme gewertet werden. Es gibt eine Reihe von Psychopharmaka, die in aller Regel keine freiheitsentziehende Wirkung entfalten (Einzelfallentscheidung).

b.) Sonderproblem Dauerbehandlung mit Neuroleptika:

In allen Fällen einer Medikation ist regelmäßig auch zu prüfen, ob bei einer längerfristigen Vergabe, z.B. von Psychopharmaka, eine zusätzliche Genehmigung nach § 1904 BGB (Risikobehandlung) erforderlich ist.

Eine Dauerbehandlung insbesondere mit Neuroleptika kann nach § 1904 BGB gerade wegen der Gefahr von nicht reversiblen Spätfolgen genehmigungspflichtig sein (LG Berlin, FamRZ 1993, 597: für den Fall von Spätdyskäsien).

4. Zusätzliche Genehmigungsfälle:

Bei bereits genehmigter geschlossener Unterbringung sind Fixierungen iSd. § 1906 Abs. 4 zusätzlich genehmigungspflichtig! Strittig ist, ob bei gewerblicher häuslicher Pflege Maßnahmen im Sinne des § 1906 IV BGB genehmigungspflichtig sind. Die wohl herrschende Meinung verneint eine Genehmigungspflicht.

II. Kriterium der Dauer des Freiheitsentzuges

Freiheitsentziehende und genehmigungspflichtige Maßnahmen im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB liegen nur dann vor, wenn einer Person über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen wird.

III. Keine Genehmigungsbedürftigkeit

Keine freiheitsentziehenden Maßnahmen liegen vor, wenn der Bewohner wirksam in die Maßnahme eingewilligt hat (Voraussetzung: Einwilligungsfähigkeit) oder wenn der Bewohner zu einer Fortbewegung überhaupt nicht mehr in der Lage ist und nicht zu erkennen gibt, dass er mit der Maßnahme nicht einverstanden ist (z.B. Wachkoma-Patient).

In beiden Fällen entfällt eine Genehmigungsbedürftigkeit der Maßnahme.

IV. Wann ist eine Genehmigung des Gerichts erforderlich?

Kriterien „längerer Zeitraum“ oder „Regelmäßigkeit“ des Freiheitsentzuges:

- „Längerer Zeitraum“: zwei bis drei Tage laut Gesetzesbegründung
- „Regelmäßig“: Immer einmal wieder jeweils über einen nennenswerten Zeitraum (Rechtsprechung des Reichsgerichts: „ein Vaterunser lang“) – z.B. bei wiederkehrenden Unruhezuständen.

V. Zulässigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur zum Wohl des Betroffenen zulässig,

- um eine krankheits- oder behinderungsbedingte Gefahr einer Selbsttötung oder erheblichen Gesundheitsschädigung abzuwenden, oder
- wenn eine Untersuchung, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, dessen Sinn und Zweck der Betroffene infolge Krankheit oder Behinderung nicht einzusehen vermag.

§ 1906 BGB erfasst also nicht den Fall einer von dem Betroffenen ausgehenden reinen Fremdgefahr. Diese kann nur über das PsychKG beseitigt werden.

Vorsorgliche Schutzmaßnahmen ohne konkrete Gefährdung sind unzulässig. Bloße Befürchtungen, dass etwas passieren könnte, reichen nicht aus!

Die freiheitsentziehenden Maßnahmen müssen nicht nur erforderlich, sondern auch geeignet sein, um entweder die Gefährdungssituation abzuwenden oder eine Heilbehandlung durchzuführen. Eine Fixierung oder Betteingitterung, die nur zu weiteren Gefahren für den Betroffenen führen, sind also nicht genehmigungsfähig.

VI. Das Genehmigungsverfahren

1. Einleitung des Verfahrens

Ist bereits ein antragsberechtigter Betreuer für den Betroffenen bestellt, so hat dieser das gerichtliche Genehmigungsverfahren einzuleiten. Gleiches gilt für den Bevollmächtigten, sofern dessen schriftliche Vollmacht ausdrücklich auch die Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen umfasst.

Ist noch kein Betreuer bestellt bzw. liegt keine wirksame Vollmacht vor, ist die Einleitung eines Betreuungsverfahrens beim Vormundschaftsgericht (bzw. Betreuungsgericht) anzuregen.

Nicht die Einrichtung der Betreuung enthält eine Genehmigung; vielmehr ist die Entscheidung des Betreuers nach § 1906 Abs. 2 BGB zu genehmigen.

2. Gerichtliches Verfahren

- Das Gericht wird regelmäßig einen Verfahrenspfleger bestellen und ihn anhören,
- ein fachärztliches Sachverständigengutachten einholen, wobei bei freiheitsentziehenden Maßnahmen ausdrücklich ein ärztliches Zeugnis genügt,
- und den Betroffenen persönlich anhören.

VII. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Drittinteresse

- Der Betreuer darf nur dann in eine freiheitsentziehende Maßnahme einwilligen, wenn sie im Interesse des Betroffenen ist, also seinem Schutz dient.
- Gefährdet der Bewohner durch sein Handeln Dritte, so kann der Betreuer nicht einwilligen und auch das Gericht kann keine Genehmigung der Maßnahme erteilen.
- Der Schutz öffentlicher Interessen oder der von Drittinteressen ist ausschließlich Aufgabe der landesrechtlich geregelten öffentlich-rechtlichen Unterbringung (Hessen: HFEG; andere Bundesländer: PsychKGs)

VIII. Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

- Technische Veränderungen (z.B. geteilte Bettgitter),
- alternative Konzeptionen im Umgang mit dem Schutzbedürfnis der Bewohner und
- Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Medikamentenvergabe,
- Dokumentation (z.B. in Pflegedokumentation und Sturzereignisprotokollen).

Diese Maßnahmen können nachweislich die Zahl der freiheitsentziehenden Maßnahmen senken.

Mögliche Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen sind

- Einsatz von Schutzhosen, Hüftprotektoren,
- Einsatz von geteilten Bettgittern mit der Möglichkeit, das Bett zu verlassen,
- Einsatz von Bettalarmsystemen, Bettsensoren, Einsatz von absenkbaren Betten,
- Neurologische und psychiatrische Untersuchung; Optimierung der (psycho-)pharmakologischen Therapie,

- Gewährleistung ausreichender Flüssigkeitsversorgung,
- Musiktherapie, Bewegungstherapie,
- Verwendung von Personensuchsystemen,
- Physiotherapie, ggf. gezieltes Muskelkraft- und Balancetraining,
- Sturzprophylaxe, Sturzpräventionsprogramme, die zum Teil von den Krankenkassen im Rahmen von Modellprojekten finanziert werden (BW),
- Maßnahmen zur Qualifikation des Pflegepersonals im Umgang mit problematischem Verhalten von Heimbewohnern,
- Stichwort Hüftprotektoren: Der Einsatz von Hüftprotektoren stellt das wirkungsvollste Mittel zur Frakturprävention dar. Besonders extrem sturzgefährdete Bewohner profitieren in erheblichem Umfang vom Einsatz der Hüftprotektoren.
Eine Frakturprävention durch Hüftprotektoren kann den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen verringern.

IX. Pflegeprobleme durch freiheitsentziehende Maßnahmen

- Fixierte Heimbewohner haben ein erhöhtes Risiko für medizinische Komplikationen, z.B. Infektionen, Dekubitus, Kontrakturen, Pneumonien;
- zusätzliche Gefährdung durch inadäquate Fixierung;
- zusätzliche Verstärkung von Angst- und Unruhezuständen; Folge: zusätzliche Psychopharmaka;
- erhöhte Sturzgefahr, insbesondere durch Medikamente;
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen durch Interaktionen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten;
- eingeschränkte Mobilität, Verringerung der kognitiven Funktion, große Hilfsbedürftigkeit des älteren Menschen und das Sturzrisiko sind häufig auslösende Faktoren für die Anwendung von Fixierungsmaßnahmen;
- daneben gibt es Hinweise, dass die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen mit organisatorischen Abläufen in Pflegeeinrichtungen zusammenhängen;
- schließlich sind viele negative Konsequenzen von Fixierungsmaßnahmen in der Literatur beschrieben wie Stürze, Dekubitus, Depressionen, Aggression und Tod;
- wegen dieser negativen Konsequenzen und der Feststellung, dass eine Fixierung keine angemessene Intervention für die Prävention von Stürzen ist, müssen vermehrt Maßnahmen zur Reduzierung von Fixierungen geprüft und auch ausprobiert werden.

X. Pflichten des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten, des Gerichts, der Betreuungsbehörde, des Verfahrenspflegers im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

Insoweit wird auf die gesonderte¹ Darstellung verwiesen.

XI. Rechtsprechung zur Haftung:

- Ein Heimträger ist weder dazu verpflichtet, einen Bewohner auch außerhalb des Heimgeländes lückenlos zu überwachen, noch dazu, den Bewohner notfalls mit Zwangsmaßnahmen am Verlassen des Geländes zu hindern (LG Paderborn, PflR 2003, 297).
- Die Entscheidung über eine Fixierung steht dem Betreuer zu. Die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Fixierung verlangt dabei die sorgfältige Abwägung sämtlicher Umstände des jeweiligen Einzelfalles und hat die Freiheitsrechte eines alten und kranken Menschen ebenso zu berücksichtigen wie seinen Anspruch auf Schutz des Lebens und seiner körperlichen Unversehrtheit. Pflegeheime haben dabei grundsätzlich die Entscheidung eines gesetzlichen Betreuers zu respektieren (OLG Koblenz, PflR 2002, 379 = FamRZ 2002, 1359).
- Bei der Frage, inwieweit ein Heimträger für den Sturz eines Bewohners haftet, ist das Sicherheitsgebot gegen die Freiheitsrechte des Bewohners abzuwägen (LG Limburg, PflR 2004, 174).

Aktuelle Entscheidungen des Bundesgerichtshofes zur Haftung:

- Zwar erwachsen dem Heimträger aus dem jeweiligen Heimvertrag besondere Obhutspflichten zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der ihr anvertrauten Heimbewohner, diese Pflichten sind allerdings begrenzt auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind (BGH, BtMan 2005, 109 = NJW 2005, 1937).
- Der Grundsatz, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen haben, ist auch bei der Frage zu beachten, wie sie auf eine hervorgetretene Sturzgefährdung von Heimbewohnern zu reagieren haben (BGH, FamRZ 2005, 1560 = NJW 2005, 2613).

XII. Fazit

- Bettgitter und andere Fixierungsmaßnahmen sind keine Standardpflegemaßnahmen. Oft bergen sie zusätzliche Gefahrenquellen!
- Betreuer und Verfahrenspfleger sind aufgerufen, Alternativen zur Fixierung zu suchen und durchzusetzen! (ggfls. mit Rückendeckung des Gerichts, der Betreuungsbehörde, der Heimaufsicht und des MDK).
- Das redufix-Projekt (vgl. folgenden Beitrag) weist den Weg zu Alternativen zum Freiheitsentzug. Es sollte in der örtlichen Arbeitsgemeinschaft diskutiert und vor Ort im Zusammenwirken aller Beteiligten umgesetzt werden.

¹ In diesem Band Seite 142 ff.

Literatur:

Hirsch/Wörthmüller/Schneider, Fixierungen: „Zu viel, zu häufig und im Grunde genommen vermeidbar“, Z Gerontopsychol -psychiat 1992, . 127 ff.

Klie/Lörcher: Gefährdete Freiheit. Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht, 1994; Hirsch/Krenzhoff, Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie, Teil I u. II, Krankenhauspsychiatrie 1996, S. 99 ff., 155 ff.

Klie: Zur Verbreitung unterbringungsähnlicher Maßnahmen i.S. des § 1906 Abs. 4 BGB in bundesdeutschen Pflegeheimen, BtPrax 1998, 50 ff.

Klie/Pfundstein: Münchener Studie, Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen, in Hoffmann/Klie, Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis, 2004, 75 ff.

Hirsch/Kastner (Hrsg.): Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise, 2004

Klie/Pfundstein/Stoffer (Hrsg.): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Präventions- und Handlungsstrategien, 2005

Walther: Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB – Verfahren, Handlungskonzepte und Alternativen, BtPrax 6/2005

Reduzierung von Fixierung in Pflegeheimen – das Programm ReduFix

Prof. Dr. Doris Bredthauer

I. Einführung

Fixierungen und andere freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM)¹ gehören in bundesdeutschen Altenpflegeheimen nach wie vor zur alltäglichen Routine. Betroffen sind insbesondere ältere gebrechliche Menschen mit Demenz. Obwohl ein positiver Wirksamkeitsnachweis bisher aussteht und diese Maßnahmen schwerwiegende Risiken, Gefahren und Sekundärfolgen bergen, findet eine kritische Prüfung durch die an der Entscheidung beteiligten Akteure bisher kaum statt. Die Anregung des Rechtsvertreters gründet sich hierbei in aller Regel auf der Einschätzung der Pflegefachkräfte vor Ort; der richterliche Beschluss auf das ärztliche Zeugnis bzw. Gutachten. Ein gerichtliches „Darf“ wird dann von den Ausführenden im Pflegeheim wiederum meist als „Muss“ verstanden, häufig vor dem Hintergrund einer fehlverstandenen Pflegefachlichkeit und weit verbreiteter Haftungsängste.

Im Projekt ReduFix – Reduzierung von körpernaher Fixierung – wurde erfolgreich gezeigt, wie es gelingen kann, auf Fixierungen zu verzichten oder die zeitliche Anwendung zu reduzieren. Für Betreuer eröffnet das Projekt Zugangswege und Argumentationshilfen in der Entscheidung für oder wider FEM, im Besonderen unter dem Gesichtspunkt der bisher wenig bekannten Alternativen zu Fixierungen. Es setzt gleichzeitig Standards für den verantwortlichen Umgang mit FEM sowohl für die Betreuungspraxis als auch für die Betreuungsgerichte.

II. Stand des Wissens

Aktuelle Daten belegen eine Häufigkeit von 26 bis 47% für mechanische FEM, wobei die Fixieraten in den Einrichtungen erheblich variieren. Bettgitter stellen hierbei die häufigste Maßnahme dar. Von sog. „körpernahen“ FEM – wie Gurten an Stuhl und Bett, Tischsteckbrettern und anderen Maßnahmen – sind ca. 5-10% der Altenpflegeheimbewohner betroffen (Klie 2004, Meyer 2008, ReduFix 2006). Ist die Entscheidung über den Einsatz von FEM erst gefallen, werden sie in aller Regel langfristig und dauerhaft über viele Stunden täglich durchgeführt (Evans 2002, Bredthauer 2005).

Beispiele von FEM sind:

- Bettgitter: Beidseitig hochgezogene durchgehende Bettgitter; einseitig hochgezogenes Bettgitter bei Begrenzung durch die Wand auf der anderen Seite;

1 Der Begriff Freiheitseinschränkende Maßnahmen wird hier fortan im Sinne des bundesdeutschen Verfassungsrechts gemäß Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG) verwendet und umfasst alle medizinischen, pflegerischen und sonstigen sich aus der Betreuung und Alltagsgestaltung ergebenden Eingriffe in die körperliche Bewegungsfreiheit, seien sie auch noch so kurzfristig. In Deutschland darf die Freiheit einer Person nur aufgrund einer juristischen Legitimation beschränkt werden (Art. 104 GG). Nach bundeseinheitlichem Zivilrecht werden freiheitsentziehende Maßnahmen definiert, die als solche eine körperliche Bewegungsfreiheit ausschließen und über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig oder mit hoher Intensität erfolgen. Das BGB unterscheidet hier Unterbringung (§ 1906 Abs. 1) und unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4). Beide unterliegen der Zustimmung des Betreuers und der gerichtlichen Genehmigung und erfordern eine vorliegende Selbstgefährdung des Betroffenen.

- Körpernahe, mechanische Fixierungen durch Bauchgurte in Bett oder Stuhl, Fuß- und/oder Handfesseln, Riemen und Binden zum Zweck der Fesselung, „Sicherheitsgurte“ am Rollstuhl;
- Pflegehemden, die den Bewohner durch Seitenbefestigungen am Bett festhalten;
- Steckbrett an Stuhl oder Rollstuhl (sog. „Therapietisch“);
- Festgestellte Rollstuhlbremse;
- Abschließen des Zimmers („Time-out“), der Station, der Einrichtung;
- Verwendung von Zahlen- bzw. sog. „Trick“-Schlössern;
- Wegnahme von Schuhen, Kleidung, Hilfsmitteln;
- Konzeptionelle oder bauliche Maßnahmen (z.B. Schranken, versteckte Türen);
- Einsatz von Medikamenten ausschließlich zum Zwecke der Bewegungseinschränkung oder der Unterdrückung von Widerstand gegen pflegerische Maßnahmen.

Hochrisikogruppe für die Anwendung von FEM sind Personen mit kognitiven Einschränkungen (Demenz) und hoher Pflegebedürftigkeit. FEM werden häufig mit der Fürsorgepflicht begründet, ältere „verwirrte“ Menschen vor sturzbedingten Verletzungen schützen, herausforderndes Verhalten (z.B. Unruhe, Weglaufgefahr) kontrollieren und/oder Selbstgefährdung verhindern zu müssen (Bredthauer 2005). Des Weiteren finden sich behandlungsorientierte (z.B. zur Gewährleistung medizinischer oder pflegerischer Maßnahmen wie Sondenernährung) und soziale Gründe (z.B. zur Konfliktvermeidung bei ständigem Aufsuchen anderer Bewohnerzimmer). Daneben spielen organisationsbedingte Gründe (z.B. Strukturmerkmale der Einrichtung) sowie Haltungen und Einstellungen des Personals im Umgang mit FEM eine erhebliche Rolle (Evans 2002).

Doch ist der Einsatz dieser Maßnahmen im Zeitalter der modernen Gesundheitsversorgung überhaupt noch indiziert?

III. Mit Recht fixiert – aber fachlich und zum „Wohle“ des Betreuten gerechtfertigt?

Es stellt sich die Frage, ob FEM als medizinisch-pflegerische Maßnahmen überhaupt dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen bzw. dem „Wohle“ des Betreuten dienen. Oder anders formuliert: Wann sind FEM fachlich indiziert und wann erforderlich im Sinne von verhältnismäßig?

In Notfallsituationen – etwa im Rahmen einer akuten Krankenhausbehandlung – mit einem hohen Grad an Selbst- und Fremdgefährdung stellen FEM manchmal die einzige zur Verfügung stehende Möglichkeit dar, um größeren Schaden abzuwenden. Hierbei handelt es sich in aller Regel um unstrittige, kurzfristig einzusetzende Maßnahmen, bis die akute Situation vorüber ist. Umso schwieriger gestaltet sich die Situation, wenn Einschränkungen der Bewegungsfreiheit als planbare Maßnahmen aus Aspekten des Schutzes und der Sicherheit eingesetzt werden sollen, etwa im Umgang mit Sturzgefährdung und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz.

Keine Studie weltweit belegt hier einen positiven Effekt von FEM und Fixierungen, dagegen sind die Daten über negative direkte und indirekte Auswirkungen alarmierend. Zu den direkten Folgen zählen Verletzungen, Strangulationen und Todesfälle, – häufig bei Versuchen, sich zu befreien (BfArm 2004, Berzlanovich 2007, Mohsenian

2002). FEM können für die Betroffenen außerordentlich traumatisierend sein. Sie gehen einher mit einem Verlust von Kontrolle, Freiheit, Autonomie und sozialen Bezügen. Häufig reagieren die Betroffenen mit psychischem Stress, Gegenwehr und vermehrt agitiertem Verhalten. Hieraus resultieren dann in der Konsequenz erhöhte Psychopharmakagaben. Durch die Immobilisierung drohen mittel- bis längerfristig ein weiterer Verlust von Balancefähigkeit und Kraft, Muskelatrophien und Kontrakturen. Weitere indirekte Gefahren können in medizinischen Komplikationen wie z.B. Infektionen, Dekubitus, Thrombosen und Auszehrung durch mangelnde Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme resultieren (Evans 2002). Im Sinne einer „Negativspirale“ kommt es bei regelmäßiger Anwendung von FEM in aller Regel zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes und der Lebensqualität der Betroffenen – mit Konsequenzen für die Zufriedenheit von Angehörigen und professionell Pflegenden.

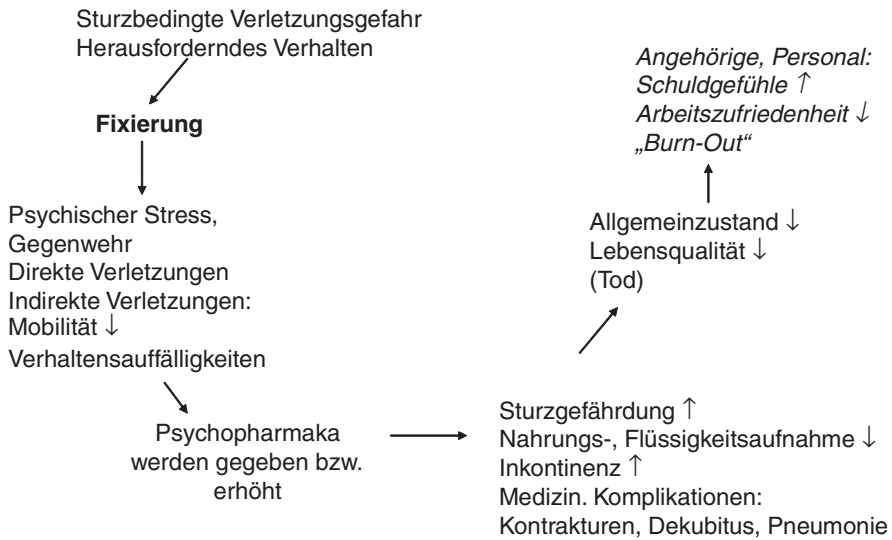


Abb. 1: Negativspirale Fixierung

IV. ReduFix Praxis – Ein bundesweites Projekt zur Minimierung von FEM

Auf Grundlage der international verfügbaren Datenlage konnte das „ReduFix“-Projekt – eine randomisiert-kontrollierte, multizentrisch von 2004 bis 2006 in 45 bundesdeutschen Altenpflegeheimen durchgeführte Interventionsstudie (gefördert vom BMFSFJ; Koczy 2005) – belegen, dass Fixierungen erfolgreich reduziert werden können, ohne dass sturzbedingte Verletzungen zunehmen. Hierfür war weder ein Mehr an Personal erforderlich, noch wurden stattdessen verstärkt Psychopharmaka gegeben (ReduFix 2006).

Über das Modellprojekt wurde bereits umfassend an anderer Stelle berichtet (vgl. Bredthauer 2006). Im aktuellen BMFSFJ-Folgeprojekt ReduFix Praxis (Laufzeit 2007-2009) werden die gewonnen Erkenntnisse nun bundesweit implementiert. Bausteine der Strategie sind u.a. länderspezifisches Coaching, übergreifende Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung von Multiplikatoren und zielgruppenspezifische Veranstaltungen

und Schulungen, z.B. für Pflegefachkräfte, Betreuer, Ärzte, Richter, Heimaufsichten (vgl. Bredthauer 2008).

Das Kernstück des ReduFix-Programms besteht aus einer mehrdimensionalen Schulung zur Reduktion von FEM. Wesentliche interdisziplinäre Zielsetzungen sind dabei, veränderte Einstellungen und Haltungen aller beteiligten Akteure durch Sensibilisierung und Wissen über Risiken von FEM zu bewirken. Aber auch ein Zugewinn von Handlungssicherheit in der Entscheidung für oder wider FEM durch Kenntnis über Alternativen, Rechtsbelehrung und Prozessualisierung der Entscheidungsfindung sind Bestandteile des Schulungskonzeptes (Projektgruppe ReduFix 2007).

V. Alternative Interventionen

Für die Wirksamkeit von Schulungsprogrammen zur Minimierung von FEM besteht inzwischen eine gute wissenschaftliche Datenlage, auch wenn sich aufgrund der Unterschiedlichkeit und Komplexität der Inhalte keine eindeutigen Wirksamkeiten für Einzelfaktoren zuordnen lassen.

Alternativen zu FEM lassen sich in drei Hauptkategorien unterteilen, die in ihrer Auswahl spezifisch auf das individuelle Risikoprofil des Bewohners (z.B. Sturzgefährdung, herausforderndes Verhalten) abzielen sollten:

- Pflege- und konzept-/bzw. organisationsgestützte Alternativen umfassen einerseits eine Veränderung von Umgang und Kommunikation sowie den Einsatz von speziellen Therapiekonzepten, z.B. Validation und basale Stimulation nach den „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz“ (BMG 2006), aber auch anerkannte Maßnahmen zur Sturzprophylaxe wie Kraft- und Balancetraining und Inkontinenzmanagement (Expertenstandard DNQP 2006). Zu mittel- bis längerfristigen Maßnahmen zählen andererseits die Implementierung von dementengerechten, lebensweltorientierten Versorgungskonzepten wie z.B. Wohn- bzw. Kleingruppen, personenzentrierte Pflege, Milieuthérapie, biographie- und alltagsorientierte Tagesstrukturierung, das Angebot eines „Nachtcafés“ und die Einbeziehung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten.
- Umgebungsanpassung und baulich-architektonischen Maßnahmen beinhalten den Einsatz von niedrigverstellbaren Betten (< 23 cm Höhe), sog. Pflegenestern, Sitzaufstehhilfen, Antirutsch-Sitzaufgaben, verbesserte Beleuchtung, aber auch die Einrichtung optischer Barrieren (z.B. durch Kontraste bzw. „versteckte“ Türen), (Endlos-) Rundgängen und Aktivitätszonen (z.B. „Snoezel“-Ecken). „Empfehlungen zur Umstrukturierung stationärer Einrichtungen unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit Demenz“ betreffen hinsichtlich der räumlichen Dimension insbesondere die Gestaltung einer zentralen Wohnküche, der Flure und des Bewohnerzimmers (KDA 2004).
- Hilfsmittel und technisch-elektronische Lösungen haben zum Ziel, Autonomie bzw. Selbstbestimmtheit zu fördern und gleichzeitig Schutz und Sicherheit zu gewährleisten. Hierzu zählen z.B. verdeckt knöpfbare Pflegebodies, um die Manipulation an Kathedern und Sonden zu verhindern. Hilfsmittel zur Sturz- und Verletzungsprophylaxe sind z.B. Hüftprotektoren und sturz sichere sog. „Gehfrei“ – Hilfen. Sensormatten, die auf Druck reagieren und mit der Rufanlage verschaltbar sind, können beim Aufstehen oder ausbleibendem Zurückkehren des Bewohners Signal geben. Auch komplexere Systeme wie Sensoren für automatische Raumbeleuchtung, Induktionsschleifen und Personenortungssysteme fallen unter diese Kategorie.

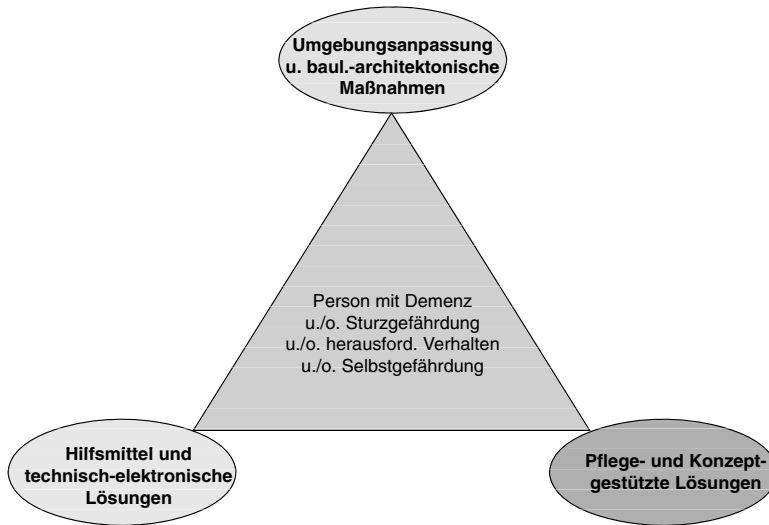


Abb. 2: Alternative Interventionen

VI. Rechtliche Aspekte von Alternativen

Auch für Alternativen kann ggfs. eine Legalisierung erforderlich werden. Hierbei sind nicht die Art der alternativen Lösung entscheidend, sondern der Zweck bzw. die Zielsetzung ihrer Anwendung – in Abhängigkeit von den potenziellen Fähigkeiten einer betroffenen Person:

Wenn eine Person am Verlassen der Tür durch das persönliche Intervenieren einer Pflegeperson gehindert wird, stellt dies im Rechtssinne eine FEM dar. Auch eine versteckte Tür ist als FEM für eine betreffende Person mit gezieltem Weglaufdrang ggfs. zu legalisieren. Dasselbe gilt für den Einsatz einer Sensormatte, wenn die Person bei Alarmgebung regelmäßig wieder ins Bett geschickt wird, obwohl diese aufstehen möchte. Folgt dagegen eine auf das Bedürfnis der Person abzielende pflegerische Intervention, z.B. ein Toilettengang, handelt es sich im rechtlichen Sinne nicht um eine FEM (Klie 2006). Andererseits ist selbstverständlich zu berücksichtigen, dass bei einer solchen Maßnahme das Grundrecht auf persönliche Privatsphäre tangiert wird, ebenso wie bei z.B. Funklösungen oder Personenortungssystemen. Hier müssen die jeweiligen Rechtsgüter im Rahmen des interdisziplinären Entscheidungsprozesses sorgfältig individuell auf Basis des (mutmaßlichen) Willens der betroffenen Person abgewogen werden.

Grundsätzlich gilt (und hierauf sollte der Betreuer achten!): Insbesondere technisch-elektronische Lösungen erfordern die Einbindung und Festschreibung in ein Gesamtkonzept der Versorgung, welches die Interventionen festlegt, die jeweils auf eine Alarmierung oder Signalgebung erfolgen sollen.

Das „gefühlte“ Haftungsrisiko der Pflege ist hoch. Das Bedürfnis, vermeintlich auf „Nummer sicher“ zu gehen, stellt häufig ein erhebliches Hemmnis dar, vor dem Einsatz von FEM alle Alternativen auszuschöpfen. Es besteht die weit verbreitete Fehlannahme, dass durch Juristen bestimmt wird, was fachlich geboten ist, statt sich am allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (z.B. Expertenstandard Sturzprophylaxe, Qualitätsniveau I der BUKO-QS (Buko-QS 2008)) zu orientieren.

tieren. Eine Beratung über die relevanten Rechts-, insbesondere Haftungsfragen ist hier dringend geboten. Auch hier kann der Betreuer eine wichtige Schlüsselfunktion einnehmen. Eine sinnvolle Maßnahme kann es z.B. sein, auf übergeordneter Ebene einen gemeinsamen runden Tisch mit Heim- und Pflegedienstleitung sowie den zuständigen Amtsrichtern und Ärzten anzuregen.

VII. Der interdisziplinäre Entscheidungsprozess

Der teils noch geringe evidenzbasierte Wirksamkeitsnachweis einzelner Alternativen entbindet die Versorgungs- und Betreuungspraxis keinesfalls davor, im Einzelfall zu überprüfen, ob die Anwendung von FEM aus rechtlich-ethischer Sicht erforderlich ist – oder eine Alternative etwa die verhältnismäßigere Maßnahme zur FEM darstellt. Den „Königsweg“ in der Entscheidungsfindung gibt es nicht. Im Zentrum sollte der Betroffene selbst mit seinem (mutmaßlichen) Willen stehen bzw. eine an den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen orientierte Güterabwägung erfolgen, unter Einbindung aller an der Entscheidung beteiligten Personen und Berufsgruppen. Das Treffen der Entscheidung obliegt dann bei nicht einwilligungsfähigen Personen der Person des Rechtsvertreters.

Der Entscheidungsprozeß für oder wider den Einsatz von FEM sollte mit einer sorgfältigen Problemanalyse beginnen – mit dem Ziel, die individuellen Risiken (z.B. Sturzgefährdung, Weglaufdrang) zu identifizieren und mögliche Ursachen der zur Frage der FEM führenden Gründe abzuklären und ggf. spezifisch zu behandeln². Hierzu zählen etwa Verhaltensauffälligkeiten als möglicher Ausdruck von Schmerzen und unbefriedigten Grundbedürfnissen (z.B. Hunger, Ausscheidungs- und Bewegungsdrang), aber auch als mögliches Symptom somatischer (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Infektionen) oder psychiatrischer Grunderkrankungen (z.B. Depression, Wahn, Halluzinationen). Eine verstehende Verhaltensdiagnostik (BMG 2006) kann sinnvoll sein, um auffälliges Verhalten, z.B. auf dem Boden der individuellen Biographie, zu dechiffrieren und (pflege-)spezifisch zu intervenieren. Vorliegende Sturzrisikofaktoren sind zu erkennen und leitliniengerecht abzuklären und zu beheben (DEGAM 2004). Des weiteren ist eine Überprüfung der bestehenden Medikation im Hinblick auf im Alter häufig auftretende (und die Verhaltensauffälligkeiten oder die Sturzgefährdung verursachende oder mit bedingende) Neben- und Wechselwirkungen dringend vorzunehmen. Obgleich diagnostische Maßnahmen außerhalb des Aufgaben- und Verantwortungsspektrums des Rechtsvertreters liegen, obliegt diesem sicherlich eine wesentliche Schlüsselrolle in der Steuerung und Überprüfung dieser wichtigen Prozessphase. Hier sollte ggf. auch das Recht auf Dokumentationseinsicht wahrgenommen werden, insbesondere dann, wenn die Prozesswege nicht transparent erscheinen bzw. der Betreuer nicht adäquat informiert und in die Entscheidung einbezogen wird. Insbesondere die weiteren Prozessschritte zur Entscheidung für und wider den Einsatz von Alternativen oder FEM sollten unter Einbeziehung aller an der Entscheidung beteiligten Personen (Patient, Rechtsvertreter, Angehörige, Pflegefachberufe, ggfs. andere Gesundheitsberufe, fachärztliche Kollegen, Pflegedienst-/Heimleitung Richter) erfolgen, optimalerweise im Rahmen einer Fallkonferenz (Projektgruppe ReduFix 2007).

2 Lt. der Schweizer medizinisch-ethischer Richtlinien zur Behandlung und Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen der SAMW dürfen freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur eingesetzt werden, wenn das beobachtete Verhalten nicht auf behebbare Ursachen zurückzuführen ist wie z.B. Schmerz, Nebenwirkungen von Medikamenten oder zwischenmenschliche Spannungen.

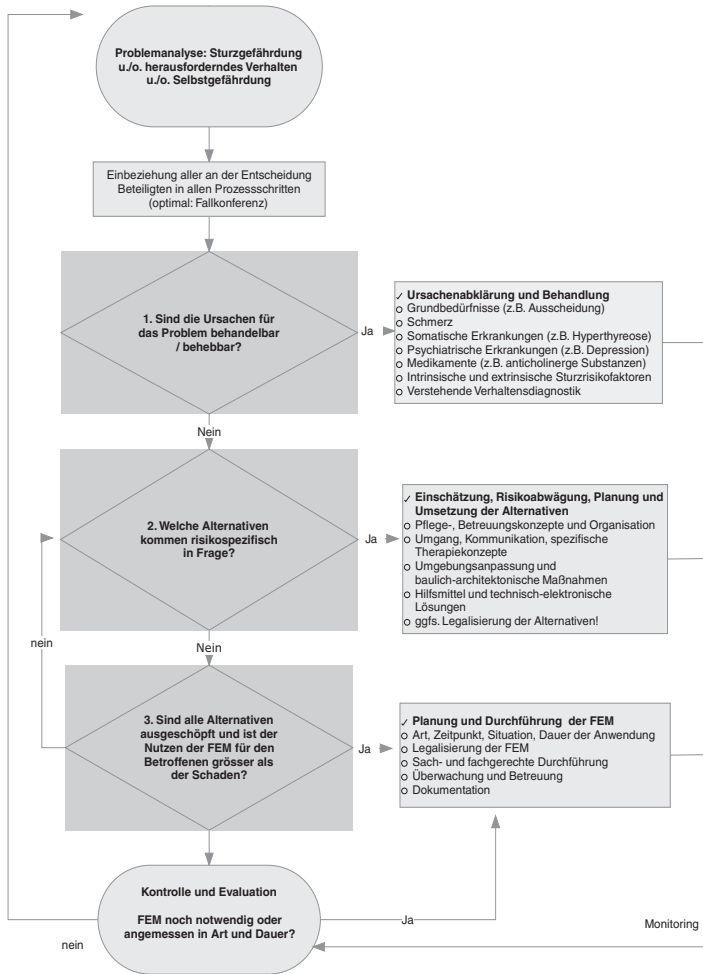


Abb. 3: Interdisziplinärer Entscheidungsprozess FEM

Erscheinen FEM aus fachlicher Sicht zwingend geboten, muss die medizinisch-pflegerische Aufklärungspflicht insbesondere die begründende Diagnose, die vorgesehenen Untersuchungen und Therapien, die Behandlungsalternativen, Folgen der Unterlassung sowie Risiken und Nebenwirkungen beinhalten (vice versa sollte der Betreuer eine solche Aufklärung entsprechend einfordern).

FEM sollten nur unter folgenden Bedingungen kurzfristig eingesetzt werden:

- Alternativen, die persönliche Freiheit der Person weniger beeinträchtigende Maßnahmen, waren erfolglos oder sind nicht möglich;
- das Verhalten der Person gefährdet in erheblichem Maße ihre eigene Sicherheit, Gesundheit;

- In einer akuten Notfallsituation, wenn sich die Person infolge von z.B. akutem Erregungs- oder Verwirrheitszustand oder Suizidalität erheblich selbst Schaden zufügt oder gegen eine dringend notwendige Behandlung wehrt.

Neben der zu klärenden Frage einer erforderlichen Legalisierung (ggfs. auch für Alternativen, s.o.) ist für eine fach- und sachgerechte Durchführung der Maßnahmen zu sorgen. Auch hierüber sollte der Betreuer zumindest insoweit über Grundkenntnisse verfügen, die ihm eine kritische Überprüfung der Situation ermöglichen: Jede FEM (ebenso natürlich jede Alternative) muss einem klaren Handlungskonzept folgen, welches in einer institutionsinternen Handlungsanweisung oder Richtlinie festgeschrieben sein sollte (vorlegen lassen!). Erlaubt sind nur Maßnahmen, die dem anerkannten aktuellen Standard medizinisch-pflegerischen Wissens entsprechen. Hierzu zählt u.a. auch, dass nur für diesen Zweck zugelassene Fixiergurtsysteme verwendet und nach Hersteller- und bundesüblichen Handlungsempfehlungen angewendet werden (z.B. BfArm 2004, Segufix® 2008). Es ist grundsätzlich die Maßnahme zu wählen, die die Person am wenigsten einschränkt, aber den Zweck noch erfüllt. Die fixierte Person muss während der Maßnahme kontinuierlich und in besonderer Art und Weise – unter bestmöglichem Schutz der Intimsphäre und der Situation entsprechend angemessen – beobachtet und betreut werden. In Abhängigkeit der Maßnahme und dem Zustand der betroffenen Person sind geeignete Prophylaxemaßnahmen durchzuführen (z.B. Pneumonie-, Dekubitusprophylaxe).

Anordnung und Durchführung der FEM sind sorgfältig zu dokumentieren. Mindestens festzuhalten sind: Begründung und ggfs. Rechtsgrundlage, erfolglose Alternativen, Art, Dauer, Zeitpunkt (Beginn, Beendigung) und Überwachung der Maßnahme, Wege des Entscheidungsprozesses und verantwortliche Personen. Die Dauer jeder FEM ist von vornherein zeitlich (Stunden, Tage bis Wochen, keinesfalls Jahre!) zu begrenzen. Generell soll die Durchführung von FEM nur kurzfristig und solange als unbedingt erforderlich erfolgen. Dies sollte durch den Betreuer regelmäßig kontrolliert und überprüft werden.

Die aktuellen Standards und fachlichen Vorgaben geben für Entscheidungssituationen für oder wider FEM vor, dass die Fixierung immer ein Sonderfall bleibt und alle anderen Möglichkeiten eines fachgerechten Umgangs mit dem Spannungsverhältnis zwischen Mobilität und Sicherheit ausgeschöpft werden müssen (DNQP 2006, BUKO-QS 2008). Darüber hinaus belegen aktuelle Urteile des obersten Gerichtshofes, dass die Wahrung von Selbstbestimmungs- und Freiheitsrechten von Pflegeheimbewohnern höchste Priorität hat und zum Schutz von sturzgefährdeten Heimbewohnern weder Fixierungsmaßnahmen, noch ständige Überwachung, als regelhafte und zumutbare Maßnahmen gelten.³

Um Entscheidungen aus Angst oder Unsicherheit vorzubeugen und der Beliebigkeit Grenzen zu setzen, ist es daher an der Zeit, dass sich die vorliegenden aktuellen Wissensbestände zum Thema FEM in der Breite etablieren, um allen Handelnden – gerade im interdisziplinären Zusammenwirken – eine gemeinsame Grundlage für qualitätsgesichertes Handeln zu geben – zum Wohle der betreuten Pflegeheimbewohner.

3 BGH-Urteil III ZR 391/04 v. 14.7.2005; BGH-Urteil III ZR 399/04 vom 28.4.2005.

Dies ist das Anliegen des ReduFix-Programms. ReduFix Schulungen sind buchbar über:

Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege

Projekt ReduFix Praxis

Bugginger Str. 38

79114 Freiburg

oder über die Autorin

Literatur:

Berzlanovich, A.M.; Schöpfer J.; Keil, W. (2007): Strangulation im Sitzgurt. Rechtsmedizin 17: 363-366

Bredthauer, D. (2008): Wie können freiheitseinschränkende Maßnahmen minimiert werden? Handlungsempfehlungen aus den ReduFix-Projekten. BtMan 4: 208-212

Bredthauer, D. (2006): Können Fixierungen bei dementen Altenheimbewohnern vermieden werden? BtMan 4:184-190

Bredthauer, D. (2006): Wenn Verhaltensprobleme die Betreuung von Demenzpatienten erschweren. MMW-Fortschr Med 51-52: 38-42

Bredthauer, D.; Becker, C.; Eichner, B.; Koczy, P.; Nikolaus, T. (2005): Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. Z Gerontol Geriat 38:10-19

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)(2004): Vorkommnisse in Zusammenhang mit Bauchgurten und Stellungnahme zu Fixierungen Ref.Nr. 913/0704 v. 08.07.2004, herunterzuladen unter www.bfarm.de/ (Suchbegriff: Fixierungen)

Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS) (Hrsg) (2008): Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. Economica, Verlagsgruppe Hüthig, Jehle, Rehm, Heidelberg, München, Landsberg, Berlin. Informationen unter: www.buko-qs.de

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Herunterzuladen unter: www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168304/SharedDocs/Publikationen/DE/Forschungsberichte/f007_templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f007.pdf; letzter Abruf 23.11.2008

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2004): DEGAM-Leitlinie Nr. 4: Ältere Sturzpatienten. Herunterzuladen unter: www.degam.de/leitlinien/sturz_web.pdf; letzter Abruf 12.12.2008

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.)(2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Zu beziehen unter: www.dnqp.de

Evans, D.; Wood, J.; Lambert, L.; FitzGerald, M. (2002a): Physical Restraint in Acute and Residential Care. A Systematic Review. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australia. Best Practice Infos herunterzuladen unter: www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng_6_3.pdf (...und 6_4.pdf) ; letzter Abruf 12.12.2009

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2004): Umstrukturierung stationärer Einrichtungen. Unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit Demenz. Zu beziehen unter: www.kda.de

Klie, T. (2006): Der Einsatz von Sensormatten als Hilfsmittel in Pflege und Betreuung unter haftungs-, betreuungs- und heimrechtlichen Gesichtspunkten. PflR 04:152-159

Klie, T.; Pfundstein, T. (2004): Münchner Studie: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchner Pflegeheimen. In: Hoffmann B, Klie T (Hrsg): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und Praxis. Müller, Heidelberg, 2004, 75-130

Koczy, P.; Klie, T.; Kron, M.; Bredthauer, D.; Rissmann, U.; Branitzki, S.; Guerra, V.; Klein, A., Pfundstein, T.; Nikolaus, Th.; Sander, S.; Becker, C. (2005): Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Ziele und Studiendesign einer prospektiven clusterrandomisierten Interventionsstudie. Z Gerontol Geriat 38: 33-39

Meyer, G; Köpke, S. (2008): Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg): Optimierung, und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Juventa Weinheim, München, Reihe Gesundheitsforschung

Mohsenian, C.; Heinemann, A.; Verhoff, M.; Risse, M.; Karger, B.; Püschel, K. (2002): Todesfälle nach Fixierungsmaßnahmen. In: Saternus K-S, Kernbach-Wighton G (Hrsg): Fixierung erregter Personen. Todesfälle in Klinik und Gewahrsam. Schmidt-Röhmhild, Lübeck

Projektgruppe ReduFix (2007): ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Reihe Powerbooks, Hannover: Vincentz Network

ReduFix (2006): Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Tagungsbericht zum Modellvorhaben. Abschlussbericht. Herunterzuladen unter: <http://www.efh-freiburg.de/Dokumente/agp/00%20Tagungsbericht.pdf>; letzter Abruf 16.01.2009

SAMW Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2005): Zwangsmaßnahmen in der Medizin. Medizinische Richtlinien der SAMW. Herunterzuladen unter: http://www.samw.ch/content/d_Ethik_Richtlinien.php; letzter Abruf 09.01.2008

Segufix® (2008): Handbuch. Herunterzuladen unter: www.segufix.de

Verfahren zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

Was von Betreuern, Verfahrenspflegern, Behörden und Gerichten zur Vermeidung unnötiger freiheitsentziehender Maßnahmen (FE) zu beachten ist ...

Arbeitsgruppe 15

Moderation: *Axel Bauer*

I. Was ist von Betreuern zu tun?

Betreuer haben unter Beteiligung des Betreuten auf Anforderung durch das Gericht eine Betreuungsplanung (§ 1901 Abs. 4 Satz 2 und 3 BGB) zu erstellen, in der die Erforderlichkeit, die Voraussetzungen, Bedingungen, die Formen und die Dauer freiheitsentziehender Maßnahmen dargestellt werden, wenn solche im Einzelfall nahe liegen. Betreuer nehmen Einblick in die Pflegedokumentation der Einrichtung, um den Grund bzw. die Ursache für die Erforderlichkeit des Freiheitsentzuges zu ermitteln (gibt es z.B. ein Sturzereignisprotokoll?): Liegt „nur“ eine sog. Fremdgefahr vor, die einer betreuungsrechtlichen Genehmigung nicht zugänglich ist?

Ist die freiheitsentziehende Maßnahme zum Schutze des Betreuten wirklich erforderlich? Gibt es Alternativen (Kenntnis z.B. des Redufix-Projektes ist für die Suche nach Alternativen hilfreich)?

Es erfolgt die Willensbildung des Betreuers zur Anordnung oder Unterlassung freiheitsentziehender Maßnahmen. Der Betreuer kommt seiner Besprechungspflicht (§ 1901 Abs. 3 Satz 3 BGB) nach und bespricht die geplante freiheitsentziehende Maßnahme mit dem Betreuten. Ist der Betreuer von der Erforderlichkeit des Freiheitsentzuges überzeugt, ordnet er die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen an. Erst dann ist die Stellung des Genehmigungsantrages bei Gericht möglich (§ 1906 BGB).

Bedarf es zur Anordnung freiheitsentziehender Maßnahmen der Erweiterung des Aufgabenkreises für die Anordnung des FE? (In diesem Falle: Anregung der Erweiterung des Aufgabenkreises bei Gericht).

Antrag auf Genehmigung bei Gericht stellen:

Begründung des Genehmigungsantrages nicht vergessen (u.a. Aussage dazu, was der Betroffene zum FE sagt bzw. wie er sich dazu verhält; was für Gefahren drohen im Falle der Unterlassung des FE; wie lange ist die Freiheitsentziehung voraussichtlich erforderlich?, etc.). Dem Gericht sollte mitgeteilt werden, welcher Arzt etwas zur Erforderlichkeit des FE aussagen kann.

Nach Genehmigungseingang:

Ist der FE noch erforderlich? Soll von der Genehmigung tatsächlich Gebrauch gemacht werden?

Es folgt die periodische Überprüfung, ob der FE noch erforderlich ist. Ggf. erfolgt die Anordnung an Heim, dass die FE zu beenden ist; eine Nachricht über die Beendigung des FE ist dem Gericht zu übermitteln.

II. Was tut das Gericht?

Die Einbindung des Gerichts in das Redufix-Praxisprojekt ist empfehlenswert, u.a. um eine bessere Qualifizierung der Richter/Innen im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen und die Kenntnis der Alternativen dazu zu erreichen. Richter sollten an

Fortbildungen in Heimen zum Thema Freiheitsentzug teilnehmen. Allgemeine Besprechungen mit den ärztlichen Sachverständigen über die Qualitätsanforderungen an die Gutachten zur Erforderlichkeit des FE (sind den Ärzten die Alternativen zum FE, z.B. das Redufix-Projekt bekannt?).

Es ist im konkreten Einzelfall eine Prüfung notwendig, ob der Genehmigungsantrag vom Aufgabenkreis gedeckt ist; wenn nicht, muss ein Erweiterungsverfahren eingeleitet werden. Sodann: Nachfrage bei Betreuer, ob die Besprechungspflicht eingehalten worden ist. Was hat der Betreute zum FE gesagt? (Liegt eine sog. Freiwilligkeitserklärung des Betreuten vor?). Es folgt die Einholung eines unabhängigen ärztlichen Sachverständigengutachtens (nicht eines bloßen Zeugnis, keine Begutachtung durch sog. Heimärzte). Es ist zu prüfen, ob im Einzelfall nicht auch die Einholung eines pflegewissenschaftlichen Gutachtens angezeigt ist.

Gleichzeitig ist ein Verfahrenspfleger zu bestellen (§ 70 b FGG, jetzt § 317 Abs. 1 Satz 1 FamFG), dessen Qualifikation gesichert sein sollte (Pflegekraft?; Teilnahme an Redufix-Projekt!). Es sollte eine aktive Suche nach Alternativen zum FE (z.B. Völker-Bett) stattfinden. Die Einschaltung der Betreuungsbehörde (ggfls. im Rahmen eines Redufix-Projektes) ist empfehlenswert (- Stichwort: abgestimmtes Vorgehen im Rahmen einer örtlichen Arbeitsgemeinschaft -).

Es folgen die persönliche richterliche Anhörung des Betroffenen und des Pflegepersonals und der Einblick in Pflegedokumentation.

Kann und muss die Genehmigung des FE erfolgen (ggfls. unter Auflagen, wie: „Hüftprotektoren sind binnen einer Frist von Wochen ab Zugang dieser Genehmigung auszuprobieren. Das Ergebnis ist dem Gericht umgehend mitzuteilen.“)?

Die Abweisung des Genehmigungsbegehrens erfolgt, wenn

- Alternativen zum FE vorhanden sind,
- durch FE noch größere Sturzgefahren verursacht werden,
- wenn keine Dokumentation der Sturzursachen vorhanden ist, etc.

Die Kooperation – auch im Einzelfall – mit der Heimaufsicht ist sinnvoll, um nicht erforderliche freiheitsentziehende Maßnahmen zu verhindern.

III. Was soll der Verfahrenspfleger tun?

Er sollte

- die erforderliche Qualifizierung für die Aufgabe mitbringen bzw. erwerben, z.B. in Redufix-Praxisprojekten;
- eine kritische Begleitung des Genehmigungsverfahrens gewährleisten;
- sich an der Suche nach Alternativen zum FE beteiligen;
- Einblick in die Pflegedokumentation der Einrichtung nehmen, um die Gründe für den FE zu ermitteln;
- eine persönliche Erörterung der freiheitsentziehenden Maßnahme mit dem Betroffenen und dem Personal vornehmen;
- eine kritische Nachfrage nach der Erforderlichkeit des FE an den Betreuer leisten;
- auf einem ärztlichen Gutachten unabhängiger, qualifizierter Sachverständiger gegenüber dem Gericht bestehen;

- eine Prüfung von Rechtsmitteln bei Erteilung der Genehmigung vornehmen (Genehmigung des FE befristet und hinreichend begründet?);
- Rechtsmittel einlegen, wenn das Gericht den FE (z.B. ohne Prüfung von Alternativen) zu Unrecht genehmigt hat.

IV. Was soll die Betreuungsbehörde tun?

Sie sollte

- die Qualifizierung des eigenen Personales z.B. im Rahmen eines gemeinsamen Redufix-Projektes mit dem Gericht sicherstellen;
- an Fortbildungen in Heimen teilnehmen;
- die Kooperation mit der Heimaufsicht in der örtlichen Arbeitsgemeinschaft sicherstellen;
- ihre Beteiligung im einzelnen Genehmigungsverfahren gewährleisten und Fixierungen vermeidende Stellungnahmen abgeben, indem sie Alternativen zum FE aufzeigt;
- das gerichtliche Genehmigungsverfahren kritisch begleiten;
- die Einlegung von Rechtsmitteln gegen rechtswidrige Genehmigungsbeschlüsse prüfen.

D. Strukturen im Betreuungswesen

Welche Bedeutung hat das Thema Betreuung in der (fach-) öffentlichen Wahrnehmung?

Arbeitsgruppe 8

Moderation: *Katrin Sanders, Peter Winterstein*

Während in der Fachöffentlichkeit eine angeregte Diskussion über Qualitätsfragen im Betreuungswesen geführt wird, erfährt die allgemeine Öffentlichkeit von wichtigen Projekten und guter Anwendungspraxis im Betreuungswesen wenig. „Nur Negativ-Presse, nichts Positives“, zieht eine Vereinsbetreuerin Bilanz, frustriert von vergeblichen Bemühungen, die Presse zu interessieren. Stattdessen werden Betreuer beharrlich als „Vormund“ bezeichnet, wird Betreuung generell mit Entmündigung gleichgesetzt. Welche Wege es aus der Informationseinfalt in Sachen Betreuung gibt, wurde in dieser Arbeitsgruppe behandelt.

I. Wie erreicht man Resonanz in der Öffentlichkeit?

Es muss nicht immer professionelle Pressearbeit sein, für die ein Betreuungsverein neben seinen eigentlichen Aufgaben ebenso wenig Zeit übrig hat, wie eine Betreuungsbehörde. Regelmäßige Presseansprachen, gute Kontaktpflege oder presse-taugliche Aufbereitung eigener Themen sind nicht nebenbei zu bewältigen. Aber: Wer über die Medien kommunizieren will, muss Pressekontakte langfristig und kontinuierlich aufbauen, in jedem Einzelfall gut vorbereiten und wissen, was Redaktionen brauchen, um ihre Arbeit tun zu können. Insbesondere die andere Seite des Schreibtisches, die Arbeitsweisen von Journalistinnen und Journalisten zu kennen, ist für zielgerichtete Pressearbeit unerlässlich.

II. Input: Arbeitsbedingungen

Ganze 90 Minuten Zeit bleibt einer Studie¹ zufolge im Alltag einer aktuellen Redaktion für die Recherche eines Themas. Dementsprechend werden schnell zugängliche Informationen für die Presse immer wichtiger. Dazu gehört insbesondere das Internet. Rund 40% der Journalistinnen und Journalisten recherchieren nur noch mit Hilfe von Suchmaschinen, verlassen sich also auf die Auswahlkriterien anderer bei der Prüfung auf Plausibilität. Für die „Inaugenscheinnahme“ (Besuch vor Ort, Gelegenheit, sich ein eigenes Bild zu machen) und die Gegenrecherche – beides journalistisches Handwerkszeug – bleibt weniger Zeit. Recherchen werden, so fürchten Medienwissenschaftler der Landesmedienanstalt NRW, immer häufiger selbstreferenziell oder profaner ausgedrückt: Es wird immer mehr voneinander abgeschrieben.

Zu kurz kommt aber auch das Setzen eigener Themen, eigentlich im Selbstverständnis des Journalismus sehr hoch angesiedelt. Berichte entstehen häufiger nicht aufgrund eigener Themen- und Schwerpunktsetzungen in Redaktionen, sondern basieren auf Impulsen, die im günstigeren Fall durch Pressemitteilungen ergangen sind oder – dies ist der problematische Fall – auf reiner PR-Arbeit basieren. Der Leipziger Wissenschaftler Michael Haller hat 2005 den Umfang der Beeinflussung von redakti-

¹ Quelle: Studie der Uni Leipzig; zitiert in der FR vom 8.12.2004, Seite 1: „Zunehmend transportieren Trojaner versteckte Werbung“.

oneller Arbeit durch interessierte Dritte in einer Studie festgehalten: Der Trend zu mehr PR wurde darin klar bestätigt, wenn auch keine allumfassende Abhängigkeit des Journalismus von PR gezeigt werden konnte: Der Anteil der PR-basierten Artikel blieb in allen Zeitungen unter 20 Prozent. PR ist nicht zu verwechseln mit Pressearbeit. Dennoch: Wenn immer mehr interessierte Kreise ihre Themen über professionelle Presseansprache lancieren, müssen alle anderen, die etwas zu sagen haben oder in die öffentliche Diskussion eingreifen wollen, ähnliche Instrumente bedienen lernen – oder auf Einfluss verzichten.

Journalisten nutzen Angebote, die nah an ihren Lesern, Hörern oder Zuschauern dran sind. Sie brauchen Themen, Thesen und Gesprächspartner – und nur schlechte Pressearbeiter nutzen diese Abhängigkeit, um falsche oder polemische Informationen zu platzieren. Es gibt vielmehr Gemeinsamkeiten zwischen den Fachleuten im Betreuungswesen und „der“ Presse: Eine „Liebesbeziehung“ ist das nicht, aber eine solide Zweckgemeinschaft. Keiner auf beiden Seiten möchte unkritische Abbildung von heiler Welt. Und wer, wenn nicht die kritischen Fachleute im Betreuungswesen, kennen die systemischen und möglichen systematischen Fehler in der Anwendung des Betreuungsrechts?

III. Thema: Betreuung

Bei 1,2 Mio. laufenden Betreuungsverfahren in der Bundesrepublik kann kein Zweifel bestehen, dass Betreuungsfragen die Öffentlichkeit etwas angehen und dass kritische Betrachtung angebracht ist. In der Berichterstattung wird aus solcher Wächterfunktion allerdings allzu oft reine Effekthascherei. Weil Bilder mehr sagen als viele Worte, stehen anschauliche Fälle oft im Vordergrund von Berichten über das Betreuungswesen. Dies gilt einmal mehr für die Fernsehberichterstattung. Aber auch in der gedruckten Presse ist neben der Informationspflicht auch die gewonnene Aufmerksamkeit ein hohes Gut²: 90% der Leserinnen und Leser betrachten die Bilder; 40 bis 70 % lesen die Überschriften und 20 bis 60 % den Vorspann eines Artikels, den wiederum nur ein Teil dann bis zu Ende liest ...

Ob also ein Thema wahrgenommen und dann auch gelesen wird, hängt vom „Bild“ ab, das tatsächlich oder sprachlich zum Anker auf einer Zeitungsseite wird. Das liegt nicht an Desinteresse oder Ignoranz, sondern schlicht daran, dass nicht alles, was gedruckt oder gesendet wird, auch für jeden relevant ist.

Für die eigene Pressearbeit bedeutet das: Wer in der Vielzahl der angebotenen täglichen Informationen wahrgenommen werden will, muss sich beschränken und konzentrieren, um Aufmerksamkeit zu gewinnen:

- Das Thema muss brisant sein.
- Es muss für die Öffentlichkeit aktuell relevant sein. Es muss deutlich werden, warum dieses Thema heute (nicht gestern oder in drei Wochen) veröffentlicht wird.
- Es muss prägnant sein, eine These, eine Meinung, eine Forderung oder Haltung haben. Komplizierte Fachdiskussionen können nicht in der Publikumspresse ausgetragen werden.

2 Die Spannbreiten sind hier sehr hoch; das hängt u.a. vom Bildungsstand ab, enthält aber auch einen Hinweis auf die Interessen geleitete Wahrnehmung, die nur normal ist. Es ist Aufgabe von Pressearbeit, für hohes Interesse zu sorgen.

IV. Klärung: Motive für Pressearbeit

Das Handwerkszeug der Pressearbeit, von der Pressemitteilung bis zum Pressetermin oder der Eigenveröffentlichung in allen Varianten, kann man lernen. Wichtiger noch ist vor jeder Pressearbeit die Klärung, warum und für wen die Ansprache an die Öffentlichkeit überhaupt stattfinden soll. Persönlicher Ärger über das schlechte und schiefe Bild von Betreuung im Allgemeinen kann ein Motiv sein (Imageverbesserung). Oder: persönliche Überzeugung vom Potenzial des Themas, von der Notwendigkeit kritischer Fachlichkeit oder das Selbstbewusstsein, die besseren Konzepte zu haben. Nicht zuletzt geht ein Verband, der Öffentlichkeitsarbeit betreibt, auch in die Offensive: Man zeigt sich, versteckt sich nicht, weicht der Kritik nicht aus oder stellt fundierte Forderungen.

Dazu kommen Motive für die interne Öffentlichkeitsarbeit: Vielleicht will der Verein, Verband, die Berufsgruppe auch die jüngeren Kolleginnen und Kollegen ansprechen. Man will nicht altern und will zugleich andere Engagierte von den eigenen Grundsätzen überzeugen.

V. Was sich verbessern lässt

Aktive Pressearbeit nach außen, so das Meinungsbild in Erkner, findet nur ausnahmsweise statt. Eine (erfolgreiche) Ausnahme: Mit vorgefertigten Artikeln in der notwendigen Kürze plus Bild gelingt es einem Verein, der örtlichen Zeitung zielsicher zuzuarbeiten. Regelmäßig werden diese Eigenbeiträge dort platziert: Der Verein sorgt für Transparenz, zeigt die Bandbreite der täglichen Arbeit und empfiehlt sich als Serviceeinrichtung für Fragen des Betreuungsrechts. Die möglichen Anlässe für solche Berichte ergeben sich in der täglichen Arbeit wie von selbst: Jahrestreffen der Ehrenamtlichen, Vereinsjubiläum, die Debatte um die Patientenverfügung usw.

Für viele andere aber gilt: Es fehlt im Verein der fest benannte Ansprechpartner oder man scheut den aktiven Weg an die Öffentlichkeit. Selbst in größeren Institutionen ist das Thema Betreuung kein Schwerpunktthema der Öffentlichkeitsarbeit, zum Teil deshalb, weil Entscheidungswege zu lang und umständlich für zeitnahe Themensetzung sind.

Ob die Mailingliste Betreuungsrecht dort als Themenspeicher auch für die journalistische Recherche nutzbar ist, kann geprüft werden. Sie bietet ständig aktuelle Stellungnahmen, bundesweite Ansprechpartner und zahlreiche up-to-date Informationen, so Prof. Fröschle in der Arbeitsgruppe. Das Potential dürfte sich jeder Redaktion, die aus dem Bereich Betreuung berichtet, sofort erschließen. Dagegen spricht: die Mailingliste wird (noch) in erster Linie für den internen Austausch genutzt und erfüllt da den gewünschten Zweck interner Kommunikation: Der rasche Austausch von Informationen, der schnelle Abgleich von Haltungen, aber auch das Zuspitzen: „Grenzwertig“ finden allerdings manche Nutzer den Tonfall der Äußerungen in diesen Fällen – und mischen sich in die Debatte aus diesem Grund nicht mehr ein. Andere bemängeln, dass eine angestoßene Diskussion je nach Nutzergruppe zu rasch versickert oder ohne Folgen bleibt. Die Mailingliste als Themenpool für Journalisten könnte ein falsches Bild ergeben. Zudem besteht das Interesse der Fachöffentlichkeit am internen (geschützten) Austausch. Ein eigenes durch den VGT e.V. moderiertes Forum wurde als Denkanstoß ins Gespräch gebracht.

„Stadt – Land – Bund“ – Strukturen im Betreuungswesen

Arbeitsgruppe 10

Moderation: *Brunhilde Ackermann, Jane Korte (erkrankt)*

Die 17 Teilnehmer/innen kamen aus örtlichen und überörtlichen Betreuungsbehörden, aus der Rechtswissenschaft, aus Betreuungsvereinen und der Diakonie, einem Landessozialministerium, dem Bundesverband freiberuflicher Betreuer und dem Deutschen Verein.

Die Vorstellungsrunde mit den Erwartungen der Teilnehmer/innen zeigte eine sehr breit gefächerte Interessenlage an dem Thema und ein unterschiedliches Verständnis von Strukturen.

I. **Wo ist (sind) das Betreuungsrecht/das Betreuungswesen verortet? Wie verlaufen die Strukturen? Nebeneinander? Aufeinander zu? Auseinander?**

Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich in einem ersten Schritt mit einer Bestandaufnahme der vorhandenen Strukturen auf der Ebene des Bundes, der Länder und Kommunen. Diskussionsgrundlage war die von Margrit Kania (Senator für Soziales Bremen) zur Verfügung gestellten Übersicht über „Verwaltungsstrukturen rechtliche Betreuung“.

Neben der Zuordnung von Aufgaben und Funktionen ging es um die Frage, ob bzw. in welchem Maße zwischen den beteiligten Akteuren Kommunikations- und Kooperationsstrukturen vorhanden sind. Festzustellen war, dass es, insbesondere auf Länderebene, kein einheitliches Bild gibt. In wenigen Bundesländern sind gut vernetzte Kooperationsformen zwischen Justiz- und Sozialministerien sowie überörtlichen und örtlichen Betreuungsbehörden und Betreuungsvereinen vorhanden. In anderen Bundesländern führt das Betreuungsrecht eher ein „Schattendasein“ und findet wenig Beachtung sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene.

II. **Neigt sich die Waage von Justiz zum Sozialen?**

In der rechtlichen Betreuung sind die Bereiche „Justiz“ und „Soziales“ unzertrennlich miteinander verbunden. Beobachtet man die bisherige Diskussion über das Betreuungsrecht, geht es immer wieder um die Gewichtung dieser beiden Schwerpunkte. Fakt ist, dass der Gesetzgeber seit Jahren entsprechende Überlegungen anstellt, bisher jedoch keine rechtlichen Veränderungen der Strukturen vorgenommen hat. Diskutiert wurde die Frage, ob und inwieweit es in den letzten Jahren eine faktische Verlagerung von der Justiz zum Sozialen oder umgekehrt gegeben hat und woran diese Verlagerungen ggf. erkennbar sind. Die Entscheidung über die Betreuung liegt nach Art. 92 GG eindeutig bei der Justiz. Hierzu gehört auch die Verpflichtung des Staates, die rechtliche Handlungsfähigkeit eines Menschen wiederherzustellen bzw. zu gewährleisten. Angemerkt wurde, dass die Berufsverbände der freiberuflichen Betreuer die rechtliche Betreuung überwiegend als Sozialleistung, Sozialarbeit definieren. Die Warnung aus der Rechtswissenschaft dazu: „Die Besonderheit der rechtlichen Vertretung darf dabei nicht verloren gehen“.

III. Zur Verlagerung von Aufgaben aus der Justiz zu den örtlichen Betreuungsbehörden

Die Diskussion beleuchtete bestehende Strukturen unter den Gesichtspunkten der Qualität einerseits und der Kosten andererseits. Ist es ein qualitativer oder finanzieller Vorteil, wenn Steuerungsfunktion und Finanzverantwortung in eine Hand gelegt werden? Welche Steuerungsmöglichkeiten gibt es, wer nimmt sie wahr und reichen sie aus? Inwieweit ist eine Aufgabenübertragung rechtlich überhaupt möglich?

Im Rahmen der Rechtstatsachenforschung vor dem 2. BtÄndG waren entsprechende Verlagerungsmöglichkeiten bis auf wenige Ausnahmen in den §§ 1904 und 1906 BGB bejaht worden. Eine Übertragung von Aufgaben im Betreuungsrecht wäre in den Ländern bereits jetzt möglich. Der Bund ist Gesetzgeber, die Länder könnten aber aufgrund des Föderalismus abweichen (dabei ist das Konnexitätsprinzip zu beachten). Der Bund sollte daher ein besonderes Interesse an einem fachlichen Austausch haben, um sicherzustellen, dass seine Beschlüsse und Entscheidungen in den Ländern auch getragen werden.

Würde sich etwas ändern, wenn man Aufgaben der örtlichen Betreuungsbehörden als Pflichtaufgaben definiert? Die Qualität der Aufgabenerfüllung ist nicht zuletzt auch abhängig von der Bedeutung und Wertigkeit, die die jeweilige Kommune dieser Arbeit beimisst. Insbesondere ist dabei die Frage der personellen Ausstattung der Betreuungsbehörden von zentraler Bedeutung. Im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung haben die Kommunen große Handlungsspielräume – hier stellt sich dann die Qualitätsfrage.

IV. Verschiedenes

Die Arbeitsgruppe sah es als notwendig an, Standards zur Eignung von Berufsbetreuern zu entwickeln, Verfahrensstandards zu definieren und eine Sozialberichterstattung verbindlich zu machen.

V. Aktivitäten/Initiativen

In vielen Wortbeiträgen kam zum Ausdruck, dass das Betreuungsrecht ein Randthema ist und seine Akteure wenig Anerkennung erfahren. Um dies zu ändern, gab es in der letzten Zeit vermehrt Bemühungen der Basis um eine organisierte fachliche Anerkennung.

1. Örtliche Betreuungsbehörden

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter örtlicher Betreuungsbehörden gründeten 2007 die Bundesarbeitsgemeinschaft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern örtlicher Betreuungsbehörden – BAGöB. Ihr Anliegen sind ein strukturierter, fachlich vertiefter Austausch und dadurch eine Verbesserung der Qualität der Arbeit örtlicher Betreuungsbehörden. Da ein Selbstvertretungsanspruch der BAGöB erhebliche Widerstände der Kommunalen Spitzenverbände erfährt, wird zur Zeit die Möglichkeit der Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft unter dem Dach des Deutschen Vereins geprüft.

2. Überörtliche Betreuungsbehörden

Die überörtlichen Betreuungsbehörden sind als Fachausschuss in der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) vertreten. Zu den Aufgaben des Fachausschusses für Betreuungsangelegenheiten gehören vor allem: Grundsatzfragen des Betreuungswesens, die inhaltliche Fortentwicklung des Betreu-

ungsrechts, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im Betreuungswesen, insbesondere für die Aufgaben der Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine, die Förderung des Ehrenamtes im Betreuungswesen und die Förderung der Vorsorge durch Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

Durch die neue Arbeitsordnung der BAGüS ab 01.12.2008 wird der Ausschuss zum ständigen Fachausschuss und ist damit fest in der BAGüS etabliert.

3. Betreuungsvereine

Die Gründung der Bundeskonferenz der Betreuungsvereine – BUKO – hatte in Teilen von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege Verunsicherung und Skepsis ausgelöst.

Zwischenzeitlich wird jedoch die Notwendigkeit einer überverbandlichen Interessenvertretung auf Bundesebene gesehen. Die Fachlichkeit der BUKO erfährt Anerkennung durch die Beteiligung an bundesweiten Projekten.

4. Konferenz oberster Landessozialbehörden (KOLS)

Im Bereich der Landesjustizministerien besteht zum Thema der rechtlichen Betreuung eine engmaschige bundesweite Vernetzung. Die KOLS hat sich vor diesem Hintergrund mit der Frage befasst, ob es in Anbetracht evtl. anstehender struktureller Veränderungen im Betreuungsrecht nach dem Abschluss der Evaluation des 2. BtÄndG aus fachlicher Sicht sinnvoll ist, entsprechende Beratungsstrukturen insbesondere zwischen Vertretern der Sozialministerien der Länder unter Einbeziehung des Bundesministeriums für Familie und Senioren, der Kommunalen Spitzenverbände und der überörtlichen Betreuungsbehörden zu schaffen.

Mit einem einstimmigen Beschluss hat die KOLS sich für die Einrichtung einer bundesweiten AG „rechtliche Betreuung“ ausgesprochen.

5. Kommunale Spitzenverbände der Länder – Deutscher Landkreistag/ Deutscher Städtetag

Durch die Diskussionen in den Betreuungsbehörden über die Notwendigkeit eines bundesweiten fachlichen Austauschs und die Netzwerkarbeit in einzelnen Ländern mit unterschiedlichen Projekten, in die auch die Spitzenverbände einbezogen wurden, ist das Thema Betreuung nunmehr auch dort wieder mehr in den Fokus geraten.

VI. Abschluss

Eines der am meisten gebrauchten Satzzeichen in diesem „Protokoll“ ist das Fragezeichen. Womöglich geht es dem Gesetzgeber genau so.

Insbesondere wenn der Schlussbericht zur Evaluation des 2. BtÄndG vorliegt, wird man vor grundlegenden Entscheidungen stehen:

- Soll wieder nachgebessert werden?
- Sollen grundlegende strukturelle Veränderungen durch Aufgabenverlagerungen vorgenommen werden?
- Soll es so bleiben wie es ist und (endlich) Ruhe einkehren?

VII. Ergebnis der Arbeitsgruppe:

Inwieweit Veränderungen der bisherigen gesetzlichen Strukturen tatsächlich zu einer Qualitätsverbesserung beitragen können, ist kritisch zu hinterfragen. Für die weitere

Entwicklung des Betreuungsrechts bedarf es einer größeren Klarheit hinsichtlich der Aufgaben- und Steuerungsverantwortung. Die spezifische Fachlichkeit sollte sowohl auf den unterschiedlichen Ebenen (Bund, Land, Kommune), als auch in die unterschiedlichen Gremien einfließen. Wichtig sind der Informationsfluss, die Kooperation und Kommunikation. Die Transparenz und Durchlässigkeit der Gesprächsstrukturen und die Bündelung von Aktivitäten sind eine wertvolle Ressource, um die Qualität von rechtlicher Betreuung konkret zu verbessern.

Beschwerdekultur – Suche nach Instrumenten, die der Rechtsverwirklichung dienen

Arbeitsgruppe 2

Moderation: *Elke Beermann, Prof. Dr. Wolf Crefeld, Ruth Fricke, Gudrun Uebele*

I. Gesetze setzen sich nicht von selbst durch

So helfen auch gute Gesetzesvorschriften den Betroffenen wenig, solange das mit ihnen gegebene Recht nicht zu den Betroffenen gelangt. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind oft nicht in der Lage, ihr Recht bei Gericht einzuklagen. Doch gerade sie trifft es, wenn die Unterausstattung der Einrichtungen und Dienste zu ihrer Versorgung oder Behandlung zu Umgangs- und Behandlungsweisen führt, bei denen die Würde der betroffenen Menschen missachtet und die missbräuchliche Anwendung von Macht und Gewalt regelhafte Züge aufweist.

Der Münchener Strafrechtler Horst Schüler-Springorum forderte deshalb zu Beginn der Psychiatriereform einen „Schutz vor den Schützern“. Im gleichen Sinne stellten die Wiener Soziologen Jürgen Pelikan und Rudolf Forster im Auftrag des dortigen Bundesjustizministeriums die Notwendigkeit besonderer Maßnahmen zum Schutz der Rechte psychisch beeinträchtigter Menschen dar.

Diesem Ziel sollen besondere gesetzliche Vorschriften und Institutionen dienen wie z.B. gerichtliche Genehmigungsvorbehalte, rechtliche Betreuung, Besuchskommissionen, Kontrollen durch die Heimaufsicht, Patientenfürsprecher usw.. Doch wie Berichte belegen, entfalten solche Vorschriften und Maßnahmen nicht immer die Wirksamkeit, die man von ihnen erwartet. Beschwerden der betroffenen Menschen, aber auch ihrer Angehörigen und berufsmäßigen oder ehrenamtlichen Helfer finden nicht immer ein aufmerksames Ohr, oder sie gehen in einem undurchschaubaren Gewirr von Bürokratie, Unverständnis und Eigeninteressen unter. Doch Erfahrungen zeigen auch, dass sich das ändern lässt, und dass mit geeigneten Mitteln und Arbeitsweisen die Rechte der betroffenen Menschen recht wirksam zur Geltung gebracht werden können.

Um die Frage, wovon diese Wirksamkeit abhängt und wie Beschwerden wesentlich zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung beitragen können, wird es in dieser Arbeitsgruppe gehen. Dazu wird zunächst über die Erfahrungen aus der Praxis des in Österreich gesetzlich geregelten Instituts der Patientenanwaltschaften berichtet. Dem folgt die Darstellung der Ergebnisse eines mehrjährigen, von der Aktion Mensch finanzierten Projekts „Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie“. Hinzukommen Erfahrungen aus einer ostwestfälischen unabhängigen Beschwerdestelle.

II. Die österreichische Patientenanwaltschaft nach Unterbringungsgesetz

PatientenanwältInnen stehen Menschen zur Seite, die in psychiatrischen Krankenhäusern zwangsweise untergebracht sind. Ab Beginn der Unterbringung bekommt die untergebrachte Person per Gesetz eine PatientenanwältIn zur Seite gestellt. Deren Aufgabe ist es, die untergebrachte Person gegenüber dem Krankenhaus und im gerichtlichen Unterbringungsverfahren parteilich zu vertreten.

Die Vertretungsbefugnis bezieht sich auf den Zeitraum der Unterbringung.

Die Patientenanwaltschaft selbst ist über Vereine organisiert, die seitens des Bundesministeriums für Justiz finanziert werden. Auf diese Weise wird die Unabhängigkeit der Patientenanwaltschaft vom Gesundheitswesen, dem Krankenhaus, seinem Träger oder dem für Krankenanstaltenrecht zuständigen Gesundheitsministerium abgesichert.

In acht (von neun) Bundesländern stellt der Verein VertretungsNetz (www.patienten-anwalt.at) den Gerichten PatientenanwältInnen zur Verfügung. PatientenanwältInnen arbeiten in multiprofessionellen Teams von JuristInnen, PsychologInnen, SoziologInnen, Dadurch fließen unterschiedliche Betrachtungsweisen in die fachliche Auseinandersetzung der Patientenanwaltschaft ein.

Die Büros der Patientenanwaltschaft befinden sich direkt im Krankenhaus. Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, der Patientenanwaltschaft geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. So sind PatientenanwältInnen für PatientInnen, die an psychiatrischen Abteilungen stationär aufgenommen sind, gut erreichbar. Die Patientenanwaltschaft hat ihre spezielle Expertise in der Sicherstellung des Rechtsschutzes in der Psychiatrie.

Die Kerntätigkeit der PatientenanwältInnen liegt in der gesetzlichen Vertretung untergebrachter PatientInnen. Außerdem bietet die Patientenanwaltschaft kostenlose Beratungen und Unterstützung an

- für alle PatientInnen von psychiatrischen Abteilungen, damit sie Aufenthalt und Therapie aktiv mitgestalten können,
- für Personen, die Fragen zum Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung haben,
- für Angehörige von Betroffenen und
- für MitarbeiterInnen von sozialen Institutionen und Krankenhäusern.

III. Wie kommt nun eine PatientIn zu ihrer PatientenanwältIn?

Untergebrachte PatientInnen müssen normalerweise nicht aktiv werden, um mit der Patientenanwaltschaft in Kontakt zu kommen. Die PatientenanwältInnen suchen die untergebrachten PatientInnen von sich aus auf. PatientenanwältInnen werden nicht erst aufgrund von Beschwerden tätig, sondern per gesetzlichem Auftrag, sobald eine Person untergebracht ist. Unterbringungen müssen der Patientenanwaltschaft (und dem zuständigen Gericht) unverzüglich gemeldet werden. Ziel der Patientenanwaltschaft ist es, die untergebrachten PatientInnen möglichst schnell zu erreichen. Dadurch soll so rasch wie möglich allfällig notwendiger Vertretungsbedarf gegenüber dem Krankenhaus abgeklärt werden und die PatientInnen sollen über das gerichtliche Überprüfungsverfahren und die Einrichtung der Patientenanwaltschaft informiert werden.

PatientenanwältInnen haben gesetzlich festgeschriebene Rechte und Pflichten.

So muss die Patientenanwaltschaft von Unterbringungen und anderen weitergehenden Beschränkungsmaßnahmen unverzüglich informiert werden, ÄrztInnen müssen gegenüber PatientenanwältInnen über untergebrachte PatientInnen Auskunft geben, PatientenanwältInnen haben bei untergebrachten PatientInnen Einsichtsrecht in die Krankengeschichte.

Umgekehrt sind PatientenanwältInnen verpflichtet, PatientInnen über beabsichtigte Vertretungshandlungen zu informieren und den Wünschen der PatientInnen zu entsprechen, soweit dies dem Wohl der PatientInnen nicht offenbar abträglich ist. Das

„Wohl“, das hier seitens der PatientenanwältInnen zu wahren ist, liegt im Schutz der Rechte der betroffenen Person.

Ziel der Patientenanwaltschaft ist es, die Position von Psychatriebetroffenen zu stärken, PatientInnen über ihre Rechte zu informieren und sie darin zu unterstützen, ihre Rechte einzufordern und durchzusetzen.

IV. Ergebnisse des Projekts „Förderung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie“

Das Projekt zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP e.V.) von 2005 bis 2008 durchgeführt. Es wurde finanziell von der Aktion Mensch gefördert.

Der Anstoß dazu kam von einer Arbeitsgruppe von Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE), des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) und der DGSP. Die Arbeitsgruppe befasste sich erst informell mit Beschwerden, gelangte dann aber zu der Überzeugung, dass die Zahl der Beschwerden ein systematisches Herangehen erfordere.

Die erste Unabhängige Beschwerdestelle wurde 1994 in Stuttgart auf Initiative von Ursula Zingler, Gründungsmitglied des BPE, zusammen mit der Psychologin Manuela Ziskoven und der als Bürgerhelferin engagierten Inge Schöck gegründet. Unterstützt wurden sie durch die Stuttgarter Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft und eine Vorbereitungsgruppe, an der u.a. ein Vormundschaftsrichter und Psychiatriefachleute beteiligt waren.

Grundlage für die Arbeitsweise unabhängiger Beschwerdestellen ist der Trialog. Mit Trialog wird der gemeinsame gleichberechtigte Austausch Psychiatrie-Erfahrener, Angehöriger, Profis und ehrenamtlich engagierter Bürger zu psychiatrischen Themen bezeichnet.

Durch das Projekt der DGSP ist es gelungen, eine Übersicht über die Beschwerdemöglichkeiten im psychiatrischen Bereich zu erstellen und mittels eines Handbuchs die Arbeitsweise unabhängiger Beschwerdestellen bekannt zu machen. Dieses Handbuch hat bereits Anlass zur Gründung weiterer unabhängiger Beschwerdestellen gegeben. Derzeit gibt es ca. 50 unabhängige Beschwerdestellen, die nach demselben Muster arbeiten. Die Listen und das Handbuch sowie weitere nützliche Informationen können auf der Website des Projekts www.beschwerde-psychiatrie.de abgerufen werden.

Rechtliche Grundlagen für die Unterstützung bei Beschwerden finden sich sowohl in den Landeskrankenhausgesetzen als auch in den PsychKG (Gesetzen für Psychisch Kranke) oder den Polizeigesetzen der Länder. Sie sind von Bundesland zu Bundesland verschieden und werden auch sehr unterschiedlich ausgelegt. In den meisten Bundesländern sind für die psychiatrischen Krankenhäuser Patientenfürsprecher vorgeschrieben. Die Auswahl der Personen für dieses Ehrenamt wird allerdings sehr individuell gehandhabt, zum Teil sind es Mitarbeiter der Klinik oder ehemalige, pensionierte Mitarbeiter. In der Regel haben die Patientenfürsprecher sehr schlechte Rahmenbedingungen für ihre Arbeit (kein eigener Raum, kein eigenes Telefon, keine Fortbildung) und sind schlecht erreichbar. Das größte Manko ist aber, dass sie generell nur für Patienten zuständig sind, die gerade im Krankenhaus behandelt werden. Da sich viele Betroffene erst nach der Entlassung aus der Klinik trauen, über Missstände zu sprechen, kann eine Beschwerde durch den Patientenfürsprecher oft nicht mehr verfolgt werden. Patientenfürsprecher bemängeln auch fehlende Austausch-

und Unterstützungsmöglichkeiten über den richtigen Umgang mit Beschwerden und sehen sich zum Teil auch durch das Klinikpersonal behindert.

Deshalb haben sich an vielen Orten unabhängige Beschwerdestellen gebildet, Gremien, die sich aus Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Profis und ehrenamtlichen Bürgern zusammensetzen, und sich im gemeinsamen Austausch um Beschwerden aus allen Bereichen der Psychiatrie kümmern.

Standards unabhängiger Beschwerdestellen:

- triadische und multiprofessionelle Besetzung durch mindestens vier Personen, um die Arbeitsbelastung zu verteilen,
- Leitung möglichst durch Betroffene oder Angehörige,
- alle Mitglieder sind gleichberechtigt – alle Meinungen werden respektiert,
- parteiliche Arbeit für den Beschwerdeführer,
- Beschwerden werden nur mit Zustimmung des Betroffenen und mit ihm gemeinsam (bzw. einer von ihm benannten Vertrauensperson) gelöst,
- Beschwerdeaufnahme immer schriftlich inklusive Verlauf und Ergebnis,
- Beschwerdebearbeitung nur für Beschwerden der eigenen Region/des eigenen Einzugsgebiets,
- Grundkenntnisse des Sozialrechts und der Psychiatriegesetze,
- regelmäßige Sprechstunden an neutralem Ort, möglichst einmal in der Woche,
- regelmäßiges Treffen aller Mitglieder der Beschwerdestelle, möglichst einmal im Monat,
- Kooperationsverträge mit den Leistungserbringern am Ort,
- Schweigepflichtserklärung der Mitarbeiter der Beschwerdestelle,
- Berichterstattung im Gemeindepsychiatrischen Verbund, Sozialausschuss der Kommune etc.,
- Plakate/Aushänge in allen Einrichtungen und Praxen, Ankündigung der Sprechstunden in der Lokalpresse,
- Dienstvorgesetzte werden bei Bedarf in das Beschwerdeverfahren mit einbezogen.

Eingehende Beschwerden werden immer im Austausch mehrerer Mitglieder der Beschwerdestelle diskutiert. So fließen in die Betrachtung der Beschwerde stets unterschiedliche Ansichten ein, die zu einer ausgewogenen Betrachtungsweise beitragen. Die Vorgehensweise wird mit dem Beschwerdeführer abgestimmt, kein Schritt wird ohne seine Einwilligung getan. Durch die Verschriftlichung des Vorgangs wird ein Überblick über die psychiatrische Landschaft und ihre Probleme ermöglicht.

Die häufigsten Beschwerden, die bei Beschwerdestellen eingehen, drehen sich um Eingriffe in Persönlichkeitsrechte. Sie kommen vor allem aus forensischen Kliniken oder von Personen, die sich über rechtliche Betreuung beschweren. In der Regel werden Beschwerden durch Vermittlungsgespräche geklärt, doch wenn nötig, unterstützen Beschwerdestellen auch bei der Suche nach Anwälten oder Gutachtern, damit Rechtsverstöße weiterverfolgt werden können.

Andere Beschwerdegründe sind zwischenmenschliche Konflikte zwischen Betroffenen und Mitarbeitern von Einrichtungen sowie Probleme mit der Medikation oder der

Diagnose. Die meisten Beschwerden kommen aus dem Kreis der Psychiatrie-Erfahrenen, gefolgt von Angehörigen. Mitarbeiter von psychiatrischen Einrichtungen oder auch Betreuer wenden sich nur selten auf der Suche nach Unterstützung an Beschwerdestellen, wohl auch, weil sie nicht wissen, dass sie hier Hilfe finden können.

Triologisch besetzte unabhängige Beschwerdestellen für Psychiatrie sind aus mehreren Aspekten wirkungsvoll:

1. Sie arbeiten nicht nur in Bezug auf eine Einrichtung, können vielmehr Beschwerden aus allen Institutionen und Diensten bearbeiten.
2. Durch das multiprofessionelle Beratungsgremium wird eine ausgewogene Betrachtungs- und Handlungsweise möglich.
3. Die Arbeit wird in der Regel ehrenamtlich geleistet; dabei kann durch die Verteilung auf mehrere Personen eine Überlastung Einzelner vermieden werden.
4. Insbesondere Psychiatrie-Erfahrene zeigen hier beispielhaft, dass sie als konstruktive Partner wirken können.
5. Dank der Mitwirkung Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger in den Beschwerdestellen ist die Schwelle, Beschwerden hier vorzutragen, für Betroffene und Angehörige niedriger.
6. Aufgrund der Legitimation unabhängiger Beschwerdestellen durch die Kommunalverwaltung und ihrer Pflicht zur jährlichen Berichterstattung üben sie wirksam öffentliche Kontrolle psychiatrischer Institutionen und Dienste wahr.

Eine Untersuchung der TU München – Fachbereich Psychiatrie – zur Inanspruchnahme und Notwendigkeit unabhängiger Beschwerdestellen, die im April 2008 in der Zeitschrift „psychprax“ veröffentlicht wurde, zeigt, dass die weitere Verbreitung dieses Kontroll-Instruments außerordentlich wichtig ist. Insbesondere die Tatsache, dass psychisch erkrankte Menschen in der Regel keine Wahlmöglichkeit bei der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen haben und es derzeit keine, alle Bereiche übergreifende Kontrolle gibt, verdeutlicht das Ausgeliefertsein dieses Personenkreises an seine Helfer. Es ist zwar davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrzahl der Helfer in der Psychiatrie qualitativ gut arbeitet. Wo es aber Mängel gibt, werden diese meist nur durch unabhängig arbeitende Beschwerdestellen offenbar.

Eine Hochrechnung dieser Studie ergibt, dass bei Installation von unabhängigen Beschwerdestellen und Patientenfürsprechern an allen Orten in Deutschland, in denen psychiatrische Hilfen existieren, etwa 30.000 Beschwerden pro Jahr bearbeitet werden müssten. Bedenkt man, dass nur ein geringer Prozentsatz an Betroffenen sich überhaupt traut, seine Beschwerde an einer solchen öffentlichen Stelle zu äußern, kann man sich vorstellen, wie oft es tatsächlich Grund zur Beschwerde gibt.

Aus dem Projekt zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie, das im April 2008 endete, ist die Forderung nach einem Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen entstanden, das die Verbreitung, aber auch die Durchsetzung der Standards weiter verfolgen soll. Die Forderungen zur zukünftigen Förderung unabhängiger Beschwerdestellen sind dem Abschlussbericht des Projektes und der Dokumentation des Abschluss-Workshops zu entnehmen. Beide sind auf der Website www.beschwerde-psychiatrie.de zum Download veröffentlicht.

Ehrenamtliche Betreuung – Netzwerkarbeit im Betreuungswesen

Arbeitsgruppe 10

Barbara Lehner-Fallnbügl, Peter Gillmer, Thomas Stidl, Stephan Sigusch

I. Einführung

Stephan Sigusch

Dem Ehrenamt in der rechtlichen Betreuung kommt eine besondere Bedeutung zu. Mehr als 60% aller Betreuungen werden durch Angehörige oder engagierte Bürger geführt. Angesichts der demographischen Veränderungen der Gesellschaft wird dieser Bereich massiv betroffen sein. In vielen Großstädten lebt heute schon mehr als die Hälfte der Bevölkerung allein. In ländlichen Gebieten bleiben durch die Landflucht ältere Bürger und Benachteiligte zurück. Ganze Familiensysteme lösen sich auf. Es ist abzusehen, dass zukünftig nicht mehr genügend Angehörige zur Verfügung stehen oder gar keine Angehörigen vorhanden sind, die in der Lage oder willens sind, die rechtliche Vertretung zu übernehmen. Viele ältere Bürger haben keine Vertrauensperson, der sie eine Vorsorgevollmacht erteilen können. Schon heute stehen viele Betreuungsbehörden und Gerichte vor der Situation, dass ehrenamtlich führbare Betreuungen an Berufsbetreuer gegeben werden müssen.

Andererseits können gewonnene ehrenamtliche Betreuer nicht vermittelt werden. Als Folge stehen diese dann später nicht mehr zur Verfügung.

Das oben genannte Verhältnis von mehr als 60% ehrenamtlich geführten Betreuungen wird „kippen“, und mit hoher Wahrscheinlichkeit wird es dann nur noch wenig ehrenamtliche Betreuer und mehr als 60% beruflich geführte Betreuungen geben.

Wo Betreuungsvereine Netzwerkstrukturen für das Ehrenamt begleiteten, ist realistisch, dass mehr als 70% der Betreuung dort auch ehrenamtlich geführt werden.

Betreuungsvereinen als Mittlern in den Strukturen des örtlichen Betreuungswesens kommt eine große Bedeutung zu. Vormundschafts-/Betreuungsgericht und Betreuungsbehörden kennen die Vereine sowie Strukturen vor Ort, Heime, Einrichtungen der Behindertenhilfe, WfB, Ämter. Die anderen sozialen Netzwerke sind bekannt und werden auch genutzt. Dies ist die Grundlage zum Aufbau und der Pflege von Netzwerken. Seit 1992 gibt es in Rheinland-Pfalz ein gutes und flächendeckendes Netzwerk für die Begleitung ehrenamtlicher Betreuer. Es umfasst 116 Betreuungsvereine, 36 örtliche Betreuungsbehörden und 46 Betreuungsgerichte – sowie einen Rechtsanspruch auf die Förderung der Betreuungsvereine.

Herzstücke sind gesetzlich vorgeschrieben Arbeitsgemeinschaften für Betreuungsangelegenheiten auf allen Ebenen.

Ebenfalls langjährige Erfahrungen mit einem flächendeckenden Netzwerk gibt es in Österreich. Die Sachwaltervereine praktizieren ein sehr erfolgreiches Modell. Dort werden seit Jahren engagierte Bürger ehrenamtlich begleitet, die zum Teil 10 bis 15 Jahre die rechtliche Vertretung für ihnen fremde Bürger übernehmen.

II. Netzwerke auf regionaler und überregionaler Ebene in Rheinland-Pfalz

Peter Gillmer

In Rheinland-Pfalz sind z.zt. 117 Betreuungsvereine tätig, von denen 105 eine Förderung erhalten. Zusammen mit 36 örtlichen Betreuungsbehörden, der überörtlichen Betreuungsbehörde des Landes und den 46 Betreuungsgerichten wird aktiv Netzwerkarbeit betrieben. Von den 64.000 Betreuungen werden ca. 70 % ehrenamtlich geführt. Damit wird ein höherer Anteil als in anderen Bundesländern erreicht. Im Betreuungsrecht und im früheren Vormundschaftsrecht war und ist das von jeher eine große Tradition in einigen Regionen Deutschlands. Allerdings ist das „Recht“ so vielschichtig geworden, dass es dabei auch der Hilfe anderer Menschen bedarf. Ohne stützende Netzwerke geht es also nicht. Dieser Grundgedanke hat in Rheinland Pfalz dazu geführt, dass in diesem Bundesland als einzigem durch Landesregelung der Netzwerkgedanke und die Förderung von Betreuungsvereinen gesetzlich festgeschrieben ist.

Unsere Gesellschaft bietet im normalen Erwerbsleben oft nicht die Möglichkeit, sich zu entfalten und seine schöpferische Kraft einzusetzen. Die Bereiche Lebensqualität, Medizintechnik und Humandienstleistung werden die Gesellschaft der Zukunft prägen. (...) Es muss die Vorstellung einer zu allem befähigten, hierarchisch geordneten Gesellschaftsstruktur aufgegeben werden. Stattdessen sind der Geist, die Phantasie, die Kreativität und die Leistungsbereitschaft jedes Einzelnen zu fördern und zu fordern. Die Einbindung der Menschen hat als Thema gesellschaftliche Präsenz und politisches Gewicht gewonnen. Dies kann jedoch nicht gekauft, sondern muss gefördert und befördert werden. Netzwerke sind deshalb unsere Zukunft: Wir brauchen unabdingbar Strukturen und Umstände der Human-Dienstleistung, die den Ideenhaushalt vergrößern und damit ein qualifiziertes Leitbild von Dienstleistungsinnovation entwickeln.

Es müssen Menschen und Medien, Orte und Organisationen gefunden werden, die sich für die Vermittlung und Durchsetzung der neuen Ideale und Standards wirkungsvoll gemeinsam engagieren. Die Zukunft unserer Gesellschaft wird auch entscheidend dadurch geprägt sein, in wieweit es uns gelingen wird, diese Kräfte zu mobilisieren. Die Interaktion zwischen den Gruppen und Menschen ist, jenseits bloßer Produktrhetorik, situativ und personal auszugestalten. Es sind Menschen und Systeme zu suchen, die in Lage sind, diese Aufgabe zu übernehmen und die verantwortliche Gewährleistung bieten.

Es ist ein beachtenswertes bürgerschaftliches Engagement, eine rechtliche Betreuung übernehmen zu wollen, das seinesgleichen sucht. In Rheinland-Pfalz ist die rechtliche Institutionalisierung von örtlichen und überörtlichen Arbeitsgemeinschaften vorhanden und im Landesausführungsgesetz festgelegt.

Im Mittelpunkt der Bemühungen des Sozialministeriums im Rahmen der Umsetzung des Betreuungsrechtes steht die Unterstützung des vorrangig ehrenamtlichen Betreuungswesens und dabei in erster Linie die Förderung der anerkannten Betreuungsvereine. Dabei gewährt das Land den anerkannten Betreuungsvereinen im Rahmen eines gesetzlich garantierten Förderanspruchs einen pauschalen Zuschuss zu den Personal- und Sachkosten einer ganzjährig vollzeitbeschäftigten hauptamtlichen Fachkraft von zur Zeit 24.109 Euro für das Jahr 2009. Dieser Förderbetrag wird jährlich angepasst. Aufgabe der Betreuungsvereine ist es, ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer zu gewinnen, sie in ihre Aufgaben einzuführen, sie zu beraten und ihnen

Fortbildungsmöglichkeiten zu bieten. Sie haben dabei als Anlauf- und Kontaktstellen eine wichtige Aufgabe bei der Umsetzung des Betreuungsrechtes. Gegenwärtig besteht in Rheinland-Pfalz in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege auf der örtlichen Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte ein weitestgehend flächendeckendes Netz von 105 anerkannten und geförderten Betreuungsvereinen. Mit diesem System ist es gelungen, in Rheinland-Pfalz eine ehrenamtlich geprägte Struktur der Betreuung durch in Betreuungsvereinen zusammengeschlossene Betreuerinnen und Betreuer zu schaffen.

In die Qualitäts- und Leistungsvereinbarung sind insbesondere Festlegungen aufzunehmen zur Anzahl, Qualifikation, Weiterbildung und Supervision der für den Betreuungsverein haupt- oder ehrenamtlich tätigen Personen, zur räumlichen und sachlichen Ausstattung auch unter Berücksichtigung der Barrierefreiheit im Sinne des § 2 Abs. 3 des Landesgesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen, zur Erreichbarkeit sowie zur Vertretung bei Abwesenheit, zu Dokumentationspflichten und zum Datenschutz, zur Mitarbeit in kommunalen Netzwerken (örtlichen Arbeitsgemeinschaften), zur Information der und Kommunikation mit den Betreuungsbehörden und zur Öffentlichkeitsarbeit und zur Wirkungskontrolle.

III. Professionelle Arbeit mit Ehrenamtlichen im Verein VertretungsNetz in Österreich

Barbara Lehner-Fallnbügl und Thomas Stidl

1. Der Verein VertretungsNetz und sein Fachbereich Sachwalterschaft

Der Verein VertretungsNetz – früher Verein für Sachwalterschaft, Patientenanzwtschaft und Bewohnervertretung (VSP) – wurde 1980 auf Initiative des Justizministeriums im Rahmen der Reform der Entmündigungsordnung ins Leben gerufen. Er ist überparteilich, gemeinnützig und nicht auf Gewinn ausgerichtet.

Der Verein wurde vom Bundesministerium als geeignet anerkannt, den Gerichten SachwalterInnen und PatientenanzwältInnen für psychisch kranke und behinderte Personen, und mit Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes am 1.7.2005 BewohnervertreterInnen, namhaft zu machen. Der Verein kann auch geeignete ehrenamtlich tätige Personen mit der Führung der Sachwalterschaft betrauen, wenn er sicherstellt, dass sie entsprechend angeleitet und überwacht werden.

VertretungsNetz ist in fast allen Bundesländern – mit Ausnahme Vorarlbergs – an insgesamt 78 Standorten mit

- 143 hauptberuflichen und ca. 720 ehrenamtlichen SachwalterInnen,
- 43 PatientenanzwältInnen und
- 52 BewohnervertreterInnen

tätig (Stand 11/2008).

In Österreich sind derzeit insgesamt vier Vereine anerkannt, die regionale Zuständigkeit ist eindeutig geregelt. VertretungsNetz ist der älteste und bei weitem größte Verein, die anderen drei Vereine sind jeweils nur regional tätig.

Das Bundesministerium für Justiz ist gesetzlich verpflichtet, den Aufwand, der mit den durch die VereinsmitarbeiterInnen erbrachten Leistungen im Zusammenhang steht, im Rahmen der jeweils im Bundesfinanzgesetz für diesen Zweck verfügbaren Mittel durch Gewährung von Förderungen zu ersetzen. Rund 87% seines Budgets erhält

VertretungsNetz derzeit in Form einer Subvention vom Bundesministerium für Justiz. Ca. 13% werden direkt von den KlientInnen im Fachbereich Sachwalterschaft in Form von Aufwandsersatz und Entschädigung finanziert. Diese Ansprüche stehen dem Verein und nicht den haupt- oder ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen zu. Über die Höhe entscheidet auf Antrag des Vereins das PflEGschaftsgericht. Wenn der/die Betroffene kein entsprechendes Einkommen und/oder nicht zumindest ein ruhendes Barvermögen von mindestens € 2.000,- hat, stellt der Verein keinen Antrag auf Kostenersatz.

Weiterführende Informationen zu VertretungsNetz finden Sie im Internet unter der Webadresse www.vertretungsnetz.at.

Der **Fachbereich Sachwalterschaft** ist der im Verein älteste, von Anfang an bestehende Aufgabenbereich. Seit dem Inkrafttreten des Sachwalterrechts im Jahre 1984 sind VereinsachwalterInnen von VertretungsNetz in Österreich tätig.

Hauptberufliche MitarbeiterInnen des Vereines vertreten – soweit möglich – zunächst Betroffene im Verfahren zur Bestellung eines Sachwalters, informieren sie über ihre Rechte und unterstützen sie bei deren Durchsetzung. Zuständig für diese Verfahren, in denen die Notwendigkeit geklärt und ev. die Bestellung eines Sachwalters erfolgt, sind die jeweiligen Bezirksgerichte. Der/Die Sachwalter/in regelt nach der Bestellung durch die RichterInnen die vom Gericht festgelegten Angelegenheiten eines psychisch kranken oder geistig behinderten Menschen. Soweit von der Kapazität her möglich, übernehmen MitarbeiterInnen des Vereins – hauptberuflich und ehrenamtlich – Sachwalterschaften, wobei die Kooperation mit den Betroffenen und die Förderung ihrer Fähigkeiten im Vordergrund stehen. Seit der letzten Gesetzesnovelle, die im Juli 2007 in Kraft getreten ist, werden von den Gerichten nicht mehr die MitarbeiterInnen der Sachwaltervereine ad personam zum Sachwalter bestellt, sondern die jeweiligen Vereine. Die MitarbeiterInnen werden dann per Vereinsurkunde mit der Führung der jeweiligen Sachwalterschaft betraut.

Die hauptberuflichen VereinssachwalterInnen bieten im Rahmen des ebenfalls in der Novelle neu geregelten Tätigkeitsbereichs *Clearing* weitere Leistungen an. Dies sind u. a. umfassende Beratungen für AnregerInnen, Betroffene von Sachwalterschaften sowie nahestehende/private SachwalterInnen. So kann Clearing dazu beitragen, dass Sachwalterschaften vermieden werden, dass der Bereich der zu regelnden Angelegenheiten im Umfang präziser festgelegt wird, und dass notwendige relevante Unterstützungsangebote für Sachwalterinnen außerhalb des Vereins erbracht werden können.

Durch die 143 hauptberuflichen und ca. 720 ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen von VertretungsNetz werden mehr als 5000 KlientInnen im Laufe eines Jahres im Rahmen von Sachwalterschaften vertreten. Das Hauptaugenmerk des Vereins liegt bei jenen KlientInnen, deren soziale Problematik hoch ist bzw. bei denen die Existenzsicherung vorrangig ist, und die Intervention eines Vereinssachwalters mit seinen speziellen Kenntnissen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verbesserung der Situation führt. Auf der anderen Seite müssen aber Fälle auch so gewählt werden, dass sie von einem der rund 700 ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen übernommen werden können. Hier sind KlientInnen, die über gesicherte Wohn- und Lebensverhältnisse verfügen, die primäre Zielgruppe. Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen kompensieren dabei den Mangel an geeigneten nahestehenden Sachwaltern und setzen damit jene Idee um, die eigentlich an der Wiege der Vereinssachwalterschaft stand.

Seit vielen Jahren ist festzustellen, dass der Verein der Nachfrage der Gerichte nach VereinssachwalterInnen nicht ausreichend entsprechen kann. Dies gilt sowohl für

den Bereich der hauptberuflichen vertretenen KlientInnen mit umfangreichen und komplexen Angelegenheiten, die besondere Kenntnisse und Fertigkeiten aus unterschiedlichen Fachgebieten erfordern, aber auch für jene der ehrenamtlichen Vereinskassensachwalterschaft. In Österreich ist die größte Personengruppe, die Sachwalterschaften führt, jene der Angehörigen bzw. nahestehenden Personen mit rund 70%. Der Anteil der Vereinskassensachwalterschaft liegt ähnlich wie der Anteil von Notaren und Rechtsanwälten bei rund 15%. Der in der Regierungsvorlage zum Sachwalterschaftsgesetz 1984 vorgesehene 20-Prozentanteil an Vereinskassensachwalterschaften konnte aufgrund der permanent steigenden Zahl an Sachwalterschaften bei weitem nicht erreicht werden.

2. Arbeit mit ehrenamtlichen Vereinskassensachwaltern

Die ehrenamtlichen VereinskassensachwalterInnen in Österreich sind am ehesten mit den in Deutschland tätigen „Ehrenamtlichen FremdbetreuerInnen“ zu vergleichen, das heißt, es besteht kein Nahverhältnis zu den KlientInnen. Seit Bestehen des Vereins sind sie ein wesentlicher Teil der Vereinskassensachwalterschaft. Durch ihre Tätigkeit sind sie ein Multiplikator für die Anliegen der Institution und ihrer KlientInnen. Aus der „nicht-professionellen“ Perspektive können Situationen und Probleme anders wahrgenommen, beobachtet und bewertet werden. Bei VertretungsNetz sind, wie bereits genannt, rund 720 ehrenamtliche VereinskassensachwalterInnen tätig, diese betreuen etwa 45% der KlientInnen des Vereins.

• Auswahl, Einschulung und Fallauswahl

Die Werbung der ehrenamtlichen VereinskassensachwalterInnen erfolgt in erster Linie durch Mundpropaganda und persönliche Empfehlungen. Unter ihnen finden sich einerseits viele „Profis“ wie SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, BehindertenbetreuerInnen, andererseits aber etwa auch StudentInnen und PensionistInnen, sodass die ehrenamtlichen Teams häufig „bunte“ multiprofessionelle Teams mit vielen Ressourcen sind. Die ehrenamtlichen VereinskassensachwalterInnen sind zum größeren Teil schon sehr lange bei VertretungsNetz tätig, eine mehr als zehnjährige Mitarbeit beim Verein ist häufig.

Eine enge Anbindung an den Verein entsteht einerseits durch die regelmäßigen verpflichtenden Besprechungen, andererseits aber durch die Anerkennungskultur (Einladung zum Weihnachtsessen, Ehrungen anlässlich von Jubiläen etc.).

Die Schulung erfolgt sowohl durch zentrale, als auch regionale Einschulungsveranstaltungen (ein einheitliches Curriculum für VertretungsNetz wird im Augenblick erarbeitet) und im Rahmen der jeweiligen Teamtreffen durch die hauptberuflichen TeamleiterInnen. Die TeamleiterInnen gewähren laufende Begleitung, Beratung und Unterstützung. Zudem werden regional auch Fortbildungsveranstaltungen angeboten.

Bei der Fallauswahl werden von den TeamleiterInnen insbesondere Art und Umfang der zu besorgenden Angelegenheiten mit den jeweiligen Fähigkeiten der ehrenamtlichen Vereinskassensachwalter entsprechend abgestimmt. Die Entscheidung sowie die Fallübergabe erfolgen durch die TeamleiterInnen. Sachwalterschaften mit besonders schwierigen Betreuungssituationen oder jene, die verwahrloste oder von Obdachlosigkeit bedrohte KlientInnen betreffen, werden in der Regel von hauptberuflichen MitarbeiterInnen geführt. Ehrenamtliche VereinskassensachwalterInnen sind mit der Führung der Sachwalterschaft von mindestens zwei und maximal fünf KlientInnen betraut.

- **Rahmenbedingungen der EA-Tätigkeit**

Ehrenamtliche VereinssachwalterInnen erhalten ohne Nachweis der Barauslagen eine gesetzlich geregelte Aufwandsentschädigung. Diese beinhaltet unter anderem den Aufwand für Besuche bei den KlientInnen (verpflichtend 1 x monatlich), Bankwege, Kontoführung, Quartalsberichte, Teilnahme an den Teambesprechungen, Fahrtspesen, Telefonkosten, Portospesen. Die Aufwandsentschädigung beträgt derzeit € 60,-/ Monat/Fall (in Ausnahmefällen: erhöhte Aufwandsentschädigung € 80,-) und unterliegt nicht der Steuerpflicht. Der Verein ersetzt den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zudem die Fahrtkosten, die durch die Teilnahme an den Teambesprechungen entstehen. Ehrenamtliche VereinssachwalterInnen sind über VertretungsNetz haftpflicht- sowie unfallversichert. Die im Rahmen der Sachwalterschaft tätigen Personen sind außer dem Pflugschaftsgericht gegenüber jedermann zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ehrenamtliche VereinssachwalterInnen müssen für jeden ihrer Fälle eine Akte führen. Eine Zweitakte mit den wesentlichen Teilen des Schriftverkehrs und der Urkunden befindet sich in den jeweils zuständigen Standorten. Die ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen haben ihre Betreuungs- und Vertretungstätigkeiten regelmäßig in Form von Quartalsberichten zu dokumentieren. In der Dokumentation sind die persönlichen Kontakte zu den KlientInnen, wichtige Telefonate, Vereinbarungen und Erledigungen anzuführen. Die Berichte sind Teil der Akten und Grundlage für die Auszahlung der Aufwandsentschädigung. Alle VereinssachwalterInnen haben jährlich dem Gericht über ihre Tätigkeit zu berichten und, sofern sie zur Einkommens- und/oder Vermögensverwaltung bestellt sind, eine Pflugschaftsrechnung vorzulegen. Dabei werden die ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen durch die TeamleiterInnen und die Sekretariate der Geschäftsstellen unterstützt. Die TeamleiterInnen sind zudem verpflichtet, jede ehrenamtliche Pflugschaftsrechnung stichprobenartig zu überprüfen.

Die Teilnahme an den ein- bis zweimonatlich stattfindenden Teambesprechungen sowie am Jahresgespräch mit den TeamleiterInnen ist verpflichtend. Dabei werden die ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen angeleitet, Sachwalterschaften vergeben, Erfahrungen aus der Arbeit mit Klientinnen ausgetauscht, Probleme besprochen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten gesucht. Aber auch allgemeine praxisrelevante Themen werden dort besprochen, wie z.B. Behinderung und Sexualität, ersatzweise Zustimmung zur Heilbehandlung, Einladen von Besuchsdiensten etc.

- **Teamleitung**

Die meisten hauptberuflichen VereinssachwalterInnen sind für 4 bis 6 ehrenamtliche KollegInnen zuständig (das sind in der Regel zwischen 15 und 25 Sachwalterschaftsfälle) und leiten entweder alleine oder zu zweit die ehrenamtlichen Teambesprechungen. Die TeamleiterInnen vertreten ihre ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen für die Zeit längerer Abwesenheiten, z.B. während des Urlaubs.

Die für die TeamleiterInnen verpflichtende Ausbildung wird in zwei Teilen im Ausmaß von jeweils einer Woche sowie einem zweitägigen Follow-up durchgeführt. Während der ersten beiden Jahre als TeamleiterIn besteht Anspruch auf begleitende Supervision. Im Zentrum der Ausbildung stehen die Vermittlung der Rahmenbedingungen, Gestaltung der Fallbesprechungen im Team, das Führen schwieriger Leitungsgespräche, Standards der ehrenamtlichen Teamleitung und die umfangreichen Kontrollaufgaben gegenüber den ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen.

- **Mehrwert**

Die intensive Einbindung von ehrenamtlichen VereinssachwalterInnen bei VertretungsNetz hat im Laufe der Jahre auf unterschiedlichen Ebenen viele positive Auswir-

kungen und Entwicklungen mit sich gebracht. Die ehrenamtlichen KollegInnen werden in ihrem Handeln und Auftreten laufend gestärkt, können durch die kontinuierliche Begleitung und Kontrolle ihre große Verantwortung und belastende Situationen teilen. Die gemeinsam vertretenen Werte und Standards des Vereins durch hauptberufliche und ehrenamtliche VereinssachwallerInnen ermöglichen eine qualitätsgesicherte Vertretung einer größeren Gruppe von Personen. Insgesamt hat sich die kollektive Interessensvertretung der KlientInnen deutlich verbessert, durch abgestimmtes Vorgehen konnten neue Projekte und Initiativen umgesetzt sowie relevante Verbesserungen in vielen Einrichtungen erzielt werden.

IV. Ziele und Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Stephan Sigusch

Es sollte unter anderem um Folgendes gehen:

- Vergleich von Strukturen und Prüfung, ob und welche Teilbereiche übernommen werden können (Qualitätsstandards entwickeln/ finden);
- Prüfung, welche Rahmenbedingungen und Finanzierungskonzepte die Umsetzung überhaupt ermöglichen (Checkliste, Stundenaufwand);
- Prüfung, wie eine Förderung des Ehrenamts möglich ist, und wie ehrenamtliche Betreuer „bei der Stange“ zu halten sind (Rahmenbedingungen, Anerkennungskultur, konkrete Arbeitshilfen).

Bereits 1996 wurde von Peter Winterstein in der Untersuchung zu einem Modellprojekt festgestellt, dass die Förderung von Netzwerken in der Bundesrepublik nicht den Ansprüchen genügt.

Verbindliche Strukturen sind das „A und O“ in der Netzwerkarbeit mit Ehrenamtlichen. So kann das Ergebnis der Arbeitsgruppe kurz zusammengefasst werden.

Verbindliche Strukturen schaffen eine Planungssicherheit für alle Akteure.

Ehrenamtlich tätige Bürger haben Sicherheit durch Ansprechpartner, die örtlich erreichbar sind, und Betreuungsvereine haben eine Planungssicherheit für den Einsatz von qualifizierten Mitarbeitern und der erforderlichen Sachkosten, die bei der Quartiersnahen Begleitung erforderlich ist.

In beiden vorgestellten Modellen war ersichtlich, dass die verbindlichen Strukturen, die im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern gesetzlich festgeschrieben sind, maßgeblich für den Erfolg sind. Nur wenn es eine langfristige Sicherheit für Planung und Förderung gibt, können adäquate Modelle aufgebaut und dann auch langfristig erhalten werden. Ohne eine Planungssicherheit ist es Betreuungsvereinen kaum zuzumuten, die nötigen finanziellen Risiken in den Aufbau von Strukturen zu stecken, auf die Gefahr hin, dass bereits in kurzer Zeit die Bundesländer oder Kommunen die Förderung einstellen. In einigen Bundesländern ist das Realität.

Im Ergebnis fordert die Arbeitsgruppe zur Stärkung des Ehrenamtes Folgendes:

- klare gesetzliche Rahmenbedingungen für regionale und überregionale Arbeitsbedingungen,
- verbindliche und gesetzlich festgelegte Förderung für Vereine zur besseren Planung der Querschnittsarbeit und Aufbau einer nachhaltigen Netzwerkstruktur,
- Stärkung und „Ernstnehmen“ des Ehrenamts im Betreuungswesen, Förderung des Ehrenamtes von Angehörigen und Fremdbetreuern durch praxisnahe Hilfen,

Schulungen, Fortbildungsangebote, Verständnis für die Situation und Hilfen in der täglichen Arbeit;

- Anerkennenskultur, Begegnung auf Augenhöhe, Kultur der Übergabe an das Ehrenamt und Patenschaften,
- Rahmenbedingungen und Finanzierungskonzepte verbindlich gesetzlich zu regeln, Verbindlichkeit für überörtliche Arbeitsgemeinschaften, auf Landesebene und örtliche Arbeitsgemeinschaften einzuführen,
- Förderung der Betreuungsvereine (sachgerechte, verbindliche und gesetzlich festgeschriebene Förderung zur Schaffung von Planungssicherheit für Betreuungsvereine, keine unverbindliche „Förderung nach Haushaltslage der Länder“),
- Standards zur Förderung von Netzwerkstruktur klar und transparent darzustellen (jeweils zu Aufbau und Knüpfen von Netzwerken),
- Identifikation von „Gatekeepern“, mit vielen Kontakten/vielen Informationen,
- Netzwerkpartner zusammenbringen (AG´s bilden, private Einladungen) erforderliche Merkmale: Kompetenz, Engagement, Offenheit, Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Pflege von Netzwerken durch Pflege der kollegialen Beziehung (regelmäßiger Kontakt, z.B. gemeinsam essen gehen)?
- Pflege der Bindung, sich „sehen“ und Erhalt und Nutzung von Netzwerken (Informationsaustausch, sachliche und emotionale Unterstützung geben, Umsetzung von Strategien zur Zielerreichung, „Seilschaften“ bilden)

Mit der Schaffung von Strukturen, die den ehrenamtlich Tätigen helfen, kann ihre Zahl langfristig auf dem bisherigen Niveau gehalten werden. Andernfalls ist bei der demographischen Entwicklung eine Umkehrung möglich. Die Folgen von 70 bis 80 % beruflich geführter Betreuung und nur 20-30 % Ehrenamt erscheinen nicht erstrebenswert. Aus Sicht des Verfassers ist aber genau das die Entwicklung: weg vom Ehrenamt hin zur Berufsbetreuung.

Beraten – Unterstützen – Vertreten; Reisebericht über die Rechtsfürsorge in Österreich

Prof. Dr. Wolf Crefeld

Als das Betreuungsgesetz vom Deutschen Bundestag 1990 beschlossen wurde, war das sechs Jahre zuvor in Österreich in Kraft getretene Sachwalterrecht für viele Vorbild. Inzwischen haben sich in Österreich vielfältige Neuerungen im Unterbringungs- und Sachwalterrecht ergeben. Auf Initiative des Vorstands des Vormundschaftsgerichtstags e.V. reiste deshalb im vergangenen Herbst eine Arbeitsgruppe nach Wien, um sich dort bei dem österreichweit tätigen Verein VertretungsNetz und dem Bundesjustizministerium über die seitherigen Änderungen im Sachwalterrecht und die inzwischen hinzugekommenen Rechtsinstitute „Patientenanwaltschaft“ und „Bewohnervertretung“ zu informieren.

I. Keine Freiheitsbeschränkung durch Sachwalter

Das Rechtsinstitut der Sachwalterschaft wurde 1984 eingeführt. Es dient bekanntlich der Vertretung von Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung, die Probleme mit der Erledigung bestimmter Angelegenheiten haben – wie etwa beim Umgang mit Behörden, Abschluss von Verträgen, Regelung der eigenen Finanzen oder Sicherstellung einer angemessenen Wohnsituation. Wesentliche Unterschiede zum deutschen Betreuungsrecht sind, dass Sachwalter keine Freiheitsbeschränkungen anordnen können und dass die betroffene Person im Vertretungsbereich ihres Sachwalters stets in ihrer Geschäftsfähigkeit beschränkt ist.

Bei etwa 50.000 Menschen, die in Österreich einen Sachwalter haben, ist – bezogen auf die Gesamtbevölkerung des Landes – die Rate der betroffenen Menschen mit 0,6% noch nicht einmal halb so hoch wie diejenige der bundesdeutschen Betreuungen (1,4%). Von diesen werden 12%, nämlich in erster Linie die als schwierig geltenden Fälle, vom Verein VertretungsNetz und drei kleineren Sachwaltervereinen betreut. Die Kosten des Sachwalters werden dem Vermögen der von ihm betreuten Person entnommen – der Staat trägt nur die Gerichtskosten (allerdings nicht die Kosten für ärztliche Gutachten) sowie den Löwenanteil des Budgets der Sachwaltervereine.

Als eine bemerkenswerte neue Funktion der Vereinssachwalter hat das Sachwalterrecht-Änderungsgesetz 2006 das „Clearing“ eingeführt. Es steht allerdings bisher nur in etwa einem Siebtel aller Gerichtsbezirke zur Verfügung. Clearing bedeutet, dass ein Vereinssachwalter, noch bevor ein gerichtliches Sachwalterverfahren in die Wege geleitet ist, Betroffene, Angehörige und Sachwalterschaften Anregende hinsichtlich möglicher alternativer Maßnahmen berät und subsidiäre Hilfen organisiert. Dafür gibt es an bestimmten Tagen im Gerichtsgebäude Sprechstunden der am Clearing beteiligten Vereinssachwalter.

II. Vollmachten und registrierte Vertretungsbefugnis für Angehörige

Als Alternative zur Sachwalterschaft wurde in den letzten Jahren die Vertretungsbefugnis für Angehörige geregelt. Eltern, volljährige Kinder, Ehepartner oder seit mindestens drei Jahre im selben Haushalt lebende Lebensgefährten können bei einem Notar nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses die Eintragung einer Vertretungsbefugnis in das Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) vornehmen lassen. Sie erhalten dann eine Bescheinigung, um ihre Vertretungsberechtigung nachweisen zu können. Die Vertretungsbefugnis bezieht sich auf Rechtsgeschäfte des

täglichen Lebens (Lebensmittel, Kleidung, Mietzahlung, Deckung des Pflegebedarfs), auf das Geltendmachen von Ansprüchen auf soziale Leistungen sowie auf die Zustimmung zu medizinischen Behandlungen. Sie gilt nicht für sogenannte schwerwiegende Eingriffe wie Operationen oder Magensonden. Die vertretene Person kann dieser Vertretungsbefugnis jederzeit über das Gericht oder einen Notar widersprechen. Dies kann dann aber zur Einleitung eines Sachwalterverfahrens führen.

Geregelt wurde ferner die Ausstellung von Vorsorgevollmachten für den Fall eines späteren Verlustes der Handlungsfähigkeit. Die Sachwaltervereine bieten dazu Beratung an. Nur wenn eine Vorsorgevollmacht ausdrücklich auch für „schwerwiegende Vertretungshandlungen“ wie Operationen, die Bestimmung des Wohnortes und größere Vermögensangelegenheiten gelten soll, muss sie bei einem Notar, einem Rechtsanwalt oder bei Gericht beantragt werden. Eine Vorsorgevollmacht kann auch dann jederzeit vom Vollmachtgeber widerrufen werden, wenn dieser inzwischen geschäftsunfähig geworden ist.

III. Unabhängige Patientenanwälte im Krankenhaus

Während in Deutschland über einen zwangsweisen Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Betreuer (mit entsprechendem Aufgabenkreis) oder die Kommunalverwaltung (nach dem PsychKG) entscheiden, existiert in Österreich für die Legitimation einer Unterbringung nur eine Verfahrensform, nämlich, dass zwei Fachärzte im Krankenhaus jeweils von einander unabhängig diese anordnen. Dies muss dann unverzüglich der im VertretungsNetz tätigen Patientenanwaltschaft gemeldet werden. Die Patientenanwälte/innen vertreten die untergebrachten Patienten/innen zum einen im gerichtlichen Unterbringungsverfahren, zum anderen gegenüber dem Krankenhaus. Dabei können die Patienten auch ihre Rechte selbst wahrnehmen und werden dann von den Patientenanwälten/innen unterstützt. Nach der Mitteilung der Klinik sucht ein/e Patientenanwalt/anwältin den/die untergebrachte/n Patienten/in auf, bespricht mit ihm/ihr die aktuelle Situation und bemüht sich, deren Anliegen möglichst frühzeitig an Ärztinnen und Pflegemitarbeiter heranzutragen. Zu diesem Erstgespräch gehört ferner, die Patienten auf die gerichtliche Erstanhörung vorzubereiten, in der das Bezirksgericht die Unterbringung auf ihre Zulässigkeit überprüft. Neben der Möglichkeit, mit den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal Rücksprache zu halten, haben Patientenanwälte das Recht, in die Krankengeschichten untergebrachter Patienten Einsicht zu nehmen.

Insgesamt arbeiten im VertretungsNetz e.V. 43 Patientenanwälte für 29 psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen. Monatlich nehmen sie im Rahmen ihrer Vertretungsfunktion 1.200 Gerichtstermine wahr. Ihr Büro haben sie in den jeweiligen Krankenhäusern, sind aber von der Krankenhausleitung völlig unabhängig. Sie halten regelmäßig Kontakt zu den Stationen und beraten auch die nicht untergebrachten Patienten sowie Angehörige und andere Interessierte. Zu ihren Aufgaben gehört auch, auf strukturelle Verbesserungen zur Reduzierung von Unterbringungen hinzuwirken. Die als Patientenanwälte tätigen Mitarbeiter des VertretungsNetz e.V. sind in der Regel Juristen, Psychologen oder Sozialarbeiter, die in den örtlichen Stützpunkten im Team zusammenarbeiten. Die Aufsicht über ihre gesamte Tätigkeit obliegt dem Justizministerium.

IV. Kompetente Bewohnerververtretung in Pflegeheimen

Wird in stationären oder teilstationären Einrichtungen der Altenpflege oder Behindertenhilfe sowie in nicht-psychiatrischen Krankenhäusern für einen Bewohner eine Freiheitsbeschränkung mittels Bauchgurt, Bettseitenteile oder z.B. medikamentöser

Sedierung angeordnet, so hat die Einrichtung dies eingehend zu dokumentieren und unverzüglich per Internet oder Fax der für sie zuständigen Bewohnervertretung mitzuteilen. Deren Mitarbeiter suchen dann die Einrichtung auf, überprüfen, ob die Freiheitsbeschränkung aufgrund erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung gerechtfertigt ist und schlagen ggf. alternative Problemlösungen vor. Dazu können sie in die Pflegedokumentation einsehen und mit anderen Personen sprechen. Nur wenn sich divergierende Auffassungen der Einrichtung nicht ausräumen lassen, veranlasst die Bewohnervertretung eine gerichtliche Überprüfung. Weil bereits die Ankündigung, das Gericht anzurufen, die Einrichtungen zu mehr Flexibilität bei der Suche nach einer alternativen Problemlösung veranlassen kann, findet tatsächlich nur bei 1% der Fälle einer Freiheitsbeschränkung eine gerichtliche Überprüfung statt.

Die Mitarbeiter der Bewohnervertretung verfügen über berufliche Qualifikationen und Erfahrungen, die sie in die Lage versetzen, als Berater in Sachen Freiheitsbeschränkung zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis beizutragen. Zu ihren Aufgaben gehört auch, die Einrichtungen über den Einzelfall hinaus zu Maßnahmen zu veranlassen, durch welche die Häufigkeit von Freiheitsbeschränkungen reduziert werden kann. Im Netz e. V. arbeiten 52 Bewohnervertreterinnen. Hinzu kommen drei weitere mit der Bewohnervertretung staatlich beauftragte Vereine. Insgesamt wurden bei Stichtagszählungen österreichweit 24.000 Freiheitsbeschränkungen gezählt.

V. Im Vergleich

Was mir an der österreichischen Rechtsfürsorge im Vergleich zu den hiesigen Regelungen besonders auffiel:

1. Die gesetzlichen Regelungen sind dank sozialwissenschaftlicher Feldforschung, Modellprojekten und Implementationsforschung wesentlich besser empirisch fundiert.
2. Die österreichische Rechtsfürsorge ist weniger justiz- und behördenlastig organisiert.
3. Die österreichischen Regelungen erscheinen insgesamt pragmatischer und zielorientierter, während die deutschen Justizpolitiker sich in den letzten zehn Jahren viele Betreuungsrechtsänderungen nur am grünen Tisch ausgedacht haben.

VI. Modellprojekte und Implementationsforschung

Verschiedene Regelungen in Österreich sind erst dann Gesetz geworden, nachdem deren tatsächlichen Auswirkungen zuvor erprobt worden waren. Schon dem ersten Sachwaltergesetz gingen sozialwissenschaftliche Felduntersuchungen und wissenschaftlich begleitete Modellprojekte voraus. Dementsprechend nahm der erste Sachwalterverein schon drei Jahre, bevor es zum Sachwaltergesetz kam, seine Arbeit auf, sodass man bei der Gesetzgebung hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Wirksamkeit bereits über konkrete Erfahrungen verfügte. Ebenso ging der Einführung der Clearingfunktion ein Modellprojekt bei einem Wiener Bezirksgericht voraus. Schließlich wurde die Implementation des Bewohnervertretungsgesetzes mit Hilfe des Wiener Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie wissenschaftlich begleitet. Dank dieser empirisch-sozialwissenschaftlichen Begleitung wissen Politik und Administration in Österreich eher, was auf gutem Weg ist, und wo die Erwartungen an das Gesetz nicht erfüllt werden, während in Deutschland Projekte zur wissenschaftlichen Begleitung der Rechtsfürsorge-Gesetzgebung nur sehr zögerlich und oft zu spät eingesetzt werden. Ebenso fehlt ein für eine lernende Gesetzgebung wesentliches regelmäßiges

Berichtswesen, während man uns beim VertretungsNetz e.V. immerhin einen 32 Seiten starken Jahresbericht vorlegen konnte.

VII. Staatlich beauftragte Vereine statt Betreuungsbehörden

Gerichte und Behörden spielen in der Praxis der österreichischen Rechtsfürsorge eine weniger zentrale Rolle. Zwar haben auch hier die Gerichte das letzte Wort, wenn es um Freiheitsbeschränkungen und Vertretungsrechte geht. Doch setzt man zunächst auf Lösungen mit Hilfe bundesrechtlich beauftragter Vereine und Notare. Das entlastet die Justiz von Aufgaben, auf die der normale Werdegang zum Richter kaum vorbereitet. Eine den bundesdeutschen Betreuungsbehörden analoge Struktur in der öffentlichen Verwaltung gibt es nicht. Stattdessen sorgen das hauptsächlich von der Bundesregierung finanzierte VertretungsNetz und drei weitere kleine Sachwaltervereine für die Qualifizierung der Mitarbeiter und die Entwicklung fachlicher Standards. Allerdings dürfte in Deutschland mit seinen mächtigen, auf ihre Unabhängigkeit bedachten Wohlfahrtsverbänden ein Verein wie das VertretungsNetz nur schwer zu realisieren sein. Denn das VertretungsNetz untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums sowie eines Beirats mit Vertretern externer Institutionen wie Ministerien, Hochschulen und Praxis. Dagegen dürfte eine so direkte Steuerung hinsichtlich Aufgabenzuweisung und Ausführungspraxis durch die Politik bei den deutschen Wohlfahrtsverbänden auf schwer überwindbare Widerstände stoßen.

Insgesamt verfügt VertretungsNetz e.V. an seinen österreichweit 78 Standorten über 1.112 Mitarbeiter. Von diesen sind 723 ehrenamtlich und 143 hauptberuflich als Sachwalter tätig. Die ehrenamtlich als Sachwalter Tätigen werden für ihre Aufgabe vorbereitet und supervidiert wie dies in ähnlicher Weise in Deutschland bei ehrenamtlichen Mitarbeitern der Telefonseelsorge oder der Hospizdienste geschieht. 43 Mitarbeiter arbeiten als Patientenanwältinnen und 52 als Bewohnervertreterinnen. Der Verein verfügte 2007 über ein Budget von 19,6 Mio. €, von denen 17 Mio. vom Bundesministerium aufgebracht werden, während 2,3 Mio. aus der Geltendmachung von Aufwendungsersatz und Entschädigung bei den Klienten des Fachbereichs Sachwalterschaft kommen. Insgesamt wurden vom Verein für Sachwalterschaften einschließlich der neuen Clearingverfahren 11,6 Mio. € für Patientenanwaltschaft und die Bewohnervertretung 5,6 Mio. € und für vereinsinterne Service- und Administrationsleistungen 2,4 Mio. € aufgewendet.

VIII. Gesetze allein schaffen keine neue Realität

Die österreichischen Regelungen erscheinen oft pragmatisch-zielorientierter. So geht der gerichtlichen Überprüfung in jedem Unterbringungsverfahren eine Abklärung des Einzelfalls durch multiprofessionell im Team arbeitende Patientenanwälte voraus. Diese sind aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung mit den Verfahrensweisen und den Möglichkeiten der psychiatrischen Krankenhäuser vertrauter, als dies in der Regel von Verfahrenspflegern bei deutschen Gerichten erwartet werden kann. Darüber hinaus wirken die Patientenanwälte in den psychiatrischen Krankenhäusern dank ihrer multiprofessionellen Beratungsfunktion für alle Krankenhauspatienten und auf Grund ihrer ständigen und aus der Perspektive der psychiatrischen Mitarbeiter faktisch auch kontrollierenden Präsenz im Krankenhaus auch präventiv gegen jede Form der Zwangsanwendung. Während in Deutschland die Genehmigung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen nur der juristischen Kompetenz eines Richters unterliegt, wird die Rechtmäßigkeit von Freiheitsbeschränkungen in Österreich zunächst einmal durch von der Einrichtung unabhängige Mitarbeiter der Bewohnervertretung überprüft, die über fachliche Kompetenz hinsichtlich der Möglichkeiten der Pflege und Betreuung des betroffenen Personenkreises verfügen. Auch die noch in

der Implementationsphase befindliche Clearingfunktion erweist sich, so der Bericht des VertretungsNetz e. V., als praktisch sinnvoll, indem dadurch Sachwalterverfahren vermieden und häufiger Alternativen in Gestalt sozialer Hilfen in Anspruch genommen werden. Ich habe den Eindruck, den österreichischen Juristen im Ministerium kommt es weniger auf Perfektion im juristischen Ideenhimmel an. Sie folgen mehr der Erfahrung, dass Gesetze sich nicht von selbst durchsetzen und es deshalb zusätzlicher Anstrengungen bedarf, um dem Gesetz in der sozialen Realität Geltung zu verschaffen.

Alles gut in Österreich? Sicher nicht. So erscheint die immer noch starke Sachwaltertätigkeit von Rechtsanwälten den heute vorherrschenden Sachwalteraufgaben wenig angemessen. Dem sucht die Politik jetzt entgegen zu steuern, doch ist man sich nicht sicher, ob das ohne eine Ausweitung des Budgets der Sachwaltervereine gelingen wird – und die ist offenbar in Österreich schwer durchzusetzen. Bedauerlich erscheint auch, dass der Anteil der durch einen Sachwalterverein betreuten Personen, der derzeit 12% beträgt, sinkt, weil das Budget nicht mehr erhöht worden ist. Ein Fazit ist jedenfalls noch zu ziehen: Der Dialog zwischen Österreich und Deutschland zur Rechtsfürsorge sollte wieder so intensiv werden wie zu Zeiten der Vorbereitung des Betreuungsgesetzes.

E. Perspektiven

Sozialpolitische Perspektiven für Menschen mit Behinderung

Prof. Dr. Andreas Langer

I. Einleitung und Problemstellung

Wenn unter einer sozialpolitischen Perspektive auf Entwicklungen, Phänomene und (Lebens-)Bedingungen in der Gesellschaft, auf den Staat geblickt wird, müssen drei Faktoren Erwähnung finden, die unseren Sozialstaat, unsere sozialen Sicherungssysteme im Augenblick herausfordern, die zu Reformen zwingen.

Das ist zum einen der Wandel in den Lebenslagen, zum zweiten ist es die Globalisierung und drittens ist es der demografische Wandel. Diese Entwicklungen sind im Alltag der Menschen spürbar. Bei der Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme können nicht mehr größtenteils ‚Normallebensverhältnisse‘ vorausgesetzt werden, wie etwa eine Normal(arbeits-)biografie, lebenslange Partnerschaften/Ehen und traditionelle Familienformen. Stattdessen muss mit der sozialen Sicherung auch eine Antwort gegeben werden auf plurale Gesellschaftsformen und die Individualisierung bzw. Selbstbestimmung der Bürger. Die 500 Milliarden Euro Bürgerschaft der Bundesregierung setzt ein Zeichen gegen eine Gefährdung des sozialen Sicherungssystems in Zeiten der Globalisierung und der Finanzkrise, nichts desto trotz können ohnehin schon belastete Kommunen in größere Not kommen, und das Ziel die Staatsverschuldung zu senken, ist in weite Ferne gerückt. Nicht wenige Menschen sorgen sich um ihre Altersversorgung vor dem Hintergrund, dass immer weniger Arbeitende immer mehr Menschen im Ruhestand sichern müssen. Deutschland wird älter und weniger.

Ist es aber nun erhellend, diese Faktoren auch auf eine Analyse der sozialpolitischen Maßnahmen für Menschen mit Behinderung in Anschlag zu bringen? Genau diese Fragestellung soll im Folgenden mit diesem Aufsatz diskutiert werden. Zwei Punkte stehen dabei im Mittelpunkt, zu deren Erklärung ich Globalisierung, Demografie und den Wandel der Lebenslagen heranziehen möchte: Erstens werden wir die nächsten Jahre weiterhin mit einem Mehrbedarf und mit Bedarfsveränderungen in der Behindertenhilfe zu tun haben. Zweitens kommen auch jenseits einer weiteren Bedarfssteigerung stärkere Belastungen auf die Regionen und Kommunen zu. Behindertenpolitik ist im wesentlichen Umsetzungspolitik in den Ländern und Kommunen, rückt vermehrt in den Mittelpunkt des Interesses der kommunalen Sozialpolitik und führt in seiner Bearbeitung zu einer Überforderung der Entscheidungsträger.

Der starke Anstieg der rechtlichen Betreuung ist ein Indiz für diese Veränderungen. Schon im Jahr 2002 hat Horst Deinert zusammengestellt, was die Hauptgründe für einen Zunahme der rechtlichen Betreuung sein könnten:

- der demografische Wandel, der sich in der Zunahme der Einpersonenhaushalte und in einer Erhöhung von psychischen Erkrankungen im Alter zeigen wird;
- der Nachholbedarf der neuen Bundesländer, weil in der ehemaligen DDR keine Vormundschaften angeordnet wurden;
- die Verwechslung der rechtlichen Betreuung mit einer weiteren sozialfürsorglichen Tätigkeit;
- eine zunehmende Verrechtlichung der Gesellschaft;

- eine erhöhte Aufmerksamkeit in der Gesellschaft für die Wahrnehmung von bürgerlichen Freiheitsrechten.

Im Weiteren soll aber nicht ursächlich die Betreuung, sondern die Behindertenpolitik fokussiert werden. Denn wenn man aus einer sozialpolitischen Perspektive argumentiert, wird sich der von Deinert genannte Befund verändern. Denn Menschen mit Behinderung leben in der Bundesrepublik Deutschland in einem sozialen Bundesstaat, der eine Vielzahl von Rechten und Geld-, Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung stellt. Allgemeiner gesagt, kommt genau dies in einer Definition von Sozialpolitik als „politische Institutionen, Prozesse und Politikinhalt, die zumindest darauf angelegt sind,

- die Bürger vor Armut und Not durch Garantie des Existenzminimums zu schützen,
- sie gegen die Wechselfälle des Lebens oder Risiken infolge von Alter, Invalidität, Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu sichern und
- soziale und natürliche Ungleichheit zu verringern“ (Pilz 2004), zum Ausdruck.

Stellen wir also Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt, so stellen wir gleichzeitig ein zentrales Anliegen unserer Sozialpolitik auf den Prüfstand, nämlich, ob wir uns um die Schwächsten unserer Gesellschaft kümmern. Ich werde also zuerst die Ausgangslage der Sozialpolitik für Menschen mit Behinderung darstellen, die normativen Grundlagen (II), und werde dann die Lebenslagen der Menschen und die Mehrbedarfe bzw. Bedarfsveränderungen anhand statistischer Daten begründen (III) und am Schluss auf sozialpolitische Perspektiven in der kommunalen Sozialpolitik eingehen.

II. Ausgangslage: Der gesellschaftliche Konsens zur Teilhabepolitik

Die Sozialen Rechte haben durch die Schaffung des neunten Sozialgesetzbuches und durch die UN-Charta für Menschenrechte eine Stärkung erfahren. Durch das SGB IX wurde im Jahre 2001 die grundsätzliche Orientierung an Kriterien der Selbstbestimmung und Teilhabe eingeführt, was einen großen Fortschritt darstellt. So ist die Zielperspektive in § 1 SGB IX klar formuliert: Menschen mit Behinderung erhalten Leistungen, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ Die Grundlage für die Entstehung des SGB IX ist das Benachteiligungsverbot im Grundgesetz: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ (Bähr te.al. 2006, 11), welches bis dahin noch keine Umsetzung in den Sozialgesetzbüchern gefunden hatte. Im Jahre 2000 – in der 14. Legislaturperiode – forderte der Bundestag die Bundesregierung durch einen interfraktionellen Entschließungsantrag auf, das Recht von Menschen mit Behinderung zusammen zu fassen und in einem Sozialgesetzbuch IX zu bündeln. „Die Integration von Menschen mit Behinderung ist eine dringende politische und gesellschaftliche Aufgabe“ (BT-Drucks. 14/2013) – nachdem eben dies von der 11. Legislaturperiode aufgrund von drängenderen Reformen immer wieder verschoben wurde.

Bemerkenswert ist in der Entstehung und in der Verabschiedung des SGB IX, dass eine ungewöhnliche, ja sogar einmalige Zustimmung erreicht werden konnte. Das Gesetz wurde am 6.4.2001 in zweiter und dritter Lesung mit den Stimmen aller Fraktionen des Deutschen Bundestags beschlossen. Nur die PDS stimmte dagegen. Ebenso verabschiedete der Bundesrat das zustimmungspflichtige Gesetz eindeutig. Das heißt, mit dem SGB IX ist ein Höchstmaß an demokratischer Legitimation gegeben. Es kommen ein eindeutiger, fraktionsübergreifender politischer Wille und ein gesellschaftlicher Konsens zum Ausdruck, die Selbstbestimmung und Teilhabe von

Menschen mit Behinderung umzusetzen. Das SGB IX stellt damit eine eindeutige Orientierung für Behindertenpolitik dar.

Dennoch bedeutet das Gesetz keinen Paradigmenwechsel. Das Gesetz hält noch in weiten Teil die Rehabilitationsorientierung aufrecht, es sind nur wenige Aspekte einer Prävention und inklusiven Orientierung enthalten. Rehabilitation bedeutet, dass die Rechte und Maßnahmen darauf abzielen, die Abweichung einer Normalbiografie zu kompensieren. Implizit werden damit der personale Aspekt einer Behinderung und somit immer noch eine defizitorientierte Sichtweise von Menschen mit Behinderung beibehalten. Eine Orientierung an Selbstbestimmung und Teilhabe würde bedeuten, sich erstens nicht auf eine bestimmte Personengruppe zu fokussieren (vgl. Hinz/Boban 2008, 207) und Person mit Struktur zu denken. Dies ist z.B. in der internationalen Systematisierung von Behinderung (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu finden (vgl. Hinz/Niehoff 2008, 113): „Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen Individuen leben andererseits“ (WHO 2004, 22, zitiert nach Hinz/Niehoff 2008, 113). Das Ziel ist es, hier nicht bestehende personale Abweichungen auszugleichen, sondern Barrieren im alltäglichen Leben zu beseitigen (Art 28).

Der Begriff Inklusion ergibt sich aus der Auffassung, dass eine Gesellschaft aus Individuen besteht, die sich alle mehr oder weniger unterscheiden. „Um dieser Tatsache gerecht zu werden, muss die Gesellschaft dafür Sorge tragen, dass der Zugang aller Bürger zu Institutionen und Dienstleistungen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Möglichkeiten eröffnet wird“ (Hinz/Niehoff 2008, 107). So bleibt das defizitorientierte Rehabilitationsverständnis dabei, dass es um die Kompensation personaler Defizite geht, während bei dem strukturell-/ressourcenorientierten Ansatz maßgeblich ist, den Abbau von Barrieren in der gesellschaftlichen Umgebung herbeizuführen. Eine solche pointierte Gegenüberstellung kann für andere zentrale Begriffe und Konzepte getroffen werden. Bei dem zentralen Orientierungspunkt der Maßnahmen steht die „Normalbiografie“ einem Verständnis von unterschiedlichen Individuen gegenüber, Teilhabe zielt auf die „Gruppe“ der Menschen mit Behinderung und nicht auf alle Sozialstaatsbürger. Der Bedarf bemisst sich an einer defizitären, therapiebedürftigen, unselbständigen Person, statt an der gesellschaftlichen Umgebung mit Barrieren für Teilhabe und Leben. Es geht bei den Interventionen immer noch um den Befähigungszuwachs und um Behinderung als einen zeitlichen Abschnitt, statt darum, die Leistungen als Organisations-/Institutionsveränderung und die eine Teilhabe verhandelnden Barrieren als zeitlichen Abschnitt aufzufassen. Aus einer sozialpolitischen Perspektive ist hier also nicht nur zu fragen: Welchen Hilfebedarf hat ein Mensch mit Behinderung? Vielmehr kann auch gefragt werden: Werden Menschen in der aktuellen sozialpolitischen Institutionenlandschaft behindert (vgl. Hinz/Niehoff 2008, 115)? Diese Frage führt zu der wohl massivsten Kritik, die dem SGB IX aus den Reihen der Verbände und Träger zuteil wurde. Hier wurde nicht nur die These des Paradigmenwechsels verneint, sondern es wurden dem SGB IX folgenschwere ‚Konstruktionsfehler‘ unterstellt. Als Skandal wurde unter anderem bezeichnet, dass die Behindertenhilfe weiterhin in der Armenpolitik und Fürsorge verankert bleibt. Es handelt sich weiterhin um steuerfinanzierte Leistungen, die nicht bedarfsdeckend angelegt sind, einer Bedürfnisprüfung unterliegen und nach wie vor einen dominanten Institutionenbezug aufweisen. Es wird weiterhin keine Finanzierung über den Bund gesichert, Behindertenpolitik ist also nach wie vor von der (unterschiedlichen) Finanzlage der Länder und Kommunen abhängig. Die hier angelegten lokalen Unterschiedlichkeiten werden dadurch verstärkt, dass das SGB IX nicht als Leistungsrecht konstruiert ist.

Es besteht weiterhin die Nachtragsregelung, es gibt weiterhin die institutionellen Zuordnungsproblematiken und regionale Speziallösungen.

Zusammenfassend erscheinen die normativen Grundlagen für die Behindertenpolitik als ambivalent. Mit den gesetzlichen Grundlagen ist also die eine Seite der Ausgangslage für Menschen mit Behinderung beschrieben. Man kann eindeutig sagen, dass sich im SGB IX die veränderten gesellschaftlichen Wertvorstellungen über die Lebenslagen der Menschen mit Behinderung widerspiegeln. Dazu gehört auch, um die aktuellen Diskussionen wiederzugeben, dass Menschen mit Behinderung in ihrer Bürgerrolle gestärkt werden sollen. Sie sind also nicht aufzufassen als Klienten eines Sondersystems, sondern als Menschen, die wie jeder andere Bürger auch, in einem sozialen Umfeld vernetzt sind. Die Leistungen sind also an den Bedürfnissen der Person auszurichten und nicht an den Gegebenheiten der Institutionen. Die Bürgerrolle und der Personen- bzw. Subjektbezug sind zwei weitere Orientierungen, die als normative Grundlage der Sozialpolitik für Menschen mit Behinderung gelten können. Mit der Umsetzung dieser Vorstellungen in das SGB IX bleiben jedoch einige dieser Ideen auf der Strecke, und die konsequente Umsetzung droht durch die genannten ‚Konstruktionsfehler‘ des Gesetzes regelrecht behindert zu werden.

Wie sieht es aber nun mit den Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderung aus? Was ist noch zu tun, wenn es um die Teilhabe und Selbstbestimmung geht? Als zweite Ausgangslage, um sozialpolitische Perspektiven für Menschen mit Behinderung zu entwerfen, sollen im Weiteren die Lebenslagen mit den augenblicklichen Bedarfen in Verbindung gebracht werden.

III. Die Lebenslagen sowie Mehrbedarfe und veränderte Bedarfe für Menschen mit Behinderung

Was kann als die größte Herausforderung der Behindertenpolitik angesehen werden? Aus Sicht der Sozialpolitik wird die maßgebliche Aufgabe der Behindertenpolitik sein, die veränderten Bedarfe, die Selbstbestimmung und Teilhabe tatsächlich umzusetzen. Dies wird sofort deutlich, wenn man statistisches Material heranzieht, welches die aktuelle Situation und die Entwicklung dahin abbildet. Ich greife hier auf vier Datenquellen zurück, die jeweils vom statistischen Bundesamt (DeStatis) zur Verfügung gestellt werden: die Behindertenstatistik aus dem Jahr 2007 (DeStatis 2007), die Sozialhilfestatistik von 2007 (DeStatis 2008b), den Mikrozensus von 2005 (Pfaff 2007a, 2007 b) und die Statistik rechtlicher Betreuung (Deinert 2004, 2005, 2008).

1. Die Behindertenstatistik

Die Angaben aus der Behindertenstatistik sind insofern undeutlich, weil nur diejenigen Personen aufgenommen sind, die beim Versorgungsamt registriert sind. Dennoch ist sie von Bedeutung, wie das Deutsche Statistische Bundesamt klarstellt: „Der Sozialstaat ist wesentlich dadurch definiert, wie er mit seinen Hilfsbedürftigen umgeht. Daher kommt der Behinderten-Statistik eine große sozialpolitische Bedeutung zu. An ihr kann man meist direkt ablesen, wie es um den Sozialstaat und seine Glaubwürdigkeit bestellt ist, wie sich die Behinderten-Zahlen entwickeln und wie man mit ihnen umgeht“ (DeStatis 2008).

Um wen handelt es sich, wenn wir von Menschen mit Behinderung sprechen? Zuerst eine Definition, um überhaupt statistisch arbeiten zu können: „Menschen gelten entsprechend dem SGB IX 4) als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Normale Alterserscheinun-

gen sind somit keine Behinderungen im Sinne des SGB IX“ (Pfaff 2007a, 194). Und weiter muss noch eine zweite Definition angeführt werden: „Als schwerbehindert gelten Personen, denen von den Versorgungsämtern ein Grad der Behinderung von 50 und mehr zuerkannt wurde“ (DeStatis 2008).

Die wesentlichsten Ergebnisse für den Argumentationsgang sind zwei Erkenntnisse: (1) Im Jahre 2007 gab es insgesamt 6,9 Millionen schwerbehinderte Menschen in Deutschland; jeder zwölfte Einwohner (8,4%) gilt als schwerbehindert. In der zeitlichen Entwicklung bedeutet dies einen Zuwachs um rund 153 000 Menschen oder 2,3% mehr als am Jahresende 2005.

(2) Behinderungen treten vor allem bei älteren Menschen auf: So waren 72% der behinderten Menschen 55 Jahre oder älter, und bei 82% der Menschen wurde die Behinderung durch eine Krankheit verursacht. Schwerbehinderung ist also keinesfalls ein Thema von Randgruppen.

An dieser Stelle werden die Diskussionen über den demografischen Wandel relevant. Führt man sich vor allem das Älterwerden der Gesellschaft und die sich verändernden Lebensverhältnisse vor Augen, dann kommen vor allem „die Alten“ in den Blick. So sind erstens ein Anstieg der Einpersonenhaushalte zu erwarten, aber zweitens vor allem die Zunahme des so genannten vierten Lebensalters, der über 80 Jährigen. Die Gefahr, durch Krankheit einerseits schwerbehindert zu werden und gleichzeitig nicht mehr durch familiäre Netzwerke im Pflegefall aufgefangen zu werden, wird durch den demografischen Wandel also wesentlich verstärkt. Der demografische Wandel in seinen Prognosen deutet darauf hin, dass es eine weiterhin steigende Zahl der Menschen mit Behinderung geben wird, aber auch, dass die familiäre Unterstützung nicht mehr so gewährleistet ist, wie früher.

2. Mikrozensus: Lebenslagen von Menschen mit Behinderung

Der Mikrozensus aus dem Jahre 2005 gibt Aufschluss darüber, wie Menschen mit Behinderung leben, und warum nach wie vor über Teilhabe und Selbstbestimmung gesprochen werden muss. Besonders aufschlussreich ist es hier, die Lebenslagen von Menschen mit und ohne Behinderung in der Altersspanne von 25 bis 44 Jahren zu vergleichen. Die folgende Grafik zeigt im Überblick, dass sich die Lebenslagen von Menschen mit Behinderung verglichen mit Gleichaltrigen signifikant unterscheiden.

Teilhabe der 25- bis 44-Jährigen:	MmB	nB
<i>Kulturelle und soziale Teilhabe</i>		
• Ledige	49%	34%.
• in privaten Haushalten allein Lebenden	25%	17%.
<i>Bildung</i>		
• keinen Schulabschluss	15%	2%
• Abitur	11%	24%
<i>Teilhabe am Arbeitsmarkt</i>		
• Erwerbstätig/arbeitssuchend	72%	88%
• Erwerbslos	14%	10%
<i>Ökonomische Teilhabe</i>		
• Haushaltsnettoeinkommen unter 1 700 €	36%	24%.
<i>Teilhabe am Gesundheitswesen</i>		
• Anteil der Kranken	32%	6%.

So sind Menschen mit Behinderung zwischen 25 und 44 Jahren häufiger ledig und leben öfter allein als Nichtbehinderte in dieser Altersklasse. Der Anteil der in privaten Haushalten allein Lebenden liegt mit 25% signifikant höher als bei den Nichtbehinderten (mit 17%). Diese Tendenzen setzen sich bei der Bildung fort, wenn 15% der behinderten Menschen im Alter von 25 bis 44 Jahren keinen Schulabschluss hatten; bei den Nichtbehinderten waren deutlich weniger in diesem Alter (2%) ohne Abschluss. Abitur hatten hingegen 11% der Behinderten und 24% der nicht behinderten Menschen. Am Arbeitsmarkt zeigt sich eine geringere Teilhabe der jungen behinderten Menschen: Nur 72% der Menschen mit Behinderung waren erwerbstätig oder suchten nach einer Tätigkeit; bei den Nichtbehinderten waren es in diesem Alter 88%. Ebenso verhält es sich bei der Erwerbslosenquote. Junge Menschen mit Behinderung verdienen häufig weniger als Nichtbehinderte. Sie waren öfter krank. Der Anteil der Kranken beträgt bei den behinderten Menschen in diesem Alter (einschließlich der Unfallverletzten) 32%, bei den Nichtbehinderten 6%. Mit zunehmendem Alter nähern sich allerdings die Lebensumstände zwischen der Gruppe der behinderten und nicht behinderten Menschen häufig an. Dennoch ist die Aussage aus dem Mikrozensus klar. Allein die Eigenschaft „Behinderung“ führt zu einem erhöhten Exklusionsrisiko in wesentlichen Systemen und Teilen unserer Gesellschaft.

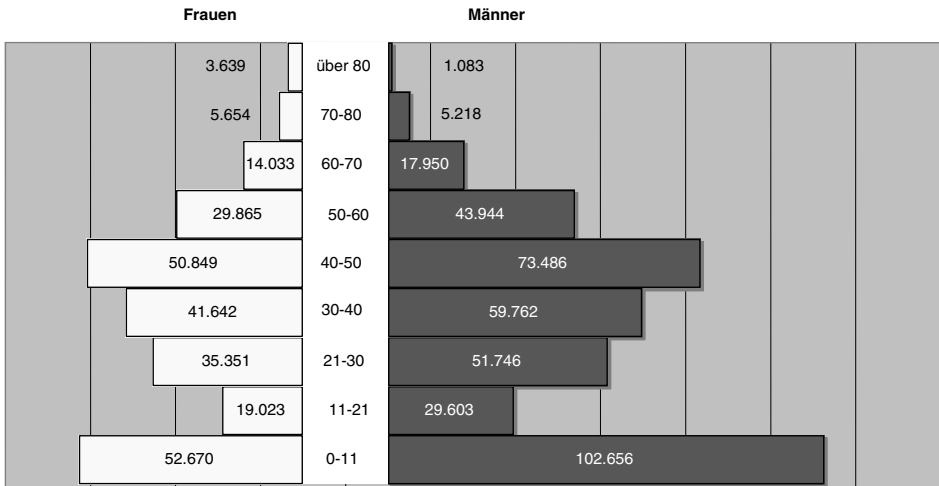
3. Eingliederungshilfen

Das wohl meist diskutierte sozialpolitische Instrument im Rahmen von Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung ist derzeit die Eingliederungshilfe. „Die Eingliederungshilfe soll behinderte Menschen zu einem weitgehend selbstständigen Leben befähigen“ (DeStatis 2008b, 4). Im 6. Kapitel des SGB XII wird die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen mit der Aufgabe geregelt, „eine drohende Behinderung zu verhüten, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft einzugliedern“ (ebd.). Zu Leistungen der Eingliederungshilfe sind Personen berechtigt, „die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind,“ (ebd.). Es geht also um medizinische, pädagogisch schulische, berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen. Träger dieser Leistungen ist die Sozialhilfe, wenn kein anderer Rehabilitations-träger zur Leistung verpflichtet ist.

Die Eingliederungshilfe-Statistik gibt ebenso einen Einblick in die Lebenslagen der Menschen mit Behinderung, insbesondere wenn man die Ausgaben mit dem Ort der Hilfgewährung zusammen betrachtet. So wurden im Jahr 2006 knapp 1,2 Milliarden Euro (10,9%) der Nettoausgaben der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen für Personen außerhalb von Einrichtungen gewährt. Den Rest von rund 9,4 Milliarden (89,1%) nahmen Empfänger in Einrichtungen in Anspruch. Das heißt, dass der Institutionenbezug der Leistungen nach wie vor unabweisbar ist. Im System der Behindertenpolitik wird also bislang an dem Institutionenbezug stationär, teilstationär und ambulant festgehalten.

Ein weiterer Hinweis auf die Veränderung der Bedarfe wird deutlich, wenn man die Fälle der Eingliederungshilfe in einer Alterspyramide darstellt.

Alterspyramide Eingliederungshilfe-Fälle



Quelle: DeStatis 2007; 2008b, eigene Berechnungen

Diese Alterspyramide verfälscht natürlich den Blick auf die Altersstruktur der Menschen mit Behinderung, denn es werden nur Leistungsempfänger abgebildet. Dennoch wird zweierlei deutlich. Einerseits sind die Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen vergleichsweise jung – im Durchschnitt waren sie 32 Jahre alt (Männer: 31 Jahre, Frauen: 34 Jahre). Die differenzierten Zahlen bringen jedoch ein höchst relevantes Faktum zu Tage. Während 29% jünger als 18 Jahre waren, 66% 18 bis unter 65 Jahre alt, sind nur 5% der Menschen mit Behinderung 65 Jahre oder älter. Etwas mehr als 60 Jahre nach dem Ende der grausamen Verbrechen des Nazi-Regimes und ihrer Vernichtungspolitik gegenüber Menschen mit Behinderung wird besonders an dieser Stelle deutlich, dass es überhaupt keine belastbaren Erkenntnisse über die Anzahl der Menschen mit Behinderung gibt, die in Zukunft auf Eingliederungshilfe angewiesen sein werden.

Aus dieser Übersicht werden zwei Dinge deutlich: Die veränderten Bedarfe von Menschen mit Behinderung im Ruhestand sind noch längst nicht im Hilfesystem angekommen. Es ist klar, dass aufgrund besseren medizinischen Wissens und der besseren Versorgung die Lebenserwartung der Adressaten steigen wird, wie hoch sie sein wird, kann allerdings nur aus Erfahrungen aus dem Ausland übernommen werden. Wie in dem deutschen Hilfesystem darauf zu reagieren ist, ist nach wie vor unklar. Abgeleitet davon, gibt es keine belastbaren Daten und Prognosen darüber, mit welchen Fallzahlen wir in Zukunft zu rechnen haben, bis sich eine natürliche Sterberate für Menschen mit Behinderung einstellt, die Eingliederungshilfe bekommen. Eine massive Erhöhung der Fallzahlen liegt aber aufgrund der Altersverteilung auf der Hand. Es ist eine Rechenaufgabe mit mehreren unbekanntem Variablen, dass aufgrund dieser Altersverteilung eine andauernde Erhöhung der Fallzahlen und die Bedarfsänderung unabweisbar sind.

4. Betreuungsstatistik

Zuletzt möchte ich noch auf die Betreuungsstatistik verweisen. Eine rechtliche Betreuung kommt ja dann in Frage, wenn kranke, behinderte und alte Menschen nicht mehr für sich sorgen können und deshalb ein Angehöriger, Ehrenamtlicher oder

Berufsbetreuer als gesetzlicher Betreuer bestellt wird. So ist aus der Betreuungsstatistik sowie aus der Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (vgl. Köller et.al. 2007) zu entnehmen, dass 43% der Betreuungen im Jahr 2006 aufgrund einer Behinderung erfolgen. Nimmt man die psychischen Krankheiten hinzu, steigt die Zahl auf 76%. Der größte Anteil an Zugängen in das System betreffen mit knapp 53% psychische Krankheiten und Behinderungen. Hier ist jedoch zu vermuten, dass immer mehr Menschen auch kurzfristig aufgrund von psychischer Krankheit in das Hilfesystem eintreten, nicht wenige von ihnen wegen Überlastung im Arbeits- oder Privatleben. Dies übt weiteren Druck auf die Eingliederungshilfe-Kosten aus. Es ist außerdem festzuhalten, dass der „relative Anteil ehrenamtlicher Betreuungen im Gegensatz zu professionell und institutionell geführten Betreuungen deutlich zurückgegangen ist“ (Deinert/Walther 2006, 44).

Nach dem Blick auf die statistischen Daten fasse ich die Analyse zu den Lebenslagen und veränderten Bedarfen in einer sozialpolitischen Perspektive für Menschen mit Behinderung kurz zusammen. Die Diskrepanz zwischen den normativen Grundlagen und den Orientierungen an Selbstbestimmung und Teilhabe sowie den Lebenslagen von Menschen mit Behinderung wird noch deutlicher. Behindertenpolitik steht mehr denn je vor einem Implementierungsproblem. Dieses Problem resultiert aus veränderten Bedarfen sowie den steigenden Fallzahlen. Maßgebliche Gründe hierfür sind:

- Die Alterung und Vergreisung der Bevölkerung und dadurch ein erhöhtes Risiko der Behinderung.
- Veränderung der möglichen Versorgungsstruktur für Menschen mit Behinderung aufgrund des demografischen Wandels und der veränderten Lebenslagen.
- Die Altersstruktur in der Eingliederungshilfe in Kombination mit der verbesserten medizinischen Versorgung der Menschen mit Behinderung (eine weiteres ‚natürliches‘ Steigen der Fallzahlen in den nächsten 15-20 Jahren).
- Menschen mit Behinderung werden in den nächsten Jahren vermehrt in den Ruhestand gehen.
- Eine starke Zunahme der seelischen und psychischen Erkrankungen und damit erhöhter Druck auf die Eingliederungshilfe.
- Weitere Exklusion in entscheidenden Lebensbereichen (z.B. auch Arbeitsmärkten mit Relevanz für Werkstätten für Behinderung).
- Anhaltende Steigerung der rechtlichen Betreuung sowie Verberuflichung dieses Bereiches.

IV. Perspektiven der Umsetzung von Behindertenpolitik

Vor dem Hintergrund der genannten Zahlen tritt die Eingliederungshilfe aufgrund der Kostensteigerung verstärkt in den Mittelpunkt des Interesses von Kommunen, denn diese Leistungsart macht mittlerweile mehr als die Hälfte des entsprechenden Sozialhilfe-Budgets aus. Außerdem verweisen diese Herausforderungen bislang auf die kommunale Ebene der sozialen Sicherung und auf das steuerlich finanzierte System. Die Verortung der Behindertenhilfe in der Armutsbekämpfung und die Konzentration auf ortsnahe und ambulante Angebote für Menschen mit Behinderung schaffen eine strukturell ungünstige Ausgangssituation für Erfolg versprechende Implementierungsstrategien angesichts eines gesellschaftlichen Wandels und knapper öffentlicher Kassen. Dies soll mit einem Blick auf die Zahlen betrachtet werden, um danach die Probleme der kommunalen Ebene deutlicher in den Blick zu nehmen.

1. Kostenexplosion oder natürliche Kostensteigerung?

Die dynamische Entwicklung bei den Fallzahlen sowie die Kostensteigerung rücken die Eingliederungshilfe zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses. So wurden 2006 11,8 Milliarden Euro Sozialhilfe für die Eingliederung behinderter Menschen ausgegeben. „Im Zeitverlauf gab es bei der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erhebliche Steigerungen: Im Vergleich mit dem Stand vor zehn Jahren hat sich die Zahl der Hilfebezieher um 53% erhöht (1996: rund 420 000 auf 2006 643 000 Empfänger), die Nettoausgaben stiegen im selben Zeitraum um 64% (1996: rund 6,4 Milliarden Euro). Die Nettoausgaben betragen im Jahr 2006 für diese Hilfeeart 10,5 Milliarden Euro. Dies sind 58% der Sozialhilfeausgaben insgesamt“ (Destatis 2008b, 14).

Ein besonderes Augenmerk sollte jedoch auf die Entwicklung der ambulanten Hilfen gelegt werden. Es ist überraschend festzustellen, dass die Kosten für die stationäre Unterbringung im Zeitraum 1996 – 2006 pro Empfänger relativ moderat angestiegen sind (11%). Die Erhöhung der Gesamtkosten ergibt sich aber durch die gestiegene Fallzahl, die vor allem im ambulanten Bereich begründet liegt; und zwar mit einer Kostensteigerung im ambulanten Bereich von 44%. Noch gravierender zeigt sich diese Tendenz bei den Fallzahlen. Während stationäre Hilfen im Zeitraum um 39% anstiegen (320 835 auf 446890), entwickelten sich die ambulanten Hilfen (von 101671 auf 232 056) um 120%.

	1996	2006	Dynamik
Außerhalb netto	350.968.292	1.152.404.994	228 %
Netto pro HE	101.671	232.056	120 %
Fallzahl	3.452	4.966	44 %
Innerhalb netto	6.075.652.395	9.387.371.340	54%
Fallzahl	320.835	446.890	39 %
Netto pro HE	18.937	21.006	11 %

Quelle: DeStatis 2008b

• Sozialbudget und Sozialleistungsquote

Es lohnt sich vor dem Hintergrund dieses Zahlenwerkes auch immer einmal, diese Erkenntnisse vor dem Hintergrund von Indikatoren für die gesamten Sozialleistungen des Sozialstaates zu deuten. Das Sozialbudget bildet dabei ab, wie viel insgesamt in Deutschland für Soziale Sicherung ausgegeben wird und welcher prozentuale Anteil dabei auf Menschen mit Behinderung fällt. Blicken wir auf das Sozialbudget, dann sehen wir, dass die Sozialhilfe 3% der Gesamtausgaben für Soziales im Jahr 2007 ausgemacht hat. Ich ziehe hier zur Darstellung wiederum die Eingliederungshilfe heran, die ja ca. 58% der Sozialhilfe ausmacht, im Sozialbudget aber ca. 1,5 %. Erstaunlich ist dabei festzustellen, dass sich das Sozialhilfeniveau insgesamt rückläufig entwickelt hat. Dies steht im Gegensatz zu einer sehr großen Kontinuität bei der Art, wie die Herausforderungen der sozialen Sicherungssysteme durch die Politik bewältigt werden. Die Sozialleistungsquote stellt hier einen verlässlichen Gradmesser für das Maß des sozialen Engagements einer Gesellschaft dar. Die Sozialleistungsquote beantwortet die Frage, wie viel Prozent der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung in einer Periode in die soziale Sicherung fließen. Diese Quote liegt relativ stabil von 1996 bis heute bei 30 %.

- **Zwischenfazit**

Aus der sozialpolitischen Perspektive besteht die Herausforderung, dass sozialstaatliche Leistungen mit wachsenden und sich verändernden Bedarfen konfrontiert sind. Diese Bedarfe ergeben sich aus einer wachsenden Zahl an Menschen mit Behinderung und aus einem Paradigmenwechsel in Richtung Selbstbestimmung und Teilhabe.

Zusammenfassend kann man die Kostenentwicklung unter Hinzunahme der Betreuungskosten im Vergleich abbilden. Trotz einiger Eingriffe in das Betreuungsgesetz steigt die Zahl der Menschen, die rechtlich gem. § 1896 BGB betreut sind, ständig, wenn auch im Augenblick rückläufig. Zur besseren Vergleichbarkeit der Zahlen kann man den Zeitraum von 1998 bis 2005 wählen, hier gab es eine Steigerung von 61% in den Fällen und 131% in den Kosten (205 auf 437 Mio €). Die Zahl der Schwerbehinderten ist in diesem Zeitraum um 2,2% gestiegen (von 6.621.157 auf 6.765.355). Die Eingliederungshilfefälle haben im gleichen Zeitraum um 28,5% zugenommen (494.925 auf 636.015) – bei einer Kostensteigerung um 42 % (7.948 auf 11.288 Mio €). Interessant wird es, wenn man diese Zahlen nun in den Kontext des Sozialbudgets setzt. So ist das Sozialbudget im Verhältnis zum (Bruttoinlandsprodukt) BIP von 30,3 % (1995) auf 31,5 % (2004) gestiegen, was einer Dynamik von + 3 % entspricht (559.356 auf 701.863 Mio €). Die Sozialhilfequote im Verhältnis zum BIP dagegen fällt von 1,5 % (1995) auf 1,3 % (2004). Das heißt, dass bei wachsenden Wirtschaftsleistungen der Anteil der Sozialhilfe um 15% abnimmt. Die strukturelle Sozialhilfequote, also der Anteil der Sozialhilfe am Sozialbudget, verringert sich dagegen von 4,7 % (1995) auf 4,0 % (2004), also um -17% (absolut natürlich bei wachsendem BIP eine Steigerung von 26.289 auf 28.074 Mio €). Das heißt, dass in der Zeit von 1998 bis 2005 die Armutsbekämpfung um 17 % reduziert wurde, ein krasser Gegensatz dazu, dass die Selbstbestimmung und Teilhabe, also die „Integration von Menschen mit Behinderung als eine dringende politische und gesellschaftliche Aufgabe“ bezeichnet wird. Die Gesetzesvorlage wird umgesetzt, gleichzeitig werden die Mittel gekürzt.

2. Perspektiven und Umsetzungsprobleme in der kommunalen Sozialpolitik

Werden also nun die sozialpolitischen Perspektiven für Menschen mit Behinderung konkretisiert, so muss die Ebene der kommunalen Sozialpolitik gewählt werden.

Eine bedeutende Rolle als vollziehende und ausführende Gewalt der Sozialpolitik hat die Kommune. So konstatiert Bieker: „Drei Viertel aller durch Bund und Länder beschlossenen Gesetze werden auf der kommunalen Ebene ausgeführt“ (Bieker 2006, 1). Dies gilt auch für die Sozialpolitik, denn die Kommunen nehmen eine Vielzahl von Aufgaben wahr, die auf verschiedene Träger verteilt sind. Die kommunale Sozialpolitik und Sozialverwaltung müssen flexibel auf immer neue gesellschaftliche Herausforderungen reagieren (vgl. Bäcker et.al. 2007). Dies wird dadurch erschwert, dass bei rückläufigen Einnahmen immer mehr Ausgaben der sozialen Sicherung auf die Kommunen übertragen worden sind. So hatte das Kinder- und Jugendhilfegesetz von 1990 zur Folge, dass sich seit dessen Inkrafttreten die Ausgaben verdoppelt haben. Das Pflegeversicherungsgesetz führte zu einer Veränderung der Aufgaben im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe in der Kommune. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit überweist immer mehr Menschen in die Unterstützung der Kommunen durch wirtschaftliche Hilfen. Die Steuerung dieser Hilfen wurde durch den Bund auf die Kommunen durch Grundsicherungsbehörden (ARGE) weitergegeben. Ebenso stellt das Grundsicherungsgesetz gegen Altersarmut eine Herausforderung

für die Kommunen dar, weil es personell, teilweise aber auch finanziell und organisatorisch von den Kommunen bewältigt werden muss.

Die steigenden Kosten der Eingliederungshilfe machen vor diesem Hintergrund die Sozialhilfe für Menschen mit Behinderung zum vordringlichen Thema für Kommunen. Die Vorschläge, gerade das Finanzierungsproblem auf die Bundesebene zu heben, wurden von der Regierungskoalition bereits abgewehrt. Laut CDU-SPD-Koalitionsvertrag wird statt dessen im Grundsatz „ambulant vor stationär“, in der Verzahnung ambulanter und stationärer Dienste, in der Leistungserbringung „aus einer Hand“ sowie in der Umsetzung der Einführung des Persönlichen Budgets das Potential gesehen, um den Ausgabensteigerungen zu begegnen, die „die Finanzkraft der Länder und Kommunen übersteigen werden“, so Franz Müntefering.

Ambulantisierung, das persönliche Budget, die Verzahnung der Dienste sowie die Umstrukturierung der zuständigen Institutionenlandschaft sind also die Maßnahmen, die in der kommunalen Sozialpolitik wirken sollen. Die zentrale sozialpolitische Perspektive mündet jedoch in zwei wesentliche Fragen, die an die kommunale Umsetzungs politik gestellt werden müssen:

- Wer unterstützt Menschen mit Behinderung bei ihrem Weg in die Selbstbestimmung und in die Teilhabe an der Gesellschaft? Wie werden sie unterstützt im Erkennen und Ausübung ihrer Wünsche und in der Wahl ihrer Unterstützungspartner?
- Wer unterstützt die Kommunen bei der Bewältigung ihrer Strukturveränderungen, die nötig sind, um die neuen sozialpolitischen Bedarfe zu planen, zu implementieren und zu finanzieren? Wie werden sie unterstützt in der Auswahl und Steuerung ihrer Partner und freien Träger?

Um diese Fragen zu erläutern, sollen drei Perspektiven auf die kommunale Sozialpolitik skizziert werden.

- **Überforderte Kommunen und der Bedarf einer integrierenden Sozialplanung**

Blickt man auf die Ausgabenseite der kommunalen Haushalte, so kann man schnell feststellen, dass „Soziales“ (mit „Bildung“ und „Gesundheit“) den größten Posten im kommunalen Haushalt einnimmt. Diese Tatsache ist der Entwicklung geschuldet, dass die Kommunen nicht nur von den Auswirkungen globaler Arbeitsteilung betroffen, sondern auch mit einem internen wirtschaftlichen und sozialen Wandel konfrontiert sind. Dieser drückt sich z.B. in Massenarbeitslosigkeit aus, in der Erosion von Normalarbeitsverhältnissen usw.. Darüber hinaus münden Prozesse der Individualisierung, Pluralisierung der Lebensformen nicht nur in größerer Freiheit und Partizipationsbedürfnissen, sondern auch in zunehmender Ungleichverteilung materieller Ressourcen, Teilhabe und Lebenschancen der Bürger. Die Konsequenzen dieser Entwicklungen sind so vielfältig wie die Heterogenität kommunaler Entwicklungen. Der wirtschaftliche Strukturwandel geht einerseits mit einer Tendenz zur Polarisierung der Regionen und Kommunen einher, am deutlichsten ist dies wohl in der Mobilität von neuen zu alten Bundesländern erkennbar. Ebenso bedeutend dürfte in großstädtischen Ballungszentren die Tendenz zu einer zunehmend ungleichgewichtigen Entwicklung zwischen den Stadtkernen und den Umlandregionen sein – aber ebenso ist eine Polarisierung der Lebensbedingungen durch Segregation zwischen den innerstädtischen Quartieren zu bemerken. Insgesamt geht es um eine Kumulation von Problemlagen auf örtlicher Ebene.

Für die sozialpolitischen Perspektiven der Ambulantisierung bedeutet dies, dass die Suche nach neuen Lösungs- und Bewältigungsstrategien für die wachsenden sozialen Probleme neu durch Daten gestützt werden sollte und vermehrt einer regionalen Strategie und Koordination folgen muss. Hier müssen Sozialberichterstattung, strategische Kommunalpolitik und Sozialplanung, basierend auf Prognosen über die demografische Entwicklung – unter Integration des Bürgerwillens –, konsequenter Weise ineinander greifen. Wie sich an einigen Ambulantisierungsprojekten bereits beobachten lässt, droht die Realisierung daran zu scheitern, dass nicht nur Menschen mit Behinderung aus stationären Wohnsituationen in ambulante Wohnformen überführt werden sollen, sondern gleichzeitig andere Projekte (Altenhilfe, Familienhilfe, Jugendhilfe, Pflege) auf den gleichen Wohnraum zugreifen und einfach nicht genügend Wohnungen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig ist vollkommen ungeklärt, wie ggf. leer stehender Wohnraum, Nachbelegung und das Wusch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderung in ambulanten Wohngruppen geregelt werden können.

- **Das neue Verteilungsproblem: Kommunale Sozialpolitik als Konsolidierung in einer vielfältigen Trägerlandschaft**

Der Übergang von der korporatistischen Handlungslogik zu einem Wohlfahrtspluralismus lässt die Bedeutung der vielfältigen Träger im kommunalen Wohlfahrtsstaat wachsen. Trotz der augenblicklichen Möglichkeit für die Kommunen, wieder investieren zu können, stehen den „wachsenden Anforderungen an den kommunalen Sozialstaat (...) zunehmend restriktive Rahmenbedingungen für kommunale Politik gegenüber“ (Hanesch 1999, 48). Als erste Konsequenz richten sich die kommunalen „Sparstrategien“ vor allem auf die Ausgabenseite. Als zweite Konsequenz hat bei gleich bleibend knappen Ressourcen auch auf kommunaler Ebene ein Verteilungskampf eingesetzt, „bei dem um die Neudefinition von Prioritäten“ (Hanesch 1999, 49) innerhalb des kommunalen Gesamtetats gerungen wird, der aber auch einen Suchprozess nach dem jeweils richtigen Akteur in Gang gesetzt hat. Die entscheidende Frage aus Sicht des öffentlichen Trägers ist es nun, für welches Problemfeld die passenden organisationalen Akteure mit den passenden Leistungen gefunden werden können. Von Seiten der freien Träger stellt sich dagegen eher die Frage, wie das passende Produkt zwischen Wirtschaftlichkeit, Bedarfsorientierung und kommunaler Nachfrage angeboten werden kann.

Den Weg der Ambulantisierung zu gehen, bedeutet eine grundlegende Umsteuerung der Institutionenlandschaft, vor allem bei den beteiligten Wohlfahrtsverbänden und freien Trägern. Die unterschiedlichen Finanzierungsarten, stationäre Maßnahmenpauschalen gegenüber Grundpauschalen und ambulanten Stundenvergütungen, lassen bei einer ambulanten Leistungsart im Augenblick keine Rücklagen für Innovationen zu. Die Frage danach, wie Wohnschulen, sozialräumlich gedachte Unterstützungsangebote bis zu geeignetem Wohnraum geschaffen werden können, ist bislang nicht geklärt und hängt jeweils von der Fähigkeit kommunaler Finanzierung ab. Die Weiterentwicklung der Selbstbestimmung und Teilhabe bedeutet also eine kommunale Vernetzung und Integration der zuständigen Ämter und Träger sowie eine Absicherung der Innovationsleistungen. Es geht nicht nur um neue Leistungsarten, sondern um die Rahmenbedingungen, durch die Leistungen erst wirksam werden können.

„Ambulant und stationär“ sind unter den heutigen Rahmenbedingungen keine wirkliche Entscheidungsalternative für die Beteiligten. Mit dem Beibehalten dieser Alternative ist das Leistungsangebot immer noch institutions- und nicht personenorientiert. Die Alternative ambulant scheidet im praktischen Vollzug häufig aus, wenn die

Betreuungsangebote gleich kostspielig oder sogar teurer werden, als eine stationäre Unterbringung. Auch die Tatsache, dass ein so genannter Strukturausgleich für Ambulantisierungsmaßnahmen lediglich zeitlich begrenzt, nämlich als Übergangshilfe gewährt wird, spricht eindeutig gegen diesen Weg. Um Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen, sind flexible Betreuungs-, Assistenz- und Beratungsangebote notwendig, die vor allem unbegrenzt zur Verfügung stehen müssen.

Nicht zu vergessen ist hier der Bedarf der Integration der gesetzlichen Betreuer und der Angehörigen. Durch die Orientierung an der Ambulantisierung und an dem persönlichen Budget entsteht der Bedarf nach einer Aufklärungsarbeit einerseits und der Absicherung der auftretenden Risiken andererseits, um die verantwortlichen Beteiligten tatsächlich in diese Angebote einzubinden. Es geht zum einen um Aufklärung dahingehend, welche Ressourcen die Menschen mit Behinderung tatsächlich haben. Zum anderen ist maßgeblich, den Verantwortlichen deutlich zu machen, dass die Risiken durch Selbstbestimmung und Teilhabe auch abgesichert sind, dass es nicht zu einer Mehrbelastung der Familie oder zu rechtlichen Konsequenzen kommen kann. Diese Beratungs- und Investitionsbedarfe werden derzeit nicht ausreichend abgedeckt.

- **Steuerungsanforderungen: Effizienz als Kristallisationspunkt der Reform und Modernisierung kommunaler Sozialpolitik**

Es müssen die erhöhten Steuerungsanforderungen kommunaler Politik unter dem Gesichtspunkt der Allokations-Effizienz befragt werden. Laut einem Artikel in der „Demokratische Gemeinde“ (2001, 8) sei eine zentrale Ursache für die angespannte Situation kommunaler Finanzen der drastische Anstieg kommunaler Sozialausgaben in den 90er Jahren. „Während die gesamten kommunalen Ausgaben in den alten Ländern von 1980 bis 1996 um knapp 80% gewachsen sind, mussten die Ausgaben für soziale Leistungen insgesamt mehr als verdreifacht werden.“ (Karrenberg/Münstermann 1998, 456). Der rapide Anstieg der Eingliederungshilfen auf mittlerweile 53% der Sozialhilfeausgaben steht dafür. Die Forderung nach Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit, Effizienz, Wirksamkeit usw. ist mittlerweile nicht nur in wesentlichen Gesetzestexten wie dem SGB VII und SGB XII zu finden – auch gehört sie zum Standardrepertoire sozialpolitischer Steuerungsdiskurse. So fordert Christian Ude im Rahmen der weiteren Entwicklung kommunaler Arbeitsmarktpolitik und des Konzeptes eines kooperativen Jobcenters zwischen Kommune und Arbeitsagentur:¹ „Eingliederungsleistungen müssen abgestimmt und effizient erbracht werden.“ Ebenso könnte man hier das Vergaberecht, die EU-Dienstleistungsrichtlinien und die Neuen Steuerungsmodelle anführen, womit mehr Effizienz, Effektivität und Wirtschaftlichkeit ermöglicht werden sollen. Strittig ist, ob Ansätze der Ambulantisierung, Privatisierung, des persönlichen Budgets und der Aktivierung bzw. Verselbständigung vorangetrieben werden, weil dadurch Teilhabe realisiert oder Leistungsoptimierung erhofft wird.

Aus dem Vergleich mit dem KJHG (SGB III) wird deutlich, was es bedeutet, dass das SGB IX nicht als Leistungsrecht konstruiert wurde. Es besteht zwar ein Recht auf Leistungen, aber das Gesetz unterliegt der Nachrangregelung. Menschen mit Behinderung haben eine schlechtere Ausgangslage bei einer Leistungsgewährung. So sind die unterschiedliche Leistungen und Bedarfe mit kommunalen oder landesspezifischen Finanzierungsmodellen konfrontiert, die „nicht den konkreten Bedarf, sondern im Wesentlichen die Haushaltslage der Länder und Kommunen berücksichtigen“ (Deinert/ Walthert 2006, 42). Am Beispiel der Betreuungsvereine lässt sich zeigen, dass aus § 6 Abs.1 BtBG kein unmittelbarer Rechtsanspruch auf eine Förderung abgeleitet werden kann. Obwohl die rechtliche Betreuung also ein sozialstaatliche

1 <http://www.staedtetag.de/10/presseecke/pressediens/artikel/2008/04/22/00545/index.html>.

Pflichtaufgabe darstellt, fallen die Förderung eines Betreuungsvereines, wie auch die konkrete Ausgestaltung von Hilfen für Behinderte in das „Ermessen des kommunalen Trägers“ (ebd. 35). Dieser Konstruktionsfehler des SGB IX ermöglicht eine doppelte Exklusion: Gesellschaftliche Ausgrenzung durch Barrieren und Ausgrenzung aus dem Hilfesystem (wegen der unterschiedlichsten Gründe). Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderung erfahren eine wesentliche Einschränkung durch § 17 Abs. 2 SGB IX, der die Art und Leistungshöhe in das pflichtgemäße Ermessen der Verwaltung stellt.

Ebenso wird kritisch diskutiert, dass Behindertenhilfe weiterhin ein Instrument der Armenpolitik bleibt. Dies wird insbesondere relevant, wenn es um die Umsetzung des persönlichen Budgets geht. Neben den enormen Problemen bei der Koordination ist es mittlerweile nur ein Rechenbeispiel, dass sich Menschen insgesamt schlechter stellen, wenn sie sich Geldleistungen auszahlen lassen, anstatt die Leistungen in einem stationären Bezug zu erhalten. Das Geld reicht schlicht und einfach nicht zum Überleben, ganz abgesehen davon, dass es nicht ausreicht, um sich adäquate Hilfsangebote einkaufen zu können. Gerade im Übergang zu selbstständigen Lebensformen wird deutlich, dass die Ausgrenzung von Arbeitsmöglichkeiten, die ein sicherndes Einkommen bringen könnten, Menschen mit Behinderung in die strukturelle Armut schicken. Sie sind auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen, die ja einer umfangreichen Bedarfsprüfung unterliegen.

Aus der augenblicklichen Diskussion um kommunale Sozialpolitik lassen sich also drei Thesen ableiten, die als Herausforderung der Gestaltung kommunaler Strukturen gelten können:

- Es besteht ein Informationsproblem für Kommunen, was die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung und die Schwerpunktsetzung der kommunalpolitischen Entwicklung angeht. Die Frage nach dem Wunsch- und Wahlrecht und der Konkurrenz und Gleichzeitigkeit lokaler Initiativen lässt den Bedarf für langfristige (Sozial-)Planungen und Koordinationen steigen.
- Es entstehen in der nachkorporatistischen Zeit und unter den Bedingungen des demografischen Wandels neue Konkurrenzen und Wettbewerbssituationen. Die politische Aktivität der öffentlichen und freien Träger in den neuen Freiheiten und Verteilungsanforderungen eines pluralisierten kommunalen Wohlfahrtsstaates bezieht sich nicht nur auf Verteilungsfragen von Ressourcen, sondern auch auf Schwerpunktsetzungen unterschiedlicher Policy-Bereiche der Kommunen. Die Behindertenhilfe droht aufgrund der Nachrangsregelung und Fürsorgesystematik strukturell benachteiligt zu werden.
- Der anhaltende Kostendruck fordert die Kommunen heraus, Entscheidungen unter einem gleichermaßen fachlichen, politischen wie ökonomischen Sachverstand zu fällen, um Effizienz zu gewährleisten. Maßnahmen der Ambulantisierung, Individualisierung und Vernetzung drohen als Sparmaßnahmen instrumentalisiert zu werden. Die neuen Angebote stehen im Spannungsverhältnis zwischen Wunsch- und Wahlrecht, den Bedürfnissen der Adressaten und dem Sparpotential für Kommunen.

Der Wandel der Lebenslagen, der demografische Wandel und die Globalisierung haben durch ihre Relevanz für die kommunale Sozialpolitik also auch eine direkte Auswirkung auf die Politik für Menschen mit Behinderung. Was bislang in der Programmatik Ambulantisierung und Persönliches Budget kaum vorgesehen ist, ist der steigende Beratungsbedarf in komplexer werdenden Strukturen; ein Bedarf, der für das Klientensystem ebenso besteht, wie für die kommunalen Träger der Behindertenhilfe.

V. Fazit: Kommunen unter Druck

Diese Entwicklung, Konsequenz und Weiterentwicklungsperspektiven des SGB IX wären für sich genommen noch nicht so problematisch, wenn nicht die Regionen und Kommunen durch Globalisierungseffekte und den demografischen Wandel zusätzlich unter Druck geraten würden. Dadurch, dass Sozialhilfe und damit Behindertenhilfe steuerfinanziert ist, wirken sich Konjunkturschwankungen viel schneller und direkter auf die Haushalte von Kommune und Land aus. Die Finanzkrise stellt eine direkte Bedrohung für die ohnehin steigenden Kosten der Eingliederungshilfe dar. Die Kommunen werden im Rahmen des demografischen Wandels mit erhöhten Ausgaben und Steuerungsaufgaben betraut sein. Denn es zeichnen sich nicht nur neue Bedarfe in der Behindertenpolitik ab. Die Themen Pflege, Wohnen, Barrierefreiheit, bauliche Veränderung, Alten- und Pflegeheime, Kinderbetreuung, Integration, Migration bzw. Frühförderung und Bildung werden allesamt durch den demografischen Wandel und die veränderten Wertvorstellungen der Bürgerinnen zu Lebenslagen (Individualisierung, Pluralisierung) verstärkt. Sie sind allesamt ursächlich kommunale Aufgaben. Die neuen Bedarfe in der Behindertenhilfe laufen Gefahr, in Konkurrenz zu den weiteren Problemen der kommunalen Sozialpolitik ins Hintertreffen zu geraten. Vor diesem Hintergrund möchte ich einen Erklärungsansatz hinsichtlich der anhaltenden Konjunktur der rechtlichen Betreuung wagen. Ein wesentlicher Faktor wurde mit der Steigerung der Komplexität bereits genannt. Nicht nur die Fälle der Behindertenhilfe werden durch individualisierte und außerstationäre komplexer, wenn Menschen mit Behinderung sich einerseits in Richtung von Selbstbestimmung und Teilhabe bewegen. Der erhöhte finanzielle Druck auf die Kommunen im Rahmen der Globalisierung und der demografische Wandel spielen eine weitere Rolle:

1. Erhöhter Bedarf durch die Veränderung in der Altersstruktur;
2. Der Wegfall von Angehörigen und Familienmitgliedern im Zuge des demografischen Wandels und die neuen Familienformen, verstärkte Entbettung von Menschen mit Behinderung aus familiären Kontexten;
3. Neue Unsicherheit und neue Bedarfe durch die Stärkung von ambulanten und teilstationären Angeboten der Behindertenhilfe. Beratungs-, Assistenz und Betreuungslücke;
4. Erhöhter rechtlicher Vertretungsbedarf und Koordinationsbedarf durch neue Angebote wie das persönliche Budget;
5. Neue Unsicherheit in den Trägerkonstellationen und neue Trägerkonstellation (private Anbieter, ARGE, Misstrauen gegenüber Wohlfahrt und Staat bis hin zu Regressbefürchtungen);
6. Mangelnde Aufklärung und Risikoabsicherung bei Selbstbestimmung und Teilhabe.

All diese Punkte beschäftigen sich mit dem Problem, dass Menschen auf ihrem Weg in die Selbstbestimmung mit neuen Risiken – wie z.B. der Armut – und mit neuen (Selbst-)Verantwortungen konfrontiert sind. Es besteht die Gefahr, dass das Geld nicht reicht, dass die sozialen Kontakte abbrechen, dass keine verlässlichen Ansprechpartner mehr vorhanden sind, dass die Haushaltsführung bis hin zur Lebensführung nicht bewältigt wird usw.. In dieser Situation ist es gut möglich, dass die rechtliche Betreuung in der Gefahr steht, etwas zu tun, was sie nicht tun soll: nämlich verstärkt soziale Beratung zu leisten. Ein Schlüssel zur Reduktion der Betreuungskosten bestünde demnach darin, die Beratungs-, Assistenz und Betreuungslücke durch individualisierte Sozialleistungen zu schließen.

Literatur:

Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Neubauer, Jennifer (2007): Sozialpolitik. Band II: Arbeit und Gesundheit, Gesundheitssystem, Familie, Alter, Soziale Dienste. Kap 4: Koordination, Wohlfahrtsmix und Sozialplanung als Aufgaben der kommunalen Sozialpolitik. Wiesbaden

Bieker, Rudolf (2006): Kommunale Sozialverwaltung. Oldenburg

Bihr, Dietrich; Fuchs, Harry; Krauskopf, Dieter, Ritz, Hans G. (Hg.) (2006): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch. St. Augustin

Deutscher Bundestag (2000): BT-Drucks. 14/2013

Deinert, Horst (2002): Zur steigenden Zahl von Menschen unter rechtlicher Betreuung. In: Verbandszeitschrift des BdB e.V. Bundesverband der Berufsbetreuer/innen. Heft 39, April 2002. S. 21–33

Deinert, Horst (2008): Betreuungszahlen 2006 – 2007. Amtliche Erhebung des Bundesministeriums der Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer und überörtlichen Betreuungsbehörden sowie des Statistischen Bundesamtes. Ausgewertet und grafisch aufbereitet von Horst Deinert. In: Bt-Prax online. www.bt-prax.de/cnt/btprax_meldungen.php (Zugriff 18.10.2008). S. 1-43

Deinert, Horst (2007): Betreuungszahlen 2005. In: Bt-Prax 2007, S. 3–4

Deinert, Horst (2004): Betreuungszahlen 2003. In: Bt-Prax 2004, S. 227–233

Deinert, Horst; Walther, Guy (2006): Handbuch Betreuungsbehörde, Bundesanzeiger Verlag Köln 2006

Demokratische Gemeinde (2001), 7/2001

DeStatis, Statistisches Bundesamt (2004): Wirtschaft und Statistik, Heft 10/2004, S. 1181–1194

DeStatis, Statistisches Bundesamt (2007): Behindertenstatistik. In: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Sozialleistungen/BehinderteKriegsopfer/Tabellen/Content75/GeschlechtBehinderung.psm1>. (Zugriff 10.10.2008);

DeStatis, Statistisches Bundesamt (2008a): Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes Nr. 258 vom 17.7.2008;

DeStatis, Statistisches Bundesamt (2008b): Statistik der Sozialhilfe. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2006, Wiesbaden, S. 1-36;

Hinz, Andreas; Boban, Ines (2008): Inklusion. Schlagwort oder realistische Perspektive für die Geistig-behindertenpädagogik? In: geistige Behinderung 3, 47. Jg. 204–213, gb 3/08 207;

Hinz, Andreas; Niehoff, Ulrich (2008): Bürger sein. Zur gesellschaftlichen Position von Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden. In: Geistige Behinderung 2, 47. Jg. 107–117, gb 2/08, 113, vgl. gb 2/08 115;

Hanesch, Walter (1999): Strategische Dimensionen kommunaler Sozialberichterstattung und Sozialplanung. In: Dietz, Berthold; Eißel, Dieter; Naumann, Dirk (Hrsg.): Handbuch der kommunalen Sozialpolitik. Opladen, 45-60;

Karrenberg, Hanns; Münstermann, Engelbert (1998): Kommunale Finanzen. In: Hellmut Wollmann, Roland Roth (Hrsg.): Kommunalpolitik, Opladen. 437–460;

Köller, Regine; Sellin, Christine; Engels, Dietrich (2007): Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes. Zwischenbericht 2007. S. 1–201;

Pfaff, Heiko (2007a): Lebenslagen der behinderten Menschen Ergebnis des Mikrozensus 2005. In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik (Auszug) 12/2006. Wiesbaden, S. 1267–1277;

Pfaff, Heiko (2007b): Behinderung und Einkommen. Ergebnis des Mikrozensus 2005. In: Statistisches Bundesamt • Wirtschaft und Statistik (Auszug) 2/2007. Wiesbaden, S. 193-199;

Pilz, Frank (2004): Der Sozialstaat. Ausbau – Kontroversen – Umbau, Berlin;

Sponsel, Rudolf (2006). Behinderten Statistik. IP-GIPT. Erlangen; <http://www.sgipt.org/gesko/stat/behind0.htm>

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen¹

Prof. Dr. Theresia Degener

I. Einführung

Am 13. Dezember 2006 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behinderterrechtskonvention, BRK) in ihrer 61. Sitzung mit der Resolution A/RES/61/106. Die BRK ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er im International *Bill of Human Rights*² zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen zuschneidet. Bis auf die interamerikanische Behindertenrechtskonvention von 1999³ gab es zuvor kein verbindliches Menschenrechtsinstrument explizit für Behinderte. Das wichtigste UN soft law Dokument waren bis dahin die Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte (Rahmenbestimmungen, 1993)⁴, die zwar mit der Zuordnung eines Sonderbeauftragten ein eigenständiges Überwachungsverfahren hatten, das jedoch außerhalb des UN-Menschenrechtsregimes bei der Kommission für soziale Entwicklung angesiedelt war und ist.⁵ Mit der Verabschiedung der BRK haben die Vereinten Nationen somit nicht nur die erste verbindliche universelle Menschenrechtsquelle für behinderte Menschen geschaffen, sondern sie haben damit auch die Behindertenfrage in das *mainstream* des UN-Menschenrechtssystems eingeordnet.⁶ Diese Entwicklung stellt im internationalen Behindertenrecht einen historischen Wendepunkt dar, der den viel beschriebenen Paradigmenwechsel vom medizinischen zum sozialen – genauer gesagt – menschenrechtlichen Modell von Behinderung reflektiert.⁷ Erst dieser Perspektivenwechsel ermöglicht es, Menschenrechtsverletzungen, die behinderte Menschen erleben, als solche wahrzunehmen, statt sie als unvermeidliches individuelles Schicksal zu verharmlosen.

- 1 Der Beitrag beruht auf einem Rechtsgutachten zum gleichen Thema, welches von der Verfasserin unter Mitarbeit von Dr. Sigrid Arnade und Hans-Günter Heiden im Auftrag des Deutschen Instituts für Menschenrechte Ende 2007 erstellt wurde. Ich danke meiner Mitarbeiterin Frau Sonja Hoffmann für wertvolle Unterstützung. Es handelt sich um die gekürzte Fassung eines Aufsatzes, der in der Zeitschrift *Behindertenrecht (br)* 02/2009, S. 34 ff., erschienen ist. Für die freundliche Gestattung des Abdrucks wird dem Boorberg Verlag gedankt.
- 2 Dieser setzt sich aus der Allgemeinen Menschenrechtserklärung von 1948, dem Internationalen Abkommen über bürgerliche und politische Rechte von 1966 und dem Internationalen Abkommen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966 zusammen.
- 3 Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons with Disabilities, OEA/Ser. P AG/docs. 3826/99 (1999).
- 4 Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, UN Doc. A/48/49 (1994).
- 5 <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rapporteur.htm> (aufgerufen am 15.9.2007).
- 6 Zu Unrecht wird die BRK bisweilen als Deklaration oder Resolution tituliert, was ihrem rechtlich verbindlichen Charakter als Völkerrechtsvertrag nicht gerecht wird.
- 7 Vgl. dazu bereits Degener, Theresia (1999): *International Disability Law – A New Legal Subject on the Rise*. In: *Berkeley Journal of International Law* 18:1, S. 180 (181); Quinn, Gerard/Degener, Theresia (2002): *Human rights and disability: The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability*, OHCHR, United Nations, New York and Geneva (U.N. Sales No: E.02.XIV.6), S. 9–18.

II. Inhalt und Ratifikation der Behindertenrechtskonvention in Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland hat die BRK und ihr Fakultativprotokoll am 30. März 2007 zusammen mit vielen anderen Mitgliedsstaaten unterzeichnet. International trat die BRK nach Hinterlegung der zwanzigsten Ratifikationsurkunde (Art. 45 BRK) am 3. Mai 2008 in Kraft.

1. Der Inhalt

Die Behindertenrechtskonvention ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er in der internationalen Menschenrechtscharta⁸ zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen zuschneidet. Sie gliedert sich in zwei Völkerrechtsverträge, das Übereinkommen mit 50 Artikeln und das Fakultativprotokoll mit 18 Artikeln. Das Fakultativprotokoll enthält ähnlich wie andere Menschenrechtsverträge ein Individualbeschwerdeverfahren, mit dem sich Individuen oder Gruppen gegen erlebte Menschenrechtsverletzungen wehren können, und zudem ein besonderes Untersuchungsverfahren für schwerwiegende Menschenrechtsverletzungen. Ein Mitgliedsstaat kann wählen, ob er nur den Vertragstext, oder auch das Fakultativprotokoll unterzeichnet.

Artikel 3 der Behindertenrechtskonvention enthält acht Prinzipien, die den Geist des Übereinkommens darstellen und die den Interpretationsrahmen der einzelnen normativen Bestimmungen abstecken. Dabei handelt es sich um: (1) Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, (2) Nichtdiskriminierung, (3) volle und effektive Partizipation an der und Inklusion in die Gesellschaft, (4) Achtung vor der Differenz und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen als Teil der menschlichen Diversität und Humanität, (5) Chancengleichheit, (6) Barrierefreiheit, (7) Gleichheit zwischen Männern und Frauen und (8) Respekt vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

In diesen Prinzipien finden sich die Zielvorgaben, an denen internationale und nationale Behindertenpolitik zukünftig zu messen sein werden.

Der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ umfasst nach der Behindertenrechtskonvention *„Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“* Durch die Ansiedlung dieser Bestimmung in Art. 1 (Zweck) statt in Art. 2 (Definitionen) wurde zum Ausdruck gebracht, dass es sich nicht um eine Begriffsdefinition im eigentlichen Sinne handelt. Auf eine solche konnte man sich während der Verhandlungen nicht einigen. Auch um die Definition von Behindertendiskriminierung (Art. 2) wurde in den Verhandlungen stark gerungen, da diesbezüglich unterschiedliche nationale, regionale und internationale Vorgaben vorlagen.⁹ Umstritten war insbesondere, ob die „Verweigerung angemessener Vorkehrungen“ als Diskriminierung gewertet werden soll. Dabei geht es um die Beseitigung von Barrieren, wie Treppen oder Kommunikation ohne Gebärdensprache. Diese Barrieren als eine Form der (strukturellen) Diskriminierung zu kennzeichnen und eine Pflicht zur verhältnismäßigen Beseiti-

8 Diese besteht aus drei Dokumenten, der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948, dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte von 1966 und dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966.

9 Degener, Theresia: Antidiskriminierungsrechte für Behinderte: Ein globaler Überblick. In: Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht 65 (2005), S. 887–935.

gung zu statuieren, ist eine der größten Errungenschaften der Konvention. Eine wichtige reformorientierte Weichenstellung nimmt sie auch im Bereich der rechtlichen Handlungsfähigkeit vor, indem sie auf das Prinzip der unterstützenden Entscheidungsfindung statt der weit verbreiteten substituierenden gesetzlichen Vertretung setzt (Art. 12). Eine besondere Herausforderung für das deutsche Bildungssystem stellt die Umsetzung des Rechts auf Bildung (Art. 24) dar, das als Recht auf inklusive und qualitativ hochwertige Bildung auf allen Ebenen ausgeformt wurde. Es enthält sowohl den Anspruch auf individualisierte und diskriminierungsfreie Bildung, als auch das Recht auf Anerkennung der Differenz, indem insbesondere Unterricht in Gebärdensprache und Lernen mit Braille und anderen Methoden gefordert wird. Auch im Hinblick auf die Frage der Deinstitutionalisierung behinderter Menschen setzt die Konvention als deutlichen Maßstab in Artikel 19 den Grundsatz des selbstbestimmten Lebens außerhalb von Heimen und Sondereinrichtungen. Der Rehabilitation wurde zwar ein eigenständiger Artikel (Art. 26) gewidmet, er wurde jedoch nicht als eigenständiges Recht ausgestaltet. Das wäre ein neues Menschenrecht gewesen und diese sollten mit der neuen Menschenrechtskonvention gerade nicht geschaffen werden. Habilitations- und Rehabilitationsdienste werden mit Art. 26 jedoch in den Kontext der Menschenrechte gestellt, und es werden wichtige Vorgaben für ihre Ausgestaltung gemacht. Mit Art. 32 enthält die Behindertenrechtskonvention als erster Menschenrechtsvertrag einen eigenständigen Artikel zur internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Die Notwendigkeit einer solchen Bestimmung ist angesichts der Tatsache, dass 2/3 der 650 Millionen Behinderten in Entwicklungsländern leben, evident. Dass Behinderung und Armut sich gegenseitig bedingen, ist ebenfalls keine neue Erkenntnis. Gleichwohl werden behinderte Menschen in der Entwicklungszusammenarbeit der meisten Staaten kaum beachtet. Artikel 32 könnte daher als Katalysator für einen Veränderungsprozess in der deutschen und internationalen Entwicklungszusammenarbeit dienen. Erste Schritte zeichnen sich bereits auch in Deutschland ab.¹⁰

Insgesamt setzt der Normenkatalog der BRK einen hohen Standard für den Menschenrechtsschutz von behinderten Menschen. Dieses Ergebnis ist insbesondere der hohen Beteiligung von Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen an den Verhandlungen zum Abkommen zu verdanken. In einer bisher einzigartigen Weise konnten sich behinderte Menschen auf allen Ebenen einbringen. Sie waren nicht nur auf Seiten der Zivilgesellschaft oder als Vertreter von nationalen Menschenrechtsinstitutionen aktiv, sondern auch als Mitglieder von Regierungsdelegationen. Der international bekannte Slogan „*Nothing about us without us*“ konnte im Entstehungsprozess der Konvention erfolgreich umgesetzt werden.

2. Die deutsche Ratifikation

Gem. Art. 59 Abs. 2 GG war für die Ratifizierung der BRK die Zustimmung des Bundestages und des Bundesrates erforderlich. Die Bundesregierung schaffte hierfür mit dem Ratifizierungsgesetzesentwurf vom 8.11.2008 die rechtlichen Voraussetzungen.¹¹ Die darin enthaltene deutsche Übersetzung der BRK und die Denkschrift wurden von Politikern, Verbänden und Wissenschaftlern in der Sachverständigenanhörung¹² erheblich kritisiert. Bezüglich der Übersetzung wird moniert, dass so zentrale Begriffe

10 Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: Behinderung und Entwicklung, Politikpapier. Eschborn/Bonn, November 2006.

11 BT-Drs 16/10808 vom 8.11.2008.

12 In der 106. Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Soziales am 24. November 2008, vgl. dazu Ausschussdrucksache 16(11)1186 vom 21.11.2008.

wie z.B. „inclusion“ mit dem deutschen Wort „Integration“ übersetzt wurde. Diese Übersetzung reflektiere nicht den Paradigmenwechsel, der mit der BRK bezweckt ist und führe auch in der internationalen Kommunikation zu Irritationen. Inklusion werde im politischen und wissenschaftlichen Diskurs als Weiterentwicklung des die Bildungsstrukturen nicht tangierenden Integrationskonzepts gesehen. Eine Schattenübersetzung wurde als Alternative zur amtlichen deutschen Übersetzung von Netzwerk Artikel 3 e.V. veröffentlicht.¹³ Für die juristische Interpretation der BRK gilt jedoch nach Art. 50 BRK, dass die deutsche amtliche Übersetzung nicht maßgeblich ist. Bezüglich der Denkschrift wird beanstandet, dass die Bundesregierung darin erklärt, die Implementierung der BRK in die deutsche Rechtsordnung erfordere weder Gesetzesreformen, noch sei sie mit – über die Einrichtung des nationalen Monitoring hinausgehenden – besonderen Kosten verbunden. Aus den Verhandlungen des Ratifizierungsgesetzes geht jedoch hervor, dass hierüber keinesfalls Konsens in der Legislative bestand.¹⁴ Auch das wird für zukünftige juristische Interpretationen des Ratifikationsgesetzes relevant sein. Allgemein begrüßt wurde, dass sowohl das Übereinkommen als auch das Fakultativprotokoll ratifiziert wurden, und weder ein Vorbehalt noch eine Interpretation erklärt wurden und damit die BRK uneingeschränkt im deutschen Rechtskreis wirksam wird. Die BRK ist im März 2009 in Deutschland in Kraft getreten.

Bezüglich der Umsetzung der Konvention ist zwischen dem internationalen und dem nationalen Implementierungsmechanismus zu unterscheiden. Ersterer (Art. 34 ff.) besteht aus einer Staatenkonferenz, die regelmäßig in New York tagen wird, und einem Ausschuss mit zwölf unabhängigen Sachverständigen, der im Februar 2009 in Genf seine Arbeit aufnehmen wird.¹⁵ Letzterer (Art. 33) besteht aus einer (oder mehreren) staatlichen Koordinierungsstelle(n), sowie aus einem unabhängigen Aufsichtssystem (*monitoring*), das an die nationalen Menschenrechtsinstitutionen anknüpfen soll. Die staatliche Koordinierungsstelle wird beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angesiedelt werden und das Deutsche Institut für Menschenrechte wird mit dem unabhängigen Überwachungs- und Durchführungsmechanismus betraut werden.¹⁶

Mit der Behindertenrechtskonvention haben die Vereinten Nationen nicht nur die erste verbindliche universelle Menschenrechtsquelle für behinderte Menschen geschaffen, sie haben damit auch die Behindertenfrage in das allgemeine UN-Menschenrechtssystem eingeordnet (*disability mainstreaming*). Diese Entwicklung markiert im internationalen Behindertenrecht einen historischen Wendepunkt, der den viel beschriebenen Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung reflektiert.¹⁷

13 <http://www.netzwerk-artikel-3.de/dokum/schatteneubersetzung-un-konvention.pdf> (aufgerufen am 20.11.2008).

14 Vgl. BT-Drs 16/11234 vom 3.12.2008.

15 <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crpd/index.htm> (aufgerufen am 20.1.2009).

16 Aichele, Valentin: Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll: Ein Beitrag zur Ratifizierungsdebatte, Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin 2008.

17 Degener, Theresia (1999): International Disability Law – A New Legal Subject on the Rise. In: Berkeley Journal of International Law 18:1, S. 180; Quinn, Gerard/Degener, Theresia (2002): Human Rights and Disability. The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability, OHCHR, United Nations, New York and Geneva (U.N. Sales No: E.02.XIV.6).

III. Themenfelder, die vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention in ihrer aktuellen Fassung von Seiten der Politik überdacht und gegebenenfalls fortentwickelt werden müssen

1. Themenfelder

- **Allgemein**

Als erstes Themenfeld gilt die allgemeine deutsche Behindertenpolitik, die unter Berücksichtigung der Präambel der BRK – insbesondere im Hinblick auf den in ihr zum Ausdruck gebrachten Ansatz, Behindertenpolitik als Menschenrechtspolitik zu begreifen – zu untersuchen wäre. Weitere Artikel der BRK, die dem Themenfeld der allgemeinen Behindertenpolitik zugeordnet werden können, sind Art. 1, wonach die volle und gleichberechtigte Ausübung der Menschenrechte durch alle Behinderte der Zweck der Konvention ist. Auch die in Art. 3 aufgeführten Prinzipien sowie die in Art. 4 genannten allgemeinen Staatenpflichten können als Leitlinien für die allgemeine Behindertenpolitik in den Mitgliedstaaten herangezogen werden, wenngleich ihre eigentliche rechtliche Bedeutung in ihrer horizontalen Wirkung auf den materiellen Teil der BRK und damit auf einzelne inhaltliche Bestimmungen der BRK liegt. Das in Art. 5 enthaltene Gleichheits- und Nichtdiskriminierungsgebot kann ebenfalls dem Themenfeld der allgemeinen Behindertenpolitik zugeordnet werden, da es als Herzstück der Konvention gilt. Schließlich sind die in Art. 8 enthaltenen Aufklärungs- und Informationspflichten zum Abbau von Klischees und Vorurteilen über Behinderte und zur Sensibilisierung des gesellschaftlichen Bewusstseins über ein Leben mit Behinderungen diesem Themenfeld zuzuordnen.

- **Insbesondere Selbstbestimmung**

Das Themenfeld Selbstbestimmung ist ein zentraler Punkt im Kontext von Menschenrechten und Behinderung. Selbstbestimmung als Ausdruck von Autonomie wird behinderten Menschen selten zugestanden, oft bereits weil die Existenz einer Beeinträchtigung im medizinischen Sinne als Unfähigkeit zur Ausübung von Autonomie gesehen wird. Dabei ist die Fähigkeit, autonome Entscheidungen zu treffen, nicht so sehr von der psychischen oder physischen Verfassung eines Menschen abhängig, als vielmehr von den Bedingungen, unter denen diese Entscheidungen getroffen werden. Insbesondere in stationären Einrichtungen ist Selbstbestimmung im Alltag häufig unmöglich, weil die Selbstbestimmung der BewohnerInnen mit der Heimordnung konfligiert. Selbstbestimmung als Themenfeld wird durch verschiedene Normen der BRK bestimmt: Art. 12 (Gleichberechtigte Anerkennung als rechts- und handlungsfähige Person), Art. 19 (Unabhängiges Leben und Teilhabe an der Gemeinschaft), Art. 22 (Schutz der Privatsphäre), Art. 23 (Achtung vor Heim und Familie) und Art. 26 (Habilitation und Rehabilitation).

- **Insbesondere Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit**

Zum Themenfeld der Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit sind insbesondere folgende Normen der BRK zu zählen: Art. 9 (Zugänglichkeit), Art. 13 (Zugang zur Justiz), Art. 18 (Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit), Art. 20 (Persönliche Mobilität), Art. 29 (Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben) und Art. 30 (Teilhabe am kulturellen Leben, Erholung, Freizeit und Sport).

- **Insbesondere Solidaritätsrechte**

Das Themenfeld Solidaritätsrechte umfasst die normativen Bestimmungen, die herkömmlich dem Feld der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zugeordnet

werden.¹⁸ Eine eindeutige Trennung dieser Normen von den klassischen bürgerlichen und politischen Menschenrechten war bei den Verhandlungen des Konventionstextes nicht intendiert und ist auch im Kontext von Behinderung schwer möglich. Gerade am Beispiel behinderter Menschen lässt sich die Untrennbarkeit und die Interdependenz der beiden Menschenrechtsgruppen überzeugend darstellen. So lässt sich das politische Freiheitsrecht des Menschenrechts auf Wahlfreiheit nur realisieren, wenn ausreichend barrierefreie Möglichkeiten der Wahlbeteiligung zur Verfügung stehen und das Bildungssystem alle Menschen zur politischen Partizipation befähigt. Das Recht auf Freizügigkeit und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft lässt sich nur realisieren, wenn Behinderte nicht nur die Freiheit, sondern auch die reale Möglichkeit haben, zu wählen wo und mit wem sie leben wollen. Gleichwohl lässt sich auch in der BRK ein Kernbereich wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte ausmachen, der dem Themenfeld der Solidaritätsrechte zugeordnet werden kann. Dazu gehören Art. 24 (Bildung), Art. 25 (Gesundheit), Art. 27 (Arbeit und Beschäftigung) sowie Art. 28 (Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz).

2. Handlungsbedarf

Bei der Umsetzung der Pflichten aus der BRK ist die völkerrechtliche Pflichtentrias zu beachten, die im Hinblick auf die Implementierung der Menschenrechtsübereinkommen gilt. Danach unterliegen die Mitgliedsstaaten drei Arten von Pflichten: *respect, protect and fulfil*. Die erste Pflicht beinhaltet die negative Pflicht, die in dem Übereinkommen enthaltenen Menschenrechte nicht zu verletzen. Sie entspricht der Abwehrfunktion der deutschen Grundrechte. Die zweite Pflicht enthält eine Schutzpflicht des Staates, die Verletzung der Menschenrechte durch (private) Dritte abzuwenden und diese zu verhindern. Die dritte Pflichtenart ist eine klassische positive Staatenpflicht. Sie beinhaltet die Pflicht zum Erlass von gesetzlichen, administrativen, justiziellen oder anderen Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die betreffenden Menschenrechte im größtmöglichen Umfang umgesetzt bzw. realisiert werden. Bei allen drei Pflichten ist jedoch zu beachten, dass den Staaten im Völkerrecht ein großer Ermessensspielraum hinsichtlich der Art und Weise der Umsetzung zukommt.¹⁹

• Allgemeine Behindertenpolitik

Im ersten Themenfeld stellt sich zunächst die Frage, ob Behindertenpolitik in Deutschland als Menschenrechtspolitik praktiziert wird, wie es die BRK in der Präambel und in Art. 1, 3, 4, 5, und 8 BRK fordert. In der Präambel heißt es, dass allen behinderten Menschen der volle Genuss der Menschenrechte garantiert werden muss.²⁰ Art. 1 Abs. 1 BRK erklärt den gleichberechtigten Menschenrechtsschutz zum Zweck der BRK. Art. 3 BRK enthält die acht Grundsätze der BRK, die die fundamentalen Menschenrechte, wie Autonomie, Freiheit, Gleichbehandlung, etc. darstellen. Die wichtigste allgemeine Verpflichtung der Staaten besteht gem. Art. 4 Abs. 1 BRK in der Gewährleistung der vollen „Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung.“. Art. 8 BRK verpflichtet die Staaten zu entsprechender Bewusstseinsbildung und Aufklärung in Staat und Gesellschaft. Und Art. 5 BRK enthält als Herz der Konvention das Prinzip der Nichtdiskriminierung, das auch die Verweigerung angemessener Vorkehrungen verbietet.

18 Steiner, Henry/Alston, Philip: International Human Rights in Context, Oxford: Clarendon, 1996, S. 256 ff.

19 Nowak, Manfred: CCPR Commentary 2nd ed., Kehl 2005, Rn. 3 und Rn. 15.

20 Präambel Abs. (c).

Der in Deutschland zu Anfang des neuen Jahrtausends gesetzlich manifestierte Paradigmenwechsel in der deutschen Behindertenpolitik kann als Wandel in Richtung einer Behindertenpolitik als Menschenrechtspolitik konstatiert werden. Die mit dem SGB IX (2001) eingeleitete Rehabilitationsreform, die sich an Selbstbestimmung, Chancengleichheit und Antidiskriminierung (§1 SGB IX) orientieren soll, greift Leitgedanken einer Menschenrechtspolitik auf. Auch die mit der Verabschiedung der diversen Gleichstellungsgesetze auf Bundes- und Landesebene (z.B. Behindertengleichstellungsgesetz von 2002 [BGG] und Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz von 2006 [AGG]) zum Ausdruck gebrachte Gleichstellungspolitik demonstriert eine Orientierung an einem der fundamentalsten Menschenrechte, dem Recht auf Gleichheit. Schließlich lässt auch die Einbeziehung der Behindertenthematik in die aktuelle Menschenrechtsberichterstattung der deutschen Bundesregierung erkennen, dass die Behindertenfrage in diesem Kontext nicht mehr gänzlich ignoriert wird.²¹ Gleichwohl sind Defizite erkennbar, die eine gesetzliche Nachbesserung im Lichte der BRK erforderlich erscheinen lassen.

So stellten Behindertenverbänden nach fünf Jahren Gesetzespraxis hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX fest, dass diese wichtige Ausformung des Selbstbestimmungsprinzips immer noch missachtet wird.²² Auch auf der im Juli 2007 von Bündnis90/Die Grünen abgehaltenen öffentlichen Anhörung zu fünf Jahren Erfahrung mit dem BGG wurde kritisiert, dass die in dem Gesetz verankerten Instrumente kaum ausreichen, um struktureller Behindertendiskriminierung wirksam zu begegnen.²³

Problematisch im Hinblick auf Art. 2 und 5 BRK ist aber insbesondere das Konzept der Behindertendiskriminierung im nationalen Recht. Denn die BRK umfasst alle Formen der Behindertendiskriminierung, auch die Verweigerung angemessener Vorkehrungen. Darunter ist der Abbau von Barrieren in einer individuellen behinderungsbedingten Situation zu verstehen. In Art. 2 BRK werden angemessene Vorkehrungen definiert als

„notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die kein unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen, und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können;“²⁴

21 Z.B. Fünfter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland nach Art. 40 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte, vom 13.11.2002, S. 44 <http://www.bmj.de/media/archive/269.pdf> (aufgerufen am 15.11.2007); Vierter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland nach Art. 16 und 17 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 11.1.2000, S. 24 f. ; <http://institut-fuer-menschenrechte.de/dav/Bibliothek/Dokumente/UN-Dokumente%20deutschsprachig/CESCR2000Dt.Staatenbericht4.pdf> (aufgerufen am 11.11.2007); Sechster Bericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau vom 6.6.2007, BT-Drs 16/5807, S. 13.

22 Vgl. www.kobinet-nachrichten vom 28.5.2006: „VdK: Wunsch- und Wahlrechte stärken“.

23 Bündnis90/Die Grünen im Deutschen Bundestag (Hg.): *Leben ohne Barrieren!? Fünf Jahre Behindertengleichstellungsgesetz (BGG). Was hat es gebracht? Wo wollen wir hin? Dokumentation der Anhörung vom 23.4.2007 in Berlin.*

24 Diese Maßnahmen sind übrigens abzugrenzen von den auf die Allgemeinheit bezogenen Maßnahmen der Barrierefreiheit (Accessibility) nach Art. 9 BRK. Vgl. Degener, Theresia (2008): *„Zur Erforderlichkeit der Ausdifferenzierung des Diskriminierungsverbots“*. In: Klein, Eckart/Menke, Christoph (Hg.): *Universalität – Schutzmechanismen – Diskriminierungsverbote, Menschenrechtszentrums der Universität Potsdam Band 30, Berlin: BWW, S. 373 – 395 (384).*

Das deutsche Recht ist diesbezüglich zumindest zweifelhaft. § 81 Abs. 4 Ziff. 4 SGB IX enthält zwar ein subjektives Recht des schwerbehinderten Arbeitnehmers auf behindertengerechte Ausgestaltung des Arbeitsplatzes, was als klassisches Beispiel für die Vornahme einer angemessenen Vorkehrung gilt.²⁵ Ob die Verweigerung der Vornahme dieser angemessenen Vorkehrung allerdings im deutschen Recht den Tatbestand einer Diskriminierung erfüllt, ist höchst fragwürdig. Denn in den Definitionen der direkten oder indirekten Diskriminierung nach § 3 AGG wurden die angemessenen Vorkehrungen nicht aufgenommen.²⁶ Der Anspruch auf behindertengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes war zudem auch im alten Schwerbehindertenrecht enthalten, das noch kein Diskriminierungsverbot kannte.²⁷ Es lässt sich daher nur schwer argumentieren, die Verweigerung der behindertengerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes stelle eine Form der Diskriminierung dar. Dies gilt umso mehr, als mit der Einführung des AGG im Jahre 2006 die Diskriminierungsvorschrift des § 81 SGB IX geändert wurde. Enthielt § 81 SGB IX a.F. einen eigenen Diskriminierungsstatbestand und Ausführungen zu Beweislast und Schadensersatzansprüchen, normiert § 81 Abs. 2 SGB IX n.F. ein schlichtes Diskriminierungsverbot, für dessen Umsetzung auf das AGG verwiesen wird. In dieses wurde aber der Anspruch auf behindertengerechte Ausgestaltung des Arbeitsplatzes nicht übernommen. Auch der zivilrechtliche Teil des AGG enthält kein Gebot der angemessenen Vorkehrungen für behinderte Menschen.²⁸ Hier sind andere EU-Mitgliedsstaaten, wie Großbritannien, Frankreich, Schweden, Finnland, Österreich oder Italien andere Wege gegangen. Sie haben die Verweigerung angemessener Vorkehrungen ausdrücklich als direkte oder indirekte Form der Diskriminierung eingeordnet.²⁹ Der Begriff der angemessenen Vorkehrungen (im Englischen „*reasonable accommodations*“) gehört weltweit zu den Schlüsselbegriffen des modernen Behindertengleichstellungsrechts.³⁰

Weder die Definition in § 7 Abs. 2 BGG 2002 noch die in § 3 AGG 2006 enthalten diese Form der Diskriminierung. Bezüglich § 81 Abs. 2 SGB IX besteht im Hinblick auf § 81 Abs. 4 Ziff. 4 SGB IX zumindest die Möglichkeit einer entsprechenden Auslegung der Gesetzesvorschrift, wobei die o.g. Gründe eher dagegen sprechen. Da auch die Richtlinie 2000/78/EG zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf vom 27. November 2000³¹ (EU-Gleichheits-Richtlinie Beschäftigung und Beruf) diese Form der Behindertendiskriminierung kennt und verbietet, lässt sich resümieren, dass eine Reform des Begriffs der Behindertendiskriminierung im deutschen Recht sowohl nach der BRK als auch nach europäischem Recht erforderlich erscheint.

Fraglich ist auch, ob die gegenwärtigen gesetzlichen Grundlagen der Behindertenstatistik im Hinblick auf Art. 31 BRK überarbeitet werden sollten. Danach sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, geeignete Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten zu sammeln, die ihnen ermöglichen, Maßnahmen zur

25 Waddington, Lisa (2007): Chapter 6: Reasonable Accommodations. In: Schiek, Dagmar/ Waddington, Lisa / Bell, Marc (eds.): Cases, Materials and Text on National, Supranational and International Non-Discrimination Law, Oxford: Hart Publishing.

26 Dieses Umsetzungsdefizit wird auch von Dagmar Schiek bemängelt, dies. AGG § 3 Rn.79.

27 Mrozynski, Peter: Rehabilitationsrecht, München: C.H. Beck, 3. Aufl. 1992, S. 175 Rn. 639.

28 Vgl. dazu Degener, Theresia, et.al.: Antidiskriminierungsrecht, Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, 2007, S. 94 ff.

29 Eine sehr detaillierte Übersicht liefert Waddington, Lisa (2007): Chapter 6: Reasonable Accommodations. In: Schiek, Dagmar/ Waddington, Lisa / Bell, Marc (eds.): Cases, Materials and Text on National, Supranational and International Non-Discrimination Law, Oxford: Hart Publishing

30 Degener, Theresia: Antidiskriminierungsrechte für Behinderte: Ein globaler Überblick. In: ZaöRV 65 (2005), S. 887–935.

31 Abl. 2000 L 180/22. Die Richtlinien sind ab 1998 online zu finden unter <http://eur-lex.europa.eu/JOIndex.do?ihmlang=de> (zuletzt aufgerufen am 20.5.2007).

Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen, zu sammeln (Art. 31 Abs. 1 BRK). Die Daten müssen, soweit erforderlich, disaggregiert werden (Art. 31 Abs. 2 BRK) und für behinderte Menschen und andere zugänglich sein (Art. 31 Abs. 3 BRK). Angesichts des Befundes, dass statistische Daten bislang überwiegend in Bezug auf Schwerbehinderte und in Bezug auf Schadensbilder vorliegen,³² sowie angesichts der Kritik an der mangelnden geschlechtsspezifischen Datenlage,³³ sollte dieser Bereich bei der Implementierung der BRK ebenfalls gesetzgeberisch überdacht werden.

Hieraus könnte die o.g. gesetzliche Reform begründet werden.

- **Insbesondere Schutz und Sicherheit der Person**

Ein gesetzlicher Handlungsbedarf könnte im Themenbereich Schutz und Sicherheit der Person im Unterbringungsrecht der landesgesetzlichen Psychiatriegesetze sowie im Betreuungsrecht nach BGB angezeigt sein. Gemäß Art. 14 Abs. 1 b) BRK sind die Vertragsstaaten verpflichtet, sicherzustellen, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt, und das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

Die gesetzlichen Rechtfertigungstatbestände für freiheitsentziehende Maßnahmen im deutschen Recht sind zum einen im Vormundschaftsrecht (§ 1631b BGB) und im Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) sowie in den Psychischkrankengesetzen der Länder und im Strafrecht (§ 61f StGB und § 413 ff. StPO) geregelt. Sowohl für die sogenannte fürsorgliche Unterbringung (§ 1631b BGB und § 1906 Abs. 2 BGB) als auch für die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den Landesgesetzen über die Unterbringung psychisch Kranker wird die richterliche Anordnung verlangt. Für die strafrechtliche Unterbringung gilt dies ebenfalls (§§ 63, 64 StGB). Die Landesgesetze enthalten Regelungen über eine sofortige Unterbringung, die in der Regel innerhalb von 24 Stunden durch einen Richter bestätigt werden muss.³⁴ Eine strafrechtliche Sicherungsverwahrung darf in der Regel nicht mehr als zehn Jahre dauern (§ 67d StGB). Eine vom Bundesverfassungsgericht³⁵ jüngst bestätigte Ausnahme gilt, wenn eine besondere Gefährlichkeit des Täters gegeben ist (§ 67d Abs. 3 StGB).

Im 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege³⁶ wird festgestellt, dass im 1. Halbjahr 2006 bei 6,5 % der überprüften BewohnerInnen stationärer Einrichtungen der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprach. In den Jahren zuvor waren es sogar fast zehn Prozent der BewohnerInnen, bei denen ein nicht gesetzeskonformer Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen festgestellt wurde.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in einer jüngeren Entscheidung die Verantwortung des Staates auch für freiheitsentziehende Maßnahmen in Privatkli-

32 Vgl. dazu Heiden, Hans-Günter (Hg.): „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, Reinbek: rororo-aktuell, 1996, S. 21.

33 Für viele Arnade, Sigrid: Einmischen mitmischen: Informationsbroschüre für behinderte Mädchen und Frauen (Hg.: BMFSFJ), Berlin 2007.

34 Z.B. § 15 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (Psychischkrankengesetz – PsychKG M-V). Zum Unterbringungsrecht insgesamt vgl. Deinert, Horst/Jegust, Wolfgang: Das Recht der psychisch Kranken (Gesetzestexte aus Bund und Ländern), 2. Aufl. Bundesanzeiger, Köln 2006.

35 BVerfG Urteil vom 5. 2. 2004 – 2 BvR 2029/01, NJW 2004, S. 739.

36 MDS: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Köln: Asmuth Druck + Crossmedia, 2007.

niken konstatiert und besondere verfahrensrechtliche Schutzvorschriften für den Menschenrechtsschutz der Untergebrachten verlangt.³⁷ Ob die existierenden Landesgesetze diesen Anforderungen genügen, sollte im Rahmen der Implementierung der BRK überprüft werden. Außerdem erscheint eine Überprüfung der gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit in die Praxis angezeigt. Daraus könnte sich auch ein legislativer Reformbedarf hinsichtlich des Verfahrensschutzes ergeben. Zwar lassen die existierenden Landespsychiatriegesetze und das Betreuungsrecht eine Freiheitsentziehung allein aufgrund einer (seelischen) Behinderung nicht zu, doch gibt es Indizien, dass in der Praxis die gesetzlichen Vorgaben nicht eingehalten werden und Zwangseinweisungen zunehmen.³⁸

Doch auch dort, wo Menschen freiwillig in Heimen leben, kommt es nicht selten zu Menschenrechtsverletzungen. Die Situation in deutschen Pflegeheimen ist seit längerem auch Gegenstand internationaler Kritik. Allein in den letzten Jahren äußerten sich drei internationale Menschenrechtsorgane kritisch über die deutschen Pflegezustände: im Jahr 2001 der UN-Ausschuss über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR), im Jahre 2003 das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) und im Jahr 2004 der UN-Ausschuss über bürgerliche und politische Rechte (CHR).³⁹ Besonders deutliche Worte fand z.B. der Sozialpakt-Ausschuss, der seine „*große Besorgnis über die menschenunwürdigen Zustände in Pflegeheimen (...), die auf strukturellen Mängeln im Pflegebereich beruhen*“⁴⁰ zum Ausdruck brachte. Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat mit einer Studie zur Menschenrechtslage in der deutschen Altenhilfe bereits 2006 auf die strukturellen menschenrechtlichen Defizite hingewiesen.⁴¹ Es gibt keinen Anlass, diese Befunde nicht auch auf die Zustände in deutschen Behindertenheimen zu übertragen, zumal viele behinderte Menschen in Altenheimen leben. Eine entsprechende Untersuchung in Behindertenheimen wäre daher angezeigt.

Auch außerhalb von Einrichtungen sind behinderte Menschen in besonderem Maße von Gewalt betroffen.⁴² Das gilt sowohl für den Bereich der im Zusammenhang mit dem Themenfeld „Behinderte Frauen“ erwähnten sexualisierten Gewalt, als auch für andere Formen der Gewalt, wie z.B. Misshandlungen im öffentlichen Raum – auf der Strasse – oder im Nahbereich, etwa durch pflegende Angehörige oder Betreuer im ambulanten Pflegeverhältnis. Genaue empirische Daten liegen diesbezüglich jedoch nicht vor.⁴³ Die in den letzten Dekaden geschaffenen Informations- und Hilfsangebote für Gewaltopfer (Zufluchtsstätten, Beratungsstellen, Frauenbeauftragte, etc) sind für behinderte Menschen oft nicht gleichermaßen nutzbar. Zum Teil sind sie nicht barrierefrei, teilweise fühlen sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen solcher Hilfsan-

37 EGMR III. Sektion, Urteil vom 16. 6. 2005 – 61603/00 (Storck/Deutschland), NJW-RR 2006, S. 308.

38 Kaleck, Wolfgang / Hilbrans, Sönke / Scharmer, Sebastian: Gutachterliche Stellungnahme. Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin (2. überarbeitete Fassung) <http://www.die-bpe.de> (aufgerufen am 20.1.2009).

39 Aichele, Valentin / Schneider, Jakob: Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege, Deutsches Institut für Menschenrechte, 2.Aufl. Berlin 2006.

40 CESCR Concluding Observations: Germany, UN Doc. E/C.12/1/Add.68 vom 24.9. 2001, Ziff. 24.

41 Aichele, Valentin / Schneider, Jakob: Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege, Deutsches Institut für Menschenrechte, 2.Aufl. Berlin 2006.

42 Arnade, Sigrid: Deutschland im Herbst 1997: Gewalt hat viele Gesichter. In: Die Gesellschaft der Behinderter. Das Buch zur Aktion Grundgesetz. Reinbek: rororo aktuell, 1997.

43 Vgl. zur Datenproblematik die Expertendiskussion in Zinsmeister, Julia (Hg.): Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht, Opladen: Leske+Budrich, 2003, S. 68.

gebote selbst nicht in der Lage, ihre Angebote auch auf behinderte Menschen zu erstrecken.⁴⁴ Als problematisch erweist sich im Zusammenhang mit der Gewalt im ambulanten Pflegeverhältnis, dass es ein dem HeimG vergleichbares Schutzgesetz nicht gibt⁴⁵ und das Gewaltschutzgesetz 2002 für behinderte Gewaltopfer jedenfalls dann unzureichenden Schutz bietet, wenn die Gewalt von der pflegenden Person, die mit in der Wohnung lebt, ausgeht. Hier ist das Prinzip „Wer Gewalt ausübt oder mit ihr droht, muss gehen“ keine wirkliche Schutzoption, wenn nicht zeitgleich eine Ersatzlösung für die ausfallenden Assistenzleistungen geschaffen wird. Interessenvertretungen behinderter Frauen fordern daher eine entsprechende Reform des Gewaltschutzgesetzes.⁴⁶ Auch bei Gewalt innerhalb von Heimen erweist sich das alte, durch die Föderalismusreform nur noch vorübergehend geltende HeimG als unzureichend, wenn die Gewalt von behinderten Mitbewohnern ausgeht, weil diese den gleichen Kündigungsschutz des HeimG genießen, wie die verletzte behinderte Person.⁴⁷ Problematisch ist auch, dass das Heimgesetz gem. § 1 nur für erwachsene Behinderte und für behinderte Kinder und Jugendliche der Schutzstandard des SGB VIII gilt, der weniger umfassend ist. Bei der Implementation der BRK sind deshalb insbesondere die Heimgesetze der Länder, aber auch die Sozialgesetzbücher und das Gewaltschutzgesetz zu überprüfen und gegebenenfalls zu reformieren. Nach Art. 15 Abs. 2 BRK trifft die Vertragsstaaten eine erhöhte Schutzpflicht hinsichtlich des Schutzes vor Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Art. 16 BRK enthält eine ganze Reihe von Staatenpflichten hinsichtlich des Schutzes, der Vorbeugung und der Intervention bei Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch. Ausdrücklich wird z.B. die Schutzpflicht auf den häuslichen und institutionellen/stationären Bereich erstreckt. (Art. 16 Abs. 1 BRK). Für stationäre wie auch ambulante Hilfen wird eine wirksame Überwachung vorgeschrieben (Art. 16 Abs. 3). Diese Vorgaben gelten sowohl für die freiwillige als auch für die zwangsweise Unterbringung, so dass der gesetzliche Handlungsbedarf sich sowohl auf die Landespsychiatriegesetze, die strafrechtlichen Sicherungsmaßnahmen und das Betreuungsrecht auf der einen Seite als auch auf das Heimrecht und die Sozialgesetzbücher auf der anderen Seite erstreckt. Da die Gesetzgebungskompetenz hinsichtlich des Heimgesetzes nun auf die Länder übergegangen ist, scheint die Ausarbeitung einer kohärenten Reform nur im Rahmen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorstellbar.

• Insbesondere Selbstbestimmung

Ein gesetzlicher Handlungsbedarf könnte in diesem Themenfeld in Bezug auf das soziale Pflegerecht und die darin enthaltene Benachteiligung des Arbeitgebermodells in der ambulanten Pflege bestehen. Bei diesem Modell ist der Mensch mit einer Behinderung selbst Arbeitgeber, andere Ansätze sind „Assistenzgenossenschaften“, die es in Bremen und Hamburg gibt, bei der sich mehrere AssistenznehmerInnen zusammenschließen.

44 So die Einschätzung der Bundesregierung in der Antwort auf die kleine Anfrage zum Thema sexuelle Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen, BT-Drs. 15/3145, S. 6.

45 Vgl. Degener, Theresia: Das ambulante Pflegerechtsverhältnis als Modell eines Sozialrechtsverhältnisses, Frankfurt a.M. usw.: Peter Lang, 1994, S. 77 ff sowie Igl, Gerhard / Dünnes, Sybille: Das Recht auf Pflegekräfte des eigenen Geschlechts unter besonderer Berücksichtigung der Situation pflegebedürftiger Frauen. Rechtsgutachten im Auftrag des Bildungs- und Forschungsinstituts zum selbstbestimmten Leben Behinderter e.V.- bifos, Kassel, Kiel/ Giessen, Juni 2002.

46 Puschke, Martina: Besserer Schutz vor Gewalt!? WeiberZeit Nr. 11, 2006.

47 Dazu Bieritz –Harder, Renate: „Schutzpflichten des Rehabilitationsleistungsträgers gegenüber der Rehabilitationsleistungsempfängerin in Bezug auf Prävention sexualisierter Gewalt“. In: Zinsmeister, Julia (Hg.): Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht, Opladen: Leske+Budrich, 2003, S. 199 (226 f).

Diese Form der selbstbestimmten Assistenz wird durch die gegenwärtige Rechtslage benachteiligt, da die Pflegeversicherung sie eigentlich nicht zulässt. Die Pflegeversicherung beinhaltet zwei Grundleistungen, die wahlweise, oder auch kombiniert in Anspruch genommen werden können: Die Pflegesachleistung und das Pflegegeld. Mit dem Pflegegeld können assistenzbedürftige Personen ihren Assistenzbedarf selbst beschaffen. Die Pflegesachleistungen müssen bei zugelassenen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen abgerufen werden. Die beiden Leistungen unterscheiden sich durch ihren Geldwert, da der Gesetzgeber davon ausging, dass nur die Pflegesachleistung für professionelle Pflegeleistung benötigt wird. Bei Pflegestufe I beträgt die Pflegesachleistung in 2007 z.B. 384 € und das Pflegegeld 205 €. Bei der höchsten Pflegestufe III beträgt das Verhältnis 1 432 € zu 665 €. Das am Selbstbestimmungsprinzip orientierte Arbeitgebermodell sieht vor, dass die Assistenzkraft direkt beim pflegebedürftigen Menschen angestellt ist. Dieses Modell lässt sich allerdings nur mit dem geringeren Pflegegeld realisieren, da § 77 Abs. 1 SGB XI für die Pflegesachleistung ein Dienstverhältnis zwischen Pflegeperson und Pflegeabhängiger/m ausschließt. Reicht das Pflegegeld zur Deckung des Assistenzbedarfs nicht aus, müssen Personen, die das Arbeitgebermodell bevorzugen, auf eigene finanzielle Mittel oder auf die Pflegeleistungen der Sozialhilfe zurückgreifen.⁴⁸ Nach einer anderen Meinung in der Literatur ist ein Beschäftigungsverhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Assistenzperson trotz § 77 Abs. 1 SGB XI möglich, weil diese Vorschrift nach verfassungsrechtlicher Auslegung nur so verstanden werden könne, dass das Sachleistungsprinzip die Abwicklung der Vergütung der Assistenzperson über die pflegebedürftige Person ausschließe.⁴⁹ Nach dieser Auffassung wäre zwar ein Beschäftigungsverhältnis zwischen pflegebedürftiger Person und Assistenzperson möglich, der/dem Behinderten würde aber eine wesentliche Kompetenz – die Finanzkompetenz – entzogen, die zentral für die Verwirklichung von Selbstbestimmung in der Pflege ist.⁵⁰

Die gegenwärtige gesetzliche Regelung könnte als Verletzung des Rechts auf Achtung der Privatsphäre (Art. 22 Abs. 1 BRK) und als unvereinbar mit dem Autonomieprinzip in Art. 3 a) BRK gesehen werden. Nach Art. 22 BRK dürfen behinderte Menschen „unabhängig von ihrem Aufenthaltsort oder der Wohnform, in der sie leben, keinen willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in ihr Privatleben, ihre Familie, ihre Wohnung oder ihren Schriftverkehr (...)ausgesetzt werden (...)“ Durch die Benachteiligung des Arbeitgebermodells in der Pflegeversicherung werden assistenzbedürftige behinderte Personen auf die einkommensabhängige Sozialhilfe verwiesen, wenn sie mit dem Pflegegeld die notwendige Assistenz nicht bezahlen können. Andernfalls müssten sie auf einen zugelassenen Pflegedienst zurück greifen, womit ein Eingriff in ihre Privatsphäre insofern verbunden wäre, als sie nicht mehr bestimmen könnten, wer sie wann pflegt, da dies in der Regel vom Pflegedienst festgelegt wird. Hierin könnte eine Verletzung des Rechts auf Achtung der Privatsphäre zu sehen sein, weil das Recht auf Autonomie, das nach Art. 3 Abs. a) BRK eines der zentralen Prinzipien des Übereinkommens ist, nicht genügend respektiert wird.

Ein weiterer Handlungsbedarf könnte hinsichtlich des Rechts der Geschäftsfähigkeit gem. §§ 104 BGB bestehen. Die gegenwärtige Rechtslage und -praxis könnte mit

48 Eine Übersicht über die Handlungsmöglichkeiten geben Sengler, Rudolf/Zinsmeister, Julia: Mein Recht bei Pflegebedürftigkeit, München: Beck, 3. Aufl. 2005, Rn. 204 ff.

49 Neumann, Volker in HS-PV § 20 Rn. 69, Udsching SGB XI 2. Aufl. 2000 § 77 Rn. 9.

50 Degener, Theresia: Das ambulante Pflegerechtsverhältnis als Modell eines Sozialrechtsverhältnisses, Frankfurt: Peter Lang, 1994, S. 68 ff.

Art. 12 BRK im Widerspruch stehen.⁵¹ Danach genießen behinderte Menschen gleichberechtigt mit anderen in allen Lebensbereichen Rechts- und Geschäftsfähigkeit (Art. 12 Abs. 2 BRK). Das Recht der selbstbestimmten Teilnahme am Rechtsverkehr wird für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen einerseits durch §§ 104 ff. BGB eingeschränkt. Danach sind ihre Willenserklärungen nichtig, wenn sie sich in einem andauernden „die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit“ befinden (§104 Ziff. 2 BGB). Eine Ausnahme besteht nur für Geschäfte des täglichen Lebens, die mit geringwertigen Mitteln bewirkt werden (§ 105a BGB). Die natürliche Geschäftsunfähigkeit wird im Gesetz ausdrücklich nicht an bestimmten medizinischen Diagnosen festgemacht. Entscheidend ist vielmehr, ob die betreffende Person ihre freie Willensbestimmung ausüben kann oder nicht.⁵² Problematisch ist aber die Totalität der Entscheidung „Geschäftsunfähigkeit“, die mit Ausnahme der Tatbestände des §105a BGB⁵³ zu einem völligen Ausschluss vom Rechtsverkehr führt. Damit wird den Betroffenen jedwede Möglichkeit der selbstbestimmten Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse genommen. Selbst das Bundesverfassungsgericht hat deshalb im Jahre 2002 bei zwei geistig behinderten geschäftsunfähigen Personen, die heiraten wollten, eine partielle Geschäftsfähigkeit angenommen und § 104 Ziff. 2 BGB entsprechend korrigiert. Eine solche Auslegung sei im Lichte der von Art. 6 Abs. 1 GG geschützten Eheschließungsfreiheit geboten.⁵⁴

Ob diese korrigierende Auslegung den Anforderungen der BRK genügt, müsste im Rahmen des Implementierungsprozesses weiter überprüft werden. Problematisch erscheint der gänzliche Ausschluss vom Wahlrecht bei einigen gesetzlich Betreuten gem. § 13 Abs. 2 BWahlG, auch wenn sich hier vermutlich Sachzwänge hinsichtlich der Praktikabilität der Führung des Wählerverzeichnisses ergeben.⁵⁵ Möglicherweise liegt hierin jedoch eine Verletzung von Art. 29 BRK (Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben). Eine Reform des Rechtsgebiets der Geschäftsfähigkeit bietet sich aber auch aus der Problematik der Sachverständigenpraxis an, die sehr durch das Festhalten am medizinischen Modell von Behinderung geprägt ist.⁵⁶

• **Inbesondere Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit**

Die Bewegungsfreiheit im Alltag, die persönliche Mobilität und Freizügigkeit und die umfassende Teilhabe von Millionen behinderter Frauen und Männer an Gütern und Dienstleistungen ist vor allem durch fehlende barrierefreie Gestaltung stark eingeschränkt: Wer etwa zur Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesen ist, scheitert an Stufen, Treppen, fehlenden Aufzügen und fehlenden oder zu engen Toiletten. Blinde Menschen scheitern an nur visuell ausgerichteten Informationen und fehlenden Leitsystemen. Sehbehinderte Personen scheitern an zu kleiner Schrift und fehlenden kontrastreichen Markierungen. Schwerhörige Bürgerinnen und Bürger scheitern an fehlender technischer Hörverstärkung oder am nicht vorhandenen Hörsatz. Wer

51 So die Auffassung von Lachwitz, Klaus: UNO – Generalversammlung verabschiedet Konvention zum Schutz der Rechte behinderter Menschen – Teil II, RdL 2/07, S. 37 – 40 (37).

52 BGH vom 18.6.1970, NJW 1970, S. 1681.

53 Der aufgrund der Kritik der Behindertenverbände an der diskriminierenden Wirkung der §§ 104 ff. BGB im Jahre 2002 in das Gesetz aufgenommen wurde!.

54 BVerfG vom 18.12.2002, NJW 2003, S. 1383.

55 So Castendiek, Jan / Hoffmann, Günther : Das Recht der behinderten Menschen, 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos, 2005, Rn. 489.

56 Sponsel, Rudolf:(DAS). Zur Theorie und Praxis des Sachverständigengutachtens der Geschäftsunfähigkeit. Konzepte der Geschäftsunfähigkeit in Psychologie und Psychopathologie. Aus der Abteilung Forensische Psychologie, Psychopathologie und Therapie. Eine Serviceleistung der Allgemeinen und Integrativen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Erlangen IP-GIPT: <http://www.sgjpt.org/forpsy/guf.html> (aufgerufen am 23.11.07).

gehörlos ist, scheitert an nicht vorhandener Gebärdensprachdolmetschung im Alltag, im Fernsehen, im Kino und Theater. Menschen mit so genannter geistiger Behinderung (Menschen mit Lernschwierigkeiten) scheitern an unverständlicher Sprache und Fremdworten. Mit Sonderlösungen in der Planung wie „behindertengerecht“, „rollstuhlgerecht“ oder „blindengerecht“ versuchte man in den letzten Jahrzehnten, einige dieser Teilhabebarrrieren zu beseitigen. Doch was zum Beispiel genau unter „behindertengerecht“ zu verstehen war, blieb oft unklar: Was für Menschen im Rollstuhl gut war, musste nicht unbedingt sinnvoll für blinde oder gehörlose Personen sein. Die Mehrdimensionalität, die das heutige Verständnis von Barrierefreiheit prägt, war noch nicht gegeben. Ein Versuch der Abkehr von den Sonderlösungen fand in Deutschland durch den „barrierefrei-Ansatz“ im Bau-Bereich statt, der sich in der Neufassung der DIN-Normen aus den 70er Jahren („Bauen für Behinderte“) widerspiegelt.⁵⁷

1996 bzw. 1998 folgte die DIN-Norm 18024, die in Teil 1 die barrierefreie Gestaltung von „*Straßen, Plätze, Wege, öffentliche Verkehrs- und Grünanlagen sowie Spielplätze*“ und in Teil 2 die barrierefreie Gestaltung von „*Öffentlich zugängigen Gebäuden und Arbeitsstätten*“ beschreibt. In viele Landesbauordnungen (LBOs) sowie in die Musterbauordnung (§ 50 MBO) fand der Begriff „barrierefreies Bauen“ ebenfalls Eingang. Die Vorschriften der DIN-Normen sind aber nur insoweit verbindlich, wenn sie Bestandteil der Landesbauordnungen werden. Durch unterschiedliche Handhabungen der Bauämter oder durch weite Auslegung von Ausnahmebestimmungen kommt es zudem immer noch vor, dass sie nicht barrierefrei ausgeführt werden.

Im Themengebiet „Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit“ stellt sich somit die Frage des Reformbedarfs der Landesbauordnungen und der entsprechenden DIN-Normen. Zwar ist Barrierefreiheit (Art. 9 BRK) ebenso wenig wie Persönliche Mobilität (Art. 20 BRK) ein eigenständiges Menschenrecht, sie ist aber ein zentrales Prinzip der BRK (Art. 3 Abs. f BRK).⁵⁸ In der Zusammenschau mit den Menschenrechten nach Art. 29 (Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben) und nach Art. 30 (Teilhabe am kulturellen Leben) sowie weiterer Rechte aus der BRK ergibt sich aber, dass Barrierefreiheit für behinderte Menschen eine zentrale Voraussetzung zur Realisierung der Menschenrechte ist. Die Zugänglichkeit öffentlicher und privater Gebäude ist eine Bedingung für die Teilhabe an der Gesellschaft (Art. 29, 30 BRK) und für ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinde (Art. 19 BRK).

Die intensivste Diskussion zur Umsetzung von Barrierefreiheit findet derzeit im Bereich des Internet statt.⁵⁹ Neben der Zugänglichkeit für blinde und sehbehinderte Personen wird der Einsatz von Gebärdenvideos und/oder Audioangeboten verstärkt. Defizite bestehen jedoch noch im Bereich der leichten Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Einige Behörden haben sich bereits der Forderung nach leichter Sprache gegenüber aufgeschlossen gezeigt und bieten insbesondere Rechtsinfor-

57 Philippen, D.: BSK-Soforthilfe-Planungberater: „Barrierefreier Lebensraum für alle Menschen“, Krauthelm 1990; Heiden, Hans-Günter: Von „Barrierefreiheit“ zum „Design für alle“. Eine neue Philosophie der Planung. In: Hermes, Gisela/Rohrmann, Eckhard (Hg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. AG SPAK, Neu-Ulm 2006.

58 Zu den Prinzipien und Rechten des Übereinkommens vgl. Byrnes, Andrew, et.al.: From Exclusion to Equality: Realizing the rights of Persons with Disabilities: Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol, United Nations (DESA/OHCHR)/Inter-Parliamentary Union (eds.), Geneva: United Nations, 2007, S. 14 f.

59 Vgl. dazu etwa die Initiative der Aktion Mensch e.V.: www.einfach-fuer-alle.de (aufgerufen am 4.10.2007).

mationen auf ihren Internetseiten in leichter Sprache an.⁶⁰ In diesem Zusammenhang sind Verbesserungen des BGG und des Medienrechts zu bedenken. Die Verpflichtung zur Gewährleistung von Barrierefreiheit in der im öffentlichen Raum stattfindenden Kommunikation ergibt sich insbesondere aus Art. 21 BRK (Meinungsfreiheit). Danach verpflichten sich die Vertragsstaaten, alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit, einschließlich der Freiheit, Informationen und Gedankengut sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben, gleichberechtigt mit anderen und durch alle von ihnen gewählten Formen der Kommunikation im Sinne des Artikels 2 ausüben können, unter anderem indem sie

- a) Menschen mit Behinderungen für die Allgemeinheit bestimmte Informationen rechtzeitig und ohne zusätzliche Kosten in zugänglichen Formaten und Technologien, die für unterschiedliche Arten der Behinderung geeignet sind, zur Verfügung stellen;
- b) im Umgang mit Behörden die Verwendung von Gebärdensprachen, Brailleschrift, ergänzenden und alternativen Kommunikationsformen und allen sonstigen selbst gewählten zugänglichen Mitteln, Formen und Formaten der Kommunikation durch Menschen mit Behinderungen akzeptieren und erleichtern;
- c) private Rechtsträger, die, einschließlich durch das Internet, Dienste für die Allgemeinheit anbieten, dringend dazu auffordern, Informationen und Dienstleistungen in Formaten zur Verfügung zu stellen, die für Menschen mit Behinderungen zugänglich und nutzbar sind;
- d) die Massenmedien, einschließlich der Anbieter von Informationen über das Internet, dazu auffordern, ihre Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zugänglich zu gestalten;
- e) die Verwendung von Gebärdensprachen anerkennen und fördern.

Ein weiterer Reformbedarf könnte im Hinblick auf die „ambulanzabwehrende“⁶¹ Vorschrift des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII gegeben sein. Danach ist der ansonsten geltende Vorrang der ambulanten Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe aufgehoben, wenn die ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist und eine stationäre Unterbringung zumutbar ist. Wann die Grenze zur Unzumutbarkeit erreicht ist, ist in der Praxis umstritten. Die Unterbringung eines jungen behinderten Menschen in einem Altenheim wurde von der Rechtsprechung für unzumutbar befunden.⁶² Die Anwendung dieser Norm führt in der Praxis dazu, dass behinderte Menschen auf ein Leben in Heimen oder einer anderen stationären Einrichtung verwiesen werden. Hierin könnte ein Verstoß gegen Art. 19 Abs. 1 BRK gesehen werden. Denn danach sind die Vertragsstaaten verpflichtet, dafür zu sorgen, dass *„Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“*. Bei der Implementierung dieser Norm in das deutsche Recht könnte eine Streichung des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII daher angezeigt sein, um den Vorrang der ambulanten Leistungen auch in den Fällen umzusetzen, in denen Personen aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigung einen größeren Hilfebedarf haben. Dieser Reformbedarf sollte im Zusammenhang mit dem

60 Z.B. der Internetauftritt des Integrationsamtes des LWL zu finden unter: <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/integrationsamt/willkommen/> (aufgerufen am 20.10.2007).

61 Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 13 Rn 5, 1. Aufl. 2005.

62 VGH München, RsDE, 20, 74; VGH Kassel, ZfSH/SGB 1992, 82.

insgesamt bereits in Deutschland diskutierten Reformbedarf bezüglich der Eingliederungshilfe gesehen werden.⁶³

IV. Fazit

Die BRK markiert einen Meilenstein in der internationalen Behindertenpolitik, aber auch für die Menschenrechtspolitik. In der Behindertenpolitik markiert sie den Übergang zum menschenrechtsbasierenden Ansatz, der der Autonomie, Selbstbestimmung und Gleichberechtigung behinderter Menschen, insbesondere behinderter Frauen und behinderter Kinder dienen soll. Zu Recht wurde die BRK vom Direktor des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Heiner Bielefeldt, als eine Empowermentkonvention bezeichnet.⁶⁴ Für die Menschenrechtspolitik setzt die BRK mindestens zwei wichtige Impulse. Durch ihre außergewöhnlich häufige Bezugnahme auf die Menschenwürde erinnert sie daran, dass die Menschenwürde zentraler Bezugspunkt der Menschenrechtspolitik sein muss. Der andere Impuls betrifft das Überwachungsverfahren von Menschenrechtskonventionen. Die Innovationen, die diesbezüglich eingeführt werden – insbesondere das nationale Monitoringsystem –, können Wegweiser für den Reformbedarf des UN-Menschenrechtssystems insgesamt sein.⁶⁵

Rechtlich stellt die BRK hohe Anforderungen an die Bundesregierung – nicht nur, aber vor allem auch in legislativer Hinsicht. Anders als in der Denkschrift zum Ratifikationsgesetz zur BRK festgestellt, gibt es auch in der deutschen Rechtsordnung gesetzlichen Reformbedarf. Die hier vorgeschlagenen Veränderungen haben keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern können allenfalls als Beispiele verstanden werden. In den acht vorgestellten Themenfeldern der BRK lässt sich zusammenfassend in folgenden Themenfeldern legislativer Handlungsbedarf ausmachen:

Im Themenfeld der allgemeinen Behindertenpolitik empfiehlt sich die Weiterentwicklung des SGB IX, des AGG und des BGG hinsichtlich des Begriffs der Diskriminierung. Art. 5 Abs. 2 BRK verpflichtet die Staaten, wirksame und umfassende Diskriminierungsschutzvorschriften zu erlassen. Die im deutschen Recht unklare Rechtslage hinsichtlich der Frage, ob die Verweigerung angemessener Vorkehrungen (denial of reasonable accommodations) eine Diskriminierung darstellt, sollte durch klare gesetzliche Definitionen geklärt werden.

Gesetzlichen Reformbedarf gibt es weiterhin bezüglich der Behindertenstatistik in Deutschland, da die gegenwärtige Rechts- und Praxislage den Erfordernissen des Art. 31 BRK nicht entspricht. Weder gibt es ausreichend Informationen und Daten zur Ausarbeitung und Umsetzung aller notwendigen Maßnahmen zur Durchführung der BRK, noch werden die Daten ausreichend disaggregiert.

Im Themenfeld „Behinderte Frauen“ erscheint eine Weiterentwicklung des SGB IX und des BGG – sowie der Landesgleichstellungsgesetze – erforderlich, um einen wirksamen Schutz vor Mehrfachdiskriminierung gem. Art. 6 Abs. 1 BRK zu gewähren.

Handlungsbedarf gibt es auch in Bezug auf den Bedarf an Elternassistenz. Hier wären z.B. klarstellende Normen im SGB IX und im SGB VIII angezeigt, um den Staatenpflichten aus Art. 23 Abs. 2 Satz 2 BRK nachzukommen.

63 Die Reform der Eingliederungshilfe durch den Bundesgesetzgeber liegt zunächst auf Eis! In: RdL 1/08, S.3 f.

64 Bielefeldt, Heiner: Zum Innovationspotenzial der UN – Behindertenkonvention, Deutsches Institut für Menschenrechte, Essay No 5, Dezember 2006.

65 Degener, Theresia: Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen. Vom Entstehen einer neuen Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: Vereinte Nationen, 3/06, S. 104–110.

Aus der Zusammenschau von Art. 6 i.V.m. Art. 16 Abs. 2 i.V.m. Art. 17 und Art. 19 Abs. b) BRK ergibt sich auch die Notwendigkeit, das deutsche Pflegerecht im Hinblick auf das Recht auf eine Assistenzperson des eigenen Geschlechts weiter zu entwickeln.

Im Hinblick auf die sich aus Art. 6 Abs. 1 und Art. 16 BRK ergebende Pflicht, behinderte Frauen vor Gewalt, Ausbeutung und Missbrauch auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe wirksam zu schützen, ergibt sich ein Reformbedarf bezüglich des Heimrechts, des Sozialrechts und des Gewaltschutzgesetzes.

Bei der Umsetzung von Art. 7 Abs. 1 und Art. 24 Abs. 1 und 2 BRK ergibt sich ein dringender legislativer Handlungsbedarf in den meisten Bundesländern bezüglich der Schulgesetze und Kindertagesstättengesetze. Die bisherigen Gesetze reichen nicht aus, um ein Recht auf inklusive Bildung zu sichern. Das zeigt die Praxis des stark aussonderten Sonderschulsystems in Deutschland und die Rechtsprechung zum Schulrecht.

Im Themenfeld Schutz und Sicherheit der Person empfiehlt sich eine Reformierung des Unterbringungsrechts der Länder (Psychiatriegesetze) und des Betreuungsrechts, um die Freiheitsrechte behinderter Menschen aus Art. 14, 15 und 16 BRK zu sichern.

Außerdem empfiehlt sich auch in diesem Themenfeld eine Reform des Heimrechts, des Sozialrechts und des Gewaltschutzgesetzes, um behinderte Menschen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen der Behindertenhilfe vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu schützen (Art. 15 und 16 BRK).

Im Themenfeld Selbstbestimmung könnte die Umsetzung des Autonomieprinzips (Art. 3 Abs. a) BRK) und des Rechts auf Privatsphäre gem. Art. 22 Abs. 1 BRK in Deutschland den Impuls geben, die Benachteiligung des Arbeitgebermodells im deutschen Pflegerecht zu beseitigen.

Auch eine Reflektion und Reform des Rechts der Geschäftsfähigkeit gem. § 104 ff. BGB, insbesondere auch hinsichtlich der Auswirkungen im Wahlrecht (§ 13 BWahlG), erscheint aufgrund der normativen Vorgaben aus Art. 12 Abs. 2 und Art. 29 Abs. a) ii) BRK angezeigt.

Im Themenfeld Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit ergibt sich Handlungsbedarf hinsichtlich der Landesbauordnungen und der DIN-Normen, um die Vorschriften zur Barrierefreiheit als Voraussetzung der Wahrnehmung von Menschenrechten gem. Art. 29 und 30 BRK i.V.m. Art. 3 Abs. f), Art. 9 und Art. 20 BRK umzusetzen.

In diesem Zusammenhang sollten auch das BGG und das Medienrecht weiter entwickelt werden, um die Gleichstellungsinstrumente des BGG effektiver zu gestalten und Barrierefreiheit im Medienbereich herzustellen.

Schließlich ergibt sich im Hinblick auf die Umsetzung der Pflichten aus Art. 19 Abs. a) BRK die Notwendigkeit, die „ambulanz-abwehrende“ Vorschrift des § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII zu überdenken und gegebenenfalls zu streichen. Diese Überlegungen sollten im Rahmen einer bereits seit langem geforderten Reform der Eingliederungshilfe stattfinden.

Im Themenfeld Solidaritätsrechte ergibt sich ein legislativer Handlungsbedarf in Bezug auf die Hochschulgesetze der Länder aus Art. 24 Abs. 2 BRK, um einen gleichberechtigten Zugang zum Studium und zur Durchführung des Studiums für behinderte Studierende zu ermöglichen.

Der Behindertenrechtskonvention von 2006 wird gesellschaftspolitisch ein hohes Innovationspotenzial zugeschrieben. Heiner Bielefeldt nennt drei wesentliche Aspekte:

- Erstens ergänze die BRK den internationalen Menschenrechtsschutz, indem sie diesen auf die besondere Gefährdungslage behinderter Menschen hin konkretisiere und den internationalen Menschenrechtsschutz auch in prozeduraler Hinsicht ergänze.
- Zweitens gebe sie wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des internationalen Menschenrechtsdiskurses. Ein Beispiel sei die starke Akzentsetzung auf soziale Inklusion, die ausdrücklich vom Postulat individueller Autonomie her gedacht und daher als freiheitliche Inklusion definiert werde. Dieses Verständnis habe bisher in der Menschenrechtsbewegung zu wenig Berücksichtigung gefunden.
- Drittens habe das Übereinkommen Bedeutung für die Humanisierung der Gesellschaft im Ganzen: „*Indem sie Menschen mit Behinderungen davon befreit, sich selbst als ‚defizitär‘ sehen zu müssen, befreit sie zugleich die Gesellschaft von einer falsch verstandenen Gesundheitsfixierung (...)*“.⁶⁶

66 Bielefeldt (2006) a.a.O. Fn. 132 S. 15.

Der 11. Vormundschaftsgerichtstag aus Sicht einer Journalistin

Aufbruch in Erkner: Neue Aufgaben in der rechtlichen Betreuung psychisch Erkrankter – Nachlese zum 11. Vormundschaftsgerichtstag

Katrin Sanders

Jede dritte Betreuung wird eingerichtet, weil der Betreute aufgrund einer psychischen Erkrankung Unterstützung bei der Wahrnehmung seiner Interessen und Rechte haben soll. Ob die Betreuung auf begrenzte Zeit oder, wie in diesen Fällen nicht selten, für viele Jahre eingerichtet wird – die Herausforderung ist für Berufsbetreuer wie für ehrenamtlich Tätige gleichermaßen groß. Und so wurden die Themen und Arbeitsgruppen zum Umgang mit psychisch Kranken, zur beruflichen Integration oder zur Verhinderung freiheitsbeschränkender Maßnahmen mit weitaus größtem Abstand von den mehr als 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmern des 11. Vormundschaftsgerichtstages, der am 13. November in Erkner bei Berlin zu Ende ging, gewählt.

Eigensinn und Psychose – eine Herausforderung für Betreuer

Wie viel abweichendes Verhalten die Profis vertragen, diese Frage stand im Mittelpunkt der Arbeitsgruppe „Eigensinn und Psychose“. Fallbeispiele wurden vorgestellt und der Kreis der Profis zur kollegialen Visitation rege genutzt. Ab wann ist eine Wohnung verwahrlast und wer eigentlich legt die Norm dafür fest? Muss ein Berufsbetreuer tätig werden, wenn – wie in einem der geschilderten Fälle – der Staat selbst nicht mit Strafe reagiert? Nur bei objektiver Selbstgefährdung muss und darf der Betreuer eingreifen. Um aber sicher beurteilen zu können, was eine derart gravierend Beschränkung der persönlichen Entscheidungsfreiheit rechtfertigt, braucht es professionelle Distanz. „Es wird daher immer darauf ankommen, dass Betreuerinnen und Betreuer ihren ganz persönlichen „Hilfeplan“ nicht mit dem Wohl des psychisch Erkrankten gleichsetzen“, fasst Gisela Lantzerath vom Vormundschaftsgerichtstag e. V. das Meinungsbild zusammen. Vorschnell würden so eigene Lösungswege des Erkrankten blockiert. Das richtige Maß zwischen Abwarten und Handeln zu finden – solche Aufforderungen zu kritischer Selbstreflexion und zu Toleranz gegenüber den anderen Lebensentwürfen wurden von den rund 60 Fachleuten aufgenommen.

Daneben war aber auch praktischer kollegialer Rat gefragt, etwa zu der Frage, was zu tun ist, wenn ein Hilfeangebot nicht gewollt und gewünscht wird. Dr. Thomas Bock, Leiter der Sozialpsychiatrischen Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf, verwies hier auf den hohen Nutzen niedrigschwelliger Kontaktangebote, wie beispielsweise Wärmestuben oder Aufenthaltsräume, in denen man sich wärmen, waschen oder Zeit verbringen kann. Die Erkrankung selbst, aber auch die gemachten Erfahrungen mit Institutionen und Kliniken bedingen, dass hier Vertrauen nicht „auf die Schnelle“ hergestellt werden kann. Betreuer müssen die Balance finden zwischen notwendigen Hilfsangeboten und dem „Eigensinn“ des Betreuten. Es gehöre zu ihren Aufgaben, den Erkrankten mit Respekt zu begegnen, ihren „Eigensinn“ als Teil ihrer Persönlichkeit und nicht nur als Krankheit zu verteidigen – auch gegenüber der Psychiatrie. Etwa 50% der Patientinnen und Patienten bekommen im Anschluss an den stationären Aufenthalt einen rechtlichen Betreuer an die Seite gestellt, so die Beobachtung von Thomas Bock. Zurzeit zeigt sich so im klinischen Behandlungssystem eine Haltung, die Verantwortung zu delegieren und damit die rechtliche Betreuung über das angemessene Maß hinaus für die eigene Bequemlichkeit zu benutzen. Rechtliche Betreuung droht zum

Lückenbüßer für eine bequem sich zurückziehende Psychiatrie zu werden. Die „Verrechtlichung“ von Beziehung und Verantwortung aber belastet Patienten und ihre Familien doppelt: psychisch und materiell. „Ermutigend“ fand der Diplomspsychologe auch im Teilplenum „Neue Formen des Umgangs mit psychisch Kranken“ (115 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) die große Bereitschaft, die Rolle von Betreuung neu zu bedenken. „Betreuer werden kritischer und lassen sich nicht einfach missbrauchen als Vollzugsbeamte der Psychiatrie.“

Ringem um Professionalisierung

Sachkompetenz und Engagementbereitschaft von Betreuerinnen und Betreuer beim Vormundschaftsgerichtstag, fielen auch Ulla Schmalz, der Leiterin des Wohnprojekts „Hotel plus“ beim DRK Köln, auf. Dies umso mehr, als es in ihrer Praxis zahlreiche Probleme im Umgang zwischen Betreuern und Betreuten gibt. Die psychisch erkrankten Bewohner lehnen in der Regel die Betreuung ab, was bei Zwangsmaßnahmen zu nahe liegenden Schwierigkeiten führt. Dazu kommt die pauschale Finanzierung, die für Zeitdruck auf Seiten der Betreuer sorgt. „Jede Menge Klärungsbedarf, was die Aufgabenteilung unter Profis angeht“, sieht Ulla Schmalz. Manche lehnen Zusammenarbeit rundweg ab, andere leisten nur einen Teil der ihnen übertragenen Aufgaben – offenbar in der Ansicht, das übrig Gebliebene könne das sozialpädagogische Team erledigen.

Ulla Schmalz ist mit ihren Kenntnissen aus der Praxis wichtige Mitstreiterin engagierter Fachleute im Vormundschaftsgerichtstag e.V., die, ebenso wie sie, klare Strukturen und Berufsvorgaben für die rechtliche Betreuung wollen. Derzeit noch steht der Zugang zum Beruf jedem frei. Gute rechtliche Betreuung ist damit dem Vorwissen und der Persönlichkeit des Betreuers überlassen. Wer gut strukturiert mit seiner eigenen Arbeit umgeht, erreicht in angemessener Zeit alles, was den Betreuten zusteht und was sie benötigen. Engagement allein jedoch genüge nicht, betont Ulla Schmalz. Gute Betreuer kennen die Rechte betreuter Menschen und wissen sie umzusetzen. Sie haben aber auch kommunikative Kompetenzen und das nötige Hintergrundwissen, ohne das der Umgang mit psychisch Erkrankten nicht gehen wird. „Hier fehlen die beruflichen Spielregeln“, fasst Ulla Schmalz zusammen. Umso mehr hat sie das positive Signal wahrgenommen, dass Berufsbetreuer zu Entwicklern ihres eigenen Berufsfeldes werden. Es bestärke sie und das Team von „Hotel plus“ darin, Betreuerinnen und Betreuer zu einem Runden Tisch einzuladen, um den Austausch voran zu bringen.

Zwang reduzieren

Eine praxisnahe und eindrückliche Weiterbildung über alltägliche Zwangsmaßnahmen, wie sie körpernahe Fixierungen darstellen, erlebten rund 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Teilplenums von Professorin Dr. Doris Bredthauer. Sie zeigte an einem typischen Pflegebett die Spirale der Gewaltanwendung, wie sie auch in psychiatrischen Einrichtungen zum Alltag gehört. Es beginnt mit „einfachen“ Fesselungen durch Gurte, die oft auf Dauer eingesetzt werden, und endet bei problematischer Dauermedikation zur Ruhigstellung. Redebeiträge von anwesenden Berufsbetreuern zeigten, dass diese das Problem in der Praxis sehr genau kennen und inzwischen bereit sind, hier ihre Wächterfunktion wahrzunehmen. Sie berichteten über richterliche (Ausnahme-)Genehmigungen zur Fixierung, die von Pflegekräften als Anordnungen missverstanden werden und empfahlen ihren Kollegen Kontrollbesuche außer der Reihe. Fixierungen sind immer ein schwerer Eingriff in die Menschenrechte. Sie müssen und können vermieden werden, dies sind Leitgedanken der Kampagne

Redufix,¹ die Dr. Bredthauer und Dr. Thomas Klie, Hochschullehrer an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, beim Vormundschaftsgerichtstag vorstellten. Die Informationen zu den gut erforschten Alternativen zur Freiheitsberaubung dürften die Fachleute im Betreuungswesen mit in ihren Berufsalltag genommen haben.

Wächterfunktion auch für die berufliche Integration

Die härteste Form der Benachteiligung psychisch Erkrankter ist der Ausschluss vom Arbeitsleben, der zusätzliche psychische Störungen und Wiedererkrankung verursacht. Arbeit unter angemessenen Bedingungen dagegen stabilisiert und integriert. Rechtliche Betreuer haben deshalb eine Schlüsselfunktion in der Erschließung der Arbeitswelt für ihre Klienten und müssen nach Auffassung der „Aktion Psychisch Kranke“ zu einem erweiterten Rollenverständnis kommen. Geschäftsführer Jörg Holke stellt dazu im Teilplenum „Berufliche Integration“ erfolgreiche Modelle der Arbeitsförderung vor: Im Rahmen von Hilfeplankonferenzen wurden für über 2000 Personen Hilfepläne erstellt und neuartige Vorgehensweisen entwickelt, die individuelle Wege ins Arbeitsleben eröffnen. Orientierung am individuellen Bedarf und Koordination der Hilfeplanung durch regionale Zusammenarbeit der Leistungserbringer führten dabei nachweisbar zu besseren Ergebnissen. Betreuer können mit diesem Wissen im Hintergrund – nicht als neue Jobcoaches – aber als Wächter aktiv werden. Sie können, so Holke, Teil regionaler Hilfeplankonferenzen sein und darin kritische Nachfrager werden, die mit guter Kenntnis erfolgreicher Modelle beharrlich Einspruch erheben können, wenn für die Integration in den Arbeitsmarkt zu wenig passiert. „Hier ist ein realistischer Optimismus als Gegengewicht zu den Bedenkenträgern, von denen die psychisch beeinträchtigten Klienten oft umstellt sind (Ärzte, Angehörige, Sozialarbeiter etc.), erste Betreuer-Pflicht.“, fasst Arnd Schwendy von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen zusammen. Die Aufforderung, neue Wege kennen zu lernen, um sie bald auch gehen zu können, fand auch in der Schlusserklärung des VGT e.V. seinen Ausdruck: Berufliche Integration wird darin als das drängende Problem in der Betreuung psychisch Kranker bezeichnet und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer auf ihre Schlüsselfunktion gemäß dem Rehabilitationsauftrag des Betreuungsrechts hingewiesen.

Mehr als 400 Fachleute aus dem Betreuungswesen, darunter Richter, Rechtspfleger, ehrenamtlich und beruflich tätige Betreuer sowie Ärzte und Pflegekräfte nutzten den 11. Vormundschaftsgerichtstag für den engagierten Wissens- und Gedankenaustausch. Die Aufbruchstimmung im Verband war greifbar. Das Interesse an fachlichem Input und an kollegialem Austausch zur Verbesserung der Qualität im Betreuungswesen ist offenkundig: Für den nächsten Vormundschaftsgerichtstag in zwei Jahren wurde schon jetzt die Teilnehmerzahl auf 600 erhöht.

1 www.redufix.de.

Anhang

A. Abschlusserklärung des 11. Vormundschaftsgerichtstages

Die Autonomie des Menschen in der Betreuung zu schützen, ist der Auftrag, dem nach den Vorstellungen des Vormundschaftsgerichtstags alle Beteiligten im Betreuungsverfahren verpflichtet sind. Fehlt einem Erwachsenen wegen Krankheit oder Behinderung die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, hat der Betreuer/die Betreuerin sein Selbstbestimmungsrecht bei der Wahrnehmung seiner Rechte und Interessen sicher zu stellen. Wie sich Selbstbestimmung und Teilhabe von rechtlich betreuten Menschen im konkreten Alltag umsetzen lassen, war Thema und Gegenstand des 11. Vormundschaftsgerichtstages, der damit die Diskussion um Qualität im Betreuungswesen konsequent fortgesetzt hat.

Betreuung stärkt das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, wenn Bedingungen und Mittel existieren, die sich am tatsächlichen Bedarf und den Möglichkeiten des Einzelnen ausrichten. Ein wesentlicher Schritt in Richtung Autonomie des Betreuten ist das „Persönliche Budget“, das Betroffene entsprechend ihren eigenen Vorstellungen einsetzen und verwalten und mit dem sie die erforderlichen Assistenzleistungen für ihre Teilhabe finanzieren können.

Zur gesellschaftlichen Teilhabe gehört auch berufliche Integration. Dies ist eines der drängenden Probleme in der Betreuung psychisch Kranker. Arbeit unter angemessenen Bedingungen stabilisiert und integriert. Der Ausschluss vom Arbeitsleben dagegen erzeugt zusätzliche psychische Störungen. Rechtliche Betreuer haben hier eine Schlüsselfunktion gemäß dem Rehabilitierungsauftrag des Betreuungsrechts. Fragen der beruflichen Eingliederung und Bildung sind kompetent zu behandeln.

Wenn es Richtschnur des Handelns ist, dass Betreute entsprechend ihrer Vorstellungen und Wünsche leben, müssen Strukturen geschaffen werden, die es ermöglichen, dass betreute Menschen zu Hause oder in ihrer gewohnten Umgebung wohnen bleiben können. Dazu bedarf es vielfältiger und differenzierter ambulanter Hilfestrukturen, für deren Aufbau sich auch der Vormundschaftsgerichtstag e.V. seit langem einsetzt. Hier haben rechtliche Betreuer die zentrale Aufgabe, Wünsche und Interessen des betreuten Menschen gegenüber den Leistungsträgern durchzusetzen.

Handlungen und Anordnungen gegen den Willen Betroffener dürfen nur vorgenommen werden, wenn sie unumgänglich sind, beispielsweise um sie vor Selbstschädigung zu schützen. Auch hier gilt: Soll Autonomie respektiert werden, kommen Eingriffe in die Freiheit des Einzelnen nur als ultima ratio in Betracht. Wir unterstützen Maßnahmen, die zum Ziel haben, die Autonomie zu wahren, wie beispielsweise das Projekt Redufix. Es zeigt Wege auf, wie freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen durch ein abgestimmtes Vorgehen aller Beteiligten, durch den Einsatz von Technik und durch professionelle Reflexion des eigenen Handelns deutlich reduziert werden können. Der Vormundschaftsgerichtstag e.V. unterstützt diese Initiative nachdrücklich.

Alle im Betreuungswesen Handelnden müssen sich ihrer hohen Verantwortung bewusst sein. Um die Rechte gesetzlich betreuter Menschen zu verwirklichen, bedarf es einer eigenständigen Betrachtung der Lebenssituationen rechtlich betreuter Men-

schen auf politischer Ebene – nur dann ist staatliche Fürsorge zielführend und hilfreich. Der Vormundschaftsgerichtstag e.V. fordert eine politische Berichterstattung. Entsprechende Untersuchungen und Studien sind durchzuführen, ihre Ergebnisse in regelmäßigen Zeitabschnitten zu veröffentlichen. Sie sind Grundlage für Projekte und Initiativen, wie sie auf der 11. Tagung des Vormundschaftsgerichtstages zahlreich vorgestellt wurden.

Das Ziel bleibt Selbstbestimmung und Teilhabe. Nur wenn dies gelingt, steht der Mensch wirklich im Mittelpunkt.

B. Mitwirkende des 11. Vormundschaftsgerichtstags

Autorinnen und Autoren sowie Moderatorinnen und Moderatoren und andere Mitwirkende des 11. Vormundschaftsgerichtstages

Brunhilde Ackermann, Leiterin der Betreuungsbehörde der Stadt Kassel,
Bernd Albert, Erwachsenenbildner und Berufsbetreuer, Wyk auf Föhr,
Axel Bauer, w. aufs. Richter am Amtsgericht, Frankfurt a.M.,
Katharina Becker-Obendorfer, Dipl.-Pädagogin, Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung e.V., Hannover,
Elke Beermann, Fachbereichsleiterin, Vertretungsnetz – Verein für Sachwalterschaft, Patientenanzwertschaft und Bewohnervertretung, Wien,
Alex Bernhard, Geschäftsführer, Bundeskonferenz der Betreuungsvereine,
Hendrike van Bergen, Vereinsbetreuerin, Schleswig,
Prof. Dr. Thomas Bock, Psychologe, Leiter der Sozialpsychiatrischen Ambulanz des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf,
Wilfried Bogedain, Dipl. Rechtspfleger, Krefeld,
Prof. Dr. Doris Bredthauer, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachhochschule Frankfurt a.M.,
Prof. Dr. Wolf Crefeld, Psychiater, Hochschullehrer em., Düsseldorf,
Prof. Dr. Theresia Degener, Professorin für Recht, Verwaltung und Organisation, Ev. Fachhochschule, Bochum,
Dr. Andrea Diekmann, Vorsitzende Richterin am Landgericht, z.zt. Senatsverwaltung für Justiz, Berlin,
Peter Dürrmann, Geschäftsführer des Seniorenzentrums Holle GmbH, Holle,
Karin Evers-Meyer, (bish.) Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Berlin,
Klaus Förter-Vondey, freiberuflicher Betreuer, Vorsitzender des Bundesverbandes der Berufsbetreuer/-innen, Hamburg,
Ruth Fricke, Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen, Sprecherin der unabhängigen Beschwerdestelle Psychiatrie im Kreis Herford,
Prof. Dr. Petra Garlipp, Ärztin, Medizinische Hochschule, Hannover,
Peter Gilmer, Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz,
Ulrich Hellmann, Jurist, Bundesverband der Lebenshilfe, Marburg,
Prof. Dr. Birgit Hoffmann, Juristin, Hochschullehrerin, Freiburg,
Martina Hoffmann-Badache, Sozialdezernentin des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln,
Jörg Holke, Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke,
Joachim Homeyer-Broßat, Berufsbetreuer, Hannover,
Holger Kersten, Leiter der Betreuungsbehörde, Hamburg,
Prof. Dr. Thomas Klie, Hochschullehrer, Freiburg,
Dr. Kalus Kobert, Klinischer Ethiker, Ev. Krankenhaus, Bielefeld,
Jane Alexandra Korte, Deutscher Städtetag NRW, Köln,
Prof. Dr. Andreas Langer, Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg,

Reinhard Langholf, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg,

Gisela Lantzerath, Dipl. Rechtspflegerin a.D., Bochum,

Barbara Lehner-Fallnbügel, Sachwalterin, Vertretungsnetz – Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft, Kornneuburg,

Volker Lindemann, Vizepräsident des Oberlandesgerichts Schleswig a.D., Vorsitzender des VGT e.V.,

Prof. Dr. Volker Lipp, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht und Rechtsvergleichung, Universität Göttingen,

Annette Loer, Richterin am Amtsgericht, Hannover,

Constanze Lohse, Lebenshilfe Braunschweig,

Carola von Looz, Richterin am Amtsgericht, Kerpen,

Dr. Arnd May, Mitherausgeber der Mailingliste Betreuungsrecht, Recklinghausen,

Sybille M. Meier, Rechtsanwältin, freiberufliche Betreuerin, Berlin,

Dr. Thomas Meyer, Ministerialrat, Bundesministerium der Justiz, Berlin,

Alexandra Neumann, Dipl. Rechtspflegerin, Berlin,

Gerold Oeschger, freiberuflicher Betreuer, Volkertshausen,

Iris Peymann, Berufsbetreuerin, Hamburg,

Rüdiger Pohlmann, Dipl. Sozialpäd., Leben mit Behinderung, Hamburg,

Wolfgang Rombach, Ministerialdirigent, Bundesministerium für Arbeit und Soziales,

Katrin Sanders, Journalistin, Köln,

Michael Sandkühler, Richter am Amtsgericht, Recklinghausen,

Ulla Schmalz, Krankenschwester, Leiterin des Projektes „Hotel Plus“ beim DRK, Köln,

Sabine Schönfeld, Psychotherapeutin (HPG) und Kommunikationswirtin, Berlin,

Arnd Schwendy, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen,

Stephan Sigusch, Geschäftsführer, Betreuungsverein Oschersleben,

Thomas Stidl, Sachwalter, Vertretungsnetz – Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft, Kornneuburg,

Ali Türk, Geschäftsführer, Institut für transkulturelle Betreuung, Hannover,

Gudrun Uebele, Dipl. Päd., Berufsbetreuerin, vormals Projekt Beschwerdestellen, DGSP, Köln,

Dr. Irene Vorholz, Beigeordnete des Deutschen Landkreistages,

Guy Walther, Dipl. Sozialpäd., Jugend- und Sozialamt, Frankfurt a.M.,

Peter Winterstein, Direktor des Amtsgerichts, Schwerin,

Ulrich Wöhler, Dezernent Gesundheit und Soziales, Hildesheim,

Karl-Heinz Zander, Geschäftsführer des VGT e.V., Bochum.

Teil II

Standards für die Sachverhaltsaufklärung nach § 8 BtBG

Workshop am 6. Oktober 2008 in Göttingen

Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. Volker Lipp, Universität Göttingen

A. Die Arbeitsergebnisse der Tagungen der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden¹

Was erwarten wir vom Workshop und wie soll es weiter gehen?

Margrit Kania, Reinhard Langholf

I. Wie kam es zum Workshop?

§ 8 BtBG besagt: „Die Behörde unterstützt das Vormundschaftsgericht. Dies gilt insbesondere für die Feststellung des Sachverhalts, den das Gericht für aufklärungsbedürftig hält, und für die Gewinnung geeigneter Betreuer.“

Hält das Vormundschaftsgericht im betreuungsrechtlichen Verfahren den Sachverhalt für aufklärungsbedürftig, macht es von der „Vormundschaftsgerichtshilfe“ durch die Behörde Gebrauch. Sachverhaltsaufklärung hört sich nach wertfreier, objektiver Ermittlungsarbeit an. Es geht aber anscheinend um mehr.

Im Verfahren ist gesichert, dass es vor einer Betreuerbestellung ein Sachverständigengutachten geben muss, in der Regel ein medizinisches Gutachten. Reicht es nicht aus, wenn dem Gericht solch ein medizinisches Gutachten vorliegt? Das Gericht muss Erkenntnisse über die soziale Lebenssituation des Betroffenen haben, um dem gesetzlichen Auftrag der Prüfung der Erforderlichkeit der Betreuung nachkommen zu können. Das medizinische Gutachten wird evtl. noch auf sozialmedizinische Aspekte einer Erkrankung oder Behinderung eingehen, aber weniger auf die soziale Situation des Betroffenen, ob und wie er in soziale Systeme eingebunden ist, ob es Potentiale für eine weitestgehend selbständige Lebensführung gibt, oder wo Unterstützungen und Hilfestellungen erschlossen werden können.

Nehmen wir den genauen Wortlaut des § 8 BtBG, geht es lediglich um die Feststellung eines Sachverhalts, den das Gericht für aufklärungsbedürftig hält. Offenbar erwarten Gerichte mehr von der Behörde als nur die Schilderung eines Sachverhalts. Sie erwarten auch eine Bewertung der Lebenssituation des Betroffenen, seiner sozialen Kompetenzen und der Kompetenzen seines sozialen Umfeldes. Durch ihre kommunale Einbindung kann die Betreuungsbehörde auch die Erforderlichkeit einer Betreuerbestellung im Kontext anderer Hilfen beurteilen. Sind insbesondere Sachverhaltsaufklärungen angezeigt, die soziales Fachwissen erfordern, zieht daher das Vormundschaftsgericht in der Regel die Betreuungsbehörde hinzu.

Diese Unterstützung der Vormundschaftsgerichte bei der Aufklärung des Sachverhalts macht den Hauptteil der betreuungsbehördlichen Aufgaben aus.² Die rechtstatistischen Forschungen des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG) zum Betreuungsrecht ergaben, dass ca. 60 bis 65 % der Zeitanteile und damit auch der Personalressourcen der Betreuungsbehörden für die Aufgaben nach

1 Alle Beiträge befinden sich, soweit nicht anders gekennzeichnet, auf dem Stand von Oktober 2008. Gesetzesänderungen wurden nicht berücksichtigt.

2 Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS): „Orientierungshilfen zur Umsetzung des Betreuungsrechts“ vom 10.02.2006, Münster/Westf.

§ 8 BtBG eingesetzt werden.³ Unstrittig ist auch der Effekt der Betreuungsvermeidung durch die Sachverhaltsaufklärung der Behörden, dieser wird in der ISG-Studie mit bis zu 25 % angegeben.⁴

Für diese Hauptaufgabe der Betreuungsbehörden gibt das BtBG keine Vorgaben. Jede Betreuungsbehörde gestaltet die Aufgabenwahrnehmung selbst nach den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen. Es gibt keine Standards und Vorgaben über Art und Qualität der Sachverhaltsaufklärung und der Berichterstattung an das Gericht. Auf den Jahrestagungen der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden bestand bei den Teilnehmern der Wunsch, zu einer Standardisierung für die Sachverhaltsaufklärung zu kommen. Zunächst wurde eine Grundlage, eine Empfehlung für die betreuungsbehördliche Arbeit, die „Orientierungshilfen zur Umsetzung des Betreuungsrechts“ erarbeitet. Die Erarbeitung eines Standards/eines Expertenstandards wurde konkret auf den letzten drei Jahrestagungen angegangen. In Arbeitsgruppen wurden „Best-Practice-Beispiele“ vorgestellt und diskutiert. Das Ergebnis ist in dem Arbeitspapier zum Workshop zusammengefasst.

An dieser Stelle möchten wir allen Kollegen und Kolleginnen danken, die in den Arbeitsgruppen mitgearbeitet haben und/oder uns ihre vorhandenen Standards aus den örtlichen Behörden, ihre persönlichen Unterlagen, Fortbildungskonzepte und Diplomarbeiten usw. zur Verfügung gestellt haben.

II. Was erwarten wir vom Workshop?

Ein Standard allein bedeutet noch keine Qualitätsgarantie. Es kommt entscheidend auf den Mitarbeiter, die Mitarbeiterin der Betreuungsbehörde an, mit welcher persönlichen und fachlichen Kompetenz sie dazu beitragen, dass sich die Praxis weiterentwickelt.

Vom Workshop erwarten wir:

Die Implementierung eines Standards,

- der wissenschaftlich fundiert durch die Disziplinen Recht und Soziale Arbeit und im Dialog mit unseren „Kunden“ (Gerichten) entsteht,
- der die Arbeit der Betreuungsbehörde im kommunalen Kontext unterstützt und
- eine Handlungshilfe in der alltäglichen Praxis der Betreuungsbehörden ist.

III. Wie geht es konkret weiter?

Wir werden Erkenntnisse und Hinweise aus diesem Workshop aufgreifen und uns bemühen, sie in das Vorhandene zu integrieren bzw. Ergänzungen vornehmen. Wir gehen davon aus, dass dann ein Stand erreicht ist, der als „state of the art“ der betreuungsrechtlichen Praxis von Betreuungsbehörden empfohlen werden kann. Mit „state of the art“ ist gemeint: Aus der Praxis heraus – mit Unterstützung z.B. durch diesen Workshop – einen Standard zu entwickeln. Das mag schon andeuten, dass vielleicht noch etwas fehlt – dazu gleich noch eine Bemerkung.

3 Sellin/Engels: Qualität, Aufgabenverteilung und Verfahrensaufwand bei rechtlicher Betreuung, Köln 2003, (Rechtstatsächliche Forschung 2001-2002) S. 110 und Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik: Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz -Zwischenbericht 2007, S. 142 ff.

4 Sellin/Engels: Qualität, Aufgabenverteilung und Verfahrensaufwand bei rechtlicher Betreuung, Köln 2003, S. 74.

Für eine Implementierung in der Praxis gibt es ein strukturelles Problem: Es gibt kein Gremium oder eine wie immer auch zu bezeichnende Stelle, die das Mandat hätte, diesen Standard vorzuschreiben. Ein wichtiger Teil der Implementierung allerdings war bereits der Prozess der Entstehung: Der Wunsch aus der Praxis heraus, etwas zu entwickeln. Die breiten Diskussionen auf den Tagungen in Erkner haben bereits zu qualitativen Veränderungen der Praxis geführt. Darüber werden Herr Kersten und Herr Schmitter berichten. Daneben sollen weitere Implementierungsschritte sein:

- Der VGT e.V. wird die Ergebnisse in seiner Reihe „Betrifft Betreuung“ zusammen mit den Tagungsmaterialien zum 11. Vormundschaftsgerichtstag veröffentlichen. Ein entsprechender Beschluss wurde bereits im Vorstand gefasst.
- Auf der nächsten Tagung der Leiter von Betreuungsbehörden im April 2009 werden die Ergebnisse vorgestellt und weitere Verbreitung finden.
- Im „Ausschuss für Betreuungsangelegenheiten“ in der „Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger“, in der die überörtlichen Betreuungsbehörden zusammengeschlossen sind, sollen die Ergebnisse mit dem Ziel einer Empfehlung beraten werden.
- Wünschenswert wäre, dass die kommunalen Spitzenverbände und/oder der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge Wege finden könnten, Empfehlungen an ihre Mitglieder auszusprechen.

IV. Perspektiven

Uns ist bewusst, dass mit den auf diesem Workshop zu behandelnden „Standards für die Sachverhaltsermittlung“ nicht alle Fragen der Qualitätsentwicklung der Arbeit von Betreuungsbehörden oder gar des vormundschaftsgerichtlichen Verfahrens der Betreuerbestellung insgesamt beantwortet sind.

Selbst wenn eine Betreuungsbehörde sich an diesem Standard orientiert, kann im schlechtesten Fall ein schlecht ausgefüllter Vordruck dabei herauskommen. Immerhin: eine gewisse Vollständigkeit der für eine Betreuerbestellung entscheidungserheblichen Gesichtspunkte wird nicht zu vermeiden sein. Von außerordentlicher Bedeutung für die Qualität eines Berichtes ist die Qualifikation der Mitarbeiter. Sie nehmen das soziale System eines Betroffenen, seine Sichtweise auf die Dinge, seine Möglichkeiten, Defizite und Abhängigkeiten wahr und bewerten strukturiert. Wir sprechen dann von Methoden Sozialer Arbeit, wir sprechen von Sozialer Diagnose.

Das, um mit Alice Salomon zu sprechen, „setzt ... Sozialbeamte voraus, die hohe Anforderungen an die eigenen Leistungen stellen und die imstande sind, vom Besonderen auf das Allgemeine zu schließen, aus dem Erlebnis den Grundsatz abzuleiten, in den bestehenden Zuständen und Gesetzen Probleme zu sehen und an der Entwicklung der Gesetze und Reformen schöpferisch mitzuarbeiten.“ Und:

„... Diagnose ist ExpertInnenaufgabe“.

Eine methodisch gesicherte Soziale Diagnose fehlt bisher im betreuungsrechtlichen Verfahren. Die Soziale Diagnose aber ist – mehr noch als die medizinische – Voraussetzung dafür, dass Richter Entscheidungen treffen, die – um mit dem Betreuungsrecht zu sprechen – dem Wohl und den Wünschen Betroffener ebenso verpflichtet sind wie dem Grundsatz der Nachrangigkeit des rechtlichen Eingriffs durch eine Betreuerbestellung. Unter den gegebenen Strukturen können Betreuungsbehörden hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Betreuungsbehörden wünschen sich bei der Entwicklung dieser Qualitäten methodische und praxistaugliche Unterstützung durch die Wissenschaft der Sozialen Arbeit.

Hamburger Leitsätze

Holger Kersten

I. Zahlen

Betreuungen in Hamburg

- 1,7 Mio. Einwohner
- rd. 23.000 Betreuungen.

Als örtliche Betreuungsbehörde

- hamburgweite Zuständigkeit
- 6 Dienststellen für 7 Hamburger Bezirke
- 42 sozialpädagogische Fachstellen
- 2 Fachstellen übergeordnete Aufgaben (luK und Prävention)
- 5 Verwaltungsstellen
- 4 Leitungsstellen
- 8300 Verfahrensbeteiligungen
- ca. 400 Berufsbetreuer in lfd. Zusammenarbeit

II. Zu den Leitsätzen

Wir verstehen den Prozess der Entstehung der Leitsätze als ein Instrument der Qualitätsentwicklung in unserem Aufgabengebiet.

- Erste Standards wurden Mitte der 90er Jahre entwickelt.
- Die aktuelle fachliche Weiterentwicklung aus dem Jahr 2007 wurde in der vorliegenden Ausarbeitung der Jahrestagung in Teilen berücksichtigt. Die ganzen Leitlinien umfassen noch Leitsätze zu fachlichen und organisatorischen Zielen, fachliche Grundsätze zur Informationserhebung, rechtliche Aspekte zur Datenerhebung sowie Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Gefährdungssituationen.
- Der Prozess der Mitarbeiterbeteiligung und des fachlichen Diskurses war wichtig für die Akzeptanz und Implementierung der Arbeitsgrundsätze.
- Die Erarbeitung brachte eine Reflexion des eigenen Handelns und eine Wertschätzung des Erfahrungswissens aller Beteiligten.
- Vereinbarte Überprüfungszyklen sichern die Aktualisierung und Berücksichtigung neuer Erfahrungen.
- Die Gesprächs- und Kompromissbereitschaft von Leitung war wichtig, um die Verankerung der Grundsätze bei den Mitarbeitern zu fördern und sich auf das Machbare einzustellen.

Wie sichern wir die Umsetzung und Kontrolle?

- Es gibt einen Pflichtenkatalog zur Vorstellung bestimmter Fragestellungen in wöchentlichen Fachbesprechungen der Fachkollegen; z.B. Bestellung der Behörde, Einwilligungsvorbehalt, alle Aufgabenkreise, Beschwerden über Betreuer.
- Die Methode der kollegialen Beratung als Unterstützung zur Erörterung von Fallbesprechungen wurde eingeführt und hilft, nicht nur Ratschläge von den Kollegen zu bekommen, sondern den Einzelfall strukturiert zu betrachten.
- Die Kollegen haben z.T. ein gegenseitiges Gegenlesen von Berichten vereinbart.
- Vorgesetzte nehmen stichprobenartige Einsicht in die Berichte und führen bei Bedarf Reflexionsgespräche mit den Kollegen.

III. Welche praktischen Erfahrungen machen wir?

- Die Grundsätze sind als Orientierung und Arbeitshilfe zur Einhaltung fachlicher Standards zu verstehen.
- Die Gestaltung in Tabellenform unterstützt den Charakter einer Arbeitshilfe, da diese schnell zur Hand genommen werden kann. Bei Einarbeitung neuer Mitarbeiter hat sie sich als Checkliste bewährt, die auf dem Schreibtisch liegt oder zum Hausbesuch mitgenommen werden kann.
- Daraus erklärt sich auch die bewusste Entscheidung für Gliederungsgrundsätze und nicht für ein Formular, da unserer Erfahrung nach eine Stellungnahme in Fließtext lesefreundlicher ist. Sie ermöglicht im Einzelfall leichter eine individuelle Darstellung.
- Abweichungen in begründeten Einzelfällen oder bei starker Arbeitsverdichtung werden toleriert. Arbeitsverdichtungen werden dem VormG mitgeteilt.
- Die Arbeitsvorgaben erleichtern und beschleunigen die Berichterstellung, was eine Entlastung für Mitarbeiter darstellen kann.

IV. Wie bewerten die VormG die Standards?

- Bei fast 40 Vormundschaftsrichtern in Hamburg ist das Meinungsbild entsprechend vielfältig.
- Aber insgesamt erhalten wir positive Rückmeldungen, da eine Vergleichbarkeit der Stellungnahmen möglich ist und die Struktur eine schnelle Orientierung im Text ermöglicht.
- Die Standardisierung hat auch für andere Verfahrensbeteiligte Vorteile: für Verfahrenspfleger, Gutachter und natürlich die Betreuer.

Zum Schluss ein kurzer Blick auf die Frage:

V. Was bringen die Grundsätze den (potentiell) betreuten Menschen?

- Eine fachlich begründete und nachvollziehbare Form der Kontaktaufnahme und Kontaktgestaltung.
- Eine Fokussierung und Begrenzung der Sachverhaltsermittlung auf die für die Entscheidung des Gerichts relevanten Fakten.
- Eine nachvollziehbare Begründung des Entscheidungsvorschlages an das Gericht.
- Ein sensibler Umgang mit den Grundsätzen des Datenschutzes, insbesondere bei der Ermittlung bei Dritten.
- Insgesamt den Versuch eines wertschätzenden und reflektierten Umgangs sowie einer fachlich verlässlichen Beurteilung.
- Beschwerden lassen sich nach den Grundsätzen beurteilen und unterstützen damit ein Beschwerdemanagement. Dies ist auch ein Vorteil für Vorgesetzte.

Erfahrungsbericht der Betreuungsstelle der Stadt Düsseldorf

Willi Schmitter

I. Zahlen

- Einwohner ca. 580.000
- gesetzliche Betreuungen ca. 6.500
- Betreuungsanregungen ca. 1.000 pro Jahr

Rahmenbedingungen

Die Betreuungsstelle der Stadt Düsseldorf ist dem Jugendamt als Sachgebiet der Abteilung 51/1 – Allgemeine Verwaltung zugeordnet.

9 Mitarbeiter/innen

- 1 Leiter
- 2 Mitarbeiterinnen und 2 Mitarbeiter der Vormundschaftsgerichtshilfe (3 Mitarbeiter/innen sind Teilzeitbeschäftigte)
- 1 Mitarbeiterin und 2 Mitarbeiter als gesetzliche Betreuer, Information zu Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen, Beratung von Bürgerinnen und Bürgern zu Fragen der gesetzlichen Betreuung
- 1 Mitarbeiter für die Erstellung von Sozialberichten

Die Sozialberichte für das Vormundschaftsgericht werden in Düsseldorf überwiegend von den Mitarbeiter/innen der Bezirkssozialdienste des Jugendamtes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes sowie der Sozialdienste der Krankenhäuser und der Rheinischen Kliniken erstellt. Bei Betreuungsverfahren für Bewohner/innen von Altenheimen und in besonderen Einzelfällen werden die Sozialberichte von einem Mitarbeiter der Betreuungsstelle erstellt (ca. 200 – 250 pro Jahr).

II. Entwicklung des standardisierten Sozialberichtes

Die Erstellung der Sozialberichte gehört in Düsseldorf seit vielen Jahren zu den Aufgaben der Bezirkssozialdienste des Jugendamtes. Es bestehen entsprechende Leistungsvereinbarungen. Die Sozialdienste der Krankenhäuser erstellen in der Regel Sozialberichte in Verbindung mit einer Betreuungsanregung.

Die über die Betreuungsstelle an das Vormundschaftsgericht weitergeleiteten Berichte genügten häufig nicht den Anforderungen; die Richter/innen forderten erneut „vollständige“ und „aussagefähige“ Berichte an. Anfang 2005 wurde von der Betreuungsstelle der vorliegende standardisierte Sozialbericht entwickelt. Er wird als PDF-Datei oder im Word-Format zur Verfügung gestellt und kann am PC direkt bearbeitet werden. Weiterhin wurde eine Arbeitshilfe mit erläuternden Informationen zum vorliegenden Formular entwickelt. Die Entwicklung erfolgte in Abstimmung mit den Richter/innen des Vormundschaftsgerichts Düsseldorf und mit Unterstützung des Bezirkssozialdienstes. In Informations- und Schulungsveranstaltungen wurden die Mitarbeiter/innen der Sozialdienste mit dem vorliegenden Formular und den Erläuterungen vertraut gemacht.

III. Erfahrungen

- Ca. 90 Prozent der über die Betreuungsstelle Düsseldorf weitergeleiteten Sozialberichte werden mittlerweile mithilfe des standardisierten Formulars erstellt.
- Die Richter/innen fordern in der Regel einen Sozialbericht ohne detaillierte Fragestellungen an. Mit dem standardisierten Formular können Daten und Informationen zügig und umfassend ermittelt werden, es kommt seltener zu Rückfragen. Die sog. Laufzeiten zwischen Anforderung eines Sozialberichts und Eingang beim Vormundschaftsgericht konnten verringert werden.
- Fragestellungen und Hinweise zu vorliegenden Vollmachten und Vorsorgemöglichkeiten und zu vorhandenen sozialen Hilfen tragen vermehrt dazu bei, dass der Aspekt der Erforderlichkeit bzw. des Umfangs einer gesetzlichen Betreuung mehr Beachtung im Sozialbericht findet.
- Da es der Betreuungsstelle mit der gegebenen personellen Ausstattung nicht möglich ist, die Sachverhaltsermittlungen für das Vormundschaftsgericht vollständig in eigener Regie zu erledigen und sie auf die Kooperation des Bezirkssozialdienstes und Mitwirkung weiterer Sozialdienste angewiesen ist, konnte mit der Einführung des standardisierten Sozialberichtes die Qualität der erstellten Berichte wesentlich verbessert werden.
- Die regelmäßig angebotenen Informations- und Schulungsveranstaltungen für die Mitarbeiter/innen sozialer Dienste der Stadt Düsseldorf tragen mit dazu bei, dass diese die Betroffenen und ihre Bezugspersonen unmittelbar und umfassender über die Betreuung und das gerichtliche Verfahren informieren können. Festzustellen ist auch, dass das Augenmerk verstärkt auf das bestehende Hilfsangebot im Umfeld des Betroffenen gerichtet wird.

Diskussion zu den Arbeitsergebnissen der Tagungen der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden

Im Vordergrund der Diskussion standen Strukturfragen wie die unterschiedliche Ausstattung von Betreuungsbehörden, interne Strukturen der Aufgabenwahrnehmung und die Qualifikation von Mitarbeitern. Die unterschiedlichen Verhältnisse wirken sich auf die Möglichkeiten zur Implementierung und Einhaltung von Standards der Sachverhaltsermittlung aus.

So werden nicht in allen Betreuungsbehörden die Sachverhaltsermittlungen von den Mitarbeitern der Betreuungsstellen durchgeführt; mancherorts (z.B. in Düsseldorf und Bremen) sind es andere Soziale Dienste, die von Mitarbeitern der Betreuungsstellen beauftragt werden, die Sachverhaltsermittlungen durchzuführen. Die Betreuungsstelle überwacht dann die Einhaltung der Standards, bevor das Ergebnis der Ermittlungen an die Gerichte weitergeleitet wird.

Es wurden Zweifel geäußert, ob bei dieser Konstellation die durchführenden Dienste nicht verleitet sein könnten, kollidierende Sichtweisen und Interessen zu verfolgen, denn sie könnten sich mit der Bestellung eines Betreuers von eigenen Aufgaben entlasten.

Einige Betreuungsbehörden arbeiten zwar mit Standards zur Sachverhaltsermittlung, diese sind aber nicht verbindlich. Ob Verbindlichkeit erforderlich oder sinnvoll ist, könnte zweifelhaft sein, denn die Fallkonstellationen sind sehr unterschiedlich und nicht in jedem Fall erscheint es erforderlich, die gesamten Anforderungen eines standardisierten Berichtes zu erfüllen. Es könnte auch nach Qualität und Quantität differenziert werden. In diesem Zusammenhang wurde auch erörtert, ob es sinnvoll sei, den unterschiedlichen Konstellationen und Notwendigkeiten dadurch Rechnung zu tragen, dass differenzierte Standards entwickelt werden im Sinne von Minimal- und Maximalstandards. Zu einem Minimalstandard könnte z.B. das Aufsuchen des Betroffenen gehören, ein Maximalstandard würde die gesamten Anforderungen an einen standardisierten Bericht umfassen.

Auch die berufliche Qualifikation der Mitarbeiter von Betreuungsbehörden ist unterschiedlich. So sind z.B. in Düsseldorf Verwaltungsmitarbeiter in den Betreuungsstellen beschäftigt, überwiegend aber werden Sozialarbeiter in Betreuungsbehörden tätig.

Die Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter schwankt in Betreuungsbehörden sehr. Dies trägt zu sehr unterschiedlicher Qualität und unterschiedlichen Erledigungsfristen bei. Auf Nachfrage wurden Erledigungszeiten zwischen 2 Wochen (als verbindlicher Standard) und 6 Wochen genannt.

Auch die Gerichte verhalten sich sehr verschieden. Es gibt Gerichte, die die Behörde in alle Verfahren einbeziehen. Dies ist aber eher selten. Auch dürfte es einen Zusammenhang zwischen Qualität und Erledigungsfristen des Berichtes der Behörde und der Häufigkeit der Inanspruchnahme durch die Gerichte geben.

Es wurde die Frage aufgeworfen, ob Gerichte nicht eine „Infrastrukturhilfe“ für Betreuungsbehörden leisten könnten, indem sie vermehrt die Betreuungsbehörde zur qualifizierten Sachverhaltsermittlung auffordern.

Betont wurde, dass es im Falle der Weiterentwicklung der bisherigen Ergebnisse zu Standards notwendig sei, mit der Implementierung zeitgleich die Praxistauglichkeit zu evaluieren, um Grundlagen für eine ggf. notwendige Nachsteuerung zu schaffen.

B. Kommentare aus Sicht der Gerichte

Kommentar aus Sicht des Betreuungsgerichts

Annette Loer

I. Allgemeines zum gerichtlichen Verfahren

Zur Einrichtung einer rechtlichen Betreuung müssen gem. § 1896 Abs.1 BGB drei Voraussetzungen kumulativ vorliegen:

- Erkrankung/Behinderung
- Erforderlichkeit
- Kausalität.

Sie sind gleichwertig, d.h., wenn eine Voraussetzung nicht vorliegt, darf eine Betreuung nicht eingerichtet werden, auch nicht mit dem Willen oder auf Antrag der Betroffenen.

Es gibt keine vorgegebene Reihenfolge in der Prüfung. Das Gericht ist bei seinen Ermittlungen an das FGG (nunmehr das FamFG) gebunden.

(Die Änderung der Verfahrensvorschriften wird auf die hier in Rede stehenden Fragen keinen Einfluss haben, auch wenn die Regelungen der Beteiligung neu gefasst werden.)

Das Gericht hat gem. § 12 FGG von Amts wegen zu ermitteln. Im Verfahren sind die Einholung eines ärztlichen Gutachtens oder zumindest eines ärztlichen Zeugnisses, § 68b FGG (Pflegegutachten nach § 68b Abs.1 a FGG sind in der Regel nicht nutzbar) und die richterliche Anhörung, § 68 FGG, zwingend. Zur Einholung eines Sozialberichtes ist das Gericht nicht verpflichtet. Gem. § 68a FGG muss es der Betreuungsbehörde Gelegenheit zur Äußerung geben, wenn der Betroffene es verlangt oder es der Sachaufklärung dient. Ansonsten ist die Behörde erst von der ergangenen Entscheidung zu informieren, § 69a Abs. 2 FGG, schließlich hat sie ein eigenes Beschwerde-recht.

Die Behörde wird gem. § 8 BtBG erst im Auftrag des Gerichts tätig. Es liegt im Ermessen des Gerichts wie es ermittelt, auch ob und in welcher Form es die Behörde um Unterstützung zur Aufklärung des Sachverhaltes bittet. Die Behörde ist an diesen Auftrag und – soweit vorhanden – an die konkrete Fragestellung gebunden. Weitere Äußerungen stehen ihr frei.

Die Sachverhaltsaufklärung kann in allen Phasen des Verfahrens erforderlich sein, auch im laufenden Verfahren bei konkretem Anlass. Dann wird der Auftrag in der Regel konkret formuliert sein.

Wünschenswert wäre es, auch bei der Überprüfung der Betreuung die Behörde genauso zu beteiligen, wie bei Einrichtung, siehe § 69i Abs. 6 FGG. So manche Betreuung könnte bei gründlicher Prüfung nach Erledigung einer regelungsbedürftigen Angelegenheit mangels weiterer Erforderlichkeit wieder aufgehoben werden.

Der häufigste Fall, in der die Behörde um Erstellung eines Sozialberichtes gebeten wird, dürfte aber wohl die Situation zu Beginn des Verfahrens nach Eingang der Anregung bei Gericht sein.

Die Übung der Gerichte oder der einzelnen BetreuungsrichterInnen kann sehr unterschiedlich sein, sie sind in ihrer Ermittlungstätigkeit unter Berücksichtigung der gesetzlichen notwendigen Maßnahmen nach FGG frei.

Wenn sich z.B. schon aus der Anregung ergibt, dass eine Betreuung evtl. gar nicht erforderlich ist, oder aber die Anregung nichtssagend ist und keinerlei Informationen enthält, bietet es sich an, zunächst ausschließlich einen Sozialbericht einzuholen.

Oder das Gericht greift in Standardsituationen nach einem Standardvordruck, bei uns ist es das Eureka-Formular „Erstverfügung“ (siehe Anlage 3). In diesen Fällen wird meistens mit derselben Post ein Gutachten in Auftrag gegeben und die Betroffenen werden vom Gericht angeschrieben. Dann ist nicht unbedingt ein Sozialbericht nach § 8 BtBG erforderlich, sondern der Behörde wird die Gelegenheit zur Stellungnahme und zur Betreuerprüfung gegeben.

Ein Unterschied in der Vorgehensweise ist auch davon abhängig, von wem die Betroffenen erstmals von der Anhängigkeit eines Betreuungsverfahrens beim Betreuungsgericht erfahren. In der Regel sollten sie vom Gericht darüber informiert werden und auch darüber, welche Ermittlungsschritte erfolgen. Der Vordruck der Eureka-Verfügung sieht ein solches Schreiben an die Betroffenen vor. Darin ist aber zurzeit gerade kein Hinweis auf die Betreuungsbehörde enthalten.

(Da die Formulare wegen der FGG – Änderung umgearbeitet werden müssen, könnte diese Chance genutzt werden, die Betroffenen zukünftig im ersten Anschreiben auf die Beteiligung der Betreuungsbehörde hinzuweisen.)

Wenn die individuelle erste Verfügung nach Eingang eines Antrages oder einer Anregung z.B. lautet: *Doppel an Betreuungsstelle mit der Bitte um Sozialbericht*, werden die Betroffenen möglicherweise nicht durch das Gericht informiert worden sein und die Mitarbeiterin der Betreuungsbehörde ist die erste, die die Betroffene überhaupt vom Verfahren in Kenntnis setzt.

Sollte die Betreuungsbehörde mit dem Auftrag nicht darüber informiert worden sein, ob das Gericht auch die Betroffene angeschrieben hat, sollte sie nachfragen. In Ausnahmefällen ist es gerade sinnvoll und eine bewusste Entscheidung, dass nicht das Gericht, sondern die Behörde als „niederschwelligere“ Institution den Erstkontakt herstellt. Dies sollte zwischen Gericht und Betreuungsbehörde geklärt werden. Evtl. sollte grds. eine Absprache mit dem Gericht getroffen werden, ein Doppel des Anschreibens an die Betroffene der Betreuungsbehörde mit zu übersenden.

Wie immer ist eine Kommunikation zwischen Gericht und Behörde sinnvoll.

Je eher es in Betracht kommt, dass die Voraussetzung der Erforderlichkeit nicht vorliegt, desto eher sollte vor Einholung eines Gutachten ein Sozialbericht erstellt werden. Wenn gleichzeitig (nach Standard-Vordruck) Sozialberichts- und Gutachtenauftrag erteilt wurden, ist die Behörde häufig schneller als die GutachterIn. Dann sollte der Sozialbericht der GutachterIn zur Verfügung gestellt werden. Die Betreuungsbehörde könnte am Ende ihres Berichtes anregen, dass ihr Bericht der GutachterIn übersandt wird. Dies ist nämlich nicht die Regel.

II. Zu den bisher erarbeiteten Standards

1. Inhalt

Grundsätzlich ist das Bemühen, den Sachverstand der Betreuungsbehörde über die sozialen Zusammenhänge und die möglichen alternativen Hilfen qualifiziert in das

Betreuungsverfahren einzubringen, sehr zu begrüßen und für die gerichtliche Entscheidungsfindung von großer Bedeutung.

Der Katalog, der hier erarbeitet worden ist, ist sehr aufwendig. Es ist darauf zu achten, dass bei dem Umfang der zu ermittelnden Fakten die eigentliche Fragestellung „Was ist dem Wunsch und Willen der Betroffenen entsprechend zu regeln?“ im Vordergrund bleibt. Außerdem dürfte es kaum möglich sein, in allen Verfahren einen so umfangreichen Bericht zu erstellen.

Bei den meisten Behörden wird es darum gehen müssen, zunächst eine Auswahl zu treffen, in welchen Fällen ein Hausbesuch und weitere Recherche notwendig sind und in welchen Fällen einige Telefonate ausreichen müssen.

Wenn durch das Gericht die genannte Erstverfügung genutzt wurde, d.h. die Behörde den Auftrag hat, die Verhältnisse zu überprüfen und gleichzeitig ein Gutachtenauftrag erteilt wurde, erwartet das Gericht vermutlich keinen umfangreichen Sozialbericht. Dann muss die Behörde in eigener Verantwortung entscheiden, wie gründlich sie ermittelt. Das Problem ist allerdings, dass es einer knappen Anregung nicht anzusehen ist, wie umfangreich der Regelungsbedarf tatsächlich ist. In der Regel wird dies durch ein Telefonat mit der anregenden Person zu besprechen sein, sodass die MitarbeiterIn danach entscheiden kann, ob ein Haus- oder Heimb Besuch erforderlich ist.

Aus Sicht des Gerichts sind umfangreiche Ermittlungen hilfreich – es sei denn, sie werden von den Betroffenen als unangenehmer Eingriff erlebt. Da die Kapazitäten begrenzt sind, ist eine sinnvolle Auswahl zu treffen – bei diesen „offenen“ Aufträgen durch das Gericht.

Zu beachten ist, dass die GutachterIn und das Gericht ebenfalls einen Hausbesuch durchführen.

Es kann in einigen Fällen aber auch sinnvoll sein, die Ermittlungen inhaltlich zu **beschränken** – und zwar im Interesse der Betroffenen. Die Fragestellung ist: Worin besteht der rechtliche Regelungsbedarf, der nur durch eine Betreuungseinrichtung erledigt werden kann?

Vielen Betreuungsanregungen geht ein konkretes Ereignis voraus oder es gibt einen konkreten Anlass. Dann ist die Frage, ob sich die Ermittlungen und dann auch die Betreuungsbestellung auf diesen Anlass beschränken sollten. Ziel der Betreuungseinrichtung ist es nicht, die Lebenssituation der Betroffenen komplett besser zu organisieren und alle Mängel der Vergangenheit zu bearbeiten. Daher ist es notwendig, bei allen Fragestellungen innerhalb der Berichtserstattung im Auge zu behalten, dass es um die Herstellung der Selbstbestimmung geht und nicht um eine Optimierung der Lebensbedingungen aus unserer Sicht. Der allgemeine Grundsatz, dass das Betreuungsrecht dazu dienen soll, es den Erkrankten oder Behinderten zu ermöglichen, ihr Leben nach ihren Wünschen und Vorstellungen zu gestalten (§ 1901 BGB), hat bei allen Ermittlungsschritten handlungsleitend zu sein. Es muss nicht immer alles geregelt werden, was uns regelungsbedürftig erscheint.

Es ist genau festzustellen, wo die Betroffenen eine Änderung selber möchten oder diese zur Abwendung einer Gefahr wirklich notwendig ist und wo Dinge auch „im Argen“ bleiben können, weil die Betroffenen gar keine Änderung wünschen. (Häufiger Fall, wenn die Anregung vom besorgten Vermieter oder Angehörigen kommt, wegen drohender Verwahrlosung.)

Zu prüfen ist auch, ob ein Regelungsbedarf tatsächlich im Interesse der Betroffenen erledigt werden muss oder ob es sich nicht eher um Drittinteressen handelt. Es besteht bei umfangreichen Recherchen die Gefahr, ganz viele Mängel in der Lebens-

führung zu finden und diese dann – im gutgemeinten Interesse und zum Wohl des Betroffenen – mit der Betreuungseinrichtung verbessern zu wollen. Das ist aber nicht Sinn der Betreuung. Hinter jeder Fragestellung des Berichtes muss als wichtige Angabe stehen: **Wünsche und Vorstellungen, eigener Lebensentwurf der Betroffenen.**

2. Zur Art der Darstellung

Eine übersichtliche Darstellung der Informationen ist hilfreich, kann aber auf Kosten des Eindrucks gehen. Es kann der BearbeiterIn im Einzelfall überlassen bleiben, welche Form gewählt wird. Der Katalog sollte als Checkliste dienen, muss aber nicht Punkt für Punkt abgearbeitet werden, sondern nach individuellem Bedürfnis. Ein Mitarbeiter in Hannover hat großes Einfühlungsvermögen und dazu eine literarische Begabung. Durch dessen Beschreibung wird die Person lebendig. Die zu betreuende Person besteht nicht nur aus Zahlen, Daten, Fakten. Um den für sie angemessenen subjektiven Hilfe- und Regelungsbedarf feststellen zu können, muss im Sozialbericht Raum sein für die individuelle Persönlichkeit, s.o. So ist im Einzelfall eine Beschränkung auf einen vorübergehenden Unterstützungsbedarf oder die Beschreibung des konkreten Regelungsbedarfes – evtl. mit Empfehlung einer Betreuungsplanung – sinnvoller als eine umfassende Darstellung der sozialen Situation.

Dazu gehört neben der Empfehlung der Aufgabenkreise auch die Empfehlung einer Überprüfungsfrist und dem Hinweis, dass die Behörde auch bei der Überprüfung beteiligt sein möchte und sich ggf. selber eine Frist setzt und nach Ablauf nachfragt.

Soweit möglich sollten konkrete Rehabilitationsmaßnahmen benannt werden.

3. Anregungen

- Zum Standard sollte die Frage nach bestehenden Vollmachten gehören. (Ist eine Kontovollmacht ausreichend zur Regelung aller finanziellen Angelegenheiten?)
- Es sollte, soweit möglich, geklärt werden, ob die zu Betreuende auf Grund des Vermögens oder der Einkünfte vermögend ist, also als Selbstzahlerin eingestuft wird. Bei empfohlener Berufsbetreuung ist die Akzeptanz hinsichtlich der Kosten mitentscheidend.
- § 15 SGB X, Bestellung eines Behördenvertreters auf Ersuchen der Sozialbehörde, sollte bei geeigneten Fällen in Erwägung gezogen werden.

III. Anmerkung

Sehr hilfreich wäre, wenn die Behörde sich tatsächlich auch für die Vermittlung anderer Hilfen zuständig fühlt und im Rahmen ihrer kommunalen Möglichkeiten darauf hinwirkt, dass andere Hilfen auch zur Verfügung stehen. Ein Teil der rechtlichen Betreuungen wäre dann nämlich nicht erforderlich.

Die immer wieder vorgetragenen Bedenken, dass die Betreuung einen Eingriff in die Rechte der Betreuten darstelle und deswegen auf das notwendigste Maß zu beschränken sei, beschreibt nur die eine Seite. Sie betrifft sozusagen die obere Grenze zur Eigengefährdung und erfordert unter Berücksichtigung des Willens eine strenge Verhältnismäßigkeitsprüfung. Auch hierzu ist im Sozialbericht eine Einschätzung abzugeben. Hier gilt: So wenig Betreuung wie möglich.

In der Praxis besteht aber viel häufiger ein Problem mit der Abgrenzung nach unten, also der Erforderlichkeit, konkret: der Verweis auf andere Hilfen. Die rechtliche Betreuung wird benötigt, weil die sozialstaatlichen Hilfen immer mehr auf dem Rück-

zug begriffen sind und die Durchsetzung von Ansprüchen auf Sozialleistungen immer komplizierter wird. Die Betreuung ist also nicht als Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht, sondern als notwendiges Mittel, selbstbestimmt leben und teilhaben und bestehende Rechte durchsetzen zu können, zu verstehen, und zwar auch bei nicht geschäftsunfähigen oder besonders unkooperativen Menschen. Hier gilt: So viel Betreuung wie nötig.

In den Überprüfungsanhörungen bittet die weitaus überwiegende Zahl der Betreuten um Verlängerung, meistens mit dem Argument der Schwierigkeit mit den Behörden. Sie erleben die Sozialverwaltung als zu kompliziert und nicht selten als gegen sich gerichtet. Wenn Betreute sich nicht gerne auf die anderen Hilfen einlassen wollen, weil sie die Betreuung sehr schätzen, ist sie dann weiterhin erforderlich?

Ich habe mit Interesse gelesen, dass die Behörde versucht zu vermitteln und auch über den Einzelfall hinaus daran mitarbeitet, Lücken in der regionalen Versorgung aufzuzeichnen. Wenn dies der Fall ist, könnte ich zukünftig auf die Bestellung von Betreuern mit dem Aufgabenkreis „Vermittlung anderen Hilfen“ verzichten.

Kommentar aus der Sicht des Rechtsmittelgerichts

Eva Moll-Vogel

Ausgangspunkt soll zunächst die Frage sein, welche Betreuungsverfahren üblicherweise ins Rechtsmittel gehen. Dabei handelt es sich aus meiner langjährigen Erfahrung aus mehreren Instanzen insbesondere um die Verfahren, in denen es

- Streit um die Notwendigkeit der Betreuung (krankheitsuneinsichtiger Betroffener) und/oder
- Streit um Betreuerbestellung trotz Bevollmächtigung und/oder
- Streit um die Betreuerauswahl (übergangener Angehöriger/Ablösung eines zuvor bestellten Betreuers) gibt.

Soweit die Rechtsmittel Aussicht auf Erfolg bieten und nicht nur Ausdruck der in diesen Verfahren vermehrt auftretenden krankheitsbedingten Unfähigkeit zur Einsicht in bestimmte Notwendigkeiten bzw. auch Ausdruck von vorhandenem Querulamentum sind, liegen die festgestellten Mängel der Betreuungsverfahren häufig im Bereich einer unzureichenden Aufklärung des Sachverhalts, sodass damit ein Verstoß gegen den Grundsatz der Amtsermittlung des § 12 FGG gegeben ist.

§ 12 FGG gilt sowohl im Verfahren erster Instanz als auch im Beschwerdeverfahren. Das Beschwerdegericht tritt vollständig an die Stelle des erstinstanzlichen Gerichts (Schmidt in Keidel/Kuntze/Winkler, 15. Aufl., Rdnr. 63 zu § 12 FGG). Im Beschwerdeverfahren können neue Tatsachen und Beweismittel vorgebracht werden (§ 23 FGG). Sämtliches Vorbringen der Verfahrensbeteiligten noch bis zum Erlass der Beschwerdeentscheidung ist zu berücksichtigen. Eine Präklusion neuen Vorbringens findet anders als im Berufungsverfahren nach §§ 530, 531 ZPO im Beschwerdeverfahren der sog. Freiwilligen Gerichtsbarkeit nicht statt.

Die notwendigen Ermittlungen nimmt das Beschwerdegericht, welches – soweit die erstinstanzliche Entscheidung angefochten ist – voll an die Stelle des erstinstanzlichen Gerichts tritt, grundsätzlich selbst vor und wird auch, soweit dies nach § 12 FGG geboten ist, Ermittlungen der ersten Instanz wiederholen müssen. Auch die gesetzlich vorgeschriebenen persönlichen Anhörungen des Betroffenen und ggf. sonstiger Beteiligten müssen in der Beschwerdeinstanz wiederholt werden, es sei denn, dass sich aus dem Akteninhalt einwandfrei ergibt, dass eine erneute persönliche Anhörung in der Beschwerdeinstanz nichts zur Sachaufklärung beitragen wird (Schmidt in Keidel/Kuntze/Winkler, 15. Aufl., Rdnr. 72 zu § 12).

Der Untersuchungsgrundsatz gilt im Beschwerdeverfahren uneingeschränkt. Das Gericht kann sich daher nicht darauf beschränken, Ermittlungen zu den neu vorgetragenen Tatsachen durchzuführen und neuen Beweisanträgen nachzugehen. Vielmehr müssen im Beschwerdeverfahren auch die notwendigen Ermittlungen nachgeholt werden, die das erstinstanzliche Gericht vor der Beschwerde – ggf. von den Beteiligten völlig unbeanstandet – pflichtwidrig unterlassen hat.

Für die Gerichte der weiteren Beschwerde (OLG, künftig BGH) ist eine Nachprüfung der angefochtenen Entscheidung in tatsächlicher Hinsicht grundsätzlich ausgeschlossen, da die weitere Beschwerde ebenso wie in der Revision die angefochtene Entscheidung nur daraufhin überprüft, ob diese auf einer Verletzung des Rechts beruht (§ 27 Abs.1 S.1 FGG). Die tatsächlichen Feststellungen des Beschwerdegerichts sind im Rechtsbeschwerdeverfahren bindend (§ 27 Abs.1 Satz 2 i.V.m. § 559 Abs. 1 ZPO). Eine fehlende Amtsermittlung ist jedoch eine solche Verletzung des

Rechts, die zumindest dazu führt, dass das Rechtsbeschwerdegericht die angefochtene Entscheidung aufhebt und das Verfahren zur Nachholung der gebotenen Sachverhaltsaufklärung an das erstinstanzliche oder an das Beschwerdegericht zurückverweist.

Die Gerichte erster und zweiter Instanz haben somit allen Anlass, zur Aufklärung des Sachverhalts von den Betreuungsbehörden Sozialberichte zumindest in konflikt- und damit in aller Regel auch beschwerdeträchtigen Verfahren einzuholen. Nach allgemeiner Auffassung besteht jedoch keine ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung zur Einholung eines Sozialberichts. Eine solche könnte sich allenfalls aus § 68a S.1 FGG ergeben, nach dem das Gericht vor der Bestellung eines Betreuers oder vor der Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts der zuständigen Behörde dann Gelegenheit zur Äußerung gibt, wenn es entweder der Sachaufklärung dient oder der Betroffene es verlangt. Denklogisch wird ein solcher Bericht – wenn dieser auch nur in Ansätzen den in Rede stehenden Standards entspricht – immer für eine weitere Aufklärung des Sachverhalts nützlich sein, so dass abweichend von der tatsächlichen Praxis eigentlich ganz regelmäßig ein Sozialbericht einzuholen sein dürfte (Bienwald Rdnr. 12 zu § 68a FGG; Mertens in Jürgens, 3. Aufl. Rdnr. 3 zu § 68a FGG). Im ursprünglichen Gesetzgebungsverfahren ist jedoch ausdrücklich von einer obligatorischen Beteiligung der Behörde abgesehen worden, um so Gerichte und Behörden von „einer Vielzahl von Routinearbeiten zu entlasten“ (BT-Drs. 11/4528, S. 173). Die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Betreuungsrecht“ noch einmal erwogene gesetzliche Verpflichtung, einen Sozialbericht einzuholen, ist im 2. BtÄndG ebenso nicht umgesetzt worden.

In der von mir übersehenen Praxis (sowohl aus der erstinstanzlichen Sicht als auch aus Sicht des Rechtsbeschwerdegerichts) wird in der ganz überwiegenden Vielzahl der Fälle kein ausführlicher Sozialbericht eingeholt. Vielmehr führen die Gerichte oft selbst Ermittlungen durch, die – angesichts der personellen und sachlichen Ausstattung ohne weiteres nachvollziehbar – oft völlig ungenügend sind, sodass auch inhaltlich „richtige“ Entscheidungen entsprechend nachgebessert und insbesondere im Tatsächlichen „angefüttert“ werden müssen. Diese Feststellung gilt insbesondere in den konflikt- und damit beschwerdeträchtigen Verfahren. In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf, ob zumindest ein Teil dieser Konflikte auch darauf zurückzuführen ist, dass Entscheidungen nicht auf Grund hinreichender Ermittlungen getroffen worden sind bzw. ob nicht durch eine ausreichende Beteiligung wirklich aller Betroffenen der Konflikt von vornherein zu vermeiden gewesen wäre.

Sofern das Gericht alle notwendigen Fragestellungen durch eigene Ermittlungen abgearbeitet hat, kann auch das Rechtsbeschwerdegericht nicht die Einholung eines Sozialberichts erzwingen. Es steht den Gerichten nämlich völlig frei, auf welche Art und Weise die notwendigen Tatsachen ermittelt werden. Da anders als bei den nach § 68b FGG einzuholenden Gutachten Sozialberichte nicht zwingend erforderlich sind, führen nicht eingehaltene Standards in diesen Berichten auch nur dann zu Problemen, als der vom Gericht seiner Entscheidung zugrunde gelegte Sachverhalt allein auf diesen Berichten und nicht auf eigenen Ermittlungen des Gerichts beruht. Stellt das Gericht in seiner Entscheidung ausdrücklich auf einen eingeholten Sozialbericht ab, so wird dieser vergleichbaren Anforderungen wie ein Gutachten nach § 68b FGG entsprechen müssen. D.h. die Ausführungen müssen insbesondere nachprüfbar sein, das Gericht muss sich ein eigenes Bild von der Richtigkeit der im Sozialbericht gezogenen Schlüsse machen können. Dabei müssen die Sozialberichte so verfasst sein, dass eine verantwortliche richterliche Prüfung auf fachliche Fundierung, Logik und Schlüssigkeit vorgenommen werden kann. Dazu wird im Bericht insbesondere darzulegen sein, von welchen Anknüpfungstatsachen ausgegangen worden ist und

welche Nachforschungen, Anfragen und Gespräche dem Bericht zugrunde gelegt worden sind (vgl. Kayer in Keidel/Kuntze/Winkler, Rdnr. 6 zu § 68b FGG). Besonders praxisrelevant sind diese Überlegungen indes nicht, da in Streitfällen die umstrittenen Tatsachen ohnehin im Rahmen einer Beweisaufnahme aufgeklärt werden müssen. Der Bericht der Betreuungsbehörde kann bei einer solchen Beweisaufnahme weder als Gutachten noch als Urkunde Verwendung finden (Damrau/Zimmermann, 3. Aufl.; Rdnr. 3 zu § 8 BtBG; Mertens in Jürgens, 3. Aufl. Rdnr. 3 zu § 68a FGG; Dodegge in Dodegge/Roth, 2. Aufl., Rdnr. J 52; Locher in Fröschle, Rdnr. 2 zu § 68a FGG). In diesem Zusammenhang reicht auch ein noch so fundierter Sozialbericht nicht aus. Allerdings könnte der Verfasser des Sozialberichts als Zeuge zu dem von ihm ermittelten Sachverhalt befragt werden.

§ 8 BtBG spricht zwar nur vom Vormundschaftsgericht, indes besteht die Unterstützungspflicht gegenüber allen gerichtlichen Entscheidungsträgern; selbst in Ausnahmefällen auch gegenüber der Rechtsbeschwerdeinstanz (Bienwald, Rdnr. 5 zu § 8 BtBG). Die Behörde führt ihre Arbeit eigenständig durch. Ein Weisungsrecht des Gerichts, wie die Ermittlungen zu führen sind, besteht nicht (BT-Drs.11/4528, S. 101). Allerdings ist die Behörde bei einer entsprechenden Anfrage des Gerichts zum Tätigwerden verpflichtet (Winterstein in Jürgens, 3. Aufl., Rdnr. 3 zu § 68a FGG).

Diskussion zu den Kommentaren aus Sicht der Gerichte

Der Anspruch des vorgelegten Papiers wurde von den Teilnehmern als hoch qualifiziert. Sachverhaltsermittlungen könnten in allen Verfahren eine Rolle spielen. Eine besondere Bedeutung komme auch den Überprüfungen laufender Betreuungen zu. Dort, wo nach Standards gearbeitet werde, habe sich die Qualität der Berichte erkennbar verbessert und den Gerichten fundierte Hilfestellung bei der Entscheidung geliefert. Besondere Bedeutung habe auch der Blick der Behörde auf die Möglichkeiten anderer Hilfen. Die Betreuungsbehörden würden besser als medizinische Gutachter oder Gerichte die örtlichen Verhältnisse, kommunale Hilfsstrukturen und Möglichkeiten im Umfeld des Betroffenen ermitteln und für eine gerichtliche Entscheidung aufbereiten können. Wünschenswert sei auf jeden Fall, dass eine Betreuungsbehörde nicht nur die Möglichkeiten anderer Hilfen ermittle und vermittele, sondern auch einleite und ggf. organisiere.

Jedenfalls könnten viele Verfahren besser werden, wenn die Betreuungsbehörde von Beginn an eingeschaltet werde. Es sei auch Aufgabe der Gerichte, auf die Qualität der Sachverhaltsermittlungen Wert zu legen.

C. Kommentar aus Sicht der Sozialen Arbeit

Silke Birgitta Gahleitner

In ihrem Standardwerk ‚Soziale Diagnose‘ fordert Alice Salomon (1926/2004) von tätigen ‚Sozialbeamten‘, eigene Voreingenommenheiten als solche zu begreifen, die eigene Einstellung zu reflektieren und richtig bewerten zu lernen und dadurch die Gefahr zu vermeiden, bestimmte Tatsachen zu stark, andere zu gering zu beachten und zu bewerten. Der Sozialbericht im Rahmen eines Verfahrens zur Einrichtung oder Aufhebung einer gesetzlichen Betreuung nach den vorliegenden Standards sei ihrer Ansicht nach ‚ExpertInnensache‘¹; auf seiner Basis würden wichtige, lebens- und alltagsprägende Entscheidungen getroffen. Tatsächlich bedeutet Diagnose, ursprünglich griechisch, das ‚Auseinanderkennen‘ der Merkmale eines Gegenstandes, einer Person oder eines Systems. *Soziale* Diagnostik oder *Sozial*berichterstattung ist dabei in besonderer Weise verpflichtet, die Schnittstelle zwischen psychischen, sozialen, medizinischen und alltagspraktischen Dimensionen auszuleuchten. Dabei kann nach Alice Salomon die Verschiedenheit von Auffassungen im interdisziplinären Austausch mit anderen Professionen und Institutionen sehr hilfreich sein, denn gerade Verschiedenheiten, bemerkt sie, zwingen zu eigenem Denken und Urteilen und schärfen den Verstand und die Wahrnehmung für das eigentlich Wesentliche (ebd.).

Pragmatische Überlegungen könnten die Verantwortlichen für die Durchführung der Sozialberichterstattung an dieser Stelle bereits in die Mutlosigkeit treiben. Das eingeräumte Zeitbudget ist knapp, die Aufgabe nicht einlösbar, eine anspruchsvolle Abklärung mit ‚ExpertInnenanspruch‘ ein hehrer, in der Alltagspraxis schwer umsetzbarer Traum. Auf der ExpertInnentagung in Göttingen wurde deutlich, dass die unterschiedliche Organisationsstruktur und Praxis in den einzelnen Bundesländern auch ein Variantenspektrum in der Ausführungspraxis der Sozialberichterstattung erfordert bzw. ermöglicht. Eine Möglichkeit der ‚Einigung‘ und ‚Vereinheitlichung‘ jedoch wäre, sich gemeinsam auf ein Grundverständnis der Sozialberichterstattung hin zu orientieren, auf dessen Basis die konkrete Ausführung vor Ort – je nach Organisationsstruktur und Zeit- bzw. finanziellen Ressourcen – erfolgt. Zielsetzung könnte sein, auf dem Hintergrund von Wissen und Erfahrung prozessspezifisch sowie personenzentriert und situationsadäquat tätig werden zu können.

Ziel einer Sachverhaltsaufklärung bzw. eines Sozialberichts, so § 8 BtBG, ist eine Entscheidungshilfe für das Gericht. Für die Betreuungsbehörde bedeutet dies, „das soziale Umfeld des Betroffenen zu analysieren, um drei Fragen von verfassungsrechtlicher Bedeutung beantworten zu können: Welche Angelegenheiten des Betroffenen sind konkret zu erledigen? Was kann der Betroffene trotz seiner Erkrankung in seinem sozialen Lebensraum selbst gestalten? Welche anderen, sozialen Hilfen, die den Betroffenen auffangen können, sind verfügbar?“ (AG Standards für die Sozialberichterstattung, 2007, S. 2 f.). Im Folgenden sollen die dazu erforderlichen Kernbereiche des Wissens und Handelns aus der Perspektive der Sozialen Arbeit erläutert werden. Einige der angesprochenen Punkte sind bereits in dem von der Arbeitsgruppe vorgelegten Vorschlag aufgegriffen, einige wenige andere wären zu ergänzen – stärker jedoch im Hinblick auf eine perspektivische Ausrichtung, als durch die Hinzufügung konkreter Punkte in einer Liste der abzuarbeitenden Aspekte.

1 Zitat von Herrn Langholf während der zugrunde liegenden Tagung am 6.10.2008 in Göttingen.

I. Inklusion als Aufgabe des Betreuungswesens

Das Arbeitsfeld der Betreuung gehört zu den originären Aufgabenstellungen der Sozialen Arbeit mit ‚hard-to-reach‘-Klientel in Multiproblemsituationen und erfordert neben medizinischer und psychologischer Versorgung insbesondere einen Fokus auf Inklusionsprozesse (Pantucek, 2008). Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 ist Gesundheit ein Gut, an dem allen Menschen gleichermaßen Teilhabe ermöglicht werden soll. Demnach sollen „sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (WHO, 1986, Abs. 3). In der tagtäglichen Lebensrealität betreuter Menschen kommt es jedoch zahlreich zu Diskriminierungs-, Stigmatisierungs- und Separationsprozessen (Goffman, 1963/1967). Bezeichnungen wie z. B. ‚unfähig‘ oder ‚inadäquat‘, gehören bis heute zur gängigen Nomenklatur für psychisch oder anderweitig beeinträchtigte Menschen. Dieses „dominant nihilistische Menschenbild“ (Theunissen, 2000, S. 17) ist aktuell auch in den Vorstellungswelten vieler helfender Disziplinen zu finden. Es durchzieht die Gesellschaft als Ganzes und begegnet uns bei Normalbürgerinnen und -bürgern ebenso hartnäckig wie bei den Betroffenen selbst (Rommelspacher, 1995). Diese überraschende Einmütigkeit ist bereits ein Teil des Problems und eine der Ursachen der immer wieder erfolgenden (Selbst-)Zuschreibungen (ebd.).

Exklusion ist also nicht nur als individuelles Schicksal zu begreifen, sondern als ein Phänomen der gesellschaftlichen Realität, als ein „sozial vermittelter Tatbestand“ (Thimm, 1990, S. 11). Das Erkenntnis- und Interventionskonzept Sozialer Arbeit versteht Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung daher wesentlich biografisch und in soziokulturellen Milieus verankert. Bedingungen des Entstehens und Verlaufs von Beeinträchtigungen sind der Ausgangspunkt für Überlegungen zur Entwicklung dialogischer Hilfeformen sowie von geeigneten Setting-Projekten zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (Pauls & Mühlum, 2005; Pauls, 2004). Aufgabe ist, das Unterstützungspotenzial durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren im Alltag zu mobilisieren. Dies kann jedoch ohne eine hinreichende Betrachtung der individuellen Faktoren ebenso wenig zielführend sein wie durch eine zu enge Fokussierung auf psychophysische Aspekte (Pauls, 2004). Aufgrund dieser anspruchsvollen Aufgabe hat sich in den letzten zehn Jahren Klinische Sozialarbeit als Spezialisierungstendenz herausgebildet.

Eine im Interventionsprozess brauchbare diagnostische Abklärung ist eine lebens-, subjekt- und situationsnahe Diagnostik, die die klassifikatorische Diagnostik *und* grundlegende Aspekte der Biografie und Lebenswelt zusammenträgt. Es empfiehlt sich daher eine Systematik im Vorgehen, die einen gezielten Blick auf alle diese Phänomene wirft. Gerade um der (un-)sozialen Chancenstruktur und den bis in das Selbsterleben und in die Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien vorgedruckenen psycho-sozialen Beeinträchtigungen angemessen begegnen – und damit auf Inklusionsprozesse hinwirken – zu können, bedarf es nach dem Konzept der Klinischen Sozialarbeit daher einer ‚*psycho-sozialen Diagnostik und Behandlung*‘ (Gahleitner, 2006; Pauls, 2004), auf deren Konzepte in den folgenden Ausführungen Bezug genommen wird (ausführlicher an einem Fallbeispiel für das Betreuungswesen siehe Gahleitner & Pauls, 2008).

II. Interdisziplinär informiert sein als Aufgabe des Betreuungswesens

Klassifikatorische Diagnostik gibt Einteilungen vor, um Symptome jeweils einer oder mehreren Diagnosen zuordnen zu können und damit eine Suchrichtung für wichtige

störungsspezifische Behandlungsentscheidungen und Vorgehensweisen zu erhalten. Standardisierte Klassifikationssysteme zur medizinischen und psychiatrischen Diagnostik wie das *International Classification of Diseases (ICD-10)* der WHO (2008), die im Betreuungswesen vorherrschen, werden in international besetzten Konsensgemeinschaften erarbeitet und erhalten dadurch überregionale Verbindlichkeit. In der Entstehung der Kategorien spielen Normalitätskonstruktionen eine große Rolle (vgl. u. a. Schulze, 2008) – ein Umstand, der berechtigterweise Kritik hervorruft, da damit Ethnozentrismen sowie Macht- und Lobbyinteressen verknüpft sind. Eine grundsätzliche Informiertheit über gängige Klassifikationssysteme ist allerdings für alle Professionen, die sich im Betreuungswesen einer Person annehmen, unausweichlich, da es als Grundlage für die wesentlichsten Entscheidungsvorgänge dient.

Es ist daher nötig, sich in den Systemen zurechtzufinden sowie Einordnungen nachvollziehen, anwenden, jedoch auch kritisch auf Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozesse hinterfragen zu können. Inzwischen wurden auch Klassifikationssysteme für den stärkeren Einbezug sozialer Dimensionen entwickelt. Zu nennen ist hier u. a. die *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* der WHO (2001; vgl. auch Schuntermann, 2007), die eine länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person entwickelt hat. Erfasst werden: Behinderungen und Beeinträchtigungen der Person, ihrer Aktivitäten und ihrer Situation einschließlich ihrer Teilhabemöglichkeiten im Alltag. Diese Entwicklungen lassen hoffen, dass es in Zukunft passgenauere Klassifikationssysteme im Bereich der Sozialen Arbeit geben kann und wird. Ein Zwischenschritt könnte ermöglichen, sich z. B. im Betreuungswesen auf das ICF zu beziehen. Die daraus resultierende größere Gesamtschau aus störungsbedingten Defiziten und vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen könnte den sozialen Diagnostiker dann in einen Dialog mit der Klientel führen, der eine ganzheitlichere Sichtweise ermöglicht.

III. Dialogisch, subjektorientiert und lebensweltorientiert vorgehen als Aufgabe des Betreuungswesens

Der soeben genannten Gefahr, lebensgeschichtlich geprägtes, individuelles Leiden in ‚klinischen Störungsbildern‘ zu fixieren und an wichtigen subjektiven wie biografischen Informationen vorbeizugehen, ist durch die Kompetenz vorzubeugen, die ‚diagnostische Situation‘ dialogisch zu gestalten. Die dialogische Gestaltung von Hilfesituationen ist eine Vorgehensweise, der sich Klinische Sozialarbeit grundsätzlich verpflichtet fühlt (Pauls, 2004) und gilt insbesondere für das auf Macht basierende und auf Hierarchie ausgerichtete Betreuungswesen. Für einen biografisch kontextualisierten und subjektorientierten Zugang bietet sich die Forschungstradition rekonstruktiver Sozialforschung, insbesondere die Biografieforschung, an. Fallrekonstruktion wird aus dieser Perspektive zu einem Schlüssel verstehender Diagnostik, in der die Rekonstruktion von biografischen Entwicklungen und Verläufen eine zentrale Rolle spielt (vgl. u. a. Fischer, 2006; Hanses, 2000). In der Sozialen Arbeit haben diese Traditionen mit der Zeit einen immer höheren Stellenwert eingenommen (vgl. Miethe et al., 2007; Völter, 2008).

Die hierzu entwickelten Erhebungsverfahren sind vielfältig. In der Integrativen Therapie und Beratung wird mit dem ‚Lebenspanorama‘ gearbeitet (vgl. u. a. Gahleitner, 2005; Petzold et al., 2000), Methoden der narrativen Gesprächsführung und Intervention bewegen sich angelehnt an qualitative Forschungsmethoden im sprachlichen Bereich (vgl. zum Vorgehen u. a. Loch & Schulze, 2002). Die Relevanz solcher Selbstdeutungen bleibt im medizinischen und juristischen System oftmals unberücksich-

tigt. Dies ist insofern problematisch, als nicht nur die Diagnostik, sondern auch Interventionsansätze an den Selbstdeutungen der Klientel anknüpfen müssen, um in der Praxis wirksam zu sein. Für die Profession Sozialer Arbeit „besteht der Gewinn in der Sensibilisierung für die Bedeutung biographischer Wissenskontexte und Sinnhorizonte sowie der Aussicht auf eine erfolgreiche Unterstützungsleistung“ (Hanses, 2002, S. 98). Dies gilt m. E. in besonderem Maße für das Betreuungswesen.

Um die oben genannten Fragen der Sozialberichterstattung zu beantworten, muss überdies die ‚Passung‘ zwischen Subjekt und ‚objektiver‘ Außenwelt erfasst werden. Dafür sind sozial- und lebensweltorientierte diagnostische Instrumente ein zentrales Element. Besonders lebensnah lässt sich das Ausmaß der Beeinträchtigung auf der Ebene der ‚Person-in-der-Situation‘ mit den ‚fünf Säulen der Identität‘ aus dem Konzept der Integrativen Therapie und Beratung erheben (vgl. u. a. Petzold et al., 2000). Die fünf Säulen der Identität – ‚Leiblichkeit bzw. Gesundheitszustand, soziales Umfeld, Arbeit/Freizeit/Leistung, materielles und kulturelles Kapital‘ (Bourdieu, 1992) und Wertvorstellungen – werden entlang den inneren Repräsentanzen durch den/die KlientIn bildlich oder durch Sprache dargestellt (vgl. dazu anschaulicher Gahleitner, 2005). Jede der Säulen lässt sich auf Bedarf vertiefen. Das soziale Umfeld und seine Bedeutung für die Betroffenen z. B. lässt sich mit Hilfe des sozialen oder sozio-kontextuellen Atoms (Gahleitner, 2005; Märtens, 1997) diagnostisch erfassen oder – je nach Zeit und Ressourcen – zu einer Ecomap (Cournoyer, 1996; vgl. ausführliche Beschreibung des Vorgehens bei Pauls, 2004) ausweiten, die in den sozialen Kontext einer Person zusätzlich die beteiligten Institutionen und das Hilfenetzwerk integriert und damit die umgebende soziale Welt repräsentiert (vgl. weitere Instrumente bei Pantucek, 2008; Bullinger & Nowak, 1998). An dieser Stelle könnten künftig kreativ geeignete Instrumente für spezifische Zielgruppen in der Betreuung angepasst werden.

IV. Komplexität reduzieren und kreativ vorgehen als Aufgabe des Betreuungswesens

Nach Pantucek (2008) sollte soziale Diagnostik (a) Komplexität abbilden und Strukturierung ermöglichen, (b) (Nicht-)Intervention fachlich begründen, (c) sich an Fragen der Inklusion orientieren, (d) Selbstaneignungsprozesse fördern und (e) den Dialog unterstützen. In ihrer Summe muss Diagnostik daher auf eine Strukturierung der komplexen Informationen hinauslaufen, die die Dimensionen ‚Individuum – soziale Umwelt‘ sowie die Dimensionen ‚Defizite – Ressourcen‘ möglichst umfassend, aber auch prägnant zuweist, damit sie in einen Punktekatalog, wie er von der AG Standards für die Sozialberichterstattung vorgestellt wurde, eingebracht werden können. Bei den von Pauls (2004) entwickelten *Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik und Intervention* handelt es sich um eine Problem- und Ressourcenanalyse, die auf unterschiedliche, in den vorherigen Abschnitten dargestellte diagnostische Daten zurückgreift. Dadurch wird sie zu *mehr als einem weiteren Instrument*, nämlich zum *strukturierenden und ordnenden Orientierungsmodell* für den anstehenden Entscheidungsprozess, sozusagen als *‚diagnostisches Substrat‘* aus den bisher gewonnenen Informationen (vgl. ausführlich an einem Fallbeispiel Gahleitner, 2005).

Insgesamt ermöglicht das geschilderte Vorgehen die dialogisch angelegte Klärung der Frage, welche Hilfebereiche in der Dimension ‚Klient – primäres soziales System‘ bearbeitet werden sollten, mit welchen Ressourcen der beiden Dimensionen gearbeitet werden kann und welche Defizite auf die Notwendigkeit von spezifischer Unterstützung verweisen (vgl. dazu im Betreuungswesen auch Cremer, 2007). Die Vorgehensweise der Sozialberichterstattung sollte dialogischem Vorgehen grundsätzlich verpflichtet sein, sodass Transparenz, Kontrollierbarkeit, Mitsprache und

Evaluation möglich werden. Das Vorgehen bietet zudem zahlreiche Einsatzmöglichkeiten innerhalb der Sozialberichterstattung und die Möglichkeit, Assessmentvorschläge aus dem Case Management (vgl. z.B. Roder, 2007) und andere bereits geeignete Instrumente (vgl. z.B. Pantucek, 2005) einzubeziehen. Es erlaubt damit einen flexiblen Umgang und ist dabei geprägt von einer Haltung, die klassifikatorische Schritte als Erkenntnisquelle schätzt, aber in reflexiver Durchbrechung wieder kritisch reflektiert (Staub-Bernasconi, 2003).

An dieser Stelle soll nochmals betont werden, dass der aufwendig erscheinende Gesamtdurchlauf sich sehr kreativ abwandeln und den jeweiligen Umständen entsprechend gestalten lässt. Vor dem Hintergrund des vorhandenen Rahmens lassen sich an jeder Stelle Abkürzungen oder kurze Nachvollzüge in Gedanken für die jeweils konkrete, im Moment geforderte, Sozialberichterstattung einbauen und anfügen. In einem weiteren Schritt wäre für die künftigen Sozialberichtersteller ein exemplarisches Aufzeigen, wie diese Schritte konkret in einem Betreuungsverfahren abgehandelt werden könnten, hilfreich. Diagnostische Abklärung in Form von ‚Schritten‘ zu organisieren, könnte so mehr als Bildung eines Wissenshintergrundes verstanden werden, vor dem es möglich wird, ‚strukturierte Intuition‘ zu entwickeln. Das Betreuungswesen würde sich mit dieser Perspektive als eine Profession in der Fachöffentlichkeit zeigen, die den entautonomisierenden Tendenzen des biomedizinischen Krankheitsverständnisses entgegenwirken kann, zugleich jedoch eine qualifizierte Zusammenarbeit mit den angrenzenden Professionen ermöglicht und KlientInnen – entsprechend den von Crefeld (2005) geforderten Kernkompetenzen – unterstützt.

Literatur:

- AG Standards für die Sozialberichterstattung* (2007): Standards für die Sozialberichterstattung. Eine AG auf der 11. Jahrestagung 2007 der Leiterinnen und Leiter von Betreuungsbehörden vom 14.-16. Mai 2007 in Erkner, moderiert von Margrit Kania und Friedwald Maug
- Bourdieu, P.* (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA
- Bullinger, H. & Nowak, J.* (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Freiburg: Lamertus
- Cournoyer, B.* (1996): The social Work skills workbook. (2nd ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing
- Crefeld, W.* (2005): Kernkompetenzen rechtlicher Betreuung. Berufsethik und Leitlinien. Beiträge zur Entwicklung von beruflichen Standards im Betreuungswesen. In Bundesverband der Berufsbetreuer [BdB] (Hrsg.), Berufsethik und Leitlinien (S. 41–48). Hamburg: BdB e.V. (bdb-argumente 4)
- Cremer, M.* (2007): Auf Augenhöhe mit den Klient/innen. Btplus. Zeitschrift für die professionelle Betreuungsarbeit, 3, 14–17
- Fischer, W.* (2006): Fallrekonstruktion und Intervention. In C. Giebeler, W. Fischer, M. Goblirsch, I. Miethe & G. Riemann (Hrsg.), Fallverstehen und Fallstudien. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung (S. 23–34). Leverkusen: Budrich
- Gahleitner, S. B.* (2005): Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. Psychosozial, 28 (3), 43-58
- Gahleitner, S. B.* (2006): ‚ICD plus‘ und ‚Therapie plus‘ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. Klinische Sozialarbeit, Sonderausgabe 2006, 12-22. Online verfügbar: www.klinische-sozialarbeit.de/KlinSa_Sonderausgabe%20Tagung_05.pdf [16.11.2007]
- Gahleitner, S. B. & Pauls H.* (2008): Geeignete Methoden der Sozialdiagnostik zur Erstellung eines betreuungs-rechtlich relevanten Sozialgutachtens. In Brucker, U. (Hrsg.), Besser betreuen. Beiträge zu einer qualitätssicheren gesetzlichen Betreuung (S. 240-254). Frankfurt: Fachhochschulverlag
- Goffman, E.* (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp (Amerikanisches Original erschienen 1963)

Teil II Göttinger Workshop zur Sachverhaltsaufklärung nach § 8 BtBG

Hanses, A. (2000): Biographische Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Über Notwendigkeit und Möglichkeit eines hermeneutischen Fallverständnisses im institutionellen Kontext. *neue praxis*, 30(4), 357-379

Hanses, A. (2002): Biografische Diagnostik als Veränderung professioneller „Interaktionsordnung“. In M. Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (S. 86-102). Hohengehren: Schneider

Loch, U. & Schulze, H. (2002): Biographische Fallrekonstruktion im handlungstheoretischen Kontext. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (S. 559-576). Opladen: Leske + Budrich

Märtens, M. (1997): *Psychotherapie im Kontext: soziale und kulturelle Koordinaten therapeutischer Prozesse*. Heidelberg: Asanger

Miethe, I., Fischer, W., Giebeler, C., Goblirsch, M. & Riemann, G. (Hrsg.). (2007): *Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung*. Leverkusen: Budrich

Pantucek, P. (2005): *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau

Pantucek, P. (2008): Sozialdiagnose und Beratung in den Betreuungsbehörden. In U. Brucker (Hrsg.), *Besser betreuen. Beiträge zu einer qualitätssicheren gesetzlichen Betreuung* (S. 270-285). Frankfurt: Fachhochschulverlag

Pauls, H. (2004): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Reinhardt

Pauls, H. & Mühlum, A. (2005): „Klinische Kompetenzen“ – Was Hilfebedürftige erwarten und Ausbildung leisten muss. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 1, 23-28

Petzold, H. G., Wolf, H. U., Landgrebe, B. & Zorica, J. (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 445-549). Paderborn: Junfermann

Roder, A. (2007): Analyse – Einschätzung – Prognose. Assessment: Grundlage für Qualität.. *Btplus. Zeitschrift für die professionelle Betreuungsarbeit*, 3, 6-9

Rommelspacher, B. (1995): *Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht*. Berlin: Orlanda

Salomon, A. (2004): Soziale Diagnose. In A. Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften. Bd. 3: 1919-1948* (S. 255-314). Neuwied: Luchterhand. (Originalausgabe erschienen 1926)

Schulze, H. (2008): Interkulturelle Fallarbeit – Einlassen auf plurale Realitäten. In: S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* (S. 75-93). Bonn: Psychiatrie Verlag

Schuntermann, M. (2007): *Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – offene Fragen* (2. überarb. Aufl.). Landsberg: Ecomed

Staub-Bernasconi, S. (2003): Diagnostizieren tun wir alle – nur nennen wir es anders. *Widersprüche*, 88, 33-40

Theunissen, G. (2000): *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis*. (3. stark erw. u. überarb. Aufl.) Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Thimm, W. (1990): *Das Normalisierungsprinzip. Eine Einführung*. Marburg: Lebenshilfe

Völter, B. (2008): *Verstehende Soziale Arbeit. Zum Nutzen qualitativer Methoden für professionelle Praxis, Reflexion und Forschung* [58 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(1), Art. 56. Online verfügbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0801563> [18.7.2008]

World Health Organization [WHO] (1986): *Ottawa-Charta*. Genf: WHO. Online verfügbar: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [31.10.2007]

World Health Organization [WHO] (2001): *International classification of functioning, disability and health*. Genf: WHO. (World Health Assembly. 54)

World Health Organisation [WHO] (Hrsg.) (2008): *Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber

Kriterien für die Berichterstattung der Betreuungsbehörde aus der Sicht eines Betreuers

Karl-Heinz Zander

Dieser Beitrag soll die bisher entwickelten Leitlinien für die Berichterstattung der Betreuungsbehörde aus Sicht der sozialen Arbeit kommentieren. Der Autor arbeitet seit längerer Zeit als beruflich tätiger Betreuer in einem Betreuungsverein. Er möchte die Berichterstattung der Betreuungsbehörde zuerst unter dem Blickwinkel der Verwertbarkeit für die spätere Führung der Betreuung und die dazu notwendige Hilfeplanung betrachten.

Sieht man die Betreuung als komplexen Hilfeprozess zum Wohle und unter Beteiligung des Betreuten, so wird deutlich, dass aus sozialarbeiterischer Sicht die Berichterstattung der Betreuungsbehörde an das Amtsgericht Soziale Diagnostik ist und deren Grundsätzen gehorchen muss. Sie steht am Anfang eines Hilfeprozesses und hat deshalb die Chance, dessen solides Fundament zu sein.

Im Folgenden sollen diese im Aufsatz von Silke Gahleitner ausführlich vorgestellten sozialdiagnostischen Methoden auf die Arbeit der Betreuungsbehörde angewandt werden. Der Verfasser zeigt dabei eher Grundhaltungen auf, als dass er ein Ablaufschema bietet.

I. Die Berichterstattung der Betreuungsbehörde muss ressourcen- und nicht defizitorientiert sein

Sie bildet somit die Grundlage – und häufig auch den Anfangspunkt – einer systematischen Hilfeplanung. Welche Ressourcen sind nun wichtig für die Führung der Betreuung?

Am einfachsten genannt und bezeichnet sind die finanziellen Ressourcen; der reine Stand des Vermögens, die Verteilung des Vermögens auf verschiedene Banken und Anlageformen; die sozialrechtlichen Ansprüche, die bisher bekannt sind (Rente, Pflegegeld, Grundsicherungsleistungen etc.)

Die körperlichen Ressourcen bezüglich Beweglichkeit, Robustheit der Gesundheit, die bisher eingeübten Bewältigungsformen (Rollator, Rollstuhl, Inanspruchnahme von Behindertentaxis etc.)

Vielleicht am wichtigsten: Die Ressourcen im sozialen Netzwerk. Welche Verwandten hat der Proband? Wo wohnen diese? Welche Freunde hat der Proband? Wo wohnen diese? Gibt es (frühere) Arbeitskollegen? Welche Bekanntschaften haben sich im direkten Wohnumfeld ergeben? Welche professionellen Helfer waren bisher tätig? Welche waren erfolgreich? Welche waren erfolglos? Warum?

II. Die Berichterstattung der Betreuungsbehörde soll medizinische Berichte und Gutachten hilfreich einbeziehen

Sie soll diese Berichte nicht wörtlich wiedergeben, aber dort, wo sie orientierend bezüglich nicht mehr vorhandener Fähigkeiten sind, sollen sie genannt werden. Interessiert sind das Gericht und der spätere Betreuer hier natürlich auch an einer Information über den möglichen weiteren Verlauf der Erkrankung, über die Bewältigungsmöglichkeiten, die der Proband bisher gefunden hat, über seine Weise, sich mit seiner Erkrankung einzurichten.

III. Die Berichterstattung der Betreuungsbehörde soll vollständig sein

Dies heißt: nicht umfänglich, aber sie soll ein vollständiges Bild der Lebenssituation des Probanden liefern. Sie soll das familiäre Umfeld und die sonstigen sozialen Kontakte (Freunde und Kollegen) des Probanden benennen, weil hier wichtige Ressourcen für die Bewältigung von psychischen Krisen und prekären Lebenslagen liegen. Die Berichterstattung soll die bisher beteiligten Helfer nennen und deren (systematische oder unsystematische) Diagnostik in ihre Berichterstattung einbeziehen.

IV. Die Berichterstattung der Betreuungsbehörde soll präzise und differenziert sein

Gerade wenn es um eine Benennung der notwendigen Aufgabenkreise einer Betreuung geht, ist ein präziser und differenzierter Blick auf die noch vorhandenen Ressourcen notwendig. Wer mit komplizierten Antragsverfahren überfordert ist, kann vielleicht immer noch sein Girokonto verwalten. Wenn Angehörige oder Nachbarn einen Betroffenen unterstützen, kann eine präzise Aufgabenumschreibung der Betreuer Tätigkeit helfen, Konflikte und Konkurrenzen zu vermeiden.

Die Berichterstattung der Betreuungsbehörde muss also auf die Frage: „Welchen Handlungsbedarf gibt es in den einzelnen Aufgabenkreisen und wie begründet sich der Handlungsbedarf?“ in der Berichterstattung an das Amtsgericht zur Vorbereitung einer soliden Entscheidung unbedingt eingehen.

V. Die Berichterstattung der Betreuungsbehörde soll helfen, die Entscheidungen des Gerichts und die Interventionen des Betreuers vorzubereiten und zu begründen

Sie soll diese Entscheidungen nicht vorwegnehmen, aber sie soll durch genaue Ermittlung des Sachverhalts und einer fachlich fundierte Zusammenfassung ihrer Erkenntnisse in einer Schlussempfehlung diese Entscheidungen vorbereiten. „Soziale Diagnostik muss die Komplexität des Falles erschließen und doch so strukturieren, dass Entscheidungen möglich werden.“ so Peter Pantucek auf der Jahrestagung 2006 der LeiterInnen der Betreuungsbehörden in Erkner.

VI. Die Berichterstattung der Betreuungsbehörde muss gegenüber dem Probanden dialogisch angelegt und wertschätzend sein

Der Proband muss das Aufgeschriebene verstehen – wenn er es nicht billigt, ist das eine andere Sache. Eine exakt darstellende und nicht wertende Sprache sollte deshalb in der Berichterstattung selbstverständlich sein. Es empfiehlt sich, am Ende eines Anamnesegesprächs dem Probanden gegenüber den beabsichtigten Inhalt des Berichts kurz zusammenzufassen. In dieser Zusammenfassung muss der Proband seine persönlichen Beiträge und seine während des Gesprächs geäußerten Wünsche wieder erkennen können. Die Berichterstattung muss auf jeden Fall deutlich gekennzeichnet die Wünsche des Probanden zu einzelnen Aufgabenkreisen der Betreuung enthalten.

Ist das nicht etwas viel? – so wird sich der Leser vielleicht fragen. Nein, nur durch eine fachlich qualifizierte Berichterstattung wird sich die Betreuungsbehörde von einer bloß administrativen Randinstanz im Betreuungsverfahren zu einer **wirkkraftigen Fachbehörde, die ihre Kompetenzen kennt** und sie sehr wohl in der sachverständigen Beratung gegenüber dem Gericht ins Spiel zu bringen weiß, weiterentwickeln.

Zuletzt bliebe dann die Frage des gerichtlichen Auftrags. Es ist richtig, dass das Gericht manchmal von der Betreuungsbehörde nur die Aufklärung einzelner, begrenzter Sachverhalte erwartet. Besonders bei der Eingrenzung von Aufgabenkreisen oder der Beendigung einer Betreuung kann dies der Fall sein. Wenn das Gericht allerdings, wie bei einzelnen Amtsgerichten üblich, die Verfahrensakten übersendet „mit dem Ersuchen, zu den persönlichen Verhältnissen und dem sozialen Umfeld des Betroffenen zu berichten und dazu Stellung zu nehmen, ob und in welchem Umfang Hilfe durch Betreuung erforderlich ist“, so wünscht das Gericht ausdrücklich eine umfängliche Ermittlung, die dann den vollen Umfang einer Sozialen Diagnostik erreichen darf. Oder anders gewendet: nur durch eine ganzheitliche soziale Diagnostik ist es in vielen Fällen möglich, den notwendigen Umfang einer Betreuung zu bestimmen.

D. Kommentar aus rechtswissenschaftlicher Sicht

Prof. Dr. Tobias Fröschle

Die Ausgestaltung der Aufgaben der Betreuungsbehörde als kommunale Selbstverwaltungsaufgaben¹ bringt es mit sich, dass diese in Deutschland bis jetzt und auch in Zukunft nicht einheitlich gehandhabt werden. Das wäre mit der Idee kommunaler Selbstverwaltung auch schlecht verträglich. Dennoch ist es natürlich nicht wünschenswert, dass eine einheitliche Aufgabe wie die in § 8 BtBG beschriebene in allzu unterschiedlicher Art und Weise wahrgenommen wird. Die Entwicklung von Standards – als Orientierungshilfe für die örtlichen Behörden – ist daher zu begrüßen. Die Ihnen als Arbeitspapier vorliegenden Vorschläge werden von mir sowohl grundsätzlich als auch im Inhalt weitgehend befürwortet. Dies will ich vorwegschicken, da ich mich – schon wegen der begrenzten Zeit – im Folgenden auf kritische Anmerkungen beschränken will und nicht den Eindruck erwecken möchte, als stünde ich dem Vorhaben *insgesamt* kritisch gegenüber.

In diesem Sinne ist aus – meiner subjektiven – rechtswissenschaftlichen Sicht folgendes zu bemerken:

I. Betreuung und Autonomie des Betroffenen

Rechtliche Betreuung ist zwar ein Eingriff in die Privatautonomie des Betroffenen. Das ist jedoch nur die halbe Wahrheit, denn sie dient gleichzeitig der Sicherstellung dieser Autonomie. Wenn der Betreuer den gesetzlichen Vorgaben entsprechend Entscheidungen nach den Wünschen und Vorstellungen des Betreuten trifft, dient dies der *Verwirklichung* der Selbstbestimmung des Betroffenen, die dieser – aufgrund seiner mentalen oder körperlichen Einschränkungen – nicht selbst verwirklichen kann.

Es gibt die Antinomie zwischen Hilfeangebot und Rechtseingriff so nicht. Vielmehr ist *jede* falsche Entscheidung in einer Betreuungssache ein Eingriff in die Freiheitsgrundrechte des Betroffenen: die Nichteinrichtung einer notwendigen Betreuung nicht weniger als die Einrichtung einer nicht notwendigen².

Das „so wenig Betreuung wie möglich“, das das Arbeitspapier hervorhebt, sollte daher – um hier keine falsche Parteilichkeit hervorzurufen – um ein „aber so viel Betreuung wie nötig“ ergänzt werden. Es ist die Aufgabe aller Beteiligten, auch der Betreuungsbehörde, dass derjenige eine Betreuung bekommt, der sie braucht.

Dies hat Konsequenzen bei der Beurteilung eventuell zur Verfügung stehender „anderer Hilfen“, also familiärer oder anderer informeller, sowie formeller sozialer Unterstützungssysteme. Hier sollte der kritische Blick der ermittelnden Betreuungsbehörde auch darauf gerichtet sein, ob der Betroffene in der Lage ist, Autonomie *gegenüber* diesen Unterstützungssystemen zu behaupten. Ebenso wie ein Vollmachtgeber auch gegenüber seinem Vorsorgebevollmächtigten noch Rechte hat, die wahrzunehmen erforderlich werden kann (siehe § 1896 Abs. 3 BGB), ist dies bei den „anderen Hilfen“ der Fall.

1 Diese Ausgestaltung ist durch Bundesrecht nicht vorgeschrieben, bis jetzt jedoch in allen Flächenländern gegeben; Fröschle/Kuhrke, Praxiskommentar Betreuungsverfahren, Köln 2007, § 1 BtBG Rn. 2; tabellarische Übersicht bei Deinert/Walther, Handbuch Betreuungsbehörde, 3. Aufl, Köln 2006, S. 25.

2 Grundlegend hierzu: Lipp, Freiheit und Fürsorge, Tübingen 2000; siehe dazu, dass es den Betroffenen in seinen Rechten verletzt, wenn eine notwendige Betreuung nicht eingerichtet wird: OLG München BtPrax 2007, 81.

Es hat Konsequenzen aber auch für die Formulierung des Aufgabenkreises. Wird er zu eng formuliert, entsteht ein Vakuum: Angelegenheiten, die der Betroffene nicht selbst wahrnehmen kann und sein Betreuer ebenfalls nicht. Die – dann notwendige – Erweiterung des Aufgabenkreises kann bedeuten, dass Gericht und Behörde solche Angelegenheiten einer Vorab-Zweckmäßigkeitkontrolle unterwerfen. Privatautonomie ist aber eben *Privatautonomie* ohne solche Einschränkung durch staatliche Institutionen. Ein Betreuer muss in allen Bereichen, in denen der Betreute seiner Rechtsfürsorge bedarf, *agieren* und darf nicht nur *reagieren* können. Daher ist es nach wie vor richtig, dem Betreuer alle Angelegenheiten des Betroffenen explizit zur Wahrnehmung zu übertragen, wenn sein Zustand einer ist, in dem er *keine* seiner Angelegenheiten selbst besorgen kann. Auch hier muss es „so eng wie möglich, aber so weit wie nötig“ heißen.

II. Verfahrensstellung der Betreuungsbehörde

Die Betreuungsbehörde kann im erstinstanzlichen Verfahren des Vormundschaftsgerichts – ab 1. September 2009: des Betreuungsgerichts – in zwei unterschiedlichen Rollen tätig werden, nämlich

- als Erkenntnisquelle für das Gericht im Sinne von § 68a Satz 1 FGG (§ 279 Abs. 2 FamFG-E),
- als Verfahrensbeteiligte.

Ob die Behörde als Erkenntnisquelle vonnöten ist, entscheidet das Gericht im Rahmen der allgemeinen Amtsaufklärungspflicht (§ 12 FGG, §§ 26, 29 Abs. 1 FamFG-E), wenn es nicht durch ein entsprechendes Anhörungsverlangen des Betroffenen gebunden ist.

Die Behörde gehört darüber hinaus aber zu den Stellen, die vom Gericht als Beteiligte zum Verfahren hinzugezogen werden oder aufgrund einer eigenen Entscheidung ihre Beteiligung verlangen können³. Sie kann dann sowohl Sach- als auch Verfahrensanträge stellen. Sie ist nicht mehr nur Unterstützerin des Gerichts i.S.v. § 8 Satz 1 BtBG, sondern trägt dann selbst Mitverantwortung für die Rechtmäßigkeit sowohl des Verfahrens als auch der verfahrensabschließenden Entscheidung, wie aus der besonderen Beschwerdebefugnis des § 69g Abs. 1 Satz 1 FGG (§ 303 Abs. 1 FamFG-E) folgt. Diese Aufgabe ist durch § 9 BtBG im Verwaltungsrecht der Behörde verankert.

Die Standards zu § 8 BtBG sollten m.E. um einen Passus ergänzt werden, der die „Wachsamkeit“ der Behörde hinsichtlich des Betreuungsverfahrens im Ganzen anregt und ihr Hinweise darauf gibt, ab wann es sinnvoll sein kann, in die Beteiligtenrolle zu schlüpfen.

Soweit die Behörde konkrete Entscheidungsvorschläge unterbreitet – wozu sie m.E. aufgrund von § 8 BtBG nur hinsichtlich der in Frage kommenden Personen (Betreuer oder Verfahrenspfleger) verpflichtet, wohl aber auch sonst berechtigt ist – muss klar sein, ob sie dies nur als Entscheidungshilfe für das Gericht verstanden wissen will oder als *Antrag*, bei dem sie sich die Durchsetzung durch Anrufung der nächsten Instanz vorbehält.

Wird die Behörde auf Verlangen des Betroffenen angehört, verändert dies ihre Verfahrensstellung nicht. Sie wird dadurch nicht zum Interessenvertreter des Betroffenen, sondern unterstützt auch dann das Gericht als Erkenntnisquelle mit dem

³ Vgl. §§ 7 Abs. 3, 274 Abs. 3 FamFG-E, dazu dass dies in etwa auch schon jetzt geltendes Recht ist: Fröschle/Fröschle § 13 FGG Rn. 3 f.

einzigsten Unterschied, dass es der Betroffene ist, der die Erkenntnisse der Behörde für das Verfahren für notwendig hält, und nicht das Gericht.

III. Betreuungsbehörde als Fachbehörde

„Fachliche Autonomie“ bezieht sich, richtig verstanden, auf das *eigene* Fach, im Falle der Betreuungsbehörde daher auf die Soziale Arbeit. Deren Fach ist es, den Menschen in seinen gesamten Lebensbezügen zu erfassen, soziale Problemlagen zu erkennen und deren Ursachen sowie ggf. Mittel zur Bewältigung zu benennen. Es ist dagegen *nicht* ihr Fach, spezifisches Fachwissen anderer Disziplinen selbst anzuwenden. Es ist daher auch nicht sinnvoll, eine Stellungnahme nach § 8 BtBG „unabhängig von ...medizinischen und psychiatrischen⁴ Stellungnahmen“ zu erarbeiten, denn dazu müsste die Betreuungsbehörde entweder die Voraussetzungen des § 1896 Abs. 1 BGB ignorieren oder sich psychiatrisches Fachwissen selbst anmaßen: Eine Betreuung darf nämlich nicht schon deshalb eingerichtet werden, weil der Betroffene unfähig ist, seine Angelegenheiten zu besorgen, sondern nur, wenn diese Unfähigkeit *kausal* auf eine Krankheit oder Behinderung zurückzuführen ist⁵. Das setzt eine zweifache Diagnose⁶ voraus, nämlich:

- die *medizinische* Diagnose des Bestehens einer psychischen Krankheit oder eine Behinderung;
- die *sozialpädagogische* Diagnose der Folgen dieser Krankheit oder Behinderung für die soziale Integration des Betroffenen.

Die sozialpädagogische Diagnose baut auf die medizinische auf, ohne sie kann sie lediglich eine mehr oder minder vorhandene soziale Desintegration aufzeigen, ohne die für § 1896 Abs. 1 BGB entscheidende Frage beantworten zu helfen, ob diese in der Krankheit oder Behinderung eine Ursache im juristischen Sinne – nämlich im Sinne einer *conditio sine qua non* – hat. Ignoriert die Behörde medizinische Stellungnahmen, muss sie hierzu die Diagnose der Krankheit oder Behinderung ebenfalls treffen, wozu sie aber fachlich nicht berufen ist. Die einzelnen Voraussetzungen des § 1896 Abs. 1 BGB können weder isoliert voneinander beurteilt⁷ noch aufgeklärt werden.

IV. Zusammenarbeit mit dem Betroffenen

Ein Mandat zur Beratung des Betroffenen mag aus dem allgemeinen Verwaltungsrecht abgeleitet werden können. Aus § 14 SGB I folgt es übrigens nicht, denn die Betreuungsbehörde ist keine Sozialbehörde. Dass die Betreuungsbehörde den Betroffenen vor seiner Befragung darüber aufklärt, weswegen er befragt wird, welche Bedeutung das gerichtliche Verfahren für ihn haben kann und übrigens auch darüber, dass er zur Mitwirkung nicht verpflichtet ist, folgt schon aus allgemeinen Verfahrensgrundsätzen⁸. Ein Verfahren ist nur „fair“, wenn derjenige, den es betrifft, die Gelegenheit zur aktiven Mitwirkung hat.

Hier endet dann aber auch die „Zusammenarbeit“. Hat die Behörde den Eindruck, dass der Betroffene eines Beistandes bedarf, weist sie ihn auf die Möglichkeit zur Ein-

4 Das ist, nebenbei bemerkt, auch sprachlich verunglückt, denn psychiatrische sind medizinische Stellungnahmen.

5 Münchener Kommentar-BGB/Schwab § 1896 Rn. 21.

6 Erman/A.Roth § 1896 Rn. 18 drückt dies so aus: „Der medizinische Befund muss ein sozio-juridisches Defizit zur Folge haben.“

7 Heidelberger Kommentar – Betreuungs- und Unterbringungsrecht/Bauer § 1896 Rn. 139.

8 Es folgt im Übrigen auch aus dem Datenschutzrecht, vgl. z.B. § 12 Abs. 2 Satz 1 LDSG-NRW.

schaltung eines Rechtsanwalts und Beantragung von Prozesskostenhilfe (§ 14 FGG, künftig: Verfahrenskostenhilfe §§ 76 ff. FamFG-E) hin und/oder schlägt dem Gericht die Bestellung eines Verfahrenspflegers vor. Es ist richtig, dass sie zu einem schon bestellten Betreuer nicht in Konkurrenz treten soll. Ebenso wenig aber soll sie dies zum Verfahrenspfleger oder Rechtsanwalt des Betroffenen.

Andere Hilfen, die die Betreuung entbehrllich machen können, sollen in der Stellungnahme nach § 8 BtBG *aufgezeigt* werden. Sie in die Wege zu leiten, kann zwar ebenfalls kommunale Aufgabe sein – und im Rahmen der Selbstverwaltungshoheit derselben Stelle übertragen, die auch für die Stellungnahme nach § 8 BtBG zuständig ist – gehört aber nicht zu den unmittelbaren Aufgaben der Betreuungsbehörde.

V. Datenschutz

Richtig ist, dass § 7 BtBG die einzige Datenschutzvorschrift für Betreuungsbehörden darstellt. Eine „bereichsspezifische Regelung“ im engeren Sinne ist dies jedoch nicht, denn sie ist *offensichtlich* nicht als abschließend gedacht⁹. Sie ergänzt lediglich die nach den Datenschutzgesetzen der Länder bestehenden Übermittlungsbefugnisse um eine weitere. Die Übermittlung von Daten durch die Betreuungsbehörde an das Gericht ist deshalb keineswegs *nur* unter den Voraussetzungen des § 7 BtBG zulässig¹⁰, vielmehr kann sich die Zulässigkeit auch aus den Datenschutzgesetzen der Länder ergeben.

Im Rahmen des § 8 BtBG dürfen alle Daten, die eigens zur Sachverhaltsaufklärung erhoben worden sind, dem Gericht schon deshalb übermittelt werden, weil die Nutzung von rechtmäßig erhobenen Daten zu dem Zweck, zu dem sie erhoben worden sind, *stets* zulässig ist (siehe z.B. § 13 Abs. 1 Satz 1, 2 LDSG-NRW). Genau deshalb muss der Betroffene ja auch darüber aufgeklärt werden, dass seine Daten zur Übermittlung an das Gericht erhoben werden (§ 12 Abs. 2 Satz 1 LDSG-NRW). Es ist im Übrigen auch kein Vertrauensbruch, das zu tun, was man vorher angekündigt hat, tun zu wollen.

Wichtig wäre in diesem Zusammenhang freilich der Hinweis, dass die sich direkt aus dem Auftrag des § 8 BtBG ergebende Datenübermittlungsbefugnis nicht weiter reicht als eben dieser Auftrag, sich also auf die Fragen begrenzt, die vom Gericht an die Behörde gestellt worden sind. Für *darüber hinausgehende* Informationen gilt tatsächlich § 7 BtBG¹¹.

Richtig ist der Hinweis, dass Daten *grundsätzlich* beim Betroffenen zu erheben sind und *mit* seiner Einwilligung auch bei Dritten erhoben werden dürfen.

Es fehlt allerdings der Hinweis, dass es eine ganze Reihe von Situationen gibt, in denen nach den Datenschutzgesetzen der Länder die Datenerhebung bei Dritten auch *ohne* Einwilligung des Betroffenen zulässig ist¹² (vgl. dazu z.B. §§ 12 Abs. 1 Satz 3, 13 Abs. 2 LDSG-NRW). Hierzu gehört z.B. der Fall, dass der Betroffene zur (wirksamen) Erteilung der Einwilligung nicht in der Lage ist, aber davon ausgegangen werden kann, dass er seine Einwilligung erteilen würde, wenn er dazu eine Entscheidung treffen könnte (also der Fall einer *mutmaßlichen* Einwilligung: §§ 12 Abs. 1 Satz 3, 13 Abs. 2e LDSG-NRW).

9 Heidelberg Kommentar – Betreuungs- und Unterbringungsrecht/Klie § 7 BtBG Rn. 1.

10 So aber wohl Heidelberg Kommentar- Betreuungs- und Unterbringungsrecht/Klie § 8 BtBG Rn. 10.

11 Jurgeleit/Kania/Langholf/Schmidt § 8 BtBG Rn. 3.

12 Fröschle/Kuhrke § 8 BtBG Rn. 17.

Sieht die Behörde sich tatsächlich an der Befragung von Personen rechtlich gehindert, deren Befragung sie zur Aufklärung für notwendig hält, muss ihr Bericht dies *deutlich* machen. Unvollständige Sachverhaltsaufklärung führt zu falschen Endentscheidungen. Der Bericht muss das Gericht dann in die Lage versetzen, die Lücke durch eigene – wohl dann förmliche – Beweisaufnahmen zu füllen (wozu die Nennung einer ladungsfähigen Anschrift gehört) und darf im Übrigen nicht den Eindruck erwecken, er sei trotz der Lücke vollständig. Einer *abschließenden* Stellungnahme soll die Behörde sich in diesem Falle enthalten.

VI. Zur Betreuerbestellung

Die gesetzlichen Vorschriften zur Auswahl des Betreuers binden auch die Betreuungsbehörde insoweit, als sie ihr die Richtung vorgeben, in der sie den Sachverhalt zu untersuchen hat. Nennt sie dem Gericht Umstände, die *rechtlich* nicht relevant sind, ist das weder sinnvoll noch in irgendeiner Weise nützlich. Die §§ 1897 bis 1900 BGB geben damit auch der Behörde die Prüfungsreihenfolge vor¹³. Hierzu möchte ich zweierlei bemerken:

Existiert ein **Vorschlag des Betroffenen** zur Betreuerbestellung, so muss der Vorgeschlagene bestellt werden, falls das dem Wohl des Betroffenen nicht zuwiderläuft (§ 1897 Abs. 4 Satz 1 BGB). Die *positive* Feststellung seiner Eignung ist dafür nicht von Bedeutung, auch nicht, ob die Behörde den Vorschlag „unterstützt“. Sie sollte vielmehr konkret aufzeigen, ob und wenn ja, wodurch sie das Wohl des Betroffenen im Falle der Bestellung des Vorgeschlagenen *beeinträchtigt* sieht. Es gibt eine Fülle von Entscheidungen dazu, wann das u.U. angenommen werden kann¹⁴. Selbst wenn der Betroffene einen Betreuer vorschlägt, der die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 VBVG erfüllt, gilt grundsätzlich nichts anderes¹⁵. Hier ist nur zusätzlich zu untersuchen, ob stattdessen ein geeigneter ehrenamtlicher Betreuer zur Verfügung steht, weil § 1897 Abs. 6 Satz 1 BGB im allgemeinen Vorrang vor § 1897 Abs. 4 Satz 1 BGB hat¹⁶.

Es gibt starke Tendenzen in der Literatur, **abstrakte Ausschlusskriterien** dafür zu entwickeln, wann sich eine Betreuung *abstrakt* nicht für die Übernahme im Ehrenamt eignet¹⁷. M.E. widerspricht dies dem Gesetz. § 1897 Abs. 1 und Abs. 6 Satz 1 BGB verlangen die umgekehrte Prüfung vor, ob sich ein konkreter ehrenamtlicher Betreuer für die Übernahme der Betreuung eignet. Das ist auch die richtige Frage, denn selbst wenn für die Betreuung – ausnahmsweise – besondere fachliche Qualifikationen erforderlich sein sollten (man beachte übrigens, dass auch § 1 Abs. 1 Satz 2 VBVG nur deren *Nützlichkeit*, nicht Erforderlichkeit voraussetzt), gibt es keine, die im Einzelfall nicht bei einem ehrenamtlichen Betreuer vorgefunden werden könnten.

VII. Weitere Verfahrensarten

§ 68a Satz 1 FGG (= § 279 Abs. 2 FamFG-E) betrifft nicht nur Verfahren zur (erstmaligen) Betreuerbestellung. Er erfasst schon seinem eigenen Wortlaut nach auch Ver-

13 Zu dieser im Einzelnen Jurgeleit/Jurgeleit § 1897 Rn. 55 ff.

14 Ausführlich aufgezählt z.B. in BtKomm/A.Roth B Rn. 54 ff.

15 Sehr instruktiv zu dieser Frage: OLG Hamm BtPrax 2006,187 zum „Bochumer Modell“.

16 H.M., vgl. Thür. OLG NJW-RR 2001, 796 (auch zu denkbaren Ausnahmen, die sich aus dem „soll“ in Abs. 6 S. 1 BGB ergeben); Heidelberger Kommentar- Betreuung- und Unterbringungsrecht/Bauer § 1897 Rn. 60; Erman/A.Roth § 1897 Rn. 9; bedenkenswert ist, ob Abs. 6 S. 1 BGB seinem fiskalischen Zweck entsprechend nicht dahin einschränkend ausgelegt werden kann, dass er gegenüber dem Vorschlag des bemittelten Betroffenen generell nicht entgegensteht, so Bamberger/Roth/G.Müller § 1897 Rn. 23; ganz a.A. (für generellen Vorrang von Abs. 4): Münchener Kommentar-BGB/Schwab § 1897 Rn. 24.

17 Vgl. Heidelberger Kommentar – Betreuung- und Unterbringungsrecht/Bauer § 1897 Rn. 34.

fahren, die die Anordnung eines Einwilligungsvorbehaltes zum Gegenstand haben. Er gilt ferner kraft Verweisungen für Verfahren über:

- die Genehmigung einer Sterilisation (§ 69d Abs. 3 FGG, § 297 Abs. 2 FamFG-E),
- die Erweiterung, Einschränkung oder Aufhebung der Betreuung oder des Einwilligungsvorbehaltes (§ 69i Abs. 1 bis 3 FGG, §§ 293 Abs. 1, 294 Abs. 1 FamFG-E),
- die Bestellung eines zusätzliche Betreuers (§ 69i Abs. 5 FGG),
- die Verlängerung der Betreuung oder des Einwilligungsvorbehaltes (§ 69i Abs. 6 FGG, § 295 Abs. 1 Satz 1 FamFG-E) und
- die Neubestellung eines Betreuers nach Tod oder Entlassung des Vorgängers (§ 69i Abs. 8 FGG, § 296 Abs. 2 Satz 3 FamFG-E).

§ 70 Abs. 1 Nr. 6 FGG sieht außerdem *zwingend* (also nicht nur, wenn es der Sachaufklärung dient oder der Betroffene verlangt) die Anhörung der Behörde vor einer Unterbringungsmaßnahme vor, § 70i Satz 1 FGG auch vor der Aufhebung der Unterbringungsmaßnahme und § 70i Abs. 2 Satz 1 FGG für den Fall ihrer Verlängerung¹⁸.

Es sollte darüber nachgedacht werden, inwieweit die vorgelegten Leitlinien auch bei diesen anderen Verfahrensgegenständen Anwendung finden können und für welche dieser Verfahren ggf. gesonderte Leitlinien entwickelt werden müssen.

18 Dies wird durch das FGG-ReformG abgeschwächt: Nach §§ 320 Satz 2, 329 Abs. 2 Satz 1, 330 Satz 2 FamFG-E soll die Behörde in diesen Verfahren nur noch angehört werden.

Diskussion zum Kommentar aus rechtswissenschaftlicher Sicht

Im Mittelpunkt stand die Frage, wer eigentlich Adressat des Berichtes ist: der Richter oder auch der Betreuer? Sofern der Bericht auch Grundlage für das Betreuerhandeln sein soll – etwa als Grundlage für seine Betreuungsplanung – ist ein höherer Komplexitätsgrad erforderlich. Muss man hier in Bezug auf die Anforderungen an die Sachverhaltsermittlung der Behörde nicht auch Grenzen ziehen?

Von Seiten der Wissenschaft der Sozialen Arbeit wird zu dieser Frage betont, dass – nicht nur aus sozialwissenschaftlicher Sicht, sondern auch von den Anforderungen des Betreuungsrechts her – es für eine Entscheidung über eine Intervention, wie sie die richterliche Entscheidung über eine Betreuerbestellung darstelle, zwingend sei, das gesamte soziale Koordinatensystem zu betrachten – schon um eine Problemhierarchie zu erstellen. Genau diese sei die Grundlage für die Feststellung des Gerichts zur Erforderlichkeit einer Betreuerbestellung. Wenn zur Begründung der Intervention eine breite soziale Anamnese erforderlich sei, dann sei es folgerichtig und notwendig, diese dem Gericht auch zur Verfügung zu stellen. Und wenn dieses Wissen schon vorhanden sei, bedeute es eigentlich keinen oder kaum Mehraufwand, dieses auch nachvollziehbar zu dokumentieren. Eine solche Anamnese und Darstellung von Problemhierarchien könne dann natürlich auch Grundlage planvollen Betreuerhandelns sein.

Gegen diese Betrachtung wurde von rechtswissenschaftlicher Seite eingewandt, dass nur die zur Betreuerbestellung notwendigen Sachverhalte zu ermitteln seien. Auch datenschutzrechtliche Fragen seien hierbei zu beachten. Alles nicht Notwendige sei unter diesem Gesichtspunkt bedenklich. Dies setze dem Ermittlungsumfang Grenzen. Es könne allerdings hilfreich sein, wenn die Gerichte den Betreuungsbehörden zur Sachverhaltsermittlung spezifischere Fragen stellen würden.

Da es keine spezifische datenschutzrechtliche Regelung für die Betreuungsbehörden gebe, gelten die Landesdatenschutzgesetze, die der Betreuungsbehörde enge Grenzen setzen. So sei die Ermittlung der Betreuungsbehörde bei Dritten in aller Regel nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Betroffenen zulässig. Aus der Praxis wurde berichtet, dass hierzu ein Formular entwickelt worden sei, mit dem der Betroffene der Behörde erlauben könne, Ermittlungen auch bei Dritten durchzuführen.

Zum Standard einiger Betreuungsbehörden gehört, den Betroffenen mit dem Betreuer, den die Behörde vorzuschlagen beabsichtigt, bekannt zu machen, bevor dem Gericht berichtet wird. Viele Betroffene möchten wissen, wer sich später um sie kümmern wird. Diese Fragestellung werde selbstverständlich mit dem Betroffenen erörtert, wenn ein Betreuer aus dem sozialen Umfeld vorgeschlagen werde. Das sollte daher auch bei einem fremden Betreuer so sein.

Dies, so wird von Richterseite akzentuiert, sei bedenklich, denn das Gericht könnte eigene Vorstellungen darüber entwickeln, welcher Betreuer geeignet ist.

E. Schlussdiskussion und Zusammenfassung

Die Rolle der Betreuungsbehörde in dem gerichtlichen Verfahren zur Bestellung eines Betreuers ist normativ nur sehr allgemein ausgestaltet. Die Behörde *kann* vom Gericht in das Verfahren eingeschaltet werden. Ob das Gericht hiervon Gebrauch macht, liegt im Ermessen des Gerichts. Das Gesetz regelt lediglich, dass die Behörde das Gericht bei der Feststellung des Sachverhaltes unterstützen und auf Anforderung des Gerichts eine Person vorschlagen soll, die sich im Einzelfall zum Betreuer eignet. Wann die Behörde eingeschaltet wird oder werden sollte, wie die Behörde die Aufgabe erledigt, an welchen Standards sie sich orientiert und welche Methoden sie anwendet, bleibt im Gesetz ungeregelt.

So hat sich bei der Praxis der Gerichte, die Betreuungsbehörde einzuschalten, eine heterogene Sach- und Verfahrenslage entwickelt. Es gibt Gerichte, die die Behörde in jedem Verfahren beteiligen, in anderen Regionen ist dies eher eine Ausnahme bzw. in nur ausgewählten Verfahren der Fall. Auch die Gründe hierfür sind unterschiedlich. So können die Ausstattung einer Behörde und die Qualifikation ihrer Mitarbeiter und –hiermit zusammenhängend – die Qualität der Berichte genauso eine Rolle spielen wie eine mehr oder weniger gute „Kultur der Zusammenarbeit“, örtliche behördliche Strukturen aber auch personenabhängige Faktoren. Insgesamt nehmen die Gerichte die Unterstützung der Behörde aber zunehmend und in großer Breite in Anspruch und möchten auf diesen „Service“ nicht mehr verzichten.

In der Regel spezifizieren Gerichte die Aufträge zur Sachverhaltsermittlung nicht, d.h. sie bitten die Behörde lediglich um Ermittlung des Sachverhaltes, meist verbunden mit der Bitte um Vorschlag eines geeigneten Betreuers. Nur in Ausnahmefällen wird ein spezifisch formulierter Auftrag erteilt. Bei der gegebenen Normen- und Sachlage haben Betreuungsbehörden daher aus der Praxis heraus beantwortet, wie sie diese Aufgabe erledigen. Hierbei sind sehr unterschiedliche Verfahren, Methoden und Qualitäten entstanden.

Die Entwicklung von Standards, zu der der Workshop einen Zwischenschritt darstellt, soll darauf abzielen, die Rolle der Betreuungsbehörde zu klären. Das Vorgehen der Behörde muss methodisch fundiert sein und helfen sicherzustellen, dass die Ergebnisse des Berichts für das Gericht und den Betroffenen nachvollziehbar sind, und es muss sich an den für das Gericht entscheidungsrelevanten Gesichtspunkten orientieren.

Die Frage, ob eine Krankheit oder Behinderung beim Betroffenen vorliegt und der Betroffene deshalb seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, wird im gerichtlichen Verfahren durch einen – in der Regel medizinischen – Sachverständigen beantwortet. Die Notwendigkeit einer Betreuerbestellung hängt daneben aber vor allem davon ab, ob und welche Ressourcen beim Betroffenen, in seinem Lebensumfeld und bei sozialen Unterstützungssystemen vorhanden bzw. aktivierbar sind, denn ein Betreuer soll nur bestellt werden, wenn „andere Hilfen“ nicht greifen. Dieser Hinweis des Gesetzgebers zielt auf soziale Aspekte der Notwendigkeit einer Betreuerbestellung ab. Im Kontext des gerichtlichen Verfahrens liegt genau hierin die Bedeutung von § 8 BtBG: Die Behörde sollte ihre Kompetenzen insbesondere bei der Klärung der Notwendigkeit einer Betreuerbestellung im Hinblick auf die sozialen Aspekte einbringen.

Bei der Sachverhaltsermittlung im Auftrag des Gerichts sollen Mitarbeiter der Betreuungsbehörde nach allem also bei und mit dem Betroffenen dessen soziale Situation untersuchen und sie im Hinblick auf eine Betreuerbestellung analysieren und bewerten. Hierbei sind betreuungsrechtliche Erfordernisse genauso zu beachten wie – als

Teil davon – die Sichtweise des Betroffenen, seine Potentiale und Defizite, Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld, sozialrechtliche Ansprüche und Unterstützungsmöglichkeiten des kommunalen Hilfesystems. Zusammengefasst: Die Betreuungsbehörde soll eine soziale Diagnose erstellen.

In der Schlussdiskussion des Workshops wurde eine solche Standortbestimmung der Rolle der Betreuungsbehörde bestätigt. Deutlich wurde, dass Betreuungsbehörden sich weiterhin methodische Unterstützung insbesondere von der Wissenschaft der Sozialen Arbeit erhofften. Es ist erforderlich, auch Schulungskonzepte der Sozialen Diagnostik für Mitarbeiter von Betreuungsbehörden zu entwickeln. Vorgeschlagen wurde, hierfür Modellprojekte zu entwickeln.

Auf dem Weg zur Entwicklung von Standards zur Sachverhaltsermittlung ist – so die überwiegende Bewertung – ein wichtiger Zwischenstand erreicht. Inhaltliche Anregungen des Workshops für Korrekturen bzw. Ergänzungen zielen sich auf eine datenschutzrechtliche Präzisierung, die Berücksichtigung des neuen FamFG, die stärkere Herausarbeitung der Sichtweise des Betroffenen durch eindeutige Festlegungen im Standard sowie die Klärung der Frage des Adressaten des Berichtes und, hiermit verbunden, die Frage, wie breit der Ermittlungsauftrag der Behörde auszulegen ist (soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich).

Es wurde angeregt, im Verfahren der Standardentwicklung die Ergebnisse mit weiteren Experten zu spiegeln, so mit Beschwerdesenaten und mit den Referenten in den Landesjustizverwaltungen. Für die Phase der Einführung von Standards sollte die Praxis evaluiert werden, um Grundlagen für Korrekturen und Nachjustierungen zu entwickeln.

Ein wichtiges Forum für die Weiterentwicklung der Standards sind die jährlichen Tagungen der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden. Die Ergebnisse dieses Workshops werden für diese Tagung aufbereitet und weiterentwickelt werden.

Anlagen

A. Standard zur Sachverhaltsaufklärung der Betreuungsbehörde nach § 8 Betreuungsbehördengesetz (BtBG)

In die folgende Fassung des Standards für die Sachverhaltsermittlung der Betreuungsbehörde sind Anregungen des Göttinger Workshops eingearbeitet worden. Die Ergebnisse wurden auf der Jahrestagung der Leiter und Leiterinnen von Betreuungsbehörden im April 2009 vorgestellt. Angestrebt wird, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Betreuungsbehörden zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden eine gemeinsame Empfehlung zur Sachverhaltsermittlung der Betreuungsbehörden herausgibt.

Standard für die Sachverhaltsermittlung der Betreuungsbehörde nach § 8 BtBG

1. Allgemeine Grundsätze des Betreuungsrechts

Mit der Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts 1992 wurden Grundsätze der Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter und kranker Menschen in das Betreuungsrecht aufgenommen. Die Bestellung eines Betreuers bedeutet sowohl einen Eingriff in die Rechtsautonomie wie auch das Angebot von Hilfe. Über die Frage, ob ein Betreuer bestellt wird, entscheiden Gerichte. Die Betreuungsbehörde unterstützt nach § 8 BtBG das Vormundschaftsgericht hierbei, insbesondere bei der Feststellung des Sachverhalts, den das Gericht für aufklärungsbedürftig hält, und bei der Gewinnung geeigneter Betreuer. Auch für die Aufklärung des Sachverhalts sind die allgemeinen Grundsätze des Betreuungsrechts Orientierung und Handlungsgrundlage.

Wohl und Wünsche des Betroffenen

Das Betreuungsrecht orientiert sich am Wohl des Betroffenen. Für ihn sollen die erforderlichen Hilfen, die sich an seinen Wünschen, Vorstellungen und Möglichkeiten orientieren, zur Verfügung gestellt werden. Der Anspruch auf ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben hat Vorrang. Die Sichtweise der Betroffenen auf ihre Lebenssituation, auf Probleme und die Potenziale zu deren Lösung sind Ausgangspunkt der Bewertung betreuungsrechtlicher Maßnahmen. Der Eingriff in die Autonomie des Betroffenen muss auf das unerlässlich notwendige Maß beschränkt bleiben.

Erforderlichkeit

Ein Betreuer darf nach § 1896 Abs. 2 nur bestellt werden für Aufgabenkreise, in denen eine Betreuung erforderlich ist. Eine Betreuung darf nur eingerichtet werden, wenn der Betroffene seine rechtlichen Angelegenheiten nicht regeln kann. Sie darf nur in dem erforderlichen Umfang eingerichtet werden, die Aufgabenbereiche sind eng zu fassen. Aufgabe der Betreuungsbehörde ist es, insbesondere zur Vermeidung der Betreuung oder zur Verringerung des Betreuungsbedarfs, anderweitige Hilfen zu erschließen. Die Erschließung anderer Hilfen kann in der Zusammenarbeit mit sozialen Diensten und weiteren unterstützenden Hilfesystemen erfolgen. Im Einzelfall berät

die Betreuungsbehörde den Betroffenen über diese Hilfen oder vermittelt sie auch mit Einverständnis des Betroffenen.

Eine Betreuung ist nur solange erforderlich, wie der Betroffene der Hilfestellung durch einen rechtlichen Betreuer bedarf. Auch bei der Überprüfung der Betreuungsbedürftigkeit wirkt die Betreuungsbehörde darauf hin, dass andere Hilfen ausgeschöpft werden.

Angelegenheiten des Betroffenen können auch durch einen Bevollmächtigten oder auf andere Weise ordnungsgemäß besorgt werden. Die Betreuungsbehörde informiert über die Vorsorgemöglichkeiten durch Vollmacht und Betreuungsverfugung.

Der Vorrang anderer Hilfen gilt aber nur insoweit, wie durch diese die Angelegenheiten ebenso gut wie durch einen rechtlichen Betreuer erledigt werden können. Rechtliche Betreuung bezieht sich nicht auf tatsächliche Hilfeleistungen. Sind andere Hilfestellungen möglich und verfügbar, haben diese Vorrang.

Rehabilitation

Betreuer haben die Fähigkeiten des Betroffenen zu aktivieren. Die rechtliche Betreuung soll möglichst wieder aufgehoben bzw. ihre Aufgabenkreise reduziert werden.

Der rechtliche Betreuer hat innerhalb seines Aufgabenkreises dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betroffenen zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Persönliche Betreuung

Ein grundsätzlicher Aspekt ist die persönliche Betreuung des Betroffenen. Die Betreuungsbehörde schlägt einen Betreuer vor, der geeignet erscheint und die persönliche Betreuung gewährleisten kann. Die Betreuungsführung soll vorrangig im Ehrenamt erfolgen.

Die Betreuungsbehörde prüft bei der Ermittlung des Sachverhalts, ob ein geeigneter ehrenamtlicher Betreuer aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen oder ein sonstiger ehrenamtlicher Betreuer dem Gericht vorgeschlagen werden kann.

2. Die gesetzlichen Grundlagen der Sachverhaltsaufklärung

§ 8 BtBG Vormundschaftsgerichtshilfe

Die Behörde unterstützt das Vormundschaftsgericht. Dies gilt insbesondere für die Feststellung des Sachverhalts, den das Gericht für aufklärungsbedürftig hält, und für die Gewinnung geeigneter Betreuer. Wenn die Behörde vom Vormundschaftsgericht dazu aufgefordert wird, schlägt sie eine Person vor, die sich im Einzelfall zum Betreuer oder Verfahrenspfleger eignet. Die Behörde teilt dem Vormundschaftsgericht den Umfang der berufsmäßig geführten Betreuungen mit.

§ 8 BtBG Satz 1 regelt die allgemeine Unterstützungspflicht der Betreuungsbehörde gegenüber dem Vormundschaftsgericht. Satz 2 konkretisiert die Unterstützungspflicht in Bezug auf die Sachverhaltsermittlung. Die Betreuungsbehörde hat das Gericht insbesondere bei der Aufklärung des Sachverhalts, den das Gericht für aufklärungsbedürftig hält, und bei der Gewinnung geeigneter Betreuer zu unterstützen. Im Auftrag des Vormundschaftsgerichts ermittelt die Betreuungsbehörde den Sachverhalt und nimmt eine Einschätzung des Betreuungsbedarfs vor. Die Behörde ermittelt in dem Umfang, den das Gericht für aufklärungsbedürftig hält. Das Gericht selbst ist von Amts wegen zur Aufklärung des Sachverhalts verpflichtet, § 12 FGG. Neben der Sachverhaltsaufklärung unterstützt die Betreuungsbehörde das Gericht auch

durch Benennung geeigneter Betreuer. Die Betreuungsbehörde gewinnt geeignete Betreuer und schlägt diese oder Verfahrenspfleger im Einzelfall vor (Satz 3).

Bittet das Gericht um Unterstützung bei der Aufklärung des Sachverhalts, so ist die Behörde zum Tätigwerden verpflichtet. Es bleibt der Behörde überlassen, wie sie innerhalb dieses Ermittlungsauftrages ihre Aufgabe wahrnimmt.

Für die Betreuungsbehörde bedeutet dies, „das soziale Umfeld des Betroffenen zu analysieren, um drei Fragen von verfassungsrechtlicher Bedeutung beantworten zu können: Welche Angelegenheiten des Betroffenen sind konkret zu erledigen? Was kann der Betroffene trotz seiner Erkrankung in seinem sozialen Lebensraum selbst gestalten? Welche anderen, sozialen Hilfen, die den Betroffenen auffangen können, sind verfügbar?“¹

Welche Aufgaben im Rahmen der Vormundschaftsgerichtshilfe durch die Behörden je nach Ermittlungsauftrag wahrzunehmen sind, hat der Ausschuss für Betreuungsangelegenheiten der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) in den „Orientierungshilfen zur Umsetzung des Betreuungsrechts“² zusammengefasst.

3. Die Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen auf örtlicher Ebene

Die Betreuungsbehörde ist zur Unterstützung der Vormundschaftsgerichte verpflichtet und leistet die Unterstützungsaufgabe gleichzeitig im Rahmen fachlicher Autonomie.

Ziele der Arbeit der Betreuungsbehörde sind:

- die Unterstützung des Betroffenen, ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen,
- die Stärkung der Rechtsstellung kranker und/oder behinderter Menschen,
- die Beachtung der Persönlichkeitsrechte und des freien Willens des Betroffenen,
- die Vermeidung von Betreuerbestellungen in geeigneten Fällen durch die Vermittlung anderer Hilfen,
- die Aufklärung und Information für Betroffene und andere Interessierte,
- die Unterstützung des Vormundschaftsgerichts durch qualifizierte Berichterstattung und Betreuervorschläge als Entscheidungshilfe im Betreuungsverfahren.

Das Gesetz sieht eine Aufklärung des Sachverhalts vor. Wenn das Gesetz auch keinen Sozialbericht kennt, hat sich doch in der Praxis dieser Begriff weitestgehend durchgesetzt.

Ziel einer Sachverhaltsaufklärung/eines Sozialberichts ist „eine Entscheidungshilfe für das Gericht, ohne dem Gericht die Entscheidung abzunehmen.“³

Die Unterstützungsaufgabe der Betreuungsbehörden ist nicht beschränkt auf die bloße Faktenlieferung. Der Auftrag aus § 8 BtBG kann nicht sein, lediglich Fakten zu

1 Jurgeleit-Bearbeiter § 1896 BGB, Rz. 155, in Jurgeleit (Hrsg.): Betreuungsrecht Handkommentar, Baden-Baden 2006.

2 Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS): „Orientierungshilfen zur Umsetzung des Betreuungsrechts“ vom 10.02.2006.

3 Helga Oberloskamp: Qualität von (medizinischen) Gutachten und Sozialberichten, S.127, Zeitschrift: BtPrax 4/04.

sammeln. Die Betreuungsbehörde zieht Folgerungen aus den gewonnenen Erkenntnissen und unterbreitet dem Gericht einen Vorschlag.⁴

Die Betreuungsbehörde hat die fachliche Verpflichtung, sich unabhängig von den Vorinformationen – wie z.B. medizinische und psychiatrische Stellungnahmen – ein eigenes Bild zu machen, unter Umständen auch in kritischer Distanz zu diesen. Dies schließt eine Sachverhaltsermittlung nach Aktenlage aus.

Die Sachverhaltsaufklärung und der damit verbundene Sozialbericht dient der Beurteilung der Erforderlichkeit einer Betreuung. Die Beurteilung der Erforderlichkeit setzt Kenntnisse über die persönlichen Ressourcen des Betroffenen und über die sozialen Ressourcen im Umfeld voraus. Reichen die persönlichen und die sozialen Ressourcen im familiären und sozialen Umfeld einer Person nicht aus, sind vorrangig die vorhandenen örtlichen Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen bzw. auf deren Inanspruchnahme hinzuwirken.

Die Beurteilung, ob ausreichende örtliche Hilfen zur Verfügung stehen und eingeleitet werden können, setzt wiederum Kenntnisse über das soziale Leistungssystem der Kommune bzw. der sozialen Dienste, der ambulanten Hilfen und der ambulanten und stationären Einrichtungen in einer Stadt/in einem Kreis voraus.

Dazu gehören im Einzelfall

- Beratungsangebote über Möglichkeiten vorsorgender Verfügungen,
- die Einschaltung anderer Sozialdienste,
- das Einwirken auf Dienstleistungsträger und
- die Einleitung sozialer Hilfen.

Fallübergreifend und im Hinblick auf Lücken im kommunalen Hilfesystem sollte die örtliche Betreuungsbehörde im Sinne von Netzwerkarbeit eine zentrale Rolle einnehmen, indem sie

- Wissen sammelt über das soziale Leistungssystem und die Vertragsgestaltung mit Einrichtungen,
- gegenüber der zuständigen und verantwortlichen Kommune auf Lücken und Bedarfe hinweist, und
- den Ausbau unterstützender Hilfen anregt.

Kooperation der Beteiligten

Um auch auf der strukturellen Ebene zu unterstützen, dass der Rechtseingriff einer Betreuerbestellung auf das Notwendige beschränkt bleibt und andere Hilfen erschlossen werden können, sollte eine Betreuungsbehörde vorhandene Kooperationsstrukturen nutzen, die einen allgemeinen und fallspezifischen Austausch der verschiedenen Hilfesysteme sicherstellen können.

Zu den Aufgaben einer örtlichen Betreuungsbehörden kann es auch gehören, eine örtliche Arbeitsgemeinschaft, in der die mit der Umsetzung des Betreuungsrechts befassten Betreuungsvereine, Gerichte, Behörden und Organisationen zur Koordination ihrer Arbeit zusammenwirken, einzurichten. Diese Aufgabe ist in einigen Bundesländern auch im jeweiligen Landesrecht festgelegt

4 Dazu Helga Oberloskamp: Qualität von (medizinischen) Gutachten und Sozialberichten, S. 126, Zeitschrift: BtPrax 4/2004.

Zusammenarbeit mit dem Betroffenen

Eine ausdrückliche Verpflichtung zur Beratung des Betroffenen enthält das Betreuungsrecht nicht. Nach allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätzen ist es aber die Pflicht jeder Behörde, in ihrem Zuständigkeitsbereich ratsuchenden Bürgern Auskünfte zu erteilen und sie über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären.

Wird die Betreuungsbehörde im Betreuungsverfahren vom Gericht zur Sachverhaltsaufklärung aufgefordert, ermittelt sie den Sachverhalt beim Betroffenen. Der Betroffene ist nicht zur Mitwirkung verpflichtet.

Die persönliche Sichtweise des Betroffenen auf seine Lebenssituation, seine Sichtweise auf Problemlagen, Potenziale und Perspektiven sowie sein Wille und seine Wünsche in Bezug auf seine Lebensgestaltung bilden die Grundlage der Sachverhaltsermittlung der Behörde und für ihren Bericht an das Gericht.

Es gehört zur Aufgabe der Behörde, den Betroffenen zu beraten und über seine Rechte und Pflichten aufzuklären. Der Betroffene ist über das gerichtliche Verfahren und über den Auftrag, den das Vormundschaftsgericht der Betreuungsbehörde gegeben hat, zu informieren. Mit ihm sollen die Möglichkeiten und Grenzen einer rechtlichen Betreuung erörtert und ggf. soll er über vorsorgende Verfügungen informiert werden. Die Behörde hat weiter über unterstützende anderweitige Hilfen zu beraten und sie ggf. zu vermitteln.

Die Informationen sollen in einer für den Betroffenen verständlichen Sprache erfolgen.

Die Berichterstattung muss in ihrer Ausdrucksweise wertschätzend gegenüber den Personen, über die berichtet wird, sein. Die Ehre und Privatsphäre der Personen darf nicht beschädigt werden.

Ist bereits ein Betreuer bestellt, hat dieser den Betreuten zu beraten. Die Behörde soll nicht in Konkurrenz zum Betreuer treten und vermeiden, dass sich Konfliktsituationen zwischen Betreuer und Betreutem entwickeln.⁵ Wendet sich ein Betreuer direkt an die Behörde, wird diese den Betreuten auf Grund ihrer allgemeinen Beratungspflicht beraten.“⁶

Datenschutz

Zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für das Wohl des Betroffenen kann die Betreuungsbehörde nach § 7 BtBG dem Vormundschaftsgericht Umstände mitteilen, die die Bestellung eines Betreuers oder eine andere Maßnahme in Betreuungssachen erforderlich machen. Dieses ist die einzige bereichsspezifische Regelung zur Datenübermittlung. Das BtBG enthält keine weiteren Regelungen zur Datenerhebung und Übermittlung, zur Akten- und Datenaufbewahrung.

Das Gericht erteilt der Behörde in aller Regel einen unspezifizierten Auftrag zur Sachverhaltsermittlung. Mit diesem Auftrag überträgt das Gericht der Behörde nicht die Befugnisse eines Gerichts aus dem FGG. Die Datenschutzvorschriften des SGB X sind für die Betreuungsbehörden nicht anwendbar, da sie keine Sozialleistungsträger sind. Für die Sachverhaltsermittlung nach § 8 BtBG gelten daher die jeweiligen Datenschutzgesetze der Länder.

5 Bundestags-Drucksache 11/4528, S.198.

6 Kania, Langholf, Schmidt: Die Rolle der Betreuungsbehörden und die Perspektiven einer weiteren Entwicklung, Zeitschrift: Soziale Arbeit, 7-8.2006, S. 256.

Die landesrechtlichen Regelungen beinhalten in der Regel, dass nur mit Einverständnis des Betroffenen die für das Verfahren relevanten Daten erhoben werden dürfen. Dieses gilt auch für die Einholung und Übermittlung von Daten bei Dritten. Soll im Umfeld des Betroffenen ermittelt werden, empfiehlt es sich daher, eine Einwilligungserklärung des Betroffenen über das Einverständnis zur Datenerhebung bei Dritten und zur Übermittlung an das Vormundschaftsgericht einzuholen. Es empfiehlt sich auch, die Einwilligungserklärung des Betroffenen schriftlich einzuholen. Aufgeführt werden sollte, wofür die Betreuungsbehörde die Daten erheben möchte, bei welchen Dritten sie die Daten erheben möchte und dass die Daten zur Weitergabe an das Vormundschaftsgericht bestimmt sind. Sollen Daten bei der Schweigepflicht nach § 203 StGB unterliegenden Dritten eingeholt werden, sollte die Erklärung die Formulierung enthalten, dass diese Personen von der Schweigepflicht entbunden werden.

Wird im Laufe der Sachverhaltsaufklärung eine Datenermittlung bei weiteren Personen erforderlich, so muss die Einwilligung bezogen auf diese Personen erneut gegeben werden.

Die Betroffenen sind auf die Freiwilligkeit der Einwilligung und auf ihr Widerrufsrecht mit Wirkung für die Zukunft hinzuweisen. Weiter sollten sie darüber aufgeklärt werden, wie lange die Daten aufbewahrt werden.⁷

Die Betroffenen haben keine Mitwirkungspflichten. Ist der Betroffene nicht einwilligungsfähig oder lehnt er die Abgabe einer Einwilligungserklärung ab, sollte die mit dem Ermittlungsauftrag versehene Betreuungsbehörde abwägen, ob zum Wohle des Betroffenen die weiteren Ermittlungen erforderlich sind und sich eine Übermittlungsbefugnis aus § 7 BtBG ergibt, ansonsten sollte der Ermittlungsauftrag an das Vormundschaftsgericht zurückgegeben werden. Die weitere Ermittlung des Sachverhalts läge dann beim Gericht, das die Betreuungsbehörde erneut mit spezifizierten Fragen zur Sachverhaltsaufklärung beauftragen kann.

Betreuungsplanung

Das Vormundschaftsgericht kann in geeigneten Fällen bei berufsmäßig geführter Betreuung dem Betreuer zu Beginn der Betreuung aufgeben, einen Betreuungsplan zu erstellen (§ 1901 Abs. 4 Satz 2 und 3 BGB). In der Praxis wird Betreuungsplanung von den Gerichten bisher kaum angefordert.

Der Betreuer soll innerhalb seines Aufgabenkreises dazu beitragen, Möglichkeiten zu nutzen, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Der Betreuer hat sich bei seinem Handeln an dem Wohl des Betreuten zu orientieren und dessen Wünsche und Vorstellungen zu berücksichtigen. Im Betreuungsplan sind die Ziele der Betreuung und die zu ihrer Erreichung zu ergreifenden Maßnahmen darzustellen und zu dokumentieren.⁸

Aufgabe der Behörde ist es, auf Wunsch den Betreuer bei der Erstellung des Betreuungsplanes zu unterstützen (§ 4 BtBG). Die Behörde wird auf Wunsch nicht nur den Berufsbetreuer, sondern auch den ehrenamtlichen Betreuer bei der Betreuungsplanung unterstützen.

7 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie: Unveröffentlichte Stellungnahme vom 24.06.2003, so auch Beschluss vom 03.06.2004 des Ausschusses für Betreuungsangelegenheiten der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS).

8 BT-Drs. 15/2494, Seite 19.

Der Betroffene sollte in den Prozess der Betreuungsplanung einbezogen werden. Die Einbeziehung des Betroffenen ergibt sich schon daraus, dass bei der Betreuung weitestgehend die Wünsche des Betroffenen zu beachten sind. Auch Ergebnisse z.B. aus Hilfeplankonferenzen können in die Betreuungsplanung einfließen. Liegen ausreichend Informationen vor, können die Ziele definiert, der Hilfebedarf ermittelt und abgestimmt und schließlich ein Betreuungsplan erstellt werden. Der Betreuungsplan sollte einen bestimmten Zeitraum umfassen, fortgeschrieben und evaluiert werden.⁹

Die Sachverhaltsaufklärung der Betreuungsbehörde kann die Grundlage für eine Betreuungsplanung des Betreuers sein.¹⁰

4. Berichterstattung an das Vormundschaftsgericht

Grundsätze zur Informationserhebung und zu den Inhalten der Berichterstattung¹¹

Die Berichterstattung der Betreuungsbehörde im gerichtlichen Betreuungsverfahren muss

- **nachvollziehbar** und hinsichtlich ihrer Schlussfolgerungen **überzeugend** sein,
- **vollständig** sein,
- dem **Unterstützungsbedarf** des Gerichts entsprechen, aber auch dem Einzelfall gerecht werden,
- **fachlich verlässlich** sein,
- aus sich heraus **verständlich** sein,
- **Fakten** und deren Bewertung unterscheidbar machen,
- **reflektiert** sein,
- in ihrer Ausdrucksweise **wertschätzend** gegenüber der/den Personen sein.
- **Die Berichterstattung muss nachvollziehbar und hinsichtlich ihrer Schlussfolgerungen überzeugend sein.**

Das Gericht, das die Verantwortung für die rechtliche Entscheidung trägt, muss die Ausführungen der Berichterstattung kritisch aufnehmen, auf ihre Schlüssigkeit prüfen und zu seinen eigenen Erfahrungen in Beziehung setzen. Komplizierte Sachverhalte oder Zusammenhänge müssen verständlich gemacht werden. Fachausdrücke sollten ggf. erläutert werden, da auch Betroffene oder andere Verfahrensbeteiligte den Bericht lesen.

9 Kania, Langholf, Schmidt – Bearbeiter, § 4 BtBG Rz. 25, in Jurgeleit (Hrsg.): Betreuungsrecht, Baden-Baden 2006.

10 Zur Betreuungsplanung z.B.: „Handlungsempfehlung zur Betreuungsplanung“ der LAG für Betreuungsangelegenheiten des Freistaates Sachsen vom 20.05.2005. Deusing-Bearbeiter, § 1901 BGB Rz. 91 ff. in Jurgeleit (Hrsg.): Betreuungsrecht, Baden-Baden 2006. Fröschle, T.: Der Betreuungsplan nach § 1901 Abs. 4 Satz 2 und 3 Bürgerliches Gesetzbuch, Zeitschrift: BtPrax 2/2006.

11 Weitestgehend übernommen aus: Freie und Hansestadt Hamburg, Fachamt für Hilfen nach dem Betreuungsgesetz: Leitlinien zur Unterstützung der Vormundschaftsgerichte durch die Hamburger Betreuungsstellen, 2007. Die Leitlinien wurden zusammengestellt und ergänzt unter Verwendung von: W. Crefeld, H.-J. Schimke: Die Beratung des Gerichts in Betreuungssachen 1996.

- **Die Berichterstattung muss im Hinblick auf das Ergebnis vollständig sein.**

Sachverhalte, die für das Ergebnis der Berichterstattung bedeutsam sind, müssen abgeklärt sein. Es darf nicht etwas Wichtiges übersehen oder vergessen oder eine für das Gericht bzw. die gerichtliche Entscheidung wichtige Feststellung verschwiegen werden. Umfang der Informationsermittlung und Verfahrensweisen sind an der Sorgfaltspflicht des Berichterstatters zu orientieren.

- **Die Berichterstattung soll dem Unterstützungsbedarf des Gerichts entsprechen, aber auch dem Einzelfall gerecht werden.**

Die Berichterstattung soll sich hinsichtlich Umfang, Inhalt und Darstellungsweise an den Unterstützungsbedürfnissen des Auftrag gebenden Gerichts ausrichten. Nach Maßgabe der vom Gericht gestellten Fragen, soll die Ermittlung auf das für die gerichtliche Entscheidung Wesentliche fokussiert sein, aber auch dem Einzelfall gerecht werden.

- **Die Berichterstattung muss fachlich verlässlich sein.**

Die Berichterstattung erfolgt aus der besonderen Erfahrung und fachlichen Kompetenz des Berichterstatters, wichtige Sachverhalte wahrzunehmen und Zusammenhänge zu interpretieren. Das Gericht muss sich darauf verlassen können, dass der Berichtersteller die notwendigen Standards seines Faches beherrscht und anwendet.

- **Die Berichterstattung muss aus sich heraus verständlich sein.**

Für die Verfahrensbeteiligten muss der Bericht aus sich heraus kritisch lesbar sein. Bei Verweisungen sind die Quellen anzugeben.

- **Die Berichterstattung muss Fakten und deren Bewertung unterscheidbar machen.**

Die Darstellung, was gesehen und gehört wurde und mögliche Folgerungen daraus müssen getrennt werden.

- **Die Berichterstattung muss reflektiert sein.**

Der Berichtersteller muss seine (emotionalen) Reaktionen reflektieren und sich mit ihnen auseinandersetzen können, um die ihm vom Gericht gestellte Aufgabe mit der notwendigen Nüchternheit wahrnehmen zu können.

- **Die Berichterstattung muss in ihrer Ausdrucksweise wertschätzend gegenüber der/den Personen sein.**

Die Ehre und die Privatsphäre der Personen, über die berichtet wird, darf nicht beschädigt werden.

Berichtsschema/Leitfaden

Das Berichtsschema soll lediglich ein Leitfaden sein. Ob die Behörde ein Formblatt verwendet oder in einem frei gestalteten Bericht dem Vormundschaftsgericht berichtet, ist nicht entscheidend. Entscheidend ist eine differenzierte und nachvollziehbare Beurteilung, die den gegebenen bzw. nicht gegebenen Handlungsbedarf darstellt.

Leitfaden¹²

1. Anlass der Sachverhaltsaufklärung

Benennung des Auftrages des Gerichts, Aktenzeichen des Gerichts

2. Angaben zur betroffenen Person

Personalien des Betroffenen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, derzeitiger Aufenthaltsort, Telefonnummer, ggf. Ansprechpartner und Telefonnummer der Einrichtung)

3. Angaben der Quellen

- Persönliches Gespräch mit dem Betroffenen, Datum und Ort (Hausbesuch, Besuch in der Klinik, Besuch im Heim)
- Persönliche Gespräche mit weiteren Personen, Datum des Gesprächs, Telefonate, Telefonnummern
- Eingesehene Aktenunterlagen usw.

4. Zur sozialen Situation des Betroffenen

- Biographie, Ausbildung, beruflicher Werdegang
- Wohn- und Lebensverhältnisse
- familiäre Situation, nächste Angehörige, Kontaktpersonen

5. Zur finanziellen Situation des Betroffenen

- Einkommen, Unterhalt, Rente
- Vermögen, Immobilien, Grundstücke
- Laufende und sonstige finanziellen Verpflichtungen (Miete, Nebenkosten, Ratenverpflichtungen etc.)

6. Zur Gesundheitssituation des Betroffenen

- Wie ist der gesundheitliche Gesamteindruck?
- Pflegestufe: Benennung der Pflegestufe
- Liegt ein Gutachten einer Pflegekasse vor?
- Hausarzt/Facharzt des Betroffenen (Name, Adresse, Telefonnummer)
- Bisherige Behandlung (soweit bekannt)
- Wird der Betroffene den Hausarzt oder untersuchenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht befreien?

7. Sichtweise des Betroffenen

- Wie schildert der Betroffene seine Situation im Hinblick auf
 - Problemlagen und Lösungsmöglichkeiten
 - eigene oder im Umfeld vorhandene und nutzbare Ressourcen
 - die Unterstützungsmöglichkeit durch einen Betreuer?

¹² Erstellt nach dem Merkblatt zur Sachverhaltsermittlung und dem Muster eines Sozialberichts der Betreuungsbehörde Bremen, Freie Hansestadt Bremen, Amt für Soziale Dienste.

8. Zur praktischen Lebensbewältigung des Betroffenen

- Welche Einschränkungen ergeben sich bei der Wahrnehmung eigener Angelegenheiten?
- Über welche Hilfen (einschließlich ambulanter Dienste oder Institutionen) verfügt der Betroffene?
- Aus welchen Gründen genügen die bisherigen Hilfen ggf. nicht mehr?
- Welche Hilfen außerhalb der Betreuerbestellung könnten die vorhandenen Einschränkungen ausgleichen?
- Sind Verfügungen des Betroffenen bekannt (Vorsorgevollmacht, sonstige Vollmachten)?
- Ist ggf. der Aufbewahrungsort und Name und Adresse des Bevollmächtigten bekannt?
- Liegt eine Betreuungsverfügung vor? Wo ist diese ggf. hinterlegt?
- Weitere Hinweise (z. B. zu bereits eingeleiteten Hilfsmaßnahmen)

9. Bewertung und Prognose der Erforderlichkeit der Betreuung

- Benennung des Unterstützungsbedarfs, der nicht durch die vorgenannten Hilfen ausgeglichen werden kann, orientiert an möglichen Aufgabenkreisen
- Welche Regelungsbereiche werden aufgrund der genannten Unterstützungsbedarfe vorgeschlagen (möglichst genaue und einzeln bezeichnete Angelegenheiten aus dem Bereich der Personensorge oder/und der Vermögenssorge)?
- Eilmaßnahmen: Welche Regelungsbedarfe bestehen vorrangig, was ist vom Betreuer umgehend zu veranlassen (wie z.B. freiheitsentziehende Maßnahmen, stationäre Unterbringung in einer Klinik, Sicherung des Vermögens usw.)?

10. Zusammenfassende Beurteilung

- Beantwortung der Frage/n des Gerichts
- Keine weitere Argumentation, sondern Quintessenz: Abwägung der Erkenntnisse aus Bewertung und Prognose im Hinblick auf die Problemstellung/Fragestellung

11. Entscheidungsvorschlag

- Konkreter Handlungsvorschlag, entwickelt aus der zusammenfassenden Beurteilung
- Bei Empfehlung einer Betreuerbestellung: Aussagen
 - zur Haltung des Betroffenen sowie zum freien Willen (s.o.)
 - zur Erforderlichkeit der Betreuung
 - zum Aufgabenkreis der Betreuung
 - zur Dringlichkeit
 - zur Dauer der Betreuerbestellung (in geeigneten Fällen)
- Bei Empfehlung ‚keine Betreuerbestellung‘:
 - Darstellung der Gründe, warum andere Hilfen ausreichen (ggf. Hinweis auf Hilfevermittlung) bzw. kein rechtlicher Vertretungsbedarf besteht

12. Ggf: Angaben zum vorgeschlagenen Betreuer

- Möchte der Betroffene, dass eine bestimmte Person zum Betreuer bestellt wird? In welchem Verwandtschafts- oder sonstigem Verhältnis steht sie zu dem Betroffenen? Liegt ggf. eine Einverständniserklärung des Vorgeschlagenen vor?
- Kann der Vorschlag vom Unterzeichnenden unterstützt werden? Warum erscheint diese Person als geeignet?
- Bei Vorschlag eines anderen Betreuers:
 - Kann die Betreuung ehrenamtlich geführt werden? Falls ja: Steht ein Familienangehöriger oder ein anderer ehrenamtlicher Betreuer zur Verfügung?
- Wird ein beruflich tätiger Betreuer vorgeschlagen, begründen, warum berufliche Kompetenzen erforderlich sind. Warum erscheint die Betreuung nicht für das Ehrenamt geeignet?
- Warum erscheint der Vorgeschlagene in diesem Fall Betreuer als geeignet?
- Bei Berufsbetreuern (soweit dies zur Eignungsbeurteilung durch das Gericht relevant ist):
 - wie lange bekannt
 - berufliche Ausbildung, Erfahrungen
 - Erfahrungen als Betreuer, besondere Kenntnisse
 - Anzahl der geführten Betreuungen
 - Personalien des Betreuers
 - Name, Vorname
- Betreuerstatus: Ehrenamt, Berufsbetreuung, Vereinsbetreuer
- Beruf/ Ausbildung
- Anschrift
- Tel./ Fax/ Mobil/ E-Mail
- Mitteilung des Umfangs beruflicher Betreuungen (Anzahl Betreuer in Wohnung und Heim)
- Einverständnis (ggf. des Vereins) zur Übernahme der Betreuung
- Ggf. Hinweis auf Vertretungsbetreuer.

13. Hinweise für das gerichtliche Verfahren

- Wo befindet sich der Betroffene zur Zeit?
 - Sind Änderungen des Aufenthalts möglich?
 - Wer kann darüber Auskunft geben (Name, Anschrift, Telefonnummer)?
 - Mit welchen Schwierigkeiten muss bei der Anhörung gerechnet werden (z. B. Nichtöffnen der Wohnungstür, Sehbehinderung, Schwerhörigkeit, Geh- und Transportschwierigkeiten, etc.)?
 - Durch welche Person kann ein Anhörungs- oder Untersuchungstermin vermittelt werden (Name, Anschrift, Telefon)?

- Besteht eine besondere Eilbedürftigkeit? Aus welchem Grund besteht diese?

14. Weitere Hinweise

- Wann sollte der nächste Überprüfungszeitpunkt sein?
- Ist die Betreuung für eine Betreuungsplanung geeignet?
- Sonstiges.

Literatur:

Adler, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Betreuung, Köln 2003

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS): „Orientierungshilfen zur Umsetzung des Betreuungsrechts“ vom 10.02.2006, Münster/Westf.

Bundestags-Drucksache 11/4528

Bauer/Klie/Rink: Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht, Heidelberg (Stand: 5/2008)

Bienwald, W.: Betreuungsrecht, 3. Auflage, Bielefeld 1999

Brill (Hrsg.), Betrifft: Betreuung, Band 5, "Zum Wohle des Betreuten", Recklinghausen 2003

Brill (Hrsg.), Betrifft: Betreuung, Band 6, Bund- Länder- Arbeitsgruppe "Betreuungsrecht" Abschlussbericht, Recklinghausen 2003

Brill (Hrsg.), Betrifft: Betreuung, Band 7, "Betreuungsrecht in Bedrängnis", Recklinghausen 2004

Brucker, U.: (Hrsg.), Aufgaben und Organisation der Betreuungsbehörde, Frankfurt/Main 1999

Brucker, U.: (Hrsg.), Betreuungsbehörden auf dem Weg ins 21. Jahrhundert, Essen 2001

Crefeld, W.: Rechtliche Betreuung und soziale Arbeit, Vortrag auf der 4. Fachkonferenz des Bundesverbandes der Berufsbetreuer (bdb) am 07.03.2008 in Nürnberg

Damrau/Zimmermann: Betreuungsrecht, 3. Auflage, Stuttgart 2001

Deinert/Walther: Handbuch der Betreuungsbehörde, 3. Auflage, Köln 2006

Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit, Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung, Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit im Aufbruch, Werkstatt-Tagung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit an der FH Coburg, 25.- 26.11.2005, Online Ausgabe, <http://www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de/>

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Die sozialpädagogische Diagnose im Kommunalen Sozialdienst, Berlin 2005

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Auflage, Baden-Baden 2006

Dodegge/Roth: Betreuungsrecht – Systematischer Praxiskommentar, Köln 2003

Freie und Hansestadt Hamburg, Fachamt für Hilfen nach dem Betreuungsgesetz, Leitlinien zur Unterstützung der Vormundschaftsgerichte durch die Hamburger Betreuungsstellen, 2007

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie, Unveröffentlichte Stellungnahme vom 24.06.2003, so auch Beschluss vom 03.06.2004 des Ausschusses für Betreuungsangelegenheiten der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Freie Hansestadt Bremen, Amt für Soziale Dienste, Muster eines Sozialberichts der Betreuungsbehörde

Friedländer/Pfaffenberger (Hrsg.), Grundbegriffe und Methoden der Sozialarbeit, Neuwied/Berlin 1974

Fröschle, T.: Der Betreuungsplan nach § 1901 Abs. 4 Satz 2 und 3 Bürgerliches Gesetzbuch, Zeitschrift: BtPrax 2/2006

- Gahleitner, S.: „Geeignete Methoden der Sozialdiagnostik“ – zur Erstellung eines betreuungs-rechtlich relevanten Sozialgutachtens, Referat auf der Jahrestagung der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden, Erkner am 22.05.2006, unveröffentlicht
- Geiser, K.: Problem und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit, Luzern 2007
- Heiner, M.(Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit, Berlin 2004
- Heiner, M.: Konzeptionelle und methodische Ansätze der Diagnostik in der Sozialen Arbeit, Zeitschrift: neue praxis 5/2005
- Heinikel, Y.: Betreuungsbehördliche Arbeit in den neuen Bundesländern am Beispiel der Stadt Leipzig, Zeitschrift: BtPrax 2/1999
- Hlawa, Kerstin: Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit systemtheoretischer Ansätze auf die Arbeit der Betreuungsbehörde und Betreuer, unveröffentlichte Diplomarbeit Fachhochschule Merseburg, ohne Jahr
- Jurgeleit (Hrsg.): Betreuungsrecht Handkommentar, Baden-Baden 2006
- Jürgens (Hrsg.), Betreuungsrecht, 2. Auflage, München 2001
- Jürgens/Kröger/Marschner/Winterstein: Betreuungsrecht kompakt, 5. Auflage, München 2002
- Kania, Langholf, Schmidt: Die Rolle der Betreuungsbehörden und die Perspektiven einer weiteren Entwicklung, Zeitschrift: Soziale Arbeit, 7-8.2006
- Knittel, B.: Betreuungsgesetz (BtG), Kommentar, Starnberg, Stand: 5/2008
- LAG für Betreuungsangelegenheiten des Freistaates Sachsen „Handlungsempfehlung zur Betreuungsplanung“ vom 20.05.2005
- Landeshauptstadt Düsseldorf, Jugendamt, Betreuungsstelle: Sozialbericht nach dem Betreuungsgesetz, o.J.
- Lipp, V.: Betreuung: Rechtsfürsorge im Sozialstaat, Zeitschrift: BtPrax 1/2005
- Mennemann, H.: Case Management. Systemische Ansätze und die Betreuungsbehörde, Referat auf der Jahrestagung der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden, Erkner 25.- 27.04. 2005, <http://www.pea-ev.de>
- Merchel, J.: Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit, Weinheim 2004
- Neuffer, M.: Case Management, Weinheim und München, 2. Auflage, 2005
- Oberloskamp, H.: Qualität von (medizinischen) Gutachten und Sozialberichten, BtPrax 4/04
- Pantucek, P.: Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit, Wien 2006
- Pantucek, P.: Sozialdiagnose und Beratung in den Betreuungsbehörden, Referat auf der Jahrestagung der Leiterinnen und Leiter der Betreuungsbehörden, Erkner am 22.05.2006, <http://www.pea-ev.de>
- Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit - Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, Weinheim 2004
- Salomon, Alice, Soziale Diagnose, In: Feustel, A. (Hrsg.): Alice Salomon, Frauenemanzipation und soziale Verantwortung, Ausgewählte Schriften, Bd. 3, München 2004
- Sellin/Engels: Qualität, Aufgabenverteilung und Verfahrensaufwand bei rechtlicher Betreuung, Köln 2003
- Staub-Bernasconi, S.: Diagnose als unverzichtbares Element von Professionalität, Zeitschrift: neue praxis 5/2005
- Staub-Bernasconi, S.: Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - ein Lehrbuch, Stuttgart 2007
- Wendt, W.R.: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 3. Auflage, Freiburg 2003

B. Musterberichte der Betreuungsbehörden Hamburg, Bremen, Düsseldorf

I. Musterbericht der Betreuungsbehörde Hamburg¹

Grundsätze zur Form und Gliederung der Berichterstattung

Betreff	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftszeichen des Gerichts • Bezug zur Auftragserteilung/Zuschrift (Datum)
Personalien des Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> • Name (ggf. Geburtsname) • Vorname • Geburtsdatum • Anschrift • Aktueller Aufenthaltsort • Telefonnummer • Ansprechpartner in Einrichtung • Telefonnummer der Einrichtung
Quellennachweise	<ul style="list-style-type: none"> • Angabe benutzter Erkenntnisquellen • Bei Personen: Name, Anschrift, Telefon • Datum der Befragung
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen zur gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Vorgeschichte, soweit für die Beurteilung durch das Gericht relevant
Aktuelle Lebenssituation Problembeschreibung/ Fragestellung	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen über gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Situation • Aussagen über Erkenntnisse, ob ein Gutachten durch die Pflegekasse erstellt wurde (Angabe der Kasse) • Wer hat was gesagt? • Haltung des Betroffenen (ggf. Hinweis auf Verdacht des krankheitsbedingten Mangels des freien Willens, (§ 1896 Abs. 1a BGB)

¹ Freie und Hansestadt Hamburg, Fachamt für Hilfen nach dem Betreuungsgesetz: Leitlinien zur Unterstützung der Vormundschaftsgerichte durch die Hamburger Betreuungsstellen, 2007.

<p>Bewertung und Prognose</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der Bewältigungsmöglichkeiten durch eigene Fähigkeiten, soziales Netzwerk, Vollmachten, Hilfestellungen des Berichterstatters • Beschreibung der Einschränkungen aufgrund von Behinderung/Krankheit, die sich für die selbstständige Wahrnehmung der eigenen Angelegenheiten ergeben. An möglichen Aufgabenkreisen orientiert (Gesundheit, Aufenthalt, Vermögen, Wohnen, Arbeiten usw.)
<p>Zusammenfassende Beurteilung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortung der Fragen des Gerichts • Keine weitere Argumentation, sondern Quintessenz: Abwägung der Erkenntnisse aus Bewertung und Prognose im Hinblick auf die Problemstellung/Fragestellung • Beurteilung muss sich schlüssig aus den Erkenntnissen ergeben
<p>Entscheidungsvorschlag</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konkreter Handlungsvorschlag, entwickelt aus der zusammenfassenden Beurteilung • Bei Empfehlung einer Betreuerbestellung: Aussagen <ul style="list-style-type: none"> – zur Haltung des Betroffenen sowie zum freien Willen (s.o.) – zur Erforderlichkeit der Betreuung – zum Aufgabenkreis der Betreuung – zur Dringlichkeit – zur Dauer der Betreuerbestellung (in geeigneten Fällen) • Bei Empfehlung ‚keine Betreuerbestellung‘: <ul style="list-style-type: none"> – Darstellung der Gründe, warum andere Hilfen ausreichen (ggf. Hinweis auf Hilfevermittlung) bzw. kein rechtlicher Vertretungsbedarf besteht
<p>Angaben zum vorgeschlagenen Betreuer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Name • Vorname • Betreuerstatus: Ehrenamt, Beruf, Verein • Beruf/Ausbildung • Anschrift • Tel./Fax/Mobil/E-Mail • Mitteilung des Umfangs beruflicher Betreuungen (Anzahl Betreuer in Whg. und Heim) • Einverständnis (ggf. des Vereins) zur Übernahme der Betreuung • ggf. Hinweis auf Vertretungsbetreuer

Einschätzung der Eignung des Betreuers	<p><u>bei Berufsbetreuern</u> (soweit dies zur Eignungsbeurteilung durch das Gericht relevant ist):</p> <ul style="list-style-type: none">• wie lange bekannt• berufliche Ausbildung, Erfahrungen• Erfahrungen als Betreuer, besondere Kenntnisse <p><u>bei beruflichen und ehrenamtlichen Betreuern:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• warum erscheint die Person für diese Betreuung geeignet• bei Nichteignung: Beachtung der Arbeitsanweisungen v. 27.10.2003
---	--

II. Musterbericht der Betreuungsbehörde Bremen²

Absender:

SachbearbeiterIn:

Telefon:

Bremen, den

Sozialbericht

Kopie für BetreuerIn

zur Sachverhaltsermittlung in der Betreuungsangelegenheit

Amtsgericht Az.:
Amt für Soziale Dienste Betreuungsbehörde Az.:

Name der/des Betroffenen	Vorname
Geburtsort	Geburtsdatum
Anschrift	
Telefonisch erreichbar	

1. Zur sozialen Situation der/des Betroffenen

Biographie, Ausbildung und beruflicher Werdegang, Wohn- und Lebensverhältnisse:

Familiäre Situation/nächste Angehörige/Kontaktpersonen:

Welche Gesundheits- und/oder Leistungsbeeinträchtigungen liegen vor?

psychische Krankheit oder Behinderung

geistige Behinderung

körperliche Behinderung

Behandelnder Hausarzt/Facharzt:

Adresse/Telefon:

Bisherige Behandlung (soweit bekannt):

2 Freie Hansestadt Bremen, Amt für Soziale Dienste, Muster eines Sozialberichts, o.J.

Wird die/der Betroffene den behandelnden oder untersuchenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden: ja nein

Betroffene/r kann keine Angaben machen

3. Zur finanziellen Situation

Einkommen, Unterhalt, Rente:

Vermögen:

Laufende und sonstige finanzielle Verpflichtungen
(Miete, Strom, Heizkosten, Ratenverpflichtungen usw.):

4. Zur praktischen Lebensbewältigung

Die/der Betroffene verfügt über folgende Hilfen (einschließlich ambulanter Dienste oder Institutionen):

Die bisherigen Hilfen genügen aus folgenden Gründen nicht mehr:

Folgende Hilfen außerhalb einer Betreuerbestellung könnten die vorhandenen Defizite ausgleichen und werden eingeleitet durch:

5. Vorsorge

Die/der Betroffene hat für folgende Bereiche Vorsorge getroffen:

durch: **Betreuungsverfügung**
 Vorsorgevollmacht
 sonstige Vollmacht

Bevollmächtigte Person Name, Anschrift, Telefon:

Die **Betreuungsverfügung/Vollmacht** ist hinterlegt:
Person, Ort:

6. Erforderlichkeitsprüfung

Folgende nicht durch vorgenannte Hilfen ausgleichbare Defizite bei der Wahrnehmung eigener Angelegenheiten ergeben sich:

7. Möglicher Aufgabenkreis einer Betreuung

Genaue Bezeichnung der einzelnen zu regelnden Angelegenheiten:

8. Zu einer möglichen Betreuerbestellung

Einstellung der/des Betroffenen zu einer möglichen Betreuerbestellung:

9. Zur Person des Betreuers

Der /die Betroffene hat keinen eigenen Vorschlag gemacht

Vorgeschlagen wird von der/dem Betroffenen folgende
familienangehörige Person nicht familienangehörige Person
Name, Anschrift, Telefon:

Bitte Verwandtschaftsverhältnis, Beziehung zur/ zum Betroffenen angeben:

Von dem/der Unterzeichner/in wird folgende/r ehrenamtliche/r Betreuer/in
vorgeschlagen:

Name, Anschrift, Telefon:

Bitte Verwandtschaftsverhältnis, Beziehung zur/ zum Betroffenen angeben:

Einverständnis der/des Vorgeschlagenen liegt vor nicht vor

Die vom Betroffenen oder Unterzeichner vorgeschlagene Person

Herr/Frau (Name):

ist geeignet

ist geeignet, vorbehaltlich der Auskunft aus dem Bundeszentralregister*

*Bei nicht familienangehörigen Personen ist die Betreuungsbehörde gem. Vereinbarung mit dem
Amtsgericht verpflichtet, einen Bundeszentralregisterauszug einzuholen.

ist nicht geeignet

Begründung, wenn vorgeschlagene Person für nicht geeignet gehalten wird:

Ein/e ehrenamtliche/r Betreuer/in steht nicht
zur Zeit nicht zur Verfügung

Nach Erledigung von folgenden Aufgaben könnte die Betreuung von einer/einem
ehrenamtlichen Betreuer/in übernommen werden:

Die Betreuung ist für eine/n ehrenamtliche/n Betreuer/in nicht geeignet

Begründung:

Es wird vorgeschlagen eine/n Berufsbetreuer/in zu bestellen, der/die über folgende
Fachkenntnisse und Erfahrungen verfügen sollte:

10. Hinweise für das gerichtliche Verfahren

Die/der Betroffene befindet sich zur Zeit:

Folgende Änderung des Aufenthalts ist möglich:

Auskunft darüber kann geben:
Name, Anschrift, Telefon:

Teil II Göttinger Workshop zur Sachverhaltsaufklärung nach § 8 BtBG

Mit folgenden Schwierigkeiten muss bei der Anhörung und Untersuchung gerechnet werden: (z.B. Nichtöffnen der Post, Nichtöffnen der Wohnungstür, Sehbehinderung der/des Betroffenen, Schwerhörigkeit, Geh- und Transportschwierigkeit) :

**Ein Anhörungs- bzw. Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch:
Name, Anschrift, Telefon:**

Grund für besondere Eilbedürftigkeit:

Weitere Hinweise/Schlussbemerkung:

Unterschrift

III. Musterbericht der Betreuungsbehörde Düsseldorf³

Kontakt:

Zimmer:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Datum:

Mein
Zeichen:

- Anregung einer Betreuung**
- Sozialbericht nach dem Betreuungsgesetz**

1. Persönliche Angaben

Familienname, Vorname		Geschlecht	Familienstand
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
Telefon	Fax	Mobil	
Aktueller Aufenthalt			

Ergänzende Angaben zur Person:

--

2. Nächste Bezugspersonen

Familienname, Vorname	Beziehung	Tel/Mobil
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		
Familienname, Vorname	Beziehung	Tel/Mobil
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		
Familienname, Vorname	Beziehung	Tel/Mobil
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		
Familienname, Vorname	Beziehung	Tel/Mobil
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		

³ Landeshauptstadt Düsseldorf, Jugendamt, Betreuungsstelle, Sozialbericht nach dem Betreuungsgesetz, o.J.

Teil II Göttinger Workshop zur Sachverhaltsaufklärung nach § 8 BtBG

Familienname, Vorname	Beziehung	Tel./Mobil
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		
Familienname, Vorname	Beziehung	Tel./Mobil
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		

3. Angaben zu Vollmachten und Vorsorgeregungen

Die Erteilung einer Vollmacht

Vollmachten/ Verfügungen

Folgende Vollmachten/Verfügungen liegen vor:	Kopie beigelegt:
Generalvollmacht vom: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorgevollmacht vom: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Betreuungsverfügung vom: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Bankvollmacht vom: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Kontovollmacht vom: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Vollmachten/Verfügungen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

4. Vorhandene Hilfen

Pflegestufe: 1 2 3 Feststellung ist beantragt

Zuständige Kranken- und Pflegekasse

Name: _____	Anschrift: _____	Tel./Fax/Mobil: _____
-------------	------------------	-----------------------

Hausärztliche Betreuung:

Name: _____	Anschrift: _____	Tel./Fax/Mobil: _____
-------------	------------------	-----------------------

Fachärztliche Betreuung:

Name: _____	Anschrift: _____	Tel./Fax/Mobil: _____
-------------	------------------	-----------------------

Ambulante/Stationäre Hilfen:

Name:	Anschrift:	Tel./Fax/Mobil:

5. Wirtschaftliche Situation

Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen:

Einkommen/Renten
Sonstiges Einkommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sparguthaben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Immobilien/Grundstücke <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Angaben zur persönlichen Situation:

7. Angaben zur Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung

Aktuelle, rechtliche Angelegenheiten die nicht geregelt werden können:

Ärztliches Attest zur Notwendigkeit der Betreuung

Notwendiger Aufgabenkreis

<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Heimangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Entgegennahme und Anhalten der Post	<input type="checkbox"/> - freie Eingabe -
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - freie Eingabe -

Angaben zur Notwendigkeit eines Einwilligungsvorbehalts

8. Einstellungen und Wünsche Betroffenen zur rechtlichen Betreuung

Betroffene kann sich zum Betreuungsverfahren

Betroffene hat folgende Sichtweise, Wünsche bzw. Vorschläge:

Betroffene ist mit der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung

9. Betreuervorschlag

Betreuervorschlag:

Familiename, Vorname			Geburtsdatum
Telefon	Fax	Mobil	Beruf
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			

Betreuervorschlag:

Familiename, Vorname			Geburtsdatum
Telefon	Fax	Mobil	Beruf
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			

Ersatzbetreuer/in:

Familiename, Vorname (evtl. Betreuungsverein)			Geburtsdatum
Telefon	Fax	Mobil	Beruf
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			

- Die als bereit und geeignet.
- Eine geeignete Person aus dem Umfeld steht nicht zur Verfügung, weil:

10. Fachliche Stellungnahme und ergänzende Angaben

gez.:

Erläuternde Informationen zum Formular der Betreuungsbehörde Düsseldorf, Stand 08.06.2006

– Auszug –

„Anregung einer Betreuung/Sozialbericht nach dem Betreuungsgesetz“

Die Anregung einer Betreuung richtet sich an das zuständige Vormundschaftsgericht beim Amtsgericht. Jede Person und Institution kann die Bestellung eines Betreuers anregen. Das Vormundschaftsgericht muss dann von Amts wegen solange prüfen, bis die Frage der Notwendigkeit abschließend geklärt ist.

Die nachfolgenden Angaben geben der/dem zuständigen Richter/in Auskunft zur persönlichen Situation der betroffenen Person. Weiterhin kann in Erfahrung gebracht werden, welche Angehörigen und nahe stehenden Personen am Verfahren zu beteiligen oder bereit und in der Lage sind, als Betreuer/in bestellt zu werden. Ein Verfahren wird erst dann eingeleitet, wenn die betroffene Person auf Hilfe zur Regelung ihrer rechtlichen Angelegenheiten angewiesen ist; die Not, die es abzuwenden gilt, also bereits eingetreten ist.

Es liegt daher im Interesse der betroffenen Person, dass dem Vormundschaftsgericht die für eine Entscheidung wichtigen Informationen möglichst vollständig vorliegen.

Die in der Betreuungsanregung und im Sozialbericht gegebenen Informationen werden vom Vormundschaftsgericht in der Regel an die betroffene Person und andere Verfahrensbeteiligte gegeben.

Die Betreuerbestellung kann grundsätzlich erst dann erfolgen, wenn ein ärztliches Gutachten vorliegt und das Vormundschaftsgericht die betroffene Person persönlich angehört hat.

Bitte füllen Sie den Formularsatz möglichst vollständig aus.

1. Persönliche Angaben:

Anschrift Wo hat die betroffene Person in Düsseldorf ihren gewöhnlichen Aufenthalt – wo ist sie gemeldet?

Aktueller Aufenthalt: Wo befindet sich die Person zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, ohne festen Wohnsitz, Aufenthalt unbekannt ...)?

Ergänzende Angaben zur Person: Ergeben sich in nächster Zeit Änderungen wie Umzug in eine Einrichtung, Entlassung aus dem Krankenhaus?

Über welche Person oder Einrichtung kann Kontakt zur betroffenen Person hergestellt werden?

2. Nächste Bezugspersonen:

Können Namen und Anschriften des Ehepartners und der Kinder angegeben werden?

Wer steht aus der Verwandtschaft und dem persönlichen Umfeld als Vertrauensperson zur Verfügung?

Im Formular sind die Optionen hinterlegt: Vater, Mutter, Sohn/Tochter, Lebensgefährte/in, Enkel/in, Schwager, Schwägerin, Stiefsohn/-tochter, Freund/in, Onkel, Tante, sonstiger Verwandte/r, Bekannte etc...

3. Angaben zu Vollmachten und Vorsorgeregelungen

Vollmachten: Sind die betroffene Person und ihre Angehörigen oder ihre Vertrauensperson über die Möglichkeiten einer Vollmacht zur Vermeidung einer rechtlichen Betreuung informiert?

Wäre die betroffene Person bereit, eine Vollmacht zu erteilen?

Ist sie nach Ihrer Einschätzung gesundheitlich in der Lage, die Bedeutung und Tragweite einer Vollmachtserteilung zu erkennen?

Verfügungen: Liegen schriftliche Verfügungen vor, welche Wünsche die für den Fall einer rechtlichen Betreuung berücksichtigt werden sollen?

Liegt eine Patientenverfügung vor?

Können Kopien vorliegender Vollmachten/Verfügungen dem Bericht beigelegt werden?

Im Formular sind die Optionen hinterlegt: möglich – zur Zeit nicht möglich, weil... – auf Dauer nicht möglich, weil...

4. Vorhandene Hilfen

Pflegestufe: Wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bereits eine Pflegestufe festgelegt?

Das Vormundschaftsgericht kann auf die Einholung eines Gutachtens verzichten, wenn aus einem bestehenden Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung festgestellt werden kann, dass die Voraussetzungen für eine Betreuung vorliegen.

Ambulante und stationäre Hilfen: Leisten Angehörige, Bekannte oder ein ambulanter Pflegedienst häusliche Pflege?

Besucht die betroffene Person regelmäßig eine Tagespflegeeinrichtung?

Erhält die Person persönliche oder fachliche Unterstützung bei der selbständigen Lebensführung?

Lebt die Person auf Dauer in einer betreuten Wohnform oder Einrichtung?

Hausärztliche Betreuung: Bei wem befindet sich die betroffene Person in hausärztlicher Behandlung?

Fachärztliche Betreuung: Bei wem befindet sich die betroffene Person in neurologischer, nervenärztlicher oder psychiatrischer Behandlung?

5. Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen

Einkommen: Können Angaben über Art und Höhe des monatlichen Einkommens gemacht werden?

Wird der Lebensunterhalt durch Sozialhilfe oder andere soziale Leistungen sichergestellt?

Sind zusätzliche Einnahmen bekannt (Mieteinnahmen, Beteiligungen ...)?

Sparvermögen: Können Angaben über Art und Höhe von Sparvermögen gemacht werden?

Immobilien, Grundstücke: Ist bekannt, ob die betroffene Person über Eigentum oder Miteigentum an Grundstücken und Gebäuden verfügt?

6. Angaben zur persönlichen Situation

Wie und wo lebt die betroffene Person, lebt sie in einer Partnerschaft, Familie, Gemeinschaft oder alleine?

Pflegt sie soziale Kontakte?

Wie gestaltete sich die bisherige Lebensführung, welche Veränderungen sind in der letzten Zeit eingetreten?

Welche körperlichen, seelischen oder psychischen Behinderungen hindern die betroffene Person daran, ihre rechtlichen Angelegenheiten selbst bestimmt und eigenverantwortlich zu regeln?

Welche gravierenden gesundheitlichen Veränderungen sind eingetreten?

Wie reagiert die betroffene Person auf die Veränderungen?

Erhält sie Unterstützung aus dem persönlichen und sozialen Umfeld?

Ist sie bereit und in der Lage, an der Bewältigung bzw. Überwindung der persönlichen und gesundheitlichen Probleme mitzuwirken?

Welche Notlagen sind eingetreten, weil die betroffene Person nicht mitwirken kann?

Welche Angaben machen Angehörige, nahestehende Personen, soz. Dienste?

7. Angaben zur Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung

Welche rechtlichen Angelegenheiten kann die betroffene Person ohne Hilfe eines gesetzlichen Vertreters aufgrund der gesundheitlichen Situation oder seiner Behinderung auf Dauer nicht mehr selbst regeln?

Welche Angelegenheiten bleiben zur Zeit ungeregelt? Welche Nachteile sind eingetreten?

Ärztliches Attest: Liegt ein ärztliches Attest vor oder kann es besorgt werden. Aus dem Attest sollte ersichtlich sein, welche Krankheiten, körperliche oder psychische Beeinträchtigungen, körperliche, geistige oder seelische Behinderungen zur Folge haben, dass die betroffene Person auf Dauer rechtliche Angelegenheiten nicht mehr ohne Hilfe regeln kann.

(Erfolgt das Betreuungsverfahren auf Antrag des Betroffenen, der wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung einen rechtlichen Betreuer benötigt, reicht ein ärztliches Attest in der Regel aus.)

Im Formular sind die Optionen hinterlegt: ist beigelegt – wird nachgereicht – liegt dem Amtsgericht vor – kann nicht beigebracht werden, weil...

Notwendiger Aufgabenkreis: Welche Angelegenheiten kann der Betroffene ohne Hilfe einer gesetzlichen Vertretung nicht mehr selber regeln?

Welche Regelungen sind nicht bereits durch Vollmachten ausreichend geregelt?

Angaben zum Einwilligungsvorbehalt: Ist es für einen Außenstehenden/Vertragspartner nicht offensichtlich erkennbar, dass der/die Betroffene an einer psychischen Erkrankung oder Behinderung leidet?

Muss die/der Betroffene deshalb in besonderer Weise davor geschützt werden, sich selbst oder sein Vermögen im erheblichen Maße zu schädigen, so dass ihre/ seine Entscheidungen nur mit Zustimmung des Betreuers rechtsgültig sind?

8. Einstellungen und Wünsche der betroffenen Person

Welche gesundheitliche oder persönliche Situation hindert die betroffene Person zur Zeit oder auf Dauer daran, sich zur angeregten Betreuung zu äußern?

Sichtweise des Betroffenen: Welche Erwartungen, Bedenken bestehen zur Betreuung?

Was will die/der Betroffene auch weiterhin alleine regeln, wo erwartet er/sie Unterstützung?

Hat sie/er bestimmte Vorstellungen und Wünsche für die weitere Lebensgestaltung?

Vorschläge und Wünsche: Kann sie/er eine Person vorschlagen, die zum Betreuer bestellt werden könnte?

Lehnt sie/er bestimmte Personen ausdrücklich ab?

Zustimmung: Ist sie/er mit einer gesetzlichen Betreuung einverstanden?

Lehnt sie/er die Einrichtung einer Betreuung grundsätzlich ab?

Im Formular sind die Optionen hinterlegt: kann sich äußern – kann sich nicht äußern, weil...

9. Betreuervorschlag

Kann eine Person aus der Familie, aus dem persönlichen Umfeld, eine besondere Vertrauensperson benannt werden, die als Betreuerin bestellt werden kann?

Ehrenamtliche Betreuer können jährlich eine Aufwandsentschädigung in Form einer Pauschale geltend machen (zur Zeit 323,00 !). Ehrenamtliche Betreuer erhalten auf Wunsch Beratung und Unterstützung von den Düsseldorfer Betreuungsvereinen

Bereitschaft und Eignung der vorgeschlagenen Person: Hat die vorgeschlagene Person ausdrücklich ihre Bereitschaft erklärt?

Besteht Einvernehmen innerhalb der Familie, dass die vorgeschlagene Person die Betreuung übernimmt?

Ist diese Person in der Lage, ihre persönlichen und rechtlichen Angelegenheiten verantwortlich zu regeln?

Ist diese Person tatsächlich in der Lage, die anfallenden Aufgaben zu übernehmen? (gesundheitliche Situation, Erreichbarkeit ...).

Gibt es Hinweise über Suchterkrankung oder Verschuldung, Konflikte?

Keine geeignete Person aus dem persönlichen Umfeld bekannt: Kann keine Person benannt werden, ist es Aufgabe der Betreuungsstelle dem Vormundschaftsgericht eine geeignete Person vorzuschlagen. Kann die Betreuung nicht ehrenamtlich geführt werden, müssen die Kosten für einen Berufs- oder Vereinsbetreuer (Vergütung, Sachaufwendungen) aus dem Vermögen der Betreuten gezahlt werden; bei Mittellosigkeit werden die Kosten von der Justizkasse getragen.

10. Fachliche Stellungnahme und ergänzende Angaben

Ist es nach Ermittlung und Auswertung der vorliegenden Informationen aus fachlicher/ sozialarbeiterischer Sicht erforderlich, dass das Amtsgericht einen Betreuer bestellt? Sind die vorhandenen Hilfen oder Regelungen durch Vollmacht ausreichend, um eine Betreuung zu vermeiden?

Sind weitere Sachverhalte zu berücksichtigen? (Soweit erforderlich und der Platz nicht ausreicht, kann eine Ergänzungsseite hinzugefügt werden.)

Besteht eine besondere Eilbedürftigkeit?

In welchen Angelegenheiten sind unmittelbar Entscheidungen notwendig (Operationen, Fristenwahrung für Einwilligungen oder Widersprüche)?

C. Muster: Richterliche Erstverfügung

BT	Amtsgericht Hannover XVII	_____ (Datum)
5020	<Erstverfügung Betreuung>	
	<u>Vfg.</u>	
(5020 1)	1. Schreiben an Betroff.:	
	In pp. <input type="radio"/> prüft das Gericht auf Grund einer Anregung von _____ <input type="radio"/> prüft das Gericht auf Grund Ihres Antrags <input type="radio"/> prüft das Gericht, ob für Sie eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt werden soll. Ihre/Seine Aufgabe würde es sein, Ihre Angelegenheiten, soweit es erforderlich ist, wahrzunehmen.	
5020 101 5020 102 5020 103	In Betracht kommen die Angelegenheiten im Bereich <input type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Entscheidung über die Unterbringung <input type="checkbox"/> Entscheidung über die unterbringungsähnlichen Maßnahmen <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Ansprüchen auf Altersversorgung <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Ansprüchen auf Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Ansprüchen auf Unterhalt <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post <input type="checkbox"/> Rechts- / Antrags- und Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber der Einrichtung <input type="checkbox"/> sämtliche Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Wahrnehmung der Rechte d. Betroffenen gegenüber d. Bevollmächtigten <input type="checkbox"/>	
	Bei der Betreuerbestellung können Sie selbst mitwirken. <input type="checkbox"/> Das Gericht hat <input type="radio"/> das Gesundheitsamt _____ <input type="radio"/> _____ beauftragt, über die etwaige Notwendigkeit, für Sie eine Betreuung einzurichten, ein ärztliches Gutachten zu erstatten. Eine Ärztin oder ein Arzt wird sich daher in Kürze mit Ihnen in Verbindung setzen, bzw. einen Hausbesuch machen.	
5020 104	<input type="checkbox"/> Vor einer Entscheidung über die Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers hört das Gericht Sie persönlich an. <input type="radio"/> Die Anhörung soll nicht bei Gericht, sondern bei Ihnen erfolgen, wenn Sie nicht widersprechen. <input type="radio"/> Die Anhörung soll bei Gericht erfolgen, wenn Sie nicht verlangen, dass die Anhörung bei Ihnen erfolgt. Sie erhalten von dem Termin aber noch gesonderte Mitteilung.	
5020 106	<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir das anliegende Schreiben zur Vorbereitung eines Gesprächs mit Ihnen und einer Entscheidung ausgefüllt zurück.	
5020 107	<input type="radio"/> Sowohl beim Ausfüllen dieses Schreibens als auch im Verfahren selbst können Sie sich von einer Person Ihres Vertrauens helfen lassen.	
5020 108	<input type="radio"/> Im Verfahren selbst können Sie sich von einer Person Ihres Vertrauens helfen lassen.	
5020 109	<input type="checkbox"/> Wenn ich von Ihnen innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieses Schreibens nichts hören sollte, gehe ich davon aus, dass Sie eine schriftliche Stellungnahme nicht abgeben wollen.	
5020 110 5020 111		

5020 2	2. <input type="checkbox"/> Antwortschreiben für d. Betroffene(n) dem Schreiben zu 1. beifügen
5020 3	3. <input type="checkbox"/> Schreiben an Betreuungsstelle In pp. bitte ich um Überprüfung der Verhältnisse d. Betroffenen und Stellungnahme auch zur Person eines geeigneten Betreuers. Die Akte besteht bislang nur aus den beigefügten Anlagen. <input type="radio"/> Das Gesundheitsamt _____ <input type="radio"/> _____ ist um Erstattung eines Gutachtens gebeten worden.
3000 201	<input type="checkbox"/>
5020 4	4. <input type="checkbox"/> Dem Schreiben zu 3. Ablichtung von Bl. _____ d. A. beifügen. 5. <input type="checkbox"/> Gutachtenauftrag an _____ In pp. hat das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit für d. Betroffene(n) zur Besorgung ihrer/seiner Angelegenheiten ein Betreuer zu bestellen ist. Ich bitte daher, d. Betroffene(n) zu untersuchen und ein Gutachten zu folgenden Fragen zu erstatten: a) Liegt bei d. Betroffenen eine psychische Krankheit, eine geistige oder seelische oder eine körperliche Behinderung vor? b) Welche konkreten Angelegenheiten kann d. Betroffene deshalb ggf. nicht selbst besorgen? c) Welche Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten bestehen? d) Wie lange werden die Krankheit oder Behinderung und das daraus folgende Unvermögen zur Besorgung der bezeichneten Angelegenheiten voraussichtlich fortbestehen? e) Welche anderen Hilfsmöglichkeiten würden eine Betreuung ganz oder teilweise entbehrl. machen? f) Ist es möglich, sich mit d. Betroffenen zu verständigen? g) Sind von einer persönlichen Anhörung d. Betroffenen durch das Gericht erhebliche Nachteile für ihre/seine Gesundheit zu befürchten? Kann diese Besorgnis ggf. durch Ihre Anwesenheit oder die des Hausarztes oder einer anderen Person ausgeräumt werden? h) Ist es zur Vermeidung erheblicher Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen erforderlich, bei der Bekanntmachung der Entscheidungsgründe an sie/ihn besondere Umstände zu beachten oder von der Bekanntmachung der Gründe ganz abzusehen? i) Haben Sie bei der Untersuchung Fixierungsmaßnahme vorgefunden? Gegebenenfalls welche? j) <input type="checkbox"/> Ist zur Abwehr erheblicher Gefahren für die Person oder das Vermögen d. Betroffenen die Anordnung eines Einwilligungsvorbehaltes erforderlich? Wenn ja: für welche Aufgabekreise?
5050 107	<input type="checkbox"/>
5050 108	<input type="checkbox"/> Ich bitte, die Untersuchung im Wege des Hausbesuchs durchzuführen, weil
5050 109	<input type="checkbox"/> An diesem Termin möchte ich teilnehmen; ich bitte Sie daher, den Termin mit mir abzustimmen.
5050 110	<input type="checkbox"/> Ein Termin zur Untersuchung oder zum Hausbesuch kann vermittelt werden durch
5050 111	<input type="checkbox"/> Ich bitte um Nachricht, falls stationäre Untersuchungen oder Vorführungen erforderlich werden. <input type="checkbox"/>
	Sollten Sie noch Rückfragen haben, stehe ich Ihnen zur Verfügung. Auf Verlangen erhalten Sie für ihre Leistungen eine Vergütung im Rahmen der Bestimmungen des Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetzes. Der Anspruch hierauf erlischt, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Gutachtens bei dem oben genannten Gericht geltend gemacht wird.
5050 2	6. Dem Schreiben zu 5. Ablichtung von Bl. _____ d. A. beifügen. 7. <input type="checkbox"/> Mitteilung von Gutachtenanforderung zu 1. an: <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) <input type="checkbox"/>
5020 5	8. <input type="checkbox"/> Anfrage an Zentrales Vorsorgeregister bei der Bundesnotarkammer, ob dort eine Vorsorgevollmacht hinterlegt ist (automatisches Abrufverfahren oder schriftlich). 9. <input type="checkbox"/>
5040	10. <input type="checkbox"/> Weitere Verfügung gesondert – Schreiben an Angehörige – . 11. Wv. _____ . _____

Gefertigt und ab am _____
 x ZU x EB

Erstverfügung Betreuung

Erstverfügung Betreuung

D. Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops

Brunhilde Ackermann, Betreuungsbehörde Stadt Kassel
Uwe Brucker, Med. Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
Dagmar Budde, Betreuungsbehörde Bonn
Martin Cebulla, Team Betreuungsangelegenheiten Region Hannover
Manuela Christoff, Betreuungsbehörde Kreis Segeberg
Dipl.-Soz. Päd. Corinna Ehlers, Alice-Salomon-Hochschule Berlin
Jürgen Fischbach, Betreuungsbehörde Stuttgart
Joachim Foerster, Betreuungsstelle Göttingen
Prof. Dr. Tobias Fröschle, Universität Siegen
Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, Alice-Salomon-Hochschule Berlin
Peter Gilmer, Überörtliche Betreuungsbehörde Mainz
Marion Glake-Meier, Betreuungsstelle Göttingen
Frank Halgasch, Betreuungsbehörde Landkreis Holzminden
Hanna Hettrich, Betreuungsbehörde Landkreis Anhalt-Bitterfeld
Kerstin Hlawa, Betreuungsbehörde Leipzig
Margrit Kania, Überörtliche Betreuungsbehörde Bremen
Christine Kendzia, Betreuungsbehörde Stuttgart
Holger Kersten, Betreuungsbehörde Hamburg
Jörg Keufner, Betreuungsbehörde Northeim
Christiane Köpsell, Betreuungsstelle Göttingen
Simone Kort, Betreuungsbehörde Schwerin
Gudrun Kühne, Betreuungsbehörde Hameln-Pyrmont
Reinhard Langholf, Überörtliche Betreuungsbehörde Hamburg
RiLG Eik Launert, Landgericht Hof
Ellen-Ruth Lemke-Eckhardt, Betreuungsbehörde Kassel
Volker Lindemann, Vizepräsident des Oberlandesgerichts Schleswig a. D.
Prof. Dr. Volker Lipp, Universität Göttingen
RiAG Annette Loer, Amtsgericht Hannover
Reimund Möhle, Betreuungsstelle Göttingen
RiOLG Eva Moll-Vogel, Oberlandesgericht Celle
Matthias Nitsche, Betreuungsbehörde Landkreis Anhalt-Bitterfeld
Utta Overkamp, Örtliche Betreuungsbehörde der Kreisverwaltung Kaiserslautern
Wilhelm Rohlfing, Betreuungsbehörde Minden-Lübbecke
Herbert Roth, Betreuungsstelle Göttingen

Lydia Rohde, Betreuungsstelle Göttingen

Ursula Ruck-Köthe, Betreuungsbehörde München

Julia Schnitger, Doktorandin bei Prof. Dr. Volker Lipp, Universität Göttingen

Ramona Schulz, Betreuungsbehörde Landkreis Anhalt-Bitterfeld

Willi Schmitter, Betreuungsbehörde Düsseldorf

Christina Tiemann, Betreuungsbehörde Minden-Lübbecke

Saskia Wagner, wiss. Mitarbeiterin bei Prof. Dr. Volker Lipp, Universität Göttingen

Kathrin Westermann, Betreuungsstelle Göttingen

RiAG Peter Winterstein, Direktor des Amtsgerichts Schwerin

Daniela Wolff, Überörtliche LV Westfalen-Lippe

Karl-Heinz Zander, Verein für psychosoziale Betreuung Bochum e.V

Der Vormundschaftsgerichtstag e.V.

Der Vormundschaftsgerichtstag e.V. wurde 1988 von Vormundschaftsrichtern gegründet. Sehr schnell ist er zu einem interdisziplinären Fachverband gewachsen, dem:

- Juristen (Richter, Rechtspfleger, Rechtsanwälte)
- Mitarbeiter aus Betreuungsbehörden und Betreuungsvereinen
- ehrenamtliche und freiberufliche rechtliche Betreuer
- Personen aus sozialen Berufen und der Pflege sowie
- Ärzte

angehören.

Eine kritische Begleitung des Betreuungsrechts ist für uns ebenso wichtig wie die Förderung des Erfahrungsaustausches unter unseren Mitgliedern. Des Weiteren sehen wir unsere Aufgaben in der

- regelmäßigen Beteiligung an den Gesetzgebungsverfahren des Bundes und der Länder,
- Veranstaltung bundesweiter und regionaler Tagungen (Vormundschaftsgerichtstage) und Publikation der Beiträge und Ergebnisse in der Reihe „Betrifft: Betreuung“,
- Mitherausgabe der im Bundesanzeiger Verlag erscheinenden Fachzeitschrift *Betreuungsrechtliche Praxis* (BtPrax).

Ziele und Aufgaben

Es ist ein wesentliches Anliegen des Betreuungsrechts, die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Menschen zu stärken und ihre soziale Situation zu verbessern.

Wir begreifen das Betreuungsrecht insbesondere auch als eine sozialstaatliche Aufgabe. Unter dieser Zielsetzung entwickeln wir sozialpolitische Aktivitäten, indem wir die einheitliche Rechtsanwendung, die wissenschaftliche Entwicklung und die berufliche Fortbildung unserer Mitglieder fördern.

Die Entwicklung und Sicherung fachlicher Standards erfolgt durch interdisziplinäre und partnerschaftliche Zusammenarbeit. Kooperationen bestehen mit Hochschulen und Verbänden.

Zusammenarbeit und Fortbildung der beteiligten Berufsgruppen sowie der Lehre und Forschung werden unter anderem durch die Veranstaltung von Fachtagungen in Form von regionalen und überregionalen „Vormundschaftsgerichtstagen“ gewährleistet.

Unser Angebot

Die Mitgliedschaft in unserem Verein bietet die Chance zur aktiven Beteiligung an der Gestaltung des Betreuungswesens.

Weiterhin gewährt sie folgende Vorteile:

- Einladungen zu regionalen Veranstaltungen.
- Kostenloser Bezug von „Betrifft: Betreuung“.

Der Vormundschaftsgerichtstag e.V.

- Ermäßigte Teilnahmegebühren bei den Veranstaltungen des Vereins.
- Ermäßigter Bezug der betreuungsrechtlichen Fachzeitschrift BtPrax (Bundesanzeiger Verlag), die über aktuelle Entwicklungen im Betreuungsrecht informiert

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Weitere Informationen über den Vormundschaftsgerichtstag e.V. finden Sie auf unserer Homepage im Internet:

www.vgt-ev.de

Satzung, Beitrittserklärung und Informationen zu den schon erschienenen Ausgaben von Betrifft: Betreuung senden wir Ihnen aber auch gerne zu.

Vormundschaftsgerichtstag e.V.

Kurt-Schumacher-Platz 9

44 787 Bochum

Tel 0234 – 640 65 72 Fax 0234 – 640 89 70

Email: vgt-ev@vgt-ev.de

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft Köln , Konto Nr. 82 767 02 (BLZ 370 205 00)