

Meine Rechte

aus der UN-Behindertenrechtskonvention



Informationen zur Umsetzung der Inklusion
in Deutschland und der Bedeutung der UN-BRK
für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Stand: Februar 2015



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

PIELAV 
Gemeindepsychiatrie schafft Inklusion



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. ist der Interessenverband sozial-psychiatrischer Trägerorganisationen sowie freier Vereine und Initiativen von Bürgerhelfern, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf Bundesebene. Die Mitgliedsvereine haben sich zusammengeschlossen, um die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie zu fördern und ihre Kräfte zu bündeln. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. fördert die fachliche, organisatorische und wirtschaftliche Weiterentwicklung seiner Mitgliedsorganisationen. Wir unterstützen den offenen Informations- und Wissenstransfer zwischen unseren Mitgliedsorganisationen durch Veranstaltungen, Tagungen und Veröffentlichungen. Daneben beraten wir unsere Mitglieder bei der Konzeptentwicklung, der Qualitätsentwicklung, in organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Fragen sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit.



Mit dem Projekt PIELAV trägt der Dachverband Gemeindepsychiatrie zur gesellschaftlichen Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei. In dialogisch besetzten Informationsveranstaltungen, Diskussionsrunden und Workshops sowie in begleitenden Broschüren und Informationen im Internet werden aktuelle Themen und Entwicklungen der Gemeindepsychiatrie vorgestellt und diskutiert. Das Projekt wird von der Aktion Mensch gefördert und in Zusammenarbeit mit regionalen gemeindepsychiatrischen Partnern umgesetzt. Die Abkürzung PIELAV steht für das methodische Konzept des Projekts »Praktische Implementierung neuer, evidenzbasierter, leitliniengerechter, ambulanter Versorgungsmodelle«. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.psychiatrie.de/dachverband/pielav

2. überarbeitete Auflage 2015

Autoren:

Peter Heuchemer

Dipl.-Politikwissenschaftler und als Referent beim Dachverband Gemeindepsychiatrie verantwortlich für das Projekt PIELAV

Matthias Neeser

Dipl.-Verwaltungswirt (FH), M.A.

Herausgeber:

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Richardtstraße 12

50667 Köln

Telefon: (02 21) 27 79 38 70

Telefax: (02 21) 27 79 38 77

E-Mail: dachverband@psychiatrie.de

Internet: www.psychiatrie.de/dachverband

Layout und Druck:

thurm-design, www.thurm-design.de

Abbildungen:

Titel: UN-Photo, Mark Garten

Seite 6: UN-Photo, Devra Berkowitz

Alle anderen Abbildungen: www.fotolia.com

1 Die UN-Behindertenrechtskonvention Was geht mich das an?

Es ist nun fast zehn Jahre her, seitdem die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) erarbeitet wurde, und über fünf Jahre, seitdem sie auch in Deutschland in Kraft getreten ist. Die Konvention stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderung. Dazu gehören nach dem Verständnis der UN-BRK auch Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischen 600 Millionen und einer Milliarde Menschen leben nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation mit einer Behinderung – psychische Erkrankungen in ihrer Gesamtheit liegen dabei mit weltweit 13 Prozent an der Spitze noch vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Forderung nach „Inklusion“, also der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, ist die Kernbotschaft der UN-BRK. Sie ist im Zusammenhang mit der Ratifizierung der Konvention durch die Bundesregierung und durch die daran anschließenden Initiativen von Sozialverbänden und Vertretern der Zivilgesellschaft stärker in die öffentliche Diskussion gekommen. Von der Inklusion sollen auch Menschen mit psychischen Erkrankungen stärker profitieren. Für die Träger gemeindepsychiatrischer und lebensweltorientierter Hilfen wird sie starke Auswirkungen auf die den Leistungen zugrunde liegenden Gesetze haben.

Trotzdem stellen sich viele Menschen die Frage: „Was geht mich denn die UN-BRK an?“ Für die meisten Menschen erscheint sie als etwas Abstraktes und Fernes, es ist eines von vielen Dokumenten, das in New York von hohen Würdenträgern beschlossen wurde – weit weg von der Lebenswelt im deutschen Alltag.

Wir können jenen, die zweifeln, jedoch mit Gewissheit sagen: „Die UN-BRK ist wichtig für Sie!“ In dieser Broschüre wollen wir für eine Beschäftigung mit diesem Thema werben, erläutern, warum es so wichtig für psychisch erkrankte Menschen ist, und skizzieren, warum die Konvention heute und in der Zukunft Einfluss auf das Leben der Betroffenen und die Struktur – und Qualität – der Hilfeangebote hat. Es erscheint uns auch deshalb wichtig, dies in einer eigenen Veröffentlichung darzulegen, weil die Anliegen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen in der öffentlichen Inklusions-Debatte bislang nicht genug Aufmerksamkeit bekommen. In der Gesellschaft wahrgenommen werden oft vor allem Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen. Dies ist zunächst naheliegend. Bei einer rollstuhlfahrenden Frau oder einem blinden Mann erkennt man oft auf den ersten Blick, in welcher Form sie im Alltag behindert werden. Durch Kampagnen und viel Öffentlichkeitsarbeit wurde hier in der Vergangenheit bereits viel Positives erreicht.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen sieht die Situation oft noch weniger gut aus: Depressionen, Psychosen oder Angststörungen sieht man einem Menschen eben meist nicht an. Auf das „Anders-Sein“ des Gegenübers wird auch heute in Zeiten der Inklusion mit Unsicherheit, Ängsten, Ablehnung und Ausgrenzung reagiert.

Mehr Informationen zur intensiven Öffentlichkeitsarbeit, dem „Tag der seelischen Gesundheit“ und den Anti-Stigma- und Informationskampagnen des „Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit“ finden Sie unter www.seelichegesundheit.net

Aus mangelndem Verständnis gegenüber von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen folgt ein Unvermögen, entsprechende Gegenmaßnahmen zu treffen. So ist es vielen Menschen klar, dass eine Rollstuhlfahrerin statt einer Treppe eine Rampe braucht und ein Blinder statt geschriebenen Text auf einem Bildschirm eine Stimme, die den Text vorliest. Doch wo sind die „Rampen“ für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen? Wie kann die Gesellschaft sie dabei unterstützen,

Stigmatisierungen zu überwinden und mit ihrem „Anders sein“ akzeptiert zu werden? Wie finden psychisch Kranke eine geeignete Arbeitsstelle? Wie können Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie vermieden werden?

Mögliche Antworten und Handlungsanweisungen für eine entsprechende Verbesserung der Situation in Deutschland können an vielen Punkten aus der UN-BRK entnommen werden. Wie sie konkret aussehen können, darauf wollen wir in dieser Broschüre eingehen.

Im Jahr 2009 hat die Bundesregierung die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert. Damit bekennt sich Deutschland zur Sicherung einer umfassenden Teilhabe (Inklusion) von Menschen mit Behinderungen. Fach- und Wohlfahrtsverbände begleiten kritisch und konstruktiv die Umsetzungsschritte. Die Träger lebensweltorientierter ambulanter Hilfen, die im Dachverband Gemeindepsychiatrie organisiert sind, können dabei auf starke Partner zählen, die die Umsetzung der BRK in Deutschland begleiten und überwachen: Das unabhängige „Deutsche Institut für Menschenrechte“, die „BRK-Allianz“ und das „Netzwerk Artikel 3“ als Zusammenschlüsse der Zivilgesellschaft sowie das „Kontaktgespräch Psychiatrie“. In letzterem sind neben dem Dachverband Gemeindepsychiatrie und dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) insgesamt 12 Verbände der sozialpsychiatrischen Arbeit zusammengeschlossen. Im Jahr 2012 hat das „Kontaktgespräch Psychiatrie“ eine umfassende psychiatrie-bezogene Stellungnahme zur UN-BRK herausgegeben. Die Betrachtungen und Beurteilungen der besonders psychiatrie-relevanten Artikel der Konvention in dieser Broschüre basieren zum großen Teil auf der Vorarbeit des Kontaktgesprächs.

„Ich finde es traurig, dass die Situation für Menschen mit psychischen Erkrankungen in einem fortschrittlichen Land wie Deutschland scheinbar so schlecht ist, dass man sich als Betroffener auf Menschenrechtskonventionen berufen muss.“

Jürgen P., Betroffener aus Düsseldorf, 2014

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Mitglieder verstehen die UN-BRK sowohl als Bestätigung als auch als Auftrag. Als Bestätigung deshalb, weil die Konvention mit unserem Selbstbild und unserer Historie als Verband der Träger lebensweltorientierter, personenzentrierter und dialogisch entwickelter ambulanter Hilfen übereinstimmt. Seit der Enthospitalisierung von vielen sogenannten chronisch psychisch Kranken aus den großen psychiatrischen Kliniken und Anstalten, die in den 1970er Jahren begann, wurde durch die Träger der Gemeindepsychiatrie viel Pionierarbeit beim Aufbau neuer Hilfeformen geleistet. Gemeindepsychiatrische Hilfen, wie die Mitglieder des Dachverbands

Gemeindepsychiatrie sie verstehen, stellen die Bedürfnisse und den Willen des Betroffenen in den Mittelpunkt. „Freiheit heilt!“, „Irren ist menschlich!“, „Es ist normal, verschieden zu sein!“, „Verhandeln statt Behandeln!“, „Nichts ohne uns – über uns“, „Gemeindepsychiatrie ist kompetent – nicht komplementär!“ – diese Slogans skizzieren das Selbstverständnis und die Philosophie gemeindepsychiatrischer Arbeit der letzten 40 Jahre durch die Mitglieder des Dachverbands Gemeindepsychiatrie. Wir sind der Meinung, dass psychische Erkrankungen kein rein medizinisches Thema sind. Erkrankungen entstehen und verschärfen sich dort, wo Menschen mit ihren eigenen Lösungsversuchen scheitern, keine angemessene Hilfe erfahren, sie ausgegrenzt, stigmatisiert und vorrangig medikamentös behandelt werden. Unsere Ansatzpunkte zur Förderung von Inklusion heißen deshalb Lebenswelt- und Sozialraumorientierung. Das bedeutet: Seelische Krisen können dort am besten, wirksamsten und nachhaltigsten behandelt werden, wo Menschen mit ihrer Erkrankung weiterhin ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben, Wohnen und Arbeiten ermöglicht wird. Dem Inklusionsgedanken und unserem Leitbild nach müssen sich dabei nicht die Betroffenen ändern, sondern ihre Umwelt muss sich so gestalten, dass eine ungehinderte und gleichberechtigte Teilhabe bis hin zu eigenem bürgerschaftlichen Engagement möglich wird.

Unsere Mitgliedsorganisationen bieten hierzu ein breites Spektrum an Hilfen. Von betreuten Wohnformen, Freizeitangeboten, Kontaktzentren und begleitenden Hilfen über Rehabilitationsangebote, Beschäftigungsmöglichkeiten bis hin zu Angeboten der Selbsthilfe. Die aktive Einbindung und Mitsprache von Psychiatrie-Erfahrenen und ihre aktive Einbindung in Entscheidungsprozesse zusammen mit professionellen Helfern und Angehörigen im sogenannten Trialog ist für uns dabei selbstverständlich und in unseren Einrichtungen handlungsleitend verankert.

Gerade heute verstehen wir die UN-BRK aber auch als Auftrag. Denn in Zeiten, wo viele mächtige Interessensgruppen an den Reformen und Umwälzungen in der Sozialgesetzgebung und dem Gesundheitssystem mitwirken – und das mit der Gefahr, dass die Änderungen nicht immer zugunsten der Betroffenen sein werden – finden wir es wichtig, für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihrer Angehörigen und Unterstützer aus der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft einzutreten. Wir wollen dafür sorgen, dass Menschen in seelischen Krisen auch in Zukunft ambulante, personenzentrierte und gemeindenahe Angebote zu ihrer Unterstützung bei psychischen Erkrankungen in Anspruch nehmen können.



UN-Photo, Devra Berkowitz

2 Die Geschichte der UN-Behindertenrechtskonvention

2006 wird das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von der Generalversammlung der Vereinten Nationen in New York verabschiedet und tritt 2008 in Kraft. 2009 ratifiziert die Bundesrepublik Deutschland die Konvention. Sie wird damit Bestandteil des deutschen Rechts. Die unabhängige Monitoring-Stelle zur UN-BRK wird am Deutschen Institut für Menschenrechte in Berlin eingerichtet und hat gemäß der UN-BRK den Auftrag, die Rechte von Menschen mit Behinderung im Sinne der Konvention zu fördern und zu schützen sowie die Umsetzung der Konvention in Deutschland zu überwachen.

2011 stellt die Bundesregierung den Nationalen Aktionsplan unter dem Titel „Unser Weg in die inklusive Gesellschaft“ zur Umsetzung der Konvention vor. Enthalten sind rund 200 unterschiedliche Maßnahmen. Deutschland muss regelmäßig über den Stand der Umsetzung der UN-BRK berichten. Dies geschieht erstmals 2011 mit einem Staatenbericht, in dem die Bundesregierung die Lage in Deutschland als überwiegend positiv darstellt. Als Widerspruch dazu erarbeiten verschiedene Zusammenschlüsse von Behindertenorganisationen Gegen Darstellungen. Die BRK-Allianz als Zusammenschluss von 78 Nichtregierungsorganisationen erarbeitet einen Schattenbericht, der die Lage aus ihrer Sicht darstellt und übergibt diesen offiziell im März 2013 an die Bundesregierung und die Vereinten Nationen. Das „Kontaktgespräch Psychiatrie“ veröffentlicht eine psychiatriebezogene Stellungnahme zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland.

Seit 2014 erfolgt die Reform der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in der Planungsphase unter direkter Bezugnahme auf die UN-BRK. Außerdem müssen in einigen Bundesländern die „Psychisch-Kranken-Gesetze“ (PsychKGs) überarbeitet werden. Dies wurde nötig, nachdem das Bundesverfassungsgericht die Regelungen zur Unterbringen und Zwangsbehandlung gekippt hat, welche gegen grundlegende Menschenrechte verstoßen. Den Staatenbericht Deutschlands wird der Ausschuss UN-Behindertenrechts-Ausschuss voraussichtlich im April 2015 prüfen. Bis 2016 will die Bundesregierung ein Bundesteilhabegesetz verabschieden. Darin sollen in Übereinstimmung mit der UN-BRK die staatlichen Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung aus dem „Fürsorgesystem“ herausgeführt und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt werden.

Dafür steht der Dachverband Gemeindepsychiatrie
Das Konzept der Gemeindepsychiatrie beschreibt gelebte Inklusion und zukünftige Entwicklungsherausforderungen auf dem Weg zu personenbezogenen, lebensweltorientierten, im Sozialraum vernetzten Hilfen. Mehr Informationen zu unserem Leitbild sowie unserer Arbeit und der unserer Mitglieder finden Sie auf unserer Internetseite unter www.psychiatrie.de/dachverband

3 Was steht in der UN-BRK?

Struktur und Inhalt

„Die Gemeindepsychiatrie entdeckt das Thema Inklusion erst allmählich. Die Psychiatrie-Enquete 1975 hatte in aller Deutlichkeit die Gemeindeintegration für alle psychisch kranken Menschen gefordert, 1980 formulierte die DGSP das Ziel und die Forderung der Auflösung der Großkrankenhäuser. Der Integrationsprozess war als Heilungsprozess mit ständigem therapeutischem Fortschritt angelegt, dessen Endpunkt dem Begriff der Forderung nach Inklusion entspricht. [...] Die normative Vorgabe der UN-Behindertenrechtskonvention auf Inklusion kann der Entwicklung von Theorie und Praxis der Sozialpsychiatrie eine zukunftsweisende Perspektive geben.“

Dr. biol.hum. Michael Konrad, Dipl. Psychologe und Leiter des Geschäftsbereichs Wohnen Ravensburg-Bodensee am ZfP Südwürttemberg, 2015

Viele weitere Informationen zum Inhalt der UN-BRK, neue Entwicklungen und die kritische Prüfung der Umsetzung in Deutschland sowie Veranstaltungsankündigungen und Dokumentationen finden Sie auf der Website des Instituts für Menschenrechte: www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle.html

Die BRK schafft keine Sonderrechte, sondern konkretisiert die universell geltenden Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen vor dem Hintergrund ihrer individuellen Lebenslagen und Herausforderungen. Dazu greift sie auf die „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ sowie auf weitere Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen zurück.

Teilhabe behinderter Menschen ist ein Menschenrecht, kein Akt der Fürsorge oder Gnade. Die UN-BRK stellt dies klar und erfasst Themen wie Barrierefreiheit, persönliche Mobilität, Gesundheit, Bildung, Beschäftigung, Rehabilitation, Teilhabe am politischen Leben, Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung. Grundlegend für die UN-BRK und die von ihr erfassten Lebensbereiche ist der Gedanke der Inklusion: Menschen mit Behinderung gehören von Anfang an mitten in die Gesellschaft.

Die UN-BRK wurde dem Leitmotto „Nichts über uns ohne uns“ gemäß unter der Mitarbeit von internationalen Behindertenvertretern erarbeitet. Gerade jene Artikel, die Freiheits- und Schutzrechte betreffen, sind dabei stark von den Eindrücken der Zwangsbehandlung von Psychiatrie-Erfahrenen mitgeprägt worden. Auch in Deutschland wurde in mehreren Veranstaltungen kontrovers über die Unrechtmäßigkeit von Zwangsbehandlungen nach der UN-BRK diskutiert.

Die UN-BRK unterteilt sich formal in zwei Teile: Dem eigentlichen Übereinkommen mit 50 Artikeln und dem „Fakultativprotokoll“ mit 18 Artikeln. Die wichtigsten Artikel und deren Inhalt und Auswirkungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen wollen wir im Folgenden darstellen.

Menschenrechtliche Grundlagen

Der Artikel 3 definiert in besonderer Deutlichkeit die Kernelemente der UN-Behindertenrechtskonvention. Diese sind:

- die Achtung der Menschenwürde, der individuellen Autonomie und Unabhängigkeit
- die Nichtdiskriminierung
- die Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft (englisch: inclusion in society)
- die Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt
- die Chancengleichheit
- die Zugänglichkeit und Barrierefreiheit
- die Gleichberechtigung von Mann und Frau
- die Achtung vor Kindern mit Behinderungen

Diese sehr allgemeinen Grundsätze werden im weiteren Verlauf der Konvention in einzelnen Artikeln konkretisiert und Forderungen zu deren Verwirklichung aufgestellt. Die Artikel bestimmen näher, für welche Lebensbereiche die Konvention Regelungen und Reformen vorsieht, die der Staat als Unterzeichner der Konvention umsetzen muss. Insgesamt lassen sich diese Artikel in verschiedene Gruppen zusammenfassen:

Schutz vor Diskriminierung – Artikel 5 bis 7

Ziel- und Förderverpflichtungen – z.B. Artikel 8 (Förderung der Bewusstseinsbildung der Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen), Artikel 9 (Förderung der Barrierefreiheit), Artikel 26 (Förderung der Habilitation und Rehabilitation)

Subjektive Rechte – das bedeutet: Rechte, auf die jeder Mensch individuell Anspruch hat. Dazu gehören Artikel 12 (Schutz der Rechts- und Handlungsfreiheit), Artikel 13 (Recht auf Zugang zur Justiz), Artikel 14 (Recht auf Freiheit und Sicherheit), Artikel 15 (Freiheit von Folter), Artikel 16 (Freiheit vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch), Artikel 17 (Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit), Artikel 19 (Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft), Artikel 20 (Recht auf Mobilität), Artikel 24 (Recht auf Bildung), Artikel 27 (Recht auf Arbeit und Beschäftigung), Artikel 29 (Recht auf Teilhabe an der Öffentlichkeit und dem politischen Leben)

4 Was sind die Kernbegriffe der UN-BRK?

Ein neues Verständnis von Behinderung

Die althergebrachte Definition von Behinderung in Gesetzen spiegelt eine bestimmte gesellschaftliche Sichtweise auf Behinderung wider. Der Maßstab für alle Menschen mit Behinderung ist nach diesem demnach der „normale Mensch“, ohne dass es diesen genormten Menschen in der Realität geben würde. Insbesondere bei psychischen Behinderungen ist dieser Vergleich nicht möglich und häufig irreführend: Bis wohin ist ein Mensch „normal“ und ab welchem Punkt ist er „krank“? Medizinische Diagnosen legen fest, wer in welche Gruppe gehört. Deren Willkür und die immer weiter steigende Zahl der potentiellen Krankheitsbilder werden von Psychiatrie-Erfahrenen vielfach kritisiert.

Behinderung ist nach dieser Definition ein unerwünschtes Defizit, welches es möglichst zu beseitigen oder auszugleichen gilt. Dem Staat werden somit auch Möglichkeiten gegeben, Menschen durch Maßnahmen aus der „Normalgesellschaft“ auszuschließen und sie zum Objekt mildtätiger Gaben machen. Dieses „Defizit-Modell“ von Behinderung hat damit auch eine hohe Tendenz zur Stigmatisierung und Diskriminierung.

Die UN-BRK macht hier ein neues Verständnis von Behinderung deutlich: Diese als „Soziales Modell“ oder „Menschenrechtsmodell“ bekannt gewordene Idee von Behinderung negiert nicht den individuell zu prüfenden Hilfebedarf, sondern bedeutet eine Verschiebung der Problemperspektive in die Gesamtgesellschaft.

Im Sinne der Umsetzung der UN-BRK muss dieses soziale Verständnismodell von Behinderung Grundlage der gesamten deutschen Sozialgesetzgebung werden. Das ihr zugrundeliegende Verständnis von Behinderung zeigt diese nicht mehr nur als statischen, defizitär geprägten Begriff, der sich durch Messung und Vergleich zur altersentsprechenden „Normalbevölkerung“ definiert. Behinderung ist das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen beeinträchtigten Menschen und den gesellschaftlichen Barrieren. Daraus entstehen zwei Forderungen an Politik und Gesellschaft: Zum einen müssen die Barrieren beseitigt werden, denn sie hindern die Betroffenen an der gleichberechtigten Teilhabe an allen gesellschaftlichen Prozessen. Zum zweiten müssen Menschen mit ihren individuellen Beeinträchtigungen dazu ermutigt und befähigt werden, Möglichkeiten zur Teilhabe auch zu nutzen.

Der althergebrachte Behinderungsbegriff

In deutschen Rechtsvorschriften findet sich bislang weitestgehend ein medizinisch geprägter Begriff von Behinderung. In § 2 SGB IX heißt es exemplarisch: „Menschen sind 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.“

Behinderungsbegriff aus Art. 1 UN-BRK

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen 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.“

Gesellschaftliche Teilhabe (Inklusion) als gesellschaftliches und politisches Ziel

In der Natur der Menschenrechte liegt es, dass sie ein Ideal festschreiben. Politik und Gesellschaft müssen nun dazu beitragen, in der Realität so viel wie möglich davon umzusetzen. Wie aber sieht eine „ideale Gesellschaft“ aus, in der gesellschaftliche Teilhabe (Inklusion) auch für psychisch erkrankte Menschen Wirklichkeit ist?

„Im Art. 1 der BRK wird klargestellt, dass auch Menschen in seelischen Krisen Menschen mit Behinderungen sind. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Definition von Behinderung. Nicht der betroffene Mensch ist aufgrund seiner körperlichen oder seelischen Einschränkungen behindert, sondern er wird durch die gesellschaftlichen Verhältnisse behindert, so dass er nicht wie alle anderen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und seine Rechte wahrnehmen kann. Die größte Behinderung, die wir erfahren, sind die Vorurteile gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Diese sind in Fachkreisen oft stärker vorhanden als in der Allgemeinbevölkerung. Ja, sie werden sogar den Betroffenen noch eingeredet und führen dann zur Selbstausgrenzung.“

Ruth Fricke, Vorstand des Bundesverbands der Psychiatrie-Erfahrenen, 2014

Eine sozial inklusive Gesellschaft ist eine, in der sich alle Menschen mit Behinderung wertgeschätzt fühlen, wo ihre Unterschiedlichkeiten respektiert und ihre Bedürfnisse befriedigt werden, so dass sie in Vielfalt leben können. In einer solchen Gesellschaft können Menschen mit Behinderung selbstbestimmt und gleichberechtigt an allen Bereichen des Lebens teilhaben und bei der Ausgestaltung der gesellschaftlichen Ordnung mitbestimmen. „Nichts über uns ohne uns“ lautet daher der Leitspruch der Behindertenvertreter, die von Anfang an eng an der UN-BRK mitgearbeitet haben.

Das Selbstverständnis im Umgang mit Verschiedenheit ist in einer inklusiven Gesellschaft auf Seite der Gesamtbevölkerung, also der angeblichen „Normalos“ bestimmt durch kritische Bewusstseinsbildung, Akzeptanz von Verschiedenheit und Veränderungsbereitschaft. Das Konzept gesellschaftlicher Inklusion geht damit weiter als das Konzept der Integration, bei der sich Menschen mit Behinderung mit Hilfen in eine bestehende Gesellschaft „einpassen“ sollen.

Inklusion bedeutet, dass sich nicht die abweichende Person verändern muss, sondern die Gesellschaft. Gerade die Gesetzgebung, Medizin, soziale Träger und die Arbeitswelt müssen sich künftig mehr als bisher auf Menschen einstellen, die nicht der scheinbaren Norm entsprechen.

Bemerkenswert ist an dieser Stelle, dass in der deutschen Übersetzung der UN-BRK weithin von „Integration“, und eben nicht von „Inklusion“ die Rede ist und somit Kernziele der Konvention bereits durch eine falsche Sprache verwässert werden. Beruhigend ist: Rechtsverbindlich ist in juristischen Streitfragen nur das englische Originaldokument. Zivilgesellschaftliche Behindertenrechtsaktivisten und Organisationen im „Netzwerk Artikel 3“ haben zudem eine sogenannte „Schattenübersetzung“ der UN-BRK ins Deutsche vorgelegt, die aus Ihrer Sicht den Sinn der Konvention gerade aus Sicht der Betroffenen besser widerspiegeln.

Inklusion ist heute nicht nur ein Label, mit dem Marketing für die Konvention betrieben wird. Inklusion ist der Kerngedanke der Konvention. Auch wenn es an vielen Stellen Probleme aufwirft und bei vielen Menschen auf Widerstand stoßen wird, so sind wir doch überzeugt: Die Anerkennung von Behinderung als ein Bestandteil des menschlichen Lebens und der positive und konstruktive Umgang mit den daraus entstehenden Herausforderungen führt am Ende zu einer gerechteren und für alle Menschen lebenswertere Gesellschaft.

Es weist in vielerlei Hinsicht in die Zukunft, dass Inklusion heute nicht mehr nur als ferner Idealzustand gesehen wird, sondern auch ganz konkret als Mittel zur Förderung seelischer Gesundheit eingesetzt wird. So spricht sich z.B. die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in ihrer „S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien“ dafür aus, als wichtigen Teil der Behandlung die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen zu verbessern, in ihrem sozialen Umfeld weitestgehend selbstständig zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Dass in der stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlung solche „sozialen“ Ansätze heute u.a. auch gestärkt durch die UN-BRK und durch die Berücksichtigung in Behandlungsleitlinien immer stärker Anwendung finden und weiter ausgebaut werden, ist daher äußerst zukunftsweisend.

Welche rechtlichen und gesetzlichen Auswirkungen bestehen konkret?

Die BRK hat mit ihrer Ratifizierung den Status eines einfachen deutschen Bundesgesetzes erlangt und ist somit nicht eine schlichte Vereinbarung zwischen Staaten, sondern Teil der deutschen Rechtsordnung. Menschen mit Behinderungen können sich auf Artikel berufen. Der deutsche Staat muss die Konvention bei der Formulierung von neuen Gesetzen und bei der Änderung und Anwendung von bestehenden Gesetzen berücksichtigen.

Im Vergleich zu bestehendem deutschem Recht schafft sie weitergehende Regelungen und Interpretationen von Sachverhalten und tritt insbesondere im Bereich der Sozialgesetzbücher V (Krankenversicherung), VIII (Kinder- und Jugendhilfe), IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und XII (Sozialhilfe) in direkte Konkurrenz zu bestehendem deutschem Recht.

Eine durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderte Befragung unter 315 Psychiatrie-Erfahrenen, die der Dachverband Gemeindepsychiatrie im Jahr 2009 durchgeführt hat, belegt, dass die Mehrzahl der Betroffenen ihre gesellschaftliche Teilhabe nicht ausreichend verwirklicht sieht. 66 Prozent der Befragten gaben an, dass sie sich mehr Inklusion wünschen. Im Berufsleben, im Sport, in Kultur und in Entscheidungsgremien. Als größte Hindernisse für eine gelingende Inklusion wurde von ihnen benannt: das gesellschaftliche Stigma gegenüber Menschen mit psychischen Problemen, der eigene Umgang mit der Erkrankung sowie materielle Einschränkungen bei chronifizierten Erkrankungen. Als weitere Barrieren werden negative Wirkungen der Medikamente, Scham durch die Erkrankung und individuelle Konflikte genannt. Weitere Barrieren, die aus Sicht der Betroffenen bisher zu wenig beachtet werden: Eine als entmündigend erlebte Überversorgung, oft aber genau umgekehrt eine Unterversorgung im Hilfesystem sowie oft drohender Arbeitsplatzverlust. Ebenfalls werden Zwangsmaßnahmen, Gewalterfahrung im Hilfesystem und offene und subtile Entmündigung durch Professionelle beschrieben.

Quelle: Umfrage des Dachverbands Gemeindepsychiatrie „Inklusion fördern! Exklusion verhindern!“, 2010



Mit dieser Tatsache werden die bestehenden Gesetze und Verwaltungsvorschriften aber nicht unmittelbar rechtswidrig und nichtig. Artikel 4 Abs. 2 BRK legt zwar fest, dass die Verpflichtungen der Konvention nach dem Völkerrecht sofort Anwendung finden – das bedeutet, dass die dort verbrieften Menschenrechte umgesetzt werden müssen. Besonders klar ist die direkte Anwendbarkeit bei klassischen Abwehrrechten, wie zum Beispiel dem Verbot der Diskriminierung (Artikel 5) oder den Freiheits- und Schutzrechten (Artikel 14-17). Schwieriger wird dies bei vielen sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechten. Bei vielen dieser Rechte wird dem nationalen Gesetzgeber ein sogenannter „Progressionsvorbehalt“ gewährt. Das bedeutet, dass bei der Umsetzung dieser Rechte Rücksicht auf die finanziellen und personellen Möglichkeiten des Staates genommen werden und dem Staat eine Übergangszeit gewährt wird. Kurz gesagt: Was nicht direkt finanziert werden kann, muss auch nicht direkt umgesetzt werden. Dies gilt etwa bei der Barrierefreiheit (Artikel 9) oder dem Recht auf Bildung (Artikel 24). Allerdings schafft auch die unmittelbare Anwendbarkeit kein übergeordnetes Recht. Solange der Gesetzgeber keine gesonderte Entscheidung trifft, müssen im Streitfall die Gerichte entscheiden.

Hier zeigt sich aber die größte Stärke der UN-BRK: Sie wird von den Gerichten immer mehr als Auslegungshilfe bei Streitfällen zu Rate gezogen. Sie setzt mit ihren Formulierungen die Maßstäbe für die Auslegung der Rechte von Menschen mit Behinderung in der Zukunft. Sie ist ein nicht zu ignorierender neuer Rahmen für Verwaltung, Gesetzgeber und Gerichte bei der Beurteilung und Auslegung der Bedürfnisse und Rechte von Menschen mit Behinderung. Was in der Theorie sehr positiv klingt, bedeutet im Ernstfall für die Betroffenen jedoch einen langen, teuren und nervenraubenden Weg durch die verschiedenen gerichtlichen Instanzen. Wichtig ist daher, dass von vornherein bei dem geplanten Umbau des Sozialrechtssystems Gesetze geschaffen werden, die inklusiv und nicht diskriminierend sind und der UN-BRK gerecht werden!

Psychosoziale Therapien – Praktische Inklusion als Weg zur Gesundheit

„Diese Therapien zielen hauptsächlich darauf ab, die persönlichen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer eigenen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern. Dies wird entweder durch eine Gestaltung der Umgebungsbedingungen erreicht oder dadurch, dass Fertigkeiten im Umgang mit sich selbst und Anderen in den verschiedenen Lebensbereichen erweitert werden. Psychosoziale Therapien zielen nicht allein auf eine Symptomverbesserung, sondern vielmehr darauf, die Betroffenen so zu unterstützen und zu stärken, dass sie sich in ihrem Leben und ihrer Umwelt wieder eigenständiger, sicherer und zielgerichteter bewegen können und damit mehr Lebensqualität zu erlangen.“

Patienteninformation zur S3-Richtlinie der DGPPN. Weitere Informationen unter: www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien-bei-schweren-psychischen-erkrankungen.html

5 Für Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders wichtige Artikel der UN-BRK

In diesem Abschnitt werden wir die Artikel näher betrachten, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen besonders wichtig sind. Dazu finden Sie zu jedem Thema eine kurze Bestandsaufnahme der bestehenden Probleme, der Lage in Deutschland und den nötigen Änderungen, die die Betroffenen und die Vertreter der Gemeindepsychiatrie fordern. In einem Informationskasten finden Sie Näheres zu den Inhalten der jeweiligen Artikel.

Bewusstseinsbildung für die Rechte von Menschen mit Behinderung

In Artikel 8 werden die Mitgliedsstaaten aufgefordert, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung in der gesamten Gesellschaft zu ergreifen. Ziel ist es, das Bewusstsein für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu schärfen und Vorurteile abzubauen. Auch ist in der Konvention beschrieben, wie die Maßnahmen aussehen können, etwa indem eine Öffentlichkeitskampagne durchgeführt wird. So ist die respektvolle Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen im Bildungssystem zu fördern und es sind Schulungsprogramme für alle Menschen zu unterstützen, die das Bewusstsein in Bezug auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen fördern. Ebenfalls sind die Medien aufgefordert, in ihrer Berichterstattung über Menschen mit Behinderungen und ihre Rechte aufzuklären.

Noch immer erleben Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Situation aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung und damit einhergehender Selbststigmatisierung häufig als beschämend und beängstigend. Ein Teil der Menschen mit psychischer Erkrankung gerät krankheitsbedingt in soziale Isolation und nimmt nicht mehr am gesellschaftlichen Leben, z.B. in Sportvereinen oder Nachbarschaftsverbänden teil. Auch Angehörige und Familien fühlen sich durch die gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozesse bei psychischer Erkrankung oft beeinträchtigt. Dazu tragen die Medien einen wesentlichen Teil bei. Allein das in privaten wie aber auch öffentlich-rechtlichen Medien vermittelte Bild von psychischen Störungen und deren Behandlungen ist geeignet, Ängste auszulösen, Abwehrhaltungen zu erzeugen und Behandlungsangeboten zu misstrauen. Überzogen dramatische Berichterstattungen einzelner konkreter Vorfälle tragen weiter dazu bei, ein falsches gesellschaftliches Bild vom –meist als gefährlich dargestellten psychisch erkrankten Menschen – zu verstärken.

Die gemeindepsychiatrischen Organisationen, die im Dachverband Gemeindepsychiatrie als übergreifenden Fachverband der lebensweltorientierten und triadologisch orientierten Träger ambulanter Hilfen organisiert sind, hatten im Rahmen der bundesdeutschen Enthospitalisierung einen wichtigen und entscheidenden Anteil an der Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesamtgesellschaft. Sie trugen durch ihr starkes Engagement bei der Enthospitalisierung der Langzeitbereiche der Kliniken und Anstalten wesentlich zu einem Abbau der Exklusion und der Wiederbeheimatung ausgegrenzter psychisch erkrankter Menschen bei. In inzwischen 40 Jahren wurde durch sie eine ambulante, regional vernetzte Hilfestruktur zusammen mit dem Aufbau der Selbsthilfe Betroffener geschaffen. Jedoch muss auch selbstkritisch festgestellt werden, dass, bedingt durch die immer noch überwiegend institutionsbezogene Finanzierungsstruktur auch innerhalb der ambulanten Hilfesysteme, in den letzten Jahrzehnten „Sonderwelten“ entstanden sind, die es abzubauen gilt.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Mitglieder wirken zur weiteren Verhinderung gesellschaftlicher Exklusion psychisch erkrankter Menschen in diversen Zusammenhängen aktiv dabei mit, durch Anti-Stigma-Arbeit, Unterstützung der Selbsthilfe, Förderung von EX-IN-Ausbildungen und die aktive Einbindung von Psychiatrie-Erfahrenen als Referenten und in Seminaren ein stärkeres öffentliches Bewusstsein für die Perspektiven und Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erfahrungen zu schaffen. Darüber hinaus sind weitere bundesweite und regionale organisierte und durch Bund und Länder unterstützte Kampagnen in breiten Verbändenetzwerken erforderlich. Sie müssen – auch zur Umsetzung der Forderung nach Bewusstseinsbildung zur Verringerung von Barrieren im Sinne der UN BRK langfristig angelegt sein und auf Prävention fokussieren.

Nicht nur Leistungserbringer sondern auch Leistungsträger sind gefordert, sich an Anti-Stigma-Initiativen zu beteiligen. Diese Beteiligung darf dabei nicht zu Lasten der direkten Behandlungs- und Betreuungskosten gehen.

Barrierefreiheit und Zugänglichkeit herstellen

Die Zugänglichkeit und Barrierefreiheit ist als allgemeiner Grundsatz in Artikel 3 formuliert. In Artikel 9 der Konvention ist eine Verpflichtung zur Herstellung der Barrierefreiheit im Bereich der physischen Umwelt (z.B. Gebäuden), Transportmitteln, Informations- und Kommunikationstechnologie und allen öffentlich zugänglichen Einrichtungen und Diensten getroffen. Dabei geht es um ein generelles und gleichberechtigtes Zugangsrecht zu diesen Bereichen der Gesellschaft, die die Grundlage für die Teilhabe sind. Der Staat ist verpflichtet, Mindeststandards vorzugeben und mit geeigneten Mitteln auch die Zugänglichkeit zu privaten Einrichtungen, die der Öffentlichkeit offenstehen, sicherzustellen.

In diesem Artikel wird der Abbau der Barrieren für Menschen mit Behinderung gefordert. Dies ist besonders wichtig, da nach dem Verständnis der UN-BRK die Behinderung des einzelnen aus den Wechselwirkungen von persönlichen Beeinträchtigungen und gesellschaftlichen Hindernissen entsteht. Somit ist ein Abbau dieser Barrieren ein entscheidender Schritt zur Inklusion.

Für Menschen mit psychischen Erkrankung sind vor allem deren Kontakt- bzw. Kommunikationsprobleme mit der Gesamtgesellschaft zu beachten und niedrigschwellige, leicht zugängliche und flexible Hilfen bereitzustellen. Zum Beispiel kann bereits eine mit der Erkrankung zusammenhängende Antriebsschwäche oder Angst eine erhebliche Barriere sein, um ein Amt für die Beantragung von Leistungen aufzusuchen.

Entsprechend kritisch sehen die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie, dass bei Nichteinhaltung von Terminen den Betroffenen Sanktionen wie beispielsweise Leistungskürzungen drohen können. Die Verbände fordern dazu auf, dass bei der Inklusion von Menschen mit psychischer Erkrankung die Kommunikationsformen besonders zu beachten sind und hierauf bezogene Antragswege und Hilfen entwickelt werden müssen.

Welche Barrieren gibt es für psychisch Kranke?

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat dazu Betroffene befragt. Hier eine Übersicht über die häufigsten Antworten:

- **Stigma** – Die Erfahrung, unter dem Stigma psychischer Erkrankung so zu leiden, dass dieses zu einer Barriere für Menschen mit psychischen Krisen bei ihrem Leben in der Gemeinde wird, wurde von den Befragten als dominante Barriere deutlich benannt. Ob es der „Stempel chronisch krank“ ist, die Angst vor Ablehnung und Unverständnis, „mögliche Ausgrenzung durch Nachbarn“, Vorurteile durch Unkenntnis über die Erkrankung, sich nicht akzeptiert zu fühlen – Die gemachte und befürchtete Erfahrung von Stigma ist eine massive Barriere und Ursache fehlender Teilhabe.
 - **Eigene Grenzen** – Nicht so massiv wie die Stigmatisierung, aber immer noch problematisch ist die empfundene persönliche Begrenzung. „Mangelndes Selbstwertgefühl“ als Barriere oder: es gebe keine Barrieren, „die mache man sich selbst“ es liege an „der eigenen Selbststigmatisierung“. Auch das Zusammentreffen von „eigener Ausgrenzung“ und „Ausgrenzung durch andere wegen Andersheit“ wird gesehen.
 - **Materielle Einschränkungen** – Als Barriere werden von den Befragten auch immer wieder materielle Einschränkungen direkt oder indirekt benannt. Sie beziehen sich z.B. darauf, dass der Bezug von Sozialleistungen zu finanziellen Einschränkungen führt: „Das Geld für Kino, Ausgehen, Kultur usw. ist nicht vorhanden“.
 - **Allgemeine Barrieren** – Als eigene Gruppe sind auch erkennbar diverse allgemeine Aussagen, die eine Barriere beschreiben: „Ich empfinde die deutsche Gesellschaft als kalt; die Fassade ist zu wahren; es herrscht noch viel Angst“. Oder: „Das Leben wird wie in einem Gefängnis unter Behinderten erlebt, es gibt Probleme mit dem Zusammenleben, Arbeiten, Helfen, weg von den Gesunden“. „Biologistisches Menschenbild behindert die Kommunikation von Mensch zu Mensch“.
 - **Weitere Gründe** – Einzelne differenzierte Sachaussagen zur Versorgung erhellen das Bild: „Fehlen von sinnvollen Anlaufstellen abseits der größeren Städte. Insbesondere nach Vollversorgung eines stationären Aufenthalts. Fehlen von Integrationskonzepten in den sozialen politischen Alltag“. Oder: „Aufgeben meiner Erwerbsunfähigkeitsrente zugunsten eines 4-Stunden Jobs über 400 Euro nur mit hohem Risiko, die Rente gänzlich zu verlieren“. Aber auch der Ausschluss von Psychiatrie-Erfahrenen in sozialpolitischen Gremien wurden als Barriere benannt: „Barrieren sind für mich die Nichteinbeziehung (Exklusion) von Psychiatrie-Erfahrenen in die Arbeit der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege“.
- Umfrage des Dachverbands Gemeindepsychiatrie „Inklusion fördern! Exklusion verhindern!“

Die Barrierefreiheit von Hilfs- und Assistenzsystemen und Diensten für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist derzeit stark verbesserungswürdig. Insbesondere gilt dies neben den kommunikativen Barrieren in Bezug auf die Barrierefreiheit medizinischer Einrichtungen. Hier geschieht es häufig, dass Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen oder in akuten Krisen oft als „nicht wartezimmerfähig“ beurteilt und an Kliniken oder Institutsambulanzen verwiesen werden. Schwer psychisch erkrankte Menschen befinden sich darüber hinaus oft auch in einem schlechten allgemeinen körperlichen Zustand – Hausärzte sind häufig überfordert und bedürfen der Vernetzung mit dem ambulanten Hilfesystem. Ambulante und wohnortnahe Hilfestrukturen für psychisch erkrankte Menschen sind gerade im Hinblick auf die Teilhabechancen und Heilungsprozesse wesentliche Ausgangspunkte und müssen barrierefrei gestaltet sein bzw. vielerorts überhaupt erst geschaffen werden.

Daneben stellt das gegliederte System der sozialen Sicherung für die Betroffenen eine wesentliche Barriere dar. Eine psychische Erkrankung hat vielfach Auswirkungen auf mehrere oder alle Lebensbereiche. Die Unterscheidung zwischen Leistungen der Behandlung, medizinischer Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist schon für Fachkräfte eine hohe Herausforderung und sind für juristische Laien oft überhaupt nicht zu verstehen. Dies führt häufig dazu, dass theoretisch mögliche Hilfen aufgrund der Komplexität der Zugangswege nicht in Anspruch genommen werden. Psychisch erkrankte Menschen brauchen niedrigschwellige Zugänge zum Hilfesystem und eine strukturelle Antwort der Leistungsträger auf ihre meist komplexen Hilfebedarfe.

Viel erreicht wurde in den letzten Jahren durch den Aufbau von Modellprojekten der Integrierten Versorgung, bei der der Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Mitglieder zusammen mit verschiedenen Krankenkassen zu den wichtigsten Initiatoren zählen. Dabei werden erprobte und wirksame ambulante Behandlungsformen miteinander vernetzt. Ziel dieser breiten, multiprofessionellen und regional verankerten Angebote ist es, Menschen mit psychischen Problemen ein individuelles und auf den Einzelnen angepasstes Unterstützungssystem anzubieten.

lante Behandlungsformen miteinander vernetzt. Ziel dieser breiten, multiprofessionellen und regional verankerten Angebote ist es, Menschen mit psychischen Problemen ein individuelles und auf den Einzelnen angepasstes Unterstützungssystem anzubieten.

Mehr Informationen zur Integrierten Versorgung für psychisch erkrankte Menschen finden Sie unter www.psychiatrie.de/dachverband/iv



Gleiche Anerkennung vor dem Recht sicherstellen

Im Artikel 12 verpflichten sich die Staaten, die Gleichberechtigung aller Menschen vor dem Gesetz sicherzustellen und Menschen mit Behinderung den Zugang zu Gerichten und Rechtsbeiständen zu ermöglichen und ihnen den gleichen Schutz wie allen Bürgern zu garantieren.

Der Artikel 12 BRK über die gleiche Anerkennung vor dem Recht ist von besonderer Bedeutung für Menschen mit psychischer Behinderung. Die verbreitete Entmündigung, der Ausschluss vom Rechtsverkehr oder die Nichtigerklärung von Willenserklärung sind nach diesem Artikel nicht rechtmäßig. Menschen mit Behinderungen sind gleichberechtigte Träger von Rechten und müssen so behandelt werden. Prominente Widersprüche zur in Artikel 12 formulierten Verpflichtung sind die im Bürgerlichen Gesetzbuch vorhandenen Regelungen zur Geschäftsunfähigkeit. Diese Regelungen beschränken die Geschäftsfähigkeit von Menschen, bei denen nach Formulierung des BGB eine „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ vorliegt. Trotz eindeutigen Widerspruch zur Zielsetzung des Artikels 12 UN-BRK hält die Bundesregierung in ihrer Erläuterung im Staatenbericht an diesen Rechtsnormen fest.

Es ist anzuerkennen, dass mit dem deutschen Betreuungsrecht eine wichtige Grundlage geschaffen wurde, um für Menschen mit psychischen Erkrankungen die gleiche Anerkennung vor dem Recht zu gewährleisten und ihnen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie zur Durchsetzung ihrer Rechtsansprüche benötigen. Durch das Betreuungsrecht wurde der alte Vormundschaftsgedanke durch den Grundgedanken der Assistenz ersetzt. Im Alltag der Betreuung ist dieser Assistenzgedanke vielfach noch nicht durchgesetzt. Auch das vom Gesetzgeber eingeführte Prinzip, dass vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung alle Möglichkeiten von anderen Formen von sozialer Unterstützung ausgeschöpft sein sollen, wird bislang nicht überall umgesetzt. Daneben ist das Verhältnis von fachlicher sozialer Unterstützung und rechtlicher Betreuung im Leistungssystem Deutschlands noch nicht zureichend geklärt.

Die Entwicklungen der letzten Reformen des Betreuungsrechts haben den Gedanken der Assistenz zum Leitbild der Betreuung gemacht. Dies muss noch deutlicher in der Realität verankert werden und der Suche nach dem Willen des Betreuten mehr Zeit, Raum und größere Sorgfalt eingeräumt werden. Hinzu muss sichergestellt werden, dass bereits im Vorfeld alle Möglichkeiten sozialräumlicher Unterstützung ausgeschöpft werden.

Festzuhalten ist, eine einmal etablierte Betreuung ist keine Feststellung mit Ewigkeitsanspruch. Regelmäßige Prüfung und Kontrolle der Notwendigkeit muss Bestandteil des normalen Verfahrens sein. Alle Verbände sind sich aber einig, dass die rechtliche Betreuung nicht länger als notwendig fortbestehen darf. Hierfür braucht es nachhaltige und transparente Prüfungs- und Kontrollverfahren. Grundlegend ist hierbei immer die Achtung der Interessen und Bedürfnisse des Menschen mit psychischer Erkrankung.

Freiheits- und Schutzrechte konkretisieren

Die Konvention nimmt Bezug auf verschiedene Rechte zum Schutz von Menschen mit Behinderungen. Dazu gehört das Recht auf Leben (Artikel 10), die Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Artikel 15), die Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch (Artikel 16), der Schutz der Unversehrtheit der Person (Artikel 17) und der Schutz vor Sklaverei (Artikel 27).

Diese Schutz- und Freiheitsrechte sind zumeist eine Konkretisierung von bereits bestehenden Formulierungen aus anderen Menschenrechtskonventionen auf die Situation von Menschen mit Behinderung. Artikel 16 zur Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch ist in dieser Form nicht in bisherigen Menschenrechtsverträgen vorhanden. Der Inhalt ist aus den bestehenden Menschenrechten ableitbar. Artikel 16 nimmt die besondere Situation auf, dass Menschen mit Behinderungen besonders vor Missbrauch geschützt werden müssen, insbesondere, wenn sie in einer Einrichtung leben.

Diese Artikel sind die am deutlichsten durch die Vertreter der internationalen Psychiatrie-Erfahrenen geprägten Artikel der Konvention. Man kann sie als einen Komplex betrachten, der ein Abwehr- und Schutzrecht gegen jeden gewaltsamen staatlichen Eingriff in die Autonomie behinderter Menschen festlegt. Rechtlich gesehen wäre ein Artikel als Recht auf Schutz und Unversehrtheit der Person ausreichend gewesen. Dass nun gleich mehrere Artikel sich diesem Komplex widmen macht deutlich, welche besondere Wichtigkeit Psychiatrie-Erfahrene auf diesen Punkt legen. Ausgehend von den – meist traumatischen – Erfahrungen der zwangsweise geschlossen untergebrachten psychisch erkrankten Menschen mit diesen oder weiteren Zwangsmaßnahmen und/oder deren unfreiwilligen medizinischen Behandlungen sollen diese Artikel diese Zustände endgültig beseitigen und zukünftig ausschließen.

Behinderung rechtfertigt somit nach der UN-BRK in keinem Fall eine Freiheitsentziehung oder gewaltsame Maßnahmen. Die Regel gilt dann jedoch nicht, wenn rechtlich zulässige strafrechtliche Maßnahmen greifen, die auch allgemeingültig für die Gesamtbevölkerung gelten – etwa bei einer akuten Fremdgefährdung durch eigenes Verhalten. Da Zwang und Freiheitsentziehung jedoch in jedem Fall schwere Grundrechtseingriffe darstellen, muss dabei immer die Verhältnismäßigkeit gewahrt bleiben.

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. So besagt es seit 2009 auch explizit die UN-Behindertenrechtskonvention, weil das Grundgesetz allein wohl nicht ausreicht. Unsere Grundrechte können durch andere Gesetze eingeschränkt werden. Diese müssen wiederum für alle gelten. So kann z.B. jeder Mensch für gewisse Straftaten verurteilt und mit Freiheitsentzug bestraft werden (Nicht zwangsbehandelt, das wäre Folter! Die körperliche Unversehrtheit gilt in unserer Verfassung gegenüber der Freiheit der Person als höheres Gut). Es darf gemäß unserer Verfassung keine Sondergesetze geben, welche die Grundrechte bestimmter Personengruppen, wie z.B. religiöser Minderheiten, homosexueller oder behinderter Menschen einschränken. Und trotzdem gibt es Sondergesetze, die nur für „Psychisch Kranke“ gelten. Zum Verständnis: Es ist legitim und notwendig, Sondergesetze zu schaffen, die Begünstigungen für benachteiligte Menschen festlegen. Das schreibt auch die UN-Behindertenrechtskonvention vor, damit alle Menschen an dieser Gesellschaft uneingeschränkt teilhaben können. Aber die Grundrechte einer definierten Gruppe einzuschränken, ist verfassungswidrig, sonst sind wir eben doch nicht alle vor dem Gesetz gleich.“

Mirko Olostiak, Vorstand des Bundesverbands der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE), 2014

Aus Ermangelung von flächendeckenden ambulanten Versorgungs- und Behandlungsangeboten werden Betroffene immer noch viel zu oft – ohne die fachliche Notwendigkeit – in die stationäre Psychiatrie eingewiesen. Oft sind bei Zwangseinweisungen nicht einmal Fachärzte an der Entscheidung beteiligt.

Angesichts aktueller Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung und der damit einhergehenden Reform des BGB stehen inzwischen alle landesrechtlichen Vorschriften der Unterbringungsgesetze und der „Psychisch-Kranken-Gesetze“ (PsychKGs) auf dem Prüfstand. Die Vorgaben insbesondere der Artikel 14 und 17 UN-BRK sind dabei strikt zu beachten. Der Schutz der individuellen Autonomie der Patienten muss hierbei höchstes Gebot genießen.

Zwangsmaßnahmen dürften – unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit – lediglich das Grundrecht auf Freiheit einschränken, nicht jedoch das Grundrecht auf personelle Selbstbestimmung. Diese ist dann gefährdet, wenn über die Anlassbehandlung hinaus weiter gegen den Willen des Patienten behandelt wird und Patientenverfügungen nicht beachtet werden. Zwang darf generell – wenn überhaupt – nur von staatlichen Stellen oder jenen ausgeübt werden, die hoheitsrechtlich in Vertretung handeln. Die aktuelle Struktur der Anordnung und Kontrolle der Zwangsmaßnahmen durch oftmals fachlich nicht versierte Richter muss reformiert werden und eine freiheitsentziehende Maßnahme nur letztes Mittel nach einer Maßnahmenkette zur Vermeidung einer Einweisung sein. Der Rechtsschutz des Betroffenen auch unter Beachtung des Artikels 13 UN-BRK (Zugang zur Justiz) muss geachtet werden und eine volle Dokumentation der Maßnahmen und unabhängiger Zugang zum Betroffenen gewährleistet sein.

Selbstbestimmtes Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Im Hinblick auf das Ziel, die Sicherung eines selbstbestimmten Lebens zu erreichen, sind auch die Bestimmungen über die unabhängige Lebensführung und die Einbeziehung in die Gemeinschaft (Artikel 19) zu betrachten. Danach ist für Menschen mit Behinderungen das Recht zu gewährleisten, über ihren Aufenthaltsort, ihre Mitbewohner und die Wohnform selbst zu entscheiden. Ebenfalls fordert Artikel 19, dass ein Angebot an „gemeindenahen Dienstleistungen“ eingerichtet wird, damit ein selbstbestimmtes Leben möglich ist. Gemeint ist hierbei nicht eine völlig unabhängige Lebensführung, sondern eine frei gewählte Lebensführung mit entsprechender Autonomie etwa über die Unterstützungsdienste.

Dieser Artikel stellt insbesondere Autonomie und Selbstbestimmung als zentrale Grundlage der Lebensführung in den Mittelpunkt. Den Betroffenen soll die Möglichkeit gegeben werden, sich in ihrem normalen Sozialraum zu bewegen und einzubringen, um Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft zu verhindern. Eine Begrenzung des Lebens auf Sonderwelten speziell für Menschen

mit Behinderung soll somit vermieden werden. Unterstützungs- und Assistenzbedarf, der für viele Betroffene eine unabhängige Lebensführung erst ermöglicht, wird indirekt durch diesen Artikel ebenfalls abgedeckt. Ein Leben soll sozialraumorientiert ermöglicht werden, was eine Verpflichtung des Staates zur Schaffung einer Vielfalt von gemeindenahen Unterstützungsdiensten einschließt.

Menschen mit psychischer Erkrankung unterliegen in ihrer sozialen Kommunikation vielen Beschränkungen. Sie und die Gesellschaft insgesamt benötigen zum Teil Unterstützung und Befähigung, um sich an Aktivitäten in ihrem sozialen Umfeld zu beteiligen. Unter anderem als Folge der jahrzehntelangen institutionellen Förderpraktiken haben sich regionale Strukturen entwickelt, die Menschen mit psychischen Erkrankungen statt Wiedereingliederung geschützte Räume und damit Sonderwelten anbieten, die von der UN-BRK strikt abgelehnt werden. Darüber hinaus ist es wichtig, dem krankheitsbedingten Verarmungsrisiko und dem Risiko des Verlustes von Familie und Arbeit aktiv entgegen zu wirken.

Neue Unterstützungsmodelle, wie regionale Budgets im Gesundheitswesen oder bei Teilhabeleistungen, stellen wichtige Bestandteile der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Was jedoch oft fehlt, ist die Vernetzung der leistungsträgerübergreifenden Systeme und eine umfassende regionale medizinische Begleitung nach dem Sozialgesetzbuch V (Medizinische Versorgungszentren, ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Ergotherapie, Hometreatment, Integrierte Versorgung etc.), um Menschen in Krisensituationen ambulant zu versorgen und nach fachlich hochwertigen und leitliniengestützten Prinzipien zu behandeln. Zu vermeiden sind in jedem Fall lange und teure stationäre Aufenthalte, da dies ein wichtiger Faktor zur Vermeidung von akuter und sich sukzessiv entwickelnder Exklusion darstellt. Es ist erforderlich, ambulante Netzwerke auszubauen und darüber hinaus regionale Netzwerke, zum Beispiel mit der Jugend- und Eingliederungshilfe, zu schaffen. So sollen auch besonders jene Kinder und Jugendliche aufgefangen und unterstützt werden, deren Eltern psychisch krank sind und die damit selbst stark von seelischen Krisen bedroht sind.

Erfahrungen aus dem europäischen Ausland und Modellprojekte in Deutschland machen deutlich, dass Psychiatrie-Erfahrene sich stark in die Gesamtgesellschaft einbringen möchten und können. Dies zu ermöglichen ist ein neues Ziel, das über die bisherigen Konzepte der Integration und der Gemeinwesenarbeit im Rahmen der Gemeindepsychiatrie hinausgeht. Im eigenen Lebensraum ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu führen – und in seelischen Krisen und Belastungszuständen zuverlässige Unterstützung zu bekommen – dies zu schaffen ist ein erklärtes Ziel des Dachverbands Gemeindepsychiatrie und seiner Mitglieder.

„Meiner Einschätzung nach wäre es Aufgabe des Hilfesystems, die Klienten zu mehr Eigeninitiative zu coachen und ihnen auch die entsprechende Hoffnung zu vermitteln, aus ihrer teils sehr desolaten Situation wieder herauszukommen, wie dies im Recovery-Modell der Fall ist.“

Prof. Dr. Dirk Richter, Fachhochschule Bern, 2010 in der Umfrage des Dachverbands Gemeindepsychiatrie „Inklusion fördern! Exklusion verhindern!“

„Teilhabe bedeutet für mich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen mitbestimmen dürfen. Für viele Betroffene scheitert dies jedoch schon daran, dass sie keinen Zugang zu den entsprechenden Teilhabeleistungen haben, die ihnen gesetzlich zustehen. Ein Beispiel ist für mich das „Persönliche Budget“: Dass dieses Budget existiert, wissen viele Betroffene nicht und selbst das Personal auf den Ämtern kennt sich oft nicht damit aus. Man muss sich daher fragen, ob es politisch gewollt ist, wenn das persönliche Budget nicht konsequent beworben und empfohlen wird sondern weiterhin ein Schattendasein fristet und kaum genutzt wird. Insgesamt funktioniert das derzeitige Versorgungssystem scheinbar nach dem Grundsatz, dass Gesundheit besonders billig sein muss. Dies ist höchst unethisch! Weil die Zuständigkeiten oft nicht miteinander verzahnt sind und das Personal überfordert ist, sind die bürokratischen Strukturen der Ämter für Betroffene oft frustrierend und sorgen dafür, dass sie sich noch weiter zurückziehen. So wird leider der Chronifizierung von Erkrankungen Vorschub geleistet! Wir brauchen daher ein viel flexibleres Versorgungssystem, das unabhängig und personenzentriert ist und sich Zeit für die Menschen nimmt. Gerade psychisch Kranke brauchen niedrigschwellige Angebote. Sozialämter und Jobcenter müssen inklusiv sein und über geschultes Personal verfügen, das ein Verständnis für die besonderen Probleme und Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat. So könnten mehr Betroffene an die Teilhabeleistungen gelangen, die ihnen nach der UN-BRK zustehen.“

Frau E., krisenerfahrene Diplom-Pädagogin und EX-IN-Referentin, 2014

Um die Inklusion von Menschen mit psychischer Erkrankung Wirklichkeit werden zu lassen, sollen alle bestehenden psychiatrischen Einrichtungen regelmäßig mit den Nutzerinnen und Nutzer deren Wünsche nach angemessenen Wohn- und Lebensformen thematisieren und sie in der Umsetzung dieser Wünsche unterstützen.

Im Sinne der Tragweite von Artikel 19 BRK ist der Großteil der Leistungserbringung für Menschen mit psychischen Behinderungen nach der Eingliederungshilfe des SGB XII zu kritisieren. Problematisch ist, dass viele Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die länger anhaltend sind und/oder einer umfassenden Hilfe bedürfen, nur über die Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII Leistungen finanziert werden können. Diese Leistungen setzen den Einsatz eigenen Vermögens oder Einkommens voraus und tragen so strukturell zur Armut der Betroffenen bei. Insofern sind gesetzliche Voraussetzungen zu schaffen, dass die der Sozialhilfe vorrangigen Leistungsträger nicht nur auf dem Wege gesetzlich definierter Leistungen zum Eintritt veranlasst werden, sondern auch dass die gesetzlich definierten Leistungen den Menschen mit Behinderung tatsächlich zur Verfügung gestellt werden. Es ist nicht mit der BRK zu vereinbaren, wenn Leistungen vom Gesetzgeber oder durch Richtlinien zwar normiert, durch das tatsächliche Handeln der Leistungsträger den Menschen aber vorenthalten werden (z.B. Soziotherapie nach SGB V, Häusliche psychiatrische Krankenpflege oder medizinische Rehabilitation).

Die Träger der Gemeindepsychiatrie haben über viele Jahre erfolgreiche sozialraumorientierte Unterstützungsmöglichkeiten etabliert, die auch weiterhin als Hilfen in einem regionalen ambulanten Netzwerk benötigt werden. Die bislang von den Kostenträgern überwiegend institutionsbezogene Finanzierung von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen ist künftig durch eine personenbezogene Finanzierung der Hilfen zu ersetzen. Dazu kann die UN-BRK einen wichtigen Beitrag leisten. Die derzeitigen Probleme liegen also nicht an den Trägern – sondern an der bisherigen Finanzierungssystematik.

Gesundheit und Rehabilitation

Die Konvention verpflichtet die Vertragsstaaten, Menschen mit Behinderungen „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ zu gewähren (Artikel 25). Zudem ist dafür zu sorgen, dass behinderten Menschen dasselbe Angebot, dieselbe Qualität und derselbe Standard an kostenloser oder bezahlbarer Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, wie dies für nicht behinderte Menschen der Fall ist. Neben dem diskriminierungsfreien Zugang zu der regulären Gesundheitsversorgung sind aber auch Gesundheitsleistungen speziell für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen anzubieten. Daneben enthält die Konvention in Artikel 26 ein eigenständiges Recht der Habilitation und Rehabilitation. Diese Vorschrift stellt eine Besonderheit dar, denn sie ist anders, als es die sonstigen wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte in der Konvention formulieren. Artikel 26 lautet: „Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen [englisch: peer support], um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“

Im bestehenden Gesundheits- und Rehabilitationswesen ist der Rechtsanspruch von psychisch erkrankten Menschen auf das in der BRK geforderte „Höchstmaß an Gesundheit“ häufig weit von einer Realisierung entfernt. Vielmehr muss festgestellt werden, dass der Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen und Angebote der medizinischen Rehabilitation häufig fehl- oder unterversorgt ist. Die defizitäre Behandlungssituation trägt zu einem nicht unerheblichen Teil zu einer Chronifizierung von psychischen Leiden bei. Alle beteiligten Akteure, besonders aber staatliche Stellen und Kostenträger, müssen im Sinne der UN-BRK für den Ausbau einer flächendeckenden und ausreichenden ambulanten Versorgung mit aufsuchender Krisenintervention sowie niederschweligen Angeboten und eine Weiterentwicklung der stationären Behandlung sorgen – damit Menschen mit psychischen Erkrankungen die Hilfen bekommen, die sie benötigen.

Artikel 26 zeigt dabei große Ähnlichkeit zu den grundsätzlichen Zielbestimmungen des SGB IX. Er geht allerdings durch seine Formulierung des „Höchstmaß-Ziels“ noch über das deutsche Sozialgesetzbuch hinaus, das nur die Verpflichtung Habilitation und Rehabilitation „zu fördern“ festschreibt. Den Gedanken der Förderung der Unabhängigkeit wird im SGB IX insbesondere im leistungsträgerübergreifenden „Persönlichen Budget“ des § 17 SGB IX deutlich. Trotz der bis jetzt schwachen Annahme dieser Möglichkeit ist dies letztlich eine im Grundsatz innovative Methode der Stärkung der subjektiven Unabhängigkeit der Betroffenen.

Arbeit und Beschäftigung

Artikel 27 erkennt das subjektive Recht eines Menschen mit Behinderung an, an einem offenen allgemeinen Arbeitsplatz gleichberechtigt teilzuhaben und nicht grundsätzlich in Sonderwelten exkludiert zu werden. Nicht verbunden ist mit diesem Artikel ein Recht auf einen konkreten Arbeitsplatz, welches Menschen ohne Behinderung im Umkehrschluss benachteiligen würde und somit mit dem Gedanken der UN-BRK nicht vereinbar wäre. Jeder Mensch soll nach Möglichkeit seinen Lebensunterhalt durch Arbeit verdienen können und somit Teil dieses für die persönliche Zufriedenheit und Entwicklung wichtigen Sozialraums sein.

Einen erfüllenden und sinnstiftenden Arbeitsplatz zu haben, ist für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen die beste Medizin. Dies sagen Psychiatrie-Erfahrene, Arbeitsmarkexperten und Forscher gleichermaßen. Gleichzeitig gestaltet sich die Teilhabe in der Berufswelt für Betroffene im praktischen Alltag oft schwierig.

Deutschland ist mit seiner aktuellen Struktur des ersten und zweiten Arbeitsmarktes noch weit von einem inklusiven allgemeinen Arbeitsmarkt entfernt. Möglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt werden oft nicht in Betracht gezogen. Gleichzeitig werden „nicht werkstattfähige bzw. nicht bildbare Menschen“ nach dem SGB IX auch von der Werkstatt ausgeschlossen.

Die Festlegung der Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankung und eingeschränkter Erwerbsfähigkeit auf den Leistungsort „Werkstatt für behinderte Menschen“ im SGB IX muss aufgegeben werden. Zu allererst muss der betroffene Mensch selbst entscheiden können, ob er oder sie die unterstützte Arbeit in einer spezialisierten Einrichtung oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erbringt. Hierzu müssen die bisherigen Angebote zur beruflichen Bildung und Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben flexibilisiert werden und Zugangsschwellen zur Nutzung des Persönlichen Budgets abgebaut werden. Werkstätten haben als geschützte Arbeitsformen weiter ihre Berechtigung, jedoch muss ein erleichterter Wechsel mit Rückkehrmöglichkeit etabliert werden.

Die Exklusion aus Arbeit führt nach übereinstimmender Einschätzung von Forschern, Trägern der Gemeindepsychiatrie und Psychiatrie-Erfahrenen neben der Gefahr von Verarmung auch zum weitgehenden Verlust sozialer Beziehungen.

Über die Bedeutung von „Inklusion in der Arbeitswelt“ finden Sie ausführliche Informationen in unserer gleichnamigen PIELAV-Broschüre. Sie können Sie unter folgender Adresse beim Dachverband Gemeindepsychiatrie als PDF herunterladen: www.psychiatrie.de/index.php?id=2716

Hier ist es notwendig, künftig Aktivitäten zum Arbeitsplatz zu stärken – immerhin sind psychische Erkrankungen heutzutage für einen Großteil der Arbeitsunfähigkeitstage und Frühverrentungen verantwortlich. Die Möglichkeit der insbesondere für Menschen mit psychischen Behinderungen hilfreichen „Unterstützten Beschäftigung“ muss weiter gestärkt werden, um Betroffene dauerhaft und nachhaltig im allgemeinen Arbeitsmarkt zu halten oder sie wieder heranzuführen.

Fazit und Ausblick: Das Bundesteilhabegesetz und darüber hinaus

Das Thema „Inklusion“ ist in der Gegenwart zwar in aller Munde, jedoch bleiben Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen dabei in der öffentlichen Diskussion noch zu oft auf der Strecke und werden weiter stigmatisiert und ausgegrenzt. Mit der UN-BRK haben Betroffene, Angehörige und Unterstützerinnen und Unterstützer in der Gemeindepsychiatrie ein wichtiges Instrument, um auf bestehende Defizite aufmerksam zu machen und auf die Veränderungen der bestehenden Verhältnisse hinzuwirken.

Unter dem Eindruck der UN-BRK erscheint das deutsche Sozialrecht in vielen Aspekten als nicht mehr zeitgemäß. Weder die defizitär orientierte Definition von Behinderung im SGB IX noch das gegliederte System der sozialen Sicherung, welches für Menschen mit psychischen Erkrankungen oft eine wesentliche Barriere darstellt, sind in Zukunft noch vertretbar. Auch die Unterscheidung zwischen Leistungen der Behandlung, medizinischer Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erschweren eine funktionierende Inklusion.

Auch ist noch viel Aufklärungsarbeit durch Medien, Verbände und Politik zu leisten, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr stigmatisiert und ausgegrenzt werden. Die häufige und kritische Auseinandersetzung der öffentlich-rechtlichen Fernseh- und Radiosender mit dem Thema in der jüngeren Vergangenheit ist dabei ein wichtiger Schritt.

Zu einer inklusiven Versorgung, die den Ansprüchen der UN-BRK gerecht wird, benötigen wir für die Zukunft den weiteren Ausbau von Versorgungsmodellen, die sich auf das Individuum konzentrieren. Nutzerinnen und Nutzer benötigen ein einfaches, unkompliziertes, aber verlässliches und gemeindenahes Hilfesystem. Eine personenzentrierte Unterstützung, also eine aufeinander abgestimmte und vernetzte Hilfe, der Behandlung und Begleitung, die sich immer an den individuellen Bedürfnissen orientiert, stehen dabei im Mittelpunkt.

Zusätzlich muss der Transfer von stationär zu ambulant einfacher gestaltet werden – mit dem Vorrang auf der ambulanten Behandlung. Wenn dies flächendeckend umgesetzt wird, dann wäre viel für die Inklusion im Sinne der UN-BRK gewonnen.

Ein Großteil der Eingliederungshilfe in Deutschland wird momentan allerdings weiterhin in voll- oder teilstationärem Umfeld erbracht. Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung ist insbesondere die qualitativ hochwertige, an den oben genannten S3-Leitlinien für psychosoziale Therapien orientierte Umsetzung einer flächendeckenden integrierten Versorgung SGB V zu fordern.

„Die Leistungserbringer in der Gemeindepsychiatrie müssen aufhören, immer neue Subkulturen aufzubauen. Singen kann man im Gesangsverein, Sport treiben im Sportverein – Seidenmalerei, Handwerkslehrgänge und PC-Kurse bieten die Volkshochschule an. Es bedarf dazu keiner Tagesstätten, die letztlich zur Exklusion führen. Mit Hilfe des persönlichen Budgets und bei Bedarf mit Unterstützung eines Sozialarbeiters, können Angebote, die für alle Bürger gelten, nutzbar gemacht werden. Es muss nicht erst Exklusion betrieben werden, um hernach mit viel Aufwand Inklusionsanstrengungen zu unternehmen.“

Ruth Fricke, Vorstand im Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, 2014

„Mit der Unterzeichnung des Übereinkommens der UN über die Rechte von Menschen mit Behinderung und deren Gültigkeit in Deutschland seit dem 26. März 2009 sind wir in Teil 2 der Psychiatrie-Reform angekommen: Damit haben wir uns verpflichtet, sozialpsychiatrische Hilfsangebote grundlegend zu erneuern. Mit ihrem Wirken werden Sondergemeinschaften behindert/nicht behindert aufgehoben zugunsten der Normalität gemeinsamen Lebens, das die Lebensqualität aller Bürgerinnen und Bürger steigert“

Wolfgang Faulbaum-Decke, Vorstandsvorsitzender des Dachverbands Gemeindepsychiatrie, 2014

Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist dabei das geplante Bundesteilhabegesetz, auf das sich die große Koalition von CDU/CSU und SPD verständigt hat und welches im Laufe der aktuellen Legislaturperiode umgesetzt werden soll. Geplant ist, Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten haben, aus dem bisherigen komplizierten Fürsorgesystem herauszuführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und in einem bundeseinheitlichen Verfahren personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden.

In der Theorie ist dieses Vorhaben begrüßenswert, jedoch muss bei der Umsetzung darauf geachtet werden, dass die Reform auch im Sinne der Betroffenen erfolgt. Denn sie wird nur dann erfolgreich sein, wenn sie die Situation behinderter Menschen nachhaltig verbessert und zu bundesweit einheitlichen Regelungen und Ansprüchen führt. Deshalb muss die Diskussion sozialpolitisch und an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert geführt werden und darf nicht von der Finanzpolitik „überholt und ausgebremst“ werden. Es muss besonderen Wert darauf gelegt werden, dass die Rolle der Gemeindepsychiatrie durch das neue Gesetz gestärkt wird und kleinere, gemeindenahere und damit besonders inklusiv arbeitende Leistungserbringer nicht auf der Strecke bleiben. Denn das Recht von psychisch erkrankten Menschen auf eine angemessene Versorgung ist dann in der Praxis nicht umsetzbar, wenn ihnen die Möglichkeit fehlt, diese Versorgung auch vor Ort zu finden.

Weiterführende Informationen und Quellen zum Thema

Dachverband Gemeindepsychiatrie | www.psychiatrie.de/dachverband
PIELAV – Gemeindepsychiatrie schafft Inklusion | www.psychiatrie.de/dachverband/pielav
Aktionsbündnis Seelische Gesundheit | www.seelischegesundheit.net
Aktion Mensch | www.aktion-mensch.de/inklusion
BRK-Allianz | www.brk-allianz.de
Deutsches Institut für Menschenrechte | www.institut-fuer-menschenrechte.de/?id=467

Staatliche Koordinierungsstelle zur UN-BRK | http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Koordinierungsstelle/UNKonvention/UNKonvention_node.html

Kontaktgespräch Psychiatrie: Stellungnahme der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2012
www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/bapk/positionen/un-brk/kontaktgespraech_stellungnahme_brk_120515.pdf

„Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“. Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention
www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a740-aktionsplan-bundesregierung.html

Dachverband Gemeindepsychiatrie: Inklusion fördern! Exklusion vermeiden! Ergebnisse einer Befragung Psychiatrie-Erfahrener und Experten. Bonn, 2010
www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/PIelaV/Befragung.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer, 2013

Weitere Informationen zum Bundesteilhabegesetz finden Sie unter www.teilhabeGesetz.org

Eine gemeinsame Positionierung der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege zum Bundesteilhabegesetz finden Sie unter www.deutscher-behindertenrat.de/ID147704

Unsere Projektpartner und ihre regionalen Angebote

Anker Sozialarbeit gGmbH (Schwerin) | <http://anker-sozialarbeit.de>
Das Dach e.V. (Detmold) | www.das-dach-ev.de
Der Paritätische - Selbsthilfe-Kontaktstelle Kreis Lippe (Detmold) | <http://shkst-lippe.paritaet-nrw.org>
Gesellschaft für ambulante Betreuung und Begleitung gGmbH (Berlin) | www.gambe-berlin.de
Landesverband Bürgerhilfe in der Psychiatrie Bayern e.V. (München) | www.bpsy.de
Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR (Klingenmünster) | www.pfalzkllinikum.de

In dieser Broschüre informieren wir Sie über den Stand der Inklusion in Deutschland und die Rolle der UN-BRK. Sie richtet sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Angehörige und Freunde sowie alle interessierten und engagierten Bürgerinnen und Bürger.

Wir können Menschen mit psychischen Erkrankungen mit Gewissheit sagen: Die UN-BRK ist wichtig für Sie! Das liegt an folgenden Gründen:

- Die UN-BRK bringt dadurch einen historischen Paradigmenwechsel mit sich: Menschen mit Behinderungen sind nicht länger die Objekte wohlfahrtstaatlicher Fürsorge, sondern gleichberechtigter Teil der Gesellschaft mit und Träger von unveräußerlichen Rechten.
- Psychische Erkrankungen und ihre häufige Stigmatisierung werden als Umstände anerkannt, die die Betroffenen behindern. Die BRK stellt klar: „Die Gesellschaft behindert euch an einer gleichberechtigten Teilhabe!“ Deshalb müssen sich Politik und Gesellschaft darum kümmern, die Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen abzubauen.
- Viele gesellschaftliche Realitäten, die psychisch Kranke benachteiligen – von A wie Arbeitsdiskriminierung bis Z wie Zwangsbehandlung – werden durch die UN-BRK in Frage gestellt und müssen geändert werden.
- Inklusion, Sozialraumorientierung und Mitbestimmung – Konzepte, für die wir in der Gemeindepsychiatrie seit Jahrzehnten stehen, finden in der Konvention eine feste Grundlage, auf die wir uns gemeinsam berufen können.

Gefördert durch die

**Aktion
MENSCH**

Unsere Projektpartner:



Gesellschaft für ambulante Betreuung und Begleitung
GamBe gGmbH