

**DGSP**

Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e.V.

# Wehrt euch – beschwert euch

**Dokumentation des Abschlussworkshops  
des Projekts  
„Förderstelle für unabhängige  
Beschwerdestellen“**

**der DGSP e.V. in Zusammenarbeit mit dem BPE  
und dem BApK  
am 22./23.2.2008 in Fulda**

**gefördert durch Aktion Mensch**

## **Vorwort**

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. führte von Mai 2005 bis Mai 2008 ein Projekt zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie durch. Das Projekt wurde von Aktion Mensch gefördert.

Grundlage für die Durchführung des Projektes war die Erkenntnis, dass psychisch erkrankte Menschen in Konfliktfällen Unterstützung in der Wahrung und Durchsetzung ihrer Rechte benötigen, weil sie häufig aufgrund ihrer Erkrankung und aufgrund struktureller Bedingungen alleine wenig bewirken können. Gemeinsam mit dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) hatte die DGSP im Vorfeld mittels einer gemeinsamen Tagung den Bedarf zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen im Bereich Psychiatrie ermittelt.

Das Projekt wurde durch einen Projektbeirat unterstützt, der aus Mitgliedern des BPE, des BApK und der DGSP zusammengesetzt war, die meist selbst in Beschwerdestellen tätig sind.

Beim ersten Workshop des Projekts, der am 7. und 8. April 2006 in Fulda stattfand, wurden Standards für unabhängige Beschwerdestellen erarbeitet, die von bestehenden Beschwerdestellen überwiegend bereits eingehalten werden und von neu zu gründenden Beschwerdestellen eingehalten werden sollten.

### **Standards für unabhängige Beschwerdestellen**

1. Unabhängige Beschwerdestellen sollten trialogisch und multiprofessionell besetzt sein. Trialogisch bedeutet dabei, dass die Mitglieder sich aus Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, professionell in der Psychiatrie Tätigen und Bürgerhelfen zusammensetzen. Es sollten mindestens vier Personen sein, um die Arbeitsbelastung zu verteilen. Optimal wäre es, wenn von jeder Beteiligten-Gruppe zwei Vertreter Mitglied der Beschwerdestelle wären, um auch Vertretungen zu gewährleisten.
2. Die Leitung der Gruppe sollte möglichst nicht von Profis übernommen werden.
3. Alle Mitglieder sind gleichberechtigt – alle Meinungen werden respektiert. Der Austausch erfolgt auf gleicher Augenhöhe aufgrund eigener Erfahrungen.
4. Die Bearbeitung einer Beschwerde geschieht grundsätzlich parteilich für den Beschwerdeführer. Das bedeutet, dass grundsätzlich nach der besten Lösung für den Beschwerdeführer gesucht wird.
5. Beschwerden werden nur mit Zustimmung des Beschwerdeführers und mit ihm gemeinsam (bzw. einer von ihm benannten Vertrauensperson) gelöst.
6. Beschwerdeaufnahme erfolgt immer schriftlich inklusive Verlauf und Ergebnis.
7. Beschwerdebearbeitung erfolgt aufgrund der finanziellen und zeitlichen Grenzen, die die Ehrenamtlichkeit vorgibt, nur für Beschwerden der eigenen Region/des eigenen Einzugsgebiets.
8. Grundkenntnisse des Sozialrechts und der Psychiatriegesetze sollten bei den Mitgliedern vorhanden sein.
9. Regelmäßige Sprechstunden werden an einem neutralen Ort möglichst einmal in der Woche abgehalten.
10. Es findet möglichst einmal im Monat ein regelmäßiges Treffen aller Mitglieder der Beschwerdestelle zur Absprache über den Umgang mit eingegangenen Beschwerden statt.

11. Es werden Kooperationsverträge mit den Leistungserbringern am Ort abgeschlossen.
12. Die Mitarbeiter der Beschwerdestelle geben eine schriftliche Schweigepflicht-Erklärung (gegenüber der Psychiatrie-Aufsicht führenden Stelle oder untereinander) ab.
13. Die Beschwerdestelle ist dem Gemeindepsychiatrischen Verbund, dem Sozialausschuss der Kommune etc. gegenüber berichtspflichtig.
14. Auf die Beschwerdestelle wird über Plakate/Aushänge in allen Einrichtungen und Praxen, Ankündigung der Sprechstunden in der Lokalpresse aufmerksam gemacht.
15. Dienstvorgesetzte der Einrichtungen, über die eine Beschwerde eingegangen ist, werden bei Bedarf in das Beschwerdeverfahren mit einbezogen.

Diese Standards wurden bei Veranstaltungen, die über die Arbeit von unabhängigen Beschwerdestellen informierten und/oder zur Gründung neuer Beschwerdestellen anregten, vorgetragen und über eine Broschüre allgemein verbreitet. Da insbesondere die Broschüre in hohem Maße von Interessenten angefordert wurde, die eine Gründung einer unabhängigen Beschwerdestelle für ihre Region beabsichtigen, besteht die Hoffnung, dass sich die Standards durchsetzen werden.

### **Abschlussworkshop am 22./23. 2. 2008 in Fulda**

Der Abschluss-Workshop diente dazu, Wege aufzuzeigen, wie unabhängige Beschwerdemöglichkeiten im Innen- und Außenbereich von Psychiatrie auch nach Ende des Projekts weiter gefördert werden können.

So wird es im Standardwerk zum Qualitätsmanagement in der Psychiatrie (PPQ), das von den Fachverbänden der Caritas und der Diakonie gemeinsam für die Sozialpsychiatrie entwickelt wurde, ab der nächsten (4.) Ausgabe 2009 einen Passus dazu geben, wie internes und externes Beschwerdemanagement insbesondere auf dialogischer Basis entwickelt werden kann.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbände, die sich um die Implementierung sozialpsychiatrischer Standards in die Gemeindepsychiatrie bemüht, wird ihren Mitglieder empfehlen, unabhängige Beschwerdestellen als gemeinsames Beschwerdemanagement zu nutzen.

Über die Grenzen der Psychiatrie hinaus wurde im Workshop von Verbraucherzentrale und Unabhängiger Patientenberatung Deutschland aufgezeigt, wo Kooperationsmöglichkeiten mit unabhängigen Beschwerdestellen bestehen. Von den Vertretern beider Organisationen wurde im Vortrag betont, dass es ihnen sehr daran gelegen ist, bei Beratungen für den Bereich Psychiatrie ein fachkundiges Gremium bei Anfragen aus diesem Bereich beratend an ihrer Seite zu haben. Eine Kooperation mit beiden Verbänden birgt im Gegenzug für die Beschwerdestellen die Möglichkeit, zu den Themen Verbraucherschutz und Patientenrechte geschult zu werden, sowie gemeinsam bei bestimmten Themen, z.B. Missstände struktureller Natur, vorzugehen.

Allgemeiner Wunsch von Beginn des Projektes an war es, ein Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen zu gründen, das die Aufgaben der Vernetzung aber auch der Koordination und Öffentlichkeitsarbeit weiterführen kann. Von Seiten der Selbsthilfeverbände kam die Aufforderung, dass dies die Beschwerdestellen selbst in die Hände nehmen müssen. Die unabhängige Beschwerdestelle in Herford

hat sich bereit erklärt, den Anfang zu machen und wird 2009 alle Beschwerdestellen zu einer Tagung nach Herford einladen. Die bei der Durchführung des Projektes zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen beteiligten Verbände haben Unterstützung bei Organisation und Durchführung zugesagt.

Vom Beirat des Projektes wurden Forderungen zur weiteren Förderung unabhängiger Beschwerdestellen durch Politik und andere maßgebliche Stellen erarbeitet, die gemeinsam mit den Teilnehmern des Abschluss-Workshops in Fulda diskutiert und einstimmig verabschiedet wurden.

Diese Forderungen sind zum Teil sehr weitgehend und nicht sofort zu erfüllen. Dennoch waren alle Beteiligten der Ansicht, dass nach Möglichkeit versucht werden soll, über die Verbreitung das Bewusstsein der Wichtigkeit unabhängiger Beschwerdestellen insbesondere in der Psychiatrie zu wecken oder zu bekräftigen.

Die Dokumentation des Abschluss-Workshops enthält die Vorträge der Referenten zu den übergreifenden Themen. Die Inhalte der Arbeitsgruppen wurden zum Teil von den Moderatoren selbst zusammengefasst, zum Teil sind sie die Reflektion durch Teilnehmer.

## **Grußwort der Patientenbeauftragten der Bundesrepublik, Helga Kühn-Mengel**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Patientenbeauftragte der Bundesregierung freue ich mich, Sie heute auf dem Abschluss-Workshop des Projektes „Förderung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie“ in Fulda begrüßen zu können. Aufgrund von Termenschwierigkeiten kann ich heute leider nicht persönlich anwesend sein.

Für die Einladung möchte ich mich sehr herzlich bei der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. bedanken.

Seit Januar 2004 bin ich als Patientenbeauftragte mit meiner Geschäftsstelle dafür da, dass die Rechte der Patientinnen und Patienten auf Aufklärung und Beteiligung im medizinischen Behandlungsprozess umgesetzt und weiterentwickelt werden. Es ist mein Anliegen, in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen auf die Beachtung der Belange der Patienten hinzuwirken und dazu beizutragen, im Dialog mit den Patientenverbänden und –Organisationen Problemlagen aufzuzeigen und zu benennen.

Laut WHO ist Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Diese Definition schließt geistiges und seelisches Wohlbefinden bewusst ein. Laut Expertinnen und Experten ist fast jeder zweite Mensch in seinem Leben einmal von psychischen Störungen betroffen, dennoch werden geistige und seelische Krankheiten in der Öffentlichkeit nur selten zur Sprache gebracht. Handlungsbedarf ist angezeigt, denn auch die Gesundheitsreporte der Krankenkassen berichten in den letzten Jahren übereinstimmend von einer zunehmenden Zahl psychischer Erkrankungen. Jede dritte Frühverrentung in Deutschland wird verursacht durch eine psychische Erkrankung, wobei Depressionen den Hauptanteil stellen.

Als Patientenbeauftragte der Bundesregierung ist mir die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung psychisch Kranker ein besonderes Anliegen. Ich betone deshalb immer wieder, wie wichtig es ist, den Kenntnisstand in der Gesellschaft darüber zu verbessern, dass psychische Krankheiten heilbar, zumindest therapierbar sind. Psychisch Erkrankte müssen ebenso Berücksichtigung und Akzeptanz finden wie somatisch Erkrankte. Versorgungsforschung und eine besseres Monitoring der psychischen Erkrankungen z.B. in den Gesundheitsberichterstattungen sind hier eine wichtige Forderung. In meiner täglichen Praxis stelle ich fest, dass hier ein Verbesserungsbedarf besteht.

Gerade am Beispiel von psychischen Erkrankungen wird deutlich, dass alle Beteiligten intensiv zusammenarbeiten müssen, um die bestmögliche medizinische

Versorgung zu gewährleisten. Die Konzepte der integrierten Versorgung sind daher gerade für diesen Bereich so besonders geeignet - denn dadurch rückt die Vernetzung einzelner medizinischer und nicht medizinischer Versorgungsbereiche ins Zentrum der Behandlung. Das Versorgungskonzept der Institutsambulanzen ist hier ein wichtiger Baustein.

Mit den Gesundheitsreformen der letzten Jahre wurden deutliche Akzente in der Stärkung der Patienteninteressen gesetzt. Mit der Förderung der unabhängigen Patientenberatung, der Beteiligung von Patientenvertretern an Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Benennung einer Patientenbeauftragten sind wichtige Schritte bereits getan. Um die Anliegen der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verstärkt in das Gesundheitssystem zu integrieren, setzt die Politik weiterhin auf die Kompetenz der Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen.

Patienten - und besonders die, die psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt werden - sind bei der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Interessen und Rechte gegenüber Ärzten, Therapeuten und sonstigen Institutionen eingeschränkt. Ein Teil der psychisch Erkrankten befinden sich in einer schwierigen medizinischen und sozialen Situation.

Umso wichtiger sind niedrigschwellige Ansprechpartner – gerade auch bei Konfliktsituationen: Aber leider sind Patientenfürsprecher in psychologischen Kliniken ebenso selten, wie unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie.

Gerade in Konfliktsituationen sind niedrigschwellige, kompetente und vor allen neutrale Beratungsangebote jedoch unverzichtbar. Sie bieten vielfältige Möglichkeiten der Information, Unterstützung, Konfliktbereinigung und Schlichtung, die aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen häufig zielführender und effizienter sind, als etwa das Beschreiten des Rechtswegs.

Nun wünsche ich den Organisatoren der Veranstaltung viel Erfolg und gutes Gelingen bei der Durchführung des Workshops, sowie allen Teilnehmern spannende und bereichernde Diskussionen.



Helga Kühn-Mengel, MdB  
die Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange der Patientinnen und Patienten

# Unabhängige Beschwerdestellen als wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements in der Sozialpsychiatrie

Einblick in die PPQ-Werkstatt

(Jürgen Bombosch, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland und Redaktionsmitglied des Qualitätshandbuchs für Psychiatrie, PPQ)

## Was bedeutet PPQ?

PPQ ist die Abkürzung für ProPsychiatrieQualität (vgl. [www.ppq.info](http://www.ppq.info)). ProPsychiatrieQualität ist ein Qualitätsmanagementsystem (QMS), das zunächst spezifisch für die Sozialpsychiatrie entwickelt wurde. Im Auftrag der bundesweiten Fachverbände von Caritas und Diakonie: Psychiatrie in der Caritas (PiC) - inzwischen fusioniert zum neuen Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) - und dem Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe (BeB), arbeitet ein bundesweiter Qualitätszirkel (QZ), nach den 1998 und 2002 erschienenen ersten und zweiten Auflagen, nun an der dritten Auflage des PPQ-Handbuches, die Anfang 2009 in der Kombination: Taschenbuch und Website herausgegeben werden soll. Die PPQ-Auflage 2009 ist auch auf andere Fachbereiche des Sozial- und Gesundheitswesens übertragbar und nicht allein für die Sozialpsychiatrie relevant; PPQ ist des Weiteren - durch wenige Ergänzungsschritte - kompatibel mit den wesentlichen „marktgängigen“ QM-Systemen: DIN EN ISO und EFQM.

## PPQ basiert auf sieben fachlich-ethischen Leitzielen

Diese sieben fachlich-ethischen Leitziele sind Ausgangspunkt aller Bemühungen um eine systematische Qualitätsentwicklung:

1. Würde achten – Rechte sicherstellen
2. Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken
3. Verantwortung in gegenseitiger Achtsamkeit übernehmen
4. Glaubens- und Sinnerfahrungen ermöglichen
5. Teilhabe am Gemeinwesen solidarisch gestalten
6. Leiden und Symptome vermindern
7. Mit Ressourcen nachhaltig umgehen

## Was will PPQ erreichen?

Basis des PPQ ist eine konsequente Orientierung aller Beratungs-, Behandlungs- und Hilfeprozesse an der Trialog-Kultur. Dies bedeutet: PPQ hat den sozialpsychiatrischen Anspruch und die Zielperspektive, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige auf gleicher Augenhöhe mit professionell, ehrenamtlich sowie bürgerschaftlich Helfenden zu beteiligen.



Abb. 1 PPQ-Trialog

### **PPQ setzt auf die Leitungsverantwortung**

PPQ setzt ein klares Bekenntnis der Leitungsverantwortlichen für die strategische Ausrichtung, die Prozessgestaltung und die Ergebnissicherung der Qualitätsentwicklung voraus. Dennoch wird Qualitätsmanagement im Rahmen von PPQ nicht als rationalistische Planungs- und Entwicklungsstrategie von „oben“ verstanden, sondern als kooperativer Entwicklungsprozess, in dem sich Leitungsverantwortung, Gestaltungsmöglichkeiten von Mitarbeitenden und die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf allen Ebenen der Hilfeplanung, -gestaltung und -evaluation wechselseitig bedingen und beeinflussen.

### **PPQ will die Träger- und einrichtungsübergreifende QM-Entwicklung fördern**

Ausdrücklich will PPQ die Einbindung der Träger, Dienste und Einrichtungen in Verbundsysteme (insbesondere Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV); vgl. [www.bag-gpv.de](http://www.bag-gpv.de)) fördern. Die Qualität sozialpsychiatrischer Hilfeprozesse hängt in komplexen Systemen nicht mehr von einzelnen Trägern, Diensten oder Einrichtungen ab.

Qualitätsentwicklung aus der Perspektive der NutzerInnen betrachtet, ist immer Ergebnis kooperativer Netzwerke. PPQ soll deshalb auch besonders als Instrument der Qualitätsentwicklung in Verbundsystemen genutzt werden.

### **PPQ und Beschwerdemanagement:**

1. Internes und externes Beschwerdemanagement sind integraler Bestandteil des PPQ
2. Von PPQ-Anwendern wird die Entwicklung einer Beschwerdekultur erwartet
3. Im Kapitel Klientenbeteiligung der 3. PPQ-Auflage 2009 wird daher sowohl der Aufbau eines internen wie externen Beschwerde- und Verbesserungsmanagements für Träger, Einrichtungen und Dienste gefordert
4. Grundlage für eine Beschwerdekultur ist primär die Haltung aller Mitarbeitenden unter dem Motto: Beschwerden sind grundsätzlich willkommen!
5. Alle Mitarbeitenden sind für Beschwerden offen
6. Beschwerden werden grundsätzlich als Verbesserungspotential gewertet
7. Alle Mitarbeitenden werden in Beschwerde- und Verbesserungsmanagement geschult
8. Generell wird von PPQ-Anwendern erwartet, eine dialogische Beschwerdekultur zu entwickeln; dies bedeutet, dass Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und professionell, ehrenamtlich wie bürgerschaftlich Helfende zur Mitarbeit in den „Qualitätszirkel Beschwerdekultur“ eingeladen werden
9. **Ziel der dialogischen Erarbeitung einer Beschwerdekultur in partnerschaftlichen Qualitätszirkeln ist vor allem die Erreichung einer angstfreien Kultur des Beschwerde- und Verbesserungswesens für alle Beteiligten, in der Beschwerdeführende nicht stigmatisiert und diskriminiert werden!**
10. Parallel können Beschwerden auch mündlich, schriftlich, offen oder anonym eingereicht werden
11. Ombudsleute werden für alle beteiligten Kerngruppen als Ansprechpartner benannt
12. Die Parallelität eines internen u. externen Beschwerdemanagements ist im QMS verankert



13. Beschwerden werden systematisch, zügig und kundenorientiert/personenzentriert bearbeitet
14. Dazu gibt es ein Ablaufdiagramm im PPQ-QM-Handbuch
15. Die Korrekturmaßnahmen dienen der ständigen Qualitätsverbesserung im Rahmen des KVP = Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
16. *Intern*: Die Einberufung eines trialogischen Qualitätszirkels zum Thema Beschwerdemanagement ist jeder Zeit möglich; *Extern*: Unabhängige Beschwerdestellen werden nach den Standards des DGSP-Projektes: „Förderstelle unabhängiger Beschwerdestellen“ unterstützt bzw. aktiv trägerübergreifend im GPV entwickelt; vgl.: <http://www.psychiatrie.de/dgsp/article/Beschwerdemanagement.html>

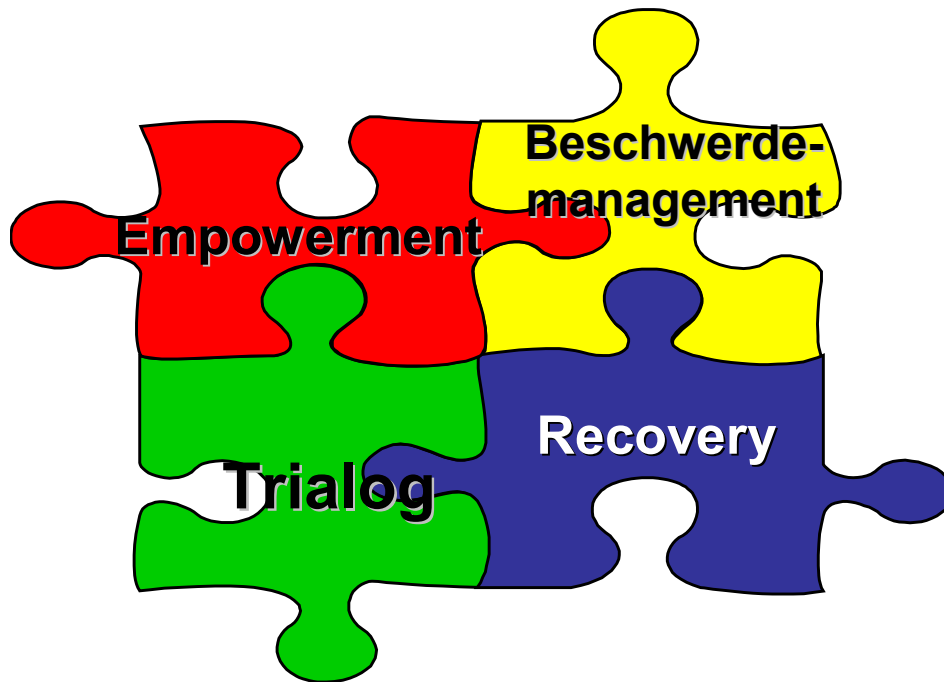


Abb. 2 PPQ-Puzzle: Beschwerdemanagement als wesentliches Puzzle-Teil des PPQ-Systems

# **Unabhängige Beschwerdestellen als Bestandteil Gemeindepsychiatrischer Verbände**

(Matthias Rosemann, Geschäftsführer der Träger gGmbH, Berlin, und Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände) Kurzfassung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV) wurde im März 2006 gegründet. Ihr gehören mittlerweile 16 Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) an (immer aktuell unter [www.bag-gpv.de](http://www.bag-gpv.de)).

## **Definition GPV**

Gemeindepsychiatrische Verbände sind im Verständnis der BAG verbindliche Zusammenschlüsse der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion. Auch die Kommune ist im GPV vertreten. Gemeindepsychiatrische Verbände sind kein Selbstzweck und kein Ziel an sich, sondern sie sind eine Organisationsform, um fachlich angestrebte Ziele besser erreichen zu können. Sie unterscheiden sich von anderen Kooperationsstrukturen durch einige wesentliche Merkmale:

Gemeindepsychiatrische Verbände erkennt man an der Verbindlichkeit, mit der sich die beteiligten Organisationen an der gemeinsamen Lösung der ausdrücklich formulierten Aufgaben durch eine eigene bewusste Entscheidung beteiligen. Sie sind daher durch besondere Kooperationsvereinbarungen oder Satzungen konstituiert. Das setzt eine definierte Willenserklärung der beteiligten Leistungserbringer voraus. Im GPV arbeiten die beteiligten Akteure gemeinsam an besonderen Qualitätsstandards, die sie umsetzen wollen. Das Umsetzen erfordert die Bereitschaft zur Kooperation und Zusammenarbeit, die weit über Lippenbekenntnisse hinausgeht.

## **Qualitätsstandards**

Die BAG GPV hat sich auf bestimmte Qualitätsstandards verständigt, von denen nur einige genannt sein sollen:

- Individuelle Hilfe für jeden Bürger, die einrichtungsübergreifend geplant und in der tatsächlichen Leistungserbringung zwischen den Beteiligten immer wieder abgestimmt wird und zugleich
- die Sicherstellung der bedarfsgerechten Hilfen für Menschen mit schweren akuten und lang andauernden psychischen Erkrankungen im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung.

Schon diese beiden Standards zeigen, dass diese fachlichen Ziele ohne verbindliche Vernetzungsstruktur nicht umzusetzen sind. Kein Träger allein kann die Versorgungsverpflichtung wirklich sicherstellen. Aber um diese Ziele zu erreichen, bedarf es einer Reihe von Maßnahmen, u.a.:

- der Benennung einer koordinierenden Bezugsperson, die diese Abstimmung sicherstellt,
- von Hilfeplankonferenzen zur Realisierung von individuell abgestimmten, bedarfsgerechten, flexiblen und zeitgerechten Hilfen für alle hilfebedürftigen Bürger im Versorgungsgebiet und einer
- kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung der regionalen Versorgungssituation. Dazu gehört die Vereinbarung konkreter Qualitätsziele.
-

## **Qualitätsziele**

Qualitätsziele in diesem Sinne sind u.a.:

- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen,
- Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen,
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen,
- Beachtung des Datenschutzes und der Schweigepflicht,
- Austausch mit den Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen,
- Gemeinsames Beschwerdemanagement,
- Klare Entscheidungs- und Vertretungsstrukturen.

Hier taucht also in den Qualitätszielen auch das gemeinsame Beschwerdemanagement auf, das in unserer Formulierung gar nicht identisch ist, mit Ihrer Forderung nach unabhängigen Beschwerdestellen.

## **GPV und unabhängige Beschwerdestellen**

Wie wichtig sind unabhängige Beschwerdemöglichkeiten in diesem Zusammenhang? Ich will das an einem Beispiel illustrieren, das deswegen geeignet ist, weil es die Diskussion innerhalb unserer BAG vor wenigen Wochen (Ende Januar) im erweiterten Vorstand der BAG zeigt. Wir befanden uns im Austausch über die Frage, was die von uns formulierte Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung im psychiatrischen Alltag (hier aus dem Betreuten Wohnen) denn tatsächlich bedeutet.

Die Mitarbeiter stehen nicht selten, jedenfalls in manchen Konfliktsituationen, im Spannungsfeld zwischen dem Respekt vor der Autonomie und Selbstverantwortung der Betroffenen einerseits und möglicherweise dem Vorwurf der Unterlassung notwendiger Hilfeleistung andererseits. Das kann man an der Frage darstellen, wie weit das Recht auf Selbstbestimmung umsetzbar ist, wenn ein Mensch sich infolge einer weitgehenden Verwahrlosung der Wohnung (vielleicht sogar mit gefährlichen Umständen, z.B. herausgerissenen Steckdosen) gefährdet. Gefährdung kann auch bedeuten, dass das Mietverhältnis gefährdet ist. In Situationen, in denen sich krankheitsbedingt trotz vieler Gespräche kein Einvernehmen mehr herstellen lässt, dass der vorhandene Zustand beseitigt werden muss, können durch die professionellen Helfer zwei wesentliche Fehler begangen werden: Entweder werden Mitarbeiter ohne rechtliche Legitimation zu übergriffig oder die Mitarbeiter scheuen davor zurück, sich dem Konflikt weiter zu stellen und sehen der Entwicklung – unter dem scheinbaren Respekt des Rechts auf Selbstbestimmung – eher untätig zu. Beide Verhaltensweisen sind kritisch zu sehen. In jedem Fall entsteht – weit unterhalb der Schwelle einer formalen rechtlichen Prüfung – die Gefahr, dass sich Haltungen von Mitarbeitern (oder von Trägern) als Willkür erweisen oder als solche erlebt werden.

Die Diskussion in der BAG über diese fachliche Frage (die Diskussion dauerte natürlich länger, als ich hier berichten kann) machte deutlich, dass zur Umsetzung dieses Qualitätsziels zwingend eine Verbundstruktur gehört, die zum einen solche Themen sowohl grundsätzlich, wie auch im Einzelfall eben einer öffentlichen Auseinandersetzung (durch Einbeziehung Anderer) zuführt, und die zum anderen – damit sind wir dann endlich beim Thema – den Betroffenen eine unabhängige Beschwerdemöglichkeit zur Verfügung stellt, damit auch aus dieser Sicht solche Situationen und Konflikte einer externen Betrachtung und Prüfung unterzogen

werden. In diesem Diskussionsverlauf wurde allen Teilnehmern deutlich, wie wichtig unabhängige Beschwerdemöglichkeiten sind.

Dieses kurze Beispiel soll Ihnen verdeutlichen, dass wir zwar in unseren eigenen Qualitätsstandards die Beschwerdemöglichkeiten nicht so konkret gefasst haben, wie Sie das fordern, dass aber im Bewusstsein vieler unserer Mitgliedsverbände die wichtige Funktion der Beschwerdestellen durchaus schon verankert ist.

Da Frau Uebele in unserer nächsten Mitgliederversammlung zu Gast sein wird, werden wir dann die Gelegenheit haben, Ihre Forderungen und Themen dort direkt mit den Mitgliedsverbänden diskutieren zu können. Ich finde es wichtig, dass Sie sich mit Ihrer Bewegung deutlich artikulieren. Auch wir als Gemeindepsychiatrische Verbände haben allen Grund zur Bescheidenheit und werden den Druck aus Ihrer Richtung benötigen, um diese Aspekte nicht zu vernachlässigen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen noch einen guten Tagungsverlauf und in der Zukunft Ihrer Bewegung eine gute Zusammenarbeit mit uns.

Vielen Dank!

Nachtrag: In der Mitgliederversammlung der BAG GPV am 29. 2. 2008 haben sich die anwesenden Mitglieder dafür ausgesprochen, allen Mitgliedern der BAG zu empfehlen, unabhängige Beschwerdestellen im GPV als gemeinsames Beschwerdemanagement zu nutzen. Wo noch keine unabhängige Beschwerdestelle existiert, bemüht sich der GPV darum, die Gründung einer solchen zu befördern. Es wurden konkrete Ausformulierungen des Qualitätsstandards „gemeinsame Beschwerdemöglichkeiten“ besprochen, die vom Vorstand den Mitgliedern in Form einer Empfehlung zur Verfügung gestellt werden sollen.

## **Zusammenfassung der Arbeitsgruppen**

### **Arbeitsgruppe I**

#### **Möglichkeiten und Grenzen der Beschwerdearbeit**

Moderation: Karin Haehn (BPE), Thomas Grapentin (Ombudsstelle des Psychosozialen Trägervereins Solingen)

Diskussions-Vorlage von Frau Haehn:

Meiner diesjährigen Arbeitsgruppe über die deutschlandweite Beschwerdearbeit stelle ich die Gedankengänge von Sophie Zerchin ( Dorothea Buck ) aus ihrem Buch „Auf der Spur des Morgensterns“, Paul List Verlag, 1990, voran: „...für den ... Patienten so notwendigen Einblick in das Wesen unserer unbewussten Seele, in ihre Tendenzen und Ausdrucksmittel lässt sich im Gruppengespräch aus den so vielfältigen Psychose-Erlebnissen der Teilnehmer sicher leichter gewinnen als in Einzelgesprächen. Über die Verarbeitung ihrer eigenen Psychose hinaus können die Patienten dabei auch wichtige Hinweise für die Psychose – Forschung geben. Wenn sie erleben, dass die Fachleute sie mit Achtung behandeln und ihre Erfahrung anerkennen, wäre das für sie sehr ermutigend und auch ihr Selbstvertrauen könnte in den Gruppengesprächen wachsen.“

Seit der Zeit, als Dorothea diese Gedanken formulierte, ist viel geschehen. Es gibt Psychose -Seminare in vielen Ecken Deutschlands, wo man so miteinander umgeht. Es gibt den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und viele Landesverbände. Und es gibt vielerorts Selbsthilfegruppen. Auch Gremienarbeit wird in manchen Landkreisen unter ähnlichen Bedingungen geleistet. Noch immer aber steckt beim Beschwerdewesen vieles in den Kinderschuhen.

Darum habe ich mich von Anfang an, seit 2005, dem Projekt zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen zur Verfügung gestellt.

Denn es gibt, trotz aller positiver Entwicklung, auch in der ambulanten psychiatrischen Landschaft nach wie vor Strukturen, die der Entwicklung der Verantwortlichkeit für das eigene Leben der Psychiatrie–Erfahrenen entgegenwirken. Dadurch werden zwischenmenschliche Beziehungen belastet oder gar unmöglich gemacht. Diese Zusammenhänge bewusst zu machen, ist eine der Aufgaben des Beschwerdewesens.

Qualitätssicherung in den Einrichtungen und Verständnis für erlebte Maßnahmen könnte die Folge guter Beschwerdearbeit sein.

Ein anderes Ergebnis der Arbeit sehe ich darin, dass durch das Benennen immer wieder auftauchender Beschwerden den Einrichtungsträgern, Kostenträgern und politisch verantwortlichen Menschen die Mängel am System nachgewiesen werden. Dadurch können diese dann Handlungsgrundlagen bekommen, die sie befähigen, sinnvolle Änderungen herbeizuführen.

Probleme bei der Beschwerdearbeit sehe ich bei folgenden Punkten:

Der Arbeitsaufwand für eine ordentlich abgewickelte Beschwerde, die zu den oben genannten Ergebnissen führt, ist groß. Diese Arbeit kann nur geleistet werden, wenn die Strukturen der Beschwerdestelle sinnvoll sind. Dazu erscheint mir wichtig, dass keinem Mitarbeiter eigene Kosten entstehen. Für ausreichende Aufwandentschädigung muss gesorgt werden.

Mir erscheint für die Beschwerdearbeit im Allgemeinen sinnvoll und wichtig:

- 1.) Eine Konzepterstellung, welche auf Unabhängigkeit hinzielt.
- 2.) Mindestens eine triadische Besetzung.
- 3.) Regelmäßige Besprechungen im Team.
- 4.) Ein öffentlicher Raum mit PC und Telefon (raus aus dem privaten Umfeld).
- 5.) Regelmäßige Fortbildungen der Mitarbeiter zu folgenden Themen:
  - a) Was ist das politisch Machbare in der psychiatrischen Landschaft?
  - b) Wie unterscheide ich somatische Erkrankungen von Krankheiten der Seele?
  - c) Welche Erscheinungen die zur akuten Krise führen, haben ihre Ursachen in den Familienstrukturen?
  - d) Welche Gewalteskalationen haben ihre Ursachen in den Strukturen der Einrichtungen?
  - e) Wie gehe ich mit Datenschutz um?

Wobei ich den letzten Punkt, den Datenschutz als das größte Problem, vor allem im ländlichen Raum, sehe. (Hier habe ich leidvolle Erfahrungen gemacht.) Der Datenschutz ist in Deutschland aus dem Ruder gelaufen.

Hier ist eindeutig die Grenze des Machbaren erreicht. Eine andere Grenze ist, dass Beschwerdearbeit weder eine Therapie noch eine rechtliche Hilfeleistung sein kann.

Zusätzlich wurde in der Arbeitsgruppe Folgendes diskutiert:

Um als unabhängige Beschwerdestelle optimal wirken zu können, müssen einige weitere Grundbedingungen erfüllt werden: Die Kommune, in der die Beschwerdestelle tätig ist, muss miteinbezogen werden. In Psychiatriekreisen bekannte und angesehene Menschen sollten in der Beschwerdestelle mitarbeiten. Falls es einen Beirat gibt, sollte darin unbedingt ein Jurist beratend zur Verfügung stehen.

Eine sichere Finanzierung der Beschwerdestelle verschafft die nötige Konzentration auf die Arbeit. Öffentlichkeit muss durch regelmäßige Berichte in Psychiatrie-Gremien aber auch durch Information über die Arbeit der Beschwerdestelle in psychiatrischen Einrichtungen und in der allgemeinen Bevölkerung hergestellt werden. Beachtung finden unabhängige Beschwerdestellen auch durch die Präsenz bei Fachtagungen der Kommune.

Durch Supervision und Fortbildung werden Mitglieder unabhängiger Beschwerdestellen für ihre Arbeit fit gemacht. Regional benachbarte Beschwerdestellen sollten sich miteinander vernetzen und sich in regelmäßigen Abständen zum Erfahrungsaustausch treffen.

Eine Vernetzung mit Verbänden und anderen Beratungsstellen erleichtert die Arbeit.

## **Arbeitsgruppe II**

### **Fundraising für Beschwerdestellen**

Moderation: Beate Lisofsky (BApK), Gudrun Uebele (DGSP)

Fundraising bedeutet grundsätzlich, Fördermöglichkeiten zu aquirieren. Unter Fördermöglichkeiten versteht man sowohl Sachmittel wie den kostenlosen Druck von Flyern wie auch personelle Unterstützung oder Geld.

Die Diskussion entspannt sich vor allem um die Wahrung der Unabhängigkeit, wenn finanzielle Mittel von Unternehmen eingeworben werden. Besser wäre es, wenn der Gemeindepsychiatrische Verbund sich hier als Mittler hergibt.

Eine wesentliche Aufgabe für das Fundraising ist es aber auch, das Selbstverständnis unabhängiger Beschwerdestellen klar zu beschreiben und danach die Öffentlichkeitsarbeit gezielt zu planen und durchzuführen. Unabhängige Beschwerdestellen müssen nicht in der breiten Öffentlichkeit ständig präsent sein. Wichtig ist es, an den Orten, an denen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige erfahrungsgemäß auftauchen, auf sich aufmerksam zu machen. Das sind zum Beispiel Fachärzte, Apotheken, Kontaktstellen, gemeindepsychiatrische und stationäre Einrichtungen sowie die entsprechenden Selbsthilfegruppen.

Zusammenfassung: Gudrun Uebele

### **Arbeitsgruppe III**

#### **Grundlagen rechtlicher Betreuung**

Moderation Gisela Lantzerath (Vormundschaftsgerichtstag, VGT)

Nachbetrachtung eines Teilnehmers:

Das Betreuungsrecht spiegelte in seiner Entwicklung nicht immer die Sorge um das Wohl von Betroffenen wieder. Vielmehr stand die Ausgrenzung von Menschen mit krankhaften Erscheinungsbildern, auch als juristische „Entsorgung“ bezeichnet, nicht selten im Mittelpunkt des rechtlichen Geschehens.

Frau Lantzerath hob in ihren Erläuterungen mit großer Deutlichkeit den Mangel an Wertschätzung gegenüber psychisch kranken Menschen in der Vergangenheit hervor. Im Vordergrund stand nicht Wahrung sondern Missbrauch des Rechts von psychisch Erkrankten.

Psychische Erkrankung und die damit manchmal in Zusammenhang stehende Unfähigkeit, über sich selbst zu bestimmen, war aus heutiger Sicht mit Entmündigung und sozialer Ausgrenzung verbunden.

Im Verlauf der gesellschaftlichen Entwicklung ist das Betreuungsrecht im Sinne humaner Überlegungen geändert worden.

Am 1. 1. 1992 ist ein neues Betreuungsrecht in Kraft getreten, das die Betreuung als Rechtsfürsorge zum Wohl von betroffenen Menschen beinhaltet. Von diesem Zeitpunkt an kann von Entmündigung keine Rede mehr sein. Soweit es möglich ist und seinem Wohl entgegenkommt, wird das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen in hohem Maße gewahrt und seine persönlichen Bedürfnisse weitestgehend erfüllt.

So gesehen verstehe ich unter Betreuung nicht die permanente Gängelerei bis hin zu Vorschriften hinsichtlich Wahrung der Hausordnung. Maßregelung und absolute Unterordnung des von mir Betreuten sehe ich als ein Relikt der Vergangenheit an. Ich stehe als Betreuer in der Pflicht, den Betroffenen zu selbstständiger Problemlösung anzuregen und damit eine anerkannte soziale Rolle in der Gesellschaft einzunehmen.

Wenn soziale und rechtliche Verpflichtungen wegen bestehenden Leidens nicht mehr ausreichend wahrgenommen werden, wird durch das Vormundschaftsgericht ein

Betreuer mit differenzierter Aufgabenstellung bestellt. Betreuer dürfen nur für die Aufgabenkreise bestellt werden, in denen eine Betreuung tatsächlich erforderlich ist. Die Bestellung eines Betreuers stellt keine Entrenchung dar und hat keinesfalls die Geschäftsunfähigkeit des Betroffenen zur Folge.

Bei der Auswahl des Betreuers kommt den Wünschen des Betroffenen große Bedeutung zu. Schlägt dieser eine bestimmte Person vor, die bereit und geeignet ist, seine Betreuung zu übernehmen, dann ist das Gericht an diesen Vorschlag gebunden, wenn damit dem Wohl der zu betreuenden Person entsprochen wird. Hiermit wird zum Ausdruck gebracht, dass die natürlichen Bedürfnisse weitestgehend zu erfüllen sind und dem persönlichen Willen nicht zuwider gehandelt wird. Lassen sich die Wünsche des zu betreuenden Menschen nicht feststellen, ist auf kommunikativem Wege zu versuchen, den mutmaßlichen Willen herauszufinden. Die Bestellung eines Betreuers geschieht bei unterschiedlichen Voraussetzungen. Hierzu gehören psychische Erkrankungen, geistige, seelische oder körperliche Behinderungen. Zu der Krankheit oder Behinderung muss ein Fürsorgebedürfnis hinzutreten und der Betroffene auf Grund dieser Krankheit oder Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht zu besorgen vermag. Dabei handelt es sich um Vermögens-, Renten- oder Wohnungsprobleme aber auch um Fragen der Gesundheitsfürsorge oder des Aufenthalts.

Horst Kaewel

## **Arbeitsgruppe IV**

### **Besondere Herausforderungen für Beschwerdestellen durch das Persönliche Budget**

Moderation und Zusammenfassung: Regina Eccher (Deutsch-Israelischer Verein für Rehabilitation (InDiPro) Gießen e.V. )

#### **Trägerübergreifendes Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung:**

Rechtsgrundlage ist der §17 Abs. 2 bis Abs. 6 SGB IX

„Ausführung von Leistungen zur Teilhabe, Persönliches Budget“

Die Erprobungsphase fand vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2007 in 14 Modellregionen statt.

Seit 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget.

#### **Auftrag des Persönlichen Budgets ist:**

- mehr selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu ermöglichen,
- mehr Autonomie und Eigenverantwortung zu gewähren,
- Ausbau des Wunsch- und Wahlrechts zu unterstützen,
- passgenaue Hilfen zu ermöglichen.

Der Mensch mit Behinderung wird zum Käufer/zur Käuferin, Kunden oder Arbeitgeber.

Hilfen werden nach dem Prinzip ambulant vor stationär geleistet.

#### **Ausführung von Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX §17 Abs. 2 -6:**

- Verantwortlichkeit bleibt beim zuständigen Rehabilitationsträger
- für alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe
- Sachleistung wird zur monatlichen Geldleistung oder zu Gutscheinen
- persönlicher Bedarf wird individuell festgestellt



- trägerübergreifendes Budget wird als Komplexleistung angeboten.

### **Was bedeutet hierbei „trägerübergreifend“?**

Folgende Leistungsträger können beteiligt sein:

- Krankenkasse
- Pflegekasse
- Renten- und Unfallversicherung
- Jugendhilfe
- Sozialhilfe
- Integrationsamt
- Arbeitsagentur
- Träger der Alterssicherung der Landwirte und Kriegsopferfürsorge

### **Wie erfolgt die Antragstellung zum Persönlichen Budget?**

Erst-Kontaktaufnahme mit dem wahrscheinlichen Kostenträger (z.B. Sozialhilfeträger). Dieser ist verpflichtet, die anderen Kostenträger mit heranzuziehen.

Danach erfolgt das Ausfüllen des Antrags, wobei festgehalten werden sollte, welche Unterstützung benötigt wird (z.B. Freizeitbegleitung).

Anschließend erfolgt die Bedarfsfeststellung des Kostenträgers mit dem/der AntragstellerIn im Assessmentverfahren.

Nach dieser wird die Zielvereinbarung zwischen BudgetnehmerIn und Kostenträger(n) erstellt.

In der Budgetverordnung – BudgetV sind Einzelheiten geregelt:

Die **Zielvereinbarung** enthält mindestens:

- individuelle „Förder“- und Leistungsziele
- Erforderlichkeit von Leistungsnachweisen (oder auch nicht)
- Qualitätssicherung

### **Ausführung von Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX §17 Abs. 3**

„Das Persönliche Budget wird so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann.“

„Dabei soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.“

### **Die Modellphase des Persönlichen Budgets:**

01.07.2004 bis 31.12.2007

Die Modellphase wurde wissenschaftlich begleitet und ausgewertet über die Uni Tübingen unter der Leitung von Frau Dr. H. Metzler.

An der Modellphase nahmen 847 BudgetnehmerInnen teil. Davon waren 46% weiblich und 54% männlich. Das Durchschnittsalter betrug 36 Jahre (2J -82J).

#### Verteilung der Personengruppen:

Menschen mit psychische Erkrankung, Menschen mit Suchterkrankungen: 42,00%

Menschen mit geistiger Behinderung: 31,00%

Menschen mit Körperbehinderung: 19,00%

Andere Behinderungsarten: 8,00%

### Rahmenbedingungen:

Bei 95 % der Persönlichen Budgets gab es nur einen Kostenträger. Dabei war fast ausschließlich der Sozialhilfeträger zuständig.

Die ausgezahlten Beträge lagen zwischen 36 und 13.275 Euro. Dabei lagen ca. 50% unter 600 Euro und ca. 75% unter 1.000 Euro.

### Motive für die Beantragung eines Persönlichen Budgets:

- Wunsch nach passender(en) Hilfen / Verwirklichung des eigenen Lebensstils,
- Sicherstellung der Versorgung, z.B. akute Krisensituationen/ Übergangsphasen,
- erforderliche Unterstützung nicht (mehr) als Sachleistung verfügbar, z.B. keine passenden Angebote verfügbar oder Kündigung der Einrichtung,
- Wunsch nach selbstständiger(er) Lebensführung, z.B. Auszug aus stationärer Wohneinrichtung oder Elternhaus oder Vermeidung von Heim- oder Klinikaufnahme,
- Erhöhung der Mobilität, Aktivität und sozialen Teilhabe, hier Freizeit
- Entlastung des Umfeldes, insbesondere der Eltern.

### **Die Modellregion Marburg Biedenkopf** Stand Oktober 2007

Anträge: 102

Budgets: 56

Rücknahmen: 28

Ablehnungen: 10

Offene Anträge: 8

Assessment: 1

### Behinderungsarten:

Menschen mit psychischer Erkrankung 23,21%

Menschen mit Körperbehinderung 26,79%

Menschen mit geistiger Behinderung 50,00%

### Lebensbereiche:

- Freizeit
- Arbeit / Berufsbildungsbereich
- Wohnen

### **Beispiel „Freizeit“**

Voraussetzungen: 32 Jahre, Wohnung mit Mutter in der Stadt, Arbeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Grundsicherung, Verhinderungspflege, Pflegestufe II, Schwerbehindertenausweis

Bedarf: Schwimmen, Rad fahren, Kino, Konzerte, Ausflüge mit Freunden, Verkehrssicherheit, Fahrradreparatur, Einkaufen, Wochenendseminare

### Ergebnis der Verhandlungen:

160 € individuelle Assistenz (= 4 Stunden / Woche)

174 € Freizeitzentrum (= 3 x / Woche)

Vier Assistentinnen à 9 € pro Stunde (incl. Knappschaftsbeiträge)

Ausgestaltung: Schwimmbad, Rad fahren, Kino, Konzerte, Ausflüge mit Freunden, Verkehrssicherheit, Fahrradreparatur, Einkaufen lernen, Teilnahme an Wochenendseminaren

### **Beispiel „Arbeit / Berufsbildungsbereich“**

20 Jahre alt, ausgeschult.

Praktikum im Lebensmittelgeschäft, möchte dort arbeiten.

Idee: Mit dem Persönlichen Budget einen außerbetrieblichen

Arbeitsplatz finanzieren, analog zu den Richtlinien des BBB, jedoch nicht unter dem Dach der Werkstatt für Menschen mit Behinderung.

#### Konzept:

Welche Bildungsziele werden angestrebt? Wie viele Stunden für individuelle Begleitung/Jobcoaching? Was bietet der Betrieb? Stundenplanerstellung

Antrag auf 24 Stunden Jobcoaching /Monat.

### **Beispiel „Wohnen“**

25 Jahre alt, „Arbeiten im Verbund“, früher Betreutes Wohnen, jetzt eigene Wohnung.

Antrag: monatlich 12 Fachleistungsstunden (à 30,00 €) und 108 Assistenzstunden (à 9,00 €).

Die Vermieter bieten Hilfe in der Not, eine Nachbarin kommt morgens für 30 Minuten. Über ein Inserat werden Assistentinnen gesucht.

Die Schwester ist Sozialarbeiterin und übernimmt die Fachleistungsstunden.

### **Vorteile des Persönlichen Budgets:**

Das Persönliche Budget bietet passgenaue Unterstützung für alle Menschen mit Behinderung. Das Wunsch- und Wahlrecht stehen im Vordergrund. Es bietet die Möglichkeit für mehr Selbstbestimmung und mehr Selbstständigkeit.

### **Nachteile des Persönlichen Budgets:**

- Viele Behörden/Leistungsträger haben noch wenig Erfahrung mit dem PB.
- Das Persönliche Budget muss verwaltet werden. Es sollte darauf geachtet werden, dass ein angemessener Betrag für Budgetassistenz zusätzlich zum Persönlichen Budget ausgezahlt wird.
- Die Sozialversicherung im Bereich Arbeit ist z.Zt. noch nicht gesetzlich geregelt.

### **Das Persönliche Budget ...**

- ... ist nicht geeignet für Personen, die mit ihrer Wohn- und Arbeitssituation, Freizeitgestaltung und Lebensqualität zufrieden sind
- ... kann hilfreich sein, wenn die leistungsberechtigte Person mehr Selbstbestimmung erlangen und den Lebensalltag individueller gestalten möchte.

Kontakt InDiPro

Telefon: 0641-966 25 110

Heegstrauchweg 68 in 35394 Gießen

[www.projekt-indipro.de](http://www.projekt-indipro.de)

[indipro@deutsch-israelischer-verein.de](mailto:indipro@deutsch-israelischer-verein.de)

Adressen und Links

[www.budget.bmas.de](http://www.budget.bmas.de) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)

[www.budget.paritaet.org](http://www.budget.paritaet.org) (Kompetenzzentrum Persönliches Budget)

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)

[www.budget-tour.de](http://www.budget-tour.de) (Bundesweite Ansprechpartner u. Beratungsstellen / Skript)

[www.kopfsalat-berlin.de](http://www.kopfsalat-berlin.de) (Pers.Budget Berlin)

[www.projekt-persoennesliches-budget.de/cms/](http://www.projekt-persoennesliches-budget.de/cms/) (Abschlussbericht Uni Tübingen)  
[www.bag-ub.de](http://www.bag-ub.de) (Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung)  
[www.hamburger-arbeitsassistenten.de](http://www.hamburger-arbeitsassistenten.de)  
[www.people1.de](http://www.people1.de)

## **Arbeitsgruppe V**

### **Was bringen Kooperationen für Beschwerdestellen?**

Moderation: Jurand Daszkowski (BPE)

Beschwerdestellen müssen mit anderen Institutionen kooperieren, um Akzeptanz herzustellen und zusätzliches nötiges Wissen zur Verfügung zu haben. Die Grenzen der Beschwerdestellenarbeit liegen in der personellen Besetzung, der zeitlichen Einschränkung durch das Ehrenamt und der mangelnden Ausbildung bzw. mangelnden Fortbildungsmöglichkeiten der ehrenamtlich tätigen Nicht-Profis.

In Hamburg wurden bereits gute Erfahrungen der Kooperation mit der Verbraucherzentrale und der Unabhängigen Patientenberatungsstelle gemacht, die ihrerseits ebenfalls die Unterstützung der unabhängigen Beschwerdestelle nötig haben.

Weitere Kooperationsvorschläge: Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, ARGE, Sozialamt/Grundsicherungsamt.

Zusammenfassung: Jurand Daszkowski

# **Aufgaben und Arbeitsweise der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland - UPD**

Astrid Burkhardt, Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

## **Begrüßung und Vorstellung**

Sehr geehrte Frau Uebele, sehr geehrte Damen und Herren, ich bedanke mich herzlich für ihre Einladung. Mein Name ist Astrid Burkhardt, ich bin seit September 2006 Geschäftsführerin der neu gegründeten Unabhängigen Patientenberatung Deutschland. Ich freue mich sehr, Ihnen heute hier in Fulda die UPD vorstellen zu dürfen und mit Ihnen zusammen die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zu erkunden.

## **Das Modellprojekt UPD - Unabhängige Patientenberatung Deutschland** ([www.upd-online.de](http://www.upd-online.de))

### **1. Gesetzlicher Auftrag**

Nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für die Entwicklung zu „mündigen Versicherten“ ist eine gleichberechtigte Partnerschaft von Patientinnen und Patienten mit Ärzten und Krankenkassen unerlässlich. Deshalb hat der Gesetzgeber die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit dem § 65b SGB V verpflichtet, im Rahmen von Modellvorhaben Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung zu fördern.

Für die Durchführung des befristeten Modellvorhabens „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) werden für die gesamte Laufzeit über die fünf Jahre 2006 bis 2010 insgesamt rund 25 Mio. € bereitgestellt.

Der Zweck der gemeinnützigen Organisation UPD ist die unabhängige und neutrale gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten, Patientinnen und Patienten. Diese Beratung ist kostenfrei.

Ziel des Modellverbundes ist, allen Ratsuchenden Hilfe und Unterstützung anzubieten, damit sie sich möglichst selbstbewusst und eigenständig im Gesundheitswesen bewegen können. Neben der Aufklärung wird der/die Patient/in befähigt, bestärkt und unterstützt im Sinne von Empowerment (= Hilfe zur Selbsthilfe), die eigenen Interessen wahr zu nehmen.

Die UPD versteht sich in erster Linie als Wegweiser und Lotse durch das Gesundheitssystem, mit dem Angebot, Patientinnen und Patienten neutral und unabhängig (das bedeutet unabhängig von Kostenträgern und Leistungserbringern) zu beraten, zu informieren und zu unterstützen. Das Angebot richtet sich dabei an alle Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsangeboten – unabhängig von gesetzlicher oder privater Kassenzugehörigkeit.

### **2. Verbund- Struktur**

#### **Gesellschafter**

Um das bundesweite Modellvorhaben durchzuführen, haben sich die drei bekannten Organisationen Sozialverband VdK Deutschland e.V. ([www.vdk.de](http://www.vdk.de)), Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ([www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)) und Verbund unabhängige Patientenberatung e.V. ([www.v-up.de](http://www.v-up.de)) zusammen getan und gemeinsam die UPD gGmbH gegründet. Mit dem Zusammenschluss dieser drei starken Partner und mit der langjährigen Erfahrung dieser Gesellschafter ist eine hohe Beratungsqualität gesichert.

### Wissenschaftliche Begleitung

Neben der internen Qualitätssicherung im Rahmen des Modellverbunds stellt die Beratung durch einen wissenschaftliche Beirat und die wissenschaftliche Begleitung durch die Prognos AG eine externe Evaluation und einen Informationstransfer sicher.

### Bundesgeschäftsstelle

Die Bundesgeschäftsstelle in Berlin ist mit 6 Stellen besetzt und hat als zentrale Steuerungs- und Organisationseinheit des Verbundes folgende Aufgaben: Projektmanagement, Leitung und Koordinierung des Modellverbunds, allgemeine Administration, Finanz- und Projektcontrolling, Erarbeitung von Standards, Qualitätsmanagement, Dokumentation, interne Evaluation, Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit. Außerdem gehört zu unseren Aufgaben der Aufbau von stabilen Kooperationsbeziehungen zu anderen Anbietern von Beratungs- und Informationsangeboten (Krankenkassen, Leistungserbringer, kommunale Einrichtungen, Selbsthilfe usw.), und in diesem Zusammenhang sind wir auch interessiert an einer Kooperation mit den unabhängigen Beschwerdestellen in der Psychiatrie.

### Regionale Beratungsstellen

Die eigentliche Beratungsarbeit wird von 66 Beraterinnen und Beratern gemacht; vor Ort und an dem bundesweiten Beratungstelefon. Mit den vorhandenen finanziellen Mitteln konnten 22 Beratungsstellen eingerichtet werden, die mit je drei teilzeitbeschäftigten Experten für unsere drei Kernkompetenzfelder Gesundheit, Zivil- und Sozialrecht und Psychosoziales besetzt sind.

Es gibt regionale Beratungsstellen in Berlin, Bielefeld, Bremen, Erfurt, Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kiel, Köln, Landshut, Leipzig, Ludwigshafen, Magdeburg, München, Nürnberg, Potsdam, Rostock, Saarbrücken, Stuttgart und Witten.

Adressen, Anfahrtsweg und Öffnungszeiten dieser barrierefrei zugänglichen regionalen Beratungsstellen finden Sie auf unserer Internet- Seite unter [www.upd-online.de](http://www.upd-online.de) oder über das Beratungstelefon. Das bundesweite Beratungstelefon hat die Nummer: 01803-11 77 22 (Montag bis Freitag 10 -18 Uhr, 9 ct/min aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus Mobilfunknetzen).

## **3. Die Beratung**

### Beratung in einer regionalen Beratungsstelle oder am Beratungstelefon

Die UPD bietet ein niedrighschwelliges und kostenfreies Beratungsangebot an, das sich auch an Menschen richtet, die nicht in Deutschland aufgewachsen sind.

Die Aufgaben der 22 regionalen Beratungsstellen sind eine regionale Wegweiserfunktion, die Versorgung der Klienten mit allgemeiner Basisinformation und Basisberatung, und Einzelfallhilfe unter Berücksichtigung regionaler Kooperationsbeziehungen.

Die Beratungsstellen werden von Menschen aufgesucht, die entweder vor, während oder nach einer Behandlung Klärungsbedarf haben. Ebenso kommen BürgerInnen, Versicherte und auch nicht Versicherte, Kranke und Gesunde, die sich über ihre Rechte als Patienten informieren wollten oder sich im Gesundheitswesen nicht zurecht finden. Die UPD- Beraterinnen und Berater bieten neutrale Informationen sowie nützliche Hinweise zu den Angeboten und zuständigen Stellen der Gesundheitsversorgung in der Region.

Seit Bestehen Ende 2006 haben wir über 50.000 Beratungen durchgeführt.

Ich möchte Ihnen ein paar Beispiele geben zu den Themen, die wir beraten:

**Adressen/Verbraucherinfos/Produkte**

„Lotse durch das Gesundheitswesen“; Suche nach regionalen und indikationsspezifischen Angeboten, Verweisinformationen (Verweis an zuständige Stellen), Suche nach Ärzten, Heilpraktikern, Pflegediensten, Selbsthilfe, Rechtsanwälten, Leistungserbringern etc.

**Leistungen der Kostenträger**

Generelle Infos, Gesundheitsreform und weitere Neuregelungen, Reha, Durchsetzung von Ansprüchen, Gutachten, Kassenwechsel, gesetzliche versus private Krankenkassen, Rückkehr in eine gesetzliche Krankenkasse

**Medizinische Aspekte**

Symptome und Krankheitsbilder, Therapien, Diagnostische Verfahren, zahnärztliche Heil- und Kostenpläne, allgemeine Information zu Behandlungsmöglichkeiten, Fragen nach Impfungen (zurzeit besonders HPV) etc.

**Rechtliche Themen**

Patientenrechte, Einsicht in Patientenunterlagen, Patientenverfügung, gesetzliche Neuregelungen, Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht, Krankengeld, Hilfsmittel etc.

**Behandlungsfehler**

Verhalten, welche Schritte bei Beschwerden gegen Leistungserbringer, Ansprüche etc.

**Psychosoziale Aspekte**

Förderung der persönlichen Stärken, Überforderung bei der Pflege etc.

**Finanzielle Aspekte**

Kostenübernahme, Kostenerstattung, Genehmigung von Reha- Maßnahmen, Arztrechnungen und Zuzahlungen, IGeL-Leistungen etc.

Aufgrund dieser Anfragen-Struktur besetzen wir jede Beratungsstelle personell mit je einer ausgebildeten und beratungserfahrenen Person für die drei Themenbereiche Gesundheitsfragen, zivilrechtliche bzw. sozialrechtliche Fragen und psychosoziale Fragen.

Modellhafte Erprobung zielgruppenspezifischer Ansprache

Neben der allgemeinen Beratung in den 22 regionalen Beratungsstellen und am bundesweiten Beratungstelefon werden im Verbund darüber hinaus spezielle Fragestellungen zu besonderen Aspekten der Arbeit der regionalen Beratungsstellen erprobt, z.B. dem Umgang mit bestimmten Zielgruppen.

Viele Ratsuchende sind in Bezug auf ihren Sozialstatus (Armut, Bildung, Arbeitslosigkeit, Alter, Sprachkenntnisse, kulturelle Barrieren) benachteiligt und benötigen eine spezielle Ansprache. Etwa 40% unserer Ratsuchenden hat einen Hauptschul- oder keinen Schul-Abschluss. In unseren Teilprojekten beschäftigen wir uns daher mit der speziellen Beratung für Migrantinnen und Migranten (in zwei Beratungsstellen beraten wir auch auf türkisch), für Kinder, Jugendliche und deren Eltern, für Ältere und für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger/innen.

Überregionale Beratungsangebote

Der Modellverbund greift auch verschiedene Aspekte der krankheits- bzw. themenspezifischen Information und Beratung auf, begrenzt sich aber auf einige modellhafte bundesweite Angebote. Diese bundesweiten Beratungsangebote dienen sowohl den Ratsuchenden direkt als auch den Beratungskräften, indem sie direkt

oder aufbereitet über die Bundesgeschäftsstelle den Beraterinnen und Beratern Fachinformation zur Verfügung stellen und sie weiterbilden.

Die Aufgaben und Funktion der überregionalen Beratungsangebote sind die Beratung und Information zur ausgewählten Erkrankungen (themenspezifische Beratung), die Bündelung und patientengerechte Gestaltung von Fachinformationen und die überregionale Wegweiserfunktion

In 5 überregionalen Beratungsstellen wird zu indikationsspezifischen Themen gearbeitet:

- Allergie, Umwelt und Gesundheit ([www.allum.de](http://www.allum.de))
- Beratung zu Essstörungen ([www.ab-server.de](http://www.ab-server.de))
- Krebsinformationsdienst ([www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de))
- Unabhängige Arzneimittelberatung ([www.arzneimittelberatungsdienst.de](http://www.arzneimittelberatungsdienst.de))
- Zahnmedizin ([www.zahnaeztliche-patientenberatung.de](http://www.zahnaeztliche-patientenberatung.de))

Wir planen, in Zukunft auch das Thema „psychische Erkrankungen“ mit aufzunehmen, und würden uns in diesem Zusammenhang über nützliche Kooperationen freuen.

#### **4. Ausblick**

Lassen Sie uns untersuchen, an welchen Standorten auf regionaler Ebene die Zusammenarbeit zwischen einer Unabhängigen Beschwerdestellen und einer regionalen UPD- Beratungsstelle schon gut funktioniert und voneinander lernen, was wir gegenseitig noch brauchen.

Wie können wir in nützlicher Form gegenseitig aufeinander verweisen?

Auf Bundesebene sind wir in einem ersten Schritt interessiert an Ihrer Expertise und an Schulungen zu dem Thema Psychiatrie.

Auf jeden Fall möchten wir gerne mit Ihnen im Gespräch bleiben.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen noch einen sehr erfolgreichen Workshop.



## Die Kooperation zwischen Verbraucherzentrale(n) und unabhängigen Psychiatrie-Beschwerdestelle(n)

Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg

Die eingeklammerten »n« in der Überschrift bedeuten, dass ich zunächst nur für die Hamburger Verbraucherzentrale sprechen kann. Anderswo müssten solche Kooperationen möglicherweise erst aufgebaut werden.

Zuerst will ich Ihnen darstellen, wie sich in Deutschland eine spezifische, unabhängige, krankheitsübergreifende Patientenunterstützung entwickelt hat. Dann erst gehe ich auf unsere Kooperation mit der Beschwerdestelle ein.

### Die Entwicklung einer spezifischen, unabhängigen und krankheitsübergreifenden Patientenunterstützung

Mit *spezifisch* meine ich, dass eine Einrichtung ausschließlich oder weit überwiegend dazu geschaffen wurde, Patienten zu unterstützen. Einrichtungen, auf die das nicht zutrifft, würde ich *unspezifisch* nennen, zum Beispiel Ärztekammern oder Krankenkassen, die gewiss auch häufig Patienten unterstützen – allerdings besteht bei ihnen immer die Gefahr, dass diese Nebenaufgabe durch ihre Eigeninteressen beeinflusst wird, die aus ihrer Hauptaufgabe folgen, bei den Ärztekammern zum Beispiel die Förderung berufsständischer Interessen.

*Unabhängig* ist eine Einrichtung, wenn sie sich ausschließlich den Patienteninteressen verpflichtet und Fremdinteressen von Leistungserbringern und Kostenträgern, wie etwa die eben genannten von Ärzteverbänden oder Krankenkassen, keine Rolle spielen. Unabhängigkeit hat jedoch noch einen weiteren Aspekt: die Mitarbeitenden einer Einrichtung sollten möglichst weitgehend unabhängig arbeiten können von Eigeninteressen, etwa ihren Job zu behalten. Auch davon sollen die Patienten freigehalten werden. Das geht nur, wenn eine Einrichtung der Patientenunterstützung finanziell und personell gut und nachhaltig ausgestattet ist..

Ich spreche hier nur von *krankheitsübergreifender* Patientenunterstützung. Daneben gibt es ja auch die auf einzelne Krankheiten oder Krankheitsgruppen bezogene Unterstützung und vor allem die Selbsthilfe der Betroffenen. Für einzelne Krankheiten finden sich sehr viel leichter Selbsthilfegruppen oder Initiativen zusammen als für krankheitsübergreifende Probleme des Patientseins als solches. Dort sind betroffenenorientierte Unterstützungsangebote besonders wichtig.

Und was meine ich mit *Patientenunterstützung*? Sie besteht aus individueller und systemischer Arbeit, dazu gleich mehr.

Die spezifische, unabhängige und krankheitsübergreifende Patientenunterstützung ist in Deutschland noch keine 40 Jahre alt:

- ▶ Mitte der 70er Jahre wurde sie sozusagen eröffnet durch *Patientenverbände*, die heute keine oder nur noch eine zweifelhafte Rolle spielen.
- ▶ Ende der 70er und in den 80er Jahren erlebte sie eine erste Blüte bei den Gesundheitsläden und *Patientenstellen*, deren Wurzeln aus Zürich und Berlin 1980 beim ersten großen Gesundheitstag zusammenfanden.
- ▶ Ende der 80er und in den 90er Jahren nahmen sich dann auch *Verbraucherzentralen* des Themas an, angestoßen durch einen großen

Medizinskandal in Hamburg, in dessen Folge das Parlament den Auftrag zur Gründung einer Patientenberatungsstelle gab.

- ▶ Ebenfalls seit Anfang der 80er Jahre entwickelten sich verschiedene selbstorganisierte Patienteninitiativen – wieder spreche ich hier nur von krankheitsübergreifenden oder behandlungsfehlerbezogenen Initiativen und lasse die vielen auf Krankheiten oder Krankheitsgruppen gerichteten Selbsthilfegruppen beiseite. Zu nennen wären etwa der *Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe (AKG)* und ihre spätere Abspaltung *Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschiedigter (BIG)*, die *Patienteninitiative Hamburg* oder die *Notgemeinschaften Medizingeschädigter*, die sich teilweise heute unter dem Namen *Deutscher Patientenschutzbund* organisieren.
- ▶ Und die letzte Pflanze in diesem Garten ist die *Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)* mit ihren Vorläufern seit dem Jahrtausendwechsel.

Gerade bei der UPD wird jedoch deutlich, dass nicht alle Unterstützungsstellen das gleiche Leistungsspektrum anbieten. Nun muss ich beschreiben, was ich mit *Patientenunterstützung* meine.

### **Patientenunterstützung: die Verbindung von Einzelfallhilfe und systemischem Verbraucherschutz im Gesundheitswesen**

Der Auftrag, den die Hamburgische Bürgerschaft (das Parlament) 1986 erteilt hat, enthält sinngemäß schon das ganze Spektrum einer umfassenden Patientenunterstützung. Wir sollen

- ▶ individuellen Notlagen mit den Mitteln der Rechts- und Sozialberatung abhelfen,
- ▶ Missstände, Beschwerdebüchungen, Anzeichen für Qualitätsmängel, Behandlungsfehler, Skandale frühzeitig *erkennen* und weiterer Aufklärung zuleiten,
- ▶ und schließlich präventiv zur Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und zur *Verhinderung* weiterer Mängel und Missstände beitragen.

Knapp gefasst, heißt das: *beraten, erkennen, verhindern*. Jede Ratsuchende liefert Hinweise auf mögliche Mängel und Missstände, die nicht nur diese eine Person betreffen, sondern möglicherweise hunderte oder tausende weitere. Solche Mängel müssen abgestellt werden, denn es wäre nicht nur ineffektiv, alle ebenfalls Betroffenen immer wieder auch nur individuell zu beraten, man erwischt ja gar nie alle, auf die sich ein Missstand auswirkt.

Bemerkenswert ist, dass das Hamburger Parlament eine Patientenberatungsstelle als »Gegenpol zu den Standesorganisationen der Ärzte« zu gründen empfahl, denn damals hatte sich die Ärztekammer bei der Aufklärung des großen Medizinskandals eher als Hindernis entpuppt.

Beraten – erkennen – verhindern. Das sind drei Aufgaben, für die wir ganz unterschiedliche Instrumentenkoffer brauchen. Auf der individuellen Ebene brauchen wir Gesprächs- und Beratungskompetenz; zum Erkennen brauchen wir den analytischen Blick und Werkzeuge zur Sammlung und Aufbereitung von Informationen; und das Verhindern ist das Schwierigste, denn da müssen wir zum Teil über den Rahmen der vorhandenen Gesetze und Regeln hinaus denken und handeln.

Das *Beraten* können Sie sich sicher am besten vorstellen, viele von Ihnen kennen es. Das *Erkennen* von Missständen ist vielen von Ihnen auch geläufig, schließlich sprechen wir über Beschwerdestellen, und Beschwerden beziehen sich meistens auf Missstände und Mängel. Aber das *Verhindern*, Verändern, Abstellen von

Misständen, wie soll das gehen? Und zwar nicht nur als Lösung individueller Probleme, sondern auf der gesellschaftlichen Ebene...

Systemischer Patientenschutz beginnt immer mit der Auswertung der Informationen aus Individualkontakten hinsichtlich erkennbarer Systemmängel, übergreifender Probleme, Qualitätsmängel und Defizite. Dann jedoch gibt es zwei Möglichkeiten:

- ▶ Falls rechtliche Abhilfemöglichkeiten bestehen, folgen Planung und Einsatz der verfügbaren rechtlichen Mittel, zu denen wir als Verbraucherzentralen berechtigt sind (z.B. Verbandsklagen oder Abmahnungen).
- ▶ Sind jedoch keine rechtlichen Abhilfemöglichkeiten in Sicht, müssen zuerst notwendige Veränderungsimpulse erfunden und formuliert und dann entsprechende Maßnahmen eingeleitet und gezielte Aktionen gegenüber Politik und Öffentlichkeit lanciert werden.

So abstrakt ist das sicher schwer verständlich. Daher gebe ich Ihnen ein paar Beispiele aus unserer Arbeit der letzten 20 Jahre:

- ▶ Schon in den 90er Jahren hatten wir einen *Privatärztlichen Notdienst* im Visier, der gesetzlich krankenversicherte Patienten systematisch um jeweils mehrere hundert D-Mark erleichterte. Er schrieb ihnen eine Privatrechnung und meinte, die könnten sie bei ihrer Krankenkasse einreichen – die Krankenkassen jedoch bezahlten diese Rechnungen nicht, weil der Notdienst nur für Privatpatienten abrechnen konnte. Sieben Jahre lang warnten wir regelmäßig vor diesem betrügerischen Unternehmen – und erst als die Staatsanwaltschaft mehr als 8.000 Anzeigen gegen dieses gesammelt hatte, geschah endlich etwas. Der Geschäftsführer kam in den Knast. Dass es so lange gedauert hatte, ihm das Handwerk zu legen, zeigt, wie langwierig und schwierig der systemische Verbraucherschutz sein kann. (In diesem Fall könnte auch eine Rolle gespielt haben, dass der Geschäftsführer dieses Notdienstes der Sohn eines früheren Ärztekammerpräsidenten und Senators war...).
- ▶ *Ärzte ohne Haftpflichtversicherung*: Wir kennen mehrere Patienten, die vor Gericht gegen einen Arzt erfolgreich Schadensersatz und Schmerzensgeld erstritten haben, jedoch keinen Pfennig davon sehen, weil der Arzt pleite ist – und ihn seine Berufshaftpflichtversicherung rausgeworfen hat. Die Patienten müssen in solchen Fällen sogar noch Gerichts- und Anwaltskosten bezahlen, obwohl ihnen das Gericht voll Recht gegeben hat. Leider sind wir in diesen Fällen noch nicht so weit gekommen, wie wir gerne wären, die Sachen laufen noch. Unser Ziel ist, eine gesetzliche Verpflichtung der Ärzte zu erreichen, wie es sie für andere freie Berufe längst gibt, die auch eine Meldepflicht bei Verlust der Haftpflichtversicherung enthält, sowie die Sicherheit, dass ihnen in solchen Fällen sofort die Approbation entzogen wird.
- ▶ *Menschen ohne Krankenversicherung*: Noch vor einem Jahr wurde geschätzt, dass mehrere 100.000 Menschen in Deutschland ohne Krankenversicherung sind. Die letzte Gesundheitsreform hat diesem Missstand abgeholfen, indem sie zum 1.4.2007 eine Versicherungspflicht einführte, die ab 1.1.2009 für alle Bürger gilt. Daran haben wir mitgewirkt, indem wir regelmäßig Berichte über Menschen veröffentlichten, die ohne ihr Zutun aus der Krankenversicherung herausgefallen waren.
- ▶ Individuelle Härten als *Folge von Gesundheitsreformen*: Da wäre vieles zu nennen, ich nehme nur ein Beispiel, die Krankenkassenwahl für Spätaussiedler durch das Arbeitsamt. Seit 1996 kann so gut wie Jeder seine Krankenkasse frei wählen. Wer auf die eigene Wahl verzichtet, wird vom Arbeitgeber einer Kasse zugewiesen.

Oder vom Arbeitsamt, wenn es sich um erwerbslose Personen handelt. Auch das Arbeitsamt hat das Recht, für sein Klientel die preiswerteste Kasse auszuwählen. Wenn aber für frisch eingereiste Russlanddeutsche, die noch kein Wort Deutsch gelernt haben, eine Kasse gewählt wird, die in Düsseldorf sitzt und keine einzige Geschäftsstelle hat, die außerdem, weil sie die billigste ist, so überlaufen ist, dass sie mit dem Drucken von Versichertenkarten nicht hinterher kommt, dann haben die Menschen ein Problem. Wir mussten dem Arbeitsamt klar machen, dass diese Menschen keine Ärzte finden, wenn sie keine Versichertenkarten haben und unsere Sprache nicht sprechen, und dass das fahrlässig ist. Das Amt hatte ein Einsehen und versicherte die Aussiedler nun bei der zweitbilligsten Kasse, die immerhin in Hamburg eine Filiale hatte. Nun kamen 16-köpfige Familien, die nur Rumänisch oder Russisch sprachen, in die kleine Geschäftsstelle und die armen Mitarbeiter der Krankenkasse wussten nicht mit ihnen umzugehen. Inzwischen hat sich das Problem gelöst, wahrscheinlich verteilt das Arbeitsamt jetzt seine Neubürger auf verschiedene Kassen.

- ▶ *Abmahnung einer Krankenkasse wegen unerlaubter Telefonwerbung*: Eine große Ersatzkasse hatte sich telefonisch an Abiturienten gewandt, denn die sind die lukrativsten Versicherten, sie kosten nichts, weil sie gesund sind, zahlen aber viel ein, sobald sie berufstätig werden. Es ist jedoch nicht erlaubt, Menschen einfach anzurufen, ohne bereits eine Geschäftsbeziehung mit ihnen zu haben. Das wollte die Kasse nicht einsehen, sie meinte, das Wettbewerbsrecht gelte für sie gar nicht, nur das Sozialrecht. Nun mussten wir zuerst durch alle Instanzen durchsetzen, dass das Wettbewerbsrecht auch für die Werbung von Krankenkassen gilt, und dann wiederum durch alle Instanzen, dass diese Werbemaßnahme ungesetzlich war. Beides haben wir gewonnen, die Krankenkasse haben wir seitdem aber nicht auf unserer Seite...
- ▶ *Studie zu Erfahrungen mit der norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen*: Die Ärztekammern haben zusammen mit den Haftpflichtversicherungen der Ärzte in jedem Bundesland Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen errichtet. Damit wollen sie Ärzte aus gerichtlichen Auseinandersetzungen heraushalten und Streitigkeiten außerhalb der Öffentlichkeit beilegen. Wir meinten schon vor zehn Jahren, es sei nicht gut, wenn von zwei, die sich streiten, der Stärkere durch seinen Berufsverband die Schlichtung des Streits erledigen lässt. Unterfüttert mit einer Menge »Beweismaterial« schrieben wir eine Studie und schlugen vor, Schlichtungseinrichtungen paritätisch zu besetzen, etwa mit Ärzten, Patienten, Krankenkassen und Behörden. Die Studie sorgte für Wirbel bei denen, die wir attackierten, geändert hat sich bisher jedoch wenig. Allenfalls ist das Bewusstsein für die Einseitigkeit dieser Stellen noch nicht ganz hinter der blankgeputzten Fassade des Selbstbewusstseins der ärztlichen Standesfunktionäre untergegangen.
- ▶ Gegenwärtig beschäftigen wir uns mit der *Satzung eines Patientenverbands*, die wir für moralisch unsauber halten. Leider ist ihr rechtlich nicht beizukommen, so dass wir eine schwierige Auseinandersetzung vor uns haben. Der Verband diffamiert uns als Konkurrenten und versucht uns gerichtlich, die Warnung vor ihm zu verbieten.

### **Kooperation von Patientenberatung und systemischem Patientenschutz**

Nachdem der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) von ihren Geldgebern, den Krankenkassen, ausdrücklich untersagt wurde, sich jenseits der individuellen Information und Beratung für die Interessen von Patienten einzusetzen, muss das mindestens ebenso wichtige Feld des systemischen Patientenschutzes

von den anderen unabhängigen (oder noch unabhängigeren) Einrichtungen des Patientenschutzes aufgegriffen werden. Wir tun das durch einen Kooperationsvertrag mit der UPD Hamburg. Darin sind die jeweiligen Tätigkeitsschwerpunkte geregelt: Die Arbeitsschwerpunkte der UPD Hamburg sind

- ▶ regionale Wegweiserfunktion,
- ▶ Allgemeine Basisinformation und Basisberatung
- ▶ Beratung zu medizinischen und psychosozialen Fragen
- ▶ Einzelfallhilfe (nur als »Sonderleistung«).

Die Arbeitsschwerpunkte der Verbraucherzentrale:

- ▶ juristische Beratung und Rechtsbesorgung (das ist außergerichtliche Vertretung mit Vollmacht, z.B. gegenüber Leistungserbringern, Kostenträgern, Behörden usw.),
- ▶ Unterstützung bei Fragen und Problemen zu Krankenkassen und -versicherungen,
- ▶ Beratung bei Fragen und Behandlungsfehlern in der Psychotherapie,
- ▶ und natürlich als Hauptaufgabe systemischer Verbraucherschutz.

Eine solche gegenseitige Ergänzung wäre an allen Orten notwendig, wo eine Beratungsstelle nur die eine Hälfte der Patientenunterstützung leistet, die individuelle Unterstützung, und für die systemische Arbeit keinen Auftrag, keine Zeit oder keine Mittel hat.

### **Wer soll das bezahlen?**

Ich halte es für richtig, dass die Krankenkassen die Patientenberatung bezahlen – und zwar nicht nur die oberflächliche allgemeine Basisberatung, sondern auch die Einzelfallhilfe, die rechtliche Beratung und sogar die Rechtsbesorgung. Denn das alles ist doch Teil und Folge der Behandlung durch Ärzte, Krankenhäuser oder andere Dienstleister. Beratung gehört zur Behandlung wie Diagnose und Nachsorge. Hier bin ich also für eine Erweiterung des Auftrags der UPD.

Den anderen Teil jedoch, den ich *systemischen Patientenschutz* genannt habe, sollte der Staat übernehmen. Er hat die Aufgabe, sicherzustellen, dass die gesundheitliche Versorgung frei von Mängeln und Missständen ist. Das ist eine politische Aufgabe. Und dabei können wir ihm helfen, weil wir durch die Beratung als »Wahrnehmungsorgan« und vor allem auch durch unsere Unabhängigkeit im Vorteil sind. Was wir nicht können, ist bestrafen und Änderungen erzwingen. Das kann aber wiederum der Staat mit seinen diversen Organen. Und die Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften.

Für die Zukunft zeichnet sich also ein zweigleisiges System der Patientenunterstützung ab: auf der einen Seite Beratungsstellen, die ihre Erkenntnisse unmittelbar einfließen lassen in die »zweite Seite der Medaille«, wo – in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit der Politik, aber sicher auch gelegentlich mit der Polizei oder den Gerichten – Missstände beseitigt werden.

### **Die Unterstützung der Unabhängigen Beschwerdestelle Hamburg**

Nun komme ich endlich zum Thema: Wie haben wir in Hamburg unsere Psychiatrie-Beschwerdestelle unterstützt? Wir haben den ehrenamtlichen Mitarbeitern eine Schulung angeboten, die an drei Vormittagen drei große Themen behandelte:

- ▶ *Persönlichkeitsbildung*: Dazu gehört, schon in der Schulung eine »Mediationsatmosphäre« entstehen zu lassen, wie sie später in Beschwerdegesprächen herrschen sollte. Da wurde gefragt, welche Fähigkeiten, Talente, Eigenschaften und Erfahrungen für die Beschwerdearbeit erforderlich

wären, welche bereits vorhanden sind, welche noch fehlen und wie die erworben werden könnten. Und schließlich gehörte auch dazu, die Frage nach der Identität als Beschwerdebearbeitende zu stellen, denn das ist ja noch kein etabliertes Berufsbild und die Mitarbeiter brauchen eine Selbstvergewisserung.

- ▶ **Patientenrechte:** Hier geht es sowohl um allgemeine Rechte (z.B. Einsicht in die Krankenunterlagen) und ihre spezielle Ausprägung in der Psychiatrie, um »Kunstfehler« in Psychiatrie und Psychotherapie, um die großen Themen Betreuungsrecht und Patientenverfügung als auch um ganz spezielle psychiatrische Beschwerdegründe (Psychopharmaka, Fixierung).
- ▶ **Instrumente für die Beschwerdestellen-Arbeit:** Dazu gehören Regeln der professionellen Kommunikation wie etwa die »Vier-Ohren«-Theorie (jede Nachricht hat vier Aspekte, die gleichzeitig ausgetauscht werden), aber auch ganz praktische Aspekte, etwa wie Beschwerden dokumentiert werden sollten.

Ein noch etwas ausführlicheres Schulungsprogramm haben wir für die Beschwerdebeauftragten der Hamburger Krankenhäuser entwickelt (drei volle Tage mit nachfolgenden halbjährlichen Auffrischungs- und »Supervisions«-Tagen). Dies ist insofern interessant, als sich die Hamburger Krankenhäuser freiwillig in einer »Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden« verpflichtet haben, sechs Kriterien einzuhalten. Das könnte auch für andere, etwa externe unabhängige Beschwerdestellen Richtschnur sein:

»**1. Zugänglichkeit:** Wir weisen in geeigneter Form (Aufnahmepapiere, Flyer etc.) auf die Beschwerdemöglichkeiten hin und stellen sicher, dass Patientinnen und Patienten sich jederzeit telefonisch und/oder schriftlich beschweren können. Hierfür werden die Telefonnummer sowie die Platzierung eines „Kummerkastens“ bekannt gegeben. Für persönliche Beschwerden wird über die Sprechzeiten der Beschwerdestelle informiert.

**2. Zügige Bearbeitung:** Wir bemühen uns, auf eine Beschwerde zeitnah (möglichst an dem auf die Beschwerde folgenden Werktag) zu reagieren, d.h. eine erste Rückmeldung über den Eingang der Beschwerde sowie über weitere Bearbeitungsschritte ergeht an den/ die Beschwerdeführer/in. Bei längerer Bearbeitungszeit geben wir eine Zwischennachricht. Dabei hängt die Zeit bis zur abschließenden Bearbeitung von der Art der Beschwerde ab.

**3. Unabhängigkeit:** Wir schaffen Voraussetzungen dafür, dass die Personen, die Beschwerden entgegennehmen, weitgehend unabhängig arbeiten können, indem

- ▶ von außen kommende Personen (Patientenfürsprecher, Patientenvertrauenspersonen, Ombudsleute etc.) mit der Beschwerdeentgegennahme und -bearbeitung beauftragt oder
- ▶ für die im Beschwerdemanagement arbeitenden Mitarbeiter/innen klare Richtlinien für die Beschwerdebearbeitung aufgestellt und diese nach innen und außen transparent gemacht werden.

Wir ermöglichen den mit der Beschwerde-entgegennahme und -bearbeitung beauftragten Personen die Teilnahme an entsprechenden Schulungen.

**4. Transparenz:** Wir stellen Transparenz her über

- ▶ die Funktion der mit der Beschwerdeentgegennahme und -bearbeitung beauftragten Personen
- ▶ die Art der Beschwerdebearbeitung (Beschwerdewege, Stadium der Beschwerdebearbeitung)

gegenüber dem/der Beschwerdeführer/in über

- ▶ das Ergebnis der Beschwerdebearbeitung (z.B. hat sich der Vorwurf bestätigt)
- ▶ die Wirkung der Beschwerde (z.B. wurde der Fehler behoben, ist jemand zur Rechenschaft gezogen worden, sind qualitative Veränderungen vorgenommen worden oder ist dieses geplant).

Wir veröffentlichen einen jährlichen Bericht über die Tätigkeiten der Beschwerdestelle, in dem ergebnisorientiert der Umgang mit Beschwerden dargestellt wird.

**5. Verantwortung:** Die Pflichten und Befugnisse von Personen, die mit der Beschwerdeentgegennahme und Beschwerdebearbeitung beauftragt sind, sind klar definiert, schriftlich fixiert und in einer Vereinbarung geregelt.

**6. Unternehmenskultur:** Wir streben an, die Beschwerdekultur in unserem Haus laufend zu optimieren (z.B. Leitbild, Schulungen).

Auf einem ganz anderen Blatt steht, ob und wie die Hamburger Krankenhäuser diese Kriterien erfüllen und umsetzen. Ich wollte sie Ihnen hier nur als Anregung vorstellen, vielleicht fließt etwas in Ihre Vorschläge ein. Letztlich müssen Sie natürlich die Kriterien für die Arbeit der Psychiatrie-Beschwerdestellen selbst bestimmen.

Hoffentlich konnte ich Ihnen ein paar Anregungen mit auf den Weg geben!

## **Vorstellung der Fortbildung**

### **„Beschwerdemanagement für Mitarbeiter**

### **unabhängiger Beschwerdemöglichkeiten in der Psychiatrie“**

Richard Suhre und Gudrun Uebele (beide DGSP)

Nach dem Motto: „Nur wer ausreichende Kenntnisse besitzt, kann sich selbstbewusst für die Rechte anderer einsetzen“ bietet die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie für aktuell tätige oder zukünftige Mitarbeiter unabhängiger Beschwerdemöglichkeiten in der Psychiatrie einen Qualifizierungskurs zur Erlangung von Basis-Wissen an. Der Kurs dauert 15 Monate und ist durch die finanzielle Unterstützung der Heidehof-Stiftung besonders kostengünstig (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Bürgerhelfer = 300 Euro, Profis = 600 Euro, incl. Unterkunft und Verpflegung). Er gliedert sich in 6 Module, die ein- oder zweitägig am Wochenende stattfinden. Beginn ist am 6. Juni 2008. Ein Zertifikat, das den Teilnehmern am Ende des Kurses ausgehändigt wird, weist die Qualifikation für die Arbeit in unabhängigen Beschwerdestellen nach.

Die Themen und Inhalte der Fortbildung wurden in ihren Grundzügen beim ersten Workshop des Projekts zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen 2006 in einer Arbeitsgruppe erarbeitet und in den folgenden Monaten gemeinsam mit dem Projektbeirat vertieft. Sie bietet Basiswissen für die, die sich in die Materie erst einarbeiten müssen und grundsätzliche Orientierung für die, die sich unsicher in ihrer Arbeit sind. Die Fortbildung bietet ebenfalls die Möglichkeit des Austauschs und der Vernetzung von Beschwerdemöglichkeiten aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands.

Die Fortbildung versteht sich als dialogisches Angebot und spricht Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Bürgerhelfer und Profis an. Die Zusammensetzung der Referenten spiegelt den dialogischen Anspruch der Fortbildung wieder.

#### **Modul 1: 6. bis 7. Juni 2008**

Zeit: Freitag 14<sup>00</sup> Uhr bis Samstag  
17<sup>00</sup> Uhr.

Thema: Aufbau und Selbstverständnis von unabhängigen Beschwerdestellen  
Referentinnen: Dagmar Barteld-Paczkowski, Gudrun Schliebener,

#### **Modul 2: 13. September 2008**

Zeit: 10<sup>00</sup> Uhr bis 17<sup>00</sup> Uhr

Thema: Öffentlichkeitsarbeit, Lobbyarbeit

Referentinnen: Beate Lisofsky, Kerstin Riemenschneider

#### **Modul 3: 5. und 6. Dezember 2008**

Zeit: Freitag 14<sup>00</sup> Uhr bis Samstag  
17<sup>00</sup> Uhr.

Thema: Gesprächs- und Verhandlungsführung, Konfliktlösungsmöglichkeiten  
Referentinnen: Michaela Hoffmann, Renate Schernus

#### **Modul 4: 13. und 14. März 2009**

Zeit: Freitag 14<sup>00</sup> Uhr bis Samstag



17<sup>00</sup> Uhr.

Thema: Krankheitsbilder, Behandlungskonzepte

Referenten: Dr. Peter Bastiaan, Nils Greve, Peter Weinmann

**Modul 5: 20. Juni 2009**

Zeit: 10<sup>00</sup> Uhr bis 17<sup>00</sup> Uhr

Thema: Rechtsgrundlagen

Referent: Dr. Rolf Marschner

**Modul 6: 11. und 12. September 2009**

Zeit: Freitag 14<sup>00</sup> Uhr bis Samstag

17<sup>00</sup> Uhr.

Thema: Psychiatrische Versorgungsstrukturen, psychosoziale Strukturen und Selbsthilfe

Referentinnen: Doris Steenken, Dr. Christa Widmaier-Berthold

Die Teilnehmer des Abschluss-Workshops hatten Gelegenheit, Wünsche zum Inhalt der einzelnen Module auf Postern zu notieren. Diese fließen in die Fortbildung ein.

## **Abschluss der Veranstaltung und des Projekts**

### **Abstimmung von Forderungen zur Förderung und Unterstützung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie durch Politik und andere maßgebliche Stellen:**

Die folgenden Forderungen wurden auf dem Abschluss-Workshop des Projekts mit allen Teilnehmern in Form eines World-Cafés diskutiert und unter Beteiligung aller anwesenden Verbände einstimmig angenommen. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie wird diese Forderungen an alle Entscheidungsträger verschicken, die ein Interesse an der Arbeit unabhängiger Beschwerdestellen insbesondere unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung im Bereich Psychiatrie haben.

1. Unabhängige Beschwerdestellen werden im FGG und im BGB gesetzlich verankert. In jedem Bundesland werden die unabhängigen Beschwerdestellen für Psychiatrie im jeweiligen Psychiatriegesetz verankert.
2. Unabhängige Beschwerdestellen haben das Recht und die Pflicht strukturelle Mängel, die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit bekannt werden, öffentlich zu machen. Aus der Mitarbeit in der unabhängigen Beschwerdestelle dürfen den Mitgliedern keine persönlichen Nachteile erwachsen.
3. Unabhängige Beschwerdestellen werden verantwortlich (mit Stimmrecht) in Gremien, z. B. Psychiatrie-Arbeitskreise oder Steuerungsgremien der Gemeindepsychiatrischen Verbände mit eingebunden. Damit ist auch die Verpflichtung der Beschwerdestellen zur öffentlichen Berichterstattung verbunden.
4. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter der unabhängigen Beschwerdestellen werden gleichgestellt mit Patientenvertretern in Gremien des Gemeinsamen Bundes-Ausschusses Ärzte und Krankenkassen (G-BA). Dies bedeutet unter anderem: Die ehrenamtlich arbeitenden Mitglieder erhalten eine pauschale Aufwandsentschädigung für ihre Tätigkeit, Verdienstaussfall wird ersetzt, Reisekosten werden erstattet und Fortbildung wird bezahlt.
5. Alle psychiatrischen Institutionen, rechtlichen Betreuer und niedergelassenen Fachärzte des Einzugsgebiets einer unabhängigen Beschwerdestelle sind verpflichtet, mit der Beschwerdestelle Kooperationsvereinbarungen abzuschließen. Hierin verpflichten sich diese, mit Anregungen und Kritik, die die unabhängige Beschwerdestelle aufgrund von an sie herangetragenen Beschwerden an sie richten, konstruktiv zu verfahren.
6. Unabhängige Beschwerdestellen sind grundsätzlich dialogisch mit Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell in der Psychiatrie Tätigen sowie Bürgerhelfern besetzt. Dialogisch bedeutet hierbei: Alle Beteiligten sind gleichberechtigt und bringen ihre eigenen Erfahrungen zum Thema auf gleicher Augenhöhe mit ein. Wo dies nicht gewährleistet werden kann, werden nicht

vertretene Gruppen bei Bedarf und im Einzelfall als Beiräte hinzugezogen. Unabhängige Beschwerdestellen sind über eine neutrale Institution mit einer ausreichenden Finanzierung auszustatten.

Grundsätzlich sollten insbesondere für psychiatrienerfahrene Mitglieder der Beschwerdestelle bezahlte Stellen eingerichtet werden, da diese häufiger ein niedriges Einkommen haben und so schlechtere Rahmenbedingungen für die Arbeit in der Beschwerdestelle haben als Mitglieder der anderen Beteiligengruppen.

7. Für die Koordinierung der Arbeit unabhängiger lokaler Beschwerdestellen, für die Bearbeitung der strukturellen und überregionalen Beschwerden sowie für die Organisation von Fortbildung der Mitglieder unabhängiger Beschwerdestellen und andere überregionale Aufgaben muss ein Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen eingerichtet werden. Dieses muss hauptamtlich geleitet werden.

Mindestens eine der Stellen wird durch eine Person mit Psychiatrie-Erfahrung besetzt.

Eine Finanzierung des Bundesnetzwerks unabhängiger Beschwerdestellen würde auch die Wertschätzung für die Arbeit der lokalen unabhängigen Beschwerdestellen widerspiegeln.

Peter Weinmann, Jurand Daszkowski, Doris Steenken, Gudrun Uebele bei der Vorstellung der Forderungen



## **Rückblick**

### **Bericht aus Fulda – von Jurand Daszkowski**

Am 22. und am 23. Februar 2008 fand in Fulda der Abschlussworkshop der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) unter dem Motto "Wehrt euch - beschwert euch" in Zusammenarbeit mit dem BPE, dem Bundesverband Angehöriger psychisch Kranker (BApK) und Dachverband Gemeindepsychiatrie statt.

Die Veranstaltung begann mit der Begrüßung durch den Vorstand der DGSP und Grußworte der Vertreter der Partnerverbände.

Danach folgten zwei Vorträge - von Jürgen Bombosch (Diakonisches Werk Rheinland) über unabhängige Beschwerdestellen als wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements in der Sozialpsychiatrie und von Matthias Rosemann (Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände) über unabhängige Beschwerdestellen als Bestandteil dieser Verbände.

Diese Vorträge haben meiner Meinung nach gezeigt, dass sich der Bereich des Beschwerdewesens, trotz der Bemühungen, die unabhängigen Beschwerdestellen fest in der psychiatrischen Landschaft zu verankern, noch am Anfang des Weges befindet.

Nach der Kaffeepause haben sich die Workshopteilnehmer in einzelne Arbeitsgruppen eingeteilt. Ich habe die Gruppe V "Was bringen Kooperationen für Beschwerdestellen" moderiert. In der kleinen Gruppe (außer mir noch 3 Teilnehmer/innen, die alle beabsichtigten, an ihrem Wohnort eine unabhängige Beschwerdestelle zu gründen) gab es einen lebhaften Austausch und Diskussion.

Es wurde dabei klar und deutlich, dass die unabhängigen Beschwerdestellen nicht nur in der Gründungsphase Kooperationspartner brauchen.

Es wurden auch eventuelle weitere Kooperationspartner vorgeschlagen, zum Beispiel Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, ARGE, Sozial- und Grundsicherungsämter.

Am nächsten Tag, nach den Grußworten der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Helga Kühn-Mengel (war persönlich nicht anwesend) und der Psychiatriereferentin des Landes Hessen, Frau Nöcker, haben sich die Workshopteilnehmer wieder zwei Vorträge angehört und über den Inhalt diskutiert.

Bei dem ersten Vortrag wurde von Astrid Burkhard die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) vorgestellt, die als Zusammenschluss vom Sozialverband VDK, Verbraucherzentrale Bundesverband, und Verbund unabhängige Patientenberatung Basisberatung im medizinischen, juristischen und sozialen Bereich durch qualifizierte hauptamtliche Mitarbeiter/innen anbietet.

Die UPD ist zur Zeit nicht für den psychiatrischen Bereich spezialisiert, möchte aber Psychiatrie zu einem späteren Zeitpunkt mit einschließen und es gibt Überlegungen, dass ehrenamtliche Mitarbeiter der unabhängigen Beschwerdestellen die Mitarbeiter der UPD im psychiatrischen und psychosozialen Bereich fortbilden (gegen Bezahlung).

Die UPD wurde von einigen Workshopteilnehmer eher kritisch betrachtet, als Institution, die im Unterschied zu unabhängigen Beschwerdestellen viel finanzielle Unterstützung bekommt und dafür nur begrenzte, in manchen Fällen nicht ausreichende, Basisberatung anbietet.

Diese kritischen Anmerkungen über die UPD wurden für mich auch hörbar beim nächsten Referat von Christoph Kranich über die Kooperation der Verbraucherzentrale mit unabhängigen Beschwerdestellen. Herr Kranich (Leiter der Gesundheitsabteilung der Hamburger Verbraucherzentrale) hat in seinem sehr interessanten und lebhaften Vortrag über die Kooperation der Verbraucherzentrale mit der unabhängigen Beschwerdestelle in Hamburg besonders in der Gründungszeit der Beschwerdestelle berichtet.

Bei seiner Ausführung wurde auch deutlich, dass die Basisberatung besonders bei Menschen, die sozial- und bildungsbenachteiligt sind und möglicherweise noch Verständigungsprobleme haben, überhaupt nicht ausreicht, sondern dass

weitergehende Hilfen, wie z.B. Beschwerdebearbeitung und Unterstützung bei juristischen Auseinandersetzungen notwendig sind.

Nach der Kaffeepause wurde an verschiedenen Tischen im Rahmen eines World-Cafés (Welt-Cafe) über die schon vorher vom Projektbeirat formulierten Forderungen zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie lebhaft diskutiert.

An einzelnen Tischen haben die Gastgeber (ich war auch einer) mit wechselnden Gruppen einzelne Forderungen diskutiert.

Ich habe die Diskussion um die Forderung 6 moderiert, in der es um die Gleichstellung der ehrenamtlichen Mitarbeiter der unabhängiger Beschwerdestellen mit offiziellen Patientenvertretern in Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses ging (Aufwandsentschädigung, Reisekostenerstattung, bezahlte Fortbildung, Entschädigung für Verdienstaussfall).

Die Mehrheit der Caféteilnehmer an meinem Tisch war dafür, einige fanden das zu wenig und haben bezahlte Stellen vergleichbar mit einer Sozialarbeitertätigkeit gefordert.

Nach dem World-Café wurden die einzelnen zum Teil leicht veränderten Forderungen im Plenum noch einmal vorgestellt und abgestimmt.

Alle Forderungen wurden befürwortet (sie sollen später an die psychiatriepolitischen Gremien weitergeleitet werden) außer einem Teil der Forderung 4, in dem vorgeschlagen wurde, dass unabhängige Beschwerdestellen mit rechtlichen Befugnissen und Sanktionsmöglichkeiten versehen werden. Ich habe das auch für die unabhängigen Beschwerdestellen in jetziger Form als ehrenamtliches Gremium als völlig unrealistisch gehalten.

Zum Abschluss hat Ruth Fricke (BPE-Vorstandsmitglied und Mitbegründerin und Sprecherin der unabhängigen Beschwerdestelle Herford) angeboten, dass die unabhängige Beschwerdestelle Herford im Jahre 2009 einen Fortbildungsworkshop organisieren und dazu alle unabhängigen Beschwerdestellen einladen wird. Dies soll der Anfang für ein Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen sein.

Am Ende haben sich die Workshopteilnehmer bei Frau Uebele -Leiterin des Projektes " Förderstelle der Beschwerdestellen in Deutschland", deren Arbeitsstelle zum 30.4 2008 ausläuft, für ihre bisherige Arbeit bedankt.

Ich finde auch, dass Frau Uebele sich schnell in diese Materie eingearbeitet hat, obwohl sie vorher nicht im Beschwerdewesen tätig war. Sie hat als Projektleiterin gute Arbeit geleistet und einige gute Ideen mit Hilfe des Beirats umgesetzt, wie zum Beispiel die Herausgabe der Ratgeber-Broschüre.

Insgesamt fand ich die Tagung gut und inhaltsreich. Sie hat aber auch die Grenzen und Probleme, mit welchen die Beschwerdestellen kämpfen müssen, aufgezeigt.

Wir hoffen, dass wir es durch unser gemeinsames Engagement auf Bundesebene schaffen, dass bald ein Netzwerk der unabhängigen Beschwerdestellen entsteht und dadurch auch die Befugnisse und Kompetenzen der einzelnen Beschwerdestellen gestärkt werden können.

# Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

- Unabhängiger,  
berufsgruppenübergreifender  
Fachverband in der Psychiatrie
- Seit 1970 aktiv in der  
Fortentwicklung einer sozialen  
Psychiatrie in Deutschland
- Wegweisende Tagungen
- Fachlich fundierte Fortbildungen
  
- Adresse: DGSP e.V.  
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln  
Telefon: 0221/511002  
[www.psychiatrie.de/dgsp](http://www.psychiatrie.de/dgsp)  
[Email: dgsp@netcologne.de](mailto:dgsp@netcologne.de)
  
- Verantwortlich für den Inhalt: Gudrun Uebele, c/o DGSP e.V.