

# Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung



Das Betreuungswesen und seine  
Bedeutung für die  
gemeindepsychiatrische  
Versorgung

Herausgegeben von  
Wolf Crefeld  
Heinrich Kunze  
Bernhard Jagoda  
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte  
Band 22

# Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung

Tagungsbericht Bonn, 17./18.  
Mai 1995

Herausgegeben von  
Wolf Crefeld  
Heinrich Kunze  
Bernhard Jagoda  
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte  
Band 22



1996  
Rheinland-Verlag GmbH • Köln

in Kommission bei  
Dr. Rudolf Habelt GmbH Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

© Rheinland-Verlag GmbH • Köln 1996

Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft des  
Landschaftsverbandes Rheinland mbH Abtei Brauweiler,  
Postfach 2140, 50250 Pulheim Alle Rechte vorbehalten  
Redaktion: Birgit Meiners Gestaltung: Norbert Radtke  
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch • Köln  
Gesamtherstellung: Nettessheim Druck GmbH & Co. KG  
ISBN 3-7927-1464-7

# Inhaltsverzeichnis

<b>Redaktionelle Vorbemerkung</b> .....	<b>8</b>
<i>Bernhard Jagoda</i>	
Eröffnung und Begrüßung .....	9
<i>Elke Vogel</i>	
Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit. ....	11
<i>Regina Schmidt-Zadel</i>	
Grußwort. ....	14
<b>I. Zur fachlichen Gestalt des Betreuungswesens</b> .....	<b>17</b>
<i>Wolf Crefeld</i> Zur Einführung: Warum eine Psychiatrietagung zum Betreuungsgesetz? .....	19
<i>Wolfgang Wessels</i>	
Die "persönliche Betreuung" im Betreuungsgesetz aus humanwissenschaftlicher Perspektive .....	30
<i>Christian von Ferber, Peter Hoffmann, Martin Künstler</i>	
Zum Verhältnis von ehrenamtlichen und professionellen Betreuerinnen und Betreuern. Erfahrungen aus dem Projekt "Modellmaßnahmen zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen" .....	37
<i>Günther Haberl</i>	
Sachwalterinnen/Sachwalter und Patientenanwältinnen/-anwälte in Österreich - Erfahrungen zur notwendigen Professionalität von Betreuenden .....	49
<b>Kurzreferate aus den Diskussionsforen zum Themenbereich I.</b> .....	<b>63</b>
<i>Forum 1: Die persönliche Betreuung im Betreuungsgesetz</i>	
<i>Britta Anger</i> Die Funktion der persönlichen Betreuung innerhalb des medizinischen und psychosozialen Hilfesystems .....	65
<i>Jutta Bienwald</i> Die Bedeutung des Betreuungsvereins für die Beratung familiengebundener ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer. ....	74

<i>Forum 2: Ehrenamtlichkeit und Professionalität in der Betreuungsarbeit. . . . .</i>	80
<i>Bettina Schumacher</i>	Kooperationschancen zwischen einem Betreuungsverein und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern . . . . . 80
<i>Martin Künstler</i>	Schlüsselaufgaben bei der Förderung ehren amtlicher Betreuerinnen und Betreuer. . . . . 84
<i>Forum 3: Sachwalterinnen/Sachwalter und Patientenanwältinnen/-anwälte in Österreich . . . . .</i>	88
<i>Irene Müller</i>	Sachwalterschaft in Österreich und die Ent- wicklungen aus der Sicht des Vereines für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft. . . . . 88
<i>Rita Gänsbacher</i>	Patientenanwaltschaft in Österreich - Eine Rechtsschutzeinrichtung für psychisch kranke Menschen?. . . . . 94
Plenumsdiskussion zum Themenbereich I . . . . .	106

**II. Alternativen zur Betreuung des/der nicht-einwilligungsfähigen  
Patienten/Patientin . . . . . 113**

<i>Thomas Klie</i>	Das Behandlungsrecht als Fallstrick für das Betreuungsrecht . . . . . 115
<i>Bernd Schulte</i>	Der Schutz persönlicher und sozialer Rechte psychisch Kranker - Zum Verhältnis von rechtlichen und nicht-rechtlichen Verfahrensweisen . . . . . 126
Podiumsdiskussion zum Themenbereich II . . . . .	138

**III. Die Vernetzung therapeutischer und betreuungsrechtlicher Hilfen. . . . . 149**

<i>Heinrich Kunze</i>	Wer sorgt für die Koordinierung von Hilfen, wenn diese nicht mehr in Einrichtungen standardisiert vorgehalten werden? . . . . . 151
<i>Johann Keibel</i>	Case-Management als unterschiedliche Aufgabe von Betreuerinnen/ Betreuern und von Therapeutinnen/Therapeuten bzw. Pflegekräften . . . . . 163

<i>Matthias Rosemann</i> Die Einbindung der Betreuerinnen und Betreuer in die kommunale Steuerung .....	178
<b>IV. Das Betreuungswesen als kommunalpolitische Verantwortung .....</b>	<b>193</b>
<i>Rainer Möller</i> Möglichkeiten einer wirksamen Realisierung des örtlichen Betreuungswesens .....	195
Podiums- und Plenumsdiskussion zum Themenbereich IV .....	206
<b>Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....</b>	<b>217</b>

## Redaktionelle Vorbemerkung

Es wurde der Versuch unternommen, konsequent zweigeschlechtliche Formulierungen zu verwenden (z.B. 'Betreuerinnen und Betreuer'). Nur in Sätzen, deren Lesbarkeit aufgrund von unterschiedlichen Pronomina, Adjektiven oder Aufzählungen sehr erschwert worden wäre, wurde dieses durchgängige Prinzip durchbrochen zugunsten alternierend männlicher und weiblicher Formen (z.B. 'der Kontakt zwischen Richterinnen, Rechtspflegern, Sozialpädagoginnen und Betreuern').

# Eröffnung und Begrüßung

*Bernhard Jagoda*

Wenn wir in den beiden folgenden Veranstaltungstagen viel über das Betreuungsrecht hören und sprechen werden, so haben wir es hier mit einem Gesetz zu tun, daß sich nicht nur auf die Regelung der Angelegenheiten psychisch kranker und behinderter Menschen bezieht. Neben geistig behinderten und Personen mit hirnorganischen Psychosyndromen sind psychisch kranke Menschen - und hier vor allem die chronisch psychisch Kranken - aber der Hauptpersonenkreis, der von der Ablösung des überholten Vormundschaftswesens durch das Betreuungsrecht betroffen äst. Ob es bereits legitim ist zu sagen, psychisch Kranke "**profitieren**" von dem eingeschlagenen Weg weitreichender gesetzlicher Neuregelungen, der mit dem Betreuungsgesetz beschriftet wurde - diese Frage werden wir besser am Ende der Tagung beantworten können. Dann nämlich, wenn wir von den anwesenden Fachleuten, den Referentinnen und Referenten sowie von den Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmern gehört haben, wie die Bilanz ausfällt, die dreieinhalb Jahre nach Inkrafttreten des neuen Rechts zu ziehen ist.

Die Intention, die dem Betreuungsgesetz zugrunde liegt, paßt stimmig zu den Prämissen, die auch in die sonstigen -Reformbestrebungen der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahren Einzug gehalten haben. Wenn es beispielsweise ein zentrales Anliegen des neuen Gesetzes ist, an die Stelle der früheren Massen-Vormundschaften - die entsprechend anonym waren - die persönliche, d.h. auf einem Vertrauensverhältnis zwischen betreuender und betreuter Person beruhende Betreuung zu setzen, so spiegelt dies ein ganz ähnliches Denken wider, wie wir es heute auch in anderen Reformzusammenhängen finden:

Ob in der bereits gesetzlich verbindlichen Psychiatrie-Personalverordnung für den stationären Bereich, oder in der Kommissionsarbeit, die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums für die "Personalbemessung im komplementären Bereich" noch bis September 1996 geleistet wird, oder in einer weiteren Arbeitsgruppe des BMG, die sich seit Mitte des letzten Jahres mit der Frage beschäftigt, wie "Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie" zu gewährleisten sei - allen diesen Projekten der AKTION ist die Sichtweise gemeinsam, daß der *konkrete* Hilfebedarf des *einzelnen* psychisch kranken Menschen im Mittelpunkt aller Überlegungen zu stehen habe. Nicht mehr institutionsbezogen soll gedacht werden, sondern personenbezogen; therapeutische Kompaktlösungen, die vielleicht einfacher zu handhaben und abzurechnen sind, aber am individuellen Bedarf eines psychisch kranken Menschen vorbeigehen, sollen bald der Vergangenheit angehören. An Ihre Stelle sollen Behandlungen und Betreuungen treten,

die auf eine ganz konkrete, individuelle Krankheits- oder Krisensituation bezogen sind.

Dieselbe Logik liegt auch dem Konstrukt der "**persönlichen Betreuung**" zugrunde: individuelle Hilfe da, wo möglich und sinnvoll, aber nicht mehr Hilfe als nötig, lautet hier die Alternative zu der früheren Vormundschaftswirklichkeit mit ihren diskriminierenden Auswirkungen von weitreichender Entrechtung.

Und hiermit möchte ich einen Gesichtspunkt betonen, der mir sehr am Herzen liegt. Die Idee, die dem Begriff der "persönlichen Betreuung" zugrunde liegt, gilt es zu realisieren, wenn die Reform des Betreuungswesens langfristig greifen soll. Ihr Gelingen steht und fällt mit dem **ehrenamtlichen Engagement** der mehreren hunderttausend Betreuerinnen und Betreuer, die bereits jetzt die Betreuung von psychisch kranken und behinderten Menschen übernommen haben. Sie benötigen für die Ausübung ihrer schwierigen und verantwortungsvollen Aufgabe professionelle Unterstützung, aber sie haben auch Anspruch auf unsere Anerkennung und auf Erleichterungen. Mit Sorge muß uns erfüllen, wenn ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer sich von den teilweise hohen Ansprüchen an ihre Funktion überfordert und allein gelassen fühlen und wenn die Bereitschaft zur Übernahme einer Betreuung insgesamt nachzulassen scheint.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich hoffe, daß diese Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE nicht nur in Bezug auf den zuletzt angesprochenen Aspekt Anregungen und Anstöße liefert, wie die in den Anfangsjahren der Umsetzung des neuen Betreuungsrechtes auftretenden Probleme auf unterschiedliche Arten zu lösen sind. Hierzu gehört auch eine bessere Vernetzung von betreuungsrechtlichen mit den übrigen therapeutischen Hilfen im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem; dazu gehört die Suche nach Möglichkeiten, ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer in ihrem sozialen Engagement stärker zu unterstützen, statt sie durch Überforderung zu demotivieren; dazu könnte auch gehören, Novellierungsvorschläge zu entwickeln, die nötig sind, um von der Gesetzgeberin nicht beabsichtigte "Nebenwirkungen", von denen wir später hören werden, zu beseitigen.

Wir haben uns bemüht, Expertinnen und Experten aus den verschiedenen, für dieses Thema relevanten Bereichen zusammenzubringen: aus der Justiz und aus Betreuungsvereinen, aus den kommunalen Betreuungsbehörden und aus einem Forschungsprojekt des ehemaligen Ministeriums für Familie und Senioren zur Förderung der ehrenamtlichen Betreuungstätigkeit. Wir begrüßen auch die Kolleginnen und Kollegen aus Österreich und den Niederlanden, die mit ihren Erfahrungen unsere bundesdeutsche Sicht bereichern werden.

Ich wünsche uns einen fruchtbaren Erfahrungsaustausch, anregende Diskussionen und in die Zukunft: weisende Ergebnisse.

# Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

*Elke Vogel*

Das Betreuungsrecht setzt zur Erreichung der Reformziele der "persönlichen Betreuung" und der "Stärkung der persönlichen Rechte" ganz wesentlich auf das Ehrenamt als Regelfall der Betreuung. Das heißt: die Wahrnehmung der Interessen und die Wahrung der Rechte von unter Betreuung stehenden Personen soll in der Regel unentgeltlich von Freiwilligen, von sozial Engagierten, geleistet werden. Dabei geht das Gesetz offenbar davon aus, daß es möglich, ja sogar selbstverständlich ist, Leistungspotentiale der Bürgerinnen und Bürger für nichtmonetäre Tätigkeiten im notwendigen Umfang zu erschließen.

Dies ist insofern schon erstaunlich, als das Betreuungsgesetz zu einer Zeit verabschiedet wurde, als allenthalben - und zwar schon seit Jahren - die Krise des Ehrenamtes beklagt und diskutiert wurde. Dabei ging es schon damals und geht es auch heute u.a. darum, daß grundlegende gesellschaftliche Veränderungen es nicht mehr als angemessen erscheinen lassen, Voraussetzungen und Bedingungen ehrenamtlicher Tätigkeit mit alten Erwartungen und Selbstverständlichkeiten zu verknüpfen.

Bei den vielfältigen Problemen, die mit der Reform von Vormundschaft und Pflegschaft zu klären waren, äst offensichtlich die Klärung der Rahmenbedingungen, die zur erfolgreichen Praxis der persönlichen Betreuung durch Ehrenamtliche unverzichtbar sind, vernachlässigt worden.

Ich will zwar den Begriff Ehrenamt jetzt nicht ausführlicher problematisieren, zumal er in Deutschland historisch gewachsen und in die gesamte Wohlfahrts-Tradition deutscher Prägung so stark eingebunden ist, daß eine Änderung noch viele Widerstände zu überwinden hätte - aber ich möchte doch wenigstens erwähnen, daß es hier nicht nur um (austauschbare) Worte geht, sondern Begriffe zwangsläufig mit bestimmten Inhalten verbunden sind und affektive Qualitäten haben, die den Menschen vermitteln können, daß es "um ihre Sache" geht. Wo beklagt wird, daß diese Vermittlung nicht mehr ausreichend gelingt, muß man sich dringend den *Inhalten* und den *Rahmenbedingungen* zuwenden. Und das muß auch Konsequenzen für die Begrifflichkeit haben: Ehre und Amt und die Verknüpfung dieser beiden "Schwergewichte" sowie die Konnotationen, die damit bei vielen Menschen auftauchen, sind möglicherweise nicht geeignet, freiwilliges soziales Engagement vor allem auch jüngerer Menschen zu fördern.

Die Vernachlässigung der Rahmenbedingungen für ehrenamtliche Betreuung im gesamten Gesetzgebungsverfahren hat natürlich Folgen. So verwundert es nicht,

daß auch im vierten Jahr seit Inkrafttreten des neuen Betreuungsrechts in der weiterhin engagiert geführten öffentlichen Diskussion über die Zukunft des Ehrenamtes das Thema Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes praktisch nicht vorkommt.

Ob im Gutachten des ehemaligen Bundesministeriums für Familie und Senioren zu Rechtsfragen des freiwilligen sozialen Engagements, ob im Bericht über eine Expertentagung zum Ehrenamt im Februar '95 in Tutzing, im ausführlich behandelten Leitthema der Zeitung "Das Parlament" vom Februar '95, im Themenheft von Sozial Extra vom April dieses Jahres oder in der Umfrage bei 15 Expertinnen und Experten im Bereich sozialer Arbeit: das Ehrenamt Betreuung als Aufgabenfeld wird kaum einmal auch nur erwähnt! Schweige denn mit seinen aktuellen Problemen dargestellt.

Dies mag nun auch daran liegen, daß das Betreuungswesen in gewisser Weise ein abgeschottetes Eigenleben führt und zu wenig Austausch mit anderen Bereichen sozialer Tätigkeit, die in einem Gemeinwesen anfallen, stattfindet. Es ist dies aber auch wieder ein Hinweis auf die spezifischen Probleme der *deutschen* Verhältnisse, die von sektoraler Zersplitterung und mangelnder Verzahnung in (fast) allen sozialen Hilfesystemen geprägt sind.

Ich habe die Erwartung, daß die Tagung heute und morgen auch diesen Problemen einige Aufmerksamkeit widmet und vielleicht auch einige Wege zur besseren Einbindung der Betreuung auf kommunaler Ebene aufzeigt.

Das Bundesministerium für Gesundheit, bzw. vorher das ehemalige Bundesministerium für Familie und Senioren, hat im Rahmen seiner begrenzten Zuständigkeit "Modellmaßnahmen zur Förderung ehrenamtlicher Tätigkeit im Betreuungswesen" gefördert. Das Projekt ist kürzlich abgeschlossen worden - es ist ein Beitrag, die Umsetzung des Betreuungsgesetzes in die Praxis zu unterstützen, die Möglichkeiten und Grenzen ehrenamtlicher Betreuung herauszuarbeiten und dabei auch wenigstens ein Stück weit das nachzuholen, was bei der Vorbereitung der Reform zu kurz gekommen ist. Da ehrenamtliche Betreuung nachgerade als *unverzichtbar anzusehen* ist, müssen ebenso unverzichtbar bestimmte Fragen nach den notwendigen Unterstützungsstrukturen beantwortet werden.

Dies ist natürlich nur *ein* Aspekt im weitgespannten Spektrum der mit dem Betreuungswesen verbundenen Probleme, die uns heute und morgen hier beschäftigen werden.

Professor von Ferber wird über die Erkenntnisse des Modellprojekts, insbesondere über das Verhältnis von Ehrenamtlichkeit und Professionalität heute vormittag noch ausführlich berichten.

Ich beschränke mich auf den Hinweis, daß es nicht darum gehen kann - ja geradezu falsch wäre, den vermeintlichen Mangel an Bereitschaft zur Übernahme sozialer Verantwortung außerhalb der eigenen Berufstätigkeit zu beklagen und mit den gängigen Schlagwörtern von wachsendem Egoismus, Individualisierung,

Selbstverwirklichungsansprüchen (gerade auch der Frauen) Schuldzuweisungen vorzunehmen.

In unserem Modellprojekt konnte ja gerade gezeigt werden, daß es auch für die ehrenamtliche Betreuung nennenswerte Potentiale in der Bevölkerung gibt, die bei Klärung und Absicherung der erforderlichen Rahmenbedingungen auch mobilisiert werden können.

Von entscheidender Bedeutung ist aber, daß sich die Verantwortlichen - damit meine ich sowohl die Politikerinnen und Politiker als auch die Verbände und die Träger von Einrichtungen und Diensten - die Frage stellen, was denn an den im eigenen Verantwortungsbereich liegenden Bedingungen abschreckend auf potentielle Ehrenamtliche wirkt und wie diese Abschreckung wirksam reduziert werden kann. Appelle an soziale Verantwortung und die Einforderung von gesellschaftlicher Solidarität reichen da gewiß nicht aus.

Ein notwendiger Schritt ist dabei auch, die impliziten Widersprüche von freiwilligem Ehrenamt und Betreuungsamt zu benennen und soweit wie möglich zum Ausgleich zu bringen:

- freiwilliges Ehrenamt ist nach üblichem Verständnis unentgeltliche Laientätigkeit; gerade das Amt der Betreuung aber erfordert häufig (und nicht nur im Extremfall) eine bestimmte Fachlichkeit, um die Probleme der Betreuten angemessen lösen zu können;
- ehrenamtliche Tätigkeit basiert nach allgemeinem Verständnis auf Freiwilligkeit, d.h. sie muß mit der Möglichkeit des Rückzugs verbunden sein; mit der Übernahme des Betreuungsamtes ist aber eine rechtliche Verpflichtung verbunden, die über das Maß an Einbindung in vielen anderen ehrenamtlichen Tätigkeitsfeldern weit hinausgeht;
- ehrenamtliche Tätigkeiten finden üblicherweise außerhalb des eigenen familialen Bezugsrahmens statt - ein sehr hoher Prozentsatz ehrenamtlicher Betreuungen wird aber für eigene Familienangehörige übernommen (der spezifische Unterstützungsbedarf dieser Gruppe von Ehrenamtlichen ist bisher weitgehend vernachlässigt worden);
- die Untentgeltlichkeit der ehrenamtlichen Betreuung gilt als Essential. Es kann aber nicht angehen, daß Ehrenamtliche in erheblichem Ausmaß aus der eigenen Tasche zuzahlen müssen, wenn sie ihre Aufgabe ernst nehmen;
- schließlich: die Tätigkeit der Ehrenamtlichen soll gleichberechtigt neben der der Professionellen stehen, sie hat ihr eigenes Profil, - es kann deshalb nicht hingegenommen werden, wenn dem Anspruch der Ehrenamtlichen auf Eigenverantwortung und Mitgestaltung von selten der Professionellen nicht ausreichend entsprochen wird.

Ich will es bei diesen wenigen Stichworten belassen und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit. Ich wünsche uns allen eine Inhalts- und ideenreiche Tagung.

# Grußwort

*Regina Schmidt-Zadel*

Als am 1.1.1992 das Betreuungsgesetz in Kraft trat und damit die zuvor geltenden Bestimmungen über die Entmündigung, über die Vormundschaft und Pflegschaft für Erwachsene unwirksam wurden, war - zumindest im Bundesgesetzblatt! - ein rechtspolitischer Meilenstein erreicht, was den Schutz der Rechte und Interessen von psychisch kranken und behinderten Menschen betrifft.

An die Steile des antiquierten Geistes im alten Recht, nach welchem Menschen umfassend entmündigt und entrechtet werden konnten, ist der Gedanke getreten, daß die Wünsche und Vorstellungen von Personen nicht einfach deshalb außer acht gelassen werden dürfen, weil sie bei der Regelung ihrer Angelegenheiten auf fremde Hilfe angewiesen sind. In der Intention des Betreuungsrechtes, die Interessen und Bedürfnisse unterstützungsbedürftiger Menschen zu schützen, liegt es folgerichtig auch, daß Betreuerinnen und Betreuer keine pauschalen, weitest gehenden Vollmachten für alle Lebensbereiche der von ihnen Betreuten erhalten, sondern daß ihr Aufgabenbereich sehr genau auf den Einzelfall bezogen definiert wird. So soll vermieden werden, daß die noch vorhandenen Fähigkeiten von betreuten Personen durch eine - mag sie auch noch so gut gemeint sein - Überbetreuung unnötig verloren gehen.

Nunmehr ist das neue Betreuungsgesetz seit knapp dreieinhalb Jahren in Kraft. Jedem Reformwerk sind, wie wir alle wissen, zu Beginn seiner Umsetzung in die Praxis vielerlei Hemmnisse, Stolpersteine oder sogar unerwartete kontraproduktive Effekte beschieden. So wird auch bei dieser Tagung unter verschiedenen Gesichtspunkten Bilanz zu ziehen sein, auf welche Schwierigkeiten die umfassend gedachte Reform des Betreuungswesens bislang gestoßen ist, welche Schritte noch zu unternehmen sein werden, um Hindernisse bei der Umsetzung zu beseitigen oder auch nötige Korrekturen am Betreuungsgesetz selbst vorzunehmen. Insbesondere muß uns die (leider zunehmende) Tendenz mit Sorge erfüllen, wenn vielfach in Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten und Vormundschaftsgerichten Betreuungen eigens zu dem Zweck eingerichtet werden, Behandlungen von Patientinnen und Patienten rechtlich abgesichert durchführen zu können, welche selbst nicht in der Lage sind, der Behandlung zuzustimmen. Kritikwürdig hieran ist, wenn Betreuungen lediglich auf eine rein formale Legitimationsfunktion ärztlichen Handelns reduziert werden. Im Mittelpunkt sollte aber stets das Wohl der Patientinnen und Patienten stehen, was in diesem Zusammenhang heißt: die Herstellung eines vertrauensvollen Verhältnisses im gemeinsamen Gespräch von Ärztin und Patient, und nicht formal-juristische Aspekte.

Von diesem problematischen - und von den Müttern und Vätern des Betreuungs-

gesetzes sicher nicht gewollten - Verfahren besonders häufig betroffen sind psychisch kranke Menschen, denen unser Hauptaugenmerk bei dieser Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE gilt.

Daneben ist es aber auch ein wesentliches Anliegen der Veranstalterin, in den beiden folgenden Tagen den Blick über diesen rechtsfürsorgerischen Weg hinaus zu erweitern auf **nicht-rechtliche**, sozialstaatliche Maßnahmen, die geeignet sind, die Interessen psychisch Kranker und Behinderter zu schützen. Hierzu dürfen wir gespannt sein auf die Erfahrungen unserer österreichischen und niederländischen Kolleginnen und Kollegen, die uns in dieser Frage - wie leider so oft, wenn es um die Herstellung gut funktionierender gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen geht! - wieder einmal um ein paar Jahre voraus sind.

Ich wünsche Ihnen allen eine informative, interessante Veranstaltung, von der Sie hoffentlich alle Nachdenkens-Wertes mit nach Hause und zu Ihrer Arbeit nehmen können.

# I. Zur fachlichen Gestalt des Betreuungswesens

## Zur Einführung: Warum eine Psychiatrietagung zum Betreuungsgesetz?

*Wolf Crefeld*

Mit der Frage „Warum eine Psychiatrietagung zum Betreuungsgesetz?“ ist mir aufgegeben, eine Verbindung zwischen den angesprochenen Bereichen „Psychiatrie“ und „Betreuungsgesetz“ herzustellen. Dies muß in der Sichtweise vieler in der Psychiatrie Tätiger eher als triviale Aufgabe erscheinen, verstehen sie doch aus der Perspektive ihres beruflichen Alltags Betreuung als ein unverzichtbares Instrument, um die Behandlung oder Nachsorge behandlungsbedürftiger, aber nicht einsichtiger Patientinnen und Patienten *durchzusetzen* und als notwendig angesehene Zwangsmaßnahmen zu *legitimieren*. Betreuung soll mit den Mitteln der Justiz der *Absicherung* des eigenen beruflichen Handelns gegenüber eben dieser Justiz dienen.

Doch genau da, bei der Neigung der Psychiatrie, das Betreuungsrecht für ihre eigenen Ziele - die nicht zwangsläufig identisch sind mit denen ihrer Patientinnen und Patienten - in Dienst zu nehmen, zu instrumentalisieren, beginnt meine Aufgabe. Denn das Rechtsinstitut der Betreuung und das auf ihm gründende sozialpolitische System Betreuungswesen sind eben *nicht für die Psychiatrie* gemacht. Sein Zweck ist nicht, der Psychiatrie bei der Bewältigung ihrer Aufgaben dienlich zu sein, so wenig wie es der Zweck psychiatrischer Institutionen ist, betreute Personen aufzunehmen, um deren Betreuerinnen und Betreuer von ihnen zu entlasten. Betreuungswesen und Psychiatrie haben jeweils einen *eigenständigen* sozialstaatlichen Auftrag wahrzunehmen.

Daß beide sich in ihren Aufgaben grundsätzlich unterscheiden, ist nicht jedem deutlich, haben doch offenbar beide Institutionen eine gleichartige Funktion, nämlich auf menschliche Subjekte einzuwirken, die ob ihrer Unberechenbarkeit als potentielle Störer einer auf zweckrationales Handeln ausgerichteten Gesellschaft besonderer *sozialer Kontrolle* bedürfen. Doch auf ein solches Aufgabenverständnis wollen sich weder Psychiatrie noch Betreuungswesen einengen lassen, heute weniger als je zuvor. Tatsächlich befinden sich beide sozialen Systeme in einem gewaltigen und noch lange nicht abgeschlossenen, manchem sicher verwirrend erscheinenden Umbruch, der das eigene Aufgabenverständnis ebenso betrifft wie die Arbeitsziele im einzelnen und die dementsprechend neu zu entwickelnden beruflichen Handlungsstandards.

Es geht auf dieser Tagung um Verständnis, Zusammenarbeit und wechselseitige Unterstützung bei der Bewältigung der jeweils eigenen Aufgaben. Doch erst wenn die Rolle des anderen im Konzert sozialer Dienstleistungssysteme deutlich ist, kann Kooperation gelingen. Erst wenn verstanden ist, daß beide Institutionen

*unterschiedliche* soziale Aufträge wahrzunehmen haben - was auch zu *Konflikten* miteinander führen wird - kann miteinander darüber gesprochen werden, wie jeder den anderen bei der [Erfüllung seiner Aufgaben produktiv unterstützen kann.

Ich möchte deshalb zunächst skizzieren, was Ziele und Aufgaben des neuen, sich noch entwickelnden Betreuungswesens sein sollen, wie sein sozialstaatlicher Auftrag zu verstehen ist. Daß auch die Psychiatrie als eine therapeutische und rehabilitative Hilfen leistende Institution des Gesundheitswesens sich zu einem neuen Aufgabenverständnis hinentwickelt, wird Heinrich Kunze in seinem Vortrag deutlich machen. Psychiatrie ist hinter den Mauern großer Anstalten entstanden und so in ihren fachlichen Konzepten zu einer *Krankenhauswissenschaft* geworden. Dies prägt ihre Wahrnehmungskategorien und Handlungskonzepte immer noch sehr deutlich. Doch nun setzt sie an, sich ernsthaft auf die *Lebensfelder* ihrer Klientinnen und Klienten hin zu orientieren und dort ihre Aufgaben zu suchen, wo ihre Patientinnen und Patienten letztlich glücklicher leben als in den künstlichen Welten klinischer Institutionen. Wir werden sehen, daß ein Betreuungswesen, das seinen vom Gesetzgeber gewollten Zweck erfüllt, auch Chancen für eine auf die Versorgungsbedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten bedachten Psychiatrie birgt.

Im zweiten Teil werde ich die Ziele dieser Tagung, wie wir sie uns vorgestellt haben, skizzieren.

### *Diskriminierend und rehabilitationsfeindlich*

Ein Rückblick zeigt, daß sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE bereits im Jahre 1982 auf einer Tagung mit dem Titel „Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter“ mit der gesetzlichen Betreuung befaßt hat. Damals schien die Kritik der Psychiatrie-Enquetekommission am Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht in Vergessenheit zu geraten. Helmut Koester (1983) forderte daher noch einmal in einem engagiert-kritischen Beitrag die Reform dieser veralteten Rechtsinstitute. Er bezeichnete sie in ihren Folgen als diskriminierend und rehabilitationsfeindlich. Mancher wird sich an die damalige Praxis erinnern: Vormünder sahen häufig ihre Aufgabe bereits als erfüllt an, wenn sie ihr Mündel in einem Heim oder einer Anstalt untergebracht wußten. Zur Legitimation eben dieser Unterbringung und oft genug zu keinem anderen Zweck wurden ja auch die Entmündigungen von den Anstalten veranlaßt, wie ein Doktorand damals gezeigt hat.

Das damalige Betreuungsrecht diente - so wie die Praxis überwiegend mit ihm verfuhr - im wesentlichen den Bedürfnissen der Behörden und psychiatrischen Institutionen: Man ließ entmündigen zwecks unkomplizierter Verwaltung der in den Anstalten Unterbrachten und zur therapeutisch verschleierte Legitimation von Disziplinierungs- und Zwangsmaßnahmen, welche zur Beherrschung des Elends offenbar unvermeidbar waren. Man schuf sich mittels dieser Rechtsinstitute „den langfristig hospitalisierten, infantilisierten entmündigten Patienten, der problemlos und rationell verwaltet und versorgt werden“ konnte, wie Koester

(1974) einmal sarkastisch formuliert hat. Das alte Vormundschaftsrecht: Es war die *strukturelle Basis* für die von der Enquetekommission dargestellten „elenden menschenunwürdigen Zustände“ und so, wie man es 1896 in all seiner Widersprüchlichkeit konzipiert hatte, ein Instrument zur Ausgrenzung der gesellschaftlich Unbrauchbaren. Wer hier als Vormund oder Gutachter tätig wurde, verstand seine Aufgabe vor allem als Dienst an der Gesellschaft und nicht für die betroffenen Menschen (Crefeld 1990).

Das inzwischen in Kraft getretene neue Betreuungsrecht entspricht in vielen Punkten den Forderungen, die damals auf der Tagung der AKTION erhoben worden sind. In seiner *rechtsfürsorgerischen* Zielsetzung zugunsten psychisch Kranker ist es konsequent und eindeutig. Mit seinem Erforderlichkeitsgrundsatz realisiert es den Gedanken des „Schutzes vor den Schützern“, wie er im Vorfeld der Bemühungen um die Psychiatrie-Enquete auf einer Tagung in Loccum 1970 von Schüler-Springorum (1971) angesprochen worden ist. Im Sinne der damaligen Sachverständigenkommission ist mit dem neuen Betreuungsrecht ein wesentliches Stück Psychiatriereform gelungen. Die Beharrlichkeit der AKTION PSYCHISCH KRANKE und ihrer Protagonisten hat ohne Zweifel zu diesem Erfolg Maßgebendes beigetragen.

Die Reform des Betreuungsrechts liegt hinter uns, sie kann nicht Thema dieser Tagung sein. Das gilt auch in Anbetracht mancher derzeitiger Bemühungen, aus verfahrenspraktischen oder auch aus eigensüchtig-verteilungspolitischen Motiven das eine oder andere am Betreuungsrecht zu glätten oder zu reduzieren. Jetzt geht es um die noch viel schwierigere Aufgabe der Reform dessen, was wir als *Betreuungswesen* bezeichnen - verstanden als ein wesentlicher Teil kommunaler Sozialpolitik (Crefeld 1994). Eingeläutet ist die langwierige und mühsame Kärnnerarbeit einer sozialpolitischen wie auch humanwissenschaftlich-praktischen Realisierung dessen, zu dem die Reform des Betreuungsrechts eine Basis gelegt hat.

### *Wer seine Rechte nicht selbst zu schützen vermag*

Während die Expertenkommission der Bundesregierung von rund 20% der Bevölkerung spricht, die an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leiden, geht es auf dieser Tagung um schätzungsweise 1/7 von diesen, um vermutlich zwei bis drei Millionen Menschen und deren gesellschaftliche und persönliche Lage. Es sind Menschen, die aufgrund der Art und Schwere ihrer psychischen Störungen - vorübergehend oder anhaltend - nicht, nicht hinreichend oder nur mit besonderer Unterstützung zur Artikulierung ihrer Bedürfnisse und zur Vertretung ihrer Interessen fähig sind. Ihr individuelles Störungsbild wird meist als Demenz - wie sie insbesondere im Alter viele Menschen trifft -, als schwerer Verlauf einer schizophrenen oder effektiven Psychose oder als geistige Behinderung kategorisiert. Derzeit steht von den Betroffenen nur der geringere Teil - etwa eine halbe Million - unter Betreuung, doch der Tendenz nach wächst dieser Teil,

Was unterscheidet diese Menschen von anderen Behinderten und Kranken? Vom

*liberalen* Staat erwarten wir, daß er es zunächst einmal dem einzelnen Bürger und der einzelnen Bürgerin überläßt, ihre Bedürfnisse selbst zu äußern und ihren Interessen und Rechten in der Gesellschaft Geltung zu verschaffen. Das ist nicht immer leicht, ganz sicher nicht für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, aber ein Element unseres Lebens. Doch es gibt Menschen, die aufgrund einer schweren psychischen Störung hierzu so wenig in der Lage sind, daß sie regelhaft ohne besondere Unterstützung an den Rand der Gesellschaft gedrückt, ja aus ihr herausgedrängt - „ausgegrenzt“ - werden. Während andere Behinderte, sofern sie sich nicht einschüchtern lassen, heute ihren Bedürfnissen Ausdruck geben, und wo ihre Behinderung dies notwendig macht, ihre Helfer und Unterstützerinnen selbst beauftragen, ja sich zur Durchsetzung ihrer gemeinsamen Interessen zusammenschließen können, geraten Menschen mit schweren psychischen Störungen regelhaft in Lebenslagen, die mit Menschenwürde unvereinbar sind.

Sie scheinen ohne Recht zu sein, weil sie selbst ihre Rechte nicht zur Geltung bringen können. Man vergegenwärtige sich doch mal, daß die Menschen, die seinerzeit unter den von der Enquetekommission beschriebenen elenden, menschenunwürdigen Verhältnissen lebten, abstrakt juristisch gesehen durchaus im Besitz von Rechten waren, mit denen sie sich gegen ihre Lage hätten zur Wehr setzen können. Es gab das Strafrecht, das Verletzungen der körperlichen Integrität und Nötigung unter Strafe stellt; es gab das Sozialrecht, das soziale Hilfen in einem wesentlich größeren Umfang zusicherte, als diese tatsächlich geleistet wurden; es gab schließlich das Verfassungsrecht, das jeden Eingriff im Namen des Staates unter den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit stellt und für die beschriebenen Zustände sicher keine Rechtfertigung zugelassen hätte. Doch ihre psychische Behinderung hinderte die betroffenen Menschen daran, diese ihre Rechte zur Geltung zu bringen. Sie konnten sich nicht wehren gegen eine soziale Umgebung, die ihnen ihre Rechte verkürzte und abstritt.

Die Diskussion der letzten dreißig Jahre hat gezeigt, daß es zu den Aufgaben des Sozialstaats gehört, einen besonderen Schutz der Rechte dieser Personen vorzusehen. Dieser Einsicht ist der Gesetzgeber des Betreuungsrechts gefolgt. Die gesetzliche Betreuung ist eine *sozialstaatlich* motivierte Veranstaltung mit dem Ziel, den Rechten geistig bzw. seelisch behinderter Personen Schutz zu bieten und ihren Interessen Geltung zu verschaffen. Dabei geht es einerseits um die Abwehr von Grundrechtseingriffen, um den Schutz des Rechts auf Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit, Privatleben, Eigentum und freie Meinungsäußerung. Es geht aber auch um die Sicherstellung von sozialen oder Teilhaberechten (Marschner 1994), also um die Sicherung der materiellen Existenz und um therapeutische und rehabilitative Hilfen, welche diese Personen brauchen.

Doch ist denn all dies heutzutage, nach fünfundzwanzig Jahren Psychiatriereform, noch notwendig? Zweifellos haben sich inzwischen die brutalen Realitäten im gesellschaftlichen Umgang mit psychisch Kranken gewandelt. Das jahrelange Dahinvegetieren chronischer Patientinnen und Patienten in Bettensälen ohne

auch nur eine Nachttischschublade und bei offen einsehbaren Toilettenräumen ist nicht mehr die normale Realität der Psychiatrie. Doch auch heute kann sich zeigen: Wer sich nicht zu wehren vermag, dessen Autonomie ist auch heute im Namen von Therapie, Pflege oder institutioneller Ordnung bedroht. Zustimmung zu Behandlungsmaßnahmen, die informative Überzeugungsarbeit erfordert, läßt sich auch weniger mühsam durch Drohungen und institutionelle Sanktionen erreichen. Institutionelle Gewalt ist auch heute eine belastende Erfahrung hospitalisierter Menschen, mag diese Gewalt heute auch in subtilerer und therapeutisch elegant verschleierte Form auftreten. Und schließlich zu den sozialen Leistungen: Immer noch werden die rehabilitativen Hilfen z. B. für Menschen nach einem Skiunfall oder einem Herzinfarkt bedarfsgerechter geleistet als für psychisch Behinderte.

Wie schwer es auch den Gesetzgebern fällt, von tradierten Diskriminierungsgepflogenheiten gegenüber psychisch Kranken Abstand zu nehmen, ersieht man aus dem Zustand der PsychKGs und Unterbringungsgesetze der Länder. Von diesen werden psychisch Kranke immer noch - wenn auch in länderspezifisch unterschiedlichem Maße - zunächst als Störer und Gefahr für die öffentliche Sicherheit behandelt und erst in zweiter Linie als Genesungssuchende. So bedürfen psychiatrische Krankenhäuser in den meisten Bundesländern immer noch des behördlichen Einverständnisses, wenn sie ein anscheinend so gefährliches Subjekt wie einen untergebrachten Patienten entlassen wollen: Ein Strafurteil gegen zwei leitende Krankenhauspsychiater hat das noch in den letzten Jahren bestätigt. Man ignoriert dabei weitgehend, daß von den rund 100.000 Menschen, die jährlich nach PsychKG oder einem analogen Landesunterbringungsgesetz in Deutschland untergebracht werden, die meisten einem solchen Unterbringungsverfahren nur deshalb ausgesetzt werden, weil auf diese Weise für eine notwendig erscheinende Krisenintervention oder Behandlung ohne Einwilligung eine förmliche Legitimation geschaffen wird.

Betreuung ist - allein dies hat der Gesetzgeber mit dem Betreuungsgesetz bezweckt - ein Instrument der Rechtsfürsorge; sie soll mit den Mitteln des Rechts dem Schutz der Rechte und Interessen solcher besonders schwer psychisch gestörter Menschen dienen, die ihren Bedürfnissen, Rechten und Interessen nicht, nicht hinreichend oder nur mit besonderer Unterstützung Geltung verschaffen können. Das bedeutet auch, daß Betreuerinnen und Betreuer, die ihre Aufgabe recht verstehen und konsequent umzusetzen suchen, manchmal als hartnäckige und kritische Frager der Ärztin oder dem Stationspfleger auf die Nerven gehen. Betreuerinnen und Betreuer sind denn inzwischen nicht mehr in allen psychiatrischen Institutionen gern gesehen.

Doch mit diesem Rechtsinstitut allein kann diese Aufgabe nicht angemessen bewältigt werden. Der Gesetzgeber selbst hat der Anwendung dieses Instituts eine Schranke gesetzt, indem er es wegen der mit ihm verbundenen Eingriffe in die persönlichen Rechte der betroffenen Menschen als „ultima ratio“-Lösung definiert hat: Deshalb müssen vorrangig andere Wege des Schutzes und der Hilfe

gesucht, gefördert und entwickelt werden. Betrachten wir die Aufgabe, und nicht nur das Instrument, so geht es im Betreuungswesen um weit mehr als nur die Anwendung eines Gesetzes, und so gehören in den institutionellen Kontext des Betreuungswesens mehr als eine Behörde, ein Vormundschaftsgericht und einige örtliche Betreuungsvereine. Zur gleichen sozialpolitischen Intention gehören wirksam arbeitende Betroffenen- und Angehörigenorganisationen, Ombudsleute und Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher, auf praktische Lösungen hinarbeitende advokatorische Unterstützerinnen und Unterstützer wie die Patientenanwaltschaften in Österreich, Beschwerdekommisionen und Betroffenenbeiräte als Trägerinstrumente zwecks Qualitätskontrolle der eigenen Einrichtungen, Kontrollen der Einrichtungen durch Besuchskommissionen und anderes mehr (Crefeld 1994). Die Aufgabe kommunaler Betreuungsstellen sollte daher auch die Förderung derartiger sozialpolitischer Aktivitäten im kommunalen Bereich umfassen, insbesondere wenn durch sie Betreuungen seltener erforderlich werden. Denn was geschützt ist, bedarf keines Schutzes mehr,

### *Entwicklung einer eigenständigen Professionalität im Betreuungswesen*

Diese Tagung wird sich einigen aktuellen Themen im Schnittpunkt von Betreuungswesen und Psychiatrie widmen. Sie will hier für die weitere Entwicklung Impulse setzen. Es geht um folgende Themen.

Das neue Betreuungsrecht eröffnet die Chance zur Entwicklung einer eigenständigen Fachlichkeit und Professionalität der Betreuungsarbeit. Das ist nie gelungen, solange die Vormundschaft über Erwachsene belastet war vom Odium eines Instruments der gesellschaftlichen Ausgrenzung und der formellen Legitimation von Anstaltszwang. Mit dem ersten Themenbereich dieser Tagung soll ein Beitrag geleistet werden zu der mühsamen Aufgabe, *fachliche Standards* für die Arbeit im Betreuungswesen zu entwickeln.

Das Betreuungsrecht enthält als einen zentralen Rechtsbegriff die „*persönliche Betreuung*“. Was diese beinhaltet, ist bisher nur negativ beantwortet worden: Sie bedeute nicht, dies ergibt sich aus der rechtswissenschaftlichen Auslegung, daß Betreuerinnen und Betreuer alltagspraktische, pflegerische oder therapeutische Dienstleistungen zu erbringen hätten. Doch darüber hinaus den rechtlichen Rahmen mit Inhalten und fachlichen Standards zu füllen, ist jetzt die Aufgabe praxisbezogener Humanwissenschaften - insbesondere der Sozialarbeitswissenschaft. Sicher erscheint inzwischen, daß der Begriff etwas mit der Notwendigkeit der Erschließung persönlicher Bedürfnisse und Lebensperspektiven zu tun hat bei einem Menschen, der seine Bedürfnisse oft nicht oder nur mit Unterstützung mitteilen kann. Diese sind dann zu erschließen über die *persönliche Beziehung* zwischen betreuender und betreuter Person. Vielleicht beinhaltet er auch, daß die betreuende Person die Fähigkeit besitzen oder erlernen muß, Wünsche eines anderen Menschen zu akzeptieren, die rational nicht immer plausibel erscheinen, und dennoch unbeirrt und unverdrossen als eine Art Hilfs-Ich für das Wohl des betreuten Menschen zu fungieren. Was wir brauchen, ist eine Art Grundsteinlegung zu dieser wichtigen Fachdiskussion.

Ein weiterer zentraler Aspekt der Gestaltung von Betreuungsarbeit knüpft an die Erfahrung an, daß Betreuung in den meisten Fällen *ehrenamtlich* - durch Angehörige oder andere engagierte Mitmenschen - geleistet wird. Ehrenamtliches Engagement wird oft zwiespältig gesehen: Etwa weil man es mißbrauchen kann, um Geld für notwendige professionelle Helferinnen und Helfer zu sparen; oder weil es Profis herausfordert, ihre professionellen Qualitäten offenzulegen. Aber sicher ist, daß ehrenamtliche Betreuung - in den richtigen Fällen eingesetzt und grundsätzlich professionell unterstützt - für die Betreuten ebenso wie für die Betreuenden einen persönlichen Gewinn und vor allem ein Plus an Qualität der Betreuungsarbeit bringen kann. Eine Konsequenz daraus ist die Erkenntnis, daß professionelle Betreuungsarbeit heute in einem wesentlichen Umfang sogenannte *Querschnittsarbeit* umfaßt, also Aufgaben, die nicht unmittelbar einer betreuten Person, sondern der Qualifizierung der Betreuungsarbeit insgesamt dienen. Daraus ergeben sich Fragen wie die, was Menschen zu einer ehrenamtlichen Betreuungstätigkeit motivieren kann, welche fachliche Unterstützung Ehrenamtliche brauchen und wo deren Grenzen sind, das heißt, bei welchen Betreuungsproblemen der Einsatz professioneller Kompetenz geboten ist.

In Österreich hat man das Betreuungswesen bereits einige Jahre früher auf eine angemessenere rechtliche Grundlage gestellt. Unübersehbar sind uns daher die österreichischen Sachwalterinnen und Sachwalter - besonders in Wien - in der Entwicklung einer eigenen Fachlichkeit in der Betreuungsarbeit um einiges voraus. So liegt es nahe, Kolleginnen und Kollegen aus dem Wiener Sachwalterverein nach ihren Erfahrungen und dem bisher Erreichten bei der Entwicklung professioneller *Standards* für die Gestaltung von Betreuungsarbeit zu fragen.

### *Der Doktor braucht eine Betreuerin*

Betreuung soll, wir wissen es, allein dem Wohl und den Interessen der betreuten Person dienen. So will es das Gesetz. Doch kaum in Kraft, wird dieses Rechtsinstitut bereits wieder für die Probleme anderer instrumentalisiert. Konkret geht es um das Medizinrecht oder präziser um die Rechtsprechung zur *medizinischen Behandlung*, die eine solche zweckfremde Instrumentalisierung des Betreuungsrechts zunehmend erzwingt. Ungeachtet des Erforderlichkeitsgrundsatzes, der eine an Nutzen und Folgen für die betroffene Person ausgerichtete Barriere vor eine ausufernde Praxis der Betreuerbestellung setzen soll, steigt die Zahl der Betreuerbestellungen, weil immer mehr Ärztinnen und Ärzten bewußt wird, daß sie sich gemäß dieser Rechtsprechung strafbar machen, wenn sie einen dementiell beeinträchtigten oder einen geistig behinderten Menschen behandeln, dessen Einwilligungsfähigkeit in Frage gestellt ist. Doch was sollen sie anderes in Anbetracht ihres eigenen legitimen Interesses tun? Kommt es hier nicht zu einer neuen Entwicklung in der rechtlichen Regelung der Behandlung nicht einwilligungsfähiger Patientinnen und Patienten, werden wir eines Tages die vierfache Zahl an betreuten Personen haben - allein weil dem medizinischen Behandlungsrecht formell vermittels der Einwilligung durch eine Betreuerin oder einen Betreuer

Genüge zu tun ist. Das Medizinrecht ist dabei, den Erforderlichkeitsgrundsatz des Betreuungsrechts quasi auszuhebeln. Einen Nutzen haben die betroffenen Personen davon nur zu oft sicher nicht, zumal die knappe Ressource Betreuerin und Betreuer sicher nicht diesem Bedarf entsprechend mitwachsen wird.

Wie wenig dieses von der Rechtsprechung entwickelte medizinische Behandlungsrecht an den Realitäten der ärztlichen Behandlung dementiell behinderter alter Menschen orientiert ist, wird deutlich, wenn dessen Wesen von kompetenter Seite mit einem Zitat von Karl Jaspers charakterisiert wird: „Das Verhältnis von Arzt und Patient ist in der Idee der Umgang zweier vernünftiger Menschen...“ (zitiert nach Laufs 1984). Das Behandlungsrecht soll das Vertrauensverhältnis dieser beiden „vernünftigen Menschen“ schützen. Das tut es, indem es der Patientin eine rechtliche Verfahrensmöglichkeit eröffnet, um sich gegen einen Arzt zu wehren, der ihr Selbstbestimmungsrecht nicht hinreichend respektiert. So weit, so gut. Doch was nutzt einem verwirrten Menschen das Recht, zu einem Rechtsanwalt zu gehen, wenn er aufgrund seiner psychischen Schwäche nicht in der Lage ist, dieses Recht wahrzunehmen? Wenn ihm deshalb ein Betreuer bestellt wird, obwohl dieser aufgrund seiner Überlastung für ihn nicht mehr tun kann, als für die Ärzte die medizinische Behandlung formell zu legitimieren?

Wenn das Betreueramt hierüber nicht zu einem Formalismus degenerieren soll, müssen wir nach neuen Lösungen suchen, um die Rechte verwirrter Patientinnen und Patienten hinreichend zu schützen und zugleich ihren Ärztinnen und Ärzten die im Interesse der Kranken gebotene medizinische Behandlung zu ermöglichen. Das Ziel sollte sein, daß Betreuung wegen einer medizinischen Behandlung künftig schwierigen Behandlungsentscheidungen in Ausnahmefällen vorbehalten bleiben kann. Ansätze finden wir in manchen Psychisch-Kranken-Gesetzen, die von der Praxis jenseits ihres polizeirechtlichen Ursprungs längst dazu umfunktioniert worden sind, psychiatrische Behandlungen bei krankheitsbedingter Einwilligungsunfähigkeit zu legitimieren; sie sind, auch in diesem Punkt, Gesundheitsstrukturrecht, wie die Kommentatoren (Marschner et al 1994:190) formulieren. Die aktuelle Diskussion um ein Transplantationsgesetz bringt uns die Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung Angehöriger ins Bewußtsein. Vor allem muß es die Möglichkeit geben, den Willen eines verwirrten Menschen aus früheren Mitteilungen und Bekundungen zu erschließen. Schließlich reicht ja auch bei einem Patienten, der bereits in Narkose nicht mehr in die Operation einwilligen kann, daß er vorher seinen Willen dazu geäußert hat. Eine wesentliche Voraussetzung für Legitimationswege ohne explizite Einwilligung zur Zeit der Behandlung dürfte sein, daß das Vertrauen, das auch dementiell behinderte Patientinnen und Patienten ihren Ärztinnen und Therapeuten entgegenbringen, mit geeigneten Institutionen geschützt wird: Mit Ombudsleuten und Patientenfürsprecherinnen und all den anderen heute bekannten, überindividuell wirksamen Möglichkeiten für einen wirksamen Schutz von Patientenrechten.

### *Bedarfsgerechtes Management ambulanter Hilfen im Einzelfall*

Der dritte Themenbereich führt zu einer anderen Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Betreuung. Betreuungen werden insbesondere in Fällen angeregt, in denen das soziale Netzwerk erheblich defizitär ist und psychisch kranke, insbesondere alte Menschen ohne familiäre Unterstützung da stehen. Betreuerinnen und Betreuer sollen hier, so ist die Erwartung, quasi familiäre Funktionen wahrnehmen, indem sie notwendige professionelle Hilfen anfordern und die Leistungen unterschiedlicher Anbieter dem Bedarf der behinderten Person entsprechend organisieren und zusammenführen. Das Zusammenfügen unterschiedlicher Behandlungs-, Pflege- und anderer Dienstleistungen zu einer dem individuellen Bedarf entsprechenden umfassenden („komprehensiven“) Hilfe gehört im Krankenhaus zu den alltäglichen Aufgaben der Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte auf den Stationen. Im ambulanten Bereich ist ein solches Management komplexer Behandlungs- und Pflegeleistungen äußerst unterentwickelt. Das gilt auch noch zwanzig Jahre nach der Forderung der Psychiatrie-Enquete nach „umfassenden Hilfen“.

Wollen wir tatsächlich psychiatrische Hilfen auch für die schwer psychisch Kranken in deren eigenes Lebensfeld tragen, so sind die Aufgaben eines solchen „case management“ differenzierter zu betrachten und funktionsgerecht zu verorten. Es ist zu untersuchen, inwieweit es überhaupt die Aufgabe von Betreuerinnen und Betreuern ist, die im Einzelfall notwendigen Hilfen im ambulanten Bereich zu organisieren, . Sollen sie es sein, die, wie man in der klinischen Psychiatrie oft meint, mit ihren Organisationsleistungen die Versorgungsdefizite angebotsorientiert arbeitender ambulanter Dienste kompensieren? Oder sollten sie sich eher darum bemühen, daß diese Dienste ihre Aufgaben bedarfsgerechter wahrnehmen? Sollten sie also vor allem *Aufträge* erteilen, Leistungen *kontrollieren* und konsequent a s Interessenvertreterinnen und -Vertreter der betreuten Person auftreten - gegenüber Leistungserbringern ebenso wie gegenüber den zuständigen Sozialleistungsträgern? Sollten sie sich nicht konsequent in die kommunale Sozial- und Gesundheitspolitik einbringen mit dem Ziel, daß eine bedarfsgerechtere psychosoziale Infrastruktur für ihre Klientinnen und Klienten zur Verfügung steht?

### *Kommunale Fachbehörde für die Rechte psychisch Kranker*

Zum letzten Themenbereich: Alle Landesgesetzgeber haben die sozialstaatliche Verantwortung für die Aufgabenwahrnehmung der Betreuung bei den Kommunen verortet. Genau dahin gehört sie auch, wenn man Betreuung unter dem Aspekt der Sorge um die Lebenslage psychisch behinderter Menschen begreift. Es obliegt den Kommunen, die für ein funktionsfähiges Betreuungswesen notwendigen sozialpolitischen *Regiefunktionen* wahrzunehmen. Doch die historische Last des alten Rechts und seiner lange Zeit gängigen Anwendungspraxis, als Jugendämter hier nicht mehr als eine für sie marginale Aufgabe der Verwaltung Entmün-

digter sahen, macht es den Kommunen schwer, diese Verantwortung zu erkennen. Erforderlich ist die [Entwicklung eines neuen kommunalen Verständnisses von der Aufgabe. Die Kommunen als Betreuungsbehörden müssen vielerorts diesen sozialstaatlichen Auftrag erst noch verstehen, müssen begreifen, daß sie es sind, die *Verantwortung* tragen für die Lebenslage ihrer psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger.

Dem derzeitigen Trend zu schlankeren Kommunalverwaltungen entsprechend wird auch die soziale Dienstleistung Betreuung immer seltener von den Betreuungsbehörden selbst geleistet. Das entspricht bekanntlich durchaus den Intentionen des Gesetzgebers des Betreuungsrechts. Doch dieser Funktionswechsel darf nicht dazu führen, daß man die Aufgabe überhaupt verkümmern läßt, statt auf die Schaffung und Erhaltung eines engagierten und leistungsfähigen örtlichen Betreuungswesens hinzuwirken. Wir brauchen die sozialpolitische *Utopie* der Betreuungsbehörde als kommunale Fachbehörde für den Schutz der Rechte psychisch behinderter Personen. Vielleicht werden sie sich, ihrem sozialpolitischen Auftrag konsequent folgend, über die Anwendung des Betreuungsrechts hinaus eines Tages der Förderung von örtlichen Betroffenenorganisationen und Patientenombudsleuten widmen, zumal mit deren Hilfe sich vielleicht manche Betreuung erübrigen könnte. Was die einzelnen Kommunen aus ihren Aufgaben im Rahmen des Betreuungswesens machen oder auch unterlassen, ist derzeit zweifellos ein spannendes Kapitel kommunaler Sozialpolitik.

## *Ziele*

Lassen Sie mich zum Schluß die Ziele dieser Tagung zusammenfassen:

1. Der sozialstaatliche Auftrag an das Betreuungswesen darf sich nicht in der Anwendung eines Gesetzes erschöpfen. Das Ziel ist, daß die Aufgabe vor allem *sozialpolitisch* verstanden wird, mit der Konsequenz, daß man sich der Grenzen der Wirksamkeit rechtlicher Verfahrensweisen bewußt wird und andere, nicht-rechtliche Mittel für den Schutz der Rechte psychisch Kranker einzusetzen lernt.
2. Die dringend gebotenen *professionellen Standards* des Betreuungswesens sollen weitere Entwicklungsimpulse erhalten, nicht zuletzt auch, damit es sich gegen seine Instrumentalisierung für zweckfremde Interessen zur Wehr setzen kann.
3. Wir müssen erkennen, daß sich aus der *Rechtsprechung zur medizinischen Behandlung* derzeit kaum abweisbare Zwänge ergeben, das Betreuungsrecht zweckfern einzusetzen, weil sich unsere Gesellschaft und insbesondere die Justiz bisher nicht darauf eingestellt hat, daß es heute mehrere Millionen Menschen in Deutschland gibt, deren Einwilligungsfähigkeit zumindest ernsthaft in Zweifel gezogen werden kann. Von solchen Zwängen zur Instrumentalisierung des Betreuungsrechts, welche die Funktionsfähigkeit des Betreuungswesens ernst-

haft gefährden, muß dieses entlastet werden, indem andere Legitimationsmöglichkeiten für die Behandlung nicht-einwilligungsfähiger Kranker entwickelt werden.

4. Betreuerinnen und Betreuer sind keine Lückenbüßerinnen/-büßer für Aufgaben, die eine klinisch-institutionsbezogen denkende Psychiatrie nicht zu lösen vermag. Sie sollen vielmehr gemäß des ihnen vom Gericht gegebenen Auftrags im Interesse der/des von ihnen betreuten Patientin/Patienten darauf hinwirken, daß die Psychiatrie ihre Hilfe- und Versorgungsfunktionen bedarfsgerecht erfüllt. Sie sind eher *Auftraggeberinnen und Auftraggeber* psychiatrischer Dienste und Einrichtungen, sicher nicht deren Auftragnehmerinnen und Auftragnehmer.

5. Die Kommunen müssen sich bewußt werden, daß sie die Hauptlast der sozialstaatlichen *Verantwortung* dafür tragen, daß das Betreuungswesen seine Aufgaben im Sinne des Gesetzgebers erfolgreich erfüllt.

## Literatur

CREFELD, Wolf: Der Sachverständige im Betreuungsverfahren. Familie und Recht 5/1990: 272-281.

CREFELD, Wolf: Das Betreuungswesen als Aufgabe kommunaler Sozialpolitik. Betreuungsrechtliche Praxis 3/1994: 147-152.

KOESTER, H.: Vormundschaft bei hospitalisierten psychisch Kranken - Hilfe oder Behinderung in Behandlung und Rehabilitation? In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg): 10. Psychiatertagung, Eigenverlag, Köln 1974.

KOESTER, H.: Probleme des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts. In: Jaunich H, Kulenkampff C, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter. Rheinland-Verlag, Köln 1983.

LAUFS, A.: Arztrecht. CH Beck, München 1984.

MARSCHNER, R.: Weiche Rechte haben die Vertreter von Patienten? Psychosoziale Umschau 2/1994:17-20.

MARSCHNER, R. ET AL: Saage - Göppinger: Freiheitsentziehung und Unterbringung, Kurzkomentar 3. Aufl. CH Beck, München 1994.

SCHÜLER-SPRINGORUM, H.: Zur Rechtsstellung des psychisch Kranken. In: Lauter H, Meyer JE (Hg) Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Thieme, Stuttgart 1971.

# Die „persönliche Betreuung“ im Betreuungsgesetz aus humanwissenschaftlicher Perspektive

*Wolfgang Wessels*

## *Betreuung unter humanwissenschaftlichen Aspekten*

Als Sozialarbeiter und Pädagoge werde ich, der ich gesetzliche Vertretungen für Personen wahrnehme, die ihre Angelegenheiten nicht mehr besorgen können, und der ich Personen unterstütze, die ein solches Betreuungsamt übernommen haben, zum Wandel und zur Neudefinition des Betreuungswesens einige Aussagen aus praxistheoretischer Sicht machen. Eine Sichtweise, die die Praxis in ihren vielschichtigen Ausprägungen betrachtet, führt zu einer Theorie von Handlungen, wie sie in der Betreuungspraxis zu beobachten sind. Es ist somit das Handeln von Betreuerinnen und Betreuern, Betreuten, Personen bei Gerichten und in Institutionen, deren Ziele, Normsetzungen und Motivationen zu reflektieren. Da das Handeln der Personen sich aufeinander bezieht, beinhaltet eine handlungstheoretische Betrachtung auch immer die interaktiven Momente in den Bezügen zwischen den am Betreuungsprozeß beteiligten Personen.

Das Thema Betreuung unter humanwissenschaftlichen Aspekten kann von zwei Gesichtspunkten aus gesehen werden:

Einmal kann hiermit der Wandel des Verständnisses der Betreuung als Rechtsvertretung einer/eines Volljährigen als ausschließlich juristisches Problem in der Vergangenheit zu einer in der Gegenwart eher persönlichen Wahrnehmung der/des Betroffenen, Kranken oder Behinderten gemeint sein.

Damit wären unter Humanwissenschaft die Wissenschaften vom Menschen, seinen normativen Setzungen (Rechtswissenschaft), der Erscheinung und Behandlung von Erkrankungen (Medizin), der gesellschaftlichen Wiedereingliederung (Sozialarbeit), der umfassenden Versorgung und Linderung von krankheits- und behinderungsbedingten Zuständen und deren Prophylaxe (Pflege) sowie der Führung und Leitung von Menschen (Agogik) gemeint.

Zum anderen kann der Begriff des Humanwissenschaftlichen aus der Sicht des Humanen und Humanistischen gesehen werden. Damit werden die Fragen nach der Zieldefinition und Bewertung von Handlungen in den Vordergrund der Reflexion gerückt.

## *Betreuung des geheimen Kommerzienrates Clausen*

Es gibt wenig historisches und literarisches Material über die Schicksale derer, die entmündigt waren. Ein Beispiel jenes historischen Verständnisses ist die

Geschichte des geheimen Kommerzienrates Clausen. Er ist der Held in dem Alterswerk Gerhart Hauptmanns *Vor Sonnenuntergang*. Das Drama, das 1931 erstmalig aufgeführt wurde, ist die Geschichte einer Entmündigung.<sup>1</sup>

Im hohen Alter hat sich Clausen in eine wesentlich jüngere Frau verliebt, und die Familie des Vermögenden fürchtet um das Erbe. Sehr dezent, kaum merklich und nur im Hintergrund wird die Entmündigung vollzogen. Clausen wird von der Familie aus dem Leben ausgeschieden und abgesondert. Er erleidet den bürgerlichen Tod, wie er selber sagt. Als er am Ende des Dramas stirbt, erklärt der vorläufige Vormund Justizrat Hanefeld (er wird im Vorspann als geschmeidiger Herr Mitte 40 beschrieben): „Ich habe nur im Interesse der Clausenschen Erben eine sehr sehr traurige Pflicht wahrzunehmen gehabt..... Ich muß mir den reinsten und besten Willen zubilligen.“ Der Pastor meint: „Schließlich hat die Familie das bekommen, was sie will.“ - Das Betreuungsziel war erreicht, der Entmündigte tot und das Erbe gesichert.

### *Betreuung als planvolles und zielgerichtetes Vorgehen*

Seitdem das Drama erschien, sind Jahrzehnte ins Land gegangen. Auch heute wird in vielen Familien darauf geachtet, daß das Familienvermögen nicht für allerlei vermeintlich sinnlose Ausgaben und zuviel und zu teure Pflege erhalten muß, nur sind die Gesellschaft und auch der Gesetzgeber nicht mehr in dem Umfang wie damals bereit, das vermeintlich schwindende Vermögen zum Wohle der Erbinnen und Erben zu schützen.

Die Betreuungsführung für Geheimrat Clausen müßte nach den gesetzlichen Bestimmungen und gesellschaftlichen Bedingungen heute anders aussehen.

Der Gesetzgeber hat inzwischen der Betreuerin/dem Betreuer, aber auch anderen, die sich um die Betreute/den Betreuten bemühen, einen Handlungsrahmen gesetzt:

1. Die Betreuerin/der Betreuer soll den Wünschen der/des Betroffenen entsprechen, z.B. ihre/seine Liebesbeziehung nicht unterdrücken. Die/der Betroffene darf im Rahmen ihrer/seiner Fähigkeiten ihr/sein Leben nach ihren/seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen gestalten.
2. Sie/er ist dem Wohl der/des Betroffenen und nicht dem Vermögensinteresse der Familie verpflichtet.
3. Sie/er hat Möglichkeiten zu nutzen, um die Krankheit oder Behinderung der/des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, zu mildern oder Schlimmeres zu verhüten.

---

<sup>1</sup> Gerhart Hauptmann. *Vor Sonnenuntergang*, Frankfurt/Main - Berlin 1959

Die letzte Zielvorgabe wird bislang in den Betreuungsverfahren unzureichend beachtet. Weder die meisten Sachverständigengutachten noch die Berichtslegungen der Betreuerinnen und Betreuer gehen auf diesen dynamischen Aspekt der Betreuungsführung ein, „Keine Veränderung zu erwarten, Betreuer hatte nichts zu veranlassen“ sind beliebte Floskeln der Schriftsätze, die sich in den Betreuungsakten finden.

Professionelle Betreuungsführung ist ein zielgerichtetes und planvolles Vorgehen zur Erreichung der Rehabilitation der/des Betroffenen. Planvolles Vorgehen bedeutet,

- unter bestimmten Zielvorstellungen
- ein bestimmtes Handlungsinstrumentarium einzusetzen und
- den Erfolg der Arbeit zu überprüfen.

Die *Zielvorstellungen* einer Betreuungsführung sollten so transparent gehalten werden, daß der Betroffene und sein Umfeld wissen, was die Betreuerin beabsichtigt, und der Betroffene ggf. mitentscheiden kann, ob der vorgesehene Weg so oder anders begangen wird. Die Zielentwicklung ist prozeßhaft zu verstehen, d.h. Ziele können, wenn erforderlich, im Prozeß aufgegeben und neu vereinbart werden.

Die Zielentwicklung ist in der Kommunikation primär zwischen der/dem Betroffenen und der Betreuerin/dem Betreuer und wenn möglich mit dem sozialen Umfeld zu entwickeln. Betreuung ist damit nichts anderes als ein zielgerichteter Kommunikationsprozeß zwischen den am Betreuungsprozeß beteiligten Personen. Sie hat den Charakter eines außerwissenschaftlichen Diskurses.

Erschwerend ist in diesem Prozeß die Schwierigkeit der meisten Betreuten zu kommunizieren. Angehörige, die an der Versorgung der/des Betroffenen beteiligt sind, sind in der Regel emotional schwer belastet. Ihr Handeln ist durch ihre subjektive Wahrnehmung der Situation der/des Betroffenen bestimmt. Es ist daher die Kunst einer Betreuerin/eines Betreuers (es ist wahrhaftig eine Kunst!), die Absichten einer/einem Betroffenen und ihrem/seinem Umfeld deutlich zu machen. Die großen Schwierigkeiten der Kommunikation dürfen nicht dazu führen, daß das Gespräch mit der/dem Betroffenen aufgegeben wird. Der Gesetzgeber hat zu recht gefordert, daß alle wichtigen Angelegenheiten mit der/dem Betroffenen zu besprechen sind (§ 1901 Abs. 2 BGB). Auch das Gericht hat u.a. auch aus diesem Grund eine Anhörungspflicht, da die Entscheidungen, die es zu treffen hat, durchweg als wichtig einzustufen sind.

Betreuungsführung ist durch individuelle, aus der Situation der/des Betroffenen abzuleitende Ziele bestimmt. Ein typisches Ziel ist die Erhaltung der Wohnung der/des Betroffenen, verbunden mit den einzelnen Schritten dorthin, wie Sicherung der Mietzahlungen, Reinigung und Wiederherstellung der Räume und die Organisation der Pflege, wenn die/der Betroffene z.B. in die Wohnung zurückkehrt.

## *Bedürfnispyramide nach Maslow<sup>2</sup>*

Es lassen sich allerdings auch generelle Ziele entwickeln, die durchweg in allen Betreuungsführungen erscheinen. Einen solchen Versuch einer systematischen Zielanalyse stellt die sogenannte Bedürfnispyramide von Maslow dar.

Maslow geht davon aus, daß eine höhere Stufe der Verwirklichung eines Menschen erst dann erreicht wird, wenn er die niedrigeren erfüllt hat.

Wer aufgrund ihrer/seiner völligen Mittellosigkeit, weil der/dem Betroffenen z.B. ihre/seine postbar eingehenden Rentenbeträge von anderen Mitbewohnerinnen oder Mitbewohnern eines Obdachlosenasyls geraubt werden, hungert, wird selbst mit seinen letzten Kräften alles daran setzen, um Nahrung zu betteln oder Geldbeträge zu erhalten, damit sie/er überleben kann. Anderes wird sie/er nicht anstreben, da es der/dem Betroffenen nur um die Beschaffung der Nahrung geht.

Ich habe in meiner Praxis solche kranken, alten und behinderten Menschen erlebt, die hungerten, weil sie nichts hatten. Manche unter ihnen froren, weil sie in unbeheizbaren Wohnungen im Winter lebten, deren Fensterscheiben zerschlagen oder deren Heizungen und Öfen defekt waren. Hier wird die Betreuerin/der Betreuer im Rahmen ihres/seines Aufgabenkreises Abhilfe schaffen und die unmittelbare Bedrohung beseitigen.

Ist ein solches Ziel einer Betreuungsführung einmal erreicht, erfährt die Betreuerin vom Betroffenen Wünsche und Vorstellungen zu einem sicheren und unbedrohten Leben. Hierbei ist neben der objektiven Bedrohung z.B. durch den Verlust einer Wohnung und die Bedrohung durch andere Menschen auch die subjektive Bedrohung, die der Psychoseerkrankte in seinem Wahnzustand als existenziell bedrohlich erfährt, gemeint. Die/der Wahnkranke erfährt eine Behandlung und Betreuung, in der die Gefühle von Bedrohung und Verfolgung zurückgedrängt werden. Auch familiäre Konflikte können, da sie für die Betroffenen nicht selten kaum lösbar sind, zu einer Bedrohung der Betroffenen werden. Hier greift die Betreuerin/der Betreuer in der Gesundheitsfürsorge in die Familiendynamik ein, um die Bedrohung zu mildern. Der/die Altersdemente wird durch eine kompetente Pflege in Aufgaben entlastet, die er/sie selbst nicht mehr wahrnehmen kann.

Gerade die Wohnung wird von den Betroffenen, insbesondere alten Menschen, als ihre Rückzugsmöglichkeit angenommen. Dieses Gefühl hat die Betreuerin/der Betreuer zu beachten und die Pflege - sofern gewünscht - nach Möglichkeit in der eigenen Wohnung des Betroffenen durchzuführen. Gerade der Schutz der Wohnung ist weit ernster zu nehmen, als dieses in der Gerichts- und Betreuungspraxis manchmal der Fall ist. Es ist unverständlich, warum manche Rechtspflegerinnen und -pfleger etwa bei ihrer Entscheidung zur Genehmigung der Kündigung

---

<sup>2</sup> Abraham H. Maslow, *Motivation und Persönlichkeit*. New York 1954, deutsch. Ausg. Ötten 1977, Hamburg 1981, weitere Aufl. 1984

des Wohnraumes die Betroffenen nicht anhören und nicht selten leichtfertig dem Antrag der Betreuerin/des Betreuers folgen.

Sind diese Grundbedürfnisse einigermaßen erfüllt, hören wir von der/dem Betroffenen Bedürfnisse nach Liebe und Zuwendung, die sie/er sich manchmal durch die Betreuerin/den Betreuer, manchmal auch durch ihr/sein familiäres oder nachbarschaftliches Umfeld wünscht.

Auch die/der Betreute sucht nach Achtung für das, was sie/er kann, für ihre/seine Leistungen, die für den Außenstehenden so gering erscheinen. Betreuerinnen/Betreuer, Gerichte und Sachverständige sollten daher eben nicht nur von den Defiziten und Mängeln der/des Betroffenen berichten und ihre Entscheidungen abhängig machen, sondern auch die Qualitäten, Kompetenzen und Fertigkeiten insbesondere dann beachten, wenn sie wiedererlangt wurden.

Gerade diese „kleinen“ Kompetenzen sind es, in denen viele unserer Betreuten ihre Verwirklichung finden, die sie genau wie wir benötigen.

Beispiele dieser Verwirklichung waren in meiner Praxis

- jener alte Betreute, der im Heim die Hühner versorgt, wie er es sich immer in seinem Leben vorgestellt hatte. Als Bewohner eines Mietshauses war ihm dieses nicht möglich. In seinem Kleingarten durften keine Tiere gehalten werden.
- Ein anderes Beispiel war eine alte Dame, die in der Tracht ihrer ostwestfälischen Heimat, wie schon früher auf dem von ihr verlassenen Hof, nunmehr vor dem Eingang des Heimes sitzt und Repräsentativität ausstrahlen versucht.

### *Begrenztes methodisches Inventar*

Betreuerbestellungen sind gelegentlich „Verzweiflungstaten“, besonders dann, wenn bisherige professionelle Dienste an die Grenzen ihrer Möglichkeiten kommen. Die Betreuerin/der Betreuer soll dann richten, was andere bislang nicht vermochten. Die Möglichkeiten einer Betreuerin/eines Betreuers werden in der Regel überschätzt. Sie sind methodisch kaum mehr als das, was ein sozialpsychiatrischer oder gerontopsychiatrischer Dienst auch kann. Die Betreuerin/der Betreuer, sieht man von wenigen zusätzlichen Maßnahmen ab, nämlich rechtsverbindlich für die Betroffene/den Betroffenen auftreten zu können, ist letztendlich auf die Kommunikation und den Beziehungsaufbau mit der/dem Betroffenen angewiesen.

Daher ist die persönlich geführte Betreuung, von einer Betreuerin/einem Betreuer, die/der über hinreichend Zeit verfügt, ausschlaggebend für den rehabilitativen Erfolg einer Betreuungsführung. Die immer noch hohen Fallzahlen bei einigen Behörden, aber inzwischen auch bei manchen Betreuungsvereinen, machen die rehabilitativen Erfolgsaussichten zunichte. Die hohen Fallzahlen werden immer

noch von Behörden und Vereinsvorständen gefordert, weil eine Reihe von Verantwortlichen in der Betreuungsarbeit immer noch nicht begriffen haben, daß eine prozeßhaft geführte Betreuung mit rehabilitativen Erfolgen billiger ist als die lebenslange Verwaltung von Behinderten.

### *Evaluation in der Betreuungsführung*

Wer zielgerichtet Betreuungen führt, wird in regelmäßigen Abständen überprüfen müssen, ob sie/er ihre/seine Ziele tatsächlich erreicht hat. Es sind allerdings nur Ziele überprüfbar, die operational gefaßt wurden. Ein Beispiel eines operational gefaßten Zieles ist, daß ein obdachloser Betreuer nach sechs Monaten der Betreuungsführung über eine Wohnung verfügen soll, ist dieses nicht gelungen, hat sich die Betreuerin möglicherweise gemeinsam mit dem Betreuten zu fragen, warum dieses Ziel nicht erreicht wurde. Lag das Scheitern daran, daß nicht aktiv genug gesucht wurde, hat sich der Betreute in unangemessener Weise z.B. in einem verschmutzten Zustand vorgestellt, wollte der Betroffene möglicherweise keine eigene Wohnung? Sobald eine Antwort gefunden wurde, sind die Ziele ggf. neu zu definieren. Das kann bedeuten, daß die Suche nach einer Wohnung aufgegeben wird, da der Betroffene lieber in der Obdachlosigkeit leben möchte.

Ziele und Zielerreichung sind dem Amtsgericht als Aufsichtsorgan mitzuteilen.

### *Die Betreuerin/der Betreuer als Agoge*

Die Betreuerin/der Betreuer sollte für die/den Betroffenen eine leitende Persönlichkeit sein, die die Betroffene/den Betroffenen durch eine sie/ihn möglicherweise verwirrende Welt führt. Daß manche Betroffenen sich so sehr an ihre Betreuerinnen und Betreuer gewöhnen, hängt damit zusammen, daß diese Führungsfunktion für sie eine Entlastung darstellt, ohne die sie in der komplizierten Welt unserer Tage nicht mehr zurecht kommen. Durch diese Entlastung kann sich die/der Betroffene wieder auf Lebensbereiche konzentrieren, die sie/er noch hinreichend zu bewältigen vermag. Sie/er erreicht durch die Entlastung in der Pyramide der Bedürfnisse einen Stand, den sie/er ohne die sie/ihn entlastende Betreuung nicht erreicht hätte.

Betreuung kann aber auch abhängig und unfähig machen, wenn längst wieder erreichte Kompetenzen, z.B. Geld selbstverantwortlich zu verwalten, unbeachtet bleiben. Betreuung kann hospitalisieren und hilflos machen. Es ist ein Aspekt, der gerade in den Überprüfungsverfahren stets beachtet werden soll.

Das agogische Verständnis einer Betreuungsführung vernachlässigt zu gerne, daß Betreuung Rechtswahrnehmung ist. Ohne daß sich jede Betreuerin/jeder Betreuer immer wieder dieses vor Augen führt, wird sie/er sich in der „Unendlichkeit der Fürsorge“ ergehen und annehmen, daß nur demjenigen geholfen werden kann, der seine Rechte in einem gewissen Umfang abgegeben hat. Die expandie-

renden Zahlen der Betreuungsverfahren deuten auf ein solches Mißverständnis hin. Betreuung führt damit zur Inhumanität und zur Entrechtung großer Gruppen insbesondere psychisch Kranker, Behinderter und alter Menschen.

Die agogische Intervention der Betreuerin/des Betreuers beschränkt sich eben nicht nur auf die Beziehung zwischen Betreutem und Betreuerin. Die Betreuerin/der Betreuer organisiert besonders für Kranke und Behinderte zu Hause oft komplizierte Pflegearrangements. Damit wird die Betreuerin/der Betreuer zur Organisatorin/zum Organisator der vielschichtigen Hilfen der Reinigung der Wohnung, der Körperpflege, der medizinischen medikamentösen Versorgung und der finanziellen Absicherung der einzelnen Dienstleistungen und der Sicherung des Unterhaltes der/des [Betroffenen selbst. Betreuung ist damit auch die Führung einzelner die Dienste erbringender Stellen, deren Aufgabendefinition und gegenseitigen Abstimmung, Aufsicht und Kostensicherung. Die Betreuerin hält den Kontakt zum Betroffenen. Sie ist nicht selten die Dolmetscherin zwischen den unterschiedlichen Welten des Betroffenen und der differenziert organisierten Pflege und den Versorgungsdiensten. Die Betreuerin als Case-Managerin ist somit nicht eine kühle distanzierte Persönlichkeit, die aus der Entfernung ihres Büros diese Dienste organisiert. Sie ist kommunikativ und interaktiv dort tätig, wo einzelne Mitmenschen krankheits- oder behinderungsbedingt nicht mehr in der Lage sind, ihre Rechte wahrzunehmen.

### *Zusammenfassung*

Professionelle Betreuung ist zielgerichtetes Handeln in der Vertretung der Rechte Behinderter, Kranker und alter Menschen, die ihre Angelegenheiten nicht wahrnehmen können, mit rehabilitativen Anspruch. Das Handlungsinventar ist Kommunikation und Interaktion. Das Handlungsinventar (sieht man von der Möglichkeit der Rechtswahrnehmung ab) hebt sich nur bedingt von den Inventarien der sozial- und gerontopsychiatrischen Dienste ab. Betreuung hat in der sozial- und gerontopsychiatrischen Versorgung einer Stadt eine begrenzte Funktion für einzelne Personen in spezifischen, häufig zeitlich begrenzten Lebenssituationen. Diese begrenzte Funktion ist zu erkennen.

# Zum Verhältnis von ehrenamtlichen und professionellen Betreuerinnen und [Betreuern - Erfahrungen aus dem Projekt „Modellmaßnahmen zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen“

*Christian von Ferber, Peter Hoffmann, Martin Künstler*

## 0. "Erfahrungen" - was ist gemeint?

Das Verhältnis ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer zu den professionell im Betreuungswesen Tätigen (von den Berufen her gesehen ein professionelles Bukett) ist ein sensibles Thema, bei dem Schuldzuweisungen auf der Zunge liegen. Schließlich gehören ehrenamtliche Tätigkeit und kooperatives Verhalten zu den sozial erwünschten Zielen. Sozial erwünschte Ziele versprechen stets mehr als die Wirklichkeit hergibt - darin liegt ihre Funktion.

Wenn hier aufgrund von „Erfahrungen“ aus einem Begleitforschungsprojekt über dieses Verhältnis berichtet werden soll, erscheint es eingangs im Interesse der angesprochenen „Ehrenamtlerinnen/Ehrenamtler“ und „Professionellen“ geboten, kurz zu erläutern, welcher Art diese „Erfahrungen“ sind und wie sie methodisch gesichert werden.

Die Begleitforschung hat das Verhältnis professionell und ehrenamtlich Tätiger im Betreuungswesen nicht systematisch und gezielt empirisch untersucht - das gehörte auch nicht zu ihren Aufgaben (Keinath-Vogel 1992). Es können daher zu diesem Thema keine der sonst üblichen empirischen Ergebnisse vorgestellt werden. Wohl aber ist in dem breiten Spektrum der Erhebungen und Beobachtungen der Begleitforschung das Thema an verschiedenen Orten präsent (vgl. Berichte der Begleitforschung):

- a) Bei der *Verwirklichung der Ziele des Betreuungsgesetzes* durch die Modellmaßnahme. Zu ihren Kernaufgaben zählen die Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen und die Beratung und Führung ehrenamtlicher Betreuungen. Die Begleitforschung ist dabei nicht auf die Beobachtung beschränkt, sondern übernimmt wichtige Serviceleistungen.
- b) Bei der *Beobachtung und Beratung der Förderstellen* und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Als Informationsgrundlagen einer systematischen Beobachtung und gezielter Beratung dienen die Tätigkeitsberichte der Förderstellen, Besuche und Beratung der Förderstellen vor Ort, der Erfahrungsaustausch und die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Modellprojekt sowie Befragungen ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer an den Modellstandorten (Umfrage und leitfadengestützte Interviews).

- c) *Berichte an das Bundesministerium für Familie und Senioren* (und seit 1994) *an das Bundesministerium für Gesundheit*, aber auch an den wissenschaftlichen Beirat, sowie *Außendarstellungen*, z.B. in Fachzeitschriften und auf Tagungen. Berichte und Außendarstellungen führen zu einer ständigen Konkretisierung der Konzeption der Begleitforschung, zur Erarbeitung von Empfehlungen und werden durch Literaturlauswertungen unterstützt.

Auf diesem vielschichtigen Hintergrund führen die „Erfahrungen“, über die hier berichtet wird, Informationen aus den genannten verschiedenen Quellen unter einigen Leitbegriffen zusammen:

Wie ist die *Struktur der Beziehungen* zwischen Ehrenamtlichen und Professionellen bestimmt? Wie *entwickeln* sich diese Beziehungen? Gibt es ein *Monitoring für die Qualität der Beziehungen*?

a. *Die Struktur der Beziehungen*

Die Struktur der Beziehungen zwischen ehrenamtlich und professionell im Betreuungswesen tätigen Personen entwickelt sich in einem Feld, in dem die Kooperation verschiedener *Institutionen*

- Familiengerichte, E3betreuungsbeförden, Betreuungsvereine

und verschiedener *Professionen*

- Richterinnen/Richter, Rechtspflegerinnen/-pfleger, Verwaltungsbeamte, „Sozialpädagoginnen/-pädagogen“

untereinander und mit Bürgerinnen und Bürgern gefordert wird. Diese Struktur der Kooperation steht unter Wertbeziehungen, die prinzipiell nicht kompatibel sind, sondern eine Optimierung erwarten.

Folgende Ziele sollen erreicht, folgende Werte sollen verwirklicht bzw. geschützt werden: Organisation von Hilfen für Hilfebedürftige, vorbeugende Verhinderung von Mißbrauch durch Verfahren, Verhinderung von Mißbrauch durch Kontrolle, Rechtsförmigkeit des Verfahrens, Vorrang von Selbstorganisation und Ehrenamtlichkeit vor behördlichen Maßnahmen und professionellem Einsatz.

Soziologisch gesehen ist diese Struktur riskant, weil sehr voraussetzungsvoll (Kooperation gehört nun einmal in einer Gesellschaft der Leistungskonkurrenz und der Selbstdarstellung zu den schwachen Werten!). Die Struktur ist aber auch prekär, weil mit Zielen überladen, die nur in Grenzen miteinander vereinbar sind. Die Struktur ist von ihren Wertbeziehungen her betrachtet überdeterminiert. Eine ständige Optimierung wird erwartet. Vor dieser Erwartung verzagen Organisationen und Systeme in der Regel, weil sie ihnen Lernprozesse, wie Organisations- und Systementwicklung, abfordern.

### *b. Die Entwicklung der Beziehungen*

Die Entwicklung der Beziehungen vollzieht sich alltäglich unter immer wieder neuen Personen; sie ist durch Verfahrensschritte und Regeln geordnet. Betreuungen werden nahezu alltäglich beantragt, auf ihre Erforderlichkeit hin geprüft, eingerichtet und in eine ihnen eigene Dynamik entlassen. Diese Dynamik erzeugt für die Beteiligten einen schwer vorhersehbaren Beratungsbedarf; die spannendsten Geschichten schreibt bekanntlich das Leben selbst - und nicht das Fernsehen. Die Befriedigung dieses Beratungsbedarfs auf eine effiziente Weise stellt eine Herausforderung für die Profis dar, auf die diese nicht ausreichend vorbereitet sind. Welche Bildungseinrichtung bereitet denn noch auf das Leben vor?

### *c. Monitoring der Qualität der Beziehungen*

Das Betreuungsgesetz ist ein ordnungspolitisches, aber auch ein sozialgestaltendes Gesetz (Hoffmann, von Ferber 1994). Ob die ordnungspolitischen Ziele erreicht werden, läßt sich allenfalls noch aus den unvollkommenen Gerichtsstatistiken und aus der Gerichtspraxis abschätzen - hierfür gilt der Grundsatz der „Präventivwirkung des Nichtwissens“ (Popitz 1968). Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß.

Ob allerdings die sozialgestaltenden Ziele erreicht werden, läßt sich nur durch Evaluation feststellen, und hierfür bedarf es entsprechender Indikatoren.

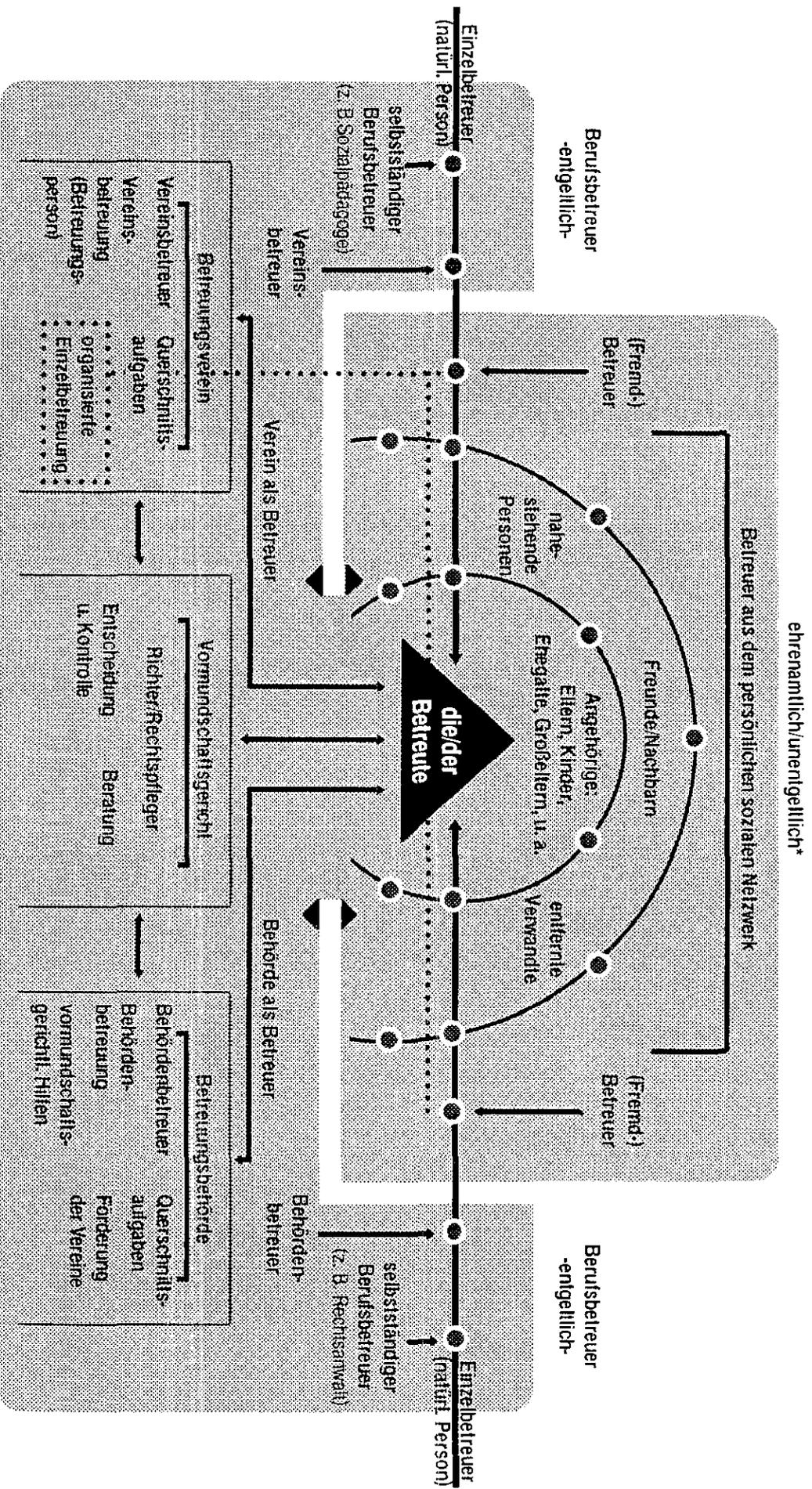
#### *1. Welche Rahmenbedingungen werden durch die Modellmaßnahme zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen gesetzt?*

Die Modellmaßnahme wird an 10 über die Bundesrepublik verteilten Standorten durchgeführt; bis auf Sachsen-Anhalt sind alle neuen Bundesländer vertreten.

Die Abb. 1. „Betreuerinnen/Betreuer und Betreuungssystem“ läßt drei für das Verständnis der sich im Betreuungssystem entwickelnden vielfältigen Sozialbeziehungen wichtige Strukturen erkennen:

- die weite Streuung der fachlichen Kompetenzen der im Betreuungswesen beruflich Tätigen - *interprofessionelle Zusammenarbeit* ist daher eine wichtige Bedingung für die Verwirklichung der Intentionen des Betreuungsgesetzes
- die Verschiedenartigkeit der Organisationen/Institutionen, denen Teilverantwortungen für die Einrichtung, Durchführung und Beratungsarbeit übertragen wurden - *interorganisatorische Kooperation* ist daher eine zweite wichtige Bedingung für das Gelingen des Betreuungsgesetzes
- die Rolle der *primären Sozialbeziehungen*, die für die Betreuung aktiviert, ergänzt und unterstützt werden müssen. Die Zusammenarbeit mit den Familienangehörigen und ehrenamtlich Tätigen zu gestalten, gehört daher zu den Kernaufgaben der Institutionen und Professionen im System der Betreuung.

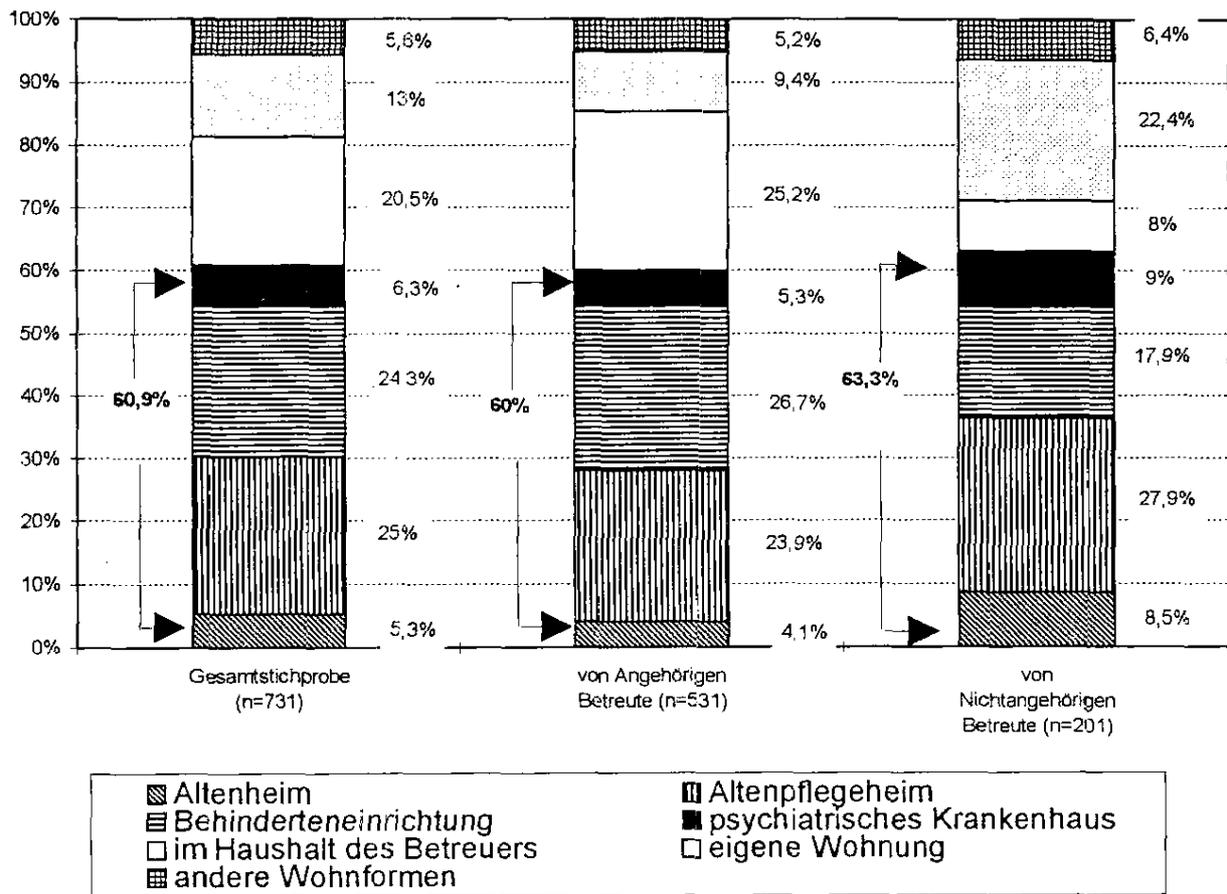
Abb. 1: Betreuer und Betreuungssystem



\* bei ausreichendem Vermögen des Betreuten kann ggfls. auch Vergütung beantragt werden  
 .....organisierte Einzelbetreuung

Quelle: Hoffmann, P.: Familienangehörige als vormundschaftsgerichtlich bestellte Betreuer.  
 Der Einfluss primärer Netzwerke und sozialer Unterstützung im Betreuungsweesen.

Studie im Auftrag des Bundesministers für Familie und Senioren. Düsseldorf, 1994, S. 27. Unveröffentlicht.



Quelle:

Hoffmann, P.: Familienangehörige als vormundschaftsgerichtlich bestellte Betreuer - Der Einfluß primärer Netzwerke und sozialer Unterstützung im Betreuungswesen. Studie im Auftrag des Bundesministers für Familie und Senioren. Düsseldorf, 1994, S. 133. Unveröffentlicht.

**Abb. 2: Wohn- bzw. Aufenthaltsort der Betreuten aus der Gesamtstichprobe (n=732) bei ehrenamtlicher Fremdbetreuung (n=201) und Angehörigenbetreuung (n=531)**

Die *Sozialstruktur der betreuten Personen* wird durch eine Reihe von Merkmalen geprägt, in denen sie sich deutlich von der Wohnbevölkerung unterscheiden. Betreute Personen sind definitionsgemäß volljährig und verteilen sich über alle Altersgruppen; die Altersgruppe der über 70jährigen hat keineswegs eine dominierende Rolle inne. Beim *Familienstand* und im *Wohnstatus* zeigen sich dagegen auffallende Unterschiede zur Wohnbevölkerung.

Betreute Personen sind sehr viel häufiger *ledig, verwitwet oder geschieden*-, ihnen fehlt in der Regel der „confidant“, die zentrale Vertrauensperson im primären sozialen Netzwerk. Nur 13 % verfügen über eine eigene Wohnung; 20,5 % wohnen mit der Betreuerin/dem Betreuer zusammen, die übrigen *zwei Drittel sind in stationären Einrichtungen* untergebracht (Abb. 2). Oder anders gewendet: Betreuungen werden für Personen eingerichtet, die z.T. krankheitsbedingt oder infolge von (geistiger) Behinderung keine Partnerschaft eingegangen sind oder ihre

Partnerin/ihren Partner (den confidant) verloren und deren Einschränkungen zur selbständigen Lebensführung eine stationäre Aufnahme nahe gelegt haben.

Das Betreuungswesen als ein soziales Hilfe- und Unterstützungssystem ist wesentlich dadurch geprägt, daß Betreuungen für stationär aufgenommene Personen eingerichtet und geführt werden. Die Betreuerin/der Betreuer wird zum Anwalt der/des Betreuten in den Anstalten, jedenfalls fällt ihr/ihm hier eine wichtige Schutzfunktion bei der Aufrechterhaltung der persönlichen Integrität zu. Die Beziehungen zwischen den in den Anstalten verantwortlich und professionell Tätigen und den ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern sind erwartungsgemäß problematisch. Hierzu sind Untersuchungen dringend angezeigt.

Gegenüber dem Verlust Rückhalt gebender Primärbeziehungen und gegenüber dem Schutzbedürfnis in Anstalten spielen die diagnostischen Festlegungen, welchen Kategorien von Einschränkungen der selbständigen Lebensführung die zu betreuende Person zuzurechnen ist, eine nachrangige bzw. eine legitimierende Rolle. Sie haben allerdings eine prognostische Bedeutung insoweit, ob in Zukunft mit einer Einschränkung oder gar mit einer Aufhebung der Betreuung zu rechnen ist.

Für die *Beratung der Familienangehörigen*, die schon von der Tatsache her, daß über die Hälfte aller Betreuungen von Angehörigen geführt werden, eine Kernaufgabe der Einrichtungen und Professionen im Betreuungswesen darstellt, ist die große Vielfalt der Beziehungen in der Generationenfolge oder in der gleichaltrigen Verwandtschaft zu beachten (Abb. 3). Diese Vielfalt primärer Sozialbeziehungen, die in das Betreuungswesen einbezogen werden, erwartet von der Betreuerin/dem Betreuer ebenso wie von den professionell Tätigen ein hohes Maß an Sensibilität und Flexibilität in der Definition der eigenen Rolle.

## 2. *Die Beziehungsstruktur Professioneller und Ehrenamtlerinnen/Ehrenamtler wird durch diese Rahmenbedingungen geprägt*

Die Beziehungen selbst entwickeln sich mit den Stadien der Einrichtung und Führung von Betreuungen. Gewachsene informelle Beziehungen werden durch den Wandel der Primärbeziehungen, z.B. Erwachsenwerden von geistig Behinderten, Verlust der Partnerin, des „confidant“, durch Trennung, Scheidung oder Tod infragegestellt, durch legitimierende „objektive“ Gründe (z.B. geistige oder psychische Behinderung oder Demenz) neu definiert und auf dieser Grundlage durch formalisierte Beziehungen (z.B. Anstaltseintritt oder -einweisung) überlagert: „Verantwortlichkeiten“ werden begründet. Jeder Verfahrensschritt hat seine eigene emotional besetzte Konfliktstruktur. Letzteres ist für die Beziehungen zwischen ehrenamtlich und professionell im Betreuungswesen Tätigen wichtig.

*Erster Verfahrensschritt* Verantwortung wird an öffentliche Stellen übertragen: Beantragung und Einrichtung der Betreuung.

- a) *Eltern, die ihre 18 bis 49jährigen geistig und/oder körperlich behinderten Kinder betreuen;*
- b) *Geschwister, die vor allem im mittleren Lebensabschnitt zwischen dem 40-69zigsten Lebensjahr ihren Bruder oder ihre Schwester betreuen, die an psychischen Krankheiten leiden oder alkoholkrank sind;*
- c) *Andere Verwandte wie z.B. Onkel, Tanten, Nichten, Neffen, Schwager, Schwägerin, die im Rahmen des verwandtschaftlichen Austausches - gewissermaßen als Ausfallbürge - bei kleinem familiärem Netzwerk oder auch aufgrund gewachsener Beziehung familiäre Unterstützungsleistungen übernehmen. Dabei sind es vor allem Betreuungen für Verwandte, die aufgrund von Altersgebrechen Unterstützung benötigen;*
- d) *Söhne und Töchter, die die Betreuung für ihre alten und sehr alten senil-dementen Eltern übernehmen;*
- e) *Bei einer relativ kleinen Gruppe von Betreuten führen Eheleute - meist selbst schon in hohem Alter - die gesetzliche Betreuung für ihren altersgebrechlichen Ehepartner.*

Quelle: Hoffmann, P.: Familienangehörige als vormundschaftsgerichtlich bestellte Betreuer - Der Einfluß primärer Netzwerke und sozialer Unterstützung im Betreuungswesen. Studie im Auftrag der Bundesminister für Familie und Senioren. Düsseldorf, 1994, S. 133. Unveröffentlicht.

### **Abb. 3: Primäre soziale Bezüge unter Betreuern und Betreuten**

Eine Person wird in das System „Betreuungswesen“ eingeschleust, indem dessen Hilfen beantragt und in Anspruch genommen werden.

*Zweiter Verfahrensschritt:* Festgestellte, geprüfte, legitimierte Verantwortung wird rückübertragen. Kontrollbefugnisse werden aber zurückbehalten.

Die Tendenz des Betreuungsgesetzes geht dahin, diese Kontrollbefugnisse ihrer obrigkeitlich, weil ordnungspolitisch geprägten Verfassung weitgehend zu entkleiden, indem das Gesetz „Kontrolle“ in die Funktion der „Beratung“ überführt und die Beratung möglichst niedrigschwellig und „behördenfrei“ bei Vereinen lokalisiert, deren Finanzierung jedoch den Behörden den ehrlichen Willen zur Verwirklichung der Intentionen des Gesetzes abfordert. An diesem Willen hapert es jedoch; es fehlt die Lobby.

Dieser zweite Verfahrensschritt wird je nach Status der Betreuerin oder des Betreuers unterschiedlich erfahren und führt daher nach den Erfahrungen des Modellversuchs zu durchaus unterschiedlichem Beratungsbedarf:

- Berufsbetreuer, Behörden- und Vereinsbetreuerinnen sind Profis, die einer Supervision bedürften (diese ist jedoch nicht vorgesehen).
- Fremdbetreuerinnen/Fremdbetreuer müssen sich in die Rolle als Betreuerinnen/Betreuer, aber auch in die Beziehungen zu der zu betreuenden Person sozialisieren.

Sind sie ausreichend beziehungsfähig? Wie wird Beziehungsfähigkeit vermittelt und geübt?

- Familienbetreuerinnen und -betreuer müssen ihre (durchaus unterschiedlichen, s. Abb. 3) gewachsenen Rollen um die ehrenamtliche Verantwortung erweitern. Dies besitzt für Eltern, Geschwister, Kinder, Ehepartnerin/-partner jeweils andere Konfliktpotentiale.

### *Fazit*

Betreuung ist ein prozeßhaftes, systemisch (weil unterschiedliche Rollen im Betreuungswesen miteinander verknüpfend) geordnetes Geschehen. Regelungsstellen, an denen die Wirksamkeit des Betreuungsgesetzes überprüfbar wird, weil an ihnen sich die Beziehungen gesetzeskonform oder deviant entwickeln können, sind

- Verhinderung der Betreuung durch Verfahrenspflegerinnen, Rechtspfleger und Richterinnen
- Übertragung von Funktionen auf die Betreuungsvereine
- Einrichtung ehrenamtlicher Betreuungen
- bedürfnis- und zielgruppengerechte Beratung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer
- Intensität und Qualität der Beratung

Die Aufzählung verweist bereits auf Indikatoren, an denen die Umsetzung des Betreuungsgesetzes einer Evaluation zugänglich wird. Hier sollte die weitere Beobachtung der Verwirklichung der Intentionen des Betreuungsgesetzes anknüpfen. Die Aufzählung enthält aber auch wichtige Themen für die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats (Die Empfehlungen wurden dem Bundesminister für Gesundheit zugeleitet und werden von diesem veröffentlicht). Die folgenden Themen sprechen Beziehungsprobleme an, die zwischen ehrenamtlich und professionell im Betreuungswesen tätigen Personen entstehen und für die nach den Empfehlungen des Beirats Handlungsbedarf besteht.

### *3. Schnittstellen in den Beziehungen zwischen ehrenamtlich und professionell im Betreuungswesen tätigen Personen - Herausforderungen für die Organisations- und Systementwicklung*

#### *3.1 Beziehungsentwicklung*

Bei der Entwicklung der Beziehungen geht es vornehmlich um zwei Gestaltungsprobleme:

- Massenkommunikation zur Gewinnung von Fremdbetreuerinnen und -betreuern, die sprichwörtliche „Nadel im Heuhaufen“ zu finden (sie läßt sich erstaunlicherweise finden!), und

- Strukturierte Kommunikation zur gezielten Beratung von Familienbetreuerinnen und -betreuern, um deren Rollenerweiterung zu erleichtern.

Beides sind keine trivialen, sondern eine professionelle Kompetenz erfordernde Aufgaben.

Für beides gilt der Grundsatz der Erwachsenenpädagogik, daß Menschen, die ihre Position im Leben, sei es in beruflicher, sei es in familiärer Hinsicht, gefestigt haben, also „gestandene Leute“ sind, auf konkrete Situationen hin lernen, um diese Situationen konfliktfreier und effizienter zu bewältigen. Sie „lernen“ vor dem gegenwärtigen Hintergrund erwarteter aktueller Entscheidungssituationen. Das Bedürfnis nach theoretischer, allgemeiner systematischer Einführung tritt demgegenüber zurück. Der bessere Umgang mit typischen Situationen, mit erwartbaren Problemen, Entscheidungshilfen also sind gefragt. Es wird nicht „auf Vorrat gelernt“ (so die Lernerwartungen an Profis), sondern niedrighschwellige und rasche Hilfen in akuten Situationen werden als „Gegenleistung“ für die Übernahme ehrenamtlicher Pflichten erwartet. „Wenn ich schon Verantwortung übertragen bekomme (die „eigentlich“ die Behörde oder der Verein zu tragen hätte, und die sie ständig überwachen) dann...“

Es hat sich gezeigt, daß die Profis, aber auch die Institutionen auf diese, der Sache nach normalen Erwartungen schlecht vorbereitet sind - aus verständlichen Gründen.

### 3.2 *Expertenwissen - Laienwissen. Weiche professionelle Kompetenz wird eigentlich erwartet?*

Die Profis sind in ihren Beratungs- und Führungsfunktionen weniger in ihrem Expertenwissen, sondern in ihrem Laienwissen, in ihren persönlichen Eigenschaften gefordert hinsichtlich

- Sensibilität, Einfühlungsvermögen, Geduld,
- ihrer Fähigkeiten, manifeste Probleme auf ihre latenten Hintergründe hin zu verstehen, sowie
- die Ratsuchenden in deren eigenen Lösungen zu beraten und zu unterstützen.

Profis erleben daher die ihnen vom Betreuungsgesetz zugeordnete Rolle durchaus konflikthaft. Ihren dominanten Rollenanteil, Verantwortung zu übertragen und die anderen übertragene Verantwortung zu verwalten, beratende Kontrolle oder kontrollierende Beratung auszuüben, verdanken sie ihrer Sozialisation als Profis.

Doch für den funktionellen Rollenanteil, zu beraten, gemeinsam mit dem Ratsuchenden nach „richtigen“ Entscheidungen zu suchen, bei der Lösung akuter Probleme Handreichungen zu geben - ein Rollenanteil, der überdies die größten Zeiteile abfordert -, hat sie ihre berufliche Sozialisation kaum vorbereitet: Wie entwickelt man sein eigenes „Laienwissen“? (Hesse 1991). Die vergleichende

Aufarbeitung exemplarischer Alltagserfahrungen ist gefordert. Dementsprechend sollte auch die Fortbildung organisiert werden.

### 3.3 *Umgang mit Konflikten*

Konflikthaltige Rollenerfahrungen entwickeln Tendenzen der Externalisierung, z.B. in vorurteilsbehafteter Infragestellung des Gegenüber, hier der Ehrenamtlerin/des Ehrenamtlers, bis hin zu Schuldzuweisungen. Die Professionalität, also die eigene Stärke, wird kompensatorisch aufgewertet, die Laienhaftigkeit, das Laienwissen, die eigene Schwäche wird defensiv abgewertet, Es war daher im Modellversuch notwendig, für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Modellprogramms ein Seminar zur Selbstreflexion und zur Bearbeitung der vorurteilsbehafteten Fremdwahrnehmung durchzuführen.

### 3.4 *Qualitätsmonitoring*

Die Realisierung des Betreuungsgesetzes ist ein prozeßhaftes, aber in dem Sinne ein systemisches Geschehen, daß es verschiedene Institutionen, verschiedene Professionen, aber auch Profis und Bürgerinnen und Bürger mit einer spezifischen Kompetenz zur Zusammenarbeit führen will, ohne Gebrauch von Organisationsmitteln machen zu können. Auf diesem Wege soll eine hohe Qualität in der Betreuung von Menschen erreicht und auf Dauer gesichert werden, deren Schwäche gerade darin besteht, daß sie sich selber nur bedingt in die Gestaltung der Beziehungen einbringen können.

Wie jedes kooperative Geschehen in Systemen bedarf das Betreuungswesen eines Monitoring, um Schwachstellen frühzeitig zu erkennen und Gegensteuerungen auszulösen. Für ein solches Monitoring der Qualität sind Verfahren und Indikatoren zu entwickeln. Solche Indikatoren können unschwer aus einer aufmerksamen Beobachtung der Praxis gewonnen werden.

Das folgende Beispiel (Abb. 4) läßt erkennen, in welchem Umfang die Förderstellen den Anspruch des Gesetzgebers derzeit einlösen, ehrenamtliche „Fremdbetreuerinnen und -betreuer“ zu gewinnen. Die Zukunft des Betreuungswesens nach den Intentionen des Gesetzgebers wird ganz entscheidend davon abhängen,

- ob solche Indikatoren für die vergleichende Feststellung der Zielerreichung formuliert,
- ob diese Indikatoren für die Qualität der Betreuungsarbeit fortlaufend gemessen und
- ob die Ergebnisse eines solchen Qualitätsmonitoring als Motivation in die Betreuungsarbeit zurückwirken bzw. die Reorganisation der Verfahrensabläufe bestimmen werden.

Förderstellenstandort	Durchschnittlich erforderliche Zahl ehrenamtlicher Betreuer (73%) auf der Grundlage 1994 neu eingerichteter Betreuungen	Erforderliche Anzahl von 'Fremdbetreuern' (25 % der Zahlen aus Spalte 2)	1994 von den Förderstellen geworbene neue nicht familienangehörige Betreuer	relativer Anteil der 1994 von den Förderstellen geworbenen ehrenamtlichen 'Fremdbetreuer' am Bedarf
Bernau	106	26	11	42,3%
Dresden	788	197	14	7,1%
Kassel <sup>1</sup>	327	81	10	12,3%
Lüneburg	157	39	15	38,5%
Marburg	204	51	29	56,9%
Ravensburg	130	32	11	34,4%
Schwerin	136	34	14	41,2%
Würzburg	299	74	17	22,9%

Quelle: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf : Modellmaßnahmen zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen - Schlußbericht.Düsseldorf, 1995.Unveröffentlicht.

<sup>1</sup> Die päd. Fachkraft in Kassel schied zum 1.9.94 aus. Die Stelle wurde nicht wiederbesetzt.

**Abb.4: Relativer Anteil der Deckung des Bedarfs an nicht familienangehörigen ehrenamtlichen Betreuern 1994 (durchschnittliche Quote: 73% aller erstmaligen Bestellungen) an den Förderstellenstandorten durch die von den Förderstellen 1994 geworbenen ehrenamtlichen „Fremdbetreuer“**

Die Modellmaßnahme des Bundes konnte zeigen, unter welchen Bedingungen die Intentionen des Gesetzgebers verwirklicht werden können. Die Begleitforschung konnte kritische Stellen aufzeigen, an denen weiterhin Handlungsbedarf besteht, und welche Lösungen Erfolg versprechen. Mit der Beendigung der Modellmaßnahme (zum 31. Mai 1995) sind die Bundesländer und die Kommunen gefragt (Crefeld 1994), wie ernst sie es mit der Qualität im Betreuungswesen meinen - denn eine weitere Lobby ist derzeit nicht in Sicht!

## Literatur

CREFELD, Wolf: Das Betreuungswesen als Aufgabe kommunaler Sozialpolitik. In : BtPrax 5/94, S. 147-152.

HESSE, Hans Albrecht: Der Experte als Laie : eine berufssoziologische Analyse mit einem ausbildungspolitischen Ausklang. In : R.P. Nippert, W. Pöhler, W. Slesina, Kritik und Engagement. Soziologie als Anwendungswissenschaft. München (Oldenbourg) 1991, S. 247 - 255.

HOFFMANN, Peter u. VON FERBER, Christian: Betreuungsgesetz - Zwei Jahre Bewährungsprobe in der Praxis. In : BtPrax 2/94, S. 38 - 42.

KEINATH-VOGEL, Elke: Modellprojekt zur Förderung und Unterstützung ehrenamtlicher Tätigkeit im Betreuungswesen - eine Modellförderung des Bundesministeriums für Familie und Senioren. In: FuR 5/92.

POPITZ, Heinrich: Über die Präventivwirkung des Nichtwissens. Tübingen (Mohr Siebeck) 1968.

# Sachwalterinnen/Sachwalter und Patientenanwältinnen/-anwälte in Österreich — Erfahrungen zur notwendigen Professionalität von Betreuenden

*Günter Haberl*

Herr Prof. Crefeld hat mich im Herbst vergangenen Jahres eingeladen, im Rahmen dieser Tagung einen Beitrag zur „fachlichen Gestalt der Betreuung“ aus österreichischer Sicht zu leisten. Ich bedanke mich für die Einladung und freue mich, bei Ihnen Gast zu sein. Ich werde, ausgehend von den Anliegen und Zielsetzungen der Reform in Österreich, die Frage nach der notwendigen Professionalität von Sachwaltern und Patientenanwältinnen beleuchten und im Zusammenhang mit Anforderungen und Erwartungen an diese beiden Funktionen unsere Erfahrungen und Perspektiven beschreiben.

## *1. Begriffserklärungen*

Um die Verständlichkeit meiner Ausführungen zu fördern, möchte ich einige Begriffserklärungen an den Beginn stellen.

Die Maßnahme **Sachwalterschaft** entspricht im wesentlichen der Maßnahme **Betreuung** in Deutschland. Die **ehrenamtlichen Sachwalterinnen und Sachwalter** in Österreich allerdings sind ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei einem der 4 Vereine für Sachwalterschaft. **Angehörige** von Betroffenen und andere Personen können gemäß Sachwalterrecht als sogenannte „**nahestehende Personen**“ zum Sachwalter/zur Sachwalterin bestellt werden, wenn sie geeignet sind. Meines Wissens nach umfaßt in Deutschland die Bezeichnung „**ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer**“ diese beiden Gruppen, nämlich ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betreuungsvereinen und Angehörige/sonstige engagierte Laien. Um Ihnen zu erleichtern, diesen Unterschied mitzudenken, werde ich jeweils von ehrenamtlichen Vereinssachwaltern (im Unterschied zu den hauptberuflichen) oder privaten Sachwaltern/Sachwalterinnen (Angehörige/sonstige nahestehende Personen) sprechen.

**Patientenanwältinnen/-anwälte** sind keine Sachwalterinnen/Betreuer. Sie vertreten psychisch kranke Personen, die in einem psychiatrischen Krankenhaus/einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses ohne ihr Verlangen (also ohne oder gegen ihren Willen) untergebracht sind im Unterbringungsverfahren und hinsichtlich ihrer Rechte gegenüber der Krankenanstalt, ohne daß die Geschäftsfähigkeit der Patientinnen und Patienten dadurch eingeschränkt wird.

Wenn ich von **Professionalität** spreche, dann meine ich eine bestimmte Form der Ausübung von Funktionen, wie sie von einer Berufsgruppe mit einheitlichem

Selbstverständnis und Bemühung um Vereinheitlichung und Kontrolle der Standards von Berufsausbildung und Berufsausübung angestrebt wird.

Die **Unterstützungssysteme**, die im Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft (VSP) zur Erreichung bestimmter fachlicher Standards und zur Sicherung der Qualität unserer Dienstleistungen entwickelt und eingesetzt werden, sollen im wesentlichen jene Aufgaben erfüllen, die von Ihnen als sogenannte **Querschnittsaufgaben** bezeichnet werden. s

## *2. Rechtliche Entwicklung in Österreich*

Ais Ende der 70er Jahre die Notwendigkeit der **Verbesserung der Lage psychisch kranker und geistig behinderter Menschen in Österreich** immer deutlicher erkannt worden war, ergriff vor dem Hintergrund einer zunehmenden öffentlichen Diskussion der damalige Justizminister Christian Broda, inspiriert von den Sozialwissenschaftlern Jürgen Pelikan und Rudolf Forster, die Initiative zur **Reform des Anhalte- und Entmündigungsrechts**.

Bereits die ersten Gesetzesentwürfe zum späteren Sachwalterrecht und dem erst im Januar 1991 in kraftgetretenen Unterbringungsgesetz sahen die Schaffung von sozialen Einrichtungen vor, die **professionelle Sachwallerinnen/Sachwalter und Patientenanwältinnen/-anwälte**, gleichsam als **Motor der Reform** und zur **Sicherung der Qualität der neuen Dienstleistungen**, ausbilden und zur Verfügung stellen sollten. Die Entwicklung der **Vereinssachwalterschaft** sowie der vereinsmäßig organisierten **Patientenanwaltschaft** wurde vorerst im Rahmen eines **Projektes** modellhaft erprobt und sozialwissenschaftlich begleitet und führte zum Entstehen zweier neuer Berufsgruppen bzw. Professionen.

1984 trat das Sachwalterrecht mit seinen Bestimmungen über die Vereinssachwalterschaft in Kraft und löste die entsprechenden Teile der Entmündigungsordnung - eines kaiserlichen Patents aus 1916 - ab. Damit war das gerichtliche **Verfahren** spät aber doch **an die Bestimmungen der Menschenrechtskonvention angepaßt** worden. Auch ging man vom starren System der entweder beschränkten oder vollen Entmündigung ab, *wobei* aber auch die neue Maßnahme, im Unterschied zum deutschen Betreuungsrecht, selbst in ihrer differenziertesten, zurückhaltendsten Form, der **Sachwalterschaft** für eine einzelne Angelegenheit, **jedenfalls mit einer Einschränkung der Geschäftsfähigkeit** der psychisch kranken oder geistig behinderten Person verbunden ist. Weiter wurde die **Personensorge** neben der Vermögenssorge als gleichwertiges Aufgabengebiet der Sachwallerin/des Sachwalters beschrieben, um den individuellen Anliegen und Bedürfnissen der Betroffenen einen höheren Stellenwert zu verleihen und neben den diversen Beschränkungen ein entsprechendes Ausmaß an (persönlicher) Unterstützung zu garantieren.

Eine wesentliche Änderung stellte die Einführung der Vereinssachwalterschaft dar, die dem Mangel an geeigneten gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern entgegenwirken sollte und auch auf die Frage nach der (notwendigen) Professio-

nalität der Sachwalterinnen und Sachwalter eine neue Antwort zu geben versuchte: Neben geeigneten **nahestehenden Personen** und **Rechtsberufen (Rechtsanwältinnen und Notare)** sind **hauptberufliche** and ehrenamtliche **Vereins-sachwalterinnen** als professionelle Sachwalter vorgesehen.

Ganz anders formuliert das 1991 inkraftgetretene **Unterbringungsgesetz**, das ebenfalls eine Anpassung des Verfahrens an die Menschenrechtskonvention sichergestellt hat und für den Bereich der allgemeinen Patientenrechte Beispiel- und Folgewirkung hatte, die Anforderungen an die **Professionalität der Patientenanwältin**. Hier sind eigentlich ausschließlich hauptberufliche Patientenanwältinnen und -anwälte, die von einem geeigneten Verein namhaft gemacht werden, in die Funktion zu bestellen. Die im UbG vorgesehene, vom Kranken frei gewählte (und selbst finanzierte) Vertreterin, vorrangig eine Rechtsanwältin oder ein Notar, spielt in der Praxis kaum eine Rolle. Damit kann sich im Bereich der Patientenanwaltschaft viel eher eine **eigenständige Profession** entwickeln, also eine **Berufsgruppe mit einheitlichem Selbstverständnis und der Vereinheitlichung und Kontrolle der Standards von Berufsausbildung und -ausübung**" (Raven, 1989), als im Bereich Sachwalterschaft mit dem Nebeneinander von Angehörigen, sonstigen (nahestehenden) Personen, Rechtsberufen, ehrenamtlichen und hauptberuflichen Vereinssachwalterinnen und -Sachwaltern.

### *3. Zur Funktion professioneller und ehrenamtlicher Sachwalterinnen/Sachwalter*

Während im Bereich der Patientenanwaltschaft so gut wie alle im Unterbringungsgesetz festgelegten Aufgaben von professionellen Patientenanwältinnen und -anwälten erfüllt werden, stellt sich für die Durchführung der Sachwalterschaft im Hinblick auf **die begrenzten und begrenzt bleibenden Ressourcen an professionellen (Vereins-) Sachwalterinnen und Sachwaltern** folgende interessante **Frage**:

- I. Gibt es Aufgaben- bzw. Problemstellungen, bei denen eher professionelle bzw. eher nichtprofessionelle Sachwalterinnen tätig werden sollten, bei denen eher die eine als die andere Gruppe von Sachwaltern geeigneter erscheint?

Zu welchen (vorläufigen) Antworten sind wir in Österreich bislang gekommen?

**Das Verfahren zur Bestellung eines Sachwalters** sieht vor, daß dem Betroffenen vom Gericht eine sogenannte einstweilige Sachwalterin zur Vertretung im Verfahren (eine Verfahrensvertreterin) beigegeben wird. Diese Maßnahme beschränkt die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen nicht, sondern soll ihn im Verfahren hinsichtlich der Wahrung seiner Rechte unterstützen. Die **Verfahrensvertreterin** hat folgende **Aufgaben**:

- sie soll den Betroffenen persönlich kennenlernen, ihn über die „Spielregeln“ des Verfahrens informieren und dessen Sichtweise zum Anlaß des Verfahrens kennenlernen;

- sie soll die Sichtweise des relevanten sozialen Umfeldes kennenlernen und sich ein möglichst vollständiges Bild der Problem/Konfliktlage machen;
- sie soll mitwirken, daß die Verfahrensbestimmungen eingehalten werden (z.B. daß am Beginn des Verfahrens das richterliche Erstgespräch stattfindet);
- sie soll den Betroffenen, so dieser es wünscht, auf die Begutachtung durch den (psychiatrischen) Sachverständigen und auf die mündliche Verhandlung vorbereiten und ihm ihre Überlegungen mitteilen;
- sie soll den Betroffenen bei der mündlichen Verhandlung unterstützen und mitwirken, daß der Betroffene Gelegenheit und Zeit erhält, sich auf seine Weise zu äußern;
- sie soll Alternativen zur Sachwalterbestellung aufzeigen, die mit weniger Zwang verbunden sind als die gerichtliche Maßnahme, für den Fall einer Sachwalterbestellung auf eine möglichst differenzierte und den konkreten Unterstützungsbedarf abgestimmte Angelegenheitenbeschreibung achten und die aus der Sicht des Betroffenen/aus ihrer Sicht geeignetste Person zur Bestellung als Sachwalterin empfehlen;
- sie soll den Betroffenen bei der Ergreifung eines Rechtsmittels dann unterstützen, wenn dieser es wünscht, weil er den Ausgang des Verfahrens nicht akzeptiert;
- sie soll insgesamt mitwirken, daß der Betroffene im Zuge des Verfahrens vor dem Hintergrund seiner Geschichte, seiner aktuellen Lage und seiner Zukunftsperspektiven verstanden und respektiert wird, er also als Subjekt des Verfahrens würdevoll behandelt und ernst genommen wird.

Dieser grobe Überblick über die komplexe Aufgabenstellung des Verfahrensvertreters/der -Vertreterin im Sachwalterschaftsverfahren macht vielleicht verständlich, warum bereits vor über zehn Jahren bei Inkrafttreten des Sachwalterrechts vom Verein und der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung die konzeptionelle Position vertreten wurde, daß in möglichst allen Sachwalterschaftsverfahren professionelle Vereinssachwalterinnen und -Sachwalter in die Funktion des Verfahrensvertreters/der Verfahrensvertreterin bestellt werden sollten und innerhalb des Vereins diese Aufgabe den hauptberuflichen Sachwalterinnen und Sachwaltern vorbehalten sein soll.

Damit wollten wir erreichen, daß an den für die Zukunft der Betroffenen entscheidenden Punkten, die auch insgesamt für die Häufigkeit sowie Art und Weise der Anwendung der (neuen) Maßnahme „Sachwalterschaft“ relevant sind, kompetente, mit den Anliegen der Reform gut vertraute und im Umgang mit psychisch kranken/geistig behinderten Personen erfahrene/geschulte Vertreterinnen und Vertreter tätig werden, die auch über eine gute Kenntnis der sozialen, psychosozialen und medizinischen Einrichtungen der Gemeinde/des Betreuungsgebietes/der Region verfügen. Unser Anliegen wird durch jenes Reformziel noch

verständlicher: daß die Maßnahme Sachwalterschaft nur dann zur Anwendung kommen soll, wenn keine Alternativen im Sinne einer weniger einschränkenden Hilfe zur Unterstützung der Betroffenen oder des Betroffenen wirksam werden kann, daß also **Sachwalterschaft** (als Zwangsmaßnahme) möglichst zurückhaltend und gleichsam nur als „**ultima ratio**“ beschlossen werden soll.

Die Wirksamkeit eines solchen Konzeptschwerpunktes, des Tätigwerdens von **professionellen Sachwalterinnen und Sachwaltern im Sachwalterschaftsverfahren**, läßt sich durch jene Ergebnisse belegen, die zeigen, daß der Anteil an Verfahrenseinstellungen bei jenen Verfahren, in denen hauptberufliche Vereins-sachwalterinnen und -Sachwalter die Vertretung übernommen haben, deutlich höher liegt, als bei solchen, in denen nichtprofessionelle Verfahrensvertreterinnen und -Vertreter bestellt wurden.

Das ursprüngliche Ziel konnte jedoch bislang nicht erreicht werden. Der Verein ist weit davon entfernt, in allen Sachwalterschaftsverfahren tätig werden zu können, wobei die Anzahl der neu eingeleiteten Verfahren und der neuen Sachwalterbestellungen in den letzten Jahren kontinuierlich steigt. Die Zahl der Sachwalterschaften insgesamt stieg im Zeitraum zwischen 1984 und 1993 von knappen 22.000 auf über 25.000 an.

#### **Gründe dafür sind:**

- daß viele Richterinnen und Richter viel eher daran interessiert sind, Vereins-sachwalterinnen in sehr schwierigen Sachwalterschaften zu bestellen als zu Verfahrensvertretern,
- daß die personellen Ressourcen der Sachwaltervereine der steigenden Nachfrage nach Vereinssachwalterinnen und -Sachwaltern keineswegs entsprechen und
- daß nach der Reform die Hemmschwelle der Gerichte, Sachwalterschaften auszusprechen, durch das neue und bessere Image der Maßnahme gesunken ist (um nur einige Gründe zu nennen)..

#### *4. Das Konzept der Patientenanwaltschaft*

Nun ein Blick zur Patientenanwaltschaft und der **Vertretung von Patientinnen und Patienten im Unterbringungsverfahren:**

Die Hauptaufgabe der Patientenanwälte ist die **parteiliche Vertretung von Patientinnen und Patienten**, die ohne oder gegen ihren Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus/einer psychiatrischen Abteilung untergebracht werden, **im gerichtlichen Unterbringungsverfahren**, mit dem Ziel, den Schutz der Persönlichkeitsrechte von psychisch Kranken zu verbessern. Die hohe Komplexität der Situation, die Akutheit sowohl der sozialen Konfliktlage als auch der psychischen Erkrankung der Patientin/des Patienten, der hohe Stellenwert des Rechtsgutes der persönlichen Freiheit, die eingeschränkt wird und die hohen, zum Teil in sich

widersprüchlichen Erwartungen an die traditionell mächtigen bzw. ohnmächtigen Parteien (Psychiater, Richterinnen, Patienten, Patientenanwältinnen, Angehörige etc.) weisen auf höchste Anforderungen an die Professionalität der Patientenanwältinnen und -anwälte hin. Dementsprechend sind **fast ausschließlich professionelle Patientenanwältinnen und -anwälte vorgesehen** und tätig. Daß an keine dem ehrenamtlichen Vereinssachwalter vergleichbare Gruppe von ehrenamtlichen Patientenanwältinnen gedacht wurde, läßt sich zusätzlich aus der Anforderung erklären, für Patientinnen kurzfristig und leicht erreichbar zu sein, was einem Laien, der sein unentgeltliches Engagement nur im begrenzten zeitlichen Umfang zur Verfügung stellen kann und will, nicht zumutbar ist.

### *5. Das Konzept der Sachwalterschaft*

Das Sachwalterrecht sieht bei der **Auswahl der/des zu bestellenden Sachwalterin/Sachwalters** vor, auf die Art der zu besorgenden Angelegenheiten und auf die persönlichen Bedürfnisse der/des Betroffenen zu achten. Je nachdem ist entweder **eine geeignete nahestehende Person** oder, wenn die Sachwalterschaft überwiegend Rechtskenntnisse erfordert, eine **Rechtsanwältin** oder ein **Notar** oder aber, wenn es das Wohl der behinderten Person erfordert, ein **von einem Sachwalterverein namhaft gemachter Mitarbeiter** zum Sachwalter zu bestellen.

Es ist Ihnen vielleicht aufgefallen, daß nur hinsichtlich der Bestellung von Rechtsanwältinnen oder Notaren der Gesetzgeber ein ausreichend klares Kriterium für die Beachtung der Professionalität der zu bestellenden Sachwalterin formuliert, „wenn die Sachwalterschaft **überwiegend Rechtskenntnisse** erfordert“, z.B. überall dort, wo Rechtsanwaltszwang herrscht.

#### *5,1 Anforderungsprofil an nahestehende Personen*

Bei der in der Praxis größten Gruppe von Sachwalterinnen und Sachwaltern, den **nahestehenden Personen** (sie sind in etwa 70% aller Sachwalterschaften tätig), gilt die Anforderung, **da(3 sie geeignet sind**. Was kann das heißen?

Ich meine, daß zumindest **drei Kriterien** erfüllt sein sollten, will eine (sogenannte) nahestehende Person als Sachwalterin oder Sachwalter geeignet sein:

1. Sie darf sich nicht in einem (offenkundigen) Interessensgegensatz zur/zum Betroffenen befinden,
2. Sie soll von der/dem Betroffenen in einem deutlichen Ausmaß als Person (nicht unbedingt in der Funktion - es handelt sich ja oft um eine Zwangsmaßnahme) akzeptiert sein,
3. Sie muß im wesentlichen in der Lage sein, die zu besorgenden Angelegenheiten (Vermögens- und Personensorge) so wahrzunehmen, daß die/der Betroffene vor Nachteilen geschützt ist und ihre/seine Interessen wahrgenommen werden.

**Dieses Anforderungsprofil** ist relativ hoch und bedarf unserer Erfahrung nach zur konsequenten Beachtung seitens der Gerichte **zweierlei Voraussetzungen**:

Zum einen eine für die RichterIn/den Richter **konkret verfügbare Alternative** zu nicht geeigneten nahestehenden Personen in Form einer ehrenamtlichen oder hauptberuflichen Vereinssachwalterin, zum anderen ein **Beratungsangebot an private Sachwalter** im Falle des Auftauchens von Problemen und Unsicherheiten sowie deren Bereitschaft, die Beratung auch in Anspruch zu nehmen.

Ich muß Ihnen nun gestehen, daß **beide Ressourcen**, eine ausreichend **verfügbare Vereinssachwalterschaft** und ein ausreichend **wirksames Beratungsangebot** an private Sachwalterinnen und Sachwalter in weiten Teilen Österreichs nicht im notwendigen Ausmaß finanziert werden und damit aus meiner Sicht auch die **notwendige Professionalität** von Sachwalterinnen und Sachwaltern, wie ich sie für erforderlich hielte, (bislang) nicht sichergestellt werden kann. Ich werde im letzten Abschnitt meines Vortrages einige **Perspektiven des VSP zur Verbesserung dieser Situation** aufzeigen.

Zunächst ein Blick auf das **Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptberuflichen Vereinssachwalterinnen und -Sachwaltern**, wobei ich die ehrenamtlichen Vereinssachwalter (neben Rechtsanwältinnen/Notaren und hauptberuflichen Sachwaltern) den professionellen Sachwalterinnen zurechnen möchte. In welchen Fällen sollte unter Bedachtnahme auf die vorhandene Professionalität eine ehrenamtliche, in welchen ein hauptberuflicher Vereinsmitarbeiter als Sachwalter namhaft gemacht werden?

Der/die **ehrenamtliche Sachwalter/Sachwalterin**, in einem Team von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern organisiert, stellt in der Regel die Alternative dar, wenn nahestehende Personen nicht verfügbar oder als Sachwalterinnen/Sachwalter nicht geeignet sind. Dies gilt für all jene Sachwalterschaften, bei denen die Lebensgrundlage der Betroffenen, wie geregelttes Einkommen, eine geeignete Wohnsituation und die soziale/medizinische Versorgung im wesentlichen abgesichert ist und eine Kommunikations- und Kooperationsbasis zwischen Betroffenenem und Sachwalterin ohne allzu große Schwierigkeiten hergestellt werden kann.

### *5.2 Anforderungsprofil an hauptberufliche Sachwalterinnen/Sachwalter*

In sehr komplizierten Fällen aber, sei es, daß die existentielle Basis des Betroffenen stark gefährdet ist (z.B. nach wiederholtem Verlust der Wohnung) oder durch krankheitsbedingte ausgeprägte Kommunikationsschwierigkeiten des Betroffenen, z.B. nach einer Geschichte häufiger Beziehungsabbrüche, — in solchen Fällen, die langfristig hohe Ansprüche an die Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit der Sachwalterin stellen, sind **hauptberufliche Sachwalterinnen/Sachwalter** erforderlich. Sie müssen massive Rollenkonflikte und widersprüchliche Erwartungen aushallen und mit Nähe und Distanz reflektiert umgehen können und auch dann

noch der/dem Betroffenen zur Verfügung stehen, wenn sie die Aussichtslosigkeit mancher Problemlagen erkannt haben.

Gelingt es der/dem hauptberuflichen Sachwalterin/Sachwalter in solch schwierigen Fällen, die Existenzgrundlage der/des Betroffenen zu sichern und die aktuellen Konflikte und Angelegenheiten zu regeln, so soll sie/er daran denken, die Sachwalterschaft an einen ehrenamtlichen Vereinssachwalter oder an eine private Sachwalterin abzugeben und eine **Umbestellung** zu beantragen.

Folgender Überblick über die **Tätigkeitsschwerpunkte** und das breite Aufgabenspektrum der/des **hauptberuflichen Vereinssachwalterin/-sachverwalters** soll die vielfältigen Anforderungen an ihre/seine Professionalität zeigen:

1. sie/er **vertritt** Betroffene **im Verfahren zur Bestellung einer Sachwalterin/eines Sachwalters** und
2. sie/er wird in gerichtlichem Auftrag **bei dringenden Angelegenheiten**, die keinen Aufschub zulassen, als **einstweilige Sachwalterin/einstweiliger Sachwalter** bereits während des Verfahrens tätig;
3. sie/er hat als **Sachwalterin/Sachwalter**, abhängig vom Umfang der gerichtlichen Bestellung, folgende Aufgaben wahrzunehmen:
  - die Einkommens- und Vermögenssicherung und -Verwaltung,
  - die Vertretung der/des Betroffenen gegenüber Ämtern, Behörden, Gerichten, sozialen und medizinischen Einrichtungen sowie privaten Vertragspartnern,
  - im Rahmen der Personensorge die Sicherstellung der notwendigen sozialen und medizinischen Betreuung in Kooperation mit sozialen und psychosozialen Diensten, medizinischen, stationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen sowie Angehörigen, Nachbarn und sonstigen Privatpersonen, die Betreuung und Pflege zu leisten bereit und imstande sind,
  - weiter die Zustimmung zu Heilbehandlungen und die Aufenthaltsbestimmung für nicht einsichts- und urteilsfähige Betroffene,
  - und in jedem Fall die Gestaltung eines persönlichen Kontakts zu der/dem Betroffenen, um mit Hilfe von Gesprächen die Betroffene/den Betroffenen in die Angelegenheitenbesorgung miteinzubeziehen und ihr/sein Mitspracherecht zu sichern.
  - Und sie/er hat regelmäßig zu prüfen (etwa anlässlich der jährlichen Berichtslegung), ob die Sachwalterschaft aus ihrer/seiner Sicht eingeschränkt oder gar beendet werden könnte oder die Umbestellung auf einen ehrenamtlichen Mitarbeiter oder eine geeignete nahestehende Person zu beantragen wäre.
4. Der hauptberufliche Vereinssachwalter wird im Rahmen der freiwilligen

Beratung **als Berater** für Betroffene, Angehörige, Mitarbeiterinnen sozialer/medizinischer Einrichtungen und für private Sachwalterinnen zu Fragen der Sachwalterschaft tätig.

5. Er hat geeignete ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzuwerben/auszuwählen, in Teams zu organisieren, einzuschulen und bei ihrer Tätigkeit beratend zu unterstützen sowie die **ehrenamtlichen Teams zu leiten**.
6. Er wirkt bei der **Vertretung gemeinsamer Interessen der Betroffenen** im Sinne kommunalpolitischer Steuerung mit, etwa im Rahmen der regionalen **Öffentlichkeitsarbeit** oder durch Kooperation mit sozialen Initiativen.

Bevor ich mich den Standards der Vereinssachwalterschaft und Patientenanwaltschaft zuwende, will ich noch einen kurzen Überblick über die **Tätigkeitsschwerpunkte der Patientenanwältin/des Patientenanwalts** geben:

1. Sie/er hat neben der **parteilichen Vertretung im Unterbringungsverfahren**, in dem die Unterbringungsvoraussetzungen geprüft werden,
2. die im Unterbringungsgesetz verankerten **Rechte der Patientin/des Patienten gegenüber der Krankenanstalt** zu vertreten, etwa, daß eine einsichts- und urteilsfähige Patientin außer bei Gefahr im Verzug nicht gegen ihren Willen behandelt werden darf, oder das Recht des Patienten, mit der Außenwelt telephonisch oder brieflich zu kommunizieren bzw. Besuche zu empfangen, oder das Recht der Einsichtnahme in die eigene Krankengeschichte (wobei diese Rechte nur unter ganz bestimmten Bedingungen eingeschränkt werden können);
3. sie/er **berät Patientinnen und Patienten** in Fragen der (z.B. im Krankenanstaltengesetz festgelegten) **allgemeinen Patientenrechte** und fördert damit das Selbstbestimmungsrecht der Patientin/des Patienten;
4. sie/er **berät Angehörige** und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter psychosozialer Einrichtungen zu Fragen des Unterbringungsgesetzes und
5. **vertritt gemeinsame Interessen der Patientinnen und Patienten**, indem sie/er etwa durch regionale **Öffentlichkeitsarbeit** die Schaffung ambulanter gemeindepsychiatrischer Einrichtungen als Alternative zur Unterbringung fordert oder **Informationsveranstaltungen** für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses organisiert.

#### *6. Qualitätsanforderungen an die Professionalität von Sachwalterinnen /Sachwaltern und Patientenanwältinnen/-anwälten*

Nach diesem Überblick über die Aufgabenschwerpunkte der Vereinssachwalterinnen und Patientenanwälte und den Hinweisen auf die von ihnen erwartete Professionalität möchte ich mich jetzt folgender **Frage** zuwenden:

- II. Wie sehen die Anforderungen an die Professionalität der Sachwalterinnen/Sachwalter und Patientenanwältinnen/-anwälte im einzelnen aus, und welche Qualitätsmerkmale im Sinne von Standards sollen ihre Dienstleistungen aufweisen?

### 6.1 Qualitätsmerkmale der Arbeit von Sachwalterinnen/Sachwaltern

Ich werde nun jene **Qualitätsmerkmale** beschreiben, die aus meiner Sicht mehr oder weniger **für alte Gruppen von Sachwalterinnen und Sachwaltern als Standards** bei der Ausübung ihrer Funktion angestrebt werden sollten, wobei ich Sie ersuche, mit der Unvollständigkeit meiner Aufzählung zu rechnen:

1. Bei der materiellen Absicherung des Betroffenen sollte die Sachwalterin eine **vollständige Einkommenssicherung/Vermögenssicherung** (Durchsetzung aller bestehenden Ansprüche des Betroffenen) durchführen und das Einkommen/Vermögen so verwalten, daß der Betroffene seine materiellen und kulturellen Bedürfnisse in hohem Maße befriedigen kann.
2. Die Sachwalterin sollte eine **kompetente, an den Interessen des Betroffenen orientierte, rechtliche Vertretung** sicherstellen und im Bedarfsfall juristische Beratung in Anspruch nehmen bzw. mit gerichtlicher Genehmigung eine Rechtsanwältin oder einen Notar bevollmächtigen.
3. Die Sachwalterin sollte **bei der Angelegenheitenbesorgung** möglichst realistisch **einschätzen können**, welche Angelegenheit des Betroffenen er selbständig wahrzunehmen in der Lage ist und **welche Angelegenheiten die Mitwirkung eines fachkundigen Dritten** (z.B. Hausverwalter, Rechtsanwältin, Notar, Sachverständiger, Steuerberaterin, etc.) in Form von Konsultation oder Bevollmächtigung **erfordert**.
4. Die Sachwalterin sollte **bei der Sicherstellung der Personensorge/der** erforderlichen medizinischen und sozialen Betreuung die **aktuelle Bedürfnislage des Betroffenen kennenlernen** und nicht nur die krankheitsbedingten Defizite, sondern auch die „gesunden Anteil/Fähigkeiten des Betroffenen wahrnehmen können.
5. In diesem Zusammenhang sollte die Sachwalterin **mit den Ressourcensystemen** in der Gemeinde/der Region (soziale/psychosoziale, gemeindepsychiatrische, medizinische und pflegerische Dienste und Einrichtungen) möglichst so **vertraut sein**, daß sie durch geeignete Kooperation mit den relevanten Umwelten **dem Betroffenen Zugang zu den benötigten Dienstleistungen** (Beratung, Betreuung, Behandlung, Pflege) **sichern** kann.
6. Die Sachwalterin sollte bei der Ausübung ihrer Tätigkeit **dem Betroffenen einen persönlichen Kontakt anbieten** und durch **Gespräche** mit dem Betroffenen eine Kommunikationsbasis entwickeln und gestalten,

die zuläßt, daß der Betroffene von der Sachwalterin über beabsichtigte Maßnahmen informiert wird und ein **Mitspracherecht** erhält und sich die Sachwalterin ihrerseits **an den Interessen und Bedürfnissen des Betroffenen orientieren** kann.

7. Die Sachwalterin sollte sich in diesem Zusammenhang um eine Grundhaltung bemühen, die (auch in Konfliktsituationen) von **Respekt gegen über dem Betroffenen** und einer **Sorgfalt im Umgang mit der „geborgten Macht“** geprägt ist, so **daß Zwang zugunsten von Kooperation in den Hintergrund treten kann** - und wenn, dann dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechend und transparent ausgeübt wird.
8. Die Sachwalterin sollte dem Betroffenen in emanzipatorischer Weise (im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe) immer wieder **Gelegenheit** geben, **Fähigkeiten zu entwickeln oder wiederzugewinnen**, um seine Angelegenheiten, soweit ihm dies möglich ist, zunehmend selbständig wahrnehmen zu können. Grenzen solcher Entwicklungsmöglichkeiten beim Betroffenen erkennen und akzeptieren zu können, sollte aber ebenfalls zu den Fähigkeiten der Sachwalterin gehören.
9. Die Sachwalterin sollte bereit sein, besonders vor schwierigen Entscheidungen oder in Konfliktsituationen, **die eigenen Handlungen** (und Gefühle) **zu reflektieren**, also darüber nachzudenken, was sie eigentlich tut (und warum sie es tut) und dabei, abhängig von ihren Möglichkeiten, Unterstützung durch geeignete Gesprächspartner im Rahmen von **Beratung/Supervision** suchen.
10. Die Sachwalterin sollte ihre **Tätigkeit** entsprechend ihrem Wirkungskreis **dokumentieren**, indem sie Ergebnisse wichtiger Gespräche/Besprechungen festhält, ihren Schriftverkehr (lückenlos) sammelt, Urkunden und Belege ordentlich verwahrt, so daß sie, den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend, **dem Gericht als Auftraggeber berichten und Rechnung** legen kann und damit ihre **Tätigkeit nachvollziehbar und kontrollierbar** werden läßt.

## 6.2 Qualitätsmerkmale der Arbeit von Patientenanwältinnen/-anwälten

Für die Patientenanwälte beschreiben **folgende Qualitätsmerkmale** die Anforderungen an ihre Professionalität:

1. Der Patientenanwalt muß (vom Träger des Krankenhauses) **unabhängig** sein, um sich **an der Patientin** und ihren Interessen **orientieren** zu können.
2. Die Patientenanwaltschaft soll **für alle Patientinnen und Patienten zugänglich** sein.
3. Der Patientenanwalt soll im Rahmen der Vertretung **auf Verständnis**

**und Akzeptanz hin agieren**, um die Notwendigkeit der gerichtlichen Klärung von Konflikten gering zu halten.

4. Er sollte über ein hohes Maß an **Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit** verfügen, um die **Balance zwischen Konfrontation und Konfliktvermeidung** konstruktiv und patientenorientiert bewältigen zu können.
5. Der Patientenanwalt sollte in Konfliktsituationen bereit sein, seine **Rolle** und seine **Strategien zu reflektieren** (d.h. darüber nachzudenken, was er eigentlich tut, warum und mit welchem Ziel er etwas tut) und bei Bedarf Beratung/Supervision in Anspruch nehmen.
6. Er sollte in der Lage sein, **die unterschiedlichen Sprachen** der relevanten Umwelten zu **verstehen** (Sprache der Patientinnen und Patienten, der Medizin, des Gerichts) und (z.B. bei Verhandlungen) wie ein Dolmetscher **Übersetzungsleistungen** anbieten können.
7. Und der Patientenanwalt sollte seine **Vertretungstätigkeit so dokumentieren**, daß sie **nachvollziehbar** und damit kontrollierbar ist.

#### *7. Die Funktion des Vereins für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft (VSP)*

Nachdem ich mich bemüht habe, konkrete Qualitätsmerkmale der Leistungen von Sachwallerinnen/Sachwaltern und Patientenanwältinnen/Patientenanwälten zu formulieren, ergeben sich aus meiner Sicht **noch zwei wesentliche Fragen**:

- III/IV. Was tut der VSP, um die notwendige Professionalität seiner hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entwickeln und zu erhalten, um die Qualität ihrer Dienstleistungen zu sichern, *und* wie kann es gelingen, auch die privaten Sachwallerinnen und Sachwalter bei der Ausübung ihrer Tätigkeit im Hinblick auf gewünschte/geforderte Standards zu unterstützen und zu fördern?

Der VSP bietet den **hauptberuflichen Sachwallerinnen und Patientenanwälten** vergleichbare Unterstützungssysteme an, so daß ich meine Antwort auf die Frage nach der **Qualitätssicherung** innerhalb des Vereins nur bezüglich der ehrenamtlichen Vereinssachwallerinnen und -Sachwalter differenzieren muß.

Der VSP beginnt mit der Sicherung der Qualität seiner Dienstleistungen bei der **Personalauswahl**. Ein mehrteiliges **Einschulungsprogramm** mit zentralen und regionalen Angeboten soll im ersten Dienstjahr die Entwicklung der erforderlichen fachlichen Kompetenzen der neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen. In den ersten beiden Dienstjahren wird zur Reflexion beruflichen Handelns wöchentlich eine Stunde **Einzelsupervision** bei einer/einem externen Supervisorin/Supervisor angeboten. Die **Teamarbeit mit regelmäßigen Fallbesprechun-**

gen soll laufend den fachlichen Austausch und die gegenseitige Beratung der Sachwalter und Patientenanwältinnen fördern. Allen Teams stehen laufend für besondere rechtliche Fragestellungen Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte als **juristische Beraterinnen/Berater** zur Verfügung. Psychiatrische Beratung wird den Teams in Form von **Fallsupervision bzw. Balint-Gruppen** ermöglicht. Die jährliche **Fortbildung** im Ausmaß von einer Woche soll dazu beitragen, daß erworbene Fähigkeiten erhalten bzw. weiterentwickelt werden können.

Zur Qualifikation als Leiterin/Leiter eines Teams ehrenamtlicher Vereinssachwalterinnen und -Sachwalter ist für die hauptberuflichen Sachwalterinnen und Sachwalter eine mehrteilige interne **Teamleiterausbildung** vorgesehen. Im Rahmen der **Weiterbildung** erhalten einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter funktionsbezogene zusätzliche Unterstützung bei Aufgaben wie etwa Öffentlichkeitsarbeit oder Moderation von Teambesprechungen, etc.

Der VSP versucht darüber hinaus, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch **Teilnahme an Arbeitskreisen und Projekten** sowie **fachlich relevanten Veranstaltungen** in einen Kommunikationsprozeß über fachliche Entwicklungen einzubeziehen.

Nicht zuletzt stellen die **organisatorischen Rahmenbedingungen** des Vereins (Büroräumlichkeiten, Sekretariate mit entsprechenden Ressourcen, Sicherstellung von Vertretung im Fall von Urlaub und Krankenstand, Haftpflichtversicherung, Entwicklung eines internen Kontroll- und Informationssystems unter Mitwirkung der Abteilungen Controlling und Interne Revision auf Geschäftsführungsebene, etc.) jene Basis dar, die eine **bewußte Entwicklung und Beachtung von fachlichen Standards im Sinne von Qualitätssicherung** erst ermöglicht.

Insgesamt, meine ich, entsprechen die aufwendigen Unterstützungssysteme sowohl der notwendigen Professionalität von Vereinssachwalterinnen und Patientenanwältinnen als auch den Anforderungen des §1299 ABGB, wonach, wer sich zu einem Amt bekennt, besonders sachkundig sein muß und für besondere Sorgfalt haftet.

**Die Qualität der Dienstleistungen ehrenamtlicher Vereinssachwalterinnen und -Sachwalter** versucht der VSP durch folgende Unterstützungssysteme und Maßnahmen zu sichern:

Personalauswahl, Einschulung und Bereitstellung geeigneter schriftlicher Materialien, monatliche Fallbesprechungen im Team, Anleitung und Unterstützung durch die Teamleiterinnen/-leiter, bei Bedarf auch zwischen den Teambesprechungen in Form der Einzelberatung, regionale Fortbildungsangebote, administrative Unterstützung, Haftpflichtversicherung und die Sicherstellung von Vertretung bei längerem Urlaub bzw. Krankenstand.

Die 350 ehrenamtlichen Vereinssachwalterinnen und -Sachwalter im VSP haben Ende März 1995 etwa 870 Betroffene betreut. Der erforderliche **weitere Ausbau der ehrenamtlichen Sachwalterschaft** soll die notwendigen **Ressourcen der**

**hauptberuflichen Sachwalterinnen/Sachwalter für Verfahrensvertretungen, schwierige Sachwalterschaften** und die **Beratung privater Sachwalterinnen/Sachwalter** sichern.

Die Beratung geeigneter nahestehender und sonstiger Personen, die zu Sachwalterinnen und Sachwaltern bestellt sind, ist eigentlich eine **Aufgabe der Gerichte**, die aber von den Richterinnen und Richtern sehr unterschiedlich und insgesamt wegen Zeitmangel unzureichend wahrgenommen wird. Aus diesem Grund sieht das Anfang 1991 in Kraft getretene **VSPAG**, jenes Bundesgesetz, das die Vereinssachwalterschaft und Patientenanwaltschaft regelt, vor, daß die Vereine nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten **private Sachwalterinnen und Sachwalter bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu beraten** haben. Diese Beratung erfolgte aber bislang fast ausschließlich **nachfrageorientiert**, das heißt, nur für jene privaten Sachwalterinnen und Sachwalter, die sich mit ihrem Anliegen von sich aus an den Verein wandten.

Dieses Beratungsangebot ist in Anbetracht der großen Zahl privater Sachwalterinnen und Sachwalter und im Hinblick auf gewünschte/erforderliche Standards der Sachwalterschaft **nicht ausreichend** und insgesamt unbefriedigend geblieben.

Der VSP plant daher zur **Verbesserung seiner Beratungsangebote an private Sachwalterinnen und Sachwalter** in Absprache mit dem Subventionsgeber, dem Bundesministerium für Justiz, und in Zusammenarbeit mit den Richterinnen und Richtern der zuständigen Bezirksgerichte, **spezielle Programme** zu entwickeln, um einer größeren Zahl von privaten Sachwalterinnen und Sachwaltern Information, Beratung und Unterstützung zukommen zu lassen. Denkbar wäre, daß die/der private Sachwalterin/Sachwalter **über das Gericht** gemeinsam mit ihrer/seiner Bestellsurkunde eine spezielle Informationsbroschüre und die **Einladung zu einer vom Verein regelmäßig angebotenen Informationsveranstaltung** erhält, bei der grundlegendes Wissen vermittelt werden könnte und von der ausgehend der private Sachwalter im Bedarfsfall leichter Kontakt mit dem/der ihm bereits bekannten und für ihn zuständigen Berater/Beraterin des VSP aufnehmen könnte.

Aus einer solchen ersten Informationsveranstaltung, zu der das Gericht gemeinsam mit dem VSP einlädt, könnten sich auch, den Teams ehrenamtlicher Vereinssachwalterinnen und -Sachwalter vergleichbar, **Gruppen von privaten Sachwalterinnen und Sachwaltern** entwickeln, die regelmäßig (z.B. einmal im Quartal) zusammenkommen, um unter Anleitung einer/eines hauptberuflichen Vereinssachwalterin/-sachwalters den Erfahrungsaustausch und (gegenseitige) Beratung zu suchen.

Eine stärkere **Zusammenarbeit von professionellen und nicht-professionellen Sachwalterinnen und Sachwaltern** müßten durch solche Programme und ihre Finanzierung gefördert werden, wenn es darum gehen soll, bewußter als bisher auf die notwendige Professionalität von Sachwalterinnen und Sachwaltern (über die Vereinssachwalterschaft hinaus) zu achten.

Kurzreferate  
aus den Diskussionsforen  
zum Themenbereich I

## Forum I:

# Die persönliche Betreuung im Betreuungsgesetz

## Die Funktion der persönlichen Betreuung innerhalb des medizinischen und psychosozialen Hilfesystems

*Britta Anger*

In meinem Kurzbeitrag werde ich auf drei Fragestellungen eingehen, die ich mit der Themenstellung „Wie müßte persönliche Betreuung einer/eines Betreuten durch Vereinsbetreuerinnen und -betreuer nach dem Betreuungsgesetz aussehen“ verbinde:

1. Was ist mit dem Begriff „Persönliche Betreuung“ gemeint?
2. Mit welchem Arbeitsansatz kann persönliche gesetzliche Betreuung verwirklicht werden?
3. In welchem Spannungsfeld befindet sich der gesetzliche Betreuer bei einer persönlichen Betreuung einer Betreuten?

### *1. Was ist mit dem Begriff „Persönliche Betreuung“ gemeint?*

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum neuen Betreuungsgesetz ist vielfach kritisiert worden, daß der Begriff „Betreuung“ eingeführt worden ist, ist doch der Begriff „Betreuung“ besetzt durch viele soziale Dienste, die auch ihre Arbeit als Betreuungsarbeit verstehen.

Wesentliches Anliegen des neuen Betreuungsgesetzes ist es jedoch, die persönliche Betreuung im Gegensatz zur anonymen Verwaltung nach dem alten Vormundschafts- und Pflegschaftsgesetz zu stärken. Mit dem Begriff „Betreuung“ ist nicht gemeint, daß die Betreuerin/der Betreuer sämtliche Hilfen im Alltag oder sogar die Pflege der/des Betreuten übernehmen soll, z.B. für die Betreuten kocht, sie/er hilft ihr/ihm ggf. bei der Bestellung von Essen auf Rädern. Sie/er putzt nicht, sie/er organisiert vielleicht eine Putzhilfe. Sie/er übernimmt nicht die tägliche Betreuung, sucht aber evtl. nach geeigneten Betreuungsdiensten, stellt ggf. die notwendigen Anträge bei den Sozialleistungsträgern, hilft beim Abschluß von Rechtsgeschäften etc.

Der Schwerpunkt der persönlichen Betreuung liegt also in der Kommunikation und dem persönlichen Kontakt zwischen Betreuenden und Betreuten zum Wohl der/des Betreuten.

Neu ist im Gegensatz, zum alten Gesetz, daß die Beurteilung, was dem Wohl der/des Betreuten entspricht, nicht allein nach scheinbar objektiven Kriterien bestimmt werden darf, sondern die Situation und subjektive Sichtweise der betreuten Person mit einbezogen werden muß (auf diesen Punkt werde ich bei meiner dritten Fragestellung „in welchem Spannungsfeld befindet sich der gesetzliche Betreuer bei einer persönlichen Betreuung?“ noch genauer eingehen).

## *2. Mit welchem Arbeitsansatz kann persönliche gesetzliche Betreuung verwirklicht werden?*

Um diese Frage beantworten zu können, möchte ich noch einmal kurz skizzieren, wie die Arbeit der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer in die komplexe psychosoziale Versorgungslandschaft eingebettet ist.

In der Regel wird eine gesetzliche Betreuung dann erforderlich, wenn z.B. im ambulanten Bereich die Angebote der regionalen Basisdienste aus rechtlichen oder personellen Gründen nicht mehr greifen oder die/die zu Betreuende diese Dienste, etwas salopp formuliert, überfordert, das heißt, meistens hat eine unter Betreuung stehende Klientin/ein Klient schon viele Basisdienste der regionalen Versorgungslandschaft in Anspruch genommen. (Das trifft vielleicht nicht immer auf alte Menschen oder geistig behinderte Menschen zu.)

Häufig geht diese Klientel (einschließlich ihrer/seiner Angehörigen) aber verloren in einer Versorgungslandschaft, die durch eine weitgehende Isolierung, Abgrenzung und Spezialisierung gekennzeichnet ist. Dies trifft das medizinische und psychosoziale Hilffssystem im ambulanten (z.B. allgemeiner sozialer Dienst, sozialpsychiatrische Dienste, Beratungsstelle für alleinstehende Wohnungslose, Beratungsstellen für Suchtkranke, Beratungsstellen für alte Menschen, Sozialstationen, Schuldnerberatung, private Hilfsdienste), im teilstationären (Werkstätten, Tagesstätten, Übergangseinrichtungen) und im stationären (Krankenhäuser, Heime etc.) Bereich und bezieht sich sowohl auf die inneren Strukturen der Hilffsysteme als auch auf ihr Verhältnis untereinander.

Neben dieser beschriebenen Undurchsichtigkeit besteht aber darüber hinaus bei den vorhandenen Einrichtungen häufig die Tendenz zu individualisierten und spezialisierten Angeboten für ihre Klientel, wodurch häufig chronisch kranke und behinderte Menschen diese Angebote nicht mehr erreichen, *auch* weil die häufig bestehende Erwartung, daß die Klientinnen und Klienten die Einrichtung von sich aus aufsuchen, zu hoch ist.

Die Erfahrungen der betroffenen Klientinnen und Klienten sind gekennzeichnet von Nichtzuständigkeit, Beziehungsabbrüchen, Isolation und Einsamkeit, Mißtrauen gegenüber professionellen Helferinnen und Helfern, konflikthaften Familiensystemen, häufig wenig vorhandenen sozialen Netzen (ich beziehe mich hier eher auf psychisch kranke, suchtkranke und obdachlose Betroffene, als ein Teil der Klientinnen und Klienten).

Der/die gesetzliche Betreuer/Betreuerin ist hier häufig auch in seinem/ihrer eigenen Erleben die letzte Station in der Versorgungslandschaft.

Welche Anforderungen stellt diese Tatsache an die Arbeit der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer bei einer persönlichen Betreuung, die, wie oben schon beschrieben, nicht persönliche Pflege heißt?

Aus meiner Sicht greift an dieser Stelle der Handlungsansatz des „Case-Managements“.

Case-Management ist dabei ein Prozeß, die Ressourcen der einzelnen zu sichern und unter komplexen Bedingungen die Hilfemöglichkeiten für den einzelnen und die einzelne aufeinander abzustimmen und im Gemeinwesen die vorhandenen Dienste und Einrichtungen zur fallweisen Unterstützung koordiniert heranzuziehen.

Wie dies in der Praxis aussehen kann und in welchem Spannungsverhältnis sich die gesetzliche Betreuerin bei einer persönlichen Betreuung eines Betreuten bei der Erstellung eines individuellen Hilfeplanes für den Betreuten befindet, soll anhand eines Fallbeispiels erläutert werden. Dieses Fallbeispiel wurde vom Ev. Betreuungsverein des Diakonischen Werkes Osnabrück im Arbeitskreis „Betreuung“ des Diakonischen Werkes Westfalen, in dem Vereinsbetreuerinnen und -betreuer der Ev. Betreuungsvereine in Westfalen zusammengeschlossen sind, vorgestellt und diskutiert.

### *3. In welchem Spannungsfeld befindet sich der gesetzliche Betreuer bei einer persönlichen Betreuung einer Betreuten?*

#### Fallbeispiel

##### 1. Persönliche Daten / Biographischer Hintergrund

Frau Z. ist heute 75 Jahre alt. Sie war verheiratet. Der Mann starb vor einigen Jahren. Die Ehe blieb kinderlos.

##### 2. Körperliches Erscheinungs- und Krankheitsbild

Frau Z. leidet unter Hirnarteriosklerose (Durchblutungsstörungen des Gehirns), Herzrhythmusstörungen, langjähriger Medikamentenabhängigkeit mit entsprechendem Hirnabbauprozess, Altersdiabetes sowie einer Muskelschwäche des Darms.

Frau Z. wirkt äußerlich leicht verwahrlost, d.h. ihre Haare sind seit langer Zeit nicht geschnitten worden und leicht verfilzt. Manchmal schneidet sie sie auch selbst. Es fehlt das Gebiß des Unterkiefers. Sie wäscht ihren Körper nur gelegentlich. Ihre Kleidung ist häufig fleckig.

### 3. Vorgeschichte

#### a) Wohnverhältnisse

Frau Z. wohnt allein im 4. Stock einer Osnabrücker Altbauwohnung. Diese Wohnung ist seit 25 Jahren ihr Zuhause. Sie betont immer wieder, daß sie von allen Mieterinnen und Mietern am längsten in diesem Haus lebt. Die Wohnung hat 3 Zimmer, Küche, Bad und eine Gas-Ofenheizung.

#### b) Beziehungen zu Personen aus dem sozialen Umfeld

Von den Hausmitbewohnerinnen und -bewohnern hat sich das Senioren-ehepaar X. in den Jahren vor der Betreuerbestellung immer wieder um Frau Z. gekümmert. Herr X. benachrichtigte mehrfach den Notarzwagen, wenn Frau Z. aufgrund zu hoher Tabletteneinnahme bewußtlos in ihrer Wohnung aufgefunden wurde. Mit den anderen Mieterinnen und Mietern hat Frau Z. nur sporadischen Kontakt.

Frau Z. besucht ihre Brüder und deren Familien nur gelegentlich. Der Bruder hat es vor Jahren aufgegeben, sich um seine Schwester zu kümmern. Er erklärte, daß er mit der zunehmenden Verwahrlosung und Aggressivität seiner Schwester nicht mehr fertig geworden sei. Sie habe alle Hilfe von außen (Essen auf Rädern, Sozialstation) abgelehnt und das Hilfspersonal aus der Wohnung geworfen.

Nachdem Frau Z. mehrmals mit einer Tablettenvergiftung in ihrer Wohnung hilflos aufgefunden wurde, beauftragte der Hausarzt eine Privatperson damit, Frau Z. jeden Abend die Schlaftablette vorbeizubringen. Die anderen Medikamente wurden Frau Z. weiterhin selbst ausgehändigt. Frau B. reinigte auch in unregelmäßigen Abständen die Wohnung. Sie beantragte schließlich die Betreuung.

Frau Z. ging bis zu 20 mal täglich einkaufen. Sie verbrauchte bis zu DM 500,- wöchentlich und entnahm diese Beträge überwiegend aus ihrem Vermögen, da die laufende monatliche Rente hierfür nicht reichte. Sie suchte für ihre Einkäufe immer die gleichen Geschäfte innerhalb ihres Wohnumfeldes auf. Sie war bei allen Geschäftsleuten und dem Bankpersonal als eine skurrile, aber immer freundliche und liebenswerte Dame bekannt.

### 4. Problemlage/Psychosozialer Befund

Das Einkaufsverhalten von Frau Z. war ein täglich wiederkehrendes Ritual, dessen Ablauf im wesentlichen gleich blieb. Sie kaufte große Mengen Kuchen, Pudding, Dosenmilch, Milch, Milchreis, O-Saft, Gemüse in Dosen, Obst und Süßigkeiten. Frau Z. hortete die Lebensmittel in ihrer Wohnung, widersetzte sich jedem Versuch, die verdorbenen Produkte zu entfernen, und versteckte einzelne Sachen in ihren Schränken.

Da sie von den so eingekauften und verdorbenen Sachen auch aß, war ihr Gesundheitszustand vor der Betreuerbestellung durch eine einseitige Mangelernährung mit stetigen Vergiftungserscheinungen und einer ständigen Überzuckerung des Blutes gekennzeichnet. Die hier beschriebene Ernährungsweise und der daraus resultierende mangelnde Stoffwechsel in Verbindung mit der allabendlichen Schlaftablette und dem Hirnabbauprozeß führten dazu, daß Frau Z. ständig in einem „tranigen und benebelten“ Zustand angetroffen wurde.

Es trat eine zunehmende Verwahrlosung des Körpers (siehe oben) und der Wohnung ein. Aus der Wohnung drang ein intensiver Geruch nach verdorbenen Lebensmitteln und japanischem Heilpflanzenöl. An den Wänden und in den Schränken fanden sich tausende von kleinen schwarzen Obstfliegen und Maden.

Konflikte zwischen Frau Z. und ihren Nachbarinnen und Nachbarn ergaben sich immer dann, wenn die Verwahrlosungserscheinungen zu groß wurden und alle Hausbewohnerinnen und -bewohner unter der Geruchsbelästigung zu leiden hatten.

Bedingt durch die jahrelange Fehlernährung, den altersbedingten Hirnabbau-prozeß und die weiterhin bestehende Medikamentenabhängigkeit ist Frau Z. hirnorganisch soweit abgebaut, daß sie Sachargumenten nicht mehr folgen kann, ihr eigenes Handeln nicht mehr kritisch reflektiert und ihr tägliches Handeln aus einer ritualisierten Fassade besteht. Fremden Personen gegenüber hat sie noch Reste eines gesunden Mißtrauens. Ihre Sprache besteht aus immer wiederkehrenden Sätzen und Inhalten (aus der Vergangenheit), die nur vordergründige Veränderungen durch elementare tägliche Erlebnisse erfahren (Wetter, Essen).

## 5. Aufgaben des Betreuers/der Betreuerin

### a) Aufgabenkreise

Die Betreuung wurde für folgende Aufgabenkreise eingerichtet:

- Aufenthaltsbestimmung
- Vermögenssorge
- Fürsorge für die Gesundheit
- Unterbringung in einem Altenheim
- Wohnungsauflösung
- Rentenangelegenheiten

### b) Analyse

Ermittlung der Vorgeschichte unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise und Interessen aller Personen des sozialen Umfeldes. Bewertung der Informationen unter Berücksichtigung der eigenen Beobachtungen und des medizinischen Befundes nach folgenden Fragestellungen:

- Was wird von Frau Z. noch geleistet?
- Was könnte unter verbesserter Versorgung von ihr wieder geleistet werden?
- Was ist aller Voraussicht nach nicht mehr zu erwarten?
- Welche bisherigen Personen genießen das Vertrauen von Frau Z. und müssen/können für eine gezielte Hilfe gewonnen werden?

#### c) Persönliche Betreuung/Beziehungsaufbau

- Gewinnung einer Person des bisherigen Vertrauens und Zusammenarbeit mit dieser Person;
- Etablierung der eigenen Person (Betreuerin) als Vertrauensperson;
- Entlastung der bisherigen Vertrauensperson von Teilen der Verantwortung und gezielte Neueinbindung in den Hilfeplan;
- Begleitung von Frau Z. zum Arzt;
- Einteilen und Überbringen des Haushaltsgeldes;
- Gemeinsame Gespräche;

#### d) Vermögenssorge

- Ermittlung der Vermögenswerte;
- Sicherung des Vermögens;
- Sicherung und Verbesserung des Einkommens, Klärung von Rentenansprüchen, Wohngeldanspruch, Beantragung von Vergünstigungen etc.;
- Begleichung von Verbindlichkeiten;
- Einteilung des Haushaltsgeldes für Frau Z.; Regelung des Einkaufsverhaltens durch entsprechende Geldeinteilung; Geld als pädagogisches Mittel zur Verhaltensänderung von Frau Z., Stichwort: Belohnung;

#### e) Gesundheitsfürsorge

- Kontaktaufnahme mit dem Arzt; Therapieplan erstellen; weitere diagnostische Abklärungen in Auftrag geben und durchführen, d.h. Frau Z. zu den Arztbesuchen begleiten;
- Sozialstation und Haus- und Familienpflege etablieren, um so die Medikamentenabgabe zu kontrollieren, die Wohnung sauber zu halten, Essen zu kochen und die Einkäufe zu regulieren;
- Kontrolle regelmäßiger Arztbesuche und ggf. Veranlassung derselben bei konkreten Hinweisen auf akute Beschwerden;

f) Unterbringung im Altenheim/Wohnungsauflösung

- Unterbringungsanträge bei geeigneten Heimen stellen, da lange Wartezeiten;
- Aufenthalt im eigenen Haushalt durch die Sicherstellung und Koordination aller ambulanten Hilfeleistungen so lange wie möglich sichern;
- Ständiges Abwägen zwischen der gesundheitlichen Fürsorge, dem von Frau Z. gezeigten Verhalten und ihrem Wunsch, zu Hause leben zu wollen; Abwägen in Bezug auf die Frage nach der Notwendigkeit einer Heimunterbringung;

6. Besondere Anforderungen an die Betreuerin

Angeht die Komplexität der bei Frau Z. vorliegenden geistig-seelischen Behinderung und den damit einhergehenden Symptomen bedurfte es in diesem Fall der Bestellung einer Sozialarbeiterin als Vereinsbetreuerin.

Insgesamt gesehen kommt es in diesem Fall darauf an, neben sozialrechtlichen Kenntnissen zur Sicherung des Vermögens und des Einkommens vor allem medizinisches, sozialpsychologisches, pädagogisches und soziologisches Fachwissen miteinander zu verknüpfen und zielgerichtet anzuwenden. Dabei ist eine stetige Überprüfung und kritische Reflexion des bisherigen Hilfeplanes notwendig, um es Frau Z. weiterhin zu ermöglichen, sich ohne Gefährdung ihrer Gesundheit in ihrer gewohnten Umgebung aufzuhalten.

Die besonderen Schwierigkeiten, die sich besonders aus dem Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Betreuten, den Anforderungen von außen und den Möglichkeiten der Vereinsbetreuerin ergaben, sollen an einigen Beispielen, die besonders die Persönlichkeitsstruktur von Frau Z. betreffen, konkretisiert werden:

- a) Frau Z. hatte in der Vergangenheit mehrfach auf fremde Personen aggressiv reagiert und diese aus der Wohnung verwiesen. Verwandte und ambulante Dienste waren an der Ablehnung von Frau Z. gescheitert. Auch bei der Vereinsbetreuerin versuchte sie dies zu Beginn der Betreuung. Sie schimpfte, wollte die Betreuerin nicht in die Wohnung lassen, versuchte, sie mit Kraft aus der Wohnung zu schieben und erklärte mit immer den gleichen Worten, sie wisse noch, was sie täte. Frau Z. spürte deutlich, daß man ihr Fähigkeiten, die sie früher einmal besessen hatte, nicht mehr zutraute.

Es bedurfte einer geplanten und fein abgestuften Vorgehensweise, um mit der gebotenen Konsequenz das Vertrauen von Frau Z. zu erwerben, um den Hilfeprozeß nicht im Ansatz zu gefährden. So ließ sich die Vereinsbetreuerin von der körperlichen Kraft, mit der Frau Z. sie aus der Wohnung schieben wollte, nicht beeindruckt, blieb standhaft stehen und lenkte das Gespräch zielgerichtet auf allgemeine und positive Inhalte. Sie ließ sich von Frau Z. die

Wohnung zeigen, ohne den Zustand zu kritisieren oder sofort drastische Reinigungsmaßnahmen gegen den Willen der Betroffenen anzuordnen.

Hierbei mußte von der Betreuerin die psychische Spannung zwischen der Verantwortung für die Gesundheit und der Geduld für die Aufbauphase der Beziehung ausgehalten werden, nachdem schon mehrere Fachdienste es nicht ausgeschlossen hatten, daß aufgrund der Verwahrlosung eine Zwangsunterbringung in der Psychiatrie unter Umständen notwendig sei.

Diese wäre wahrscheinlich auch eingetreten, wäre nicht der Aufbau der Beziehung und die persönliche Betreuung in diesem Fall so wichtig gewesen.

- b) Frau Z. war von ihrem sozialen Umfeld als skurrile aber freundliche alte Dame eingeordnet worden, Zunächst verweigerten sowohl die Bank als auch der Arzt eine Anerkennung der durch das Gericht geschaffenen Fakten und rechneten es der Betreuerin an, für die „Entmündigung dieser netten Dame“ verantwortlich zu sein. Mit Beginn der Betreuung mußte gegenüber der Bank und dem Hausarzt mit fast ähnlicher Geduld wie bei Frau Z. konsequent und fachlich die Notwendigkeit der Betreuung verdeutlicht werden, um die Mitarbeit dieser Stellen zu erreichen.

Folgende Schwierigkeiten ergaben sich mit dem Hausarzt:

Frau Z. konnte notwendige ärztliche Maßnahmen nicht mehr reflektieren, so daß die Zustimmung zu ärztlichen Heil- und Behandlungsmaßnahmen von der Betreuerin zu geben waren. Der Hausarzt stellte zu Beginn bei Frau Z. Diagnosen ohne eingehende körperliche Untersuchung und hatte noch nie einen Hausbesuch gemacht. Obwohl es über diesen Punkt Auseinandersetzungen mit dem Arzt gab und seitens der Betreuerin schon häufig über einen Arztwechsel nachgedacht wurde, muß gesehen werden, daß dieser das Vertrauen von Frau Z. genießt. Es bedarf auch hier erneut der professionellen Abwägung zwischen dem Bedürfnis der Betreuerin nach der „reibungslosen“ Zusammenarbeit zwischen Betreuerin und Arzt, dem Bedürfnis der Betroffenen und den medizinischen Notwendigkeiten.

Kritischer als Arzt und Bank, die über die häuslichen Verhältnisse nicht informiert sind, beurteilten die Hausbewohnerinnen und -bewohner den Zustand von Frau Z. Sie waren zunächst der Meinung, daß sie doch schne! in ein Heim müsse. Durch gezielte Gespräche der Betreuerin mit den Nachbarinnen und Nachbarn und aufgrund der Liebe, die die Hausbewohnerinnen und -bewohner für Frau Z. empfinden, sowie durch gezielte Hilfen, die z.B. die Geruchsbelästigung im Treppenhaus beseitigten, konnten die Nachbarinnen und Nachbarn zwischenzeitlich zur Mithilfe gewonnen werden. Sie sind unverzichtbarer Bestandteil des Betreuungskonzeptes und bedürfen daher gezielter Zuwendung, um sie für die Hilfe zu motivieren.

- c) Im Rahmen der Vermögenssorge wurde festgestellt, daß Frau Z. neben ihrer Witwenrente einen eigenen Rechtsanspruch auf eine Altersrente hat. Hierfür

mußten für das Jahr 1942 die damaligen Arbeitszeiten ermittelt werden. Frau Z. hat hierüber keine Erinnerung mehr. Unter Zuhilfenahme von alten Fotografien wurde in einem einstündigen Gespräch versucht, Frau Z. an die damalige Zeit zu erinnern, um durch gezielte Fragen die gewünschten Informationen zu erhalten.

Zusammengefaßt möchte ich, ausgehend von dem Fallbeispiel, nochmals verdeutlichen, was idealerweise - auch im Sinne von Case-Management - eine persönliche gesetzliche Betreuung ausmacht:

Unverzichtbarer Bestandteil für eine persönliche Betreuung ist eine gründliche Analyse der gegenwärtigen Situation der Betroffenen, ihrer Vorgeschichte, das Kennenlernen der Wünsche der Betroffenen und der Erwartungen von außen.

Für die Vereinsbetreuerinnen und -betreuer geht es bei einer persönlichen Betreuung darum, die Spannungen und Anforderungen dieser häufig unterschiedlichen Erwartungen auszuhalten, eigene Maßstäbe ;:u entwickeln und für sich selbst lebbar zu machen.

Um nicht vorschnell zu fürsorgerisch-bestimmenden Maßnahmen zu greifen, ist als Grundhaltung zunächst wichtig, sich Zeit für die Analyse, für den Beziehungsaufbau und für die Entwicklung eines Hilfeplanes zu nehmen, um dadurch verschiedene Hilfsmöglichkeiten - auch im Interesse der Betroffenen - abwägen zu können.

Steht der gesetzliche Betreuer/die gesetzliche Betreuerin unter hohem Erwartungsdruck des sozialen Umfeldes (Angehörige, Nachbar, Ärztinnen, Gericht) und ist er/sie selbst durch hohe zeitliche Anforderungen, durch viele Bestellungen unter Druck, ist die Gefahr groß, daß persönliche Betreuung zu einer versorgenden, bevormundenden Betreuung wird.

# Die Bedeutung des Betreuungsvereines für die Beratung familiengebundener ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer

*Jutta Bienwald*

Ich bin Querschnittlerin und will deshalb den Teilbereich persönliche Betreuung aus meinen täglichen Erfahrungen meiner Beratungsarbeit für ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer beleuchten.

Ich will dies anhand der Erfahrungen mit Familienangehörigen, die Betreuerinnen oder Betreuer sind, tun, und zwar aus folgenden Gründen. Zunächst spricht ihre hohe Zahl dafür, sich auf sie zu konzentrieren: 75% aller Betreuungen werden von Familienangehörigen wahrgenommen. Hinzu kommt, daß es überwiegend Frauen sind, die die Betreuungsarbeit leisten, und nicht nur diese: sie sind zusätzlich meistens Pflegepersonal, Familienfrauen und außer Haus berufstätig. Durch diese Mehrfachbelastung wird also in der Realität das Bündel an Problemen, welche die Betreuung mit sich bringt, vergrößert. Diese Vergrößerung darf bei dem Thema persönliche Betreuung nicht außer acht gelassen werden, wenn man das Thema in seiner Gesamtheit erfassen soll und muß. Es reicht deshalb nicht aus, die persönliche Betreuung nur auf dem gesetzlichen oder dem Hintergrund verschiedener wissenschaftlicher Theorien durchzudeklinieren. Bei dieser Herangehensweise fehlen Aspekte, ohne die das Spektrum der Schwierigkeiten persönlicher Betreuung unvollständig ist. Vollständigkeit ist jedoch nötig, um einer Beurteilung beispielsweise von Angemessenheit und Qualität der persönlichen Betreuung im Sinne der Philosophie des Gesetzes gerecht zu werden.

Vollständigkeit ist aber auch für weiteres nötig. Ich glaube, daß sich aus der Tagung Forderungen an eine Gemeindepsychiatrie ergeben werden, d.h. sie wird politisch wirken. Meiner Meinung nach müssen im Kanon der Forderungen solche enthalten sein, die ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer wirksam entlasten, so daß sie sich unbeschwert der Erfüllung ihrer Betreuungsaufgaben widmen können. Die Verbindung gemeinsamer Forderungen nach gemeindepsychiatrischer Versorgung und praxisnaher Umsetzung des Betreuungsgesetzes (BtG) wird durch die genannte Vollständigkeit sichtbar. Also sollte man sie auch um der politischen Gemeinsamkeit willen anstreben.

Ich möchte meine Überlegungen an folgenden Fragestellungen orientieren:

- Können familiengebundene ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer dem Anspruch von persönlicher Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes gerecht werden?
- Kann und soll ein Betreuungsverein den gesamten Betreuungsbedarf familiengebundener ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer abdecken?

Zu Beginn rufe ich noch einmal kurz ins Gedächtnis:

Die Vertretungsmacht des § 1902 BGB berechtigt die Betreuerin/den Betreuer, für die Betreute/den Betreuten im Rechtsverkehr zu handeln; sie betrifft das „*Außenverhältnis*“ der/des Betreuten.

§ 1901 BGB betrifft das „*Innenverhältnis*“. Er sieht vor, daß die Betreuerin/der Betreuer die Angelegenheiten der Betreuten so zu besorgen hat, wie es deren Wohl entspricht. Zum Wohl der Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Fähigkeiten ihr Leben nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten. Kurz gesagt: jede Betreute, jeder Betreute soll nach ihrer/seiner Façon selig werden. Das heißt: jede/jeder Betreute hat das Recht auf eigene vielfältige Erfahrungen, auch wenn sie mit Risiken verbunden sind. Die Betreuerin/der Betreuer hat lediglich die Pflicht darauf zu achten, daß die Risikofreude nicht zu Nachteilen bzw. Schäden führt, die ihr/ihm nicht zuzumuten sind bzw. ihr/ihm in nicht tragbarem Maße schaden. Je uneingeschränkter die Betreute von Gesetzes wegen leben darf, desto risikofreudiger muß der Betreuer sein.

Ich komme zunächst zurück auf das Außenverhältnis und das Innenverhältnis und betrachte nun die Ausgestaltung dieser - wie ich sie nenne - Arbeitsgebiete. Jedes von ihnen fordert bestimmte Arbeitsqualitäten.

*Im Außenverhältnis* ist cooleres Geschäftsgebaren angesagt, es sind zweckmäßige Entscheidungen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu treffen, trockene Buchhaltung ist gefragt. *Im Innenverhältnis* soll der Betreuer oder die Betreuerin eine Beziehung zur Betreuten aufbauen und halten, die sowohl von Empathie als auch von Distanz geprägt sein soll.

Das bedeutet, daß Betreuerinnen und Betreuer klare Rollen einnehmen und entsprechende Positionen beziehen müssen.

Sind Familienangehörige, insbesondere Ehefrauen, Mütter, Töchter als Betreuerinnen dazu in der Lage;? Hindert sie ihre Rollenvielfalt, ihr Kampf um eigene Positionen und Rollenidentifikationen z.B. gegen gesellschaftliche diskriminierende Urteile und Normen daran, der Philosophie des Gesetzes gerecht zu werden, also geeignete Betreuerinnen zu sein?

Damit Sie sich hierzu eine Meinung bilden mögen, trage ich Ihnen als Anhaltspunkte einige Beobachtungen vor, die ich in meiner Beratungsarbeit gemacht habe.

Ich will beginnen mit einigen praktischen Erwartungen, die man an alle Betreuerinnen und Betreuer richtet.

Grundsätzlich gilt:

Betreuerinnen und Betreuer sollen in verschiedenartigen Arbeitsbereichen kompetent sein und sie in einer Gesamtplanung der Arbeit zusammenführen.

U.a. soll die Betreuerin/der Betreuer:

- den Betreuten finanziell absichern

- Anträge verschiedenster Art stellen
- Dringlichkeitsgrade der zu erledigenden Aufgaben abschätzen
- Entscheidungen vor allem fristgerecht treffen
- Schulden regulieren
- Heime und Werkstätten beurteilen, Vertragstexte prüfen
- häusliche Hilfen organisieren
- das Sozialverhalten der Betreuten einschätzen
- geeignete Rehab-Maßnahmen auffinden, die Finanzierung sichern und u.U. den Betreuten zur Teilnahme bewegen
- die Betreute sozial integrieren
- Grundlagen der Wunsch- und Willensbildung und deren Dauerhaftigkeit beurteilen
- Realitätsbezogenheit des Betreuten beurteilen
- Risiken in der Heilbehandlung abschätzen
- die Erheblichkeit von Gefahren für die Betreute einschätzen.

Ich sprach bereits davon, daß Familienangehörige, insbesondere Frauen, Schwierigkeiten mit der Identifikation ihrer verschiedenen Rollen in ihrem Alltagsleben haben und sich in der Rolle der Betreuerin zurechtfinden müssen. Das ist Realität. Es nützt nichts, die Augen davor zu verschließen und stattdessen die Werbetrommel zur Gewinnung Ehrenamtlicher zu rühren, sondern es gilt, die Schwierigkeiten dieser Personengruppe differenzierter zu betrachten und zu überlegen, wie wir sie beseitigen können. Zum einen werden wir nie die Anzahl an nicht familiengebundenen ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern gewinnen können, die benötigt werden. Schon allein diese Tatsache muß dazu führen, daß wir das vorhandene Potential zu erhalten suchen. Zum anderen spricht die Qualität des vorhandenen Potentials dafür, es zu erhalten und es zum Wohle der Betreuten einsatzfähig zu machen. Familiengebundene Betreuerinnen und Betreuer haben Schwächen und Stärken, mit denen sie ihre Arbeit tun. Zunächst nenne ich Ihnen Schwächen, dann Stärken, welche Angehörige besonders in Bezug auf die Führung persönlicher Betreuung mitbringen, und teile Ihnen danach meine Einschätzung in Bezug auf ihre Geeignetheit zur Führung von Betreuungen für Familienangehörige mit.

*Schwächen:*

- eine nicht eingeleitete oder nicht vollzogene Ablösung vom betroffenen Familienmitglied,
- unverarbeitete Wut und Trauer über einen zerstörten Lebensplan durch die Krankheit/Behinderung eines Familienmitgliedes,
- diffuse Schuldgefühle,
- innerfamiliäre finanzielle Abhängigkeiten der/des Betroffenen und der Angehörigen voneinander,

- die Einschätzung des Grades der Betreuungsbedürftigkeit der/des Betroffenen,
- Schwierigkeiten in der Einschätzung der eigenen Belastungsgrenze.

*Stärken:*

- Besitz von Erfahrungswissen aus gelebtem Leben mit der/dem Betreuten,
- Kenntnis der individuellen Entwicklung einer Krankheit/Behinderung und des damit verbundenen Sozialverhaltens in allen Facetten,
- durch bestandene Krisen mit der/dem Betreuten erworbene Zähigkeit und Risikobereitschaft.

Meine Einschätzung lautet: Die Liste der Stärken ist zwar kleiner gegenüber der Liste der Schwächen, aber bedeutender. Reicht die Bedeutsamkeit ihrer Stärken aus, um ihre Schwächen hinzunehmen und um sagen zu können: Familienangehörige sind grundsätzlich als Betreuerinnen und Betreuer von Familienmitgliedern geeignet? Sicher läßt sich das so nicht sagen, denn die Schwächen können die Arbeit erheblich behindern. Deshalb muß man fragen: Gleichen die Stärken und Schwächen einander aus? Dies ist m.E. nicht der Fall. Deshalb muß man weiterfragen: Kann man die Schwächen beheben und die Stärken so nutzbar machen, daß sie die familiengebundenen Betreuerinnen und Betreuer im Sinne des Gesetzes verwenden können? Ich bin überzeugt davon, daß dies möglich ist:

1. Weil die Stärken der familiengebundenen Betreuerinnen und Betreuer nicht erlernbar sind und in der vorhandenen Kombination bei familienfremden Betreuerinnen und Betreuern selten zu finden oder nicht verfügbar sind, da diese meist anderweitig gebunden sind (in der eigenen Familie), oder sie wenden sich aus „Abkehr“ anderen Beschäftigungen zu.
2. Weil die Schwächen gemildert oder behoben werden können. Hier mache ich eine Einschränkung: die Angehörigen müssen bereit sein, sich zu verändern. Allerdings halte ich einen Umstand für kaum veränderbar: das sind zerrüttete Familienverhältnisse, die Ursache oder eine der Ursachen für die Entstehung der Krankheit sind oder zu deren Verschlimmerung beitragen. In diesem Falle halte ich Familienmitglieder als Betreuerinnen oder Betreuer für ungeeignet.

Gehen wir davon aus, daß im übrigen Schwächen positiv bearbeitet werden können. Dazu müssen Betreuerinnen und Betreuern die entsprechenden Möglichkeiten eröffnet werden.

*Zu diesen Möglichkeiten gehören:*

- aus öffentlichen Mitteln unbürokratisch bezahlte Psychotherapien und Supervisionen speziell für familiengebundene ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer, einzeln und in Gruppen;
- Die Bildung einer Lobby, die sich für die Rentensicherung dieser Frauen einsetzt.

Um das genannte wahrnehmen bzw. umsetzen zu können, braucht dieser Personenkreis Entlastung in allen Bereichen, die nichts mit gesetzlicher Vertretung zu tun haben. Deshalb müssen flächendeckend Einrichtungen wie Tageskliniken und Tagesbetreuung vor allem für psychisch Kranke geschaffen werden, sowie differenzierte Angebote an betreuten Wohnmöglichkeiten und ein Ausbau begleitender Dienste zur sozialen Integration der Kranken. Sie sehen, wir vom Betreuungswesen und Sie von der gemeindepsychiatrischen Versorgung sitzen in einem Boot. So sitzen z.B. nicht ohne Sinn Vertreterinnen und Vertreter beider Betreuungsvereine im Landkreis Marburg in der PSAG! Für den Landkreis Lüneburg gut dasselbe.

Eine gute Betreuungsarbeit ist das Ergebnis gelungener Rollen-Identifikationen besonders im Innenverhältnis, d.h. in der persönlichen Betreuung.

Eine gute Betreuungsarbeit unterstützt Therapiemaßnahmen und hilft ihre Erfolge sichern. Sie kann von familiengebundenen Betreuerinnen und Betreuern geleistet werden, wenn die Voraussetzungen dafür vorhanden sind.

Zu diesen Voraussetzungen gehören auch gesetzestreu und zweckentsprechend arbeitende Betreuungsvereine zur Unterstützung und Beratung von ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern. Ihre finanzielle Grundlage muß deshalb so gesichert sein, daß durch die Führung von Betreuungen die Querschnittsaufgaben nicht vernachlässigt werden müssen. Deshalb ist eine weitere Forderung: *die Sicherstellung der finanziellen Grundlagen von Betreuungsvereinen*, sie darf aus den o.g. Gründen im Forderungskatalog von Gemeindepsychiatrie nicht fehlen.

Zum Schluß noch meine Antwort auf die eingangs gestellte Frage: *Kann und soll ein Betreuungsverein den gesamten Beratungsbedarf ehrenamtlicher, familiengebundener Betreuerinnen und Betreuer abdecken?*

Als eine mit der Beratung und Unterstützung Beauftragte eines Betreuungsvereins sage ich es kurz und bündig: Ich manage den Fall, ich arbeite nicht therapeutisch, ich löse Familienkonflikte nicht psychologisch! Sie lösen sich bei mir manchmal dadurch, daß ich den Ratsuchenden den roten Faden in ihrer Betreuungsarbeit zeige.

Ich bin z.B. dazu da:

- Den Ratsuchenden ihre Rechtsstellung *in Bezug auf ihre Aufgaben und im praktischen Vollzug* aufzuzeigen,
- um Rollenkonflikte aufzudecken, auf die Gefahren von Rollenkonflikten für die Betreuungsarbeit hinzuweisen und, wenn vorhanden, auf Hilfsangebote zur Bearbeitung von Konflikten aufmerksam zu machen,
- um bei der Rollenidentifikation *als Betreuerin/als Betreuer* behilflich zu sein mit Hilfe des Rechts und z. B. mit der Begründung im Anhörungsprotokoll oder dem psychiatrischen Gutachten anlässlich der Einrichtung der Betreuung,

- um Entscheidungshilfen zu geben (in finanziellen Dingen mit Hilfe des BSHG, des SGB o.a.),
- um bei der Formulierung von Schriftstücken behilflich zu sein,
- um zur Organisation und Finanzierung sozialer Dienstleistungen *beizutragen*.

Als Vereinsbetreuerin schaffe ich die Voraussetzungen für eine auf das Wesentliche konzentrierte Arbeit. Wesentlich ist z.B.:

- die Betreuerin/den Betreuer vor Schaden (z.B. durch Fristenversäumnisse = Regreßansprüche) zu bewahren, sie/ihn vor Ausbeutung zu schützen,
- die zu erledigenden Arbeiten herauszufiltern und nach Dringlichkeit und Wichtigkeit zu sortieren (nicht alles, was dringlich gemacht wird, ist tatsächlich dringend!), die Arbeit in Arbeitsschritte zu zerlegen, Erleichterungen durch bestimmte Arbeitsweisen (z.B. Formular) aufzuzeigen. Am Beispiel eines Erstgespräches zu verdeutlichen: Der Einstieg in die Materie sollte nicht am Telefon erfolgen, nur im persönlichen Gespräch, welches nicht länger als 45 Minuten dauern sollte. Relevante Unterlagen sollten mitgebracht werden, z.B. immer der Betreuerausweis. Hintergrundwissen und -Informationen sollten an einer von der Vereinsbetreuerin als geeignet beurteilten Stelle des Gespräches abgerufen werden. Als Ergebnis des Erstgespräches sollte die Betreuerin/der Betreuer mit einem Plan nach Hause gehen können.

## Forum 2:

# Ehrenamtlichkeit und Professionalität in der Betreuungsarbeit

Kooperationschancen zwischen einem Betreuungsverein und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern

*Selbstbestimmung  
& Betreuung*

*Bettina Schumacher*

Zu Beginn meiner Tätigkeit als Geschäftsführerin eines Betreuungsvereines tat ich mich innerlich schwer mit dem Ehrenamt. Ich wurde mit etwas konfrontiert, von dem ich persönlich und berufspolitisch keineswegs überzeugt war.

Hatte ich zuvor als Referentin in einem Berufsverband für Pflegekräfte vehement auf Professionalität hingewirkt, hatte ich nun plötzlich für Ehrenamtlichkeit zu werben.

„Was sind das denn bloß für Leute, die sich heutzutage noch ehrenamtlich engagieren?“ Assoziationen wie die evangelische Hausfrau im Faltenrock, deren Kinder aus dem Haus sind, Seniorinnen und Senioren, die angeblich nichts zu tun haben,... kamen mir in den Sinn.

Ich denke mir, wie anfänglich in meinem Fall, so tun sich viele Vereins- und Berufsbetreuerinnen und -betreuer mit der Gruppe der Ehrenamtlichen zunächst einmal schwer. Woran liegt das?

Viele hauptberufliche Vereinsbetreuerinnen und -betreuer sehen sich möglicherweise in ihrem beruflichen Selbstverständnis in Frage gestellt, nach dem Motto „Betreuen kann jede/r - dazu braucht man keine spezifische Qualifikation?“ Neben solchen Konkurrenzgefühlen hört man Vereinsbetreuerinnen und -betreuer häufig sagen: „Ehe ich einem Ehrenamtlichen die Betreuungsaufgaben erklärt habe, kann ich es dreimal schneller machen“. Daneben vertreten einige die Ansicht, daß nur fachlich vorgebildete Kräfte die vielfältigen Betreuungsaufgaben bewältigen können.

Solche Überzeugungen führen nicht selten dazu, daß sich hauptberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betreuungsvereinen auf das Führen von Vereinsbetreuungen zurückziehen. Für die Werbung und Fortbildung wird dagegen kaum noch Zeit investiert. Letztlich werden solche Querschnittsaufgaben oft genug als „lästig“ und „wenig effektiv“ angesehen. *Kaum ein ehrenamtlicher Betreuer wird in einem solchen Klima der Ablehnung die Herausforderung einer Betreuung annehmen.*

In den letzten Jahren habe ich viele ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer geworben, fortgebildet und beraten. Meine anfänglichen Bedenken und Befürchtungen hinsichtlich der Ehrenamtlichen wurden zunehmend zerstreut. Inzwischen glaube ich, daß eine konstruktive Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern durchaus möglich ist. Wie eine solche Kooperation aussehen kann, möchte ich im folgenden darstellen:

Entschließt sich jemand; eine Betreuung zu übernehmen - oft genug ist solchem Entschluß viel Presse-, Werbungs- und Überzeugungsarbeit vorausgegangen -, so besteht die Möglichkeit, daß sie/er durch Einführungsveranstaltungen mit den Betreuungsaufgaben in groben Zügen vertraut gemacht wird. In regelmäßig stattfindenden Fortbildungen können sich Betreuerinnen und Betreuer zu spezifischen Fragen der Betreuung, z.B. Mietrecht, Kontenführung, juristischen Fragen, Pflegeversicherung u.v.m., genauer kundig machen. Zusätzlich bieten wir persönliche Beratung und Unterstützung an, so daß sich Betreuerinnen und Betreuer mit ihren Aufgaben nicht alleine fühlen müssen.

Bei der Vergabe von Betreuungen an hauptberufliche Vereinsbetreuerinnen und -betreuer oder Ehrenamtliche unterscheiden Vormundschaftsgerichte im Rahmen ihrer Auswahlkriterien in aller Regel nach der Schwierigkeit des jeweiligen Falles. Viele Betreuungen sind - zumindest in der Anfangsphase - für ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer vorn Schwierigkeitsgrad her nicht geeignet.

Für eine Reihe von Fällen bietet sich im Wege der Zusammenarbeit das Konzept einer Abgabe von Betreuungen vom Vereinsbetreuer an Ehrenamtliche an, wie wir es unter anderem im *Marburger Verein für Selbstbestimmung und Betreuung e. V.* verfolgen: Der hauptberufliche Vereinsbetreuer übernimmt schwierige Betreuungen zunächst selbst. Nach einer gewissen Konsolidierung der Problembereiche der/des Betreuten (nach spätestens einem halben Jahr), versucht er, die Betreuung an eine ehrenamtliche Person abzugeben, die von der Querschnittsmitarbeiterin des Betreuungsvereins gewonnen wurde. Dadurch gewinnt bzw. erhält der Vereinsbetreuer freie Arbeitskapazitäten für die laufende Übernahme von neuen Betreuungen,

Der wesentliche Vorteil des Modells besteht darin, daß sich Ehrenamtliche sukzessiv in die Betreuungsaufgaben einarbeiten und so Überforderungen vermieden werden können. Die schrittweise Übernahme erleichtert zudem vielen Interessentinnen und Interessenten die Entscheidung, das Ehrenamt einer Betreuerin/eines Betreuers eigenverantwortlich zu übernehmen. Auf der anderen Seite

wird vermieden, daß Fehlentscheidungen aus Unkenntnis bei Beginn einer Betreuung sich zu Ungunsten der/des Betreuten auswirken. Darüber hinaus bietet diese Art der Vorbereitung auf die Übernahme der vollen Verantwortung im Ehrenamt die Chance einer längerfristigen Bindung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Verein und damit einer verlässlichen Kooperationsbeziehung mit den Professionellen.

Nicht jede Betreuerin und jeder Betreute braucht einen so „soften“ Einstieg. Bei vielen reicht eine „normale Einführung“ aus. Aber eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Ehrenamtlichen wird die oben geschilderte gleitende Einführungsmethode dankbar annehmen.

Für eine solch weitgehende Kooperation stehen leider vielen Betreuungsvereinen zu wenig finanzielle Mittel zur Verfügung. Es muß generell durch entsprechende Förderung auf sozialpolitischer Ebene darauf hingewirkt werden, daß Querschnittsaufgaben der Stellenwert eingeräumt wird, der vom Gesetzgeber vorgesehen ist.

Neben der notwendigen öffentlichen Förderung bietet sich aber noch eine andere Finanzierungsmöglichkeit an, wodurch ein Teil der Kosten gedeckt werden könnte. Der „*Marburger Verein für Selbstbestimmung und Betreuung e.V.*“ hat im Beschluß des Landgerichts Marburg vom 21.10.1994 erwirkt, daß die Anleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Staatskasse zu vergüten ist, wenn es sich um auf den Aufgabenkreis bezogene Tätigkeiten handelt.

Da die entsprechende Anleitung und Beauftragung Ehrenamtlicher in aller Regel weniger Zeit in Anspruch nehmen als die Tätigkeit selbst, die ansonsten von der/dem Vereinsbetreuerin/-betreuer hätte wahrgenommen werden müssen, erscheine es - weil letztendlich dadurch eine Entlastung der Staatskasse eintrete -, unangemessen, derartige Tätigkeiten nicht zu vergüten, im konkreten Fall komme noch hinzu, daß zunächst auf Assistentenbasis mitarbeitende Personen die Staatskasse grundsätzlich weniger belasten, als das der Fall wäre, wenn Vergütungsansprüche durch Einsatz von Berufs- bzw. Vereinsbetreuerinnen und -betreuern anfielen. Ob ein Austausch der [Betreuerinnen und Betreuer ohne vorherige ehrenamtliche Mitarbeit und Assistenz und damit Einarbeitung des späteren Betreuers bzw. der Betreuerin hätte vollzogen werden können, erscheint zumindest fraglich.

Die Gerichtsentscheidung stellt eine wichtige Bestätigung der Konzeption einer engen Vernetzung der Querschnittsaufgaben nach § 1908 f BGB mit der Tätigkeit der/des hauptberuflichen Betreuerin/Betreuers dar. Selbstverständlich erfolgt die Übergabe einer geeigneten Betreuung auf vom Verein gewonnene ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer nicht schematisch, sondern nur soweit dies sachgerecht und nach Lage des Einzelfalls angemessen erscheint. Das Prinzip der *persönlichen Betreuung* genießt insoweit absoluten Vorrang. Die Betreuten werden daher grundsätzlich auch in die Entscheidung über die Übergabe ihrer Betreuung an eine bestimmte, ihnen inzwischen gut bekannte ehrenamtlich tätige

Person einbezogen. Die Wünsche der Betreuten werden diesbezüglich ernstgenommen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß eine Kooperation von Professionellen und ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern fruchtbar, effizient und kostengünstig gestaltet werden kann. Nicht nur die Ehrenamtlichen, sondern auch wir als Vereinsbetreuerinnen und -betreuer können von einer solchen Zusammenarbeit profitieren. Wagen wir also den Anfang!

**Betreuer**  
*trauen sich.*

# Schlüsselaufgaben bei der Förderung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer<sup>1</sup>

*Martin Künstler*

Das diesen Schlüsselaufgaben zugrunde gelegte Verhältnis zwischen ehrenamtlichen und professionellen Helferinnen und Helfern geht von einem partnerschaftlichen Umgang miteinander aus. Kommunikation und Kooperation bauen darauf auf, daß professionelle wie ehrenamtliche Tätigkeiten je eigene Qualitäten besitzen, die kombiniert eine bedarfsgerechtere Versorgung mit sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen ermöglichen.

Fünf Ebenen sind zu unterscheiden:

1. die Arbeit am professionellen Selbstverständnis sowie am professionellen Umfeld,
2. die präzise und realitätsnahe Beschreibung der Tätigkeiten, für die ehrenamtliche Helferinnen und Helfer gesucht werden,
3. Zielgruppenbestimmung, Differenzierung von Motivlagen und hierauf aufbauend Maßnahmen zur Gewinnung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer,
4. Eingangsberatung und Klärung von Kompetenzen und Verbindlichkeiten, des zur Verfügung stehenden Zeitrahmens, die Einführung in das Ehrenamt sowie die fortlaufende Beratung und Unterstützung,
5. "Rückerstattung".<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Sie wurden in Anlehnung an die „10 Schlüsselaufgaben zur Gewinnung, Einführung und Begleitung von Volunteers“ von I. Paulwitz entwickelt (Paulwitz, 1988, S.116)

<sup>2</sup> Aus der sozialpsychologischen Forschung ist bekannt, daß freiwilliges soziales Engagement heute sehr stark davon abhängig ist, daß dieses für denjenigen, der sich engagiert, persönlich „etwas einbringt“. Die Erwartungshaltung, daß das Engagement positive Effekte für die eigene Person hat, wird durch den Terminus „Rückerstattungs-Erwartung“ ausgedrückt. Verschiedene Rückerstattungserwartungen ausdifferenziert im Kontext biographischer Verläufe werden von Gisela Jakob näher untersucht (Jakob, G., 1993). Werbung für das Betreueramt bedeutet in diesem Kontext, daß man potentiellen Betreuerinnen und Betreuern das Rückerstattungspotential der Betreuungstätigkeit vor Augen führt. Dabei können verschiedene Personen ganz unterschiedlichen Nutzen aus der Betreuungstätigkeit ziehen. Ein alter Mensch möchte möglicherweise seine freie Zeit, sinnvoll ausfüllen, ein/e Student/in praktische Erfahrungen erwerben oder neue Kontakte knüpfen usw.

### *1. Das professionelle Selbstverständnis und das professionelle Umfeld*

Der Erfolg der Arbeit mit ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern bestimmt sich nicht ausschließlich über die Maßnahmen und das Verhältnis des/der Querschnittsmitarbeiters/in zu den ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern. Vielmehr ist das gesamte Erscheinungsbild, insbesondere das Auftreten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dienstteile von großer Bedeutung. Die Bereitschaft, auf der Grundlage einer partnerschaftlichen Einstellung ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in das Arbeitsfeld zu integrieren, ausgedrückt im verbalen und nonverbalen Verhalten der professionellen Helferinnen und Helfer, ist wichtig. In Begriffen des Social-Marketings geht es um die Entwicklung einer Corporated Identity, die die Gewinnung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer sowie deren Beratung und Unterstützung als gleichwertiges Arbeitsgebiet neben den übrigen Dienstleistungen des „Unternehmens“ mit einschließt.

Neben der Berücksichtigung des professionellen Arbeitsumfeldes beim eigenen Träger sind die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zentralen Institutionen des Betreuungswesens sowie die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in komplementär arbeitenden sozialen Diensten weitere wichtige Zielgruppen. Sie müssen zu betreuungsrechtlichen Fragestellungen informiert und über ehrenamtliche Betreuungstätigkeit aufgeklärt werden.

### *2. Beschreibung der Tätigkeiten für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer*

Personen, die sich für die Übernahme einer ehrenamtlichen Betreuung interessieren, wollen möglichst genau und präzise erfahren, welche Anforderungen bei der Übernahme einer Betreuung auf sie zukommen.

In der ersten, sehr allgemeinen Phase der Orientierung einer Interessentin sollte daher nach Abklärung ihrer Erwartungen die Vielfalt der mit der Betreuungstätigkeit verbundenen Anforderungen und Leistungen im Zentrum der Aufgabenbeschreibung stehen. Der „Vermittler“ muß überdies in der Lage sein, auf der Grundlage einer Fallbeschreibung eine operationale Darstellung der Aufgabentätigkeit zu leisten. Die Feinabstimmung zwischen dem Anforderungsprofil einer Betreuung und den Möglichkeiten und Kompetenzen der potentiellen Betreuerin wird so erst möglich.

### *3. Neue Wege bei der Werbung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer gehen*

Die für die ehrenamtliche Tätigkeit relevanten Leitbilder haben sich im Laufe der letzten Jahre verändert. Die Leitfigur des „heiligen Samariters“, der von eigenen Bedürfnissen abstrahierend sich ganz in den Dienst der Gemeinschaft stellt, hat deutlich an Orientierungskraft verloren. Ehrenamtlich Tätige haben heute klare Vorstellungen davon, was; sie sich von ihrem freiwilligen sozialen Engagement versprechen. Freiwilliges soziales Engagement ist deutlich mit klaren „Rück-

erstattungserwartungen" verknüpft. Dabei ist es wichtig, die verschiedenen Zielgruppen genau zu bestimmen und spezifische Wege der Ansprache zu entwickeln.

Obligatorisch ist für die Gestaltung der Informations- und Werbemedien die Einbeziehung der Kenntnisse von Werbefachleuten.

#### *4. Der Kundendienst für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer und an ehrenamtlicher Tätigkeit interessierte*

- Mit jeder Interessentin/jedem Interessenten sollte vorab ein Einzelgespräch geführt werden, um in diesem die eigentliche Motivation und die Ziele des Engagements zu besprechen und die Möglichkeiten der Umsetzung abzuklären. Die Auswahl der Betreuung sowie die Vermittlung in das Betreuungsverhältnis müssen sich an der in diesen Einzelgesprächen festgestellten Motivation, den vorhandenen Kompetenzen sowie den explizit geäußerten Interessen und Bedürfnissen der/des ehrenamtlichen HelferIn/Helfers orientieren.
- Die Entscheidung einer Person, eine ehrenamtliche Betreuung zu übernehmen, ist bereits mit der Entscheidung verknüpft, sich auf einen hohen Grad der Verbindlichkeit bei der Wahrnehmung des Amtes einzulassen. Der hohe Verbindlichkeitsgrad in der Betreuungsarbeit resultiert daraus, daß die Betreuerin/der Betreuer in einem hoheitlichen Akt vom Vormundschaftsgericht zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt wird.
- Mit der Übernahme einer ehrenamtlichen Betreuung sollte die Einladung zu einer Einführungsveranstaltung verbunden sein. Das gleiche gilt für eine breit gefächerte Angebotspalette von Schulungsveranstaltungen zu Spezialthemen. Es kommt darauf an, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in der Anfangszeit intensiv mit ihren Aufgaben vertraut zu machen.
- Für professionelle Helferinnen und Helfer, die ständig mit Menschen arbeiten, ist die Supervision zur Unterstützung der Reflexion der Grundlagen des eigenen professionellen Handelns wichtig. In Teams erfolgt eine ständige kollegiale Beratung durch den Austausch von Erfahrungen in der alltäglichen Betreuungstätigkeit. Analoge Formen professioneller Begleitung sind für diejenigen ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer, die sie wünschen, bereit zu stellen. Darüber hinaus ist bei den Angeboten der Bedarf nach einer zeitlich eingegrenzten, auf eine spezifische Problemlage bezogenen Hilfestellung zu berücksichtigen.
- Stellt sich im Laufe der Betreuungsführung heraus, daß die/der ehrenamtliche Betreuerin/Betreuer der ihr/ihm gestellten Aufgabe nicht gewachsen ist, sollte sie/er in einer angemessenen Form dazu bewogen werden, die übernommene Aufgabe abzugeben. Gegebenenfalls kommt hier eine andere ehrenamtliche Tätigkeit in Frage. Eine „Abschiebung“ in ein anderes Ehrenamt sollte allerdings vermieden werden.

## *5. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer anerkennen*

Das Verhältnis zum freiwilligen sozialen Engagement kommt einmal in der Gestaltung der äußeren Rahmenbedingungen (Erscheinungsbild der Beratungsstellen, Zeit der professionellen Helferinnen und Helfer für Beratungen, kooperatives Auftreten professioneller Helferinnen und Helfer etc.) zum Ausdruck. Ebenso wichtig sind „Vergütungen“, die übergeben oder aber vermittelt werden können. Eine Karte zum Geburtstag, ein Betreuerticket für die kostenlose Benutzung der lokalen Nahverkehrsmittel, ein gemeinsames Abendessen, eine Weihnachtsfeier, ein Dankschreiben des Bürgermeisters etc. können solche Formen der Anerkennung sein.

### **Literatur:**

JAKOB, G.: Dienst und Selbstbezug. Opladen 1993.

PAULWITZ, I.: Freiwillige in sozialen Diensten - Volunteers und Professionelle im Wohlfahrtssektor der USA. Weinheim und München 1988

## **Forum III: Sachwalterinnen/Sachwalter und Patientenanwältinnen/-anwälte in Österreich**

Sachwalterschaft in Österreich und die Entwicklungen aus der Sicht des Vereines für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft

*Irene Müller*

Die österreichische Reform der Entmündigungsordnung liegt nunmehr fast 11 Jahre zurück. Zielpunkte der Reform waren die Schaffung eines dem europäischen MRK-Standard entsprechenden Verfahrens, die Ermöglichung eines flexiblen, auf den - so problematisch dieses Wort hier sein mag - notwendigen Umfang der Beschränkung der Geschäftsfähigkeit abgestimmten Wirkungskreises, der - im Unterschied beispielsweise zur deutschen Rechtslage - die Betroffene immer beschränkt, weiter Mitspracherechte der Betroffenen und Schutzpflichtigen und die Verpflichtung zur sogenannten Personensorge durch die Sachwalter und Sachwalterinnen. Zugleich wurde eine logistische Basis für das Entstehen von Sachwalter-Vereinen geschaffen, deren Finanzierung - ganz analog zu weiteren sozialdemokratisch initiierten Reformprojekten - dem Staat übertragen wurde. Damit sollte dem Fehlen von geeigneten Personen mit einem über die Vereine gesetzten Angebot entgegengewirkt werden.

Mit dieser logistischen Intervention wurde gewissermaßen ein Paradigmenwechsel initiiert; ein traditionelles Rechtsinstitut, die Entmündigung, das bis zur Reform - rein quantitativ betrachtet - im „Rechtsleben“ immer bedeutungsloser geworden war, bekam nun eine völlig neue Bedeutung:

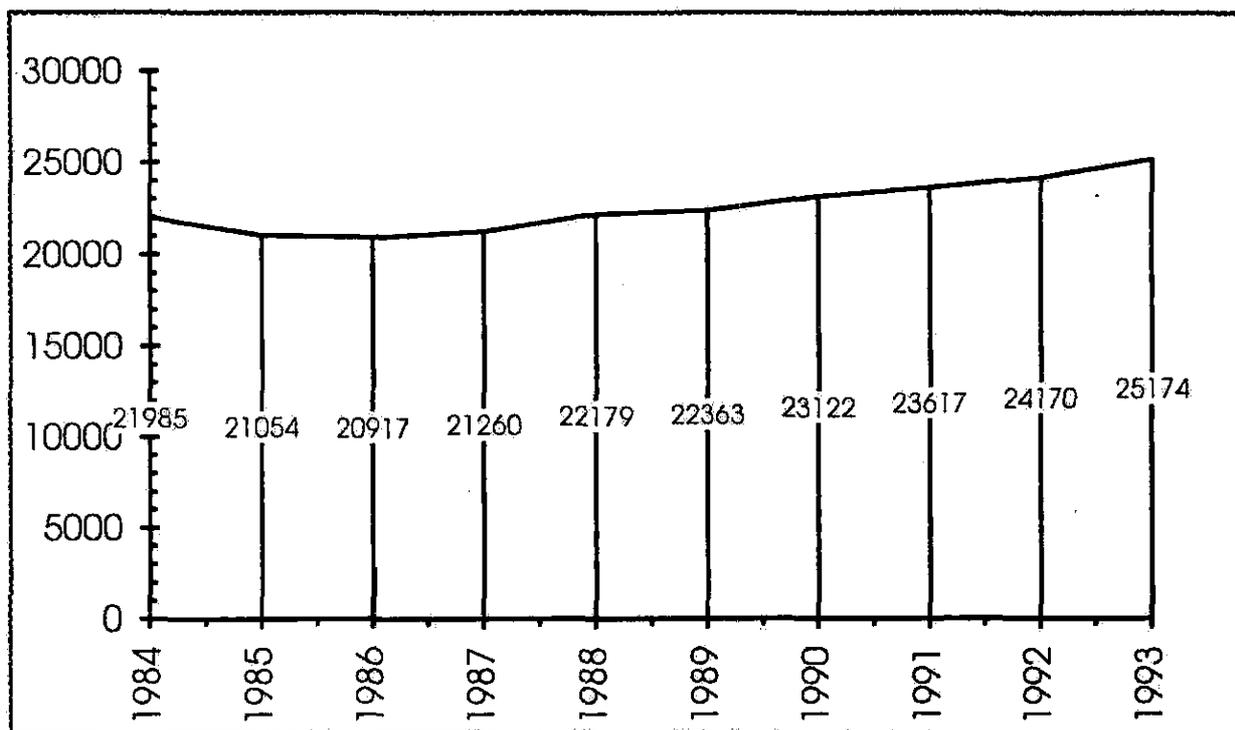
Wurde von der Reform dieses Rechtsinstitut mit „unangemessener Diskriminierung“ und „Verletzung der Menschenwürde“ konnotiert, so ergab der durch den Prozeß der Reform in Gang gesetzte semantische „shift“ ganz neue Felder: „Fürsorge“, Schutz und Hilfe für psychisch kranke und geistig behinderte Personen waren nun nicht mehr bloße Intentionen sozialer Arbeit, sondern wurden Bestandteil des Diskurses der Jurisdiktion - somit der Gesellschaft.

Die Reform hatte auf folgende Punkte gezielt:

1. die Zurückdrängung der Maßnahme der Entmündigung;

2. die Implementierung dieser Maßnahme durch Gerichte insgesamt zu erschweren und schließlich
3. Voraussetzungen für unproblematische Beendigungen der Maßnahme zu schaffen mit der Absicht, die Logik einer „ewigen“ oder „lebenslangen“ Entmündigung zu durchbrechen.

Die Intervention des Gesetzgebers hatte aber paradoxe Effekte. Die Zahl der Sachwalterschaften stieg anstatt zurückzugehen, wie Abb. 1 zeigt.



**Abb. 1: Entwicklung der SW-Zahlen (absolut) von 1984 bis 1993**

Der statistische Zusammenhang zwischen Implementierung der Reform, dem semantischen Bedeutungswechsel im Entmündigungsbegriff und dem Anstieg der Sachwalterzahlen ist signifikant.

Noch deutlicher wird dies, wenn wir die numerische Entwicklung der Neubestellungen analysieren (Abb. 2).

Der angesprochene Paradigmenwechsel führte zu einem drastischen Steigen der Sachwalterschaften in Österreich:

In den letzten Jahren wurden zwar dreimal so viele neue Sachwalterschaften ausgesprochen wie zuvor Entmündigungen. Die Zahl der Sachwalterschaften steigt kontinuierlich und hat 1993 mit 25.174 ihren höchsten Stand erreicht.

Unseren Beobachtungen zufolge steigt die Zahl der neuen Verfahren in den urbanen Ballungsräumen und an jenen Orten, wo Anstalten (ich fasse mit diesem

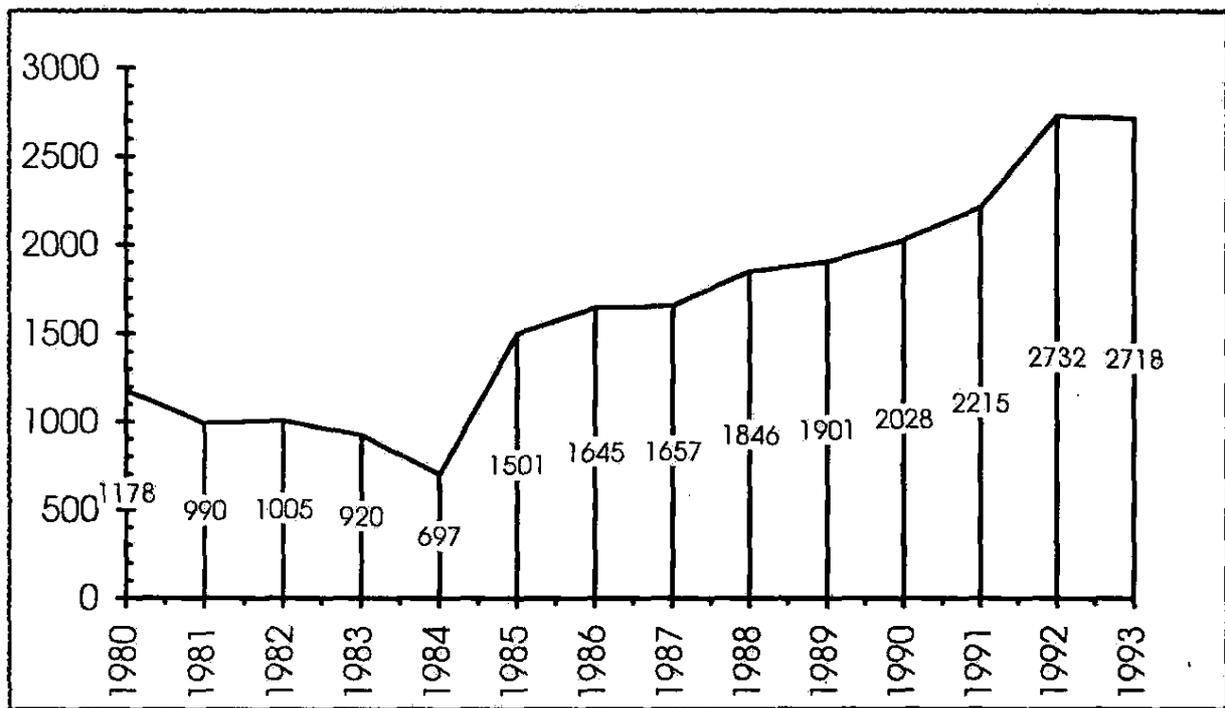


Abb. 2: Entwicklung der Neu-Bestellungen von 1980 bis 1993

Begriff Behindertenheime sowie Alters- und Pflegeheime zusammen) für die längerfristige Betreuung und Pflege von psychisch kranken und geistig behinderten Menschen anzutreffen sind.

Die Hoffnungen, die mit der Schaffung von Vereinen verknüpft wurden, haben sich damit nur zum Teil erfüllen können: An einzelnen Gerichten stellt unser Verein bis zu 25 Prozent aller Sachwalter und Sachwalterinnen, bundesweit gesehen halten wir ca. 11 Prozent der Sachwalterschaften.

Vereinssachwalter und -sachwalterinnen waren als Pendant zu den nicht mehr zur Verfügung stehenden Personen aus dem familiären oder privaten Umfeld der betroffenen Personen gedacht. Auch hier hat sich eine unbeabsichtigte Entwicklung abgezeichnet:

Eine neue Kategorie von Klientinnen und Klienten, nämlich jene, die nur durch einen Vereinssachwalter zu betreuen sind, hat sich herausgebildet. Es handelt sich hier um Betroffene, die sich durch eine schwere Erkrankung und zugleich mit vielfältigen komplexen Problemsituationen „behaftet“ kennzeichnen lassen.

Woher kommt dieser spezielle Bedarf an Professionalität?

Zum einen sind es die sozialen Einrichtungen, die an die Anregung einer Vereinssachwalterin denken, wenn ihre Angebote bei den Klientinnen und Klienten keinen Erfolg haben.

Zum anderen muß ich die Durchführung der österreichischen Psychiatriereform kurz beschreiben:

Bezeichnenderweise wird in Österreich jener Teil der österreichischen Psychiatriereform, der in den meisten Bundesländern umgesetzt wurde und sich mit der Reintegration chronischer Patienten und Patientinnen befaßte, meist als „Ausgliederung“ bezeichnet.

Von den Gliedern der Psychiatrie wurden Behinderte, Süchtige, v.a. Alkoholranke und chronisch psychisch Erkrankte abgetrennt. Dies führte einerseits zu einer Hebung der Standards für Akutranke, für die mehr Raum, mehr Personal und somit auch geänderte Betreuungs- und Behandlungsziele verfügbar waren.

Wie wir gehört haben, wurden die Bettenzahlen der Psychiatrie deutlich verringert. Wohin sind nun die Menschen, die von der Psychiatrie gleichsam freigegeben wurden bzw. nicht mehr aufgenommen werden, gelangt? Unterschiedlich von Bundesland zu Bundesland ging es häufig in Richtung Heime - meist Pflegeheime von bedenklichem Versorgungsniveau, in denen sich eine Grauzone an quasi informeller Psychiatrie entwickelte.

Behinderte mit zum Teil jahrzehntelangen Psychiatrieaufenthalten wurden in Behinderteneinrichtungen transferiert. Diese Entwicklung führte auch zum Aufbau von kleineren, ambulant betreuten Einrichtungen für weniger schwer behinderte Personen. Das sehe ich positiv.

Seltener ging es direkt in Richtung betreutes Wohnen oder gar in die eigene Wohnung, die zumeist von den Trägern der Gemeinde - und in nennenswerter Anzahl nur in Wien - zur Verfügung gestellt wurden.

Als Sicherheitsnetz wurde die Bestellung eines Vereinssachwalters oder einer Vereinssachwalterin veranlaßt.

So einfach, wie es uns ursprünglich erschien, war die Organisation der Grundbedürfnisse der privat lebenden Klientinnen und Klienten, für die früher ein Anstalts-träger verantwortlich war, natürlich nicht.

Professionalität beinhaltet gewöhnlich neben einem bestimmten Ausmaß an spezieller Kunstfertigkeit auch einen großen Teil Routine - und Gelassenheit gegenüber Problemen, die anderen als unlösbar erscheinen. Diese Gelassenheit fehlt bei bestimmten Konstellationen.

Ich denke hier an Klienten-Wohnungen, die in regelmäßigen Abständen ein gewisses Ausmaß an Erneuerung und Sanierung notwendig haben, an Kredite, die wieder rückgängig gemacht werden müssen, an Erkrankungen, die beim Zusammentreffen von chronischer Psychose, Diabetes und/oder Alkohol- und Nikotinmißbrauch und Obdachlosigkeit wahrscheinlicher werden, an die Bemühungen, die von unserer Seite her notwendig sind, um eine zwei bis drei Wochen dauernde Aufnahme einer ursprünglich dauerhospitalisierten Klientin zu erreichen, da sich die neue Akut-Psychiatrie gegen chronische Patientinnen und Patienten stark abschottet.

Da wir zum großen Teil für jene besonders schwierigen Klientinnen und Klienten zuständig sind, mit denen die offizielle Psychiatrie und auch die Behinderten-

Organisation nichts mehr zu tun haben wollen und bei vielen extramularen Diensten der Wert der Freiwilligkeit und die Anforderung an Klientinnen und Klienten in einer Art und Weise hochgehalten werden, die uns häufig genug bloß zynisch erscheint, haben sich die Parameter unserer Sichtweisen verschoben:

Einerseits halten wir Sachwalterschaft in einem wesentlich geringerem Ausmaß für notwendig, als dies derzeit in Österreich stattfindet. Auch erscheint die mit der Maßnahme verbundene Beschränkung allzu oft überzogen. Ich denke hier beispielsweise an jene Klientinnen und Klienten, bei denen Einkommen, Wohnen und Betreuung gesichert sind und die vorrangig von unseren ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betreut werden.

Andererseits konstatieren wir, daß zu wenig niederschwellige Einrichtungen existieren, die die Grundbedürfnisse von häufig nicht „alleine wohnfähigen“ Menschen absichern und die sicherstellen könnten, daß wir mit unserem mit Zwangscharakter ausgestatteten Instrumentarium der Sachwalterschaft nicht als letztes Bindeglied der Klientinnen und Klienten zur Gesellschaft „der anderen“ übrig bleiben.

Hier erreicht das Case-Management seine Grenzen und erfordert genau genommen jenes Handeln, das bei Ihnen - ich vermute es - kommunalpolitische Steuerung - und bei uns Vertretung kollektiver Interessen genannt wird - eine von den Auftraggebern nicht sehr geschätzte Arbeit, da sie sich nicht in Betreuungsziffern ausdrückt und überdies mit dem Geruch der „Sozialrebellion“ behaftet erscheint.

Ungeachtet dessen ist diese Arbeit notwendiger Lobbyismus für jene Personen, die mit Ausnahme einiger Angehörigenvereinigungen über keine Lobby verfügen.

Professionalitätsdiskussionen werden bei Ihnen - wenn ich es richtig verstanden habe - über die Erstattung des Aufwandes an Betreuungsleistungen im Einzelfall und die Frage, welcher Stundensatz der richtige ist, geführt. In Österreich fand dieselbe Diskussion über die Fallzahlen der einzelnen Sachwalterinnen und Sachwalter und über die Durchschnittskosten unserer Einrichtungen pro Fall statt.

Der VSP hat eine pragmatische Form der Absicherung unserer Einrichtung gewählt - durch das Hereinnehmen von Klientinnen und Klienten, deren Betreuung auch durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich erscheint, versuchen wir weiterhin im hauptberuflichen Bereich das notwendige Ausmaß an Zeit für jene Klientinnen und Klienten zu sichern, für die wir den Aufwand nicht einfach verkürzen können. Im Unterschied zu anderen Einrichtungen sind wir noch in der Lage, nachgehend zu arbeiten und Hausbesuche zu machen.

Zugleich versuchen wir, unsere Professionalität auch in Zusammenarbeit mit unseren Auftraggebern, dem Bundesministerium für Justiz, das die Vereine finanziert, und den Gerichten, die uns zu Sachwalterinnen und Sachwaltern bestellen, mehr als bisher unter Beweis zu stellen.

Indem wir etwa mit den Gerichten den Einsatz unserer - zu knappen - Ressourcen besser planen. Oder indem wir mit unserem Auftraggeber in anstrengenden

Gesprächen über unsere Kosten und Leistungen prinzipielle Einigkeit darüber erzielt haben, daß auch jene Personen, mit denen wir zu einer erfolgreichen Beendigung der Sachwalterschaft gelangen und die daher unsere Hilfe nicht mehr benötigen, in unseren Kostenschlüssel einbezogen werden müssen.

Das sind Teilerfolge, die nicht darüber hinwegtäuschen sollen, daß eine Menge Arbeit bleibt.

# Patientenanwaltschaft in Österreich - Eine Rechtsschutzrichtung für psychisch kranke Menschen?

*Rita Maria Gänsbacher*

1. "Experimentieren, beobachten, kontrollieren, diese oft absurden Spielregeln beherrschen immer noch die Therapie der Geisteskrankheiten. Isolierung und Überwachung sind weiterhin maßgebend für die heikle Beziehung einer Gesellschaft, die mit allen Mitteln vorgibt, 'normal' zu sein, zur Welt des 'Wahnsinns', über deren Ausgrenzung sie auch heute noch froh ist."

(De Fréminville)

Die Betreuung und Versorgung psychisch kranker Menschen nimmt in der Geschichte des österreichischen Gesundheitswesens einen nicht immer rühmlichen Platz ein. Es ist gerade zwei Jahrhunderte her, daß in Österreich psychisch kranken Menschen erstmals eine Anstalt mit Krankenhauscharakter zur Verfügung stand. 1784 wird unter Joseph II. in Wien der sogenannte „Narrenturm“ eröffnet<sup>1</sup>. Bis dahin wurden Menschen, denen eine psychische Krankheit attestiert wurde - die „Irren“, so der damals übliche Sprachgebrauch -, in multifunktionalen Anstalten wie Zucht- und Armenhäusern verwahrt.

Heute, am Ende des 20. Jahrhunderts, ist das Betreuungs- und medizinische Versorgungswesen so vielfältig wie in keiner Zeit zuvor, und dennoch scheinen die Bedürfnisse der Betroffenen größtenteils unberücksichtigt zu bleiben. Die Betroffenen thematisieren ihre Unzufriedenheit in der Öffentlichkeit und geraten in einen offensichtlichen Interessenskonflikt mit der öffentlichen Meinung. Die Betroffenen sehen sich mit geringeren Chancen und vermindertem Rechtsschutz konfrontiert, die Öffentlichkeit mit den Betroffenen. Historisch gewachsene Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen, begleitet von Unkenntnis betref-

---

<sup>1</sup> „Wir sperren die unglücklichen Irren gleich Verbrechern in Tollkolben, ausgestorbene Gefängnisse, neben den Schlupflöchern der Eulen, in öde Klüfte, über den Stadttoren oder in die feuchten Kellergeschoße der Zuchthäuser ein, wohin nie ein mitleidiger Blick des Menschenfreundes dringt, und lassen sie daselbst, angeschmiedet an Ketten, in ihrem eigenen Unrate verfaulen ... Man gibt sie der Neugierde des Pöbels preis ... Die Erhaltung der Ruhe und Ordnung beruht auf terroristischen Prinzipien: Peitschen, Ketten und Gefängnisse sind an der Tagesordnung ... Die ganze Verfassung dieser Tollhäuser entspricht nicht dem Zwecke der erträglichsten Aufbewahrung und noch weniger der Heilung der Irrenden.“ (Lesky Erna, 1965, S. 175)

fend das Erscheinungsbild und den Umgang mit psychischer Krankheit, drängen diese Personen an den Rand der Gesellschaft. Ausgrenzung aus dem Erwerbsleben ist die Folge. In einer marktwirtschaftlich orientierten Gesellschaft bedeutet dies begrenzten Zugang zum gesellschaftlichen Alltagsleben. Zwischen Wohnung, Versorgungseinrichtung und Behandlungsort verlaufen die Koordinaten ihrer Mobilität. Rechtsschutzmaßnahmen und staatlich gesteuerte Unterstützungssysteme entschärfen die Situation der Betroffenen etwas, die mit einer psychischen Krankheit einhergehende gesellschaftliche Stigmatisierung bleibt aber aufrecht. Die staatlichen Egalisierungsversuche, begleitet von der Intention, benachteiligte Menschen besonders zu schützen, manifestieren unausweichlich Menschen mit einer psychischen Krankheit dennoch als Außenseiterinnen und Außenseiter, als anders. Die staatliche Rechtsfürsorge äußert sich für die Betroffenen in der legalen Einschränkung der Persönlichkeitsrechte, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts.<sup>2</sup>

Jeder kranke Mensch hat ein Recht auf Gesundheit und ärztliche Betreuung<sup>3</sup>. Dies gilt auch für psychisch kranke Menschen. Für psychisch Kranke gilt jedoch nicht das uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht betreffend die Gesundheit und die Folgen bei einer Behandlungsunterlassung. Die Möglichkeit einer zwangsweisen Zuweisung und Aufnahme in eine Spezialklinik - in ein psychiatrisches Krankenhaus - mit vorübergehender Einschränkung von Persönlichkeitsrechten, insbesondere der persönlichen Freiheit, besteht nur für psychisch kranke Menschen<sup>4</sup>.

Dieser Realität, mit der sich nur psychisch kranke Menschen konfrontiert sehen, liegt vordergründig ein Schutzgedanke zugrunde. Geschützt werden sollen die betroffenen Kranken - psychisch kranke Menschen gelten als gefährdeter<sup>5</sup>, und geschützt werden sollen nicht nur sie, sondern auch die sogenannten Gesunden.

---

<sup>2</sup> „Die persönliche Freiheit darf einem Menschen ... auf gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden, (wenn) .... zur Annahme besteht, daß er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten sei oder wegen psychischer Erkrankung sich oder andere gefährde.“ (Österreichisches Bundesverfassungsgesetz, Art. 2/5, 1988, vgl. EMRK, Art. 5/1) "Vermag eine Person, die an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist, alle oder einzelne ihrer Angelegenheiten nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst zu besorgen, so ist ihr auf ihren Antrag oder von Amts wegen dazu ein Sachwalter zu bestellen" (Österreichisches Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, § 273/1)

<sup>3</sup> vgl. Europäische Menschenrechtskommission (EMRK)

<sup>4</sup> und Menschen mit einer ansteckenden Krankheit mit gesetzlich vorgeschriebener Verhaltensvorschrift oder bei einem akuten medizinischen Notfall (vgl. Ermarcora, 1988)

<sup>5</sup> „Innerhalb der verschiedenen Kategorien der Patienten ist der psychisch kranke Patient der erkanterweise gefährdetste. Diese Gefährdung kann von der psychischen Krankheit selbst herrühren, wenn der Patient aufgrund dieser seine Gesundheit und sein Leben selbst zu zerstören sich anschickt ...oder das Leben oder die Gesundheit anderer zerstört.“ (Pichler, 1992, S. 381)

So heißt es im österreichischen Unterbringungsgesetz (UbG): *„Die Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in eine Krankenanstalt aufgenommen werden, sind besonders zu schützen. Die Menschenwürde psychisch Kranker ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren.“* (§ 1/1) oder *„In einer Anstalt darf nur untergebracht werden, wer 1. an einer Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und 2. nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer Anstalt, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.“* (§ 3)

Dieser Schutz beinhaltet zum einen, daß die gefährdeten und/oder die „gefährlichen“ psychisch Kranken zur Obhut und/oder Behandlung einer Facheinrichtung übergeben werden, und zum anderen, daß der Staat die vorübergehende Einschränkung gerichtlich kontrolliert und den Betroffenen den Zugang zu allen Rechtsschutzeinrichtungen und -mitteln gewährt. Letzteres wird in Österreich insbesondere durch die Einrichtung der Patientenanwaltschaft - eine parteiliche Vertretung der/des untergebrachten Kranken<sup>6</sup> gegenüber dem Gericht und dem Krankenhaus - gewährleistet.<sup>7</sup>

#### *Die Patientenanwaltschaft - parteiliche Vertretung von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern*

Seit Januar 1991 ist in Österreich eine neue umfassende Bestimmung zur Unterbringung psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Kraft. Die allgemeine Zielsetzung dieses Gesetzes ist es, einen verstärkten, mit den rechtsstaatlichen Grundsätzen in Einklang stehenden Schutz der Persönlichkeitsrechte jener psychisch kranken Menschen zu gewährleisten, die im Rahmen stationärer psychiatrischer Einrichtungen Beschränkungen in ihren Rechten unterworfen werden. Das Unterbringungsgesetz (UbG) selbst befaßt sich ausschließlich mit den Modalitäten des hoheitlichen Freiheitsentzuges. Es legt den Vollzug der Unterbringung genau fest, regelt die rechtliche Ausgestaltung und Kontrolle des staatlichen Zwangs in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Als untergebracht gilt jede/jeder psychisch Kranke, die/der gegen oder ohne ihren/seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen wird.

<sup>7</sup> „Dem besonderen Schutz- und Hilfsbedürfnis des psychisch Kranken im geschlossenen Bereich soll die Einrichtung des Patientenanwaltes Rechnung tragen, der den Kranken im gerichtlichen Verfahren und im Verhältnis zur Krankenanstalt vertritt.“ (Bericht des Justizausschusses, 1202 der Beilagen)

<sup>8</sup> Eine Zuweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus gegen oder ohne den Willen eines Menschen kann ausschließlich unter Beziehung der Polizei und eines Amtsarztes sowie unter Prüfung der materiellen Voraussetzungen - psychische Krankheit, eine erhebliche und ernst-

Eine unübersehbare Neuerung des UbGs ist die gesetzliche Verankerung der Einrichtung der Patientenanwaltschaft. Jeder Patientin/jedem Patienten, die oder der gegen oder ohne ihren/seinen Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgenommen ist, wird *per* Gesetz (UbG, §§ 13ff.) eine parteiliche, vom Rechts-träger des jeweiligen psychiatrischen Krankenhauses (Abteilung) unabhängige, jedoch direkt im Krankenhaus tätige Vertreterin - Patientenanwältin - im gerichtlichen Verfahren und im Verhältnis zum Krankenhaus zur Seite gestellt, sofern sich diese nicht durch einen frei gewählten und selbst finanzierten Rechtsbeistand (Rechtsanwalt, Notar) vertreten läßt.

Die Patientenanwältinnen und -anwälte sind in Österreich über zwei Vereine privatrechtlich organisiert. Im Bundesland Vorarlberg durch das Institut für Soziale Dienste (3 Patientenanwälte für ein psychiatrisches Krankenhaus), in allen anderen Bundesländern durch den Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft<sup>9</sup> (VSP, 32 Patientenanwältinnen/-anwälte für 11 psychiatrische Krankenhäuser/Abteilungen/Universitätskliniken). Von dort aus erfolgt die Dienst- und Fachaufsicht. Die beauftragten Vereine werden ihrerseits wiederum vom Ministerium für Justiz betreffend dieser Einrichtung subventioniert und kontrolliert.

Zieht man die Zahlen für das Jahr 1993 heran, so zeigt sich, daß in Österreichs psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen insgesamt 41.388 Aufnahmen<sup>10</sup> gezählt wurden. 9149 dieser Aufnahmen<sup>11</sup> waren Unterbringungen. Dies bedeutet, daß bei 22% aller Aufnahmen freiheitsbeschränkende Maßnahmen gesetzt wurden. Hierin sind die Zwangsmaßnahmen an psychisch kranken Menschen, die im Rahmen einer polizeilichen Zuweisung erfolgten, nicht dokumentiert.

---

liche Gefahr für Gesundheit und Leben - erfolgen (UbG, §§ 4f., §§ 8f.). Die Aufnahme im Krankenhaus erfolgt nach einer Begutachtung der betroffenen Person durch zwei Fachärzte des jeweiligen Krankenhauses betreffend das Vorliegen der materiellen Voraussetzungen einer Unterbringung. (UbG, § 3) Jede Unterbringung eines psychisch Kranken wird gerichtlich geprüft. Im Unterbringungsverfahren wird die/der Untergebrachte parteilich vertreten, ohne daß die/der Betroffene ihre/seine Parteisteilung verliert. (UbG, §§ 17ff.) Erstmals gesetzlich geregelt sind auch die Voraussetzungen zur ärztlichen Heilbehandlung gegen den Willen einer/eines Kranken: „Der Kranke darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden ... Kann der Kranke den Grund und die Bedeutung einer Behandlung einsehen und seinen Willen nach dieser Einsicht bestimmen, so darf er nicht gegen seinen Willen behandelt werden; besondere Heilbehandlungen einschließlich operative Eingriffe dürfen nur mit seiner schriftlichen Zustimmung durchgeführt werden.“ (UbG, §§ 35ff.)

<sup>9</sup> mit der gesetzlichen Grundlage des Vereinssachwalter- und Patientenanwaltschgesetzes (VSPAG, BGBl. 1990/156)

<sup>10</sup> Lt. Auskunft des Österreichischen Statistischen Zentralamtes

<sup>11</sup> Lt. Statistik vom Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft, Wien und vom Institut für Soziale Dienste, Vorarlberg

## 1. Was muß die Patientenadvokatur leisten?

Die Patientenadvokatur versteht sich als eine professionelle Rechtsschutzinstitution für psychisch kranke Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern. Sie vertritt untergebrachte Patientinnen und Patienten parteilich gegenüber dem Gericht und dem Krankenhaus (UbG §§ 13ff.)- Sie setzt sich für die Rechte und Interessen aller Patientinnen und Patienten parteilich ein. Die Parteilichkeit für die Patientin/den Patienten ist gewährleistet durch die Unabhängigkeit der Patientenanwälte von den jeweiligen Krankenhäusern.

### 1.1. Parteiliche Vertretung untergebrachter Patientinnen und Patienten

In einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht (gegen oder ohne den Willen aufgenommen) werden kann, wer an einer psychischen Krankheit<sup>12</sup> leidet, wenn aufgrund dieser Krankheit eine ernstliche und erhebliche Gefährdung für Gesundheit und Leben vorliegt<sup>13</sup> und entsprechende subsidiäre Einrichtungen fehlen. Die Unterbringung eines psychisch kranken Menschen in einem psychiatrischen Krankenhaus muß nachweislich das letzte Mittel zur Abwehr einer Gefahr sein.

Die Patientenadvokatin vertritt den Patienten parteilich gegenüber dem Gericht und dem Krankenhaus. Sie ist eine verstärkende Stimme für Anliegen des Patienten, muß den Betroffenen über alle geplanten Schritte informieren und darf nur im Sinne des Patienten, nicht aber gegen dessen Wohl handeln.

Die Aufgaben und Anforderungen der Patientenadvokatin sind vielfältig und erfordern von der Patientenadvokatin nicht nur eine hohe Professionalität, sondern auch die Sensibilität, im Sinne des Patienten vermittelnd zwischen den jeweiligen Interessen der beteiligten Institutionen (Krankenhaus, Gericht) zu wirken.<sup>14</sup> Denn

---

<sup>12</sup> Der Rechtsbegriff „psychische Krankheit“ ist *nicht* identisch mit dem psychiatrischen Krankheitsbegriff! Die geistige Behinderung fällt nicht unter den Rechtsbegriff der psychischen Krankheit. Geistig behinderte Menschen sollen in einem psychiatrischen Krankenhaus gegen/ohne ihren Willen nur dann Aufnahme finden, wenn dies für die Behandlung einer zusätzlich aufgetretenen psychischen Krankheit notwendig ist. Ebenfalls vom Rechtsbegriff der psychischen Krankheit ausgenommen sind Drogen-, Medikamente- und Alkoholabusus, (vgl. Kopetzki, 1991)

<sup>13</sup> Behandlungsbedürftigkeit und/oder reine Fürsorge rechtfertigen die Unterbringung nicht, (vgl. Kopetzki, 1991)

<sup>14</sup> Im Mittelpunkt steht die Patientin/der Patient mit ihren/seiner Interesse, die verlorene Freiheit wieder zu erlangen und das Stigma „psychisch krank zu sein“ unwiderruflich ablegen zu können oder auch als gesund eingestuft zu werden. Daneben steht einerseits die mächtige staatlich kontrollierende [Einrichtung Gericht (mit dem Sachverständigen), die die Einhaltung der

zweifelsohne ist in diesem Umfeld der mächtigen Institutionen der Patient der schwächste Vertreter seiner Interessen. Die Patientenanwältin als parteiliche Vertretung für den Betroffenen hat die Aufgaben, die aus der Konstellation heraus gegebene Schwäche des Patienten zu minimieren. Tatsache jedoch bleibt, daß die Patientenanwältin, die keine Entscheidungskompetenzen den Freiheitsentzug betreffend hat, lediglich als Sprachrohr bzw. als Verstärkerin von Patienteninteressen und -rechten handeln kann.

Trotz dieser begrenzten Möglichkeiten ist für die/den untergebrachte/n Patientin/Patienten eine parteiliche Vertrauensperson hilfreich, insbesondere als Unterstützung zur Einforderung ihrer/seiner Rechte im Krankenhaus während des zwangsweisen Aufenthaltes und zur aktiven Förderung der Ausübung ihrer/seines vorübergehend eingeschränkten Selbstbestimmungsrechtes (z.B. betreffend die Mitsprache bei der medizinischen Heilbehandlung; die Möglichkeit, Heilbehandlungen und über die bloße Unterbringung hinausgehende Beschränkungen wie Fixierungen, Zimmerbeschränkungen etc. gerichtlich auf ihre Zulässigkeit hin prüfen zu lassen)<sup>15</sup>.

Das Eintreten der Patientenanwältin/des Patientenanwaltes in die Einrichtung des psychiatrischen Krankenhauses wirkt sich nicht nur auf den Krankenhausalltag

---

formalen und materiellen Voraussetzung einer Unterbringung prüft, und andererseits die öffentliche Einrichtung Krankenhaus, die sich als Behandlungsort mit einem medizinischen Auftrag versteht und die ihr übertragenen staatlichen Zwangsbefugnisse stets gewillt ist, in Abrede zu stellen.

<sup>15</sup>„Beschränkungen der Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes sind vom behandelnden Arzt jeweils besonders anzuordnen, in der Krankengeschichte ... zu beurkunden und unverzüglich dem Vertreter des Kranken mitzuteilen. Auf Verlangen des Kranken oder seines Vertreters hat das Gericht die Zulässigkeit einer solchen Beschränkung unverzüglich zu entscheiden.“ (UbG, § 33/3) oder,“(1) Kann der Kranke den Grund und die Bedeutung einer Behandlung einsehen und seinen Willen nach dieser Einsicht bestimmen, so darf er nicht gegen seinen Willen behandelt werden; besondere Heilbehandlungen einschließlich operative Eingriffe dürfen nur mit seiner schriftlichen Zustimmung durchgeführt werden ... (2) Kann der Kranke den Grund und die Bedeutung einer Behandlung nicht einsehen oder seinen Willen nicht nach dieser Einsicht bestimmen, so darf er, wenn er minderjährig oder ihm ein Sachwalter bestellt ist, dessen Wirkungskreis Willenserklärungen zur Behandlung des Kranken umfaßt, nicht gegen den Willen seines gesetzlichen Vertreters oder Erziehungsberechtigten behandelt werden. ... Hat der Kranke keinen gesetzlichen Vertreter oder Erziehungsberechtigten, so hat auf Verlangen des Kranken oder seines Vertreters das Gericht über die Zulässigkeit der Behandlung unverzüglich zu entscheiden; ...“ (UbG, § 36) „Vor der Entscheidung über die Zulässigkeit einer Beschränkung der Bewegungsfreiheit, einer Einschränkung des Verkehrs mit der Außenwelt oder einer ärztlichen Behandlung sowie über die Genehmigung einer ärztlichen Behandlung sowie über die Genehmigung einer besonderen Heilbehandlung einschließlich operativer Eingriffe hat sich das Gericht in einer Tagsatzung an Ort und Stelle einen persönlichen Eindruck vom Kranken und dessen Lage zu verschaffen. Zur Tagsatzung hat das Gericht den Vertreter des Kranken und den Abteilungsleiter zu laden; es kann auch einen Sachverständigen ... beiziehen.“ (UbG, § 38)

der Patientin/des Patienten aus, sondern führt vor allem auch beim medizinischen Personal zu kontroversiellen Diskussionen. Die einen sehen sich in der Arbeit mit der Patientin/dem Patienten vor allem durch die Informationspflicht und das Einbeziehen einer weiteren Öffentlichkeit, also durch verstärkte Transparenz, gestört: *„Besonders deutlich ist die Veränderung der Atmosphäre zwischen Patienten und Ärzten im Bereich der Zwangspsychiatrie ... Der Psychiater muß seine Maßnahmen vor dem Patienten, einem diesen vertretenden Patientenanwalt und einem Richter rechtfertigen ... Möglicherweise hat dies zu einer gewissen Abkühlung des psychiatrischen Engagements unfreiwilligen Patienten gegenüber geführt. Die Freude, solche Patienten zu behandeln, hat deutlich abgenommen, weil das prinzipielle Mißtrauen der Patientenanwaltschaft und die bürokratischen Aufwände eine zusätzliche Belastung darstellen. Vermutlich erleben Schwestern und Pfleger und Psychiater die Kontrolle ihrer oft engagierten und mühsamen Arbeit auch als Kränkung ... Das paternalisierende Modell des Umgangs mit Patienten ist passe. Der hilflos der übermächtigen Institution ausgelieferte Krankenhauspatient entwickelt sich allmählich zum mündigen Benutzer einer Dienstleistungseinrichtung im Gesundheitswesen. Er wird über seine Rechte informiert und durch Patientenanwälte oder Ombudsmänner auch vertreten. Im Grunde ist diese Emanzipation des Patienten erfreulich. Die oft selbstherrliche Institution muß sich selbst in Frage stellen und sich mehr nach den Wünschen der Konsumenten richten. Andererseits leuchtet es psychologisch unmittelbar ein, daß ein schwerkranker Patient sich hilflos, regressiv und ängstlich fühlt und in erster Linie sich einer starken kompetenten Behandlungsfigur anvertrauen will. Gelegentlich wird allerdings die angebotene Hilfe trotzig ausgeschlagen oder ihre Qualität zu Recht oder zu Unrecht bezweifelt“* (Danzinger, 1992, S. 34f.)

Die anderen erkennen dadurch neue Chancen im Umgang und in der Therapie psychisch kranker Menschen: *„Durch das UbG ist es zu einem Autonomiezuwachs für die Patienten gekommen, da psychiatrische Institutionen effizienter kontrolliert werden und auch überstimmt werden können bzw. durch die zwei Fachärzte sich selbst kontrollieren. Die Psychiatrie als Institution verliert dadurch Allmacht und ermöglicht oft so einen neuen therapeutischen Zugang zu psychotischen Patienten, die ihre Krankheit oft nicht zuletzt auch deshalb entwickelten, weil sie sich ausgeliefert fühlen.“*(PLATZ, 1992, S. 24f.)

Wohin diese Diskussion letztendlich führen mag, das Unterbringungsgesetz manifestiert nicht nur die gesellschaftliche Forderung, unter bestimmten Bedingungen psychisch Kranke zu einem Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus zu verpflichten, es trägt in progressiver Weise auch dazu bei, die allgemeine Entwicklung der Patientenrechte in Richtung mehr Rechte für kranke Menschen zu verstärken.

## *1.2 Wahrnehmung der Rechte und Interessen aller Patientinnen und Patienten*

Die Patientenanwaltschaft versteht sich auch als eine professionelle Vertretung und Beschwerdeeinrichtung. Sie vertritt jede Patientin und jeden Patienten -

unabhängig vom rechtlichen Status - in ihren/seinen Rechten gegenüber dem Krankenhaus und unterstützt das Selbstbestimmungsrecht der Patientin/des Patienten durch patientenrechtliche Information und aktive Unterstützung bei der Einforderung ihrer/seiner Rechte<sup>16</sup>. Das Handeln des Patientenanwaltes ist hierbei orientiert an den geäußerten Anliegen, Wünschen, Bedürfnissen und Beschwerden der Patientin. Die Patientin muß von sich aus den Patientenanwalt aufsuchen und ihren Unterstützungs- und Informationsbedarf dort deponieren. Der Patientenanwalt seinerseits setzt sich parteilich für die Interessen und Rechte der Patientin innerhalb, wenn erforderlich aber auch außerhalb des Krankenhauses ein und kümmert sich im Spannungsfeld zwischen psychiatrischem Krankenhaus, gesellschaftlichen Interessen sowie Patienteninteressen um das Wohl der Patientin. Ziel ist es, erstens ein Umfeld zu schaffen, das es der/dem Betroffenen ermöglicht, ihre/seine Rechte autonom einzufordern, und zweitens, wo notwendig, die Patientin/den Patienten in ihren/seinen Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu unterstützen.

Wie wichtig für einen Menschen das Wissen betreffend seine Rechte als Krankenhausbenutzer ist, erfährt jede und jeder einzelne erst, wenn sie/er diese Dienstleistung in Anspruch nehmen muß. Dies gilt insbesondere für gegen/ohne ihren Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgenommene psychisch Kranke. Wohlbefinden und Vertrauen der Menschen gegenüber einer Einrichtung, die tief in die menschliche Intim- und Privatsphäre eingreift, kann sicherlich auch daran gemessen werden, wie transparent diese arbeitet, wieviel Information eine Benutzerin/ein Benutzer betreffend das Dienstleistungsangebot und die ihr zugrunde liegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen hat und wie weitreichend ihr/sein Selbstbestimmungsrecht, ihre/seine eigene Verantwortlichkeit ist<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Zum einen betreffend die im Krankenanstaltengesetz (KAG) verankerten allgemeinen Patientenrechte (Einsicht in die Krankengeschichte, Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten, auf ausreichenden Außerkontakt und Besuch, auf seelsorgerische Betreuung, auf Wahrung der Intimsphäre, auf das Recht, betreffend die Behandlungsmethoden für den Fall des Verlustes der Handlungsfähigkeit beim Eintreten einer Krankheit eine Verfügung in der Krankengeschichte zu hinterlegen etc.), zum anderen spezifisch für untergebrachte Patientinnen und Patienten im UbG verankerte Patientenrechte, die durchaus eine Vorbildwirkung für die 1993 im KAG verankerten Patientenrechte hatten.

<sup>17</sup> „Eine strikt beruflich organisierte Medizin erfordert einen neuen Typus von Patienten, in dem Maß, wie der Patient 'Subjekt seiner Krankheit' wird, d.h. der paternalistischen Entmündigung durch den Arzt entgegenwirkt, begibt er sich der Möglichkeit einer temporären Regression. Der Patient kann die Verantwortung über sich selbst nicht mehr dem Arzt delegieren, er muß sich selbst entscheiden und sich seinen existentiellen Problemen stellen, das heißt, er muß seine Probleme und Ängste in bislang unbekanntem Ausmaß bearbeiten lassen. ... Mündigkeit des Patienten steht fehlender Geborgenheit in existentieller Not gegenüber... Sollte nun - wie im Falle ernsthafter Krankheit - die Problemlösungskapazität der Person überschritten werden, entsteht Leidensdruck. Ausschließlich aufgrund dieses Leidensdruckes stellt der Patient eigenverantwortlich die Beziehung zum professionellen Experten her. Er überträgt temporär

## 2. Grenzen der Patientenanwaltschaft

Die Patientenanwaltschaft in Österreich ist eine hochprofessionelle Einrichtung. Sie kann die meisten gängigen Kriterien einer Profession erfüllen<sup>18</sup>, auch die Anforderungen, die international an eine anwaltschaftliche Patientenvertretung gestellt werden.<sup>19</sup> Und dennoch - die Grenzen einer solchen Einrichtung sind nicht zu übersehen:

- Begrenzte Möglichkeiten zur Einforderung der Einhaltung des Unterbringungsgesetzes<sup>20</sup>.
- Fehlende Möglichkeiten zur Einforderung der allgemeinen Patientenrechte.
- Die polizeiliche Zwangszuweisung erfolgt ohne gerichtliche Kontrolle und ohne anwaltschaftlichen Beistand. Die/der psychisch Kranke begegnet in einer akuten (oft gesundheits- und/oder lebensgefährlichen) Situation nicht selten zunächst Vertretern der staatlichen Ordnungsmacht. Die medizinische und therapeutische Versorgung tritt in den Hintergrund. Somatisch Kranken

---

einen Teil seiner lebenspraktischen Autonomie dem - wie er hofft - kompetenten Experten, dem Arzt seiner Wahl. Dieser handelt wiederum unter Anerkennung der lebenspraktischen Autonomie nach dem Konzept der stellvertretenden Deutung bei äußerst möglicher Schonung der Entscheidungsfreiheit des Patienten." (Raven, 1989, S. 27ff.)

<sup>18</sup> „1. Berufsständische Organisationen mit den Funktionen des Erwerbs und der Sicherung eines öffentlichen Mandats und des damit korrespondierend gesellschaftlichen Vertrauens; - Vereinheitlichung und Kontrolle des Standards von Berufsausbildung und -ausübung sowie des Berufszuganges; - Ausbildung und Wahrung eines berufsständigen Wert- und Normencodex; Wahrnehmung und Durchsetzung der sozioökonomischen Interessen; 2. Kollektive Dienstleistungsorientierung; 3. Monopolisierung des öffentlichen Auftrags; 4. Weitgehende Autonomie der Berufsausübung gegenüber Klienten und Institutionen ...; 5. Expertentum aufgrund wissenschaftlich fundierter Praxis unter Einsatz spezialisierten Wissens und Könnens" (Novak & Zipp, 1989; S. 95)

<sup>19</sup> Die international anerkannten Anforderungen an eine professionelle anwaltschaftliche Patientenvertretung sind wesentliche Kriterien für das Leistungsangebot und die Haltung der österreichischen Patientenanwaltschaft: „1. Die Anwaltschaft muß sich am Klienten orientieren; das heißt noch nicht, daß alle Ansinnen erfüllt werden müssen. 2. Die Anwaltschaft muß unabhängig sein. Wäre ein Patientenanwalt auch nur mittelbar ein Angestellter einer belangenden Institution, so käme er in eine Konfliktsituation. 3. Die Anwaltschaft muß für jedermann zugänglich sein. Der Anwaltschaft muß die Institution jederzeit zugänglich sein und zeitlich erreichbar sein. 4. Die Anwaltschaft darf weder nur auf Konfrontation noch nur auf Konfliktscheue setzen. Das heißt, sie muß die Interessen des Patienten kooperativ, zusammenarbeitend, aber nachhaltig fördern. 5. Die Anwaltschaft hat auf Verständnis und Akzeptanz hin zu agieren, um die gerichtliche Lösung von Konflikten zu minimieren." (Ontario Ministry of the Attorney General, *You've Got a Friend*, 1973 in Pichler, 1992, S. 525)

<sup>20</sup> „Unter Umständen können solche widerrechtlichen Einschränkungen der persönlichen Freiheit neben schadenersatzrechtlichen Folgen - vgl. § 1329 ABGB, §§ 1ff. Amtshaftungsgesetz, Art.5 (5) MRK - auch strafrechtliche Sanktionen nach sich ziehen (§§ 99 und 303 StGB).

werden derartige Situationen nicht zugemutet.

- Fehlende unbürokratische, mobile medizinische Hilfe für psychisch Kranke in akuten Situationen.
- Kaum flächendeckende ambulante Einrichtungen, insbesondere fehlen diese im ländlichen Raum.

Allein die begrüßenswerte Intention des Gesetzgebers<sup>21</sup>, mit Hilfe einer fortschrittlichen Gesetzgebung die Realität an Ort und Stelle zu verändern, bietet den Patientenanwältinnen und -anwälten bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten zu wenig Handlungsspielraum. Das Engagement das diese Berufsgruppe mitbringt, kann den Schutz der Persönlichkeitsrechte der betroffenen Patientinnen und Patienten nicht gewährleisten. Es muß als Tatsache gesehen werden, daß eine weitere Institution - vertreten durch die/den Patientenanwältin/-anwalt - über die reale Situation<sup>22</sup> des psychisch kranken Menschen informiert ist (die Grenzen der ärztlichen und therapeutischen Behandlung, die Ausgrenzung aus den primären Lebensbereichen: Arbeit, Wohnung, Mobilität etc.). Ein hilfloser Helfer mehr.

Es zeigt sich einmal mehr- psychiatrische Krankenhäuser und letztlich auch das Unterbringungsgesetz sind der Spiegel des gesellschaftlichen Umgangs mit psychisch kranken Menschen. Die/der Patientenanwältin/-anwalt kann nur innerhalb der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen handeln. Ihr/sein Handlungsspielraum ist eng, die gesellschaftlichen Interessen mächtig: Einschränkung der Bewegungsfreiheit, des Selbstbestimmungsrechtes vor allem betreffend die Behandlung, die Krankenhauszuweisungen mit: Zwang und Gewalt durch Vertreter der staatlichen Ordnungsmacht. Nicht zuletzt hat sie/er mit Ärztinnen/Ärzten und Fachpersonal zu tun, die die Medikation auch zum Zwecke der Einschränkung der Bewegungsfreiheit und nicht nur zur Behandlung von Symptomen anwenden. Dies sind Realitäten, die mit dem Unterbringungsgesetz rechtlich abgesichert sind und gegenüber denen die Patientenanwältin genauso machtlos ist wie ihr Klient, der Patient.

Und dennoch - die Einrichtung der Patientenanwaltschaft mit der Intention, die

---

<sup>21</sup> „Es muß sichergestellt werden, daß der psychisch Kranke selbst ungerechtfertigten Beschränkungen entgegentreten kann oder, falls er dazu nicht imstande ist, seine Interessen von einem fachkundigen und engagierten Vertreter wahrgenommen werden.“ (Bericht des Justizausschusses, 464 der Beilagen)

<sup>22</sup> Fehlen von bedürfnisgerechten, individuellen extramuralen Angeboten (kaum Hausbesuche), gravierende Mängel beim polizeilichen Zuweisungsvorgang - die Notwendigkeit einer psychiatrischen/psychologischen Krisenintervention (eines Krankenhausaufenthaltes) wird zunächst von Polizisten beurteilt, erst in weiterer Folge wird ein Arzt herbeigeholt; keine kompetente Begegnung mit psychisch Kranken in Akutsituationen (Zwangsgewalt der Polizei, keine fachärztliche Untersuchung vor Zuweisung, unadäquate Behandlung kranker Menschen, Polizei anstatt ärztliche/therapeutische Hilfe, lange Wartezeiten in der Wohnung unter Aufsicht der Polizei oder auf Polizeikommissariaten).

Persönlichkeitsrechte psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern effektiver zu schützen, ist ein erster Schritt zum Beitrag der Egalisierung. Die Forderung nach weiteren Maßnahmen, die die Unantastbarkeit der Persönlichkeitsrechte psychisch kranker Menschen im Alltagsleben gewährleisten, kann nicht ausbleiben.

## Literatur

ABGB (Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch)

BERNER/SIEL/STROTZKA/WYKLICH (Hrsg.): Zur Zeitgeschichte der Psychiatrie in Wien. Eine Bilddokumentation, Verlag Ch. Brandstätter Wien 1983.

BETRIFFT: 1 Jahr Unterbringungsgesetz. Zeitschrift des Arbeitskreises Psychiatrie Salzburg, Jg. 2, Nr. 5, 1992.

BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ: Bericht des Justizausschusses über die Regierungsvorlage (464 der Beilagen) Bundesgesetz über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten, 1202 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVM.GP in Kopetzki Christian, Unterbringungsgesetz, Nachrichten aus dem Rechtsreferat, Rundbrief Nr. 7, Verein für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur, Wien 1991.

DANZINGER, Rainer: Mögliche Auswirkungen des Unterbringungsgesetzes auf das Behandlungsklima in der Psychiatrie. In: Betrifft, 1992, S.34.

EICKEN V., Barbara; ERNST, Ellen & ZENZ, Gisela: Fürsorglicher Zwang. Freiheitsbeschränkungen und Heilbehandlungen in Einrichtungen für psychisch Kranke, für geistig behinderte und für alte Menschen. Rechtstatsachenforschung, Bundesministerium der Justiz, Bundesanzeiger (Hrsg.), Köln 1990.

ERMARCORA, Felix: Grundriß der Menschenrechte in Österreich.

Manz-Verlag, Wien 1988.

EMRK (Europäische Menschenrechtskonvention)

FINZEN, Asmus; HAUG, Hans-Joachim; BECK, Adrienne; LÜTHY, Daniela: Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993.

FORSTER, Rudolf: Von der Anhaltung zur Unterbringung psychisch Kranker - eine Rechtsreform aus statistischer Sicht. In: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, Originalbeiträge, 1994/1.

FORSTER, Rudolfs PELIKAN, Jürgen: Psychiatriereform, Persönlichkeitsschutz und Rechtsfürsorge. Vom Krankenanstaltengesetz 1956 zum Modellprojekt Sachwalterschaft. In: Justiz und Zeitgeschichte S. 305-345, Erika Weinzierl & Karl R. Stadler (Hrsg.): Veröffentlichungen des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Geschichte der Gesellschaftswissenschaften, Verlagsort: Bundesministerium für Justiz, Neustiftgasse 2, 1070 Wien, 1983

KOPETZKI, Christian: Das neue österreichische Unterbringungsrecht. Recht und Psychiatrie, Heft 2, 1991 Psychiatrieverlag, Bonn.

KOPETZK1, Christian: Unterbringungsgesetz, Nachrichten aus dem Rechtsreferat, Rundbrief Nr. 7, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft, Wien 1991. KAG (Krankenanstaltengesetz) LESKY, Erna: Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert, Graz-Köln 1965.

NOVAK, P. & ZIPP, W.: Gesellschaftliche Probleme der Medizin. Deprofessionalisierungs- und Professionalisierungstendenzen in der psychosozialen Versorgung. In: Medizinische Soziologie, Deppe/Gerhard/Novak (Hrsg.), Jahrbuch 1, Frankfurt 1981.

Österreichisches Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch

Österreichisches Bundesverfassungsgesetz, 1988

PICHLER, Johannes W.: Internationale Entwicklung in den Patientenrechten. Schriften zur Rechtspolitik Bd. 4, Böhlau Verlag, Wien 1992.

PLATZ, Thomas: Ein Jahr Unterbringungsgesetz. Von den Zwangsaufnahmen zur Unterbringung im Psychiatrischen Krankenhaus. Daten aus Kärnten. In: Betrifft, 1992, S. 21.

RAVEN, Uve: Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung. Zum Berufsethos von Medizinern. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden 1989.

UbG (Unterbringungsgesetz) 1991

VSPAG (Vereinsachwalter- und Patientenanwaltsgesetz), BGBl 1990/156

# Plenumsdiskussion zum Themenbereich I

*Moderation: Georg Schulte-Kemna, Dortmund*

Meine Damen und Herren, wir haben einen langen Tag gehabt, und meines Erachtens hat sich die Frage nach der Fachlichkeit, d.h. das Spannungsfeld zwischen Fachlichkeit und persönlicher Betreuung, wie ein roter Faden durchgezogen. Was sind denn die Kriterien für Fachlichkeit von professioneller Betreuung? Gelten für Ehrenamtliche und Professionelle dieselben Kriterien, wie das in dem Beitrag aus Österreich anklang, oder hat die Arbeit von Ehrenamtlichen eine ganz eigene Qualität, die nicht einfach aufgeht in etwas weniger von dem, was Professionelle besser können? Gibt es vielleicht auch sogar Aspekte von Professionalität, die Profis besser verlernen müssen?

*Christian von Ferber, Köln*

Bei Ihrer Gegenüberstellung von Fachlichkeit und persönlicher Betreuung ist mir eins nicht deutlich. Es wurden hier eine ganze Reihe von Anforderungen für den Umgang mit Ehrenamtlichen formuliert. Ist das nun ein Bestandteil der Fachlichkeit, und wenn, wie wird diese Fachlichkeit erworben? Nach meiner Einschätzung handelt es sich weniger um Anteile professionellen Wissens, sondern um reflektierte persönliche Erfahrungen, wie man mit anderen Menschen umgeht, mit denen man zusammenarbeitet. Natürlich kann man sagen, die Zusammenarbeit mit anderen Menschen ist ein Bestandteil der Fachlichkeit aller beratenden Berufe, aber die Art und Weise, wie man diese Fähigkeit entwickelt, wie man diese Fähigkeit erwirbt, ist eine andere als die, wie professionelles Wissen mitgeteilt wird. Ich glaube, daß man in dieser Frage des Umgangs mit anderen Menschen, der Zusammenarbeit mit anderen Menschen nie auslernt. Was wir hier brauchen, sind neue Formen der Weiterbildung, bei denen wir von Frontalsituationen Abstand nehmen müssen. Worüber wir m.E. nachdenken müssen, ist, wie bekannte, zeitgerechte, für die Aufgabe passende Formen der Fort- und Weiterbildung bei uns eingeführt und auch durchgesetzt werden können.

*Günther Haberl, Wien*

Ich möchte als Hinweis ergänzen, was unser Verein tut, um die Leiter und Leiterinnen des Teams ehrenamtlicher Sachwalter dazu zu befähigen, diese Beratung und Unterstützung für Ehrenamtliche zu leisten. Wir haben eine vierteilige, interne Teamleiterausbildung entwickelt, bei der es darum geht, genau durchzuarbeiten: was wird vom Teamleiter erwartet, wie schaut der Auftrag sowohl vom Gesetz als

auch von der Organisation her aus? In einem weiteren Teil geht es um gruppendynamische Selbsterfahrung, und schließlich gibt es einen, der sich mit Fall-supervision beschäftigt. Dieses Angebot an die Teamleiterinnen und Teamleiter war notwendig, damit diese Funktion gern und auch qualitativ zunehmend besser ausgeübt werden kann.

*Georg Schulte-Kemna, Dortmund*

Sie sind offensichtlich schon relativ weit auf dem Wege, so etwas wie ein Curriculum zu entwickeln, aber ich vermute, daß wir uns hier relativ schnell einigen könnten, daß man wesentliche Teile davon in der Arbeit selbst lernt. Und da schließt sich für mich natürlich die Frage an, wie sind denn die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsstrukturen? Sind sie geeignet dafür, daß man diese Fähigkeit dort lernen kann? Wie ist es mit der Zersplitterung in diesem Bereich, bzw. wo gibt es denn Teams?

*Werner Zahner, Bamberg*

Unser hauptberuflicher Mitarbeiter, der für die Querschnittsaufgaben zuständig ist, hat große Schwierigkeiten, allein an die Namen der Ehrenamtlichen heranzukommen. Die gibt weder das Vormundschaftsgericht noch die Betreuungsbehörde weiter, und zwar aus Gründen des Datenschutzes. Das nächste ist: ich habe letzte Woche in der örtlichen Arbeitsgemeinschaft zum ersten Mal die Arbeitsgrundlage gesehen, die sämtlichen Betreuerinnen und Betreuern, Ehrenamtlichen, Hauptberuflichen, Behördenbetreuern und Vereinsbetreuern als Arbeitsgrundlage dient. Sie ist jetzt für Bayern vom Justizministerium herausgegeben worden, umfaßt einen Aktenordner DIN A4 mit überschläßig 300 Seiten. Da steht drin, für was der Betreuer zu sorgen hat, was seine Aufgaben sind und - jetzt das Wichtige - für was er oder sie auch haftbar gemacht werden kann, wenn z.B. fahrlässig Antragsfristen versäumt werden, etc. Das gleiche wurde bei uns im Rahmen einer Informationsveranstaltung für Ehrenamtliche bezüglich der Vermögensfrage vom Rechtspfleger gesagt: Sie haben die und die Aufgaben, Sie müssen da und dafür sorgen, Sie dürfen das und das nicht. Wenn Sie das nicht so machen, wie Ihr Auftrag lautet, sind Sie dafür haftbar. Die meisten der ca. 20 Personen haben gesagt: Wer stellt sich denn noch als ehrenamtliche Betreuerin oder als Betreuer zur Verfügung, wenn sie oder er zum Schluß für alles Mögliche haftbar ist, ohne - und zwar auswendig - diese 300 Seiten des vorher genannten Ordners zu kennen? Deswegen war der Ansatz von Herrn von Ferber, punktuell fortzubilden, richtig, aber praktikabel ist er derzeit noch nicht.

*Jutta Bienwald, Lüneburg*

Hier werden zwei unterschiedliche Bereiche immer überschneidend diskutiert. Es geht um Fortbildung von sog. Professionellen, also denen, die das beruflich

machen, wie Vereinsbetreuerinnen oder freiberufliche Betreuer oder Behördenbetreuer, und denen, die ehrenamtlich betreuen. Mir ist daran gelegen, daß man diesen Begriff *Fortbildung der Ehrenamtlichen* einfach eliminiert. Er trifft überhaupt nicht zu. Ehrenamtliche werden nicht *fortgebildet*, Ehrenamtliche haben ein *Wissen* und ein *Können*, das *ergänzt* werden muß. Die haben ein Wissen und Können aus Lebenserfahrung heraus, mit teilweise auch behinderten Familienmitgliedern, das man nicht lernen kann. Es gilt also, dieses Wissen und Können zu ergänzen, zu erkunden, zu filtern und zu bündeln, so daß es für die Arbeit der Betreuung eingesetzt werden kann und daß es darauf konzentriert werden kann. Deshalb wäre mir sehr daran gelegen, den Begriff *Fortbildung* im Zusammenhang mit Ehrenamtlichen nicht mehr zu benutzen.

*Heinrich Kunze, Bad Emstal*

Dann kann ich mich mit meiner Wortmeldung gleich anschließen zum Verhältnis von Fachlichkeit und Ehrenamtlichkeit. Ich will kurz hinweisen auf eine Entwicklung, die nichts primär mit Betreuung zu tun hat, sondern ein kleines Pflänzchen aus unserer therapeutischen Arbeit heraus darstellt. Herkömmlich sind wir als Psychiater die Fachleute, die wissen, was für die Patienten und Patientinnen gut ist. Manchmal sage ich polemisch, eigentlich müssen die Patienten unsere Sprache lernen, bevor sie mit uns in Beziehung treten können. Jetzt gibt es aber eine andere professionelle Haltung, die die Eigenständigkeit der Betroffenen, sei es der Erkrankten oder der mitbetroffenen Angehörigen, als eigenständige Erfahrung ganz ernst nimmt und sagt, was haben denn Menschen, die sich z.B. schon jahrelang mit ihrer schizophrenen Erkrankung herumschlagen, was haben denn Freunde, Eltern, die mit einem solchen Menschen zusammenleben, für Erfahrungen gemacht, wie sie damit zurechtkommen, welche Lösungen in ganz konkreten Situationen sie ausprobiert haben mit welchem guten und schlechten Erfolg. Es geht darum, daß ich als Fachmann diese Betroffenen nicht belehre, sondern ihnen helfe, sich über ihre eigenen Erfahrungen klar zu werden und ihre Erfahrungen als wichtig (und genauso wichtig wie meine fachlichen Konzepte) anzusehen und mit Selbstbewußtsein zu vertreten. Das erinnert mich an Ihr pädagogisches Konzept: nicht Generalwissen auf Vorrat für irgendwelche, nicht vorhersehbaren, konkreten Ereignisse zu vermitteln, sondern ereignisbezogen solche Dinge und solche eigenen Erfahrungen und Erfahrungsschätze von betroffenen Ehrenamtlichen zu nutzen und wertzuschätzen.

*Georg Schulte-Kemna, Dortmund*

Vielleicht können wir doch einmal etwas konkreter werden. Was heißt das denn für Arbeitsweisen? Es prallen ja offensichtlich unterschiedliche Lernprinzipien und Lernformen aufeinander. Das ist ja auch ein objektives Dilemma. Es gibt ja auch Sicherheitsfragen und Absicherungsbedürfnisse, es gibt ja auch die Notwendigkeit, eigentlich vieles gleichzeitig fachlich parat haben zu müssen. Es gibt neben

hohen Anforderungen an Beziehungsfähigkeit auch hohe Anforderungen an Fachkenntnisse und Urteilsvermögen. Nun gibt es eine soziale Erfindung für solche Zwecke, die nennt man gemeinhin Team. Das ist aber eine Arbeitsform, die nicht unbedingt überall so verbreitet ist.

Wie geht das denn, wie kriegt man denn eigentlich Arbeitsformen hin, mit denen ein solches prozeßbezogenes Lernen sicherstellbar ist, und wie kann man das in der Region organisieren?

*Christian von Färber, Köln*

Es geht ja nicht allein um das Team, sondern es geht ja um Organisationen oder Systeme. Hier möchte ich einen Gedanken wieder in die Diskussion bringen, den Herr Wessels heute morgen angedacht hat Er hat gesprochen von den operationalisierbaren Zielen. So scheint es mir doch möglich zu sein, daß man sich für eine bestimmte Region, für die ein Betreuungsverein oder eine Betreuungsbehörde zuständig ist, für die Qualität des Betreuungswesens bestimmte Ziele setzt, beispielsweise sagt, wir wollen 75% ehrenamtliche Betreuung. Wir wollen erreichen, daß alle Familienangehörigen, die Betreuung durchführen, eine ihnen adäquate Beratung erhalten. Die Begleitforschung hat hier als Versuch ein Scheckheft entwickelt, was diesen Familienbetreuerinnen und -betreuern zugesandt wird, wo sie zu spezifischen Situationen über eine Postkarte Material anfordern können. Das ist effizient und wird offenbar auch sehr gut angenommen. Man kann sich weitere Ziele vorstellen, z.B. bezüglich der Qualität der Beratung. Ich meine schon, wenn man sich solche Ziele setzt und auch überprüft, inwieweit man diese Ziele einhält, daß man dann einen Lernprozeß innerhalb eines sozialen Systems entwickeln kann, in dem viele miteinander kooperieren.

Für die Arbeit in den Betreuungsvereinen, für diejenigen, die auf diesem Gebiet professionell tätig sind, halte ich Balint-Gruppen im Dienst für sinnvoll. Wir haben von Frau Schumacher eine sehr einleuchtende Stellenbeschreibung und eine sehr einleuchtende Praxis erfahren, wie man so etwas auch umsetzen kann. Zur Frage der Durchsetzbarkeit gegenüber den Trägern oder denjenigen, die diese Arbeit finanzieren: Es geht einfach darum, ob wir die entsprechenden Erfahrungen der Erwachsenenpädagogik als Professionelle in den Verhandlungen mit ihnen zur Geltung bringen. Wir können m.E. nicht immer über Fachlichkeit und Professionalität sprechen, aber dort, wo es darum geht, diese Fachlichkeit und Professionalität auch gegenüber den Auftraggebern oder den Behörden durchzusetzen, so tun, als wenn es auch billiger ginge oder als wenn es auch anders ginge.

*Gisela Lantzerath, Bochum*

Vorhin wurde gesagt, daß man sich gewisse Fähigkeiten erst aneignen muß. Das ist richtig, und man muß sich sicherlich austauschen. Auch das Gericht spielt dabei eine wichtige Rolle, weil jede Betreuerin und jeder Betreuer eben auch den

Anspruch darauf hat, beraten zu werden - auch vom Gericht. Dennoch ist unverzichtbar, daß gewisse *Kenntnisse* bereits vorhanden sind, wenn ich mich Berufsbetreuerin nenne, egal, ob ich nun als Profi bei einem Verein arbeite oder als selbständige Berufsbetreuerin. Auch in den Arbeitsgemeinschaften bei den Städten möchte ich von jeder und jedem erwarten, daß sie ihr und er sein Handwerkszeug beherrscht. Wenn man jedesmal - und die Fluktuation ist ja recht hoch bei vielen Vereinen - in der Beratung wieder von vorn anfangen muß: was will denn das Betreuungsgesetz, und wie setzt man das um, dann ist das irgendwann nicht mehr leistbar. Von daher gesehen finde ich es eine *Zumutung*, auch für die Menschen, um die es geht, für die Betreuten - in deren Autonomie der Staat ja eingreift, wenn er Betreuer bestellt - daß manche Betreuungsvereine mit Vereinsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern arbeiten, die nicht einmal das Handwerkszeug beherrschen. Da sind die Vereine gefordert, wirklich zu sagen, das ist Deine Arbeitsplatzbeschreibung, das sollst Du bei mir machen, und die und die Fähigkeiten brauchst Du dazu, und bevor ich Dich auf die Menschheit loslasse, vermittele ich Dir dieses Wissen. Das ist eine Voraussetzung, die meiner Meinung nach unverzichtbar ist.

Ich gehe davon aus, man weiß, was eine Betreuung ist, welche Aufgaben ein Betreuer hat, inwieweit er gesetzlicher Vertreter ist, welche vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungen er braucht. Wenn ich aber erlebe, daß eine langjährige Mitarbeiterin eines Vereins Grundbesitz verkauft, an einen Notar gerät, der die Rechtsgrundlage nicht kennt und dann noch an einen jungen Rechtspfleger, der auch noch nichts davon gehört hat, und dann Grundbesitz verkauft wird ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung, dann ist das so etwas, was ich meine. Oder wenn ein Betreuer dem Sohn der Betreuten 300.000 Mark schenkt, weil die Betreute eh alt ist und vertüddelt und nichts mehr braucht - und das ohne Netz und doppelten Boden, und wenn dann hinterher gesagt wird, „das wußte ich nicht“, dann ist das ein Punkt, an dem kann ich mich unheimlich aufregen, ich selbst muß doch auch versuchen, professionell zu arbeiten, und diese Larmoyanz, die ich dann immer höre, „das hat uns noch nie einer gesagt“, Entschuldigung, die kann ich einfach nicht akzeptieren. Das gleiche gilt natürlich für die Rechtspflegerin und den Notar.

*Günther Haberl, Wien*

Ich möchte ein Argument dafür liefern, warum hohe fachliche Standards notwendig sind. Im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch Österreichs gibt es (und möglicherweise gibt es bei Euch auch so etwas) einen Paragraphen, der sagt, wer sich zu einem Amt bekennt, haftet für besondere Sorgfalt und muß auch Fähigkeiten erwerben, um es auszuüben. Dieses steht bei uns in einem Bundesgesetz und könnte als starkes zusätzliches Argument dienen bei Verhandlungen mit den Auftrag- und Geldgebern.

*Georg Schulte-Kemna, Dortmund*

Für mich wäre eine Frage, ob es denn auch gemeinsame Formen von Fortbildung geben kann, zwischen Sozialarbeitern und Rechtspflegern z.B.?

*Gisela Lantzerath, Bochum*

Für die Justiz (Sie müssen davon ausgehen, daß die Justiz recht unbeweglich ist und auch eine gewisse elitäre Arroganz an den Tag legt) ist es ja sowieso schwierig zu akzeptieren, daß andere Berufsgruppen jetzt in ein Feld mit hineinspielen, das die Justiz zunächst einmal als ihr ureigenstes angesehen hat. Gemeinsame Fortbildung für Richter und Rechtspfleger zusammen zu erreichen, das war bereits eine Sensation. Das haben wir jetzt an der Justizakademie in Recklinghausen erreicht, wenn auch zunächst mit ganz vielen Vorbehalten. Dieses läuft inzwischen einigermaßen mehr oder weniger gut: Jede dieser Tagungen hängt vom Selbstbewußtsein der teilnehmenden Gruppen ab. Darüberhinaus auch noch mit anderen Berufsgruppen irgendetwas von Seiten der Justiz zu machen, ist absolut ausgeschlossen, weil es dafür die Mittel und Titel usw. nicht gibt.

*Peter Winterstein, Hamburg*

Zu dem Thema Rechtspfleger und Sozialarbeiter in einer Fortbildung: Wir haben uns als Landesbetreuungsstelle bereitgefunden, schlichtweg die Rechtspfleger zu so einer gemeinsamen Fortbildung von Betreuern, Berufsbetreuern und Rechtspflegern einzuladen, damit über die Berufsgrenzen und die Ressortgrenzen hinausgehende Fortbildung in Gang kommt in diesem Bereich. Denn sonst gibt es die hochspezialisierten Disziplinen, aber das, worauf es gerade in diesem Arbeitsbereich ankommt, nämlich das interdisziplinäre Gespräch, gibt es nicht. Der Vormundschaftsgerichtstag, der sich dieses zum Ziel gesetzt hat, macht das ohne Unterstützung von Ministerien aus sich selbst heraus mit seinen Mitteln, aber natürlich ist es notwendig, daß die Institutionen, die staatlichen und kommunalen, die in diesem Bereich Verantwortung tragen, solche gemeinsamen Fortbildungen mit massivem Einsatz durchführen.

*Hilke Marks, Hildesheim*

Ich möchte allen hier Beteiligten noch einmal Mut machen. Wir sind in Hildesheim in unserem Betreuungsverein jetzt an einer Stelle, wo es uns gelungen ist, durch ganz enge Kooperation mit der Betreuungsstelle einen Arbeitskreis geschaffen zu haben. Dieser Arbeitskreis hat sich zur Aufgabe gemacht, die Betreuerinnen und Betreuer sowohl von der Betreuungsstelle als auch die Hauptamtlichen des Vereins fortzubilden. Wir nennen diese Kurse Crash-Kurse und haben uns Themen ausgesucht, die je nach Bedarf unterschiedlich durch verschiedene Referentinnen und Referenten besetzt werden. Wir hatten uns von Anfang an auch

gesagt, wir wollen die Gerichte hier nicht außen vor lassen, und haben deshalb auch die drei Amtsgerichte in unserer Region mit eingeladen, und zwar sowohl die Richter als auch die Rechtspfleger. Dies ist am Anfang überhaupt nicht angekommen. Allerdings ändert sich das zunehmend dank unterschiedlicher Themen, die dann auch wiederum für die Rechtspfleger oder Richter interessant sein können. Ich denke, es ist Geduld erforderlich, um auch die alten beruflichen Pfründe aufzubrechen und Kooperation aufkommen zu lassen.

*Rainer Schmitz, Düsseldorf*

Viele Kolleginnen und Kollegen gelangen bei ihren Tätigkeiten im Betreuungswesen an Grenzen ihrer Ausbildung. Dies kann sich zeigen in ihren Kenntnissen in Bezug auf Verwaltung und Versorgungsstrukturen, spezielle Erkrankungsbilder, die Probleme von Komorbidität und die besonderen Defizite bei Personen, die zu den sozial Schwächsten gehören. Über diesen Punkt muß auch weiter nachgedacht werden.

*Edith Petzold, Ulm*

Eine Anmerkung zu dem Beitrag von vorhin: Was tun, wenn man feststellt, daß es Dinge nicht gibt, die man für notwendig hält. Mir fällt das ein bißchen schwer, wenn jemand immer in der Rolle daher kommt, „die Koordinationsstelle müßte dieses tun“, oder „der Abgeordnete müßte jenes tun“, also immer in der fordernden oder anklagenden Rolle, wo es überall hängt. Ich frage mich immer selbst, wo bin ich, und was kann ich tun? Wir leben alle in einer Demokratie, und ich verstehe mich als einen politischen Menschen, Wenn ich an der Nahtstelle sitze, wenn ich als Sozialarbeiterin oder als Betreuerin (ob ehrenamtlich oder als Vereinsbetreuerin) tätig bin, muß ich auf Mißstände öffentlich und in den Foren, die regional da sind, aufmerksam machen. Das gehört für mich dazu, auch wenn ich erst in fünf Jahren etwas erreiche. Das ist ein Stück weit unsere Realität in der Demokratie, und so verstehe ich meine Arbeit als Vereinsbetreuerin, und so verstehe ich mich auch als Mensch und Bürgerin dieser Gesellschaft.

## II. Alternativen zur Betreuung der/des nicht-einwilligungsfähigen Patientin/Patienten

# Das Behandlungsrecht als Fallstrick für das Betreuungsrecht

*Thomas Klie*

## *Zum Einstieg eine Fallgestaltung:*

Herr P. lebt nach mehreren Schlaganfällen in einem Pflegeheim. Bei einem weiteren Schlaganfall erleidet er eine Schlucklähmung, die ihm die Nahrungsaufnahme fast unmöglich macht. Nach Ansicht des behandelnden Arztes ist zur ausreichenden kalorischen Versorgung das Legen einer PEG erforderlich, die allerdings das Leben des Herrn P. sehr verlängern könnte. Schon vor dem Schlaganfall hatte Herr P. häufiger die Nahrungsaufnahme abgelehnt. Herr P. ist kaum mehr ansprechbar und nicht in der Lage, die Fragen der Heilbehandlung selbst zu entscheiden. In einem Patiententestament hat er niedergelegt, daß er unnötige lebensverlängernde Maßnahmen ablehne. In den Jahren, in denen Herr P. noch gut orientiert war, hatte er dem Arzt, aber auch den Pflegekräften gegenüber immer wieder sein Vertrauen, das er gegenüber seinen Kindern habe, zum Ausdruck gebracht. Erwünschte jedoch nicht, das eines seiner Kinder zum gesetzlichen Betreuer bestellt wird, er erteilte auch keine Vollmacht in Heilbehandlungsfragen, sondern ging davon aus, „daß sie schon richtig für ihn entscheiden würden“. In der Einschätzung der Vertrauensbeziehung waren sich alle, Arzt und Pflegekräfte, einig. Eine PEG wurde nicht gelegt, es wurde lediglich für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr gesorgt.

## *1. Das Behandlungsrecht*

Erlauben Sie mir zu Beginn eine etwas nüchterne, juristische „Wiederholung“ der Eckpunkte des Behandlungsrechts in der deutschen Rechtsordnung. Nach deutschem Recht stellt jede Heilbehandlung einen Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit dar und ist nur zulässig, wenn die Patientin/der Patient oder ihr/sein (gesetzlicher) Vertreter eine wirksame Einwilligung erteilt hat - oder ausnahmsweise eine gesetzliche Ermächtigung vorliegt. Die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen wird von der herrschenden Meinung nicht als rechtsgeschäftliche Willenserklärung, sondern als; eine geschäftsähnliche Handlung angesehen, zu der Geschäftsfähigkeit nicht erforderlich ist und auf die die Regeln über die Willenserklärung allenfalls analog angewandt werden können. In unserem Zusammenhang ist zentral die Frage der Einwilligungsfähigkeit der bzw. des

Betroffenen. Nach der herrschenden Rechtsprechung zum straf- und zivilrechtlichen Tatbestand der Körperverletzung kommt es bei der Einwilligungsfähigkeit

- anders als bei der Geschäftsfähigkeit - nur auf die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit an. Die wirksame Einwilligung als Rechtfertigungsgrund für eine Körperverletzung setzt voraus, daß die/der Betroffene über Grund, Art, Bedeutung, Tragweite, Risiken, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen der ärztlichen Maßnahme in für sie/ihn verständlicher Form hinreichend aufgeklärt wurde, sie/er die Aufklärung erfassen konnte und sie/er in der Lage war, ihren/seinen Willen hiernach zu bestimmen (vgl. Rink in: HK-BUR vor § 1904, vRdz. 3). *In einer neueren Definition wird die Einwilligungsunfähigkeit wie folgt beschrieben:*

„Einwilligungsunfähig ist, wer wegen Minderjährigkeit, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung nicht erfassen kann,

- welchen Wert oder Rang die von der Einwilligungsentscheidung berührten Güter und Interessen für ihn haben;
- um welche Tatsachen es bei der Entscheidung geht;
- welche Folgen oder Risiken sich aus der Einwilligungsentscheidung ergeben;
- welche Mittel es zur Erreichung der mit der Einwilligung erstrebten Ziele gibt, die möglicherweise weniger belasten.“

Das Gleiche gilt, wenn die/der geistig Behinderte oder psychisch Erkrankte zwar die erforderliche Einsicht hat, aber nicht in der Lage ist, sich nach ihr zu richten (vgl. Amelung, Recht und Psychiatrie, 1995, S. 26).

In Art. 12 § 2 der Prinzipien und Garantien zum Schutz psychisch kranker Personen der Menschenrechtskonvention ist das aufgeklärte Einverständnis (informed consent) definiert als „ein aus freien Stücken gegebenes Einverständnis ohne Forderungen oder ungehörige Einflußnahmen nach angemessener Erörterung mit dem Patienten und durch den Patienten mit anderen Personen seiner Wahl über

- das Wesen seiner psychischen Erkrankung;
- Wesen, Zweck und Dauer der Behandlung;
- alternative Behandlungsarten;
- die anzuwendenden Methoden im Verlauf der Behandlung;
- mögliche Schmerzen und Unwohlsein;
- mögliche Risiken, Nebenwirkungen und
- zu erwartende Vorteile der Behandlung.“ (vgl. HK-BUR vor § 1904, Rdz. 3)

Je nach Kompliziertheit der ärztlichen Maßnahme ist ein verschieden hoher Grad der Einsichtsfähigkeit erforderlich. Die Einwilligungsfähigkeit ist von der Ärztin/vom Arzt

immer im Hinblick auf die konkrete Maßnahme zu prüfen. Ist die/der Betreffende trotz intensiver Bemühungen intellektuell nicht in der Lage, die Aufklärung und die sich ergebenden Schlußfolgerungen zu verstehen oder kann sie/ertrotz ausreichenden Auffassungsvermögens sich krankheitsbedingt zu keiner Entscheidung durchringen, so bleibt der Ärztin/dem Arzt nichts anderes übrig, als eine gesetzliche Betreuung anzuregen (so: Rink in HK-BUR, § 1904, Rdz. 3).

Nimmt man die Definition und Maßstäbe ernst, wird deutlich, daß zahlreiche Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie, aber auch in der Pflege, als einwilligungsunfähig gelten müssen. Im Protokoll des Vorbereitungstreffens für diese Tagung ist von 6 Millionen die Rede, die Hochrechnungen für erforderliche gesetzliche Betreuungen belaufen sich auf 2 Millionen. Die Zahlen, so ungesichert sie auch sein mögen, weisen einerseits auf ein enormes ethisches, aber auch praktisches Problem hin und machen deutlich, daß bei einer strikten Anwendung der Maßgabe: „In all diesen Situationen bedarf es der Bestellung eines gesetzlichen Betreuers“ das Institut des individuellen Rechtsschutzes überfordert würde. Dies gilt tatsächlich angesichts der Infrastruktur in Sachen Betreuungswesen, aber darüber hinaus auch in rechtssoziologischer Perspektive: Es würde zu einer justizförmigen Verrechtlichung im Gesundheitswesen führen, die kaum auf Akzeptanz der Beteiligten rechnen kann. Entsprechend leidenschaftlich wird die staatliche Ingerenz in ärztlich-therapeutische Beziehungen zurückgewiesen, insbesondere bei § 1904 BGB. Von rigoroser Gängelung und Demotivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen ist die Rede oder von impliziter, stetiger moralischer Anklage gegen Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte bei Herausstellung der Rechtswidrigkeit üblicher Praktiken (vgl. etwa Wolter-Henseler in: VGT (Hrsg.), 4. Vormundschaftsgerichtstag, Bonn 1995, S. 132 ff.)-

Die Rechtslage werde den praktischen Bedürfnissen nicht gerecht, ließe sich etwas verkürzt die Position von Langefeld zitieren, andererseits berichten Baur u.a. von der heilsamen Wirkung obligatorischer betreuungsrechtlicher Verfahren bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten, insbesondere bei sog. „gefährlichen Heilbehandlungsmaßnahmen“ gemäß § 1904 BGB (vgl. Baur, FuR 1994, S. 297): Allein die Genehmigungsbedürftigkeit bestimmter Heilbehandlungsmaßnahmen zwinge zum Überdenken problematischer Therapien und führe zum spürbaren Rückgang etwa problematischer Medikationen. Substandards in der ärztlichen Behandlung, insbesondere bei dementiell Erkrankten, werden auch von heftigen Kritikern einer „rigorosen“ Anwendung des Betreuungsrechts bei ärztlichen Heilbehandlungsmaßnahmen konzediert (vgl. Wolter-Henseler, a.a.O.). Beziffern läßt sich der Umfang „überflüssiger“ Heilbehandlungen nicht, auf die allein durch die Existenz des Betreuungsrechts und entsprechende, wenngleich stark differierende, gerichtliche Spruchpraxis verzichtet wird. Diesem Aspekt der Wirksamkeit des Betreuungsrechts nachzugehen, wäre hochinteressant. Sicher gilt aber, daß das Betreuungsrecht nicht Qualitätsmängel in der ärztlichen Versorgung kompensieren kann.

Das Gleiche gilt in Richtung Sozialleistungen: Infrastrukturdefizite in der

sozialpsychiatrischen Betreuung etwa oder der psychiatrischen und sozialpflegerischen Begleitung dementiell Erkrankter können durch das Betreuungsrecht zwar besonders deutlich, aber nicht strukturell „angegangen“ werden. Hierin läge eine Überforderung des Rechtsinstituts des individuellen Rechtsschutzes der gesetzlichen Betreuung. Die begrenzte Flankierung der Rechtsreform Betreuungsrecht durch eine entsprechende Gesundheits- und Sozialreform rächt sich hier. Dennoch bleiben Qualitätsmängel in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung nicht ohne betreuungsrechtliche Relevanz, und es sollte von beiden Seiten, von Ärztinnen/Ärzten und Juristinnen/Juristen, nach Wegen gesucht werden, wie unter anerkannt schwierigen Rahmenbedingungen die Dignität des Betreuungsrechts gewahrt bleiben kann.,

Das Problem *Behandlungsrecht und gesetzliche Betreuung* zwingt auch zum Nachdenken über rechtliche Lösungen und Wege aus dem Dilemma, das ein quantitatives, aber auch ein qualitatives ist. Hierum soll es in den nachfolgenden Ausführungen insbesondere gehen, die sich als Diskussionsbeitrag und nicht als Lösung des Problems verstehen.

## *2. Alternativen zur gesetzlichen Betreuung*

Die rechtliche Diskussion über Alternativen in der Bestellung einer/eines gesetzlichen Betreuerin/Betreuers bei vorliegender Einwilligungsunfähigkeit wird in drei Richtungen geführt.

### *a. Vollmacht statt Betreuung*

Eine im Vordringen befindliche Auffassung in der Literatur läßt auch in Gesundheitsangelegenheiten eine gewillkürte Vertretung durch eine Bevollmächtigte/einen Bevollmächtigten ungeachtet des nicht rechtsgeschäftlichen Charakters der Einwilligung zu (so Füllmich, NJW 1990, S. 2301; Uhlenbruck, MedR 1992, S. 134; andere Ansicht: Schwab, FamRZ 1992, S. 496). Für die Zulässigkeit der Vollmachtslösung spricht § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB, der von der Subsidiarität der Betreuung ausgeht. Eine Betreuung ist immer dann nicht erforderlich, wenn die Angelegenheiten der/des Betroffenen durch eine Bevollmächtigte oder andere Hilfen ebenso gut wie im Rahmen der gesetzlichen Betreuung besorgt werden können.

Kann jedoch die Einwilligung in Heilbehandlungen Gegenstand einer Vorsorgevollmacht sein? Die Vertretungs- und Vollmachtsregelungen, auch im Rahmen der Vorsorgevollmacht, richten sich nach den §§ 164 ff. BGB. Aufgrund der Gesetzesystematik läßt sich erkennen, daß die Erteilung einer Vollmacht nur für Rechtsgeschäfte vorgesehen ist. Die Einwilligung selbst stellt jedoch keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung dar. Zu ihr soll grundsätzlich nur die Inhaberin/der Inhaber des geschützten Rechtsguts berufen sein, die Vorsorgevollmacht hat nach Schramm (MüKo-Schramm, § 164 Rdnr. 9) da ihre Grenzen, wo das Gesetz

die höchstpersönliche Vornahme von Rechtsgeschäften anordnet, oder bei der Entscheidung über medizinische Maßnahmen.

Die Gegenmeinung sieht: auch in der Einwilligung in eine Heilbehandlung einen möglichen Gegenstand einer Vorsorgevollmacht (Palandt/Dietrichsen, Einführung von § 1896, Rdnr. 9). Die im Gesetz vorgeschriebenen höchstpersönlichen Angelegenheiten hätten zum Zweck, die einzelne Vertragspartei zu schützen und einen möglichen Mißbrauch zu verhindern. Die Vorsorgevollmacht diene jedoch gerade dazu, dem Willen des Betroffenen auch in dessen Krankheitsfall zu entsprechen, den er zu diesem Zeitpunkt nicht mehr selbst äußern könne. Dieser Wille könne durch eine von ihm bestellte Person seines Vertrauens eher gewahrt werden, als von einer Betreuerin, die diesem Willen nicht unbedingt folgen müsse - ein Argument, das nicht überzeugt, da die Betreuerin gemäß § 1901 BGB ebenso an den Willen des Betroffenen gebunden ist wie ein Bevollmächtigter.

Bei der Heilbehandlung komme es doch darauf an, dem Willen der/des Betroffenen zu entsprechen. Durch die Stellvertretung, die auf dem Offenheitsgrundsatz beruht, werde dieser Wille erkenntlich. Die Möglichkeit, eine Vertreterin/einen Vertreter für die Gesundheitsfürsorge zu bestellen, sei auch in dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen begründet. Wenn schon das Persönlichkeitsrecht über den Tod hinauswirke (BVerfGE 30 173), dann müßte doch erst recht das Selbstbestimmungsrecht der/ces Betroffenen über die Schwelle einer dementiellen Erkrankung oder einer Einwilligungsunfähigkeit hinaus fortwirken, das ihr/ihm gerade als lebende Person zugute kommen soll (vgl. Palandt/Dietrichsen, a.a.O.)

Uhlenbruck (a.a.O.) sieht in der Einwilligung zwar keine rechtsgeschäftliche Handlung, qualifiziert sie jedoch als eine rechtsgeschäftsähnliche Handlung, auf die die Vorschriften der §§ 104 ff., 164 ff. BGB zumindestens entsprechende Anwendung finden sollten. Uhlenbruck geht den Weg über die analoge Anwendung der Stellvertretungsregelung. Eine dogmatische Alternative für die Zulässigkeit der Bevollmächtigung in „Heilbehandlungsangelegenheiten“ stellt die Konstruktion der Übertragung des Selbstbestimmungsrechts durch Ausübung an einen Dritten dar.

Unabhängig von der Frage, welchen dogmatischen Weg man wählt, werden zwei weitere Argumentationslinien für die Bevollmächtigungsmöglichkeit in Fragen der Einwilligung in Heilbehandlungen verfolgt. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich im BGB die Delegierbarkeit höchstpersönlicher Rechtsgeschäfte geregelt. Die Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung falle unter keinen dieser gesetzlichen Ausschlußtatbestände. Deshalb stehe eine entsprechende Anwendung der gesetzlichen Vorschriften über die rechtsgeschäftliche Stellvertretung für den Fall der Vertretung in Gesundheitsangelegenheiten der Konzeption des BGB nicht entgegen. Hier ist allerdings zu fragen, ob der Gesetzgeber sich seinerzeit jemals über die Frage der Vertretung in Heilbehandlungsangelegenheiten Gedanken gemacht hat. Weiterhin gelte, daß der Gesetzgeber durch die Regelungen in den neuen §§ 1901, 1903, 1904, 1905 BGB zum Ausdruck gebracht hat, daß es einen Dritten und in besonders schweren Fällen auch das Vormundschaftsgericht für

kompetent hält, für die Patientin/den Patienten deren Selbstbestimmungsrecht ausüben zu können. Was für den gesetzlichen Fall der Betreuung selbstverständlich erscheint, könne für den Fall der gewillkürten Vertretung, vor allem bei besonderen Vertrauensverhältnissen, nicht infragegestellt werden (so auch Uhlenbruck, MedR 1992, S. 141). Die gesetzliche Aufwertung der Vorsorgevollmachten durch § 1896 Abs. 2 BGB sollte angesichts der neuen Bedeutung der Personensorge auch nach Knittel nicht auf Vermögensangelegenheiten begrenzt werden (vgl. Knittel, § 1896, Rdnr. 20; so auch Rink, HK-BUR vor § 1904, Rdnr. 27 ff.)-

Kommt man zu dem Ergebnis der Zulässigkeit der Bevollmächtigung in Heilbehandlungsangelegenheiten, bleibt die Frage, ob die Wahrnehmung der Rechte durch eine Bevollmächtigte „ebenso gut“ wie durch einen gesetzlichen Betreuer wahrgenommen wird. Von ebenso gut kann nur dann die Rede sein, wenn dem Wohl der/des Betroffenen in gleichem Umfang und in den anfallenden Aufgabenbereichen wie bei einer gesetzlichen Betreuung entsprochen werden kann, d.h. die Wahrnehmung der Angelegenheiten dem Wohl der/des Betroffenen ebenso förderlich, ebenso effizient und ohne größere (Rechtsschutz-) Risiken ist. Ist dies nicht gewährleistet, endet der Vorrang der Fürsorge durch Bevollmächtigte und andere Hilfen (vgl. MüKo-Schwab, § 1896 Rdnr. 29).

Die Entscheidung, ob die Wahrnehmung der Angelegenheiten des Betroffenen besser durch eine gesetzliche Betreuerin erfolgt, bedarf einer Gesamtabwägung der Lage unter dem Gesichtspunkt des Wohls des Betroffenen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Betreuung prinzipiell unter der präventiven wie repressiven Kontrolle der Gerichte steht, die Tätigkeit privater Beauftragter nicht. Weiterhin gilt, daß das Erforderlichkeitsprinzip bzw. die Subsidiarität gesetzlicher Betreuungen nicht die Entstehung unkontrollierter Abhängigkeitsverhältnisse fördern darf. Bei dieser Fragestellung geht es vor allem um die Kontrollmöglichkeiten von Bevollmächtigten, für die die Bestellung eines sog. „Kontrollbetreuers“ oder einer Vollmachtbetreuerin nach § 1896 Abs. 3 BGB infrage kommt (vgl. auch Ring, HK-BUR, vor § 1904 BGB, Rdz. 28). Der Hinweis auf die Möglichkeit der Bestellung eines Kontrollbetreuers trägt den Bedürfnissen der Praxis, ohne jegliche Form der Einschaltung des Gerichts und der Verrechtlichung Fragen der Heilbehandlung regeln zu können, jedoch kaum Rechnung. Insofern sind unter der Fragestellung des „ebenso gut“ andere Wege und Verfahren in die Überlegungen einzubeziehen, die nicht justizförmig mit Methoden der Qualitätssicherung den verbindlichen Vorgaben des Betreuungsrechts Rechnung tragen (siehe hierzu unten).

#### *b. „Person des Vertrauens“*

Weitergehend als die Position, die die Zulässigkeit eines Bevollmächtigten in Angelegenheiten der Heilbehandlung propagiert, ist die auf dem letzten Vormundschaftsgerichtstag diskutierte Figur der „Person des Vertrauens“ (vgl. VGT (Hg.) 4. Vormundschaftsgerichtstag. Materialien und Ergebnisse, Bonn 1995 S. 182 - 190). Wie in dem Eingangsfall anschaulich gemacht werden sollte, „funk-

tioniert" die Stellvertretung in Fragen der Heilbehandlung bei nichteinwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten ganz häufig über nicht explizit bevollmächtigte Angehörige oder andere „Personen des Vertrauens“. Es stellt sich die Frage, ob durch die Institutionalisierung der „Person des Vertrauens“, die in der sozialen Wirklichkeit existiert und weithin akzeptiert wird, dem Selbstbestimmungsrecht der/des Betroffenen in besonderer Weise Rechnung getragen werden kann.

Die „Person des Vertrauens“ kann den Willen der/des Betroffenen bei der Entscheidung über Heilbehandlungen zur Geltung bringen. Aus der Nähe zu der/dem Betroffenen, aus der besonderen Kenntnis und dem gewachsenen Vertrauensverhältnis erwächst die Eignung und Fähigkeit zur Formulierung des „mutmaßlichen Willens“ der/des Betroffenen in Fragen der Heilbehandlung. Bei aller Problematik der Übertragung der aus dem Strafrecht stammenden Figur des „mutmaßlichen Willens“, die für Notstandssituationen „gebraucht“ wird, kann an die Diskussion um das Patiententestament anknüpfend über „Personen des Vertrauens“ in maßgeblicher Weise das Selbstbestimmungsrecht der/des Betroffenen und ihr/sein mutmaßlicher Wille in Fragen der Heilbehandlung zur Geltung gebracht werden. Es entspricht sozialer Übung, nahe Angehörige und andere Personen des Vertrauens bei Entscheidungen über Heilbehandlungsmaßnahmen hinzuzuziehen. Die bisweilen fragilen sozialen und insbesondere innerfamiliäre Unterstützungs- und Vertrauenspotentiale können durch die regelhafte Forderung nach der Bestellung gesetzlicher Betreuerinnen/Betreuer in jedem Einzelfall Schaden leiden, zerbrechen oder aber allein durch den Aspekt der Verrechtlichung ihre Leistungsfähigkeit einbüßen. Damit soll und darf aber keine Relativierung des Selbstbestimmungsrechts und der Maßstäbe des Betreuungsrechts verbunden sein.

Die Diskussion um die „Person des Vertrauens“ reflektiert den Umstand, daß das Betreuungsrecht nicht einer Verrechtlichung sozialer und Betreuungsverhältnisse dienen will, sondern durch seine Wertungen, unabhängig von der Bestellung gesetzlicher Betreuung auf die Gestaltung sozialer Abhängigkeitsverhältnisse materiell Einfluß nehmen will. Die rechtliche Begründung und Konstruktion einer „Person des Vertrauens“ läßt sich über die Figur einer formlosen Vollmacht, der konkludenten Übertragung der Einwilligungsbefugnis oder über die allerdings wenig „passende“ Figur des „mutmaßlichen Willens“ konstruieren.

Noch wichtiger als bei der/dem Bevollmächtigten stellt sich bei der „Person des Vertrauens“ die Frage des „ebenso gut“. Auch und gerade hinsichtlich tatsächlicher Hilfen läßt das Betreuungsrecht nur dann andere Hilfen als die Besorgung der Angelegenheiten durch eine gesetzliche Betreuerin zu, wenn sie ebenso gut die Besorgung der Angelegenheiten des Betroffenen gewährleisten. Die Einbeziehung von „Personen des Vertrauens“ kann nur dann als ebenso gut gewertet werden, wenn gewährleistet wird, daß sowohl die Orientierung an Wohl und Wünschen der/des Betroffenen sichergestellt ist als auch der Mißbrauch der Entscheidungsmacht verhindert wird. Für alle Formen von Zwangsmaßnahmen, in denen gerade nicht mehr von der Sicherstellung des Selbstbestimmungsrechts

der/des Betroffenen ausgegangen werden kann, bleibt die Legitimation über die Einwilligung von „Personen des Vertrauens“ ausgeschlossen. Flankiert durch Qualitätssicherungsmaßnahmen wie Hilfekonzile, Konferenzen, Assessmentverfahren können Schutzvorkehrungen dem „ebenso gut“ dienen und tatsächlich zu einer qualitätssichernden Wirkung in der Gesundheitsfürsorge der Betroffenen beitragen.

### *c. Blick ins Ausland*

Der Kollege Schulte wird mehr über internationale Erfahrungen berichten. Dennoch sei schon an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß gerade in US-amerikanischen Bundesländern interessante Erfahrungen mit Rechtsschutz- und Selbstbestimmungs-Sicherungsverfahren gesammelt wurden, die die Entscheidung über die Einwilligung in Heilbehandlungen auf Freiwillige Gremien oder Stellvertreterinnen/Stellvertreter übertragen und damit eine z.T. problematische Justizförmigkeit umgehen. Zu nennen sind hier das *Surrogate Decision Making Committee (SDMC)* mit dem Institut des *Informed Consent*. Hier entscheiden Freiwilligenkomitees aus 12 Personen. Einen anderen Weg stellt das Institut der *Durable Power of Attorney in Health Care* dar, eine Stellvertreterregelung. In Deutschland sei erinnert an die Diskussion um den Patienten-Anwalt auf dem Deutschen Juristentag. Alle Regelungen stellen Perspektiven de lege ferenda dar und lassen sich mit dem geltenden Recht kaum vereinbaren.

### *3. Perspektiven*

M.E. sind die sich im Betreuungsrecht abbildenden verfassungsrechtlichen Positionen, die das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen herausstellen und absichern, nicht disponibel. Gleiches gilt m.E. für den rechtsstaatlichen Grundsatz des Rechtsschutzes durch Verfahren - wobei gerade dieses Legitimationsmuster in der gerichtlichen Entscheidungsfindung problematisch wird, wenn die Verfahren nicht genutzt werden, um die individuellen Hintergründe und die spezifische Situation der Betroffenen zu eruieren, sondern zu formalen Legitimationsverfahren verkommen, was bei massenhafter Erledigung von Betreuungssachen tatsächlich passiert. Hier versagt das Betreuungsrecht als externes Qualitätssicherungsinstitut sowohl unter Rechtsschutz- als auch unter fachlichen Gesichtspunkten.

Die Aufnahme des Gedankens der verbindlichen Reflexion und Legitimation nach außen in die professionelle Praxis sehe ich als eine der wesentlichsten Perspektiven, die gerichtlichen Verfahren zu entlasten und sie teilweise substituieren zu können. So lange der ärztliche und pflegerische Bereich nicht über Rechtsschutzaspekte integrierende Qualitätssicherungsmaßnahmen verfügt und diese entwickelt, sind die z.T. polemisch geführten Angriffe auf das Betreuungsrecht von dieser Seite wenig hilfreich, wobei, ähnlich wie in der Qualitätssicherungsdiskussion, die externen Qualitätssicherungsverfahren, die das Betreuungsrecht vor-

sieht, nur durch andere externe substituiert werden können. Es bedarf der Außenkontrolle, auch im eigenen Interesse des Sozial- und Gesundheitswesens, sie kann nicht allein durch ärztliche oder pflegerische Selbstkontrolle erledigt werden. Die Forderung nach Qualitätssicherung, nicht unter fiskalischen Gesichtspunkten, wie im Zusammenhang mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und der Pflegeversicherung im wesentlichen diskutiert, gilt generell. Ein Qualitätsmanagementkonzept schließt auch die Sicherstellung externer, rechtsschutzorientierter Qualitätssicherungsmaßnahmen mit ein. Die Alternativen zur Betreuerbestellung können grundsätzlich nur dann greifen, sie sind nur dann ebenso gut oder auch besser als die Besorgung der Angelegenheiten durch gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, wenn sie flankiert werden von qualitätssichernden Legitimationsverfahren, seien es interdisziplinäre Konzile, Patienten-Anwalt, Assessmentverfahren, etc. Die Einbeziehung derartiger qualitätssichernder Legitimationsverfahren hat sowohl etwas mit Demokratisierung als auch mit Professionalisierung von Rechtsschutz zu tun. Bislang wird in der Qualitätssicherungsdiskussion sowohl in der Medizin als auch in der Pflege dem Aspekt der Qualitätsmängel durch Rechtsschutzmängel kaum Beachtung geschenkt. Durch die Berücksichtigung dieser Aspekte in professionellen Qualitätssicherungsverfahren kann der Gefahr der Relativierung von grundrechtlich geschützten Rechtsgütern der Betroffenen im sozialen Gesundheitswesen vorgebeugt werden.

Unter der Bedingung der Einbeziehung Rechtsschutzaspekte aufnehmender Qualitätssicherungsverfahren plädiere ich für die Erprobung und entsprechende wissenschaftliche Begleitung von Substitutionsmöglichkeiten gesetzlicher Betreuung, sowohl durch Bevollmächtigte als auch durch informelle, tatsächliche Hilfen wie die „Person des Vertrauens“. Es sollte allerdings nicht aus tatsächlichen Schwierigkeiten bei der Gewinnung kompetenter Betreuerinnen und Betreuer, der nicht immer befriedigenden gerichtlichen Praxis und vor allem der fehlenden Vorsorge durch die Patientinnen und Patienten selbst vorschnell und ohne Evakuierung das Tor zu Substitutionsmöglichkeiten geöffnet werden. In jedem Fall sind ihnen aber Grenzen zu setzen, so bei Zwangsmaßnahmen, wobei es hier definitorische Probleme zu bewältigen gilt, und insbesondere bei allen freiheits-entziehenden Maßnahmen, die durch § 1906 BGB in ihrer Grundrechtsrelevanz besonders herausgestellt werden. Für gefährlich halte ich hier eine unter verfahrensökonomischen Gesichtspunkten sich entwickelnde Rechtsprechung zur Einwilligungsmöglichkeit von Bevollmächtigten in Unterbringungs- und unterbringungsähnliche Maßnahmen (vgl. OLG Stuttgart, FamRZ 1994, 1417). Das heißt, es bleibt ein erklärlicher Teil der Heilbehandlung nicht nur materiell-rechtlich und betreuungsrechtlich relevant, sondern es bedarf auch in vielen Konstellationen der formellen Bestellung, einer/eines gesetzlichen Betreuerin/Betreuers. Dies gilt es auch zu akzeptieren und durch die Beteiligung an der Förderung von Betreuungsvereinen und der Gewinnung von kompetenten Betreuerinnen und Betreuern in einer Weise sicherzustellen, daß sowohl fachlichen als auch Rechtsschutzbelangen der/des Betroffenen Rechnung getragen wird. Auch die Förderung des Betreuungswesens gehört zum Qualitätsmanagement von Einrichtungen des

## Gesundheits- und Sozialwesens

Insgesamt bleibt der Weg zwischen staatlich supervidiertem individuellem Rechtsschutz, der schnell überfordert wird, und der Selbstregulation und gewillkürter Verlagerung von Entscheidungskompetenzen mit der Gefahr des Verzichts auf zugesicherten Rechtsschutz eine Gratwanderung. Es gibt nicht den einfachen, den Königsweg. Es bedarf der steten gegenseitigen Erinnerung an die ethischen Grundlagen der eigenen Arbeit und die alle Beteiligten verbindenden verfassungsrechtlichen Prinzipien, die in der Philosophie des Betreuungsrechts ihren Niederschlag gefunden haben.

### **Checkliste:**

Flankierende Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Bevollmächtigung und „Personen des Vertrauens“ in Heilbehandlungsangelegenheiten:

1. Wurde ärztlicher- und pflegerischerseits überprüft, ob die Patientin/der Patient bezogen auf die spezielle Heilbehandlungsmaßnahme - einwilligungsunfähig ist?
2. Liegt eine Bevollmächtigung der/des Betroffenen vor und eine Darlegung von Wünschen zur Gestaltung der Heilbehandlung ?
3. Ist die/der Bevollmächtigte, die „Person des Vertrauens“ in der Lage, das Wohl der/des Betroffenen zu verfolgen, oder aber ist sie/er emotional so belastet, durch Konflikte mit der/dem Betroffenen beeinträchtigt oder durch Interessenskollisionen an einer Entscheidungsfindung, die am Wohl der/des Betroffenen orientiert ist, gehindert ?
4. Ist die/der Bevollmächtigte, die „Person des Vertrauens“ durch die Situation oder die Fachfrage überfordert ?
5. Besitzt die/der Bevollmächtigte, die „Person des Vertrauens“, besondere Kenntnisse, die sie/ihn in die Lage versetzen, die Wünsche der/des Betroffenen zu erspüren und zu benennen ?
6. Ist die/der Bevollmächtigte, die „Person des Vertrauens“ in der Lage, die ärztliche Aufklärung entgegenzunehmen und entsprechend eigenständig am Wohl der/des Betroffenen orientiert zu entscheiden ?
7. Liegt eine gefährliche Heilbehandlung gemäß § 1904 BGB vor, die die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts erfordert ?
8. ist die Heilbehandlung mit der Anwendung von Zwang verbunden ?
9. Liegt eine mit Unterbringung oder unterbringungsähnlichen Maßnahmen verbundene Heilbehandlungsmaßnahme IS. des § 1906 BGB vor ?

10. Wurde ein interdisziplinäres Konzil unter Beteiligung von Ärztinnen/Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern und Angehörigen durchgeführt, in dem die oben genannten Fragen zur Sprache kamen ?
11. Wird das Ergebnis des Konzils dokumentiert und in der Behandlungs- und Pflegeplanung berücksichtigt ?
12. Erfolgt eine regelmäßige Beteiligung der Bevollmächtigten/„Personen des Vertrauens“ in der -Ortschreibung des Behandlungs- und Pflegeprozesses?

# Der Schutz persönlicher und sozialer Rechte psychisch Kranker - Zum Verhältnis von rechtlichen und nicht-rechtlichen Verfahrensweisen

*Bernd Schulte*

## *Vorbemerkung*

Ich bin von der Veranstalterin gebeten worden, über den „Schutz persönlicher und sozialer Rechte psychisch Kranker“ zu referieren, und zwar unter besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses „von rechtlichen und nicht-rechtlichen Verfahrensweisen“.

Ich glaube, dieser Aufgabenstellung am ehesten dadurch gerecht zu werden, daß ich nicht lange Ausführungen zu den positivierten, d. h. in Rechtsvorschriften niedergelegten Rechten psychisch Kranker mache (obwohl mir als öffentlichrechtlich ausgerichteten Juristen gerade diese Vorgehensweise am ehesten entsprechen würde), sondern mich vor allem der Frage der besseren *Durchsetzung* der bereits vorhandenen einschlägigen Rechte widme. Aus drei Gründen möchte ich hier auf eine gleichsam formell-rechtlich angelegte Betrachtungsweise verzichten: Zum einen hat mein Vorredner Thomas Klie das Recht psychisch Kranker im engeren Sinne bereits ausführlich und kompetent behandelt, und ich möchte Ihnen und auch mir Wiederholungen ersparen; zum zweiten geht es auf der gesamten Tagung um die Bedeutung des Betreuungsrechts und des Betreuungswesens für die gemeindepsychiatrische Versorgung, geht es mithin darum, was realiter geschieht und geschehen kann, nicht darum, was normativ - „formaliter“ - geschehen soll; und zum dritten hat - und dies ist wohl unbestreitbar und wohl auch unbestritten - das Betreuungsrecht normativ, gleichsam „auf dem Papier“ einen deutlichen Fortschritt gebracht für diejenigen psychisch Kranken, die einstmals entmündigt oder unter Pflegschaft gestellt wurden, und sind auch ansonsten die Rechte der Betroffenen - angefangen mit dem verfassungsrechtlich verankerten Schutz der Menschenwürde in Art. 1 GG und damit der ersten und vornehmsten Bestimmung unserer Verfassung - hinlänglich ausformuliert. Dies gilt auch und gerade in vergleichender Perspektive, die hier im einzelnen nicht ausgebreitet werden kann, die aber im Ergebnis der Bundesrepublik Deutschland als ausgeprägtem *sozialen* Rechtsstaat auch in bezug auf die formell-rechtlichen Garantien psychisch Kranker eine führende Position einräumt.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu etwa *Schulte, 'B., Reform of Guardianship Laws in Europe - A Comparative and Interdisciplinary Approach*, in: *Eekelaar, J./Pearl, D. (eds.), An Ageing World. Dilemmas and Challenges for Law and Social Policy (Papers Given at the Sixth World Conference of the International Society on Family Law, Tokyo/Japan, April 1988), Oxford 1989, S. 591 ff.*

Nicht die Verankerung, sondern die Erfüllung und Durchsetzung dieser Rechte ist das Problem in Deutschland.<sup>2</sup> Was den Vergleich mit anderen Ländern angeht, so läßt sich - verkürzt und plakativ - feststellen, daß dort gemeinhin den positivierten Individualrechten eine weniger hohe Bedeutung als hierzulande beigelegt wird, stattdessen aber nicht selten die Hilfe für die Betroffenen einen höheren Stellenwert besitzt und insbesondere die Strukturen der Hilfeerbringung besser auf die Bedürfnisse des einzelnen abgestimmt sind, als dies in dem zur „Zerstückelung“ neigenden, die Rechte psychisch Kranker gleichsam nur ausschnittsweise wahrnehmenden und erfüllenden „gegliederten System der sozialen Sicherung“ in der Bundesrepublik Deutschland der Fall ist.<sup>3</sup>

Vor diesem Hintergrund erscheint es auf der einen Seite notwendig, den individualrechtlichen Schutz psychisch Kranker in Deutschland beizubehalten, zu verbessern und partiell auch auszubauen - nicht zuletzt in Richtung auf eine ausdrückliche Verankerung des Verbots der Diskriminierung Behinderter in der Verfassung und die Schaffung eines Besonderen Teils des Sozialgesetzbuches Eingliederung Behinderter -, zum anderen aber verstärkt das Augenmerk zu legen auf die „Schwachstellen“, die der Behindertenschutz heute insbesondere darin aufweist, daß das Hilfsangebot zu wenig bedürfnisadäquat angeboten und ausgerichtet ist, Fragen des „Assessment“ nur unzureichend behandelt werden, und es vor allem an rechtlichen Qualitätsstandards u.a. auf der und für die Leistungserbringenseite fehlt. Das Problem liegt deshalb in der Tat - und insofern befinde ich mich in Übereinstimmung mit meinem Vorredner Thomas Klie -, darin, daß Individualrechtsschutz einerseits und Hilfe andererseits nicht in ausreichendem Maße aufeinander abgestimmt und verzahnt sind.

Dieser Problematik will ich im folgenden nachgehen.

### *Betreuungsrecht und Betreuungswesen als Komponenten von Individualrechtsschutz einerseits sowie gemeindepsychiatrischer und psychosozialer Versorgung andererseits*

Was Betreuungsrecht und Betreuungswesen angeht, welche auf dieser Tagung im Mittelpunkt stehen, so gestatten Sie mir dazu zunächst eine zweite allgemeine

International Society on Family Law, Tokyo/Japan, April 1988), Oxford 1989, S. 591 ff. <sup>2</sup> Vgl. dazu auch demnächst zu einer mit der hier behandelten in engem Zusammenhang stehenden Problematik *Schulte, B.,* Altenhilfe in Europa - Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen (Landesbericht für Dänemark, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Spanien, Vereinigtes Königreich) -. Vergleichender Gesamtbericht, München/Bonn (Ms.) 1996 (Veröff. in Vorbereitung)

<sup>3</sup> Vgl. dazu *Schulte, B.,* Rechtsgrundlagen der Rehabilitation in der Psychiatrie - Internationale Perspektiven, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (ZfSH/SGB) 1987, S. 561 ff., *ders.,* Rechtliche Rahmenbedingungen der Rehabilitation, in: Koch, U./Lucius-Hoene, G./Stegie, R. (Hg.), Handbuch der Rehabilitationspsychologie, Berlin 1988, S. 35 ff.

Vorbemerkung. Die Diskussion um das Betreuungsrecht ist in den Jahren seit Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes weitgehend - m.E. zu weitgehend - von den mit dem Betreuungsrecht unmittelbar befaßten Personen geführt worden. Sowohl von der Allgemeinheit als aber auch von den vorstehend genannten unmittelbar Betroffenen ist es hingegen versäumt worden, Betreuungsrecht und Betreuungswesen in die allgemeine Rechts- und auch Sozialpolitik einzubringen.

Ich möchte deshalb in meinen folgenden Anmerkungen insbesondere Wege aufzeichnen, wie man - vielleicht - aus dieser Verengung, ja vielleicht sogar Sackgasse hinausfinden kann.

Ausgangspunkt soll das Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz - BtG) vom 12. September 1990 sein, welches am 1. Januar 1992 in Kraft getreten ist.<sup>4</sup>

Nach Maßgabe des § 1896 Abs. 2 BGB darf eine Betreuerin/ein Betreuer nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung „erforderlich“ ist. Nicht *erforderlich* ist die Betreuung, soweit die Angelegenheiten der/des Volljährigen *durch eine Bevollmächtigte/einen Bevollmächtigten* oder *durch andere Hilfen*, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch eine Betreuerin oder einen Betreuer besorgt werden können.<sup>5</sup>

Die vorstehend erwähnte Bestimmung entspricht dem *Erforderlichkeitsgrundsatz*, der das gesamte Betreuungsrecht beherrscht. Zum einen hat das Vormundschaftsgericht den Aufgabenkreis der Betreuerin so zu bemessen, daß sie nicht Angelegenheiten erfaßt, die der Betreute selbst besorgen kann. Zum anderen ist die Betreuung gegenüber anderen - privaten oder öffentlichen - Hilfen subsidiär. Die Betreuung kann insbesondere entbehrlich sein, wenn die/der Betreute für den Fall ihrer/seiner altersbedingten Geschäftsunfähigkeit einer anderen Person eine Vollmacht (sog. Altersvorsorgevollmacht) erteilt hat oder wenn Vollmachten für andere Fälle - etwa für Hilfsbedürftigkeit wegen eines Unfalls - oder aber auch ohne unmittelbaren Bezug zu einer Hilfsbedürftigkeit erteilt worden sind.

Aus dem Erforderlichkeitsgrundsatz ergibt sich mithin zugleich die *Subsidiarität der Betreuung gegenüber anderen Hilfen*. Diese Subsidiarität ist nicht zuletzt deshalb geboten, weil eine einmal bestellte Betreuerin im Außenverhältnis wirksame Willenserklärungen für den Betreuten selbst dann abgeben kann, wenn dies für den Betreuten rechtlich oder wirtschaftlich nachteilig ist. Dies bedeutet, daß die Bestellung einer Betreuerin trotz ihres Charakters als staatliche Hilfe stets mit der

---

<sup>4</sup> Vgl. zu einer knappen Einführung in dieses Gesetz etwa *Kunze, J.*, Einführung in: Betreuungsrecht (BtG). Textausgabe, München 1992, S. VII - ff. sowie die mittlerweile recht umfangreiche sonstige Literatur zum Betreuungsrecht, insbes. die Erläuterungswerke von *Bienwald, W.*, Betreuungsrecht. Kommentar zum BtG/BtBG, Bielefeld, 2. Auflage, 1994; *Damrau, J./Zimmermann, W.*, Betreuungsgesetz. Kommentar zum BtG, Stuttgart 1991; *Knittel, B.*, Betreuungsgesetz, Kommentar zum BtG, Starnberg - Percha 1992 ff. (Loseblatt)

<sup>5</sup> § 1896 Abs. 1 S. 2 (*Hervorhebung; B.S.*)

Möglichkeit eines rechtsverbindlichen Handelns der Betreuerin für den Betreuten verbunden ist und damit mit einer rechtlichen Einschränkung bzw. Beeinträchtigung für den letztgenannten einhergeht. Nach der Begründung zum Betreuungsgesetz ist aus diesem Grunde in § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB angeordnet worden, daß die Bestellung eines Betreuers nicht als erforderlich anzusehen ist, soweit die Angelegenheiten der/des Betroffenen durch Hilfen, bei denen keine gesetzliche Vertreterin bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.<sup>6</sup> Als derartige Hilfen nennt die Begründung zum Betreuungsgesetz „insbesondere“ - und damit nicht abschließend - „die Hilfe durch Familienangehörige, Bekannte, Nachbarn, aber auch durch Verbände oder die öffentliche Hand - insbesondere die sozialen Dienste -“. Die Inanspruchnahme derartiger Hilfen bietet den Vorteil, daß bei ihnen eben kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, der durch den Beststellungsakt Rechtsmacht erhält.

Im Zusammenhang mit den Vorarbeiten zum Entwurf eines Betreuungsgesetzes ist seinerzeit erörtert worden, ob für körperliche Behinderungen, leichte psychische Krankheiten oder geistige und seelische Behinderungen eine „erste Stufe“ der Betreuung vorgesehen und hierbei auf eine gesetzliche Vertretungsmacht des Betreuers und auf den Nachrang dieser Betreuung gegenüber anderen Hilfen verzichtet werden sollte. Der Gesetzentwurf hat schließlich davon abgesehen, diesen Vorschlag aufzugreifen, weil er - so jedenfalls die Begründung - zur Folge hätte haben können, daß andere Hilfen unter Hinweis auf diese „erste Stufe“ abgebaut worden wären. Die Vormundschaftsreform sollte aber nicht zur Schwächung derartiger „anderer Hilfen“ führen, sondern deren Bedeutung durch die ausdrückliche Festlegung des Nachranges der Betreuung unterstreichen.<sup>7</sup>

Allerdings gilt der Vorrang anderer Hilfen nur dann, wenn durch sie die Angelegenheiten der/des Volljährigen „ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können“. Insofern, als damit die vorrangigen Hilfen als solche bezeichnet werden, bei denen keine gesetzliche Vertreterin bestellt wird, ist die Notwendigkeit einer gesetzlichen Vertreterin ein entscheidendes Abgrenzungskriterium. Wer nur einen „tatsächlichen“ Pfleger für Waschen, Kochen, Einkaufen, Körperpflege, ärztliche Hilfe usw. braucht, benötigt keine bürgerrechtliche Betreuungsperson.

Andererseits setzt die Bestellung einer Betreuerin nicht voraus, daß der Betreute für jede einzelne Besorgung einer gesetzlichen Vertreterin bedarf. Auch die Betreuung nach bürgerlichem Recht kann sich vielmehr bei einzelnen Besorgungen auf einen bloßen Rat oder auf eine tatsächliche Hilfe beschränken. Lediglich dort, wo die Besorgung der Angelegenheiten des Betroffenen *generell* keine gesetzliche Vertretung erforderlich macht, sind andere Hilfen vorrangig.

Im übrigen endet der Nachrang der Betreuung naturgemäß dort, wo die Angele-

<sup>6</sup> Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz - BtG). BT-Drucks. 11/4528, S. 28 ff., 59

<sup>7</sup> So Bundesregierung, Entwurf (wie Fn 6), S.122

genheiten des Betroffenen durch andere Hilfen nicht ebenso gut wie durch eine Betreuerin besorgt werden können. Dies kann beispielsweise auch darin begründet sein, daß andere Hilfen im Einzelfall ggf. deshalb nicht wirksam sind, weil der Betroffene zu einer erforderlichen Mitwirkung oder Zusammenarbeit nicht bereit oder in der Lage ist.

Zu beachten ist darüber hinaus, daß die Bestellung eines gesetzlichen Vertreters keineswegs nur dann erforderlich ist, wenn die Betroffene geschäftsunfähig ist oder wenn ihre Geschäftsfähigkeit jedenfalls so in Zweifel steht, daß der Geschäftsverkehr keine rechtserheblichen Erklärungen von ihr akzeptiert. Vielmehr kommt eine Betreuerbestellung auch bereits bei Geschäftsfähigen in Betracht, die zwar möglicherweise durchaus in der Lage sind, einen Bevollmächtigten zu *bestellen*, wenn sie ihre Angelegenheiten nicht mehr persönlich besorgen können, deren Krankheit oder Behinderung es ihnen aber vielfach nicht mehr ermöglicht, den Bevollmächtigten dann hinreichend zu *überwachen*. Nur wenn eine derartige Überwachung im Einzelfall erforderlich ist, ist auch bei dieser Fallgestaltung eine Betreuerin oder ein Betreuer zu bestellen, weil sie bzw. er im Gegensatz zum Bevollmächtigten der Aufsicht durch das Vormundschaftsgericht unterliegt.

Die Regelung des Betreuungsrechts zielt mithin darauf ab, unnötige Betreuungen möglichst zu vermeiden. Dies schien dem Gesetzgeber nicht zuletzt auch deshalb notwendig zu sein, weil es an einer hinreichenden Anzahl von Betreuerinnen und Betreuern - namentlich von natürlichen Personen, welche die Betreuung zu übernehmen bereit sind, wie es der „Logik“ des Betreuungsgesetzes am ehesten entspricht - fehlt. Auch aus diesem Grunde hält das Gesetz eine detaillierte Regelung vor über die Altersvorsorgevollmachten, die gezielt für den Eintritt einer altersbedingten Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers erteilt werden, sowie darüber hinaus über Vollmachten, die für altersunabhängige Fälle der Hilfsbedürftigkeit Vorsorgen sollen. Auch Vollmachten, die ohne Bezug zu einer Hilfsbedürftigkeit erteilt werden, können nämlich im Einzelfall die Bestellung einer Betreuerin abwenden; dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Ehegatte dem anderen allgemein eine Bankvollmacht erteilt.

Der somit das Verhältnis der Betreuung zu anderen Hilfen fundamentale Grundsatz des Nachrangs bzw. der Subsidiarität kann allerdings nur insoweit „greifen“, als andere Hilfen tatsächlich vorhanden sind. Die Durchsetzung der *Rechtsreform im Betreuungsrecht* hängt demgemäß entscheidend „von dem Aufbau und der Förderung eines Betreuungs-Netzwerks aus Amts- und Privatpersonen, Vereinen, Fachvertretern, Justiz und Verwaltung ab - um nur die wesentlichen Akteure zu nennen“.<sup>8</sup> Umgekehrt kann der vom Gesetzgeber vorgegebene Nachrang der Betreuung nicht wirksam werden, wenn andere Hilfen tatsächlich ausfallen, d.h. wenn beispielsweise die Betreuung nicht auf die vorrangige Unterstützung aus

<sup>8</sup> So zurecht *Pitschas, R.*, Funktionen und Folgen formaler Organisation der Betreuung, in : *Betreuungsrechtliche Praxis (PtPrax)* 1994, S. 74 lt., 76

den komplementären Aktivitätsfeldern „Familie“ einerseits und „gesellschaftlicher Selbsthilfe“ - unter Einschluß von Rehabilitation, Pflegeversicherung und Altenhilfe - andererseits zurückgreifen kann.

Es ist hier weder Ort noch Zeit, den komplexen Begriff „*Subsidiarität*“<sup>9</sup> festzuhalten ist allerdings im vorliegenden Zusammenhang, daß sich der Grundsatz der Subsidiarität nicht erschöpft in der rechtlich verbindlichen Vorgabe eines Vorrang- bzw. Nachrangverhältnisses zwischen den Kompetenzen unterschiedlicher Ebenen dergestalt, daß die höhere Ebene jeglicher Verpflichtungen ledig ist, wenn die niedrigere Ebene zu handeln berufen ist. Vielmehr mündet der Grundsatz der Subsidiarität ggf. auch in die Verpflichtung der höheren Ebene ein, die niedere Ebene - auch durch entsprechende Unterstützung - in den Stand zu versetzen, die ihr zufallenden Aufgaben zu lösen. (Der Nestor der katholischen Soziallehre in Deutschland, Oswald von Nell-Breuning, hat diese häufig „*unterschlagnene*“ Komponente des Subsidiaritätsprinzips stets und zurecht betont.)

Der Sozialgesetzgeber hat in der zentralen Bestimmung des § 17 Abs.1 SGB I u.a. postuliert, daß die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen „*rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen*“. Jede Berechtigte soll ferner die ihr zustehenden Sozialleistungen „*in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell*“<sup>1</sup> erhalten. Auch soll der Zugang zu Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet sein. Mit diesen Hinweisen wird implizit anerkannt, daß nicht nur die Verwaltungsorganisation als solche die soziale Wirksamkeit des Rechts trägt, sondern „*daß es vor allem die näheren organisatorischen Bedingungen und das je feldspezifische institutionelle Ambiente sind, die den Prozeß der Rechtsverwirklichung und damit jede Rechtsreform beeinflussen*“.<sup>TM</sup> Dies bedeutet aber zugleich, daß die Infrastruktur der sozialen Dienste, „*mithin die Summe aller materiellen, Institutionellen (rechtlichen, organisatorischen, verfahrensmäßigen) und personellen Einrichtungen, Gegebenheiten und Vorhaltungen, die von öffentlichen und privaten Trägern bereitgestellt sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können*“, Wirkungsbedingungen auch des Betreuungsrechts ist. Die Organisation der Betreuungsaufgaben hat demgemäß familiäre wie sozialrechtliche Gegebenheiten mitzuberücksichtigen, um zu einer letztlich integrativen, d.h. betreuungsrechtliche, sozialrechtliche wie außerrechtliche Gegebenheiten einbeziehenden Wahrnehmung der Betreuungsaufgabe zu kommen. Bereits in der Frühphase der Implementation des neuen Betreuungsrechts ist im Zusammenhang mit dem *Betreuungsbehördengesetz*“ darauf hingewiesen worden, daß dieses Gesetz „*entgegen*

---

<sup>9</sup> Vgl. dazu etwa exemplarisch die Beiträge in Münder, J. (Hg.), Subsidiarität, Münster 1990

<sup>10</sup> Dies betont zurecht *Pitschas, R.*, Die Infrastruktur sozialer Dienste als Wirkungsbedingung der Sozialrechtsentwicklung - Eine Darstellung am Beispiel des Betreuungsbehördengesetzes -, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 1990, S. 3. ff., 9

<sup>11</sup> Gesetz über die Wahrnehmung behördlicher Aufgaben bei der Betreuung Volljähriger (Betreuungsbehördengesetz BtBG)

seiner vielversprechenden Bezeichnung... lediglich die grundsätzliche Aufgabenzuweisung an die örtliche Behörde zur Beratung und Unterstützung der Betreuer bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben" enthalte, und daß „in der Vernachlässigung des behördlichen Vollzugsaspekts die Reformperspektive verloren<sup>11</sup> gehe.<sup>12</sup> Bis heute fehlt es gerade auch in der Umsetzung der Vorgaben des Betreuungsbehördengesetzes auf Landesebene in der Gestalt der Betreuungsbehördengesetze der Länder<sup>13</sup> an Vorgaben für eine *Betreuungsinfrastruktur* in Gestalt einer Einbindung von Betreuungsrecht und insbesondere Betreuungsbehördenstruktur in das Sozialrecht und insbesondere in das vielfältige Netz sozialer Dienste und Einrichtungen. Dieses Defizit ist umso augenfälliger, als das Betreuungsrecht von Anbeginn an aufgrund seiner Zielvorgabe eine starke sozialstaatliche Komponente aufweist<sup>14</sup> (wenn auch diese „soziale Dimension“ im bürgerlich-rechtlichen Betreuungsrecht - nicht zuletzt wegen der Nichtzuständigkeit des Bundes und auch des federführenden Bundesministeriums der Justiz für dieses „Soziale“ - nicht sozialrechtlich „durchschlägt“). So fehlt selbst in der Begründung des Betreuungsgesetzes ein Hinweis auf den von der Aufgabenstellung des Gesetzes her offenkundigen Bezug zum Sozialrecht und in diesem Zusammenhang namentlich zum Sozialgesetzbuch.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang insbesondere an das soziale Recht der *Eingliederung Behinderter*, das in § 10 SGB I verankert ist. Danach hat „wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, ... unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.“

In der Einweisungsvorschrift des § 29 SGB I zu den Leistungen zur Eingliederung Behinderter wird darauf hingewiesen, daß nach dem Recht der Eingliederung Behinderter in Anspruch genommen werden können:

- "1 .medizinische Leistungen, insbesondere
- a) ärztliche und zahnärztliche Behandlungen,
  - b) Arznei- und Verbandmittel
  - c) Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie,

---

<sup>12</sup> So Pitschas, aaO (Fn. 10), S. 5 u. S. 12

<sup>13</sup> Vgl. zu einem Überblick über diese Landesgesetze etwa Knittel, B. aaO (Fn.4)

<sup>14</sup> Vgl. dazu *Schulte*, B., Die „sozialstaatliche Umsetzung“ des Betreuungsrechts, in: *Recht & Psychiatrie*9(1991), S. 162

- d) *Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel,*
  - e) *Belastungserprobung und Arbeitstherapie,*
2. *berufsfördernde Leistungen, insbesondere*
- a) *Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,*
  - b) *Berufsvorbereitung,*
  - c) *berufliche Anpassung, Ausbildung, Fortbildung und Umschulung,*
  - d) *sonstige Hilfen zur Förderung einer Erwerbs- oder Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte,*
3. *Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung, insbesondere Hilfen*
- a) *zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht,*
  - b) *zur angemessenen Schulbildung, einschließlich der Vorbereitung hierzu,*
  - c) *für Behinderte, die nur praktisch bildbar sind, zur Ermöglichung einer Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft,*
  - d) *zur Ausübung einer angemessenen Tätigkeit, soweit berufsfördernde Leistungen nicht möglich sind,*
  - e) *zur Ermöglichung und Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt,*
  - f) *zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit sowie des seelischen Gleichgewichts,*
  - g) *zur Ermöglichung und Erleichterung der Besorgung des Haushalts, h)*
  - zur Verbesserung der wohnungsmäßigen Unterbringung,*
  - i) *zur Freizeitgestaltung und zur sonstigen Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben,*
4. *ergänzende Leistungen, insbesondere*
- a) *Übergangs- und Krankengeld,*
  - b) *sonstige Hilfen zum Lebensunterhalt,*
  - c) *Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie zur Bundesanstalt für Arbeit,*
  - d) *Übernahme der mit einer berufsfördernden Leistung zusammenhängenden Kosten,*
  - e) *Übernahme der Reisekosten,*
  - f) *Behindertensport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung,*
  - g) *Haushaltshilfe."*

Zuständig für die Gewährung dieser Leistungen sind die Arbeitsämter und sonstigen Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit, die Hauptfürsorgestellen, die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen, die gewerblichen Berufsgenossenschaften, Gemeindeunfallversicherungsverbände,

Feuerwehrunfallversicherungskassen, Unfallkassen sowie die Ausführungsbehörden des Bundes, der Länder und der zu Versicherungsträgern bestimmten Gemeinden, die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die Unfallkassen und die Ausführungsbehörden des Bundes und der Länder, die See-Berufsgenossenschaft, die Unfallkassen sowie die Ausführungsbehörden des Bundes und der Länder, die Landesversicherungsanstalt, die Seekasse und die Bundesbahn-Versicherungsanstalt, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Bundesknappschaft, die Landwirtschaftlichen Alterskassen, die Versorgungsämter, Landesversorgungsämter und orthopädischen Versorgungsstellen, die Hauptfürsorgestellen, die Kreise und kreisfreien Städte, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Landschaftsverbände, Bezirke, Landeswohlfahrtsverbände u.a.), die Gesundheitsämter, sowie - mit den Kreisen und kreisfreien Städten sowie den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe zusammenarbeitend - die Träger der freien Wohlfahrtspflege.<sup>15</sup> Diese Auflistung zeigt anschaulich, zu welcher Trägervielfalt das System der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland führt, und illustriert zugleich die Notwendigkeit, Information, Beratung, Koordination und Kooperation bereitzustellen. Dies gilt zum einen im Bereich der sozialen Sicherung selbst, zum anderen aber auch in dem Aufgabenfeld, in dem sich Leistungsträger der sozialen Sicherheit, Betreuungsbehörden, Vormundschaftsgerichte, Betreuungsvereine, Betreuerinnen/Betreuer und Betreute u.a. begegnen.

Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, daß in der Diskussion vor Verabschiedung des Betreuungsgesetzes durchaus - nicht zuletzt in Anlehnung an das österreichische Sachwalterrecht<sup>16</sup> und auch an die soziale Bewährungshilfe - diskutiert worden ist, die Tätigkeit des Vormundschaftsgerichts in Betreuungsangelegenheiten durch den Einbezug „sozialer“ Elemente und ggf. „sozialen“ Sachverständes auch in personeller Hinsicht entsprechend auszubauen.<sup>17</sup> Das Betreuungsgesetz enthält als Ansatz für den Aufbau einer derartigen bei der

---

<sup>15</sup> Vgl. im einzelnen §§ 19 Abs.2, 19 a Abs.2, 19 b Abs. 2, 20 Abs. 2, 21 Abs. 2, 22 Abs. 2, 23 Abs. 2, 24 Abs. 2, 28 Abs. 2 sowie § 29 Abs. 2 SGB I.

<sup>16</sup> Sachwalt Vgl. dazu etwa - im Vergleich zum deutschen Betreuungsrecht - *Schulte, B.*, Das österreichische Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit (ArchsozArb)* 1988, S. 77 ff.; *ders.*, Die Reform der Entmündigungsordnung und des Anhalterechts in Österreich aus der Sicht der Bundesrepublik Deutschland, in: *Der Sozialarbeiter* 1987, S.4 ff.; *ders.*, „Sachwalterrecht“ und - künftiges - „Betreuungsrecht“ in der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich im Vergleich, in: *Rechtsfürsorge und Sachwalterschaft. Vorträge, gehalten bei der Richterwoche 1989 vom 4. -10. Juni in Badgastein, Wien: Bundesministerium für Justiz* 1990, S. 55 ff.; ferner *Hopf, M.*, Gutachten für den 57. Deutschen Juristentag, in: *Deutscher Juristentag e.V. (Hg.)*, *Empfiehl es sich, das Entmündigungsrecht, das Recht der Vormundschaft und der Pflugschaft über Erwachsene sowie das Unterbringungsrecht neu zu orderten?*, München 1988 <sup>17</sup> V, 1988, S. 41 f.; daran erinnert zu *Recht Pitschas*, aao (Fn. 10), S. gl. dazu die Hinweise in *Bundesminister der Justiz (Hg.)*, *Diskussions-Teilentwurf eines Gesetzes über die Betreuung Volljähriger. Teil 2*, Bonn: BMG 14

Gewinnung und Einführung der Betreuerinnen und Betreuer in ihre Aufgaben sowie bei deren Fortbildung und Beratung „partnerschaftlich zusammenarbeiten“. An diesen Ansatz für ein kooperatives Verwaltungshandeln „in nuce“ gilt es anzuknüpfen, wenn hier auf die fehlende Verzahnung von Betreuungsinfrastruktur in § 3 BtBG das Institut eines „Betreuungsbeirates“, der durch Empfehlungen dazu beitragen soll, daß die von seinen Mitgliedern vertretenen Behörden Behördenstruktur einerseits und sozialer Dienst und Einrichtungsstruktur andererseits hingewiesen wird in dem Bestreben, die vom Betreuungsrecht vorgenommene Rechtsreform mit der von ihr zugleich angestrebten Sozialreform zu verbinden. Auch für die Zusammenarbeit zwischen Vormundschaftsgericht und Betreuungsbehörden einerseits sowie der Tätigkeit privater Personen und Organisationen andererseits fehlt es demgegenüber bisher an einem integrativen Konzept (sieht man einmal von der - im übrigen auch nicht befriedigend gelösten - Regelung über die finanzielle Förderung von Betreuungsvereinen ab).

Not tut vor diesem Hintergrund vor allem eine Verbesserung der den Betreuungsbehörden obliegenden Aufgaben in den Bereichen der (1) Aufklärung, (2) Information, (3) Beratung, (4) Koordination und (5) Kooperation zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren innerhalb der Betreuungsarbeit: Betreute, Angehörige, Betreuungspersonen, öffentliche wie private Erbringer von Dienstleistungen und Träger von Einrichtungen u.a..

Das Inkrafttreten des *Sozialgesetzbuches - Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung* zu Beginn dieses Jahres hat die Diskussion um Qualitätsstandards ambulanter Dienste und stationärer Einrichtungen belebt., Diese aktuelle Qualitätssicherungsdiskussion im Sozialrecht eröffnet die Chance, für Betreuung einen eigengearteten Wettbewerb unter den Anbietern entsprechender Dienstleistungen (Freie Berufe, Dritter Sektor, Behördenbetreuerinnen/-betreuer u.a.m.) zu organisieren und damit das Element des Wettbewerbs um die Übernahme von Betreuungsdienstleistungen in die Anbieterschaft einzuführen.

Dieser Hinweis auf Tendenzen im Sozialrecht, die für eine Verbesserung des Betreuungsrechts fruchtbar gemacht werden können, sollen hier um einen anderen Vorschlag ergänzt werden. Unter dem Schlagwort „Altenhilfe“ und im Zusammenhang mit den von dem dafür zuständigen Bundesministerium für Familie, Frauen, Jugend und Senioren verfolgten Vorhaben eines „Altenhilfegesetzes“ werden derzeit im Rahmen der Altenpolitik Maßnahmen diskutiert, die sich an dem Lernziel ausrichten, alten Menschen dabei zu helfen, möglichst lange möglichst selbständig leben zu können bzw. die Fähigkeit dazu bei körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen soweit wie möglich wiederzugewinnen. Parallelen zu den Zielsetzungen des Betreuungsrechts sind hier offenkundig. Aisdefizitär wird insbesondere empfunden, daß zwar die materielle Sicherung im Alter im Rahmen der Altersversicherungssysteme sowie nunmehr auch die Pflegebedürftigkeit im Alter aufgrund des Pflege-Versicherungsgesetzes eine im wesentlichen befriedigende positiv-rechtliche Regelung gefunden haben, hingegen sonstige Maßnahmen zur Befriedigung altenspezifischer Bedürfnisse wie

beispielsweise Formen des Betreuten Wohnens, die Ausgestaltung - und Qualitätssicherung - häuslicher Hilfs- und Pflegedienste, die Koordinierung der unterschiedlichen Komponenten eines individuellen „Hilfspakets“ für ältere Menschen mit u.U. schnell wechselnder Befindlichkeit u.a. nur sehr unzureichend geregelt sind. Rückt man Autonomie und Erhaltung der Selbständigkeit des einzelnen in den Mittelpunkt altenhilfepolitischer (und letztlich ja auch betreuungsrechtlicher!) Bemühungen und Maßnahmen, so besteht das größte Defizit der Altenhilfe in Deutschland darin, *„daß ihre vielfältigen Hilfen, Dienste und Einrichtungen nicht als aufeinander bezogenes, miteinander koordiniertes, für den Hilfesuchenden jederzeit bedarfsgerecht abrufbares System zur Verfügung stehen“*.<sup>TM</sup> Vor diesem Hintergrund sind die Erarbeitung von Altenplänen auf den verschiedenen Ebenen der öffentlichen Verwaltung, die Einrichtung von „Leitstellen Älterwerden“ oder von örtlichen bzw. regionalen Koordinierungsstellen wichtige Schritte dazu, dieses Defizit zu verringern. Allerdings ist zurecht darauf hingewiesen worden, daß alle diese Initiativen auf dem *freiwilligen* Engagement der jeweiligen Verwaltungseinheit beruhen, was zu erheblichen Ungleichgewichten und Ungleichzeitigkeiten in der Entwicklung der sozialen Infrastruktur für alle Menschen führt.<sup>19</sup> Gegenwärtig taucht „Altenhilfe“ als Rechtsbegriff lediglich im Bundessozialhilfegesetz auf zur Bezeichnung der entsprechenden Hilfeart im subsidiären „Auffangnetz“ der sozialen Sicherung. Wenn es zutrifft, daß letztendlich jeder älter werdenden Mensch im Regelfall in der einen oder anderen Weise auf - auch gesellschaftlich organisierte - Hilfe Dritter angewiesen ist, so muß auf diesen Hilfebedarf in einer Weise reagiert werden, die jeder und jedem die erforderlichen Hilfen zur Verfügung stellt - ähnlich wie dies (wenn auch mit unterschiedlichen - dort insbesondere pädagogischen - Intentionen) im Kinder- und Jugendhilferecht der Fall ist.

Ein künftiges eigenständiges „Altenhilfegesetz“ ist ein grundsätzlich geeigneter Weg, hierzu Verbesserungen zu kommen. In diesem Zusammenhang sollte aber bereits in die laufende Diskussion über ein derartiges Gesetz die ergänzende Funktion der Betreuung wie auch ihr Implementationsanliegen eingebracht werden. Denn auch die Betreuungsleistungen sind Teil des „Hilfepakets“, das für die/den einzelne/n Hilfebedürftige/n zusammenzustellen ist. Es bietet sich an, diese Vorstellungen über eine Fortentwicklung der Altenhilfe - und sie steht hier *pars pro toto* für Sozialleistungen i.w.S. ~ mit den Reformvorstellungen im Betreu ungerecht zu verknüpfen und auf diese Weise auch dem Reformprozeß im Betreuungswesen einen zusätzlichen Impetus und mehr Dynamik zu verleihen.

---

<sup>18</sup> So zurecht Ziller, H., Zur Weiterentwicklung des Rechts der Altenhilfe - Überlegungen und Thesen zu einem Altenhilfegesetz -, in: Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE) 21 (1992), S. 33 ff., 39 <sup>TM</sup> So Ziller, aaO (Fn. 7), S. 39

Die Frage des Verhältnissen von Betreuungsrecht und Sozialrecht muß schließlich auch vor dem Hintergrund der allgemeinen Diskussion um die Zukunft der sozialen Sicherung gesehen werden. „Soziale Sicherheit in Gefahr“ ist nicht ausschließlich der Titel eines jüngst erschienenen Buches,<sup>20</sup> das eine kritische Bilanz zieht, sondern eine aktuelle sozialpolitische Herausforderung. Einer der wesentlichen Kritikpunkte am Sozialstaat läuft darauf hinaus, daß er die ursprünglich vorhandenen informellen sozialen Netzwerke geschwächt oder gar zum Teil zerstört habe mit der Folge, daß der Sozialstaat die sozialen Probleme zumindest z.T. selbst erzeugt habe, die zu bekämpfen und möglichst zu beseitigen er angetreten sei. Auch in der Diskussion um die Soziale Pflegeversicherung in den letzten Jahren ist dieses Argument immer wieder vorgebracht worden. Dieser Kritik, der keinesfalls jegliche Berechtigung abgesprochen werden soll, ist freilich entgegenzuhalten, daß in den letzten Jahren das Potential für informelle Hilfe kontinuierlich geschrumpft ist. Verantwortlich dafür sind die demographische Entwicklung, namentlich die Alterung der Bevölkerung, die einen höheren Grad an Betreuungsbedürftigkeit i.w.S. zur Folge hat, die veränderte Stellung der Frau in der Familie, Erwerbsleben und Gesellschaft, die künftig beispielsweise weniger Raum für die treffend und kritisch so charakterisierte „Töchterpflege“ läßt, der medizinische Fortschritt, der die Lebenserwartung verlängert, zugleich aber altersbedingte Entwicklungsprozesse, die eine Abnahme des Wirkungsvermögens zur Folge haben - beispielsweise in Gestalt von Altersdemenz -, zunehmen läßt und die Abhängigkeit alter Menschen (im weitesten Sinne) erhöht. Angesichts dieser Gegebenheiten ist das Ausmaß familialer und sonstiger informeller Hilfe, welche hierzulande immer noch bereitgestellt wird, erstaunlich hoch (und durch die Art und Weise der Inanspruchnahme der formalisierten Pflegehilfen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz in Gestalt nämlich vornehmlich von Geldleistungen zugunsten privater Pflegepersonen nachdrücklich unterstrichen worden). Dieses Quantum informeller Hilfen bedarf im Sinne richtig und vollständig verstandener Subsidiarität seinerseits der Unterstützung zu seiner Entfaltung; darum geht es - und hier legt auch eine zentrale Aufgabe des Sozialstaats, die es besser und stärker als bisher wahrzunehmen gilt. Zugleich ist darauf hinzuweisen, daß dieses Spezifikum nicht ein Plädoyer für ein Mehr an Sozialstaat - und insbesondere ein Mehr an Aufwendungen für Soziales - impliziert, sondern auf ein besseres „Wie“ des Sozialstaats, d.h. eine optimale Nutzung der bereits zur Verfügung stehenden Instrumente einerseits sowie der vorhandenen sozialen Dienste, Einrichtungen und sonstigen, insbesondere monetären Leistungen andererseits hinausläuft.

Aus diesem Grunde gibt es auch künftig nicht eine Alternative zwischen rechtlichen und nicht-rechtlichen Verfahrensweisen, sondern nur ein - abgestimmtes und besser abzustimmendes - Neben- und Miteinander, das es zu aktivieren und zu optimieren gilt.

---

<sup>20</sup> Döring, D./ Hauser, R. (Hg.), Soziale Sicherheit in Gefahr, Frankfurt am Main 1995

## Podiumsdiskussion zum Themenbereich II

*Moderation: Peter Winterstein, Hamburg*

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Podiums:

<i>Karl-Ernst Brill</i>	Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., Bonn
<i>Rita Gänsbacher</i>	Soziologin, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanzwaltschaft, Wien
<i>Dr. Wolfgang Raack</i>	Direktor des Amtsgerichts Kerpen
<i>Dr. Bernd Wagner</i>	Universität Hamburg; Mitherausgeber von „Recht und Psychiatrie“
<i>Harry Thijssen</i>	Psycho-Medizinisches Regionalzentrum Maastricht

*Peter Winterstein, Hamburg*

Ich möchte Frau Gänsbacher bitten, kurz darzustellen, was denn im Bereich der Patientenanzwaltschaft der wesentliche Unterschied ist zum bundesdeutschen Betreuungsrecht.

*Rita Gänsbacher, Wien*

Die Patientenanzwaltschaft in Österreich ist keine Betreuungseinrichtung. Der individuelle Rechtsschutz steht bei dieser Einrichtung im Vordergrund. Die Patientenanzwältinnen sind eine advokatorische Vertretung für solche Patientinnen und Patienten, die gegen oder ohne ihren Willen in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Wir haben keine Entscheidungsbefugnis wie ein Betreuer, die Entscheidung trifft das Gericht. Wenn der Patient aufgenommen wird (ich nehme an, das ist hier auch so) dann kommt es zu einer gerichtlichen Kontrolle, und dort sind wir dann in diesem Verfahren die parteilichen Vertreter für die Patientin oder den Patienten.

Nun zu der Frage: Was ist mit der Einwilligung bei Patientinnen und Patienten, die nicht einsichts- und urteilsfähig sind? Es ist bei uns so geregelt, daß Patienten, die gegen oder ohne ihren Willen aufgenommen werden, vom Arzt - sofern sie einsichts- und urteilsfähig sind - nicht behandelt werden dürfen. Dann gilt die Maßnahme zum Schutz des Lebens und der Gesundheit der Person und zum Schutz des Gemeinwohls mit der einzigen Folge, daß sich der Patient räumlich im Krankenhaus aufhalten muß. Ist er aber *nicht* einsichts- und *nicht* urteilsfähig und

hat auch keine Sachwalterin, was bei Ihnen hier der Betreuerin entspricht, dann darf der *Arzt die* Behandlung einleiten. Im Gesetzestext heißt es so: „Kann der Kranke den Grund und die Bedeutung einer Behandlung einsehen und seinen Willen nach seiner Einsicht bestimmen, so darf er nicht gegen seinen Willen behandelt werden.“ Wenn er behandelt wird, dann ist auch der nicht einsichts- und urteilsfähige Patient nicht rechtlos, sondern er hat noch Rechtsinstrumente, er und auch sein Vertreter, eben der Patientenanwalt, können das Gericht holen und diese Heilbehandlung durch einen Sachverständigen überprüfen lassen.

*Bernd Wagner, Hamburg*

Wenn ich es richtig verstehe, kann der Arzt bei nicht einwilligungsfähigen Patienten handeln, auch ohne daß ein Sachwalter bestellt ist. Er kann aber nicht unbegrenzt behandeln, sondern es gibt Grenzen dieses Behandlungsrechts gegenüber dem nicht einwilligungsfähigen Patienten. Wo ist da so in etwa die Grenze gezogen, und welchen Rechtsschutz hat der Patient, außer daß der Patientenanwalt in der Einrichtung versucht, seine Rechte zu vertreten?

*Rita Gänsbacher, Wien*

Prinzipiell ist es so, daß die Ärztin, wenn der untergebrachte Patient nicht einsichts- und urteilsfähig ist, eine übliche Heilbehandlung initiieren darf. In Österreich gibt es die Unterscheidung zwischen dem Begriff „die einfache Heilbehandlung“ und die „besondere“. Zur besonderen Heilbehandlung schreibt der Gesetzgeber das folgende: „Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen nur mit der schriftlichen Zustimmung des Patienten durchgeführt werden. Ist er nicht einsichts- und urteilsfähig, so muß das über das Gericht erfolgen.“ D.h. hierzu braucht es den Sachwalter nicht, es muß eine gerichtliche Zustimmung in jedem Fall stattfinden. Ist der untergebrachte Patient nicht einsichts- und urteilsunfähig, und es handelt sich um eine übliche Heilbehandlung, dann braucht es auch nicht den Sachwalter, sondern dann muß der Arzt handeln.

*Peter Winterstein, Hamburg*

Ich möchte dann Herrn Thijssen bitten, mit der Frage fortzufahren, was darf der Arzt in den Niederlanden beim nicht einwilligungsfähigen Patienten - darf er alles oder darf er nichts?

*Harry Thijssen, Maastricht*

Alles darf er nicht. „Einwilligungsfähigkeit in den Niederlanden ist nicht ein *Zustand*, der permanent da ist. Es gibt die Möglichkeit, daß der Arzt immer wieder

urteilen muß, ob der Patient für die eine oder andere Heilbehandlung einwilligungsfähig ist. Ich habe heute morgen schon den Begriff „informed consent“ gehört. Das ist ein Zentralbegriff in der Gesetzgebung in den Niederlanden. In den Niederlanden haben wir seit Januar 1994 das neue Gesetz B.O.P.Z., welches die Zwangseinweisungen regelt. Darin geht man davon aus, daß die Behandlungssituation, wie sie bisher war, ein deutliches Gefälle zwischen Therapeut und Patienten kannte, was ein patronisierendes Modell zu nennen ist. In diesem neuen Gesetz ist das ein demokratisches, ein Verhandlungsmodell geworden. Unsere Erfahrung ist, daß vor allem in der sozialpsychiatrischen Betreuung von Langzeitpatientinnen und Patienten das Verhandlungsmodell als sehr wichtig erfahren wird. Dann haben wir in Holland auch noch die Figur der *Patientenvertrauensperson (PVP)*. Das ist nicht die Person des Vertrauens, wie sie heute morgen schon genannt wurde. Die Patientenvertrauensperson arbeitet für zwei oder drei Kliniken, für jede Klinik ein paar Stunden. Sie ist bei einer zentralen Dienststelle, der Landeszentralstelle in Utrecht, unabhängig angestellt, von wo aus sie im Rahmen der Regionalisierung und Sektorsierung eingesetzt wird. So ein Standardversorgungsgebiet (Maximum 400.000 Einwohnerinnen und Einwohner) besteht aus drei oder vier Basissektoren, und die PVP arbeitet in zwei oder drei Kliniken drei Tagesteile oder zwei Tagesteile in der Woche. Die Funktion der Patientenvertrauensperson ist es, sich rückhaltlos einzusetzen für die Berücksichtigung der Beschwerden der Patientinnen und Patienten und diesen über alle zur Verfügung stehenden rechtlichen Möglichkeiten und gesellschaftlichen Ressourcen bestmöglich zu ihrem Recht zu verhelfen. Dies bedeutet also keine Vermittlerrolle zwischen den Parteien, sondern vom Auftrag her eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Parteinahme. Die PVP ist eine Figur, die seit einigen Jahren in den Niederlanden arbeitet, ich kann schon sagen, daß durch sie eine Verbesserung der Situation eingetreten ist.

*Peter Winterstein, Hamburg*

Wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist und auch keine Gefahr im Verzuge vorliegt: Was darf die Ärztin oder der Arzt in Holland dann machen? Muß sie oder er ein gerichtliches Verfahren einleiten?

*Harry Thijssen, Maastricht*

Wenn Lebensgefahr im Spiel ist, braucht sie bzw. er das nicht. In den anderen Fällen muß sie/er zuerst einmal mit der Gesundheitsinspektion beraten, wenn eine Zwangsbehandlung durchgeführt werden soll. Das ist eine Kontrollinstanz in den Niederlanden, der gemeldet werden muß, wenn man Zwangsmaßnahmen einsetzt. Und die Patientin oder der Patient kann nachher immer den Richter anrufen, ein Urteil auszusprechen.

*Peter Winterstein, Hamburg*

Patientenanwalt, Patientenvertrauensmann, Vertrauensperson. Sind, wenn man die Überforderung des Systems Betreuungswesen betrachtet, diese österreichischen und holländischen Alternativen auch in unserem Rechtssystem gut integrierbar, Herr Wagner?

*Bernd Wagner, Hamburg*

Sie sind gut integrierbar. Vorab: das deutsche Recht läßt sowohl den Patienten-anwalt wie auch das niederländische Kommunikationsmodell zu. Entscheidend ist für mich die Frage, welche Lösung das bessere Konzept verfolgt. Dazu nochmals die Problemanalyse.

Das Betreuungsrecht gerät an seine Grenzen, wenn es in großer Zahl dazu mißbraucht wird, Einverständnisse insbesondere in Behandlungsmaßnahmen nach § 1904 BGB zu ersetzen. Im Unterbringungsrecht müssen wir befürchten, daß Patientenrechte verloren gehen angesichts der Definitionsmacht der Anstalt und eingeschränkter Kompetenzen der Patientinnen und Patienten bei der Rechtsdurchsetzung, insbesondere auch bei der Zwangsbehandlung. Diese beiden, zunächst völlig unterschiedlichen Aspekte kommen hier zusammen bei der Suche nach Alternativen zur Betreuung des nicht einwilligungsfähigen Patienten.

Zwei unterschiedliche Strategien bieten sich an, die sehr schön mit den eben vorgestellten Konzepten in Österreich und den Niederlanden aufgezeigt werden können.

1. Man kann der Patientin/dem Patienten die Rechte entziehen, in dem man ihr/ihm via „fehlender Einsichtsfähigkeit“ die Entscheidungskompetenzen nimmt. Dann muß man anschließend versuchen, diesen Rechtsverlust zu kompensieren. Dafürsteht Österreich mit dem Modell der Patientenanwaltschaft. In Deutschland handeln wir nach demselben Prinzip und diskutieren eine Kompensation durch Ombudsperson und Patientenfürsprecherin/-fürsprecher. Dieses Modell beseitigt aber unser Ursprungsproblem nicht, verhindert insbesondere keine einzige Betreuung, die an die Stelle der dem Patienten entzogenen Entscheidungskompetenz tritt.

2. Die Niederlande folgen einem anderen Weg mit dem meines Erachtens richtigen Ansatz. Dort wird versucht, das „Nein“ der Patientin /des Patienten, also zum Beispiel ihre/seine Weigerung, sich behandeln zu lassen, *ernst zu nehmen*. Nicht das juristische Modell der „fehlenden Einsichtsfähigkeit“ soll den Konflikt lösen, sondern ein außerjuristischer *Kommunikationsprozeß* mit dem Ziel, eine für alle Beteiligten akzeptable Lösung zu finden. Das eine Mal wird dieser Kommunikationsprozeß dazu führen, daß die Patientin/der Patient überredet werden kann; ein anderes Mal bleibt es bei der Behandlungsverweigerung.

Ich halte den zweiten Weg für den effektiveren. Wenn es gelingt, die sogenannte

„fehlende Einsichtsfähigkeit“ *zurückzudrängen*, dann haben wir das Ausgangsproblem gelöst, weil wir die [Entscheidung dort gelassen haben, wo sie hingehört.

Die bestehende Rechtslage in Deutschland läßt eine solche Problemlösung ohne weiteres zu, weil es sich im Kern nicht um ein juristisches, sondern um ein Kommunikationsproblem handelt. Die sogenannte „fehlende Einsichtsfähigkeit“ kommt in der absoluten Mehrzahl der Fälle nämlich zum Einsatz, wenn es darum geht, das „Nein“ der Patientin oder des Patienten zu einer beabsichtigten Behandlung zu beseitigen. Der umgekehrte Fall, daß also die von einem nicht einsichtsfähigen Patienten erteilte Einwilligung ignoriert wird, ist selten und dann meist als formalisiertes Verfahren in den Unterbringungsgesetzen angelegt. Also geht es in Wahrheit nicht um die von „Nein“ und „Ja“ unabhängige Einsichtsfähigkeit, sondern um das Auseinanderfallen von Vorstellungen zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut bzw. Einrichtung. Die Einsichtsfähigkeit der/des Patientin/Patienten wird in einem falschen Kommunikationsprozeß (weg-)definiert. In einem richtigen Kommunikationsprozeß nach dem niederländischen Modell wird diese Einsichtsfähigkeit anerkannt oder hergestellt.

Die einsichtsfähige Patientin benötigt keinen Betreuer und auch keine Patientenfürsprecherin oder Ombudsperson, die ihr hilft, die entzogene Entscheidungskompetenz zurückzuerobern. An dieser Stelle zeigen sich Gefahren und Chancen des österreichischen Modells. Eine Patientenanwältin kann in einem solchen Kommunikationsprozeß nützen, weil sie die Kommunikationsregeln vielleicht besser beherrscht. Sie wird aber in dem Moment schaden, in dem sie ein System bestätigt, das ein „Nein“ der Patientin oder des Patienten letztlich durch das „Ja“ irgendeines Dritten, auch wenn der Ombudsmann oder Patientenfürsprecher heißt, ersetzen kann. Wie die Entscheidungskompetenz des Patienten durch die Sachwalterin ersetzt wird, so kann auch seine Kommunikationskompetenz durch den Patientenanwalt ersetzt werden: zwei Spielregeln in ein und demselben Spiel.

Und weil ich nach der Rechtslage hier in Deutschland gefragt war, noch einige Hinweise zur Rechtstechnik: Wer einsichtsfähig ist, braucht keine Dritte, die an seiner Stelle Entscheidungen trifft. Deshalb scheidet in diesen Fällen die Betreuung aus, weil sie nicht nötig ist. Zur Beurteilung der Einsichtsfähigkeit sollten die Einrichtungen Hausregelungen erlassen, die einen Kommunikationsprozeß nach dem niederländischen Modell zwingend vorsehen. Für öffentliche Einrichtungen kann dies durch Verwaltungsvorschriften geschehen. Wenn die Unterbringungsgesetze vorsehen, daß auch beim einsichtsfähigen Untergebrachten Behandlungseingriffe nur mit Stellvertreterzustimmung erfolgen können (z.B. Baden-Württemberg), kann nur eine bereits mit entsprechendem Aufgabenkreis bestellte Betreuerin diese unnötige, weil irrelevante Erklärung abgeben. Ein neuer Betreuer kann für diesen Fall nicht bestellt werden, da das Betreuungsrecht als Bundesrecht die landesrechtlichen Unterbringungsgesetze oder Psychisch Kranken Gesetze verdrängt (Art. 31 GG). Einsichtsfähigkeit ist auch anzunehmen, wenn jemand seinen Willen früher eindeutig bestimmt hat und dazu in der konkreten Situation nicht mehr in der Lage ist. Was für die Operation des narkotisierten

Patienten gilt, gilt auch für den psychisch Kranken, der ein psychiatrisches Testament verfaßt hat. In diesen Fällen kann auch auf den Willen des Patienten zurückgegriffen werden, der durch einen anderen in seinem Namen erklärt wird (*Botenschaft*). Eine *Stellvertretung Im Willen* dürfte m.E. aber ausscheiden. Jedenfalls ist eine bei Zwangsbehandlung nötige Gewaltsausübung in diesen Fällen auf Notfallrechte (§ 34 StGB) beschränkt und kann nicht auf frühere oder durch Bevollmächtigung abgegebene Erklärungen gestützt werden.

*Peter Winterstein, Hamburg*

Herr Dr. Raack, Herr Wagner plädiert für kommunikatives Ja anstelle von rechtlichen Verfahren, die das Gericht mit einschalten. Er will das System kippen. Wie steht der Betreuungsrichter dazu?

*Wolfgang Raack, Kerpen*

Im Augenblick findet ein Dambruch statt. Die Bemühungen um eine Akzeptanz des Betreuers bzw. der Pflegerin und des Vormunds als Mittler im Verhältnis zwischen Arzt und einwilligungsunfähiger Patientin in den letzten zehn Jahren scheinen zu scheitern. Entsprechende Bemühungen sind ja nicht erst seit Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes von den Vormundschaftsgerichten unternommen worden. Schon damals jedoch halfen sich die Ärztinnen und Ärzte mit dem Rechtsinstitut der Geschäftsführung ohne Auftrag, um die Behandlung einwilligungsunfähiger Patientinnen und Patienten zu rechtfertigen, wobei auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abgestellt wurde, der also nicht nur im Strafrecht, wie Thomas Klie dargestellt hat, eine entscheidende Rolle spielt.

Allerdings dient der mutmaßliche Wille dem ersten Strafsenat des BGH in dem von Peter Winterstein angesprochenen Urteil vom 13.09.1994- 1 StR 357/94-zur Umgehung und Ausschaltung des Vormundschaftsgerichts, hatte doch der Betreuer mit der Ärztin in dem betroffenen Fall den lebensbeendenden Behandlungsabbruch beschlossen, ohne die Entscheidung des Vormundschaftsgerichts gem. § 1904 BGB herbeizuführen, die dann nach Einschaltung durch das Pflegepersonal vom Vormundschaftsgericht versagt wurde.

Obwohl der BGH § 1904 BGB für erst recht im Rahmen der Prüfung eines Verbotssirrtums der Betreuerin oder des Betreuers anwendbar hält, stellt er nicht etwa die Strafbarkeit des ärztlichen Behandlungsabbruchs ohne *genehmigte* Einwilligung des Betreuers als Stellvertreter des Patienten per se fest, sondern gibt dem Landgericht Kempten auf, weitere Anhaltspunkte für eine mutmaßliche Einwilligung des Patienten zu suchen, welche das Landgericht Kempten dann auch, wie das heute in der Presse veröffentlichte Urteil zeigt, gefunden hat.

Zurück zur mutmaßlichen Einwilligung im Rahmen der Geschäftsführung ohne Auftrag; dann aber nicht zu dem früheren Zustand, bei dem die Ärztin oder der Arzt unkontrolliert bestimmte, was der mutmaßliche Wille ist, etwa durch Befragen

der Angehörigen, sondern mit der Verpflichtung, Rechenschaft abzulegen gegenüber der Vertreterin des Patienten, die dieser in einem Patiententestament benennen und mit möglichst umfassenden Anweisungen versehen sollte.

Dies dürfte für einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten besser sein, als eine Betreuung aufgrund schematischer psychiatrischer Gutachten, die der Betreuerin/dem Betreuer freie Hand gibt. Da entgegen dem Diskussionsteilentwurf zum Betreuungsgesetz das dreistufige Gutachten in seiner psychologischen und sozialpädagogischen Ausprägung weggefallen ist, erfolgt heute die Erforschung der sozialen Kompetenz der/des Betroffenen bestenfalls noch im Sozialbericht der Betreuungsbehörde, der jedoch im Hinblick auf die geringe personelle Ausstattung infolge leerer Kassen zunehmend schmaler ausfallen dürfte.

Es wird daher besonders wichtig, daß Patientinnen und Patienten eigene Vorsorge durch eine Patientenverfügung treffen.

*Peter Winterstein, Hamburg*

Herr Brill, die Kassen sind leer, haben wir gerade wieder gehört, trotzdem treten wir hier- und wohl auch die Reform des Vormundschaftsrechts durch das Betreuungsgesetz - dazu an, für die betroffenen Personen Verbesserungen zu erzielen. Herr Klie meinte, Qualitätssicherung sollte mit Rechtsschutzmaßnahmen verbunden werden. Gibt es bei der Qualitätssicherung nicht noch weite Bereiche, wenn man sie denn mit rechtlichen Aspekten verbindet, die heute ungenutzt sind?

*Karl-Ernst Brill, Recklinghausen*

Es ist auch hier die Frage, wieviel der Staat bereit ist, im Hinblick auf Qualitätssicherungsmaßnahmen auch an entsprechender barer Münze zu investieren.

Herr Dr. Schulte hat in seinem Referat herausgestellt, daß nicht die Verankerung von Schutzrechten, sondern vor allem deren Durchsetzung ein zentrales Problem darstellt, und hieraus als Anforderung abgeleitet, daß wir eine andere, weiterentwickelte Kultur der Respektierung von Grundrechten brauchen.

Dieser Aspekt wurde auch in der Studie „Fürsorglicher Zwang“ herausgearbeitet, die im Zuge der Diskussion um die Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts im Auftrag des Bundesjustizministers erstellt wurde. Die Autorinnen (Eicken, Ernst, Zenz 1990) mußten aus vielfältigen Gründen den Ausfall der einzigen im Privatrechtssystem verankerten Rechtsschutzgarantien konstatieren und kamen zu der Schlußfolgerung, daß allein von Rechtsreformen nicht zwingend eine Änderung der Praxis zu erwarten ist.

Hieraus ergibt sich als Leitfrage: Welche Perspektiven und Wege gibt es, den Schutz der Persönlichkeitsrechte in der Praxis, im Alltag des Betreuungswesens wie auch im Alltag medizinischer sowie sozialer Dienste und Einrichtungen zu

Auszug aus: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.,  
Konzeption regionale Beschwerdestellen - Entwurf Stand September 1994<sup>\*)</sup>

**Übersicht:**

**Zusammensetzung und Aufgabenprofil einer regionalen Beschwerdeinstanz**

	Ombudsperson (Patientenfürsprecher)	Beschwerdekommision
Zusammensetzung	Einzelne Personen mit Erfahrungen im psychiatrischen Bereich	In der Kommission sollen gleichwertig vertreten sein: - Psychiatrie-Erfahrene - Angehörige - Bürgerhelfer - psychiatrische Fachkräfte - Personen mit spezifischen Kompetenzen (z.B. Juristen, Pastoren)
Arbeitsweise	Regelmäßige Anwesenheit in Form von Sprechstunde und Besuchen, je nach Art der Einrichtung/des Dienstes ein- bis mehrmals wöchentlich für mehrere Stunden	Regelmäßige Besuche in allen Einrichtungen und Diensten, in der Regel ein- bis zweimal jährlich
Erreichbarkeit	Persönlich während der Besuche/Sprechstunden, sowie schriftlich und telefonisch	Bei den Besuchen persönliche Kontaktaufnahme möglich, darüber hinaus schriftlich.
Tätigwerden im Einzelfall	Ombudsperson und Beschwerdekommision werden in der Regel im Einzelfall erst tätig, nachdem sich ein Nutzer psychiatrischer Angebote an sie gewandt hat. Um die Zugangsschwelle möglichst niedrig zu gestalten, soll die Ombudsperson in den Einrichtungen und Diensten auch von sich aus Kontakt mit den Nutzern aufnehmen. Hiervon unberührt ist die Verpflichtung der Beschwerdekommision wie auch der Ombudsperson tätig zu werden, wenn aus ihrer Sicht schutzwürdige Interessen von Nutzern nicht oder nicht hinreichend beachtet werden.	
Zentrale Aufgabenstellung	Persönliche Information, Beratung und unterstützende Begleitung zur Interessenwahrnehmung und Vertretung von Personen, die sich nicht angemessen betreut, behandelt, informiert bzw. durch die Art der Behandlung/Betreuung in ihren Persönlichkeitsrechten beeinträchtigt sehen.	Begleitung und Unterstützung der Arbeit der Ombudsperson(en). Bearbeitung eingegangener Beschwerden in regelmäßigen Sitzungen. Erstellung von Jahresberichten und deren Vertretung gegenüber der Öffentlichkeit.
Befugnisse	Zutrittsrecht zu allen psychiatrischen Einrichtungen und Diensten haben. Recht zur Einsicht in alle den Nutzer betreffenden Unterlagen (Akteneinsicht) unter der Voraussetzung, daß der Nutzer hierzu ausdrücklich seine Zustimmung erteilt hat.	

<sup>\*)</sup> Der Konzeptionsentwurf sowie hierzu eingegangene Stellungnahmen können beim Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., Thomas Mann Str. 49 a, 53111 Bonn gegen eine Kopier- und Versandkostenbeteiligung (5,- DM, bitte in Briefmarken beifügen) angefordert werden

Abb. 1 Konzeption regionale Beschwerdestellen

verbessern und damit den in der Verfassung garantierten Grundrechten Geltung zu verschaffen?

In diesem Zusammenhang wird dann immer gerne - und so auch bei dieser Tagung - ein Blick auf andere Länder geworfen, in denen es vorbildliche Modelle gibt, von denen wir zweifellos einiges lernen können, wie zum Beispiel die Arbeit von Patientenvertrauenspersonen in den Niederlanden oder die Arbeit und Organisation des Vereins für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur in Österreich. Auf der Grundlage dieser Konzepte und unter Berücksichtigung der auch bei uns vorhandenen Instanzen und Formen der Instanzen (z.B. die Patientenförsprecher im Krankenhaus, deren Einsetzung in den meisten Krankenhausgesetzen der Länder verbindlich geregelt ist, oder auch die Arbeit der vereinzelt bestehenden Beschwerdestellen und Ombudspersonen) hat der Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen im vergangenen Jahr einen Konzeptionsentwurf für regionale Beschwerdestellen erarbeitet (Abb. 1).

Bei diesem Entwurf handelt es sich nicht um die Erfindung einer neuen Instanz oder Institution, sondern in erster Linie um eine konsequente Weiterentwicklung und Ergänzung vorhandener Strukturen. Das zentrale Anliegen ist dabei die Information psychisch kranker Menschen über ihre Rechte sowie die parteiiche Unterstützung bei der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Rechte. Die in dem Konzeptionsentwurf ausführlich dargestellte Aufgabenstellung und Arbeitsweise sind in der Abbildung 1 kurz beschrieben.

Für die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer solchen „Vermittlungsinstanz“ zur Wahrung von Patienten- und Bürgerrechten lassen sich zahllose Beispiele anführen. Ein Beispiel ist die ärztliche Informations- und Aufklärungspflicht: In einer von Luderer und Loskam durchgeführten Untersuchung über das Informationsverhalten von Ärztinnen und Ärzten gelangten diese zu dem Ergebnis, daß (immerhin!) ein großer Teil der Ärztinnen/ Ärzte eine umfassende Aufklärung über Diagnose und Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenien befürworten, dies aber nur von einem deutlich kleineren Teil auch in die Praxis umgesetzt wurde. Und vor allem: Belastende Themen blieben weitgehend ausgeklammert. Solche wohlgemeinten Verhaltensweisen laufen faktisch auf eine fürsorgliche „Entmündigung“ hinaus, vor allem dann, wenn „allgemein-unverbindliche“ oder auch „irreführende Umschreibungen“ verwendet werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt - gerade im Hinblick auf Alternativen zur Betreuung - sind Vorausverfügungen, über die derzeit insbesondere im Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen intensiv diskutiert wird. Im Mittelpunkt stehen dabei zum einen das „Psychiatrische Testament“, zum anderen „Behandlungsvereinbarungen“. Beim Psychiatrischen Testament geht es um eine - notariell beglaubigte - Vorausverfügung für den Fall einer psychiatrischen Behandlung, in der unter anderem Erklärungen über gewünschte bzw. abgelehnte Behandlungsmaßnahmen enthalten sind und in der (mindestens) eine Vertrauensperson benannt wird. Im Zusammenhang mit der Einsetzung einer Vertrauensperson bestehen in der Diskussion unterschiedliche Positionen zu der Frage, wie weit deren Rechte gehen sollen bzw. dürfen.

Eine andere Form der Vorausverfügung beinhaltet die in Bielefeld entwickelte „Behandlungsvereinbarung“, in der zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und der Klinik Vereinbarungen für den Fall einer erneuten Krankenhausbehandlung getroffen werden. Hier verbleibt eine Kopie der Behandlungsvereinbarung im Krankenhaus und ist dementsprechend sofort greifbar, wenn eine/ein Psychiatrie-Erfahrene/Erfahrener wieder in die Klinik aufgenommen bzw. eingewiesen wird, mit der sie oder er die Behandlungsvereinbarung abgeschlossen hat.

Abschließend möchte ich im Hinblick auf die Weiterentwicklung vorhandener „Schutzmechanismen“ noch kurz auf die Bestellung von Verfahrenspflegerinnen und -pflegern eingehen. Die Bestellung einer Verfahrenspflegerin ist sowohl bei Betreuungs- wie auch bei Unterbringungsverfahren nach den landesrechtlichen Regelungen zur Unterbringung psychisch Kranker zur Wahrnehmung und Vertretung der Interessen der Betroffenen vorgesehen. Die wohlgemeinte Zielsetzung des Gesetzgebers wird jedoch in der Praxis vielfach nicht eingelöst. Aus zahlreichen Erfahrungsberichten von Unterbringungsverfahren ergibt sich ein Bild, wonach sich die Arbeitsweise von Verfahrenspflegern mit dem Motto „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“ beschreiben läßt: Sie folgen dem Verfahren in der Rolle des „stillen Beobachters“, um dann anschließend der/dem Betroffenen ihre Bemühungen in Rechnung zu stellen.

Natürlich gibt es auch Verfahrenspflegerinnen und -pfleger, die sich mehr engagieren und sowohl vor wie auch im Anschluß an das Verfahren einen persönlichen Kontakt zu der/dem Betroffenen aufnehmen. Analog zur Patientenanwaltschaft in Österreich gilt es zu überlegen, wie beispielsweise über die (hauptamtlichen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betreuungsvereinen sichergestellt werden kann, daß engagierte und fachkompetente Verfahrenspfleger gerade auch für Unterbringungsverfahren zur Verfügung stehen. Dies würde aber auch die Mitwirkung der Gerichte und insbesondere der Richterinnen und Richter erfordern. Denn die bestellen bisher noch bevorzugt freiberuflich tätige Rechtsanwältinnen und -anwälte als Verfahrenspfleger,

*Peter Winterstein, Hamburg*

Herr Dr. Schulte, wir haben die Stichworte gehört: Ombudsleute, Patientenanwälte, Patientenvertrauensperson und etwas Ratlosigkeit angesichts der leeren Kassen, weil dort, wo bei uns bereits gesetzliche Grundlagen und Ansätze vorhanden sind, nicht so recht das Funktionieren festgestellt werden kann. Wie kommen wir aus diesem Dilemma heraus? Ist der Gesetzgeber gefordert?

*Bernd Schulte, München*

Ich bin ganz dankbar, daß jetzt gerade in der Diskussion noch diese zusätzlichen Modelle angesprochen worden sind, die ich nicht erwähnt hatte wegen der leeren Kassen. Gleichwohl ist es wichtig, daß man diese Konzepte, die gerade zur

Diskussion gestellt worden sind, im Auge behält. Dies gilt insbesondere für das niederländische Konsensmodell, was vielleicht ein Modell ist, was nicht unbedingt an leeren Kassen scheitern muß, weil das ja ein Modell ist, das man umsetzen kann, indem man die Mentalität der Leute ändert. Insofern ist das ein Vorschlag, der durchaus Realisierungschancen hat, auf dem informellen Wege. Was die zusätzlichen Sicherungen angeht, so sind in der Tat mit der Patientenanwältin und mit dem Patientenfürsprecher zwei sehr unterschiedliche Modelle in den Raum gestellt worden, wobei der Patientenfürsprecher eine Anlaufstelle wäre, um auch diese individualrechtlichen Probleme mit in den Griff zu bekommen. Nur glaube ich, daß diejenigen, die den Patientenfürsprecher „erfunden“ haben, an das, was wir jetzt gerade diskutieren, nicht gedacht haben, so daß es in der Tat dann zwei verschiedene Institutionen wären, ich habe in der Reformdiskussion immer eine sehr große Vorliebe für diese österreichischen Vorstellungen gehabt, einfach weil sie - und das ist ja gerade in dem Beitrag gut herausgekommen - Leute sind, die einseitig den Willen der oder des Betroffenen wahrzunehmen haben und die darauf spezialisiert sind und deshalb erwarten lassen, daß sie diese Interessen auch wirklich wahrnehmen. Soweit ich gehört habe aus Österreich, sind die Erfolge doch ganz erheblich und gut. Nur, das Problem der leeren Kassen wird dazu führen, daß wir das in der Bundesrepublik sobald nicht haben werden. Deshalb lautet mein Plädoyer, in den Bereichen, in denen überhaupt etwas geschieht (z.B. Altenhilfe), das Betreuungsrecht stärker einzubringen, als das bisher der Fall ist, und es weiterzuentwickeln und nach Bundesgenossen zu suchen in anderen Bereichen, die dasselbe Ziel verfolgen wie wir mit dem Betreuungsrecht. Wir können nicht erwarten, daß die Sozialpolitiker auf uns Rücksicht nehmen, sondern wir müssen auf sie zugehen und versuchen, den Anschluß zu finden.

### III. Die Vernetzung therapeutischer und betreuungsrechtlicher Hilfen

# Wer sorgt für die Koordinierung von Hilfen, wenn diese nicht-mehr in Einrichtungen standardisiert vorgehalten werden?

*Heinrich Kunze*

Die Frage des Themas mag Verwunderung auslösen - oder die Gegenfrage; Warum soll Hilfe denn nicht mehr in Einrichtungen erfolgen, wenn dies nötig ist?

- Weil Hilfe in Einrichtungen meist zur Ausgliederung aus der eigenen Lebenswelt führt.
- Weil Hilfe in Einrichtungen häufig ein Standardpaket ist, das in bezug auf die einzelne Person eine Kombination von Unter- und Überversorgung darstellt, die Lebensuntüchtigkeit verstärkt.

## *1. Die Problematik standardisierter Kompaktlösungen*

Ich will die Problematik an einem Negativbeispiel erläutern: Von der Betreuungsbehörde einer Stadt an der Nordsee erhielt unser Krankenhaus bei Kassel einen Brief mit der Bitte, Frau R. und Herrn V. aufzunehmen, da die beiden „dringend vormundschaftsgerichtlich untergebracht werden müssen.“ Aus dem beigefügten ausführlichen Bericht des zuständigen Gesundheitsamtes ging hervor, daß die Diagnose in beiden Fällen lautet: Erheblicher hirnerkrankter Abbau bei langjähriger Polytoxikomanie ... . Frau R. und Herr V. streunen jetzt obdachlos durch die Stadt.... Immer wieder kommt es zu kurzfristigen stationären Aufenthalten in der hiesigen Psychiatrischen Klinik, die sie jedoch schnell wieder auf eigenen Wunsch verlassen.“ (Frau R. war früher als Krankenschwester tätig, der Beruf von Herrn V. ist mir nicht bekannt.) Wir haben das Aufnahmeersuchen abgelehnt, weil der Grund für die wohnortferne Unterbringung der Mangel an geeigneten Hilfen vor Ort war.

Ich weiß nicht, ob der Betreuer für die beiden einen Heimplatz gefunden hat und wie geeignet dieser Platz ist. In unserer Gegend, wo wir die Verhältnisse überblicken, kennen wir eine Einrichtung, in die wir Personen aus dem Krankenhaus nicht entlassen, weil wir die Qualität der Arbeit in dieser Einrichtung nicht für ausreichend halten. Diese [Einrichtung nimmt überregional auf.

Mit *herkömmlichen* ambulanten Hilfen (sei es medizinische, psychiatrische oder soziale) kommen diese beiden Personen, wie viele andere, nicht aus und zurecht. Herkömmliche ambulante Hilfe setzt voraus

- daß die Klientin oder der Klient die Hilfe aktiv sich holt (Kommstruktur);

- daß sie oder er eine Wohnung haben, von der aus sie/er die ambulante Hilfe in Anspruch nehmen können.

Bei der herkömmlichen Problemlösungsstrategie wird

- der fehlende eigene Wille mit fürsorglichem Zwang durch Betreuung kompensiert;
- eine Einrichtung gesucht, die Wohnung, Versorgung, Hilfe, Kontrolle, Behandlung aus einer Hand sicherstellt.

Die Betreuungsaufgabe beschränkt sich also auf die Funktion, die Unterbringung in einer Einrichtung - ggf. irgendwo - zu veranlassen oder auch nur rechtlich abzusichern.

Angesichts der meist viel zu hohen Zahl von betreuten Personen bei Betreuerinnen und Betreuern und des Mangels an geeigneten Hilfe-Alternativen ist oft im Einzelfall kaum etwas anderes möglich. (Meine Kritik ist deshalb nicht als persönlicher Vorwurf an Betreuerinnen und Betreuer gemeint!) Doch steht diese verbreitete Praxis im Widerspruch zu den Zielen des Betreuungsgesetzes wie der Psychiatrie-Reform.

Über die Ziele des Betreuungsgesetzes ist schon gesprochen worden, die der Psychiatrie-Reform sind sehr ähnlich in ihrem Ergebnis. Das Reformziel heißt:

## *2. Integration psychisch kranker Personen in die Gemeinde*

Wie ist diese Programmatik mit Leben zu füllen? Der fachliche Begriff von Rehabilitation, der weiter ist als der kostentechnische, bezeichnet einen Prozeß, „der eine körperlich oder psychisch behinderte Person befähigt, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen“ (BENNEETT). Nach dieser Definition, die wir von den Engländern gelernt haben, ist niemand so gestört, so krank, so behindert, um vom Leben in der Gemeinde ausgeschlossen werden zu müssen - wenn nur die Hilfen entsprechend gestaltet sind.

Dies entspricht auch der im Sozialgesetzbuch I § 10 schon in den 70er Jahren niedergelegten Norm für die „Eingliederung Behinderter: Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu bessern und ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern;
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern."

Dieser Paragraph ist eine für unser Sozialleistungsrecht bindende Norm, aber leider keine Norm, aus der im Einzelfall Leistungen eingeklagt werden können.

Spätestens seit den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung ...“ von 1988 gilt Gemeindepsychiatrie nicht nur für ausgewählte, geeignete, selektierte Patientinnen und Patienten. Prüfstein der Psychiatrie-Reform sind gerade die Menschen mit schweren, chronischen psychischen Störungen und komplexen Problemen. Auch - und gerade - für diese Personen sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, daß sie in ihrem Kreis/ihrer Stadt auf Dauer ein möglichst eigenständiges Leben führen können. Sie sollen nicht aus ihrem eigenen Lebensfeld ausgegliedert und aus ihrer Kommune ausgebürgert<sup>1</sup> werden, nur weil sie erst wohnortfern in einer Einrichtung Hilfe finden, die dann ihr eigenes Lebensfeld komplett ersetzt.

Der Kreis/die Stadt hat die *politische* Verantwortung dafür, daß nicht nur gesunde und somatisch kranke Menschen in der Kommune leben können, sondern auch die schwerer psychisch kranken Personen Mitbürgerinnen und Mitbürger bleiben können.

Eine eigene Wohnung zu haben: allein, mit Angehörigen oder selbst gewählten Personen zu leben, - das ist ein menschliches Grundbedürfnis, das ist eine entscheidende Voraussetzung für soziale Verwurzelung, psychische Stabilität und personale Identität. Dies gilt für nichtbehinderte wie gleichermaßen für behinderte Personen, einschließlich psychisch oder geistig behinderte Personen. Wohnrecht ist bei uns ein kommunales Bürgerrecht: Wer seine Wohnung verliert, dem muß seine Gemeinde einen Wohnplatz zuweisen, und wenn auch nur von niedrigem Standard oder behelfsmäßig.

Die besondere Bedeutung des Schutzes der Wohnung wird im Betreuungsgesetz dadurch deutlich, daß es dafür einen gesonderten Paragraphen gibt, der die Beendigung eines Mietverhältnisses einer betreuten Person von der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes abhängig macht (§ 1907).

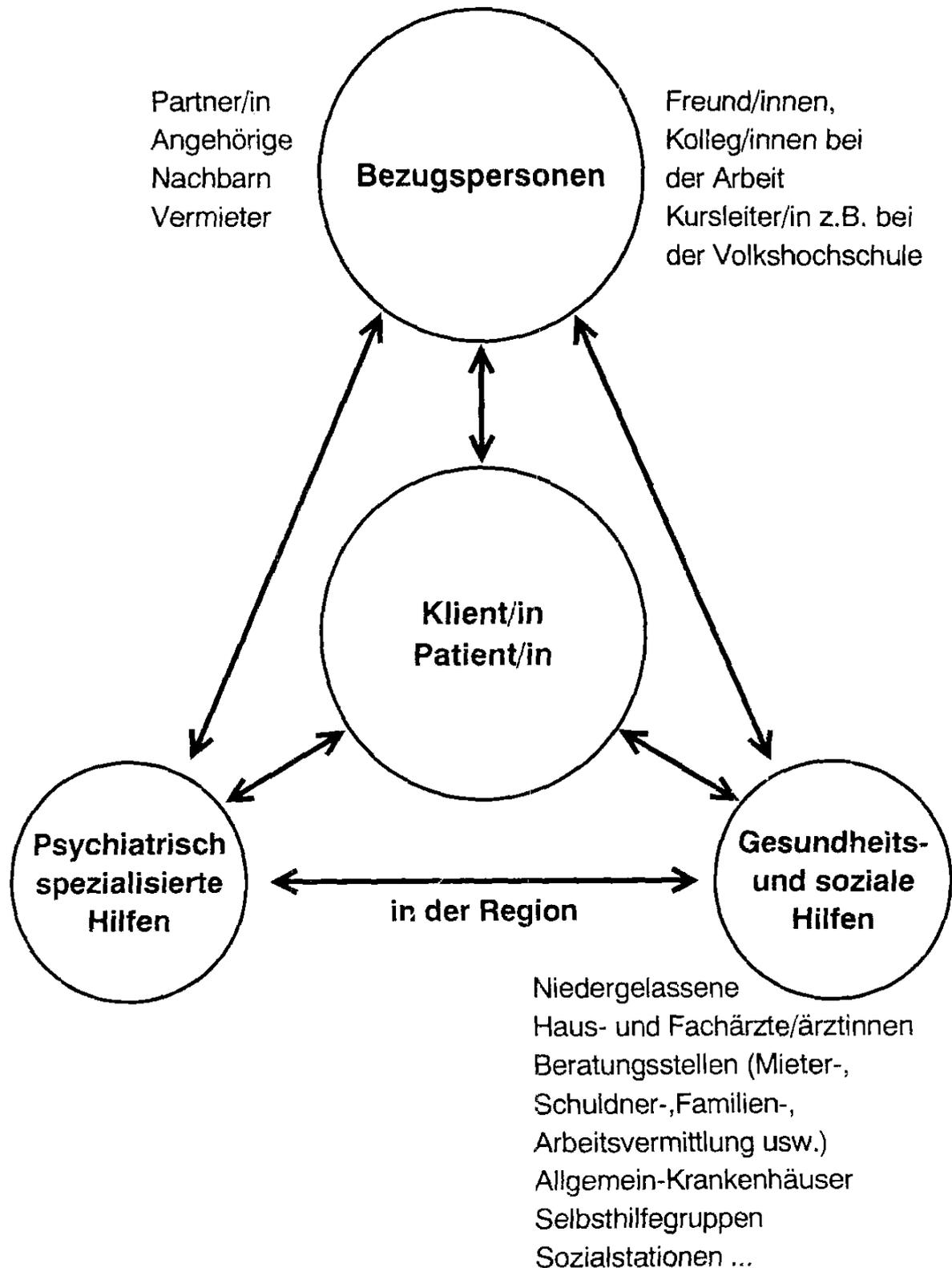
Wenn also das Ziel für psychiatrisch spezialisierte Hilfen, sei es Krankenhausbehandlung oder was traditionell komplementäre Hilfe genannt wird, darin besteht, Integration zu bewahren oder durch Rehabilitation/Eingliederung wieder zu erreichen, so hat das für die Hilfestrategien weitreichende Folgen. So wichtig es bleibt, möglichst die Krankheit zu heilen, so wenig genügt dies, wenn die Krankheitsstörungen mehr oder weniger fortbestehen. Denn dann hängt die Integration, Rehabilitation bzw. Eingliederung ganz entscheidend davon ab,

- ob die Personen, mit denen der langfristig psychisch gestörte Mensch zusammenlebt, in der Lage sind, mit diesem Menschen auszukommen, mit den durch die psychische Störung gegebenen Problemen zurecht zu kommen, und
- ob sie dabei gefördert, unterstützt und entlastet werden.

---

<sup>1</sup> finanzielles Motiv für Ausbürgerung: Entlastung des eigenen Sozialhilfe-Etats, wenn der überörtliche Sozialhilfeträger zuständig wird.

## Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung im eigenen Lebensfeld



Zugleich geht es darum, die im normalen Lebensfeld der chronisch psychisch kranken und behinderten Person vorhandenen nicht-psychiatrischen Dienste, (Beratungsstellen, Sozialstationen, Hausärzte usw.) zu befähigen und zu unterstützen, die Stabilisierung der behinderten Person und die Unterstützung ihrer Bezugspersonen zu leisten (vgl. Abbildung).

So wird deutlich, daß eine Vielzahl von persönlichen Hilfspersonen wie von professionellen Helferinnen und Helfern, die mehr oder weniger voneinander formal unabhängig sind, koordiniert und abgestimmt sich verhalten müssen, wenn das Ziel erreicht werden soll, daß eine schwer behinderte Person in ihrem eigenen Lebensfeld integriert bleiben kann.

### *3. Einrichtungszentrierte Rehabilitation behindert Eingliederung*

Traditionell wird eine behinderte Person in eine Einrichtung geschickt, wenn die herkömmlich sehr geringen ambulanten Hilfen nicht ausreichen. Dabei ist aber zwischen der Funktion einer Klinik und der einer komplementären Einrichtung zu unterscheiden.

Eine Psychiatrische Klinik hat die primäre Aufgabe, die psychische Erkrankung von Patientinnen und Patienten zu behandeln. Mit der Personalausstattung durch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gehört es auch zu den Aufgaben der Krankenhausbehandlung, während der Behandlung drohende soziale Ausgliederung (Verlust der Wohnung, soziale Ausgrenzung z.B. durch Menschen, die durch das krankheitsbedingte Verhalten gekränkt, beleidigt, vor den Kopf gestoßen sind, krankheitsbedingte Kündigung des Arbeitsplatzes usw.) zu bearbeiten und zu verhindern.

Aber grundsätzlich gilt für Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik wie für Behandlung in einer somatischen Klinik: eine Station ist kein Ort zum Leben auf Dauer; wer ins Krankenhaus geht, hat seinen Lebensmittelpunkt außerhalb. Der Wohnplatz und der Platz in verschiedenen sozialen Rollen (als Familienmitglied, als Nachbar, als Berufstätige, Freundeskreis ...) bleibt erhalten und wird bis zur Rückkehr in absehbarer Zeit frei gehalten.

In eine psychiatrische komplementäre Einrichtung geht, wer in seinem eigenen Lebensfeld nicht zurecht kommt - oder deren/dessen Lebensfeld nicht mit ihr/mit ihm zurecht kommt, weil eine psychische Erkrankung mit ihren Folgen mit den herkömmlichen Möglichkeiten ambulanter Behandlung oder ambulanter Beratung nicht ausreichend stabilisiert werden kann. Je länger aber der Aufenthalt in der komplementären Einrichtung dauert, desto mehr wird die Person aus ihrem eigenen natürlichen Lebensfeld ausgegliedert, desto mehr wird das Leben in der Einrichtung zum eigentlichen Leben und Lebensmittelpunkt. (Das gilt natürlich auch, wenn ein Klinikaufenthalt länger dauert.)

Ob eine längerfristig psychisch gestörte Person in ihrem eigenen Lebensfeld weiter leben kann, hängt nicht nur von Art und Ausprägung der Krankheitssymp-

tome ab, sondern insbesondere von der Fähigkeit des Lebensumfeldes dieser Person, mit diesen Besonderheiten und Schwierigkeiten umgehen zu können, sie zu tragen und akzeptieren zu können. Wenn die Profis in einer Einrichtung damit umgehen können, so trägt das zur Stabilisierung in der Einrichtung bei. Diese Stabilisierung ist aber in das eigene Lebensfeld außerhalb der Einrichtung nicht übertragbar - es sei denn, die Personen im realen Lebensfeld der psychisch gestörten Person werden von den professionellen Helferinnen und Helfern dazu befähigt, miteinander auszukommen, sie werden dabei unterstützt und entlastet.

Das herkömmliche Konzept der Rehakette ist in diesem Sinne jedoch ungeeignet.

Ambulant bedeutet wenig Hilfe - viel Hilfe bedeutet stationär, so ist es jedenfalls herkömmlich. Wer mehr an Hilfe braucht, als dem Umfang üblicher ambulanter Hilfen entspricht, der muß sich (auch wenn sie/er eine eigene Wohnung hat) in das Bett einer Einrichtung legen, um damit die Finanzierung aufwendigerer Hilfen sozialrechtlich auszulösen.

Stationär folgt dem Denkmuster: Ziel ist es, möglichst viele gleichartige Fälle gleichzeitig zu haben nach verschiedenen Ein- und Ausschlußkriterien, nach Konzept, nach Kostenträgerart usw.. Das gibt Maßnahme-homogene Kästchen als Strukturmuster. Die kranke behinderte Person wandert bzw. wird weitergereicht von einer Station zur anderen, von einer Institution zur anderen, von einem Dienst zum anderen ..., immer an den jeweiligen organisatorischen Ort, wo die Mischung von unterschiedlichen Hilfen organisatorisch gebündelt ist, die für die jeweilige Behandlungs- oder Hilfephase für erforderlich gehalten wird. Und wenn die Institution wohnortfern liegt, so muß die hilfebedürftige Person schon allein deshalb sich voll versorgen lassen und umfassende professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, weil sie/er nicht nur die Wohnung, sondern das gesamte gewohnte Lebensumfeld verlassen muß und z. B. nicht von zu Hause gewohnte Freizeitangebote nutzen oder wegen somatischer Beschwerden nicht zum Hausarzt gehen kann.

Weil jedoch chronische psychische Erkrankung und Behinderung kein auf Dauer konstanter Zustand ist, führt jede Änderung des Hilfebedarfs zur Notwendigkeit, die Einrichtung zu wechseln, und damit werden die gewachsenen therapeutischen und sozialen Beziehungen immer erneut unterbrochen. Die einzugliedernde Person hat immer nur Gaststatus und kann nicht das Lebensgefühl entwickeln: hier bin ich zu Hause.

#### *4. Lebensfeld-zentrierte Rehabilitation und Eingliederung - Der Ansatz der Kommission „Personalbemessung im komplementären Bereich“*

Seit 1991 gilt die *Psychiatrie-Personalverordnung*, die eine gute Grundlage zur Verbesserung der klinisch-stationären und teilstationären psychiatrischen *Behandlung* darstellt. Ihre Geltung ist allerdings auf Krankenhausbehandlung im kostentechnischen Sinne beschränkt.

Rehabilitation im kostentechnischen Sinne findet fast nicht statt. Zwar sind formal psychisch behinderte Personen mit anderen behinderten Menschen sozialrechtlich gleichgestellt, doch gibt es eine Reihe von Problemen, die dazu führen, daß dieses vom Grundsatz her gegebene Sozialrecht praktisch nicht realisiert wird. Deshalb sind fast alle Hilfen im sog. komplementären Bereich Sozialhilfe-finanziert. Weil die betreffenden Personen primär Selbstzahlerinnen/-zahler sind, aber in der Regel arm sind oder schnell arm werden durch die Kosten, muß die Sozialhilfe einspringen (mit den Folgen der Heranziehung von Einkommen und Vermögen).

Das Bundesgesundheitsministerium finanziert bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE eine Kommission, die die Aufgabe hat, ein Fachkonzept zur *Personalbemessung im komplementären Bereich* zu erarbeiten. Es geht um die Ziele,

- gemeindepsychiatrische Hilfen auch und gerade für die schwerer und chronisch psychisch kranken Menschen zu konzipieren, d.h. die Voraussetzungen zu schaffen, daß diese Personen Mitbürgerinnen und Mitbürger in ihrem Kreis/ihrer Stadt bleiben können und nicht ausgegliedert werden, weil sie nur wohnortfern Hilfe finden oder in die Obdachlosigkeit abgedrängt werden;
- den sozialrechtlichen Kurzschluß vom Behandlungsfall zum sog. Pflegefall zu unterbrechen und darauf hinzuwirken, daß die vorrangigen Leistungsträgerinnen (Krankenkassen, Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung) das Sozialleistungsrecht unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker anwenden, oder der Gesetzgeber die vom Grundsatz her schon gegebenen Leistungsansprüche durch Klarstellungen praktisch einlösbar macht.

Es geht also um chronisch psychisch kranke und behinderte Personen, die herkömmlich versorgt werden

- in psychiatrischen Krankenhäusern als sog. Pflegefälle (korrekt: Nichtbehandlungsfälle);
- in Heimen der verschiedensten Art;
- in kirchlichen Großanstalten;
- die bei überforderten Angehörigen leben
- oder in der Obdachlosigkeit.

Da der traditionelle einrichtungszentrierte Ansatz Eingliederung behindert, heißt die Alternative: Lebensfeld-zentrierte Rehabilitation und Eingliederung. Es geht um die Umkehrung der Richtung: statt daß die Person in die Einrichtung geht, sollen die Hilfen zur Person in ihr Lebensfeld ergänzend, stützend hinzukommen. Ausgangspunkt und Fixpunkt während eines - ggf. wechselvollen - Rena- bzw. Eingliederungsprozesses ist die als eigene erlebte Wohnung, Und wer keine hat, dem muß vordringlich dazu verhelfen werden während des Rena- bzw. Eingliederungsprozesses und nicht erst nach der Entlassung.

*Wohnen* ist ein *soziales Grundbedürfnis* des Menschen und sozialräumlicher *Bezugspunkt für das Leben in der Gemeinde*. Mit dem Lebensbereich Wohnen ist

besonders die Verwirklichung der Bedürfnisse nach Schutz, Privatheit, Vertrautheit und Kontinuität sowie Zugehörigkeit verknüpft. Psychisch kranke Menschen haben in bezug auf Wohnen im Prinzip dieselben individuell unterschiedlichen Wünsche und Bedürfnisse wie andere Menschen auch.

Ein spezifischer Aspekt des Wohnens ist, daß es von *Gewohnheiten* bestimmt wird: Die Wohnung ist weniger ein Ort, an dem neue Erfahrungen gesammelt werden, sondern in erster Linie ein Ort, an dem Gewohntes und Alltägliches stattfindet.

Beständigkeit und Vertrautheit wirken entlastend, und „das Bedürfnis nach Kontinuität hängt auch mit dem Bedürfnis des Menschen zusammen, sich trotz vieler und ständig wechselnder Rollen und dem Durchlaufen unterschiedlicher Lebensphasen als gleichbleibend und identisch, als 'Selbst' zu fühlen. Wenn die Wohnung gleich bleibt, die der Mensch als seinen erweiterten persönlichen Raum betrachtet, fällt es ihm leichter, sich als Ich-Selbst zu fühlen und sich nicht in unterschiedlichen, teilweise auch widersprüchlichen Rollen zu verlieren". ... „Die Wohnung als Zentrum des persönlichen Lebens dient des weiteren dazu, das Bedürfnis nach Alleinsein zu befriedigen. Es stellt den Gegenpol dar zum Bedürfnis nach Zusammensein, nach Kontakt und Kommunikation. Doch 'Alleinsein' heißt nicht nur Abwesenheit anderer Personen, sondern auch Abwesenheit von Eindrücken, die von anderen Personen ausgehen. Der Mensch möchte, wenn er allein sein will, ungestört sein, d.h. er will weder andere Personen sehen oder hören, noch von ihnen gesehen oder gehört werden. Es ist in diesem offensichtlich recht komplexen Bedürfnis also auch der Wunsch enthalten, von sozialen Einflüssen geschützt zu sein" (FLADE). (Aber herkömmlich müssen Personen, die infolge psychischer Erkrankung und Behinderung ja besonders irritierbar und verletzlich sind, auf Stationen oder in anderen Einrichtungen mit anderen Personen, die sie sich nicht selber ausgesucht haben, in Zwangsimmunitätsgruppen leben.)

Als grundlegende Anforderung an Wohnumwelten ergibt sich hieraus, daß sie entweder zum Bleiben einladen oder das Bleiben überhaupt erst ermöglichen, denn Vertrautheit kann nur entstehen, wenn genügend Zeit verstreichen kann, in der Neues und Ungewohntes allmählich zum Vertrauten und Gewohnten werden kann. Darüber hinaus muß Wohnen Alleinsein ermöglichen, sowohl das „für sich sein" wie auch das „unter sich sein" mit selbstgewählten Personen.

Die Verwurzelung in einer *Wohnung, die als eigene erlebt wird*, ist die entscheidende Grundlage für Integration bzw. Eingliederung. Dies erfordert, die Hilfspakete in Einrichtungen aufzuschnüren, damit die unterschiedlichen Hilfskomponenten nach Art, Umfang und Kombination der Veränderung des individuellen Bedarfs entsprechend verändert werden können, ohne daß jedes Mal die Wohnung und das soziale sowie das therapeutische Umfeld gewechselt werden muß. Denn bisher ist der Wohnraum in der Einrichtung starr mit der Hilfe der Einrichtung gekoppelt, und deswegen führt jeder Wechsel des Hilfebedarfs zu einem Wechsel

der Einrichtung und damit zu immer neuer Entwurzelung und nicht zur Eingliederung in ein eigenes Lebensfeld.

Statt einer Einrichtung braucht jemand ggf.:

- eine Wohnung, Problem des Mietvertrages oder der Mietzahlung;
- Hilfe bei der Reinigung der Wohnung;
- Hilfe bei der Organisation von Essen;
- Hilfe bei der Reparatur der Wohnung (Glühbirne kaputt, Wasserhahn tropft);
- Hilfe bei der Tagesgestaltung durch Arbeit und sinnvolle Beschäftigung;
- Hilfe bei der Durchsetzung von Rechten und Ansprüchen beim Sozialamt, der Krankenkasse usw.;
- Hilfe bei Konflikten und Reibereien mit Angehörigen, Nachbarinnen, Freunden;
- multiprofessionelle psychiatrische Behandlung und Rehabilitation;
- allgemein-ärztliche Behandlung.

Die Liste ließe sich noch erweitern.

Zu dieser Lebensfeld-zentrierten statt Einrichtungs-zentrierten Konzeption will ich auf zwei Probleme hinweisen:

1. Als Hilfpaket einer Einrichtung läßt sich dies alles relativ einfach über Pflegesätze finanzieren. Aber wenn die Hilfen in ambulanter Form bezahlt werden sollen, dann wird es sehr, sehr schwierig (das Gegenteil von „ambulant vor stationär“ ist die Realität!). Auch wenn man eine eigene Wohnung hat, muß man sich erst in das Bett einer Einrichtung legen, um mehr als sonst übliche ambulante Hilfe finanziert zu bekommen. So viel zur Finanzierung.
2. Wer steuert diese verschiedenen Hilfen? In einer psychiatrischen Klinik zum Beispiel sind die unterschiedlichen Hilfen als Paket verschnürt. Regelmäßige Absprachen, Übergaben, ggf. tägliche Therapiekonferenzen im Team sind selbstverständliche Bestandteile des Behandlungsprozesses. Die Koordination der Hilfen ist hierarchisch standardisiert vorgegeben. Wenn aber jetzt eine Klientin/ein Patient in seinem eigenen Lebensfeld lebt, stellt sich die Frage, wer koordiniert?

Idealerweise ist eine Patientin/ein Klient selbständig wie ein Kunde. Aber um diese Personen, die dazu in der Lage sind, geht es nicht in der „komplementären“ psychiatrischen Versorgung. Angesichts der komplexen Verhältnisse in der Realität müßte die Hilfe suchende Person ein Sozialarbeiterstudium absolviert haben, um die notwendigen verschiedenen Hilfen für sich kompetent koordinieren zu können; und sie müßte die Erfahrung eines sozialrechtlich spezialisierten Anwaltes haben, um die Leistungszuständigkeiten bei den verschiedenen Kostenträgern und Behörden für sich durchzusetzen. Die Engländer haben dafür die Begriffe „*case-manager*“ und „*care-manager*“.

Der *care-manager* kauft die für eine hilfebedürftige Person notwendigen unterschiedlichen Hilfen bei unterschiedlichen Anbietern ein. Mit dem *case-manager* ist die Funktion gemeint, die unterschiedlichen Hilfen unter therapeutischen Gesichtspunkten miteinander zu koordinieren, insbesondere auf der Grundlage einer persönlichen Beziehung. Wer von den verschiedenen beteiligten Helferinnen und Helfern (persönlich bekannte Freunde, Angehörige, verschiedene Therapeutinnen verschiedener Dienste und Einrichtungen bis hin zur Betreuerin oder zum Betreuer), wer von ihnen allen hat die langfristige Steuerungsfunktion, und welche anderen Beziehungen sind dem unter- oder nebengeordnet, aber nicht übergeordnet?

Primär sollten die verschiedenen Helferinnen und Helfer die Entscheidung der hilfebedürftigen Person respektieren. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Hilfebündnis, zur Beauftragung von Helferinnen und Helfern, krankheitsbedingt beeinträchtigt ist. Und vor allem stellt sich dann die Frage, ob die Abwehr von Gefährdungen (bei der hilfebedürftigen Person selber oder bei anderen Personen) aktiv aufsuchende, ggf. fürsorglichen Zwang ausübende Hilfe erfordert.

Für Helferinnen und Helfer ist es jedoch verführerisch, durch einseitige Betonung von freier Entscheidung, Selbstbestimmung und Motivation auf Seiten der hilfebedürftigen Person sich der schwierigsten „Fälle“ zu entledigen und sie aus der eigenen therapeutischen Verantwortung auszugrenzen, indem die Akzeptanz von Hilfe allein zum Problem der hilfebedürftigen Person und nicht zum Problem der Helferinnen und Helfer gemacht wird.

Selbst wenn es gelingt, die für eine einzelne hilfebedürftige Person jeweils notwendigen verschiedenen Hilfekomponenten in ambulanter Form zu realisieren, so bleibt die Frage, ob die additive Anhäufung der verschiedenen Hilfen ausreichend ist. Denn bei der psychiatrischen Krankenhausbehandlung sind die unterschiedlichen Leistungen von verschiedenen Berufsgruppen zielgerichtet integriert. Für die Integration ist Voraussetzung, daß die verschiedenen Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams in einem zielorientiert entscheidungsfähigen Rahmen Therapieziele, Aufgabenteilung, Dienstplan, Fortbildung, Urlaub abstimmen. Wenn die unterschiedlichen beruflichen Leistungen von selbständigen Personen oder Diensten erbracht werden, dann kann natürlich bei großer Kooperationsbereitschaft einiges erreicht werden. Aber bei der Zielgruppe, um die es bei dem Kommissionsauftrag geht, wird dies meist nicht ausreichen. Deshalb ist für die Kommission auch eine entscheidende Zielsetzung, für die schwer gestörten bzw. behinderten Personen, die verschiedene Hilfen integriert als Komplexleistung benötigen, diese aus einer Hand zu realisieren, also eine multiprofessionelle Hilfe, ggf. von hohem Aufwand, aber ggf. auch ohne Bett, z. B. eine Einrichtung, die auch mobil im Lebensfeld der Klienten/Patientinnen arbeitet.

5. *"Unheilbare", deren Leben vor 50 Jahren als lebensunwert galt, sollen heute in die Gemeinde integriert leben*

Meine Damen und Herren, da erst wenige Tage der 50. Jahrestag vorbei ist, an dem das sog. Dritte Deutsche Reich beendet wurde, will ich zum Schluß noch einen Bezug zwischen dem gemeindepsychiatrischen Ziel und der Situation schwer psychisch kranker und behinderter Menschen damals herstellen. In jenem Dritten Deutschen Reich wurde den sog. Unheilbaren das Lebensrecht abgesprochen, und sie wurden massenweise ermordet. Ziel von Gemeindepsychiatrie ist es aber, chronisch psychisch kranke und behinderte Personen zu befähigen, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen (BENNETT). Die Gemeinde bietet ihnen Asyl im Sinne von Schutz, Zuflucht, statt sie in Asyle im Sinne von GOFFMAN zu institutionalisieren und damit aus ihrem Kreis/ihrer Stadt auszubürgern oder in die Obdachlosigkeit abzurängen.

Das wäre die *positive Antithese zur damaligen Vernichtung der „Unheilbaren“* Kranke und behinderte Menschen, deren Leben im Dritten Reich als lebensunwert galt, sollen heute und morgen *als Mitbürgerinnen und Mitbürger in der Gemeinde leben*.

Auf zwei Voraussetzungen für die Realisierung der ethischen Norm der *Toleranz* und des gesellschaftlichen Ziels der *Integration* will ich abschließend hinweisen:

Es ist wichtig, daß die psychiatrischen Professionellen Verständnis und Zeit für die Menschen aufbringen, die - subjektiv und/oder ggf. objektiv - unter psychisch kranken Personen leiden. Ein wichtiger Teil gemeindepsychiatrischer Arbeit besteht darin, die Integration der psychisch kranken Personen nicht nur normativ einzufordern, sondern durch konkrete Hilfestellungen bei der oft schwierigen Suche von Kompromissen praktisch zu befördern.

Außerdem müssen andere gesellschaftliche Rahmenbedingungen dafür günstig sein. Voraussetzung ist, daß auch für andere Menschen genügend Wohnungen, Arbeitsplätze und Beschäftigungen vorhanden sind; und daß möglichst viele Menschen in der Nachbarschaft, der Region und im ganzen Land das Zusammenleben mit Menschen, die anders sind als sie selber, positiv bewerten.

## **Literatur:**

AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen. Bonn 1991.

BENNETT, D.H.: Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien. In: Deutscher Bundestag: Anhang zum Bericht über die Lage der Psych-

iatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquete), Drucksache 7/4201, Bonn 1975.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter - Frankfurt 1992

BMJFFG (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich, Bonn, 11. November 1988.

FLADE, A.: Wohnen psychologisch betrachtet. Bern: Huber 1987.

GOFFMAN, E.: Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt: Suhrkamp 1973.

KRUCKENBERG, P.; JAGODA, B.; AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Personalbemessung im komplementären Bereich - von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation (Nov. 1994).

KUNZE, H.; RICARD, W.; AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht Band 18, Köln: Rheinland Verlag 1992.

# Case-Management als unterschiedliche Aufgabe von Betreuerinnen/Betreuern, Therapeutinnen/Therapeuten und Pflegekräften

*Johann Kebbel*

## *Zur Zielgruppe*

Dreh- und Angelpunkt der heutigen Tagung sind chronisch psychisch kranke Menschen, die einer gesetzlichen Betreuung unterliegen.

Man kann sie wie folgt charakterisieren: Sie leiden überwiegend an einer Schizophrenie, einer Demenz oder an einer geistigen Behinderung. Sie werden häufiger oder lang andauernd hospitalisiert. Sie sind überwiegend alleinstehend und arbeitslos. Die familiären Bande sind häufig zerrüttet. Sie sind mitunter nicht in der Lage, realitätsangemessene Entscheidungen zu treffen. Die Suizidrate ist höher als in der Allgemeinbevölkerung. Sie verursachen hohe Behandlungs- und Betreuungskosten.

Eine solche Charakterisierung birgt in sich die Gefahr, insbesondere, wenn sie mit wertenden ökonomischen Gesichtspunkten verbunden wird, daß diesen Menschen die Würde einer Mitbürgerin und die Fähigkeit, vernünftige Wünsche und Ziele zu äußern, abgesprochen wird. In Verbindung mit einer Lehre, die die Unterschiede zwischen den Menschen im wesentlichen in deren Erbmasse suchte und über eine Auslese fremden und kranken Erbgutes zum Erhalt der eigenen Rasse aufrief, hatte sie während der Zeit des Nationalsozialismus grauenhafte Folgen.

Doch das Grau einer solchen Beschreibung ist eine fachlich-medizinische Reduktion der Wirklichkeit. Es betont allgemeine Beeinträchtigungen und übersieht die Unterschiede, die Lebendigkeit und Verschiedenheit dieser unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger. Wie in der Allgemeinbevölkerung unterscheiden sich jene bzgl. ihrer Stärken und Schwächen, ihrer Fähigkeiten und Probleme, ihrer Lebenskontexte, kulturellen Hintergründe und Lebensläufe sowie bzgl. ihrer Reaktionsweisen auf Streß und Herausforderung, aber auch hinsichtlich der Bewältigung ihrer Störungen und ihrer Antworten auf Behandlung und Betreuung. 10 Jahre lang habe ich in einer psychiatrischen Krisen- und Notfallhilfe rund um die Uhr mitgearbeitet und viele zeitlich ausgedehnte Hausbesuche durchgeführt. Die beeindruckendste Erfahrung war die extreme Unterschiedlichkeit der subjektiven Welten von „Person, Störung und Lebenskontext“. Jede war eine individuelle Entdeckung (Surber, 1994) und hatte eine eigene Geschichte.

## *Was ist Case-Management?*

Im Gegensatz zu anderen Vorgehensweisen, z.B. Psychotherapie, Soziotherapie oder Psychopharmakologie ist Case-Management keine Disziplin, die eine ein-

zelle Berufsgruppe erlernt und ausübt. Neuere Entwicklungen intendieren aber eine eigene Ausbildung. Case-Management ist keine neue Vorgehensweise. Seine Wurzeln finden sich in der allgemeinen Sozialarbeit und in der Gemeindekrankenpflege. In den USA hat es seit 25 Jahren eine immer größere Verbreitung gefunden. 1981 z.B. unterstützte Medicaid, eine Krankenversicherung für Bürgerinnen und Bürger, die sich die übliche Privatversicherung nicht leisten können, kein einziges Case-Management-Programm. 1986 wurden in 19 Staaten Case-Management-Programme mit mehr als 650.000 Patientinnen und Patienten gefördert (Spitz, 1987, zit. in Thornicroft, 1991). In Großbritannien findet Case-Management seit Mitte der 80er Jahre eine immer größere Bedeutung. Mittlerweile hat es Eingang in offizielle und regierungsamtliche Papiere gefunden, in Caring for People, 1989, und in den National Health Service und Community Care Act, 1990. Gesundheitliche und soziale Dienste sollen es als Konzept einführen (Onyett, 1992). In Deutschland dagegen hört man nur gelegentlich diesen Begriff. Kaum einer kennt dessen Bedeutung. Wendt (1991) war m.E. der erste Autor, der eine Übersicht, ausgewählte Artikel aus der angloamerikanischen Literatur und eine Bibliographie vorlegte.

Trotz der breiten Beachtung im angloamerikanischen Raum gibt es keine einheitliche Definition (Kanter, 1989; Bachrach, 1992). Die Konzepte unterscheiden sich von Region zu Region und von Lokalität zu Lokalität. Aufgrund seiner Unbestimmtheit birgt es die Gefahr, nur ein Mode- oder Schlagwort zu werden.

Einige Definitionsversuche:

1. Schwartz u.a., 1982: „Case-Management ist - basierend auf einer gut entwickelten Methode sozialer Arbeit- eine Methode zur Integration sozialer Dienste. Es wird in verschiedenen sozialen Feldern genutzt einschließlich der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, in der Gerontologie, in der Unterstützung chronisch körperlich kranker Menschen und in der Psychiatrie“.
2. Intagliata, 1982: „Case-Management ist ein Prozeß oder eine Methode, die Nutzern sichert, daß sie mit Diensten, - welche auch immer sie brauchen -, in einer koordinierten, effektiven und effizienten Art und Weise versorgt werden. Die spezifische Bedeutung von Case-Management hängt jedoch von dessen Kontext ab“.
3. Renshaw, u.a., 1988: „Sorgfältige Einschätzung der Bedürftigkeit, umfassende Pflegeplanung, Koordination der Dienstleistungen und Nachuntersuchungen, das zusammen macht im großen und ganzen Case-Management aus“.
4. Ballew und Mink, 1989: „Case-Management ist ein Prozeß der Hilfestellung für Menschen, deren Leben unbefriedigend verläuft oder nicht gelingt. Es sind viele Probleme vorhanden, die einer Unterstützung durch verschiedene Arten der Hilfe erforderlich machen. Einerseits konzentriert es sich auf die Entwicklung oder Verbesserung eines Ressourcen-Netzwerkes, andererseits bemüht es sich um die Stärkung der persönlichen Fähigkeit der Klienten, Hilfsquellen zu erschließen und das Netzwerk der Ressourcen nutzen zu können“.

5. Kanter, 1989: „Case-Management kann in Verbindung mit dem traditionellen psychiatrischen Blick auf biologische und psychologische Funktionen als eine besondere Form praktischer Vorgehensweisen im System seelischer Gesundheit definiert werden,, Es bezieht sich auf die Aufrechterhaltung des physisch faßbaren und sozialen Umfeldes seelisch Kranker - mit dem Ziel, deren Überleben, persönliches Wachstum, kommunikative Teilhabe und Genesung bzw. Anpassung an eine seelische Störung zu unterstützen".
6. Thornicroft, 1991: „Case-Management ist eine Strategie im Interesse von Patienten, Dienste zu erschließen und miteinander zu verbinden. Es umfaßt folgende Funktionen: Koordination, Integration und Zuweisung individueller Hilfe innerhalb begrenzter Ressourcen. Auf der individuellen Ebene kann es als Koordination von Hilfe definiert werden. Auf der Projektebene kann es als Methode beschrieben werden, die Hilfe für eine bestimmte Patientengruppe organisiert. Auf der Programm- oder Systemebene kann es als ein Vorgehen charakterisiert werden, das versucht, mehrfache Anstrengungen unter den Diensten zu vermeiden und sich darum bemüht, einen angemessenen Umfang an Dienstleistungen für eine Zielgruppe bereit zu stellen. Letzteres wird besser Pflege- oder Systemmanagement benannt".
7. Surber und Balancio, 1994: „Case-Management ist ein Satz von Prämissen und Prinzipien der Hilfe. Es ist keine spezifische Intervention oder ein Programm mit klaren Grenzen. Es ist ebenso eine Art und Weise oder ein Weg, über Hilfe nachzudenken, wie verschiedene Interventionen anzubieten. Es kann als ein Prozeß umfassender Hilfe für Menschen mit schweren seelischen Störungen definiert werden, die in einer bestimmten Phase ihrer Erkrankung oder über lange Zeit hinweg nicht in der Lage sind, selbständig zu leben. Es ist eine Behandlungsweise, die psychologische Beratung, Medikation, psycho-soziale Rehabilitation und umfeldbezogene Unterstützung integriert. Alle Interventionen basieren auf der klinischen Einschätzung der individuellen Verletzlichkeit, Beeinträchtigung, Möglichkeit zum Wachstum und der externen Ressourcen. Alle Interventionen werden innerhalb des Kontextes einer therapeutischen Beziehung bewirkt".

Soweit einige kurze Definitionen. Sie weisen auf die Vielfalt der Konzepte hin und zeigen an, in welche Richtung Case-Management heute tendiert. Ging es vormals um Koordinieren und Integrieren, besser um ein Makeln bzw. Verbinden von Diensten untereinander, geriet mehr und mehr die Betroffene mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt des Interesses und werden heute umfassende Hilfeleistungen auch für schwerst und chronisch psychisch kranke Menschen im Sinne eines Clinical-Case-Management angestrebt (Bachrach, 1992).

### *Die Entwicklung des Case-Management*

Das Aufkommen des Case-Management hatte aus angloamerikanischer Sicht im wesentlichen folgende Gründe:

In den 60er und 70er Jahren erfolgte in den USA eine rasche Ausbreitung vielfältiger und spezialisierter sozialer und gesundheitlicher Dienste. Es entstand ein hochkomplexes, fragmentiertes, mehrfach angelegtes und unkoordiniertes Netzwerk, dessen Schwellen insbesondere für Personen mit Mehrfachproblematiken und mangelndem Hilfesuchverhalten schwierig oder nicht zu überwinden war (Intagliata, 1982).

Gleichzeitig setzte eine Welle der Auflösung und Reduzierung übergroßer psychiatrischer Anstalten und Kliniken ein. Folge war, daß sich die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für chronisch psychisch kranke Menschen verwischten (Intagliata, 1982) oder sie durch das soziale Netz fielen und auf der Straße landeten (Eagle/Caton, 1990). Selbst die in der Kennedy-Ära entstandenen Community Mental Health Centers (CMHC) erreichten nicht oder nicht ausreichend diese Population. Aufgrund dessen entwickelte das National Institut of Mental Health (NIMH) sog. Community Support Systems, in denen das Care-Management eine zentrale Rolle spielt (Anthony, 1990).

Menschen mit langandauernden seelischen Störungen oder Behinderungen weisen ein vielfältiges Störungsmuster auf und brauchen ein breites Feld an Unterstützung. Jedoch selbst in relativ gut ausgestatteten Regionen besteht oft ein Mißverhältnis zwischen dem, was Nutzer brauchen und was die Dienste anbieten (Brewin et al., 1988). Medikamentöse Vorgehensweisen stehen im Vordergrund. Psychologische und pädagogische Maßnahmen einschließlich einem Rat zur Bewältigung und einem Training zur Verbesserung sozialer Kompetenzen werden dagegen zuwenig angeboten. In einer englischen Umfrage unter 500 Nutzerinnen und Nutzern im Jahre 1990 gaben 60% an, daß sie eine Behandlung erhielten, die sie nicht wollten. Sie übten Kritik an der Schwere der Nebenwirkungen der Medikamente und an der mangelnden Auswahl von möglichen Interventionen. 90% sahen ihre Probleme vorwiegend persönlicher und sozialer, weniger medizinischer Natur (MIND-Roehampton Institute, 1990, zit. in Onyett, 1992).

Vernachlässigt wurden und werden insbesondere jene, die an sich den höchsten Unterstützungsbedarf aufweisen (Onyett, 1992), unter ihnen insbesondere obdachlose psychisch Kranke. Viele haben keinen Kontakt zu psychiatrischen Diensten, entweder weil sie sie nicht kennen oder mit ihnen schlechte Erfahrungen machten.

Die Deinstitutionalisierung und die Zersplitterung ambulanter Dienste birgt die Gefahr in sich, daß die Angehörigen die größte Last bei der Bewältigung psychischer Störungen tragen (Fadden, Bebbington, Kuipers, 1987). Ihre Probleme werden durch die Fokussierung auf die Patientinnen und Patienten vernachlässigt. Sie werden nicht ausreichend durch Informationen, psychoedukative Methoden und den Aufbau ergänzender und unterstützender kommunikativer und sozialer Netzwerke entlastet.

Schließlich spielen die zunehmend begrenzten ökonomischen Ressourcen eine nicht unbedeutende Rolle. Durch eine bessere Integration und Koordination von

Dienstleistungen erhofft man sich auf der System-, Projekt- und Nutzerebene eine Einsparung der Kosten. Die Qualität der Dienstleistungen soll erhöht und deren Kosten-Nutzungs-Verhältnis verbessert werden (Vass, 1990).

Die hier geschilderten Punkte treffen prinzipiell auch auf die Situation in unserem Lande zu.

### *Allgemeine Prinzipien des Case-Management*

Menschen mit seelischen Störungen und Behinderungen erleiden nicht nur ihre Störung, sondern sie versuchen sie soweit wie möglich auch selbst zu bewältigen. Die Bewältigung der Störung oder die Anpassung an die Störung, die Bewältigung innerer und äußerer Stressoren bzw. Belastungen gelingt aber sehr unterschiedlich. Therapeutische Interventionen sollen die Anpassung verbessern und das Ausmaß funktioneller Beeinträchtigungen verringern. Allgemeines Ziel ist, Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen, den weitest möglichen Grad an Unabhängigkeit und Selbständigkeit zu erreichen. Case-Management greift dabei gerne auf das Vulnerabilitäts-Streß-Modell zur Erklärung und Beeinflussung seelischer Störungen zurück (Onyett, 1992).

Die in der Regel von verschiedenen Autoren (Intagliata, 1982; Kanter, 1989; Thornicroft, 1991; Bachrach, 1991; Surber, 1994) beschriebenen Prinzipien sind:

- *Umfassende Hilfe:*

Hilfe bzw. das, was therapeutisch ist, wird in einem breiten Sinne verstanden. Hilfe weist über die Grenzen einzelner Disziplinen hinaus und schließt psychologische, psychopharmakologische, rehabilitative, pädagogische, soziale, spirituelle und alltagspraktische Methoden ein. Es geht nicht nur darum, jenes Bündel an Hilfen zusammenzustellen, das eine Einzelne braucht, sondern die verschiedenen Hilfen auch in einen funktionellen Zusammenhang zu bringen. Ein sorgfältiges Medikamentenregime ist sinnlos, wenn die Klientin obdachlos ist oder dem Arzt völlig mißtraut.

- *Kontinuität:*

Ein abgedroschenes Wort, aber ein oft nicht beachtetes Prinzip. Hilfe muß so lange angeboten werden, solange sie erforderlich ist, bei chronisch psychisch Kranken kann dies eine Lebenszeit bedeuten. Kontinuität bedeutet auch, eine Kontinuität über die Grenzen von Diensten und Institutionen hinweg aufrechterhalten. Werden verschiedene Hilfen gleichzeitig oder nacheinander angeboten, gilt es Widersprüche oder Wiederholungen zu vermeiden und einen in sich konsistenten und kohärenten Behandlungsplan zu verfolgen. Gegenüber Klientinnen und Klienten, die Hilfe brauchen, aber Hilfe ablehnen, müssen Wege gefunden werden, wie sie für ein kontinuierliches Vorgehen - gleichgültig wie schwierig deren Verhalten auch sei - zu gewinnen sind. Zuletzt bedeutet Kontinuität, daß Hilfe auch rund um die Uhr zur Verfügung stehen sollte.

- *Zugängliche Dienste/Zugänglichkeit:*

Behandlung ist nur erfolgreich, wenn die Klientin die erforderlichen Dienste erreicht oder diese die Klientin erreichen. Dienste müssen so lokalisiert sein, daß Klienten sie leicht aufsuchen können. Case-Management-Dienste fragen nicht, paßt die Klientin ins Programm, sondern fragen, was kann der Dienst für die Klienten tun. Vermögen Klientinnen und Klienten, Hilfe nicht dort aufzusuchen, wo sie angeboten wird, bedeutet dies, daß das Case-Management dort hingehet, wo die Klienten sind. Zugänglichkeit bedeutet darüber hinaus, kulturelle Unterschiede zu akzeptieren und psychologisch jedem Menschen mit Respekt und Achtung zu begegnen.

- *Helfer-Klient- Verhältnis:*

Positive Beziehungen sind zentral in der Bewältigung seelischer Störungen. Die Helfer-Klient-Beziehung ist das Werkzeug zur Veränderung, zum Wachstum, zur Überprüfung von Beziehungen und zum Verfolgen von Zielen. Dies erfordert Verantwortlichkeit und einen verantwortungsvollen Umgang mit der damit verbundenen Macht. Case-Management wird nicht für Klientinnen und Klienten gemacht, sondern mit Klientinnen und Klienten. Behandlung wird als ein partizipatorischer Prozeß verstanden. Muß Behandlung aber gegen den Willen der Patientin durchgeführt werden, muß dies erklärt werden. Das gleiche betrifft z.B. rechtliche Entscheidungen im Interesse einer Klientin, wenn letztere nicht fähig ist, eigene Entscheidungen zu treffen. Dabei sind sorgfältig die Rechte der Klientinnen und Klienten zu beachten und der Mißbrauch von Macht zu vermeiden.

- *Angemessene Unterstützung und Förderung von Unabhängigkeit:*

Wie Medikamente so müssen auch psychosoziale Interventionen angemessen - entsprechend der Belastungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten -dosiert werden. Menschen mit langandauernden psychischen Störungen oder Behinderungen brauchen mehr Unterstützung als andere. Es wäre aber falsch anzunehmen, sie seien nicht in der Lage, eigene Ziele und Wünsche zu äußern. Auch kleinste Erfolge müssen beachtet und gewürdigt werden. Eine Förderung der Unabhängigkeit bedeutet, daß Klientinnen und Klienten nicht nur in beschützende psychosoziale Netzwerke integriert werden, sondern die gesamte Gemeinde sollte mit ihren vielfältigen nachbarschaftlichen, sozialen, dienstleistungsbezogenen, kulturellen und religiösen Ressourcen einbezogen und zur Erlangung größerer Unabhängigkeit genutzt werden.

- *Anwaltschaftliches Handeln:*

Menschen mit langandauernden seelischen Störungen und Behinderungen haben oftmals keinen fairen Zugang zu allgemeinen aber auch zu sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen. Im Umgang mit formellen und bürokratischen Erfordernissen sind sie in der Regel ungeübt. Hat schon die ge-

wohnliche Mitbürgerin damit Probleme, wieviel mehr ängstliche und unsichere oder aggressiv-polternde Menschen. Sie brauchen, wenn die Zusammenarbeit nicht klappt, eine Anwältin oder Fürsprecherin. Eine wirksame Fürsprache erfordert eine Analyse und Klärung der Konflikte einschließlich eines Verständnisses der Reaktionsweisen der anderen Seite. Streit und Kampf sollten immer die letzte Strategie sein. Anwaltschaftliches Handeln ist aber auch für beauftragte Dienste erforderlich, insbesondere dann, wenn Probleme mit Kostenträgern sich einstellen.

### *Die Kernaufgaben des Case-Management*

Trotz aller Unterschiede und Kontexte beschreiben die meisten Case-Management-Programme folgende Kernaufgaben (Lamb, 1980; Intagliata, 1982; Anthony, 1988; Onyett, 1992; Thornicroft, 1992; Surber, 1994):

- *Ausfindigmachen und Auswahl der Klientel (Client-Identifikation):*

Welche Zielgruppe braucht eine mehrere Funktionen zusammenfassende Unterstützung, z.B.: Patientinnen und Patienten mit mehreren oder langandauernden stationären Aufenthalten pro Jahr, Patienten mit häufigen Zwangseinweisungen oder obdachlose psychisch Kranke,

- *Einschätzung und Diagnose (Assessment):*

Die Case-Managerin verschafft sich ein klares Bild über die Stärken und Schwächen, Probleme, inneren und äußeren Ressourcen und bisherigen Bewältigungsstrategien sowie über die (Erfordernisse bzgl. sozialer, psychiatrischer, medizinischer, beruflicher und wohnungsbezogener Hilfen. Dies erfordert den Einbezug von Bezugspersonen und Mitarbeitern verschiedener Professionen in oder außerhalb eines Teams.

- *Planung (Planning):*

Auf der Basis des Assessments entwickelt die Case-Managerin in Absprache mit der Klientin einen umfassenden Hilfeplan mit realistischen Zielen, mit den dazu vorgesehenen Handlungsschritten und auszuwählenden helfenden Personen und Diensten.

- *Heranführen des Klienten an die von ihm benötigten Dienste (Linking):*

Die Case-Managerin stellt eine Verbindung zu den benötigten Diensten her und stimmt mit diesen den Hilfeplan ab.

- *Durchführung und Koordination (Implementation):*

Die einzelnen Teile des Planes werden von den ausgesuchten und gewonnenen Personen oder Diensten mit angemessenen Verfahren ausgeführt. Die Case-Managerin achtet darauf, daß diese in einer der Klientin angemessenen Abfolge durchgeführt werden. Sie stellt die Kontinuität über die Dienste hinweg her.

- *Kontrolle (Monitoring):*

Die Case-Managerin überwacht die Ausführung der Programmteile. Sie stellt Fort- und Rückschritte fest. Treten Problemstellungen auf, steht sie für Rücksprachen und eine Beratung zur Verfügung. Sie achtet darauf, daß die Zielvorgaben eingehalten werden.

- *Evaluation:*

Die Ergebnisse der geplanten Interventionen werden unter Einbezug der Klientin und aller beteiligten Personen und Dienste ausgewertet und beurteilt. Erfordert die Evaluation eine Überprüfung der Stärken und Schwächen der Betroffenen, führt sie zu einer erneuten Assessmentphase, und der gesamte Prozeß wird unter jetzt veränderten Voraussetzungen neu aufgenommen.

Die geschilderten Aufgaben stellen nicht eine Serie voneinander unabhängiger Ereignisse dar. Sie laufen parallel und sind miteinander verwoben.

### *Vielzahl von Case-Management-Programmen*

Die Vielzahl der Case-Management-Programme kann nach folgenden Gesichtspunkten beschrieben werden: (nach Thornicroft, 1991, modifiziert)

- *Individuelles oder Team-Case-Management.*

Die meisten Case-Management-Programme stützen sich auf das eine oder andere Modell. Ein individuelles Vorgehen reicht bei Klientinnen und Klienten mit geringeren Schwierigkeiten aus. Ein Team-Case-Management ist dagegen bei Problempatienten günstiger. Die Kontinuität auch bei Abwesenheit ist besser zu wahren, die Behandlungsplanung ist eher effektiver und die Unterstützung kann auf breitere Schultern gelegt werden. Das Team-Case-Management ist ein Mittel gegen burn-out.

- *Hilfe selbst anbieten oder Hilfe vermitteln:*

Unter diesem Gesichtspunkt können Case-Management-Programme auf einer Achse positioniert werden. Am einen Ende finden sich bei geringen Kontakten mit den Klientinnen und Klienten reine Vermittlungs- und Koordinationsleistungen. Die Case-Managerin stellt nur sicher, daß die Klientin jenes Bündel an Hilfen erhält, das diese braucht. Am anderen Ende bietet Case-Management einen wesentlichen Teil der Hilfen selbst an. Letzteres hat den Vorteil, die Patientin besser zu verstehen und die therapeutische Beziehung zu nutzen, verführt aber dazu, sich zu sehr auf therapeutische Aspekte zu konzentrieren und die Erschließung und Koordination sozialer Hilfen zu vernachlässigen. Ersteres birgt dagegen die Gefahr, eine unpersönliche Dienstleistung anzubieten und den Abbruch des Kontaktes zu riskieren.

### *Häufigkeit der Intervention:*

Diese hängt von der Bedürftigkeit der Klientin, deren persönlicher Bereitschaft zur Hilfe, deren Gefährdung und den personellen und persönlichen Ressourcen der Dienste und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ab. Sie ist eng mit den möglichen Betreuungsschlüsseln verbunden. Die Frequenz der Kontakte in Case-Management-Programmen variiert von täglich bis monatlich.

### *Ausmaß der Kontrolle über finanzielle Mittel:*

Die Effektivität von Case-Management, insbesondere für chronisch psychisch Kranke, ist oftmals mit dem Ausmaß der Kontrolle über die finanziellen Mittel der Anbieter verbunden. Gelingt es, eine dezentrale Kontrolle einzuführen, vermögen Case-Managerinnen und -Manager flexibler auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten einzugehen und Dienste zur Durchführung von Hilfen zu gewinnen. Ein solches Vorgehen erhöht darüberhinaus deren Verantwortlichkeit und Kreativität. Andererseits kann es zu einer inadäquaten Ressourcenverteilung kommen und zu erhöhten Ausgaben führen. Ausführliche und individuelle Therapiepläne beugen einer solchen Gefahr vor.

### *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus sozialen oder gesundheitlichen Diensten?*

Case-Management-Teams rekrutieren sich entweder aus sozialen oder gesundheitlichen Diensten oder setzen sich aus beiden zusammen. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter nehmen eher psychosoziale Probleme und Probleme aus dem sozialen Umfeld wahr. Sie fragen eher danach, wie diese bewältigt werden können und fordern soviel Autonomie wie möglich. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter medizinischer Dienste dagegen nehmen eher Symptome und Defizite wahr, behandeln oder gleichen pflegend Beeinträchtigungen aus. Bei den ersteren besteht die Gefahr der Überforderung, bei den letzteren die der Unterforderung. Für Patientinnen und Patienten mit komplexen Mehrfachproblematiken sind multiprofessionell zusammengesetzte Teams günstiger.

### *Status der Case-Managerinnen und -Manager:*

Case-Managerinnen und -Manager mit professioneller Qualifikation tendieren dazu, sich mehr auf die Einschätzung und Diagnose und auf psychologische Interventionen zu konzentrieren, und vernachlässigen so alltägliche Aufgaben wie die Unterstützung beim Einkaufen und Kochen, bei der Haushaltsführung, der Erschließung des öffentlichen Verkehrsnetzes und bei der Verhandlung mit Institutionen der Sozialhilfe. Außerdem sind sie relativ teure Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auf Grund dessen werden zunehmend Assistentinnen und Assistenten mit relativ geringer Ausbildung und professionellem Status, aber auch Laien oder sogar ehemalige Betroffene als Case-Management-Assistentinnen und Assistenten eingesetzt.

### *Betreuungsschlüssel:*

Qualifizierte Case-Management-Dienste für Menschen mit langandauernden

seelischen Störungen und Behinderungen brauchen relativ hohe Betreuungsschlüssel. Schlüssel größer als 1:15 bewirken rasch geringere Effekte.

- *Ausmaß der Beteiligung/Einbeziehung (Partizipation) der Klientinnen und Klienten:*

Case-Management-Programme zeigen eine große Variationsbreite. Am einen Ende werden gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten Behandlung und Ziele festgelegt, am anderen Ende werden die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten von Dritten bestimmt. Die Ergebnisse schließen dabei keine Kenntnis der Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten mit der Durchführung des Case-Management durch die verschiedenen Dienste mit ein. Im Rahmen heutiger Qualitätssicherungsprogramme sollte der Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten aber so viel Aufmerksamkeit wie möglich geschenkt werden.

- *Ort der Kontakte:*

Nach dem Prinzip, der Kontakt sollte dort stattfinden, wo die Klientin ihn braucht bzw. wo diese erreichbar ist, wird der Kontakt zur Patientin in Case-Management-Programmen entweder in deren Wohnung, im Hotel, auf der Straße, in den Dienstzimmern der Case-Managerinnen und -Manager, bei der Hausärztin, im Sozialamt oder bei der Aufnahme oder Entlassung aus dem Krankenhaus hergestellt.

- *Niveau der Intervention:*

Das Case-Management kann sich auf drei Ebenen vollziehen, auf einem individuellen Niveau, der Ebene des sozialen Netzwerkes und der Systemebene. Individuelle Hilfe bezieht sich auf die bereits berichteten generellen Prinzipien und Kernaufgaben. Im Rahmen des sozialen Netzwerkes chronisch psychisch kranker Menschen kann Case-Management Selbsthilfegruppen, Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sozialämtern oder andere natürliche Personen unterstützen. Auf der Systemebene betreibt Case-Management Aufklärung bzgl. psychischer Erkrankungen oder setzt sich für bessere Ressourcen für chronisch psychisch kranke Menschen ein.

- *Zielgruppen:*

Für chronisch psychisch Kranke ist Case-Management konzeptionell mittlerweile gut fundiert, in der Praxis aber besteht die Gefahr, daß Case-Managerinnen und -Manager sich kurzfristigen oder intermittierenden Störungen zuwenden. Auch Dienste ohne klar definierte Zielgruppenbeschreibungen neigen dazu, chronisch psychisch kranke Menschen in geringerem Ausmaße zu behandeln als andere. Von einem zielgruppenbezogenen Case-Management (Assertive Case-Management) profitieren aber besonders jene psychisch Kranken, die eine geringe Compliance bzgl. der Einnahme der Medikation aufweisen, eine geringe Steuerungsfähigkeit zeigen und häufige Krisen erleben.

## *Evaluation von Case-Management*

So ansprechend und rational Case-Management auf den ersten Blick erscheint, Case-Management ist wie andere Vorgehensweisen keine magisch erfolgversprechende Methode (Bachrach, 1992). Evaluationsstudien liegen seit Anfang der 80er Jahre vor. Die Ergebnisse sind widersprüchlich. Einige Studien zeigen bzgl. der Rehabilitation psychisch Kranker positive Ergebnisse, andere nur minimale Effekte, wieder andere schlechtere Ergebnisse als Standardmethoden (Anthony, 1990; Olfson, 1990). Am günstigsten scheinen - soweit ich dies überblicke - Case-Management-Modelle abzuschneiden, die auf Konzepten der Autoren Stein und Test aufbauen und deren „Training in Community Living“ (TCL) - oder „Programm of Assertive Community Treatment“ (PACT) - Model! anwenden oder entsprechend der Zielgruppe und den regionalen Gegebenheiten abwandeln. Grundbausteine sind (Stein und Test, 1980; Stein, Diamond und Factor, 1990):

- Aufstellung individueller Behandlungsprogramme einschließlich einer sorgfältigen Einschätzung des medizinisch-psychiatrischen Status und einer routinemäßigen medikamentösen Behandlung;
- Behandlung meist in vivo: Zu Hause, in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz;
- Beachtung der Stärken und weniger Fokussierung auf die Pathologie;
- Information und Unterstützung der Angehörigen und anderer Bezugspersonen;
- Unterstützung in alltäglichen Lebensaktivitäten;
- Unterstützung im Auffinden einer Beschäftigung oder Arbeit und bzgl. einer konstruktiven Freizeitgestaltung unter Nutzung der Ressourcen der Gemeinde;
- Verfügbarkeit in Krisen rund um die Uhr;
- Beibehaltung der Verantwortlichkeit auch bei einer notwendig gewordenen Krankenhausbehandlung.

Im Vergleich zu einer Standardbehandlung (Krankenhausbehandlung mit der üblichen Nachsorge durch andere Dienste) zeigen diese Modelle (z.B. Stein und Test, 1990; Hout und Reynolds, 1984; Borland, 1989; Marks et al. 1994) bzgl. der Kontrolle der klinischen Symptome und des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus z.T. günstigere Ergebnisse. Am konsistentesten war aber die geringere Inanspruchnahme des Krankenhauses (Stein und Test: Ein stationärer Aufenthalt sei in der Regel nicht länger als 14 Tage erforderlich. Die Diagnose Psychose sei keine Indikation für einen stationären Aufenthalt und die durchgängig positive Beurteilung eines solchen Vorgehens durch Patientinnen und Patienten und Angehörige (Olfson, 1990). Neben einem auf den individuellen Einzelfall abgestimmten und einem einer laufenden Zielkontrolle unterworfenen Behandlungsplan waren aber relativ hohe Betreuungsschlüssel (1: 9-15) entscheidend. Geringere Schlüssel zeigten schnell geringere Effekte (Harris und Bergman, 1988).

## *Bedeutung von Case-Management für bundesdeutsche Verhältnisse*

Wie in den USA und England ist auch hierzulande Case-Management keine neue Methode. Insbesondere Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Mitarbeiterinnen sozialpsychiatrischer Dienste und von Institutsambulanzen, sozial engagierte niedergelassene Ärztinnen, Mitarbeiter des Betreuten Wohnens und neuerdings auch Mitarbeiterinnen von Betreuungsvereinen berücksichtigen Prinzipien des Case-Management und nehmen dessen Aufgaben in irgendeiner Weise wahr.

Die Systematik ist aber neu. Wie in der Klinik, die vom Anspruch her umfassende Hilfen unter einem Dach anbietet, gilt es auch im ambulanten Bereich eine Gesamthandlungsstrategie zu entwerfen, die alle erforderlichen Bedürfnisse aufgreift. Neu ist, daß die Grenze zwischen sozialen und gesundheitlichen Diensten aufgerissen wird (die unterschiedliche Auffassung von Sozialarbeiterinnen/-arbeitern einerseits und Medizinerinnen/Mediziner und Pflegekräften andererseits über das Verständnis psychischer Erkrankungen ist eine sehr befruchtende, mitunter aber auch eine betrübliche Erfahrung kommunaler Psychiatrie). Neu ist der systematische Ansatz, der die Einheit von „Person, Störung und Lebenskontext“ und deren Geschichte betont. Neu ist, daß die Gemeinde als Ganzes einbezogen wird und daß Case-Management sich nicht scheut, auch Para-Professionelle, Laien, Angehörige und sogar Mitbetroffene als Case-Managerinnen und Manager zu nutzen. Neu ist der ermutigende rehabilitative Ansatz, der auch die Bedürftigsten nicht ausschließt.

Die unpersönliche Konnotation des Begriffes ist unbefriedigend. Sie erinnert an Statistik, Manipulation und mangelnde Humanität. Neuere Konzepte geben aber auch den Schwächsten ihre Würde zurück. Ein besserer Begriff hat sich bisher nicht gefunden. Die von Wendt (1991) vorgeschlagene Übersetzung „Unterstützungsmanagement“ oder „fallweise Unterstützung“ finde ich eher holprig. Der englische Terminus ist griffiger.

## *Wer soll ein Case-Management übernehmen ?*

Wenn Case-Management auch eine Art und Weise ist, an komplexe Problemstellungen heran zu gehen, so ist im Grunde jede Profession, die mit Menschen mit langandauernden seelischen Störungen oder Behinderungen arbeitet, aufgerufen, sich zu prüfen, inwieweit sie systematisch eine Gesamtbehandlungsstrategie verfolgt oder Teil einer solchen ist oder sein könnte. Ist letzteres der Fall, meist ist es die Regel, ist zu klären, welchen Ausschnitt man erarbeitet, welche zusätzlichen und ergänzenden Hilfen notwendig sind, mit wem man zusammenarbeiten und wer die koordinierende Funktion übernehmen sollte. Treffen unabhängig voneinander Tätige aufeinander, z.B. Ärztin und Sozialarbeiterin, müssen sie, um zu einer gedeihlichen Zusammenarbeit zu finden, möglicherweise erst Statusprobleme lösen. Leichter haben es multiprofessionell zusammengesetzte Dienste. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können gemeinsam Hilfspakete schnüren, wesentliche Teile selbst durchführen und nur diejenigen Anteile weitergeben, die

für die Klientin zusätzlich erforderlich sind und von anderen Diensten erbracht werden müssen. Anders stellt sich die Situation dar, wenn Hilfen die Zustimmung von Kostenträgern brauchen. Gesamtbehandlungspläne bzw. Komplexleistungen finanziert außer der Sozialhilfe niemand. Sie ist aber subsidiär, und eine Finanzierung gelingt auch nur dort, wo sich die Grenzen zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger verwischen. So bleibt Case-Management als eine auch von Kostenträgern unterstützte Gesamtbehandlungsstrategie die Ausnahme. Die „Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich“ arbeitet an diesem Problem (Kruckenberg, Jagoda, AKTION PSYCHISCH KRANKE, 1994). Sie könnte einen neuen Dienst, z.B. einen Rena-Dienst mit Case-Management-Funktionen, kreieren, günstiger erscheint mir eine Lösung zu sein, an bestehende Strukturen anzuknüpfen und insbesondere sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen eine solche Aufgabe anzutragen. Ob der Medizinische Dienst der Krankenkassen dazu in der Lage sein wird, wage ich zu bezweifeln.

Eine besondere Situation ergibt sich, wenn Menschen mit seelischen Störungen oder Behinderungen einer gesetzlichen Betreuung unterliegen. Betreuerinnen und Betreuer sind in der Regel Angehörige, ansonsten Rechtsanwältinnen/-anwälte, freie Betreuerinnen/Betreuer mit oder ohne professionelle Erfahrung, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von Betreuungsvereinen und amtliche Betreuerinnen/Betreuer, meist psychiatrische Laien. Ihnen obliegen oftmals die Wirkungskreise Gesundheitsvorsorge, Aufenthaltsbestimmung und Vermögensvorsorge. Sie sollen einen persönlichen Kontakt zu den Betreuten pflegen, aber eine Betreuung, d.h. die erforderlichen Hilfen, nicht selbst erbringen. Vielmehr sollen sie die Interessen der Betreuten vertreten, als „Mittler, Transporteur und Interpret“ gegenüber den professionellen Diensten auftreten, letztere auch überwachen (Jürgens, Kröger, Marschner, Winterstein, 1992). Wer schätzt nun die Bedürfnisse und erforderlichen Hilfen ein und koordiniert deren Zusammenwirken? Wer sagt der Betreuerin, was wie gemacht werden sollte? Günstig wäre eine Lösung, wenn sich die gesetzliche Betreuerin auf eine professionelle Case-Managerin oder einen entsprechenden Dienst stützen und mit dieser und der Klientin eng zusammenarbeiten könnte. Meist muß sie sich aber auf ihren gesunden Menschenverstand verlassen, sich mit diesem und jenem beraten und dafür sorgen, daß zumindest das Notwendigste erfolgt.

Das Betreuungsgesetz ist seit 2 1/2 Jahren in Kraft. Soweit ich dies noch aus Bremer Sicht sagen kann und darf, fallen die Betreuungsgutachten heute breiter, ausführlicher und sorgfältiger aus, werden Entscheidungen mit größerer Behutsamkeit gefällt und überprüfen die Richterinnen und Richter häufiger, schneller und früher die Betreuungs- und Unterbringungs Voraussetzungen. An der Betreuungspraxis hat sich dagegen gegenüber dem alten Pfl eg- und Vormundschaftsrecht bisher wenig geändert. Günstiger fällt die Situation der professionellen Betreuerinnen und Betreuer aus, insbesondere dann, wenn sie im Gegensatz zu früher mit deutlich geringeren Fallzahlen arbeiten können. Ist dies der Fall, erfüllen sie erfolgreiche Case-Management-Funktionen. Der gesetzlich verankerte

Status unterstützt sie noch darin. Ihre Machtfülle mahnt aber, diese achtsam und sorgsam zu gebrauchen und nicht aus dem Auge zu verlieren, daß das Ziel bleibt, die Betreute wieder in die Unabhängigkeit und Selbständigkeit zu entlassen.

Zum Schluß mag die ZuhörerIn oder der Leser fragen, wie arbeitet ein Case-Management konkret? Es wären Fallbeispiele und deren theoretische Fundierung nützlich. Hier konnte aber auf der Basis eigener Erfahrungen und eines Literaturstudiums nur eine allgemeine Übersicht und Einführung gegeben werden.

## **Literatur:**

ANTHONY, W.; COHEN, M.; FARKAS, M.: Psychiatrie Rehabilitation. Center for Psychiatrie Rehabilitation, Boston University, 1990.

BACHRACH, L.L.: Case Management Revisited. Hospital and Community Psychiatry, 43: S. 209-210, 1992.

BALLEW, J.R., MINK, G.: Was ist Case Management. In: W.R. WENDT (Hrsg.): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1991, S. 56-83.

BREWIN, C.R.; WING, J.K.; MANGEN, S.P. et al.: Needs for care among the long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact survey. Psychological Medicine, 18, S. 457-468, 1988.

EAGLE, P.F. and CATON, C.L.M.: Homelessness and Mental Illness. In: C.L.M. Caton: Homeless in America. Oxford University Press. New York, Oxford, 1990, S. 59-75.

FADDEN, G.; BEBBINTON, P. and KUIPERS, L.: The burden of care. The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. British Journal of Psychiatry, 150: S. 285-292, 1987.

HARRIS, M.; BERGMAN, H.C.: Misconceptions About Use of Case Management Services by the Chronic Mentally Ill: A Utilization Analysis. Hospital and Community Psychiatry, 39; S. 1276-1280, 1988.

INTAGLIATA, J.: Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: The Role of Case Management. Schizophrenia Bulletin, 8: S. 655-674, 1982.

JÜRGENS, A.; KROGER, D.; MARSCHNER, R.; WINTERSTEIN, P.: Das neue Betreuungsrecht. Eine systematische Gesamtdarstellung. Verlag C.H. Beck, München, 1992.

KANTER, J.: Clinical Case Management: Definition, Principles, Components. Hospital and Community Psychiatry, 40: S. 361-368, 1989.

KRUCKENBERG, P.; JAGODA, B.; AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Personalbemessung im komplementären Bereich - von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation. AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn, 1994.

LAMB, H.R.: Therapist - Case Managers: More than Brokers of Services. *Hospital and Community Psychiatry*, 31: S. 762-764, 1980.

MARKS, I.M.; CONOLLY, J.,; MUIJEN, M.; AUDINI, B. et al.: Home-Based Versus Hospital-Based Care for People with Serious Mental Illness, *British Journal of Psychiatry*, 165: S. 179-194, 1994.

OLFSON, M.: Assertive Community Treatment: An Evaluation of the Experimental Evidence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41: S. 634-641, 1990.

ONYETT, S.: *Case Management in Mental Health*. Chapman Hall, London, 1992.

RENSHAW, J.; HAMPSON, R.; THOMASON, C.; DARTON, R. et al.: Individuelle Pflegeplanung: Lektionen aus Amerika und von anderswo. In: W.R. WENDT (Hrsg.): *Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1991, S. 124-146.

SCHWARTZ, S.R.; GOLDMAN, H.H.; CHURGIN, S.: Case Management for the Chronic Mentally III: Models and Dimensions. *Hospital and Community Psychiatry*, 33: S. 1006-1009, 1982.

STEIN, L.I. and TEST, A.: Alternative to Mental Hospital Treatment: I. A Conceptual Model, Treatment Program and Clinical Evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37: S. 392-397, 1980.

STEIN, L.L.; DIAMOND, R.J. AND FACTOR, R.M.: A System approach to the care of persons with Schizophrenia. In: H.A. Nasrallah (ed.): *Handbook of Schizophrenia. Volume 4, Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Elsevier, Amsterdam - New York - Oxford, 1990, S. 213-246.

SURBER, R.S. (ed.): *Clinical Case Management. A Guide to Comprehensive Treatment of Serious Mental Illness*. SAGE Publications, Thousand Oaks, 1994.

THORNICROFT, G.: The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry* 3, S. 125-132, 1991.

VASS, P.: Prinzipien und Praxis der Übertragung von Budgets. In: W.R. WENDT (Hrsg.): *Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit*. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1991, S. 147-161.

WENDT, W.R. (Hrsg.): *Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit*. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1991.

# Die Einbindung der Betreuerinnen und Betreuer in die kommunale Steuerung

*Matthias Rosemann*

## *Einleitung*

Bei der Zusage, dieses Referat heute zu halten, ging ich von der Annahme aus, die Mechanismen der kommunalen Steuerung seien sicher einfach darzustellen und deren Notwendigkeit als solche sei schließlich einsichtig. Beim näheren Nachdenken über die Aufgabe entstanden mir jedoch immer stärker werdende Zweifel, ob das Thema nicht eine ganz erhebliche Überforderung darstellt, da es an der Realität weit vorbei geht. Zum einen sind die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer in den mir bekannten Fällen von kommunaler Steuerung kaum beteiligt, zum anderen stellt sich die Frage, an welchen Orten und in welchen Strukturen diese Steuerung bisher aktiv und zielgerichtet wahrgenommen wird.

An zwei persönlich in den letzten Monaten erfahrenen Beispielen will ich Ihnen diese Fragen illustrieren:

Eine Sozialarbeiterin eines Berufsbildungswerkes im ländlichen Raum eines alten Bundeslandes fragte mich bei einem privaten Besuch, was sie denn tun könne, wenn sie den Verdacht habe, daß einer „ihrer“ Jugendlichen psychisch krank sei. Ein sich daraufhin ergebendes längeres Gespräch führte u.a. zu den Fragen der Versorgungsstruktur ihres regionalen Umfeldes. Wir dachten lange darüber nach, wen sie zu Rate ziehen könnte und wer ihr die notwendigen Informationen über die möglicherweise vorhandenen Einrichtungen und Dienste geben könnte. Ich habe aus Interesse an diesem Referat später ihre weiteren Bemühungen verfolgt. Der Jugendliche war nach ärztlicher Auffassung tatsächlich psychisch krank geworden und bedurfte stationärer Behandlung in einem recht weit entfernt gelegenen psychiatrischen Krankenhaus. Nach Abschluß der Behandlung und der darauf erfolgten Entlassung blieb die Frage, wie denn die weitere Betreuung im Heimatumfeld gestaltet werden könnte. Das für mich Verblüffende an der Erfahrung dieser Sozialarbeiterin war ihre Mühe bei der Suche nach möglichen Gesprächspartnern in der Region. Es war äußerst schwierig, jemanden zu finden, der überhaupt Kenntnisse über mögliche Einrichtungen und Dienste in der Region hatte. Konkrete Hilfestellung mit einschlägigen Adressen - rund 50 km vom Wohnort des Jugendlichen entfernt - vermittelte schließlich das Jugendamt. In unserem letzten Telefonat berichtete sie, der Presse sei zu entnehmen gewesen, daß in einer kleinen Stadt innerhalb des Landkreises eine Kontaktstelle und wohl auch betreutes Wohnen eröffnet werden würde. Es bedurfte dann recht intensiver Recherchen, um in Erfahrung zu bringen, welche Angebote dort tatsächlich realisiert werden würden und auf wessen Initiativen hin sie entstanden sind. Eine

Stelle zur Koordination der psychiatrischen Versorgung existiert im Landkreis nicht; ein Ausschuß für Soziales oder Gesundheit ist im Kreistag bisher nicht gebildet worden.

Meine zweite - gegensätzliche - Erfahrung bezieht sich auf den Besuch einer Gruppe von Fachleuten aus einer Kleinstadt eines neuen Bundeslandes in einer unserer Einrichtungen in Berlin. Die Gruppe trat mit konkreten Fragen hinsichtlich der Gestaltung von Wohn- und Betreuungsangeboten für chronische Alkoholikerinnen und Alkoholiker an uns heran. Die Besuchergruppe, die sich in unserem Wohnheim für Alkoholranke informierte, bestand aus der Koordinatorin des Landkreises, der Behindertenbeauftragten der Stadt und einem Mitarbeiter einer nahegelegenen Fachklinik. Ganz eindeutig lag hier die Initiative, für diese Personengruppe ein Angebot zu schaffen, bei der Koordinatorin und der Behindertenbeauftragten.

Mit diesen Beispielen soll zunächst das Grundproblem illustriert werden: die regional äußerst verschiedenen Strukturen der Gemeindepsychiatrie. Um sich der Frage der Einbindung der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer in die gemeindepsychiatrische Versorgung zu nähern, ist es daher angebracht, sich mit der Frage zu beschäftigen, welchen Sinn kommunale Steuerung hat und welchen Sinn es hat, daß gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sich mit der kommunalen Steuerung beschäftigen,

#### *Warum und wozu eigentlich „kommunale Steuerung“?*

Der Begriff der kommunalen Steuerung hat sich in der Folge der „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich“ vom November 1988 entwickelt. Die Expertenkommission wendet sich darin vom Begriff der „gemeindenahen Psychiatrie“, der die Psychiatrie-Enquete noch durchzogen hatte, ab, da der Begriff der Gemeindenähe zu sehr an eine räumliche Vorstellung der Nähe zu einer Versorgungseinrichtung gebunden ist. Sie stellt fest, daß eine in die Lebensumwelt der Bürgerinnen und Bürger eingebundene Psychiatrie eine Gemeindepsychiatrie oder eine kommunale Psychiatrie genannt und auch so gestaltet werden muß und fordert die stärkere politische Verantwortung der Gemeinde, d.h. der Städte und Landkreise.

Wenn sich die Kommune politisch verantwortlich fühlen soll, hat sie in der Regel nicht nur politische und finanzielle Probleme zu bewältigen, sondern steht auch vor einer schwierigen administrativen Aufgabe, der Aufgabe, Entscheidungen über die Förderung von Einrichtungen, Hilfen und Maßnahmen für ihre psychisch kranken und behinderten Bürgerinnen und Bürger zu treffen. Diese Aufgabe wird umso dringender und komplexer, je knapper die finanziellen Ressourcen der öffentlichen Haushalte sind. Die Anbieter von psychiatrischen oder psychosozialen Dienstleistungen sind in aller Regel höchst unterschiedliche Institutionen, Träger oder Einzelpersonen und unterliegen ganz verschiedenen Finanzierungsbedingun-

gen. Nimmt die Gemeinde diese Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge für ihre Bürgerinnen und Bürger ernst, so wird sie gezwungen, sich mit den vorhandenen Angeboten auseinanderzusetzen und auf sie Einfluß zu nehmen. Eben dieser -Prozeß stellt den Kernbereich der kommunalen Steuerung dar.

Was aber haben die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer mit diesem Steuerungsprozeß zu tun? Sind sie nicht mit dem in den vorangegangenen Beiträgen hinlänglich beschriebenen „Case-Management“ vollständig ausgelastet und allzu oft auch überlastet?

### *Die Sicht der Klientinnen/Klienten und damit auch der gesetzlichen Betreuerinnen/Betreuer*

Lassen Sie mich mein Beispiel vom Anfang noch einmal aufgreifen. Die schwierige Aufgabe, unter Hinzuziehung fachlicher Expertinnen und Experten (Ärztinnen/Ärzten u.a.) die angemessenen Betreuungs-, Behandlungs- oder Versorgungsangebote für die Klientinnen und Klienten zu lindern, wird durch die institutionalisierten Leistungspakete der Einrichtungen und Dienste einerseits erheblich vereinfacht und andererseits auch ebenso erheblich erschwert. Da entläßt z.B. eine Klinik den Patienten und teilt mit., daß eine weitere stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Die notwendigen Hilfen sollen im häuslichen Umfeld möglichst ambulant erbracht werden. Damit werden das Ende der institutionellen Leistung bestimmt, eine Empfehlung für das weitere Procedere gegeben und der Klient sich selbst, seiner Familie oder eben seiner gesetzlichen Betreuerin anheim gegeben. Diesen obliegt nun die Aufgabe, die Empfehlung in konkrete Maßnahmen umzusetzen. Eine Vereinfachung liegt dann vor, wenn die entlassende Einrichtung mit ihrem Rat und ihren Beziehungen helfen und die entscheidenden Wege bahnen kann. Wie oft sind die Angehörigen, die gesetzlichen Betreuerinnen/Betreuer und die Klientinnen/Klienten selbst auf diese Hilfe angewiesen! Ist die Einrichtung, in meinem Beispiel die Klinik, jedoch weit weg, so kann sie diese Hilfe ggf. nicht bieten. Damit beginnt unter ungünstigen Umständen eine intensive Suche nach der geeigneten Hilfe in der Wohnortnähe der Klientin/des Klienten. Der damit verbundene Aufwand

- die vorhin benannte Erschwernis - muß Ihnen nicht näher beschrieben werden. Entweder sind die gesuchten Angebote nicht vorhanden, dann muß nach möglichen Alternativen gesucht werden oder die Angebote sind vorhanden, dann beginnt der „Kampf um den Platz“, d.h. das Bewerbungsverfahren, die Wartezeit, die Aufnahmerituale. Nur wer über differenzierte Kenntnisse der regionalen Anbieter verfügt, ist letztlich erfolgreich. Und möglicherweise stößt man zufällig auf ein Angebot, das dem eigentlich gesuchten recht nahe kommt. Wieder kann eine Adresse in die Kartei (oder die Datenbank) aufgenommen werden...

Aber Sie alle kennen auch die Kehrseite der oben so genannten Vereinfachung: Aufgrund der Kenntnis der vorhandenen Angebote - oft genug auch aufgrund der Kenntnis der Angebotslücken - wird eine Maßnahme eingeleitet, deren Angemessenheit an dem Hilfebedarf der Klientin/des Klienten teilweise zweifelhaft ist, da kaum Alternativen bestehen. Wer bestimmte Hilfen benötigt, kann diese nur

im Paket, z.B. in einem Heim, erhalten. Diese Lösung ist zwar zunächst einfach, letztlich aber teuer und schädlich, da jede Hilfe, die über das erforderliche Maß hinausgeht, im Umgang mit psychisch kranken Menschen ein Fehler ist. Ich neige daher zu der These, daß der hohe Aufwand in der individuellen Betreuung nicht zuletzt durch das Fehlen oder die unzureichende Funktion der notwendigen kommunalen Steuerung bedingt ist. Durch diesen Mangel wird eine Versorgungslandschaft begünstigt, die sich an den Interessen, Aktivitäten und Durchsetzungsfähigkeiten der vorhandenen Angebotsträger orientiert. Das Ziel der entwickelten psychiatrischen Versorgung besteht deshalb zunächst in der Abstimmung der verschiedenen Hilfeangebote aufeinander und dem Schließen der wichtigsten Lücken in der Versorgung. Das von Prof. Kunze vorhin beschriebene Ziel einer entwickelten Versorgungsstruktur besteht in der Gestaltung dieser Hilfen in einer Weise, die an dem individuellen Hilfebedarf - und nur an diesem - ansetzt und nicht institutionelle Mechanismen über den Hilfebedarf der Klientinnen und Klienten stellt. Als Aufgabe der kommunalen Steuerung wäre demzufolge zu beschreiben, die vorhandenen oder noch zu schaffenden Hilfeangebote so zu beeinflussen, daß sie sich an dem Hilfebedarf der in der Gemeinde lebenden Bürgerinnen und Bürger orientieren und diesen so effizient und so kostengünstig wie möglich befriedigen. Die Fortentwicklung der Psychiatrieplanung seit dem Bericht der Expertenkommission, d.h. die funktionale Betrachtungsweise und die Abkehr von der institutions-zentrierten Hilfe zur personenzentrierten Hilfe, bedingt somit die Koordination der Hilfen auf individueller Ebene und auf kommunaler Ebene zugleich. Wenn die Leistungen der Einrichtungen weniger standardisiert sind, müssen sie umso besser aufeinander bezogen sein. Dies bedeutet für die kommunale Steuerung zwangsläufig, die verschiedenen Träger und Einrichtungen in einen strukturierten Kommunikationsprozeß zu bringen.

### *Die individuelle Hilfeplanung aus der Sicht der professionellen Helferinnen/Helfer und deren Träger*

Immerhin stehen die Kranken, Behinderten und ihre gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer in ihrer Situation oft nicht allein. Jede verantwortlich tätige Ärztin, jeder Psychologe oder Sozialarbeiter ist mit deren Situation gut vertraut. Insofern besteht bei den Fachkräften oft ebenso das Bedürfnis, die Zeitannteile zu mindern, die mit der Suche nach dem passenden Hilfeangebot verzehrt werden. Von den professionellen Helfern gehen daher nicht selten die Initiativen zur Entwicklung neuer, weiterer Hilfeangebote aus. Die Träger entwickeln dabei oft Strukturen zur Einflußnahme auf Entscheidungen über die Gestaltung und Errichtung von neuen Einrichtungen und Diensten, um die eigenen Interessen wirkungsvoll zu fördern. Sie setzen damit eine institutionelle Dynamik in Gang, die sowohl Motor wie auch Gegenstand der kommunalen Steuerung sein kann.

Dieser institutionellen Dynamik ist stets die Erweiterung und Komplettierung des Leistungsangebotes eigen: Die erkannten Versorgungslücken sollen durch bessere Angebote - möglichst in eigener Trägerschaft - geschlossen oder gefüllt werden.

Die Ausweitung der Hilfeangebote verspricht eine gewisse Kontinuität in der Betreuung der Klientinnen und Klienten, die zu einem in der eigenen Trägerorganisation koordinierten Gesamtangebot führen. So kommt z.B. zu einer Werkstatt für Behinderte auch das Wohnheim in derselben Trägerschaft, oder zum Treffpunkt der eigene Krisendienst und das betreute Wohnen, oder zum Betreuten Wohnen das „eigene“ Arbeitsprojekt. Der Vorteil dieser Entwicklung liegt in der möglichen personellen Kontinuität der Betreuung und der trägerspezifischen Betreuungsphilosophie. Ihr häufiger Nachteil ist das Wachsen institutioneller Angebote verschiedener Träger nebeneinander, die untereinander wenig koordiniert sind oder an das Abstecken von Claims erinnern.

So kommt es, daß die professionellen Helferinnen und Helfer zum einen aus dem Wunsch, die eigene Arbeit so effizient wie möglich zu gestalten, Bündnispartnerinnen und -partner beim Füllen und Schließen von Lücken im Versorgungsangebot sein können, aber gleichzeitig unter Umständen Interessen verfolgen, die nicht immer deckungsgleich mit den Interessen der Betroffenen und ihrer gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer sein müssen.

Kommunale Steuerung meint hier die gezielte und an politisch gestützten Grundwerten orientierte Förderung von Trägerstrukturen, die zum Schließen von Angebotslücken in den für die gemeindepsychiatrische Versorgung vorrangigen Bereichen führt.

Damit will ich überleiten zu der Frage, wie denn der Prozeß der kommunalen Steuerung beschaffen sein kann, d.h. an welchen Orten von welchen Gremien oder Amtsträgern welche Entscheidungen getroffen werden. Leider ist diese Frage regional so verschieden, daß wir hier nur einige Grundmechanismen andeuten können.

### *Die Orte der Entscheidungen*

#### *Bundesebene*

Es mag zunächst paradox anmuten, daß in einem Referat über die kommunale Steuerung der Referatsteil über die Orte und Mechanismen der Steuerung mit der Bundesebene beginnt. Wir stellen jedoch in allen Steuerungsprozessen fest, daß verschiedene Ebenen sich gegenseitig durchdringen und daher die Entscheidungen des Bundes auch die der Gemeindepsychiatrie erheblich beeinflussen. Der Einfachheit halber greife ich zur Illustration das einfachste, aktuellste und prägnanteste Beispiel auf: die Pflegeversicherung. Kürzlich haben viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Sozialamtes oder eines Gesundheitsamtes und ebenso viele gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer zu spüren bekommen, daß die Frage der Abgrenzung zwischen der Eingliederungshilfe für Behinderte in Einrichtungen gemäß §§ 39, 40 BSHG und den Leistungen der Pflegeversicherung noch immer weitgehend ungeklärt ist. Dies wird offensichtlich nur über eine Initiative des Bundes oder ein höchstrichterliches Urteil zu entscheiden sein.

Mit diesem beispielhaften Hinweis auf die Wichtigkeit und den Einfluß der Bundesebene will ich mich begnügen und mich damit der nächsten Ebene - dem nächsten Ort von Entscheidungen - zuwenden, der ebenfalls nicht die kommunale Steuerung selbst darstellt, diese aber maßgeblich beeinflusst.

### *Landesebene*

Der Hinweis auf das Pflegeversicherungsgesetz ist an sich schon ausreichend, um deutlich zu machen, daß auch die Länder an der Gestaltung der psychiatrischen Versorgung erheblich beteiligt sind. Und damit beginnt meine eingangs beschriebene Not: Wie kann man Mechanismen der kommunalen Steuerung darstellen, wenn schon die Länder so verschieden auf- und ausgebaut sind?

Lassen Sie mich hierzu zwei grundsätzliche Anmerkungen machen:

1. Unabhängig von der jeweiligen Landesverfassung nimmt eine Landesebene die Aufgabe des überörtlichen Sozialhilfeträgers wahr, jedenfalls dann, wenn Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu regeln sind. Finanzierungsvereinbarungen treffen die Träger von Einrichtungen in der Regel mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger. Vor dem Hintergrund der Änderung der §§ 93f BSHG, der die Vereinbarung von Entgelten im Zusammenhang mit Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung zwingend vorschreibt, ist die Frage nach dem Einfluß der Gemeinde auf die Vereinbarungspartner gegeben.

Der Kommunikation zwischen den Ländern und den Gemeinden kommt daher eine vorrangige Bedeutung zu. Denn sicher werden sich die Träger der Hilfeangebote an den Interessen des jeweiligen Vereinbarungspartners orientieren. Insofern ist die kommunale Steuerung auf die Aktivitäten der Länder und der überörtlichen Sozialhilfeträger angewiesen und muß zugleich an der Einflußnahme auf diese Aktivitäten Interesse haben, will sie in ihrem eigenen Bereich erfolgreich sein.

2. Bei der Gestaltung der kommunalen Psychiatrie können die Interessen der Träger, der Gemeinden, der Betroffenen und ihrer gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer in einem Planungsprozeß aufeinander abgestimmt werden, die gesamte Planung aber möglicherweise an Länderbestimmungen oder Landesfinanzierungsregelungen ihre Grenzen finden. Jede der in dem regionalen Prozeß beteiligten Gruppen kann nun zur Durchsetzung der in der Gemeinde oder der Versorgungsregion verabredeten Planung ihrerseits auf den ihr zur Verfügung stehenden Wegen auf das Land Einfluß nehmen. Hier sei vor allem an den Einfluß der Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege sowie an die verschiedenen Möglichkeiten der Bildung von überörtlichen Arbeitsgemeinschaften erinnert. Umgekehrt ist die Landesebene oft von entscheidender Bedeutung, um die Entwicklung kommunaler Strukturen und Steuerungsprozesse erst in Gang zu bringen.

Doch nun zu der eigentlich wichtigen Ebene, der

### *Ebene der Gemeinden*

Wenn man von der kommunalen Ebene spricht, hat man das Problem, daß

Kommunen sehr unterschiedlich sind. Dies bezieht sich auf die Einwohnergröße wie auch auf die Fläche. Ein Landkreis in einem ländlichen Flächenstaat hat andere Aufgaben unter anderen Vorgaben und Bedingungen zu bewältigen als eine Großstadt. Daher gibt die Expertenkommission der Bundesregierung die Planungsgröße von 100.000 bis 150.000 Einwohnerinnen und Einwohnern für eine Versorgungsregion an, was in vielen Fällen zur Zusammenführung mehrerer Gemeinden in einer Versorgungsregion führen wird, umgekehrt aber auch manche Großstadt zur Unterteilung in mehrere Versorgungsregionen bewegen soll.

Generell ist jedoch, unabhängig von ihrer Größe, die kommunale Ebene für professionelle Helferinnen und Helfer, Angehörige, Betroffene und deren Vertreterinnen und Vertreter die am leichtesten zugängliche Ebene. Sie ist vorrangig die Ebene, in der die Vermittlungsschritte zwischen der Ebene der individuellen Koordination und Steuerung der Hilfeplanung und der kommunalen Ebene der Koordination und Steuerung der Träger von Hilfeleistungen und Finanzierungsträger am direktesten möglich ist.

Die Bedeutung der Gemeinde wächst mit der Gestaltung der Hilfen in der Finanzierungszuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers. Je ambulanter die Betreuung wird, je mehr sie sich von den Heimen wegbewegt, desto häufiger rückt sie in die Finanzierungsverantwortung der Gemeinde. Damit werden die Gemeinden zunehmend auch Vereinbarungspartner im Rahmen des Entgeltverfahrens nach § 93 BSHG, sofern für ambulante Leistungen, z.B. das betreute Einzelwohnen, Entgeltvereinbarungen getroffen werden, und können nicht unerheblichen Einfluß auf Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen nehmen. Aber auch im Rahmen einer Zuwendungsfinanzierung oder als Träger der Gesundheitsämter, als Besitzer von Grundstücken und Immobilien, oder als Träger oder in Beiräten von Krankenhäusern können die Gemeinden Einfluß auf die psychiatrische und psychosoziale Versorgung nehmen.

Insofern sind die Einflüsse der Gemeinden auf die

### *institutionelle Ebene*

zwar noch schwer überschaubar und abhängig von Trägerschaft oder Finanzierungsart, an vielen Stellen jedoch mittelbar oder unmittelbar gegeben. Deshalb soll kurz auch die institutionelle Ebene mittels einiger Beispiele betrachtet werden:

- Die vorhin bereits erwähnten Vereinbarungen über Entgelte sowie über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung geben den Kostenträgern, in unserem Zusammenhang den Sozialhilfeträgern, die Möglichkeit, auf das Leistungsangebot der Einrichtungen Einfluß zu nehmen. Kommunale Steuerung könnte hier meinen, dem örtlichen wie dem überörtlichen Sozialhilfeträger Orientierungen über den vorrangigen Bedarf in der Gemeinde zwecks Aufnahme in die Entgeltvereinbarungen zu geben. Möglicherweise könnten in den Vereinbarungen auch Fragen der Aufnahmeverpflichtung, des Einzugsgebietes und der Gestaltung der personenzentrierten Hilfen aufgenommen werden.

- Das Heimgesetz bietet in seinem § 5, der die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner regelt, die Möglichkeit der Bestellung einer Heimfürsprecherin/ eines Heimfürsprechers an, solange kein Heimbeirat gebildet werden kann. Heimfürsprecherinnen und Heimfürsprecher werden von der zuständigen Behörde benannt, die auf Vorschläge der Bewohnerinnen/Bewohner oder deren gesetzlichen Vertreterinnen/Vertreter zu achten hat. Hier ergibt sich eine direkte Mitwirkungsmöglichkeit der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer, die auch als Heimfürsprecherinnen/-sprecher bestellt werden können. Mancherorts würde möglicherweise eine Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner durch die gesetzlichen Betreuerinnen/Betreuer auch als Heimbeirat anerkannt.
- Die Verwaltung der persönlichen Einkommen der Betreuten wird oftmals durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen vorgenommen, die dabei auf die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern angewiesen sind. Hier, aber auch bei Fragen der Vermietung, Kündigung, Beurlaubung, selbständigen Lebensführung und anderen mehr, haben die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer oft mehr Einfluß auf die Institutionen, als sie selbst wahrnehmen.

Die größte Chance zur Veränderung, d.h. der aktiven Gestaltung der Versorgungslandschaft liegt daher im engen Zusammenwirken - was durchaus für einige Zeitabschnitte auch bedeuten kann: in der aktiven, streitigen Auseinandersetzung - von Betroffenen, den gesetzlichen Betreuerinnen/Betreuern, professionellen Helferinnen/Helfern, Trägern und Vertreterinnen/Vertretern der Gemeindebehörden.

Lassen Sie mich nun

#### *die möglichen Institutionen der kommunalen Einflußnahme*

kurz erläutern. Ich bitte um Nachsicht, daß wir auch hier nicht alle regionalen Unterschiede in der notwendigen Breite erörtern können.

#### *Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)*

ist in der Folge der Psychiatrie-Enquete vielerorts entstanden und noch immer ein wichtiger Ort des Austausches der Fachleute verschiedener Einrichtungen innerhalb einer Versorgungsregion untereinander. Zunehmend häufiger finden auch die Angehörigen oder psychisch Kranken und Behinderten selbst ihren Platz in der PSAG. Der Einfluß der PSAG ist in den Regionen völlig verschieden, so verschieden wie auch die Themen sind, mit denen sie sich beschäftigen. So sind vor allem die Grenzbereiche oft sehr unscharf. PSAGen leben häufig von der Aktivität ihrer Mitglieder und sind in der Folge ihres oft eher informellen Status wie auch ihrer oft informellen Organisationsform für die Einflußnahme auf die Bürgerinnen und Bürger einer Gemeinde im Rahmen von aktiver Lobbyarbeit sehr wichtig. Allerdings haben sich PSAGen mancherorts auch bereits als formale Institutionen innerhalb einer Versorgungsregion etabliert.

### *Koordinatorin/Koordinator*

Die Expertenkommission hat die Aufgabe der Steuerung im wesentlichen als Aufgabe der Koordination beschrieben. Sie hält es für erforderlich, daß die an der regionalen Versorgung beteiligten Stellen, Dienste und Träger von der Kooperation einen spürbaren Nutzen hinsichtlich des Informationsgewinns und der Finanzierung ziehen. Sie beschreibt als Ziel der Koordination die Schaffung eines gemeinsamen Bewußtseins für eine gemeinsam getragene Verantwortung für die Belange der psychisch kranken und behinderten Mitbürgerinnen und Mitbürger. Die Aufgabe dieser Koordination sollte daher einer Koordinatorenstelle zufallen, die als Stabstelle dem zuständigen Dezernat zugeordnet sein sollte. Zu den Aufgaben der Koordinatorin/des Koordinators soll neben der differenzierten Kenntnis des Versorgungssystems und der Information des Dezernats auch die Initiierung von Aktivitäten und die Entwicklung von Planungskonzepten unter Einbeziehung der regionalen Anbieterinnen und Anbieter und der Finanzierungsträger gehören.

In einigen Gemeinden sind diese Koordinatorenstellen bereits eingerichtet worden und verfügen über entsprechende Erfahrungen. (Hier kann zur Vermeidung unnötigen Zeitaufwands auf den Beitrag von Schwendy vor einigen Jahren in der Psychosozialen Umschau verwiesen werden, in dem erste Erfahrungen mit einer solchen Koordinatorenstelle beschrieben werden.) Aus unserer Berliner Erfahrung können wir berichten, daß den Koordinatorinnen und Koordinatoren insbesondere im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausplanung des Landes eine erhebliche, auch praktisch erfahrbare Bedeutung zukommt.

Die regelmäßige Kommunikation zwischen den gesetzlichen Betreuerinnen/Betreuern und den Koordinatorinnen/Koordinatoren sollte zu einer Selbstverständlichkeit auf beiden Seiten werden.

Neben der PSAG bildet eine weitere Möglichkeit zur Organisation dieser Kommunikation der

### *Psychiatriebeirat*

Auch er wird von der Expertenkommission angeregt und in der systematischen Zuordnung der Koordinatorin/dem Koordinator zur Seite gestellt, da eine wirkungsvolle Koordination auf die gedeihliche Zusammenarbeit von Behörden, Diensten, Einrichtungen und Träger angewiesen ist. Insbesondere das Zusammenwirken von staatlicher Planung und freier Wohlfahrtspflege ist hier besonders bedeutsam. Insofern sollen die Beiräte die Gemeinden bei der Gestaltung und Planung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung beraten und daher so breit zusammengesetzt sein, daß sie diese Aufgabe auch verbindlich umsetzen können. Hier ist nun auf die Frage zu achten, wer die Interessen der Klientinnen und Klienten und ihrer Angehörigen vertritt.

Auch diese Beiräte sind in der jüngeren Vergangenheit an einigen Orten entstanden und gewinnen an Profil. Sie stellen mit Sicherheit einen der wichtigsten

Ansatzpunkte für die Einbeziehung der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer dar, da sie sowohl eine Ebene der Verantwortung als auch der fachlichen Experten vereinigen. Soweit die Organisationen der gesetzlichen Betreuer nicht unmittelbar an den Beiräten beteiligt sind, was sehr häufig der Fall sein dürfte, müssen sie über die Verbände oder über die Behördenstrukturen mittelbar mitwirken.

Weiter wird die Zukunft erweisen, wieweit sich die Betreuungsbeiräte gemäß den jeweiligen Landesausführungsgesetzen mit den Planungsstrukturen der gemeindepsychiatrischen Versorgung abstimmen werden.

### *Dezernentinnen und Dezernenten*

Die Dezernentinnen und Dezernenten, soviel sollte in aller Kürze festgehalten werden, tragen die politische und administrative Verantwortung für die Psychiatrie-Planung. Oft sind sie mit anderen Themen deutlich ausgelastet und widmen der Psychiatrie weniger Aufmerksamkeit, als den Fachkräften lieb ist. Allerdings wird oft übersehen, wie weit andere Aufgaben der in der Gemeindepolitik stehenden Verantwortlichen mittelbar und unmittelbar auf die gemeindepsychiatrische Versorgung einwirken. Hier seien stellvertretend für viele Gegenstandsbereiche nur die Sozialhilfe und ihre Auslegungen sowie die Wohnungsbaupolitik genannt.

Zum Verantwortungsbereich der Gesundheitsdezernentinnen und -dezernenten gehören mancherorts die Sozialpsychiatrischen Dienste oder die Einrichtungen, die für Zwangseinweisungen verantwortlich sind. Außerdem sind sie - in verschiedenen Funktionen - mit den Krankenhäusern befaßt.

Auch die Dezernate, die mit der Altenhilfeplanung, der Planung von Einrichtungen und Diensten für behinderte Menschen, mit der Jugendhilfeplanung und mit den ambulanten pflegerischen Diensten befaßt sind, müssen bei der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit bedacht werden.

Die Dezernate sind - je nach Größe und Beschaffenheit der betreffenden Gemeinde - eher schwer der Ebene der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer zugänglich. Insofern sollte die Kommunikation im Regelfall über die entsprechenden Gremien versucht werden, sofern diese bereits vorhanden sind. Andererseits kann ggf. für Amtsbetreuerinnen und -betreuer innerhalb eines Amtes ein direkter Weg über die Amtsleitung zu den Dezernentinnen und Dezernenten gegeben sein.

Den für das Gesundheitswesen zuständigen Dezernaten obliegt zunehmend die Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung gegenüber dem Parlament, die zu einem wichtigen Instrument zur Darstellung der Versorgung der Bevölkerung im Gesundheitsbereich geworden ist. Die Gesundheitsberichterstattung stellt eine Möglichkeit dar, öffentlich nach dem Ausbau der Versorgung und der Versorgungsplanung im psychiatrischen/psychosozialen Bereich zu fragen.

### *Parlamente*

Die Parlamente sind die formal wichtigsten Organe der kommunalpolitischen Einflußnahme, was nicht gleichbedeutend ist mit dem Alltagsweg der Einflußnahme

auf die gemeindepsychiatrische Versorgung. Parlamente entscheiden über die Mittelvergabe und nehmen politischen Einfluß auf die Verwaltung. Zweifelsohne sind die Parlamente nicht die Orte der regelmäßigen Kommunikation zwischen den psychisch kranken Bürgerinnen/Bürgern oder deren gesetzlichen Betreuerinnen/Betreuern mit den Kommunalpolitikerinnen/-politikern. Es wird m.E. allerdings allzu oft übersehen, daß die Anliegen der psychisch Kranken und die Schwierigkeiten bei der Behandlung und Betreuung den Abgeordneten oder Verordneten nahegebracht werden müssen, wenn Bewegung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung erreicht werden soll. Insofern wäre weiter zu erwägen, ob die Organisationen der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer zu bestimmten Themenbereichen mit den Vertreterinnen und Vertretern der Ausschüsse, z.B. der Gesundheits- oder Sozialausschüsse der kommunalen Parlamente - vorausgesetzt, diese Ausschüsse wurden gebildet -, beraten. Hier wird für einen längeren Zeitraum der Einfluß der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer größer als der der Betroffenen selbst sein. Die Parlamente sind möglicherweise der zentrale Ort, um auf die Notwendigkeit der kommunalen Steuerung hinzuweisen und die ersten Regularien in Bewegung zu bringen.

Im Berliner Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) vom August 1994 wurden die Bildung von Psychiatriebeiräten und die Beschäftigung von Koordinatoren für die psychosoziale Versorgung in jedem Bezirk gesetzlich verankert. Im Rahmen der Psychiatrieentwicklungsplanung für das Land Berlin sind die Koordinatorinnen/Koordinatoren und Gremien für die bezirklichen Gestaltungsmöglichkeiten von herausragender Bedeutung, insbesondere bei der Landesplanung, 1800 Betten in psychiatrischen Krankenhäusern bis 1998 abzubauen und gleichzeitig komplementäre Versorgungsstrukturen in der Gemeinde zu schaffen, sind die kommunalen - obgleich die Bezirke keine eigenen kommunalen Gebietskörperschaften sind - Steuerungsmechanismen unerläßlich. Die Mitwirkung in den Gremien des Bezirks Reinickendorf bei der Erstellung eines Psychiatrieplanes für den Bezirk hat mich in den Tagen und Wochen vor diesem Beitrag viele Arbeitsstunden „gekostet“. Das Ergebnis ist eine erste bezirkliche Psychiatrieplanung, die einerseits eine grundsätzliche Bestandsaufnahme und -bewertung enthält, und andererseits konkrete Entwicklungsschritte für Dienste und Hilfen für alle Gruppen von psychisch kranken Menschen in den nächsten zwei Jahren beschreibt. Diese bezirkliche Psychiatrieplanung ist erforderlich, um vom Senat finanzielle Mittel für den Aufbau von Diensten und Hilfen bei gleichzeitigem Abbau von Krankenhausbetten zu erhalten.

Die letztlich immer wieder entscheidende Frage wird jedoch lauten, wie denn die gesetzlichen Betreuer in den Strukturen der kommunalen Steuerung beteiligt werden können. Es handelt sich folglich um die Frage nach der/den möglichen

### *Organisation(sformen) der Einflußnahme*

Ich will hier im wesentlichen drei Ebenen unterscheiden, die kurz angerissen werden sollen:

## 1. Die Verbandsarbeit

Ein wesentlicher Teil der Möglichkeiten zur Einflußnahme bewegt sich auf der Ebene von Verbänden. Da Verbände in der Regel selbst danach trachten, bei strukturellen Entscheidungen beteiligt zu werden, ist zur Einflußnahme auf kommunale Entscheidungen auch die Einflußnahme auf die Verbände, die an diesen Entscheidungen beteiligt werden, wichtig. Umgekehrt formuliert hieße dies, daß die Verbände bei ihren Aktivitäten gut beraten sind, wenn sie die verschiedenen Sichtweisen eines Problems internalisiert und integriert haben. Die wichtigsten Verbände sind:

### - *Die Wohlfahrtsverbände*

Die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege haben den größten Einfluß, nicht nur auf der kommunalen Ebene, sondern auch auf der Landes- und Bundesebene. Oft sind sie selbst Trägerinnen von Einrichtungen und Diensten. Ihre grundsätzliche Aufgabe besteht in der Integration von Spitzenverbandsinteressen und Trägerinteressen, die nicht immer zwingend identisch sein müssen. Da die Wohlfahrtsverbände auch oft Träger von Betreuungsvereinen sind, wäre zu prüfen, wieweit die Betreuungsvereine an der Arbeit der Wohlfahrtsverbände beteiligt werden, und dies nicht nur in der Frage der eigenen Interessen, sondern an der fachlichen Arbeit der Verbände in den entsprechenden Arbeitsgruppen, Fachgruppen und Kommissionen. Könnten sich die Wohlfahrtsverbände z.B. bei der Mitwirkung in Entgeltkommissionen (Kostensatzkommissionen) in fachlichen Fragen auch von Betroffenen und deren gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern beraten lassen, um eine ggf. andere, die Sicht der Träger ergänzende, Position zu berücksichtigen?

### - *Die Angehörigenverbände*

Die Angehörigenverbände gewinnen in der Bundesrepublik zunehmend an Einfluß und Gewicht. Sie formulieren die Interessen der Familien, aus denen psychisch kranke Menschen oft kommen. Angehörige finden sich nicht selten in der Rolle von Case-Managerinnen und -Managern. Sie kennen fast immer recht differenziert die Versorgungslücken aus ihrer Sicht und Erfahrung. Sie erfahren ebenso differenziert die Binnenstruktur vieler Einrichtungen und beurteilen nicht selten deren Fähigkeiten und Schwächen aus ihrer Perspektive recht gut. Insofern sind sie nicht nur zur Selbsthilfe der Angehörigen wichtig, sondern sollten auch in Fragen der Versorgungsplanung eingebunden werden. Da die Angehörigenverbände zunehmend mehr auch an PSAGen, Beiräten etc. beteiligt sind, eine immer effizientere Organisationsstruktur entwickeln und auch von den Politikern zunehmend ernstgenommen werden (müssen), stellt sich die Frage, ob die Organisationen der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer - z.B. Betreuungsvereine oder Amtsbetreuungsstellen - in gelegentlichen Treffen mit den Angehörigenverbänden ihre Interessen vergleichen, miteinander abstimmen und gemeinsam vertreten können.

### - *Die Verbände der Psychiatrieerfahrenen*

Die Verbände der Psychiatrieerfahrenen, die sich auf verschiedenen Ebenen stärker formieren und nun auch über einen Bundesverband verfügen, haben sicherlich die größten Schwierigkeiten, auf der kommunalen Ebene Gehör zu finden und beteiligt zu werden. Allerdings zeigt sich eine wachsende Bereitschaft, auch den Erfahrenenverbänden „Sitz und Stimme“ einzuräumen. Insofern wäre in einem konstruktiven Dialog zu suchen, ob gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer nicht mit den Psychiatrieerfahrenen, deren Interessen die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer ja eigentlich vertreten, eine Bündelung der Perspektiven und Aktionen entwickeln können, oder sich zur aktiven Wahrnehmung der Interessen all der psychisch Kranken und Behinderten verstehen, die sich selbst aufgrund der Schwere ihrer Störung nicht artikulieren können.

## 2. *Medien*

Medienarbeit kann kaum als die vordringlichste Aufgabe von gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern in der gemeindepsychiatrischen Versorgung genannt werden. Sie wird oft als der letzte Rettungsanker verstanden, wenn andere Einflußversuche gescheitert sind. Immerhin müssen wir feststellen, daß die Psychiatrie in den Medien regelmäßig durch die Problemfälle, z.B. die Ausbrüche aus den forensisch-psychiatrischen Kliniken, erscheint. Eline konstruktive Medienarbeit, die zur Darstellung der positiven Leistungen der Einrichtungen und Dienste führt, ist recht schwierig und wird oft nur im Rahmen von Einweihungen und Festen überwiegend von den Einrichtungen und Trägern selbst betrieben. Insofern wünschte ich mir, daß alle psychiatrisch Tätigen, also auch die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer diese Chance einer Lobbyarbeit aktiver wahrnehmen. Könnten die Organisationen der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer eine jährliche Pressekonferenz geben, in der sie ihre Ansicht zur Lage der gemeindepsychiatrischen Versorgung darstellen? Könnten die Einrichtungen und Dienste bei ihren Festen den Forderungen der Betroffenen und gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern Raum geben?

Lassen Sie mich der Vollständigkeit halber noch auf zwei eher informelle Ebenen der Kommunikation zwischen den Betroffenen der gemeindepsychiatrischen Versorgung eingehen.

## 3. *Informelle Ebene*

### - *Psychoseseminare*

Psychoseseminare sind ein Ort der Begegnung von Beteiligten der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit verschiedenen Perspektiven. Angehörige, Betroffene, Professionelle und manchmal Studentinnen/Studenten oder Laienhelferinnen/-helfer treffen aufeinander und tauschen sich über ihre Erfah-

rungen aus. Diese Ebene könnte auch für gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer hilfreich sein, um Sichtweisen und Erfahrungen kennenzulernen und ggf. diese Orte auch zu nutzen, Interessen zu artikulieren.

#### - *Tagungen*

Auf Fachtagungen bleiben die Fachleute fast immer unter sich. Auch diese Ebene könnte aber zu einem fruchtbaren Austausch führen und innerhalb einer Versorgungsregion die Erkenntnis von Stärken und Mängeln der Versorgung fördern. Insofern sollten sich die Veranstalter von Tagungen die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer auf der Einladungsliste notieren und die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer Tagungen auch als eine Chance betrachten, die Fachleute auf die strukturellen Schwächen aufmerksam zu machen.

#### *Schlußbetrachtung*

Gerade die letzten Aspekte zeigen erneut das zentrale Problem der Einbindung der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer in die Gemeindepsychiatrie: Wie sollen sich gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, die mit der Versorgung ihrer Betreuten vollständig ausgelastet sind, an all diesen vielen Gremien und Möglichkeiten beteiligen?

Eine Lösung dieses Problems kann nicht kurzfristig erwartet werden. Für die Entwicklung einer langfristigen Perspektive ist die Erkenntnis die wesentliche Grundlage, daß die beste Fallarbeit wenig nützt, wenn Einrichtungen und Dienste nur ihre eigenen Interessen verfolgen oder die notwendigen Angebote nicht vorhanden sind bzw. nicht finanziert werden. Insofern kommt es zunächst und zuerst auf eine gemeinsame Lobbyarbeit an, die die Interessen der psychisch Kranken in den Mittelpunkt stellt. Mit dieser Perspektive ist bereits viel gewonnen.

Die nächste Perspektive, die die Entwicklung von den institutionszentrierten Hilfen zu einer personenzentrierten Hilfestellung in den Mittelpunkt stellt, erfordert erhebliche Aktivitäten, um die Hilfeleistungen zu schaffen, die die Klientinnen und Klienten benötigen, und diese so aufeinander abzustimmen, daß sich die Case-Management-Funktion auf ihre eigentliche Aufgabe konzentrieren kann. Die kommunale Koordination und Steuerung kann sich nur dann wirkungsvoll entfalten, wenn die Interessen der psychisch Kranken und Behinderten - auch aus der Sicht der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer formuliert - in den Steuerungsprozessen wiederfinden.

Wirkungsvolle Einflußnahme wird sich nur über die Suche der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer nach entsprechenden Bündnispartnerinnen und -partnern und über die Entwicklung von Organisationsformen gestalten lassen. Umgekehrt ist für alle Fachkräfte auf den verschiedenen Ebenen und in den genannten Institutionen der Dialog mit den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern ein notwendiges Korrektiv eigener Einsichten. Deshalb sollten die verschiedenen Interessengruppen der gemeindepsychiatrischen Versorgung die

gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer als notwendige Partnerinnen und Partner bei dem erforderlichen Um- oder Aufbau des Versorgungssystems begreifen. Die Organisationen und Personen der kommunalen Koordination und Steuerung sind gut beraten, wenn sie sich die Erfahrung und Sicht der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer zugänglich machen. Ich wünsche uns allen daher für die Zukunft einen intensiveren, konstruktiven und engagierten Dialog.

## VI. Das Betreuungswesen als kommunalpolitische Verantwortung

# Möglichkeiten einer wirksamen Realisierung des örtlichen Betreuungswesens

*Rainer Möller*

Ich ziehe aus der Einladung zu dieser Veranstaltung den Schluß, daß sich in Dortmund bezüglich der Organisation des Betreuungswesens im Sinne kommunalpolitischer Verantwortung „etwas bewegt“ haben muß. Weiter bin ich der Überzeugung, daß unsere Stadt eine Umsetzungslösung für das Betreuungsgesetz gefunden hat, die sowohl kostensparend als auch im Sinne der Betroffenen effektiv ist. Wir haben die Umsetzungslösung „Kombinationsmodell“ genannt. Ich nehme mir heraus, in diesem Zusammenhang das Wort „wir“ zu benutzen, da ich als unmittelbar Beteiligter schon frühzeitig die Möglichkeit erhalten habe, mich an Planung und Umsetzung des Modells zu beteiligen. Da man als Sozialarbeiter und somit als Person mit praktischem „Problembefugnis“ innerhalb der öffentlichen Verwaltung bekanntlich nicht alle Tage eine solche Chance erhält, freue ich mich sehr darüber, Ihnen Inhalte und Problemfelder des „Kombinationsmodells“ nunmehr auch noch selbst und authentisch näher bringen zu dürfen.

Zum besseren Verständnis muß ich folgende Frage voranstellen: „Wie war das Vormundschafts- und Pflegschaftswesen für Volljährige in Dortmund vor Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes organisiert?“

Im Prinzip existierte im professionellen Bereich neben beruflich tätigen Rechtsanwälten nur die Behörde mit selbst geführten Amtsvormundschaften und -Pflegschaften. Wir arbeiteten mit einer durchschnittlichen Fallzahl von ca. 100 Vormundschaften/Pflegschaften pro Amtsvormund/Pflegerin. Vereinsstrukturen waren in Dortmund so gut wie nicht mehr vorhanden, da ehemals bestehende Vereine mit Änderung des damaligen Jugendwohlfahrtsgesetzes hin zur Möglichkeit der Einrichtung von Amtsvormundschaften und -Pflegschaften durch die Behörde verdrängt wurden. Entsprechend der geschilderten Arbeitsbedingungen waren die erzielten Arbeitsergebnisse. Durch die beteiligten Dienste der sozialpsychiatrischen Versorgung wurden immer wieder Vorwürfe erhoben, die bemängelten, daß die Betroffenen lediglich verwaltet und nicht *persönlich* betreut wurden. Aufgrund der erhobenen Vorwürfe sowie nicht zu registrierender Veränderungen wurde schon lange vor Bekanntwerden der ersten Diskussionsentwürfe zum Betreuungsgesetz ein Arbeitskreis Interessierter gegründet, der sich zur Aufgabe stellte, diese Mißstände durch entsprechendes Einwirken von außen zu bekämpfen. Die gesetzliche Reform bestätigte schließlich diese schon länger bestehenden Forderungen, was letztlich zur Folge hatte, daß das Betreuungsgesetz bei bereits vorhandenem Problembewußtsein der politisch Verantwortlichen nur noch das fehlende Veränderungsmodul darstellte.

### *Das Dortmunder Kombinationsmodell*

Bei unseren konkreten Veränderungsüberlegungen, die zu Beginn des Jahres 1992 einsetzen, sind wir von einer „kooperativen Bündelung“ aller Betreuungskräfte ausgegangen, in diesem Zusammenhang haben wir uns nach Inkrafttreten des BIG bemüht, zwei Kernpunkte in die Überlegung zur Entwicklung des Kombinationsmodells aufzunehmen. Zum einen sollte die wichtigste Forderung des Betreuungsgesetzes, nämlich die Durchsetzung der persönlichen Betreuung, erreicht werden, und zum anderen wollten wir alle im Betreuungswesen Tätigen in einem wirksamen System miteinander verbinden, um so ein möglichst hohes Maß an Effektivität zu erreichen. Zu diesem Zweck sind in Dortmund nach entsprechenden Verhandlungen mit der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände und erfolgtem Ratsbeschluß insgesamt 6 Betreuungsvereine gegründet worden, bei denen 15 Stellen für Vereinsbetreuerinnen und -betreuer eingerichtet wurden, 9 Stellen sind ausschließlich damit befaßt, Betreuungen zu führen. 5 Stellen sind für die Erledigung der sog. Querschnittsaufgaben geschaffen worden. Auf dieses personelle Kapital sind wir besonders stolz, da hier bereits im Vorgriff auf Modellüberlegungen des Landes NRW die Grundlage für ein flächendeckendes Unterstützungsangebot um die ehrenamtliche Betreuungskraft gelegt wurde. Zum einen wollen wir natürlich ehrenamtliches Personal werben, um es - was mindestens genauso wichtig ist - adäquat zu vermitteln, und zum anderen möchten wir vorhandenes Potential durch entsprechende Angebote stabilisieren. Es soll auf keinen Fall eine Trennungslinie zwischen vorhandenen Typen von Betreuerinnen und Betreuern aufgebaut werden, sondern es sollte eine kooperative Gemeinschaft entstehen, in der Konsens darüber besteht, daß ein Angebot aller betreuungsrechtlicher Hilfen vorgehalten wird. Die „Querschnittler“ stellen demnach ein wichtiges Bindeglied zwischen ehrenamtlichen und professionellen Hilfen dar.

Zusammengefaßt sind folgende Grundgedanken des *Kombinationsmodells* festzuhalten:

- Die Betreuungsvereine werben, beraten und unterstützen vor allen Dingen ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer über den Bereich Querschnittsaufgaben.
- Um die Fallzahlen der Behördenbetreuung zu senken, wird angestrebt, daß die Betreuungsvereine in einer ersten Phase 450 Behördenbetreuungen übernehmen. (Fallzahl: 50 (|Betreuungen je hauptberufliche/r Vereinsbetreuerin/-betreuer).
- Bei der Betreuungsbehörde verbleiben lediglich maximal 50 Betreuungen.
- Alle Betreuungsvereine erhalten von der Stadt Dortmund kostendeckende Zuschüsse unter Berücksichtigung der Refinanzierungsmittel.

Um den Gedanken der persönlichen Betreuung möglichst kurzfristig umsetzen zu können, wurde mit den Betreuungsvereinen vereinbart, 450 Betreuungen aus dem behördlichen Bereich an Vereinsbetreuerinnen und -betreuer zu übertragen.

Dies hatte zur Folge, daß bei der Betreuungsstelle 4 Stellen wegfielen, es also zu

einer Reduzierung des behördlichen Bereichs gekommen ist. Im übrigen war dies kein leichtes Unterfangen, da die Aufgabe gewohnter Arbeitsfelder nicht leicht fällt. Ich habe mich in diesem Zusammenhang immer wieder darüber gewundert, daß im Diskussionsfeld um die Veränderungen des Betreuungsgesetzes seitens der Behörden häufig von einer Ausweitung der eigenen Tätigkeit die Rede gewesen ist. Mit dem Wegfall selbst geführter Betreuungen und der Einrichtung entsprechender Ersatzangebote erschien mir dieser Gedanke nicht nachvollziehbar. Die jüngste Entwicklung in NRW zeigt, daß sich der behördliche Bereich fast überall umstrukturiert und reduziert, eine Ausweitung behördlicher Tätigkeit also nicht Folge des Betreuungsgesetzes sein kann.

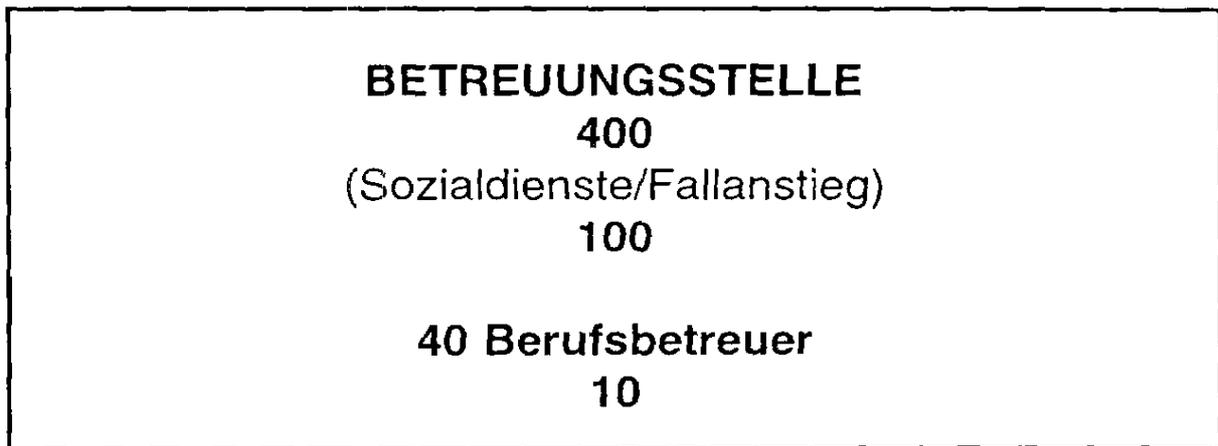
Als zusätzliche nicht vorausgeahnte Entwicklung ist bei uns eine seit Anfang 1992 ständig ansteigende Anzahl freiberuflicher Betreuerinnen und Betreuer zu beobachten. Eine Tatsache, die in unseren ursprünglichen Planungen, offensichtlich mangels diesbezüglicher Erfahrungen im sozialen Bereich, keine Rolle spielte. Da freiberufliche Betreuerinnen und -betreuer in der Regel ohne finanzielle Zuschüsse der Kommune arbeiten, wäre es unredlich zu verkennen, daß diese Entwicklung allein schon aus finanzpolitischer Sicht gern gesehen ist. Aus diesem Grund wurden in einer zweiten Phase insgesamt 400 Betreuungen an freiberufliche Betreuerinnen und Betreuer übergeben.

Die Verlagerung der behördlich geführten Betreuungen läßt sich zahlenmäßig anhand der beiden folgenden Abbildungen verdeutlichen.

Die Gesamtpalette des professionellen Betreuungsangebots hat sich erweitert. Im Ergebnis läßt sich rein zahlenmäßig eine Reduzierung der Fallbelastung gemessen am früheren Standard feststellen. Die Erhöhung der zur Verfügung stehenden Zeitanteile ist eine logische Folge.

<b>BETREUUNGSSTELLE</b>					
<b>450</b>					
<b>(SPEZIALDIENST)</b>					
<b>100</b>					
Betr. Ver.	Betr. Ver.	Betr. Ver.	Betr. Ver.	Betr. Ver.	Betr. Ver.
<b>SKF</b>	<b>SKM</b>	<b>AWO</b>	<b>DRK</b>	<b>DW</b>	<b>LH</b>
1,5 St.B	1,5 St.B	1,5 St.B	1,5 St.B	1,5 St.B	1,5 St.B
1,0 St.Q	1,0 St.Q	0,5 St.Q	0,5 St.Q	1,0 St.Q	1,0 St.Q
<b>50</b>					

Abb. 1 Phase 1



*Abb. 2 Phase 2*

### *Probleme der Umsetzung*

Nachdem ich Sie nun im Groben mit unseren Umsetzungsgedanken vertraut gemacht habe, möchte ich Ihnen einige Spannungs- und Konfliktfelder nennen, die sich im Umsetzungsverlauf gezeigt haben.

Es kann „im Sinne der Betroffenen“ nach meiner Ansicht nicht darum gehen, die Effektivität eines Modells daran zu messen, wie mehr oder weniger reibungslos eine Veränderung für die beteiligten *Institutionen* verläuft. Natürlich hat eine solche Umstrukturierung mit einer Vielzahl neuer professioneller Betreuerinnen und Betreuer zur Folge, daß beispielsweise seitens der beteiligten Justiz verstärkt Vergütungsanträge bearbeitet werden müssen und ein hohes Maß an fachlicher Beratung notwendig wird. In Dortmund machen wir die Erfahrung, daß die Justiz aufgrund mangelnder personeller Ressourcen nur schwer dazu in der Lage ist, sich adäquat auf die veränderten Anforderungen einzustellen. In den praktischen Auswirkungen führt dies leider zu Reibungsverlusten.

Ein weiteres Problem stellt die Tatsache dar, daß es der Justiz offensichtlich noch nicht gelungen ist, sozialpädagogische Erfordernisse, die sich aus der Aufgabenstellung der Betreuung ergeben, in angemessener Weise auf vorhandene Rechtsnormen zu beziehen. An dieser Stelle muß die Frage erlaubt sein, ob ein solcher Bezug prinzipiell überhaupt möglich ist. In der praktischen Konsequenz jedenfalls sind die Ergebnisse oft wenig verständlich. So werden professionelle Betreuerinnen und Betreuer mit Vergütungskriterien konfrontiert, die in der Skala nach oben von „unterdurchschnittlich schwierig“ über „durchschnittlich schwierig“ bis hin zu „überdurchschnittlich schwierig“ reichen, um eine Vergütung pro Stunde zu erhalten, die sich zwischen 50 und 75 DM bewegt. Nur, die Frage sei erlaubt: „Was ist *durchschnittlich schwierig*?“ Die aufgrund dieser Frage oft hilflos anmutende Diskussion führt im Ergebnis häufig zu Existenzängsten sowie Resignation bei den beruflich tätigen Betreuerinnen und Betreuern, die immerhin einen sozialpolitischen Auftrag erfüllen. Des weiteren wird oft eher Mißtrauen als Vertrauen gegenüber abrechnenden Betreuerinnen und Betreuern an den Tag gelegt, so als ob viele

Betreuerinnen und Betreuer sich an Mitteln der Landeskasse bereichern wollten. Die Ursachen der gerichtlichen Haltung haben ihre Gründe in unklar definierten Rechtsnormen und unterschiedlicher Rechtsprechung. Weiterhin werden vormundschaftliche Entscheidungen durch die Tätigkeit der Bezirksrevisoren erschwert. Wie dramatisch die Verhältnisse in diesem Zusammenhang mitunter sind, belegt die Aussage von Herrn Dr. Wolfgang Raack, selbst Vormundschaftsrichter. Er vertrat beim 4. Vormundschaftsgerichtstag folgende Ansicht zu diesem Thema (veröffentlicht in der letzten Ausgabe der BtPrax):

.....Offenbar leiden die Gerichte an Paranoia. Sie gehen davon aus, daß Betreuer sich ungerechtfertigt *bereichern wollen*. Die Vormundschaftsgerichte bewilligen niedrige Sätze und zudem in außerordentlich verzögerten Verfahren, obwohl Mittel für die Belange des Betreuungsgesetzes vorgesehen sind. ....In diesem Bereich herrscht Willkür. Bei der Bewertung von Schwierigkeit des Falles und Umfang der Arbeitsleistung des Betreuers herrscht bei den Gerichten völlige Unkenntnis."

Ein zweites, nicht zu unterschätzendes Problem stellt das Fehlen eines genauer beschriebenen Berufsbildes für freiberuflich tätige Betreuerinnen und Betreuer dar. Erinnern wir uns an die Intention des Gesetzgebers, so wurde der Gedanke favorisiert, möglichst vielen Professionen den Zugang zum Betreuungswesen zu ermöglichen, um dem Mangel an geeigneten Betreuerinnen und Betreuern entgegenzuwirken. In der Praxis erweist sich die Handhabung des diesbezüglichen Freiraums häufig als schwierig, da genau definierte Eignungskriterien fehlen. (Ist grundsätzlich jeder Sozialarbeiter, jede Sozialpädagogin oder Diplompädagogin besser geeignet als ein Einzelhandelskaufmann oder eine Hausfrau mit ehrenamtlichen Erfahrungen?) Allerdings sei an dieser Stelle die Anmerkung erlaubt, daß eine flexible Handhabung geltenden Rechts gepaart mit einer verantwortlichen Anwendung durch die Beteiligten natürlich auch Chancen für die Betroffene oder den Betroffenen beinhaltet. In anderen Feldern sozialer Arbeit beklagen wir uns ja schließlich häufig über mangelnde Flexibilität bei der Anwendung rechtlicher Bestimmungen; warum sollten wir sie im Betreuungswesen nicht im Sinne der zu Betreuenden nutzen? Dementgegen steht allerdings die Beobachtung, daß viele am Betreuungswesen Beteiligte sich ein konkretes Anforderungsprofil wünschen und nach Kontrollmechanismen fragen. In diesem Zusammenhang werden Anforderungen an uns gestellt, denen wir nicht entsprechen können.

Lassen Sie mich drittens noch auf eines hinweisen: Nach unseren bisherigen Erfahrungen bringt jede Intensivierung der persönlichen Betreuung im Sinne einer konsequenten Interessensvertretung ein gewisses Maß an Irritation mit sich, da vertraute Organisationsmechanismen nicht mehr wie gewohnt greifen. Es wird vielfach mit Unverständnis reagiert, wenn Entscheidungen anderer Beteiligter in Frage gestellt werden, wenn Wünsche der/des Betroffenen im Mittelpunkt der Betrachtungsweise stehen. In diesem Zusammenhang stellen die Hinterfragten gern die sofortige Grundsatzüberlegung der Eignung der Betreuerin an, um die für sie ungewohnte Situation auf eine andere Ebene zu lenken.

Beispiele hierfür sind: Warum gerade diese Einrichtung und nicht jene? Warum diese Medikation? Warum die Einforderung eines widerspruchsfähigen Bescheids im Bereich der sozialhilferechtlichen Leistungen?

Beschwerden über „aufsässige Betreuerinnen oder Betreuer“ sind nach unseren Erfahrungen häufig ein Indiz für eine ernst gemeinte Interessensvertretung im Sinne der Betroffenen und nicht für mangelnde Eignung. In diesem Zusammenhang gilt es entsprechende Aufklärungsarbeit zu leisten, um funktionshemmende Konflikte zu verhindern. Am Einzelfall festgemachte Vorwürfe dürfen keinesfalls zu einer Verallgemeinerung im Hinblick auf negative Einschätzungen führen. Im Bedarfsfall sollten erhobene Vorwürfe am jeweiligen Sachverhalt überprüft und in einem Konfliktgespräch aufgeklärt werden. Dies kann unter zur Hilfenahme entsprechender Gremien erfolgen, auf deren Stellenwert ich im weiteren Verlauf noch eingehen werde.

### *Die Effektivität des Dortmunder Modells*

Fragen Sie mich nach der Effektivität unseres Modells, möchte ich ihren Grad von folgenden Fragestellungen abhängig machen:

- *Hat sich das Maß der persönlichen Betreuung im Vergleich zur alten Situation verbessert?*

Für Dortmund muß ich diese Frage bejahen! Die Arbeitsbedingungen haben sich eindeutig verbessert, da es zu einer deutlichen Reduzierung der Fallzahlen im professionellen Bereich gekommen ist. (Von 100 Betreuungen/Sachbearbeiter im behördlichen Bereich auf 50/Vereinsbetreuerinnen-10-20/Berufsbetreuer.) Entsprechende Informationsveranstaltungen bei fachlich beteiligten Institutionen, wie zum Beispiel bei der WKP Dortmund, haben gezeigt, daß der zur Verfügung stehende Zeitanteil für die/den zu Betreuende/n deutlich gestiegen ist und die unmittelbare Rehabilitationsverpflichtung im Sinne der Betroffenen nach §1901 BGB eher umgesetzt wird als früher.

- *Wird der Bereich „Wahrnehmung von Querschnittsaufgaben“ ernst genommen?*

Um es nochmals zu verdeutlichen: Querschnitt bedeutet zum einen *werben* und zum anderen *begleiten und unterstützen* von ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern. Laut Förderungsmodell des Landes NRW (die Förderung gestaltet sich in den Bundesländern unterschiedlich) wird eine flächendeckende Versorgung angestrebt. In diesem Zusammenhang ist jeweils 1 Stelle für 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner vorgesehen. Jede geförderte Stelle muß einen Praxisbezug nachweisen, also selbst über Betreuungserfahrungen verfügen. In Dortmund ist das Ziel der flächendeckenden Versorgung mit 5 Stellen bei 600.000 Einwohnerinnen und Einwohnern fast erreicht. Dabei ist der Bereich Werbung von ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern ein Bestandteil des Aufgabengebietes.

Dieser Teil der Aufgabe ist allerdings nach unseren Erfahrungen der problematischer, da der Erfolg an der Zahl der geworbenen Betreuerinnen und Betreuer gemessen wird. Wie wir alle wissen, ist die Werbung gerade in einer Großstadt angesichts der gesellschaftlichen Strukturen ein schwieriges Problem. Die im Durchschnitt nicht befriedigenden Werbungsergebnisse halten uns den gesellschaftlichen Spiegel vor und sind meines Erachtens durch breit angelegte Werbestrategien nicht zu verändern. Hier ist Geduld und persönliche Überzeugungskraft gefragt, und somit sind sicher keine kurzfristigen Erfolge zu erwarten. Es ist gefährlich, die Effektivität einzig an dem Erfolg der Werbung auszurichten und damit die grundsätzliche Daseinsberechtigung dieses Aufgabengebietes in Frage zu stellen, denn die zweite Facette der Aufgabe, nämlich die Beratung, Unterstützung und Begleitung der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer stellt die Grundlage einer verantwortungsvollen Werbung dar und kann nur mit dem entsprechenden Service eines flexiblen Dienstleistungsangebotes betrieben werden. Es geht nicht nur darum, neue Betreuerinnen und Betreuer zu gewinnen, sondern es ist für die Gesamtbewertung und Glaubwürdigkeit des jeweiligen Systems bedeutsam, inwieweit die ehemaligen Vormünder und Pflegerinnen und die neu hinzukommenden Betreuerinnen und Betreuer Zugang zu diesem Hilfesystem finden. Um diesen Zugang zu erleichtern, haben wir eine repräsentative Umfrage bei 300 ehrenamtlich tätigen Betreuerinnen und Betreuern in Dortmund durchgeführt, deren Ergebnisse in unsere weiteren Angebotsplanungen einfließen werden, um ein Angebot zu gestalten, das sich auch tatsächlich an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert. Wie groß der Bedarf an entsprechenden Angeboten ist, zeigt, daß sich insgesamt 180 der 300 angesprochenen Personen an der Umfrage beteiligt haben. Einzelergebnisse der Befragung vorzustellen, würde hier zu weit führen. Ich bin gern bereit, die Ergebnisse im Bedarfsfall zur Verfügung zu stellen.

- *Inwieweit ist es gelungen, notwendige Verknüpfungen am Hilfsprozeß beteiligter Professionen zu installieren?*

Um das für die Prüfung der praktischen Funktionalität sowie das Entstehen einer fachlichen Akzeptanz notwendige Beziehungsgeflecht zwischen Betreuungswesen einerseits und sozialpsychiatrischer Versorgung andererseits sicherzustellen, ist es notwendig, ein kooperatives Ergänzungsverhältnis zwischen Betreuungsbehörde und der Koordinationsstelle für sozialpsychiatrische Versorgung innerhalb der kommunalen Verwaltung herzustellen. Erste Erfahrungen in Dortmund haben gezeigt, daß auf diese Art am ehesten Informations- und Aufklärungsarbeit geleistet werden kann und auftretende Probleme sich nicht verselbständigen, sondern auf einer sachlichen Ebene diskutiert werden. Es stellte sich heraus, daß ein hohes Maß an gegenseitigem Informationsbedürfnis besteht. Information führt hier zu einem Mehr an gegenseitigem Verständnis für die berufliche Rolle des anderen. Effiziente Arbeitsteilung im Sinne der Betroffenen und im Sinne einer Gemeindepsychiatrie sind somit leichter umsetzbar.

- Gelingt es weiter, auftretende Reibungsverluste und Irritationen über ein Koordinationssystem aufzufangen und abzubauen?

In diesem Zusammenhang ist es von erheblicher Bedeutung, inwieweit es gelingt, Organisationsformen der Beteiligten anzuregen und zu unterstützen (siehe BtBG §6). Die Arbeitsgemeinschaft nach §4 LBtG allein reicht hier nicht aus. Der behördliche Bereich sollte seiner „informellen Förderungspflicht“ Rechnung tragen und entsprechende Arbeitskreise der Beteiligten sachlich unterstützen. Die Tatsache, daß bei uns entsprechende Organe existieren (AK Berufsbetreuer, Gesprächskreis Vereinsbetreuer/Querschnittsaufgaben mit behördlicher Beteiligung) verdanken wir der aktiven Anregung unserer Betreuungsstelle. Ohne diese Organe fehlt eine Grundvoraussetzung für die Funktionalität des Ganzen! Auch alle professionellen Betreuerinnen und Betreuer müssen in einem Gesamtsystem miteinander verbunden sein und sich durch dieses System unterstützt wissen. Um diese Vorstellung auch praktisch umzusetzen, haben wir uns Gedanken über ein praktikables Koordinationssystem gemacht, welches anhand der folgenden Abbildung erläutert wird:

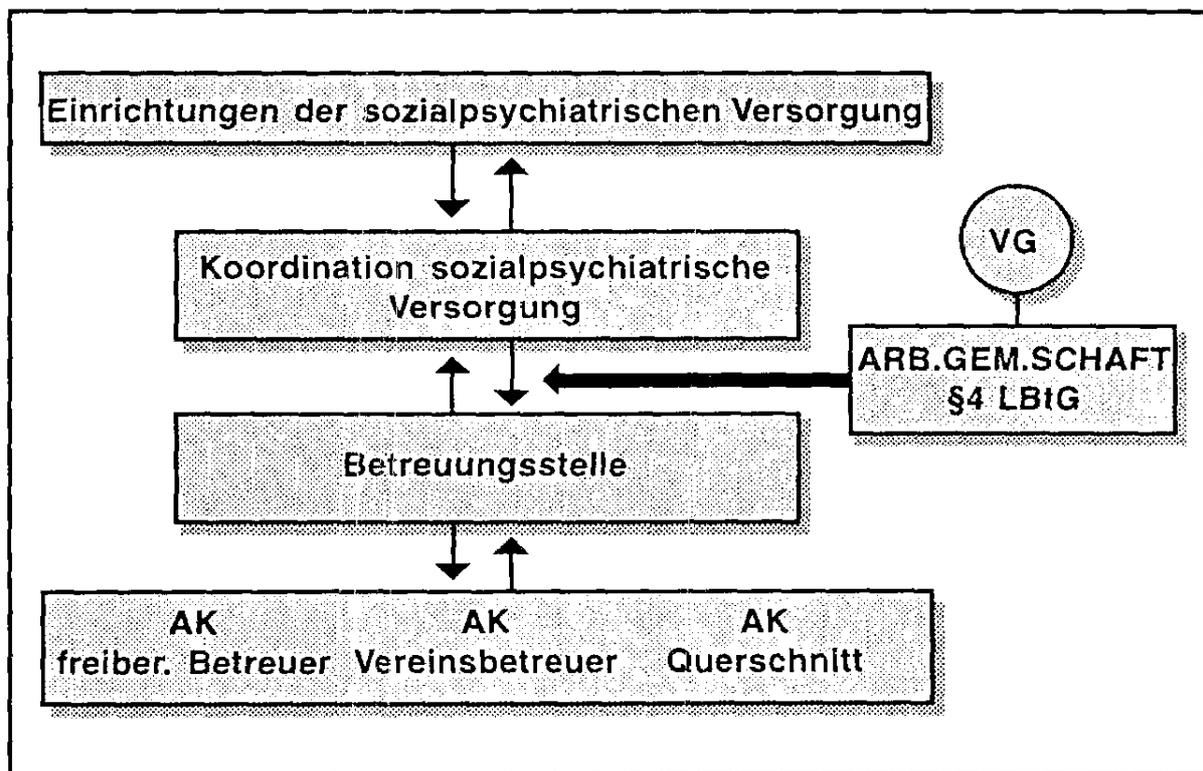


Abb.3 Koordinationssystem

Auf der oberen Bildhälfte sind die Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Versorgung abgebildet, die verbunden sind mit der Koordination für sozialpsychiatrische Versorgung, und auf der unteren Bildhälfte die Betreuungsstelle mit den unterschiedlich existierenden Arbeitskreisen: einen für freiberufliche Betreuerinnen, einen für Vereinsbetreuer und ein weiterer Arbeitskreis derjenigen Personen, die Querschnittsaufgaben übernehmen. Um die Verbindung zwischen beiden Berei-

chen zu erreichen, sollte die Vernetzung zwischen Koordination sozialpsychiatrischer Versorgung und Betreuungssteile greifen. Diese Idee stammt nicht allein von uns, sondern sie wurde wesentlich vom Leiter der Koordinationsstelle für die psychiatrische Versorgung der Stadt Dortmund, Herrn Schulte-Kemna, mitinitiiert. Anfänglich hatte ich, wie das häufig so ist, Schwierigkeiten mit der Vorstellung, wie es funktionieren könne, wenn der Leiter der Koordinationsstelle sich womöglich auch noch im Betreuungswesen engagiert, bis mir schließlich die dahinterstehende Intention von Vernetzung klar wurde. Die Arbeit in einem Bereich birgt stets die Gefahr, nur schwer über dessen Grenzen hinausschauen zu können. Nachdem ich über die Grenzen meines Ressorts hinausgegangen war, konnte ich die Erfahrung machen, wie wichtig es ist, diese beiden Bereiche (Betreuungswesen und sozialpsychiatrische Versorgung) miteinander zu vernetzen, auch im Sinne einer - individuellen wie darüber hinausgehenden, politischen - Interessenvertretung für die Betroffenen.

- *Gelingt es, für die Sicherstellung fachlicher Standards zu sorgen?*

Neben der informellen Unterstützung haben wir uns dazu entschlossen, Kosten für Gruppensupervisionsangebote professioneller Betreuerinnen und Betreuer zu übernehmen, was nach bisherigen Erfahrungen einen nicht zu unterschätzenden Stabilisierungs- und Kontinuitätseffekt nach sich gezogen hat. Neben dem Supervisionsangebot ist es für die Sicherheit der Betreuungstätigkeit von Wichtigkeit, Fortbildungsangebote für den gesamten professionellen Bereich anzubieten. Justiz und beteiligte Institutionen interpretieren Fragestellungen professioneller Betreuerinnen und Betreuer als Beweis für mangelnde Eignung. Da Kommunen in diesem Zusammenhang sozialpolitische Aufgaben delegieren, sollten sie auch für den fachlichen Standard Sorge tragen. Hier stehen wir in Dortmund leider noch am Anfang unserer Bemühungen.

- *Welche Einstellung hat das Vormundschaftsgericht zu den angestrebten Veränderungen?*

Aufgrund des entsprechenden Selbstverständnisses der dort tätigen Rechtspflegerinnen/-pfleger und Richterinnen/Richter sowie deren Unabhängigkeit ist es nach unseren Erfahrungen schwierig, Vereinbarungen zu treffen. Zu relevanten Fragestellungen (Vergütungsproblematik/große Anzahl von freiberuflichen Betreuerinnen und Betreuern/Qualifikation der Betreuerinnen und Betreuer) existieren häufig unterschiedliche Einschätzungen. Zudem sind die strukturellen Bedingungen und die jeweiligen Erwartungshaltungen von Gericht und Behörde nur schwer auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Nicht verschweigen sollte man den Zusammenhang zwischen Umorganisation des Betreuungssystems und daraus resultierender Mehrarbeit für die beteiligten Gerichte. Leider besteht die Gefahr, daß seitens der Justiz aus diesem Grund eine nicht beabsichtigte *versteckt ablehnende Haltung* eingenommen wird, die einer objektiven Einschätzung des

sozialpädagogischen Nutzens nicht gerecht wird. Dieses Problem stellt ein *Dilemma* dar, da es in erster Linie auf bestehende Arbeitsbedingungen zurückzuführen ist. Wir hoffen, daß in diesem Zusammenhang mittelfristige Veränderungen der diesbezüglichen Einstellungen durch wiederkehrende Kooperationsangebote zu erreichen sind. Eine solche Veränderung braucht Zeit und setzt die Bereitschaft der Mitarbeit voraus.

Wie in den meisten anderen Bereichen auch, ist ein effektiv funktionierendes Betreuungswesen darauf angewiesen, daß es von allen Beteiligten angenommen wird. Es ist aus diesem Grund notwendig, vorhandene Vorurteile oder Mißdeutungen sowie Unzufriedenheiten durch entsprechende Informations- und Vermittlungsarbeit abzubauen. Die Umsetzung des BIG auf kommunaler Ebene kann nur erfolgreich sein, wenn sie von kooperativer Zusammenarbeit aller interdisziplinär Beteiligten geprägt ist. Soll, wie durch die Gesetzesreform gewollt, die Verbesserung der Situation der Betroffenen erreicht werden, müssen Veränderungen nicht nur initiiert und finanziert werden, sondern sie müssen sich auch in den Köpfen der am Prozeß Beteiligten widerspiegeln. Viele haben bereits schon vom Scheitern der gesetzlichen Reform gesprochen, weil Betreuungsarbeit durch zunehmende Verrechtlichungstendenzen erschwert wird. Sicher ist es notwendig, entsprechende Novellierungen vorzunehmen, beispielsweise um die Vergütungsproblematik zu lösen und den Begriff der Mittellosigkeit zu klären.

Trotz aller Fehlentwicklungen bleibt für Dortmund festzustellen, daß sich die Betreuungssituation im Sinne von mehr persönlicher Betreuung verbessert hat. Weiter besitzt jede ehrenamtliche Betreuerin und jeder ehrenamtliche Betreuer die Möglichkeit, sich bei ihrer/seiner Tätigkeit beraten und unterstützen zu lassen. Zwei nicht unerhebliche Gründe, die in unserem Bereich für die Reform sprechen.

### *Fazit*

Um auf den Kontext zurückzukommen, in den mein Referat bei dieser Tagung eingebettet ist, nämlich „*das Betreuungswesen als kommunalpolitische Verantwortung*“, möchte ich die Hauptverantwortungsbereiche abschließend wie folgt zusammenfassen:

1. Aufbau von Vereinsstrukturen
2. Organisation eines Koordinationsgeflechts
3. Sicherung eines Qualitätsstandards aller Betreuerinnen und Betreuer
4. Bereitstellung eines ausreichenden Angebots zur Durchführung von Querschnittsaufgaben
5. Erledigung aller vormundschaftsgerichtlichen Hilfen<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> (Diesen Punkt habe ich in meinen Ausführungen nicht behandelt, da er zu sehr ins juristische Detail gehen würde.)

Die Betreuungsbehörde ist nicht dazu in der Lage, das örtliche Betreuungswesen allein zu steuern. Andere Einflußfaktoren beeinträchtigen diese Funktion. Beispielfhaft wären zu nennen:

- Finanzielle Bewertung der Betreuungsarbeit durch das Vormundschaftsgericht
- Einflußnahme der Freien Wohlfahrtsverbände über die Gründung von Betreuungsvereinen
- Entwicklung eigenständiger Marktmechanismen bei freiberuflichen Betreuerinnen und Betreuern.

Aus diesem Grunde wird es zukünftig um so wichtiger, daß sich der behördliche Bereich im Sinne einer „Katalysatorfunktion“ in laufende Prozesse eingliedert, an ihnen teilnimmt und sich eben nicht mit der Begründung zurückzieht, daß große Teile der Aufgaben delegiert werden können. Die Betreuungsbehörde wird zunehmend als Informationsquelle benötigt, weil bei ihr fachliches *Know-How* und ortsspezifische Kenntnisse für alle am Betreuungswesen Beteiligten verfügbar und abrufbar sind. In diesem Sinne wird der behördliche Bereich weiterhin ein wichtiger Bestandteil bleiben.

## Podiums- und Plenumsdiskussion zum Themenbereich IV

*Moderation: Wolf Crefeld, Bochum*

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Podiums:

*Dr. Ursula Christiansen*    Dezernentin für Gesundheit und Soziales der Stadt Köln

*Peter Winterstein*        Richter am Amtsgericht Hamburg-Marburg

*Jutta Bienwald*         Dipl.-Sozialarbeiterin, Betreuungsverein Anderland e.V.,  
Lüneburg

*Gisela Lantzerath*       Dipl.-Rechtspflegerin, Amtsgericht Bochum

*Wolf Crefeld, Bochum*

In unserer weiteren Diskussion geht es um die Entwicklung eines wirksamen Betreuungswesens. Frau Dr. Christiansen, wie geht die Stadt Köln mit ihrer Verantwortung für das Betreuungswesen um, wie sehen Sie Ihre Aufgabe?

*Ursula Christiansen, Köln*

Für Köln kann ich sagen, daß die Prüffragen, die Herr Möller hier aufgeführt hat, auch unsere Prüffragen sind. Natürlich kann es nicht nur *ein* Modell für alle Städte geben. Wie die Strukturen in einer Stadt ganz konkret zu gestalten sind, hängt doch von der jeweiligen besonderen Situation ab. So war die Ausgangssituation in Köln insofern anders, als die Wohlfahrtsverbände auch vor der Rechtsreform wesentlich mehr Betreuungen durchführten als die Stadt. *Gleich* war in beiden Städten die Distanz zwischen dem für die Behördenbetreuung zuständigen Amt, bei uns dem Sozialamt, und dem Gesundheitsamt, bei dem der sozialpsychiatrische Dienst angesiedelt ist. Hier das fachliche Wissen, was psychisch Kranke an persönlicher Betreuung brauchen, dort das Sozialamt, das aus Sicht der anderen nur „die Leute“ verwaltete, aber ihnen nicht half. Diese beiden Seiten, die eigentlich gar nichts miteinander zu tun haben wollten, zusammenzubringen, sah ich als meine Aufgabe, als das Betreuungsgesetz in Kraft trat. Wir haben lange überlegt, bis wir uns entschieden haben, die Betreuungsstelle beim Sozialamt anzusiedeln. Trotz anfänglicher Widerstände hat sich das im Prinzip zu aller Zufriedenheit entwickelt.

Das Sozialamt hat inzwischen gelernt, daß es von der Zusammenarbeit in der Arbeitsgemeinschaft nach dem BtG, die aus einem Unterarbeitskreis der Psychoso-

zialen Arbeitsgemeinschaft hervorgegangen ist, viel lernen kann. Diese spielt bei uns eine ganz wesentliche Rolle, denn in ihr wirken auch die Richter und Rechtspfleger des Vormundschaftsgerichts, die Betreuungsvereine, die entsprechenden städtischen Ämter und ein Berufsbetreuer mit. Diese Arbeitsgemeinschaft hat sich eine Menge Aufgaben vorgenommen, so hat sie z.B. Qualitätsstandards für Berufsbetreuer entwickelt (s. Abb. 1, S. 212f.). Daneben gibt es noch besondere Treffen von Ärzten und Richtern. Insgesamt kann man sagen, daß Kooperation und Abstimmung bei uns ganz gut funktionieren, wenn auch dem Gesundheitsamt immer noch nicht gut genug.

Herr Möller nannte als erste Prüffrage: Hat sich die Situation für die Betreuten verbessert? Ich meine, diese Frage für uns mit Ja beantworten zu können. Meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben mir gesagt, daß, so wie es jetzt ist, die Wünsche der Betreuten wirklich ernster genommen werden. Ob es allerdings jeder und jedem einzelnen wirklich besser geht, ist schwer für uns zu beantworten.

*Wolf Crefeld, Bochum*

Jetzt frage ich Peter Winterstein, durch welche Verfahrensweisen die Freie Hansestadt Hamburg ihre Verantwortung wahrnimmt.

*Peter Winterstein, Hamburg*

Also die Freie Hansestadt Hamburg hat ganz andere Ausgangsvoraussetzungen, und es würde sicherlich zu weit führen, die Besonderheiten dieses Stadtstaates darzustellen, in dem es keine Trennung von Kommune und Land gibt. Ich glaube, ich kann mit einigen Parallelen zu Herrn Möller die Situation ganz grob skizzieren. In Hamburg war es Anfang 92 so: die Behörde hat die Hälfte aller Betreuungen übernommen, knapp die andere Hälfte war bei ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern, vor allen Dingen aus dem Angehörigenbereich, angesiedelt, und ein ganz kleiner Teil war damals schon bei Rechtsanwälten als freiberuflichen Betreuern. 4.500 Fälle, also 1:10 im Verhältnis zu Dortmund, Reduktion bis Ende 94 der Behördenbetreuung auf 2.800, wobei sich in Hamburg die gesamte Anzahl der Betreuungen in diesem Dreijahreszeitraum ungefähr von 8.500 auf 10.500 erhöht hat. Der „Marktanteil“, so will ich es einmal nennen, der Behörde ist also von 50% zurückgegangen auf etwas unter 30%. Es ist nicht so, daß der Anteil der Ehrenamtlichen nun entsprechend gestiegen wäre, sondern der Anteil der freiberuflichen Betreuer. Etwa 2% sind in der Zwischenzeit durch Betreuungsvereine übernommen worden, obwohl wir die Absicht hatten, umzustrukturieren. Es ist uns nicht gelungen, in dem Maße Vereinsbetreuerinnen und -betreuer zu installieren, wie wir es vorhatten. Das lag daran, daß unser Ausgangspunkt war: Einzelfallarbeit ist Arbeit, die sich im Prinzip aus der Justizkasse refinanzieren muß, so die Grundstruktur des Betreuungsgesetzes. Und das war eine Fehlannahme in Hamburg. Wir haben Querschnittsmitarbeiter gefördert, so daß wir in einem Bezirk einen Querschnittsmitarbeiter haben mit Sachkostenbudget, in den anderen sechs Bezirken jeweils einen zusätzlichen halben Querschnittsmitarbeiter und dann

darauf noch einen zielgruppenorientierten Verein, bei dem wir zwei ganze Querschnittsmitarbeiter zuzüglich Sachkostenbudget fördern.

Das hat dazu geführt, daß 11,5 Vereinsbetreuerinnen und -betreuer auf diese Art und Weise für ganz Hamburg eben installiert werden konnten. Der Vertrag mit der Justiz sieht vor, daß ab 96 spitz abgerechnet wird. Es wird nicht klappen mit der spitzen Abrechnung, weil es Defizite gibt, und dann muß eine Lösung gesucht werden. Das Hauptproblem ist die gemeinsame Finanzierung aus Justizbereich und dem Sozialbereich. Das ist deshalb wichtig, weil wir alles aus einer Kasse nehmen, und wenn der Sozialbereich versucht, im Betreuungswesen zu investieren, wird natürlich vom Geldgeber Parlament gefragt: Wir haben doch aufgrund des Bundesgesetzes in den Justizbereich schon 3,8 Mio. mehr eingestellt, Anfang 92, was macht Ihr denn damit? Deshalb ist es sehr schwierig gewesen. Wir sind jetzt, nach dreieinhalb Jahren soweit, daß wir gemeinsam, Justiz und Soziales an einem Tisch sitzen und uns den nächsten Schritt überlegen. Der nächste Schritt ist folgender: die Behörde mit ihren knapp 70 Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen, die Einzelfallarbeit und Vorentmittlungstätigkeit leisten, sollen weitestgehend umgewandelt werden in Vereinsformen, in etwa nach Bochumer Maßstäben mit einem Jahresarbeitszeitmodell mit einer Delegation der Vorentmittlungstätigkeit auf die Vereine und mit einer entsprechenden Finanzierungslösung. Ich bewundere das, was in Dortmund und Köln schon geschehen ist. Das Hauptproblem, das wir auch im kommunalen Betreuungswesen zu lösen haben, ist die Sprachlosigkeit zwischen den Akteuren, diese Schwierigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit, an der es weitgehend mangelt. Ich sehe ständig Kommunikationsprobleme zwischen Richtern und Rechtspflegern, also Justiz auf der einen Seite, Sozialwesen, Sozialpädagogen, Vereinen, auch freiberuflichen Betreuerinnen und Betreuern mit ganz anderen Nöten und Sorgen auf der anderen Seite. Wenn wir diese Kommunikationsprobleme nicht vor Ort lösen, dann nützen unsere ganz großen Planungen nicht viel. Die Veränderung in den Köpfen ist das Wichtigste. Als ich '92 angefangen habe in dieser Behörde, habe ich festgestellt, daß meine ehemaligen Amts-Vormünder, Amtspfleger vor allen Dingen Probleme hatten mit dem Verhältnis zum Betreuten. Nicht mehr Über-/Unterordnung, sondern Vorrang der Wünsche der Betroffenen. Die Veränderung in den Köpfen, die hat nach drei Jahren begonnen, sie wird noch lange dauern.

*Wolf Crefeld, Bochum*

Wir haben jetzt an zwei Beispielen gehört, wie Kommunen mit der Aufgabe umgehen. Nun gibt es weitere Akteure, die das örtliche Betreuungswesen gestalten und gestalten sollen. Sozialpolitik ist nicht nur die Aufgabe von Behörden und Staat. Frau Bienwald: Wie nimmt man von einem Betreuungsverein aus Einfluß auf das örtliche Betreuungswesen?

## *Jutta Bienwald, Lüneburg*

In vielen Vorträgen wurde immer wieder darauf hingewiesen, Vereine mögen doch bitte Einfluß nehmen auf eine Politik, die zu einer Kultur im Betreuungswesen führt. Es ist sehr davon abhängig, wie die örtlichen Bedingungen sind, ob ein Verein in der Lage ist, tatsächlich Einfluß zu nehmen. Ich bin in der glücklichen Lage, zwei Vereine miteinander vergleichen zu können. Das eine ist der Lüneburger Verein für Betreuer, den ich mitgeholfen habe aufzubauen, und jetzt baue ich einen Verein in Winsen a.d. Luhe auf. Es ist ein Unterschied wie Tag und Nacht. In Lüneburg gab es zum einen die Lebenshilfe, die sehr große Einrichtungen unterhält. Weil die Bundesvereinigung Lebenshilfe sehr daran interessiert war, die Erfahrungen zu sammeln, wurde der Verein zunächst von der Bundesvereinigung der Lebenshilfe gesponsert, d.h. ich habe dort über zwei Jahre halbtags mich nur den Querschnittsaufgaben widmen können. Ein weiterer Vorteil war, daß die Gründungsmitglieder zwei engagierte Vormundschaftsrichter, ein ehemaliger Verwaltungsrichter, ein Herr vom Sozialpsychiatrischen Dienst und eine Vertreterin vom Landeskrankenhaus waren, so daß das Spektrum all derer, die im Betreuungswesen tätig sind, weitgehend abgedeckt war. Dieser Verein wurde auch noch sehr unterstützt vom Jugendamt, in dem damals wie heute Betreuungen geführt werden und in dem die Betreuungsstelle angesiedelt ist. Ich konnte dadurch, daß ich entlastet war von jeder Betreuungsarbeit, sehr gute Kontakte knüpfen zum Landeskrankenhaus, das einen sehr großen Einzugsbereich hat.

Wie sieht es nun in Winsen aus? Abgesehen davon, daß die Leute anders sind, sind Winsen und der Landkreis Marburg im Bereich der Versorgung psychisch Kranker eine Diaspora. Die Betreuungsbehördenstelle war zunächst nicht besetzt. Sie ist jetzt besetzt von einem Verwaltungsfachmann, der wohl die Aufgabe hat, den Verein zu unterstützen - ich habe bis jetzt noch keine Unterstützung erhalten. Laut Betreuungsbehördengesetz müßte er die Geeignetheitsprüfungen durchführen, eine tatsächliche Geeignetheitsprüfung findet aber nicht statt. Er kann es auch nicht, denn er erhält überhaupt keine ausreichenden Informationen vom Gericht, um sich ein Bild machen zu können. Einer der Richter ist der Meinung, ein soziales Gutachten sei nicht nötig, das mache er schon. Selbst die Behörde fordert dieses nicht, so daß also wirklich am Anfang nicht genug Informationen da sind, um einmal vernünftig die Geeignetheit eines Betreuers zu prüfen. Doch dieser Richter ist ja auch der Meinung, daß Betreuungsarbeit nur Verwaltungsarbeit ist. Die *Kooperation* mit dem sozialen Dienst findet nur dann statt, wenn man glaubt, daß man mich, d.h. mein Ein-Frau-Unternehmen, braucht. Außerdem erfülle ich - und so wie mir geht es vielen Vereinen - Querschnittsaufgaben mit den drei Bereichen Werben, Schulen, Unterstützen/Beraten. Daneben führe ich z.Zt. 15 Betreuungen durch. Außerdem werde ich eingesetzt als Verfahrenspflegerin, und dazu hat man mir die Geschäftsführung übertragen. Die Kooperation mit dem sozialpsychiatrischen Dienst klappt immer wunderbar *dann*, wenn man mich dort braucht, doch sie ist ganz schwierig, wenn ich für meine Betreuten seine Hilfen in Anspruch nehmen will. Die Kollegen vom sozialpsychiatrischen Dienst weichen

nicht ab von der Komm-Struktur, sie sind nicht bereit, von alleine auf diese Betreuten zuzugehen, um da entsprechende Hilfestellungen zu leisten. Was soziale Dienstleistungsbetriebe angeht, also z.B. die, die dort vor Ort in der Trägerschaft der Verbände der Freien Wohlfahrtsverbände sind, auch da bin ich immer dann gefragt, wenn es irgendwo brennt, vor allem wenn nämlich deren Rechnungen nicht bezahlt werden. Ansonsten tun sie sich schwer,, mit mir zu kooperieren, und zwar nicht deshalb, weil sie gegen die ganze Angelegenheit eingestellt wären, sondern weil sie sehr in ihren eigenen Schienen denken. Die Kontaktpflege zu den Selbsthilfegruppen ist im Grunde genommen gleich Null. Versorgungsstrukturen gibt es nicht für diese Personen: es gibt weder ambulante Dienste, die sie unterstützen, noch gibt es Einrichtungen, in denen sie wohnen können, geschweige denn, daß es welche gibt, die differenzierte Wohnangebote vorhalten. Ich wollte Ihnen damit einmal darstellen, wie hart Vereine zu kämpfen haben. Soweit ich meine Kolleginnen und Kollegen kenne, setzen sie sich sehr wohl ein, um die Landschaft dort zu verändern. Aber ich frage Sie selbst, nachdem ich Ihnen dargestellt habe, welche Aufgabenbereiche ich inne habe, wo da die Zeit noch dafür bleibt, politisch Einfluß zu nehmen.

*Wolf Crefeld, Bochum*

In Österreich ging die Initiative zur Reform des Vormundschaftswesens von der Justiz aus. Ich wende mich jetzt an Frau Lantzerath und frage, was tut nach Ihren Erfahrungen die Justiz zur Gestaltung des Betreuungswesens?

*Gisela Lantzerath, Bochum*

Herr Schulte hat vorgetragen, das BIG hätte einen normativen Fortschritt gebracht für die Betreuten. Herr Kebbel meint, auch nach Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes habe sich in der Situation der Betreuten nichts geändert, und Frau Christiansen hat gesagt, ihre Betreuerinnen und Betreuer müßten jetzt die Wünsche der Betroffenen berücksichtigen. Das hört sich alles so an, als sei es früher gar nicht möglich gewesen, zum Wohle von Betreuten (damals von Pfleglingen und Mündeln), zu arbeiten. Das ist schlicht nicht richtig. Auch das alte Recht erlaubte natürlich, zum Wohle der Betroffenen zu arbeiten. Und genauso kann derjenige, der mit dem neuen Recht schludrig umgehen will, dies tun. Der Richter, der den Verfahrenspfleger nicht haben will, der bestellt ihn nicht, und das macht er relativ ungestraft. Ich will damit sagen, daß nicht ein neues Gesetz allein irgendetwas ändert, sondern daß es darauf ankommt, was in den Köpfen der Menschen vor sich geht, ich bin allerdings der Meinung, daß zu diesem Koordinationsgeflecht, wie Herr Möller das aufgezeigt hat, unverzichtbar das Gericht dazugehört. Selbst wenn die einzelnen Erfahrungen, die Sie mit Ihrem Richter, Ihrer Rechtspflegerin machen, noch so schlecht sind - ohne das Gericht in diesem Beziehungsgeflecht geht es nicht. Das Gericht ist es, das in die Autonomie der Menschen eingreift,

indem es eben die Betreuung einrichtet und einen gesetzlichen Vertreter bestellt. Das Gericht genehmigt die freiheitsentziehenden Maßnahmen oder die Kündigung der Wohnung. Was allerdings dazu gehört, ist ein wesentlich größeres Engagement, als es bisher bei der Justiz sehr häufig der Fall ist.

Ich habe das Gefühl, daß die sozialen und psychosozialen Berufe dem Gericht schlichtweg jede Kompetenz absprechen möchten. Ich gebe zu, daß es jede Menge negativer Beispiele bei der Justiz gibt, aber ich habe auch jede Menge Beispiele für schlechte Arbeit in den anderen Berufsgruppen. Ich bin der Meinung, es geht nicht ohne Kooperation *aller* Dienste. Es erfordert auch für die Justiz einen Lernprozeß, daß Betreuung mehr ist als eine juristische Argumentation, wie man neue Gesetzesnormen anwenden kann. Die Justiz muß kapieren, daß es hier um Rechtsfürsorge geht, die ganz erheblich in das tägliche Leben eines Menschen eingreift. Ich weiß nicht, wie man das kurzfristig ändern kann, man kann es sicherlich nur, indem man es immer wieder auch einfordert, es gibt den engagierten Richter und die engagierte Richterin, und das gibt es auch bei Rechtspflegerinnen und Rechtspflegern. Ich kann Sie nur ermutigen, das auch einzufordern, was Ihnen zusteht, das Gesetz gibt Ihnen ja das Recht, bei Gericht nachzufragen und sich beraten zu lassen.

Die Auswahl des Betreuers obliegt dem Richter, der kann jemanden nehmen oder auch nicht nehmen. Damit kann er *Maßstäbe* setzen, wie die Arbeit hinterher ausfällt. Ob er z.B. jegliche Fixierungsanträge des Betreuers in den Pflegeheimen genehmigt oder nicht, liegt ja auch sehr daran, welche Einstellung der Richter dazu hat. Er kann ja auch in die Institution gehen und sagen, Ihr brauchtet die Leute gar nicht zu fixieren, wenn Ihr sie anders behandeln würdet. Von daher gesehen hat die Justiz eine Menge von Möglichkeiten, einzugreifen und da etwas zu tun.

Natürlich ist es unheimlich problematisch, daß für diese verantwortungsvolle Tätigkeit des Betreuers das Gericht die Leute auswählt, ihnen letztlich staatliche Aufgaben überträgt und die Frage der Vergütung ihrer Tätigkeit in so erheblichem Maße ungeklärt ist. Das ist ein ganz ärgerlicher Punkt an dieser Reform. Ich habe keine große Hoffnung, daß sich das in absehbarer Zeit ändert. Ich will nur sagen, Sie müssen Ihre Rechte offensiv vertreten.

## **Kölner Arbeitsgemeinschaft nach § 4 des Landesbetreuungsgesetzes**

### **Orientierungsrahmen für die Beurteilung der Eignung freiberuflich tätiger Berufsbetreuer**

#### **1. Vorbemerkung**

Betreuungsbehörde bzw. Gericht haben bei Empfehlungen bzw. Bestellung von Betreuerinnen und Betreuern dafür Sorge zu tragen, daß geeignete Personen vorgeschlagen werden. Die Beurteilung der Eignung kann als relativ unproblematisch betrachtet werden bei Vertretern anerkannter Berufe, die – wie Rechtsanwälte und Steuerberater – Betreuungen im Rahmen ihrer Berufsausübung führen. Bei ihnen kann davon ausgegangen werden, daß sie auch im Hinblick auf ihre berufliche Qualifikation als Betreuer bestellt werden.

Auch bei Vereinsbetreuern wird davon ausgegangen, daß die Betreuungsvereine die entsprechende Fachlichkeit sicherstellen. Einen Beurteilungsbedarf sieht die Kölner Arbeitsgemeinschaft jedoch bei Personen, die sich als freiberuflich tätige Berufsbetreuer selbständig machen bzw. im Begriff sind, sich eine derartige Existenz aufzubauen, wobei als Einstiegslösung teilweise mit einer nebenamtlichen Übernahme von Betreuungen begonnen wird. Für diesen Personenkreis gilt der hier vorgelegte Orientierungsrahmen bei der Beurteilung der Eignung. Mit diesem Orientierungsrahmen wird kein Berufsbild „Betreuer“ beschrieben und auch nicht die Berufsausübung geregelt. Er stellt vielmehr eine Hilfe dar bei der Beurteilung der Frage, ob Personen, die Betreuungen beruflich führen wollen, hierzu geeignet sind.

#### **2. Anforderungen an freiberuflich tätige Berufsbetreuerinnen und -betreuer**

##### **2.1 Berufliche Voraussetzungen**

Freiberuflich tätige Berufsbetreuer sollten eine abgeschlossene Ausbildung in einem einschlägigen Beruf haben (z.B. Sozialarbeiter, Sozialpädagogin, Diplom-Pädagoge, Diplom-Psychologin, Erzieher, Altenpflegerin etc.).

##### **2.2. Allgemeine fachliche Voraussetzungen**

- Kenntnisse der für die Anordnung und Durchführung der Betreuung bestehenden gesetzlichen Grundlagen.
- In der Regel mindestens zweijährige Erfahrung im Umgang mit Behinderten bzw. chronisch psychisch Kranken.
- Kenntnisse der regionalen Unterstützungs- und Versorgungsangebote für den Betreuer wie für die Betreuten (Vereine, Behörden, Rehabilitationsangebote, Vernetzungsmöglichkeiten etc.).

### **2.3 Praxisvoraussetzung**

Die Praxis eines freiberuflich tätigen Betreuers soll so organisiert sein, daß folgende Anforderungen erfüllt werden können:

- Erreichbarkeit (Telefon)
- geregelte Vertretung bei Abwesenheit
- Transparenz der Arbeitsbelastung zur Vermeidung von Qualitätseinbußen durch zu hohe Fallzahlen
- Abschluß entsprechender Versicherungen
- auf Dauer angelegte Tätigkeit zur Sicherung der Betreuungskontinuität.

### **3. Unvereinbarkeit von Betreuung und Therapie**

Freiberuflich tätige Berufsbetreuer dürfen für Betreute nicht gleichzeitig heilkundlich oder pflegerisch tätig sein, da dies die vom Gesetzgeber gewünschte „Anwaltsfunktion“ des Betreuers gegenüber therapeutisch-pflegerischen Leistungsanbietern unterlaufen und Interessenkollisionen verursachen würde.

### **4. Empfehlungen zur weiteren Qualifizierung**

Freiberuflich tätige Berufsbetreuer verpflichten sich zur Teilnahme an Fortbildung mit folgenden Inhalten:

- einschlägige Rechtsgrundlagen
- Auswirkungen von Behinderungen/Krankheiten
- typische Konfliktkonstellationen bei der Arbeit mit chronisch Kranken/Behinderten, die ihre Angelegenheiten teilweise nicht selbst erledigen können
- regionale Hilfs- und Versorgungssysteme
- Möglichkeiten und Grenzen der praxisbegleitenden Supervision.

### **5. Gegenseitige Unterstützung in der Praxis**

Von den freiberuflich tätigen Betreuerinnen und Betreuern wird erwartet, daß sie alle Möglichkeiten der kollegialen gegenseitigen Beratung und Kooperation durch regelmäßige Zusammenarbeit mit allen anderen an der Versorgung beteiligten Stellen ausnutzen. Dieses würde erleichtert durch die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft der freiberuflich tätigen Betreuer auf Kölner Ebene. Im Rahmen dieser AG sollten auch Fortbildung und gegenseitige kollegiale Praxisberatung stattfinden. Wünschenswert ist weiterhin die Teilnahme an Supervisionen, die ebenfalls im Rahmen der AG organisiert werden könnte.

*Abb. 1*

*Kölner Arbeitsgemeinschaft nach § 4 des Landesbetreuungsgesetz*

## **Plenum**

*Georg Schulte-Kemna, Dortmund*

Ich würde gerne die Liste der ganz konkreten Beteiligungsmöglichkeiten, die Herr Rosemann in seinem anregenden Beitrag nannte, noch etwas ergänzen. Ein wichtiger Punkt, an dem Betreuerinnen und Betreuer Versorgung mitgestalten können, ist, sozialrechtliche Musterstreitverfahren zu führen. Ich glaube, daß dies zu der anwaltlichen Rolle von Betreuerinnen und Betreuern gehört, sich auf diesem Sektor auch zu engagieren. Ein solches Engagement wirkt ein auf das örtliche Versorgungssystem, etwa wenn sie an Sozialhilfeansprüche denken.

*Jutta Bienwald, Lüneburg*

Gerade auch Ihr Beitrag, Herr Schulte-Kemna, setzt mich enorm unter Druck. Was wir nicht alles sollen! Doch Sie haben Recht damit. Nur, vielleicht sollten einmal Überlegungen angestellt werden, was andere Institutionen dazu beitragen könnten, daß Betreuungsvereine nicht so ausgebeutet werden im Sinne von: ihnen immer wieder Aufgaben zu übertragen in einem Maße, daß sie diese überhaupt nicht schaffen können. Oder was andere Institutionen dazu beitragen können, daß die Finanzierung unserer Arbeit gesicherter ist. Was ich gar nicht erwähnt habe, ist die Geschäftsführung: Ich muß nicht nur Spenden eintreiben, sondern ich muß ebenso dafür sorgen, daß wir die notwendigen öffentlichen Mittel bekommen. Sie sind ja im niedersächsischen Gesetz nicht als Verpflichtung des Landes oder der Kommune verankert. Was wollen Sie als Verein machen, wenn Sie keine finanziellen Ressourcen haben, und die kleinen Vereine haben eben keine eigenen. Befreien Sie uns von diesem Druck, oder helfen Sie uns dabei, von diesem Druck befreit zu werden.

*Georg Schulte-Kemna, Dortmund*

Das reizt mich zu einer Erwiderung. Ihre Klagen werfen ja die Frage nach der Leistungsfähigkeit kleiner und kleinster Vereine auf. Bei uns in der Großstadt hat es auch eine Diskussion gegeben, ob es denn unter Gesichtspunkten der Leistungsfähigkeit sinnvoll ist, sechs Betreuungsvereine zu haben, die alle nur begrenzte Kapazitäten haben, ob man nicht unter Gesichtspunkten der Ressourcenbündelung zwischen der Vielfalt, die die freie Wohlfahrtspflege ja auch immer hochhält, einerseits und den Notwendigkeiten, halbwegs leistungsfähige Strukturen hinzubekommen andererseits, einen Mittelweg finden muß. Das ist keine Antwort auf solche Extremsituationen wie bei ihnen, aber ich glaube, daß man diese Frage auch mit in Betracht ziehen muß, weil ich denke, daß Vereine, die nur anderthalb Stellen haben, natürlich an Grenzen kommen.

*Ruth Vogel, Köln*

Ich arbeite im Langzeitbereich einer Großklinik. Hinsichtlich der Enthospitalisierung der Langzeitpatienten hatte ich in das Betreuungsgesetz auch aus dem Grunde große Hoffnung gesetzt, weil die meisten dieser Langzeitpatientinnen und -patienten eine Betreuung haben. Ein riesiger Vorteil gegenüber der früheren Vormundschaft ist darin gegeben, daß diese Betreuungen jetzt überprüft werden müssen. Zur Zeit ist bei uns diese Überprüfung bei vielen Langzeitpatienten in vollem Gange. Das ist natürlich eine unglaubliche Belastung für die Gerichte und führt jetzt leider zu dem Effekt, daß die Gerichte immer mehr Kompromisse bei der Begutachtung eingehen. So müssen die Gutachtaufträge leider oft an die „hospitalisierten“ alten Klinikärzten gehen, und die werden dann tatsächlich auch noch darauf hingewiesen, daß ihr Gutachten nur erforderlich sei, wenn sich eine Veränderung ergäbe. Die sagen natürlich, es hat sich nichts verändert in den letzten 20 Jahren, und dann warten diese armen Menschen weitere fünf Jahre auf irgendwelche Änderungen und Möglichkeiten. Aus meiner Erfahrung dagegen ist bei vielen Langzeitpatienten Betreuung bestimmt nicht mehr erforderlich, wenn man den Erforderlichkeitsgrundsatz zugrunde legt.

*Gisela Lantzerath, Bochum*

Ich denke, daß das ein ganz wichtiger Punkt ist, den Sie angesprochen haben, daß nach dem Erforderlichkeitsgrundsatz zu überprüfen ist. Wir haben bei unseren Überprüfungen, die wir ganz zu Beginn schon gemacht haben, festgestellt, daß eine Betreuung sehr häufig wirklich nicht mehr erforderlich war. Ich habe nach dem Inkrafttreten des Gesetzes Einführungsgespräche geführt, und wenn ich dann mit betreuten Personen über dieses neue Recht sprach, machte ich die ganz interessante Erfahrung, daß sie vor allem auf eine Einschränkung des Betreuungsumfangs Wert legten. Ihnen ging es nämlich darum, daß sie unbedingt wählen wollten. Das fanden sie unheimlich spannend, aber von der Möglichkeit, die Betreuung ganz aufzugeben, wollten sie wirklich nichts wissen. „Nee, nee, also, mit dem Geld, das soll der noch machen...“. Ganz offensichtlich fällt es Menschen, die sehr lange unter Vormundschaft, Pflegschaft, Betreuung gestanden haben, schwer zu akzeptieren, daß sie jetzt völlig autark sein sollen und für alles selber verantwortlich sind. Ich halte diese Überprüfungen für sehr wichtig. Die Gutachten müßten ja eigentlich gerade dann gemacht werden, wenn man auf keinen Fall einschränken will. Ich habe noch keine Überprüfung erlebt, bei der nicht wenigstens in der Weise eingeschränkt worden wäre, daß man einfach die Aufgabenkreise benannt hat. Es ist ganz wichtig, daß sich die Gerichte darum kümmern und daß man auf die Leute zugeht. Ich würde meinem Betreuten oder meiner Langzeitpatientin, je nachdem,, wo Sie arbeiten, einfach sagen, „Du kannst einen Antrag stellen auf Einschränkung“, und dann wird ja auch eingeschränkt in aller Regel.

*Renate Heitmann, Uelzen*

Auch wir haben entsprechende Erfahrungen gemacht. Wir haben als Vereinsbetreuerinnen und -betreuer Betreuungen, die z.B. vom Jugendamt jahrelang geführt worden waren, übernommen und dann sehr wohl beantragt, diese Betreuungen einzuschränken oder ganz aufzuheben. Die Leute waren teilweise wirklich sehr selbständig, während für sie Vormundschaften bestanden, die eigentlich gar nicht mehr nötig waren. Die Betreuungen wurden dann entweder aufgehoben, stark eingeschränkt oder von uns an Ehrenamtliche übergeben. Ich denke, es ist auch Aufgabe der Vereinsbetreuerinnen und -betreuer, darauf hinzuwirken, daß die Leute selbständig werden und daß Betreuungen an Ehrenamtliche übertragen werden können, weil ein Ehrenamtlicher immer mehr Zeit hat, sich um die Betreute oder den Betreuten persönlich zu kümmern, als ich als Vereinsbetreuerin.

## Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Britta ANGER, Psychiatrie-Referentin des Diakonischen Werkes Westfalen, Münster

Jutta BIENWALD, Dipl.-Sozialarbeiterin, Betreuungsverein Anderland e.V., Lüneburg

Prof. Dr. Wolf CREFELD, Psychiater, Hochschullehrer, Ev. Fachhochschule Rhl.-Wstf.-Lippe, Bochum

Dr. Ursula CHRISTIANSEN, Dezernentin für Gesundheit und Soziales der Stadt Köln

Maga. Rita Maria GÄNSBACHER, Soziologin, Patientenanwältin, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft,, Wien

Bernhard JAGODA, Präsident der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE

Johann KEBBEL, Arzt für Psychiatrie und Dipl.-Psychologe, Stellv. leitender Arzt der Rheinischen Landesklinik Köln

Prof. Dr. Thomas KL1E, Jurist, Ev. Fachhochschule Freiburg

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor dies Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen, Bad Emstal/Kassel, Stellv. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE

Martin KÜNSTLER, Dipl.-Sozialwissenschaftler, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Gisela LANTZERATH, Dipl.-Rechtspflegerin, Amtsgericht Bochum Rainer

MÖLLER, Leiter der Betreuungsstelle der Stadt Dortmund

Dr. Irene MÜLLER, Juristin, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft, Wien

Matthias ROSEMANN, Geschäftsführer, Träger e.V., Berlin Reinickendorf/Wedding

Regina SCHMIDT-ZADEL, MdB, Schatzmeisterin der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. Bernd SCHULTE, wissenschaftlicher Referent am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, München

Georg SCHULTE-KEMNA, Leiter der Koordinationsstelle für die psychiatrische Versorgung im Gesundheitsamt der Stadt Dortmund

Bettina SCHUMACHER Geschäftsführerin, Marburger Verein für Selbstbestimmung und Betreuung e.V., Marburg

Prof. Dr. Christian VON FERBER, Arbeitsgruppe Primärmedizinische Versorgung an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Köln

Elke VOGEL, Referatsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Wolfgang WESSELS, Dipl.-Pädagoge, Sozialdienst Kath. Männer, Bochum

Peter WINTERSTEIN, Richter am Amtsgericht Hamburg-Harburg, Leiter der Landesbetreuungsstelle Hamburg

# Übersicht über die Informationstagungen und Veröffentlichungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE seit Übergabe der Psychiatrie-Enquete 1975

## **Gemeindenahe Psychiatrie**

am 27. 10. 1975 in Stuttgart

## **Gemeindenahe Psychiatrie**

am 8. und 9. 11. 1975 in Mannheim

## **Gemeindenahe Psychiatrie**

am 27. 11. 1975 in Köln-Merheim zu 1-3: **Tagungsbericht Band 1**, vergriffen

## **Gemeindenahe Psychiatrie**

am 5. und 6. 3. 1976 in Berlin

## **Was nun nach der Psychiatrie-Enquête?**

Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt am 18. und 19. 11. 1976 in Frankfurt

## **Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter**

am 2. und 3. 12. 1976 in München

## **Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich**

am 24. und 25. 6. 1977 in Loccum

## **Rechtsprobleme in der Psychiatrie**

am 7. 10. 1977 in Hamburg

dazu: **Tagungsbericht Band 2**, vergriffen

## **Die Psychiatrie Enquête in Internationaler Sicht**

am 1. und 2. 6. 1978 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 3**, vergriffen

## **Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?**

am 14. und 15. 11. 1978 in Hannover/Wunstorf

## **Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter**

am 27. und 28. 9. 1979 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 4**, vergriffen

## **Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD - fünf Jahre nach der Enquête**

am 23. 11. 1979 in Mannheim

dazu: **Tagungsbericht Band 5**, vergriffen

Informationsveranstaltungen zum **Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung** am 31. 1. 1980

**Ambulante Dienste in der Psychiatrie**

am 13. und 14. 6.1980 in Hannover dazu:  
Tagungsbericht Band 6, vergriffen

**Drogenabhängigkeit und Alkoholismus**

am 6. und 7. 11.1980 in Mannheim dazu:  
Tagungsbericht Band 7, vergriffen

**Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie**

am 25. und 26. 6.1981 in Bonn  
dazu Sonderdruck **Modellprogramme des Bundes und der Länder - Kritische  
Übersicht**

**Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter**

am 19. 11.1982 in Bonn  
dazu: **Tagungsbericht Band 8**, vergriffen

**Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung**

am 2. und 3. 12. 1982 in Bonn  
dazu: **Tagungsbericht Band 9**, vergriffen

**Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**

am 10. und 11. 11.1983 in Offenbach  
dazu: **Tagungsbericht Band 10**

**Komplementäre Dienste - Wohnen und Arbeiten**

am 6. und 7. 7. 1984 in Bonn dazu:  
**Tagungsbericht: Band 11**

**Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine Bestandsaufnahme**

am 18. und 19. 10.1984 in Bonn  
dazu: **Tagungsbericht Band 12**, vergriffen

**Psychiatrie in der Gemeinde - die administrative Umsetzung des  
gemeindepsychiatrischen Konzepts**

am 5. und 6. 12. 1984 in Bonn  
dazu: **Tagungsbericht Band 13**, vergriffen

**Notfallpsychiatrie und Krisenintervention**

am 15. und 16. 5. 1986 in Bonn  
dazu: **Tagungsbericht Band 14**, vergriffen

**Die therapeutische Arbeit psychiatrischer Abteilungen**

am 23/24. und 25. 10. 1986 in Kassel dazu:  
**Tagungsbericht: Band 17**, vergriffen

**Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker - Ein  
internationaler Vergleich**

am 27. und 28. 11. 1986 in Bonn dazu:  
**Tagungsbericht Band 15**

**„Leben die Bücher bald?“ (F. Hölderlin) - Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission und seine Umsetzungsmöglichkeiten in der Gemeinde**

am 22. und 23. 6. 1989 in Bonn

dazu: **Tagungsbericht Band 16**

**Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung -von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen**

am 20. und 21. 6. 1990 in Emstal

dazu: **Tagungsbericht: Band 18**, vergriffen

**Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR**

am 29/30.11. und 1. 12. 1990 in Berlin dazu:

**Tagungsbericht Band 19**

**Die Versorgung psychisch Kranker alter Menschen**

am 3. und 4. 6. 1992 in Bonn dazu:

**Tagungsbericht Band 20**

**Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen**

am 4. und 5. 5. 1993 in Bonn dazu:

**Tagungsbericht Band 21**

Von 1975 bis 1982 wurden diese Projekte von der BZgA gefördert, seit 1983 vom BMJFFG, seit 1991 vom BMG. Die Tagungsberichte sind kostenlos bei der Geschäftsstelle Aktion Psychisch Kranke, Brungsgasse 4-6, 53117 Bonn, erhältlich.

