

Stellungnahme

27. März 2015

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE**Stellungnahme der DGPPN zu einem Entwurf des Bundesteilhabegesetzes**

Die DGPPN begrüßt die Initiative der Bundesregierung zur Einführung eines Bundesteilhabegesetzes für Menschen mit Behinderungen. Die Erarbeitung des Bundesteilhabegesetzes soll dem Grundsatz „Nichts über uns ohne uns“ verpflichtet sein, weshalb Menschen mit Behinderung und ihre Verbände sowie weitere betroffene Akteure von Anfang an am Gesetzgebungsprozess beteiligt wurden. Die Fachgesellschaft DGPPN, die in diesen Prozess nicht unmittelbar einbezogen ist, möchte mit der vorliegenden Positionierung darauf hinweisen, dass aus großen Zielen bei der Neuorganisation der Teilhabe zugunsten von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auch konkrete Wirkungen für diese quantitativ deutlich wachsende Gruppe ableitbar sein müssen.

Die mit dem Bundesteilhabegesetz verfolgten Ziele zur

- Umsetzung der von der UN-BRK geforderten inklusiven Gesellschaft und Unterstützung der Selbstbestimmung und individuellen Lebensplanung,
- Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in ein modernes Teilhaberecht und
- Verbesserung der Koordinierung der Rehabilitationsträger mit der Weiterentwicklung des SGB IX

sind zentrale Anliegen der DGPPN im Bemühen um Teilhabe psychisch erkrankter Menschen an der sozialen Gemeinschaft. Ohne Formulierung konkreter Forderungen zur Umsetzung dieser Ziele muss jedoch befürchtet werden, dass keine Fortschritte für die Gruppe wesentlich seelisch behinderter Menschen erzielt und deren Belange aus dem Auge verloren werden.

1) Umsetzung der von der UN-BRK geforderten inklusiven Gesellschaft und Unterstützung der Selbstbestimmung und individuellen Lebensplanung

Die UN-BRK fordert, allen Menschen die uneingeschränkte Teilnahme an allen Aktivitäten möglich zu machen. Ein gemeinsames Leben aller Menschen – mit und ohne Behinderungen – ist Ziel einer inklusiven Gesellschaft. Die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft wird in verschiedenen Artikeln der UN-BRK ausformuliert.

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT (KOMMISSARISCH)

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄRE LEHRE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

BEISITZER PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Prof. Dr. med. Martin Driessen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH, VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE, E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDE33XXX

vr 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

In Artikel 19 definiert die UN-BRK das Recht aller Menschen mit Behinderungen mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, mit wem sie leben.

Daraus leitet die DGPPN die Forderung ab, in dem künftigen Bundesteilhabegesetz Leistungen für die Gestaltung inklusiver Sozialräume zu sichern und zu regeln. International existiert solide wissenschaftliche Evidenz für die Effektivität teambasierter gemeindepsychiatrischer Interventionen. Auch in Deutschland zeigen mittlerweile erprobte und wissenschaftlich begleitete Versorgungsmodelle, dass die Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen mit der Unterstützung multiprofessioneller, teambasierter gemeindepsychiatrischer Teams und deren settingübergreifenden Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten in den Quartieren besonders gut gewährleistet werden kann. Das Bundesteilhabegesetz kann die Voraussetzung schaffen, diese Modelle flächendeckend in die deutsche Versorgungslandschaft zu übertragen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung einer inklusiven Gesellschaft zu leisten.

Forderung: inklusiv gestaltete Sozialräume

Artikel 26 der UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme zu stärken und zu erweitern und zwar so, dass Menschen mit Behinderungen in allen Aspekten in die Gemeinschaft einbezogen werden und, dass in einem höchstmöglichen Maße Teilhabe so gemeindenah wie möglich realisiert wird.

Gleichberechtigte Teilhabe und Inklusion für Menschen mit psychischen Behinderungen kann nur gelingen, wenn die in Deutschland stark zergliederten psychiatrisch und psychotherapeutischen Hilfe- und Finanzierungssysteme an die individuellen und komplexen Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden. Die Zergliederung begünstigt in erheblichem Maße Brüche in der Behandlungs- und Rehabilitationskette, führt zur Bedarfsunterdeckung bei Betroffenen und verstetigt die Fehlallokation knapper Finanzmittel. Gerade psychisch kranke Menschen sind besonders vulnerabel hinsichtlich dieser Brüche im Unterstützungssystem.

Artikel 3e in Verbindung mit Artikel 9 Abs. 2a behandelt den Zugang zu Angeboten und Diensten als wesentlichen Grundsatz. Dies ist für die Gruppe der Menschen mit seelischen Behinderungen von besonderer Bedeutung.

Hieraus leitet die DGPPN die Forderung ab, dass psychiatrisch-psychoziale Unterstützungsleistungen zur Teilhabe niedrigschwellig, leicht zugänglich sowie an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr verfügbar sein sollten.

Forderung: Verbesserung des Zugangs zu Unterstützungsangeboten für wesentlich seelisch und psychisch behinderte Menschen

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungskontinuum aus Prävention, kurativer Behandlung und Rehabilitation muss künftig deutlich stärker durch integrative, sektor- und settingübergreifende Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte gesichert werden. Das Bundesteilhabegesetz

muss deshalb inklusive Teilhabeförderung als einen Prozess verstehen, der **alle** Sozialsysteme, die an der Umsetzung von Teilhabemaßnahmen für Menschen mit psychischen Behinderungen beteiligt sind, einbezieht.

Forderung: Sektorübergreifende Rehabilitation im Rahmen von Komplexleistungen

Im Bundesteilhabegesetz muss Teilhabe am Arbeitsleben auch für Menschen mit psychischen Behinderungen einen besonderen Schwerpunkt bilden. Berufliche Teilhabe ist wesentlich für psychische Gesundheit und deshalb für gesellschaftliche Teilhabe insgesamt. Vor diesem Hintergrund sind Artikel 26 (Zugang zur beruflichen Rehabilitation) und 27 (Zugang zu Beschäftigung) der UN-BRK richtungweisend für die zukünftige Sicherstellung eines inklusiven Arbeitsmarktes.

Die DGPPN fordert daher einen inklusiven Arbeitsmarkt, der Menschen mit psychischen Behinderungen die größtmögliche berufliche Teilhabe mit den im jeweiligen Einzelfall individuell notwendigen Hilfen in dem erforderlichen zeitlichen (bei chronisch psychisch Kranken auch unbefristeten) Maße gewährt. Dabei sind konkrete Maßnahmen zu benennen, wie etwa die Einführung und flächendeckende Etablierung eines Budgets für Arbeit, welches das Wunsch- und Wahlrecht der Inanspruchnehmenden berücksichtigt. Diese Angebote sollen sich über die Leistungen des herkömmlichen Systems beschützter Werkstätten hinaus erstrecken und unabhängig vom primären Institutionsbezug nutzbar sein. Programme, die die Inklusion in besondere Maße fördern wie das Supported Employment sind dabei verstärkt zu fördern.

Forderung: Sicherstellung eines inklusiven Arbeitsmarktes

Das Recht der Menschen mit Behinderungen, an diesem Prozess aktiv mitzuwirken, ist dabei von grundlegender Bedeutung im Sinne der Selbstbestimmung und Unterstützung einer individuellen Lebensplanung der Betroffenen.

2) Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in ein zeitgemäßes und effektives Teilhaberecht, in dessen Mittelpunkt der Mensch mit seinen *behinderungsspezifischen* Bedarfen steht

Die ursprünglich im Rahmen der Entwicklung des Bundesteilhabegesetzes definierte Fokussierung des Themas „Teilhabe am Arbeitsleben“ auf die Eingliederungshilfe ist aus Sicht der DGPPN missverständlich und nicht sachdienlich für die berufliche Integration schwer psychisch kranker Menschen. Vielmehr ist die Bedeutung **aller** Leistungssysteme, die an die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen fördern, hervorzuheben und im Rahmen einer Gesamtkonzeption zu berücksichtigen.

Das bestehende und bislang vom Gesetzgeber favorisierte, über alle Sozialleistungsgebiete verstreute Behindertenrecht („Recht zur Teilhabe an...“) steht der grundsätzlichen Erfordernis eines psychiatrischen Versorgungskontinuums von Prävention, Behandlung und Rehabilitation entgegen.

Die Rehabilitation psychisch Kranker ist aus psychiatrisch-fachlicher Sicht von den bestehenden sozialrechtlichen Grenzen der Leistungsberechtigung und -finanzierung zu entkoppeln.

Forderung: Schnittstellenbearbeitung als vorrangige Aufgabe

Das Bundesteilhabegesetz muss die Teilhabe psychisch behinderter Menschen sozialsystemübergreifend organisieren und sichern.

Arbeit und Wohnen als Kernbereiche rehabilitativer Psychiatrie und sozialpsychiatrischer Versorgung werden bisher in weiten Teilen durch Eingliederungshilfe (SGB XII) geregelt und finanziert – vorrangig in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und beschützten Wohnangeboten – diese erfahren seit Jahren eine steigende Inanspruchnahme durch Menschen mit psychischen Erkrankungen (siehe WfbM-Statistik).

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ belegt zahlreiche internationale Evidenz für die Bedeutung des direkten Zugangs zum ersten Arbeitsmarkt für die Rehabilitation psychisch Kranker. Ähnliches gilt für den Zugang zum freien Wohnungsmarkt.

Forderung: Zugang zum ersten Arbeits- und Wohnmarkt stärken

Die Verbesserung des Zugangs zum ersten Arbeits- und freien Wohnungsmarkt für psychisch kranke und behinderte Menschen – orientiert an den Evidenzen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ – muss als erklärtes Ziel im Bundesteilhabegesetz vermerkt und mit konkreten Maßnahmenpaketen unterfüttert werden.

Hierfür sollen Maßnahmen aus der bisher zu eng definierten Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Behinderungen barrierefrei Übergänge in selbstbestimmte Lebens-, Arbeits- und Wohnbereiche ermöglichen. Die Zugangswege zu bisher in anderen Sozialleistungssystemen definierten Teilhabemöglichkeiten müssen individualisiert und bedarfsorientiert gestaltet werden. Institutionelle sowie Grenzen des Behandlungssettings (ambulant, teil- oder vollstationär) dürfen die individuellen Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen nicht einschränken.

Die Bedeutung der sozialen Teilhabe wird durch die derzeit gültige Gesetzeslage (parallel geregelt im SGB IX §55 und in der Eingliederungshilfe im SGB XII) nur unzureichend gewährleistet. Dies führt in der Realität zur nachrangigen Gewichtung von Leistungen zur sozialen Rehabilitation psychisch Kranker im Vergleich zu Leistungen der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation. Die soziale Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft muss für Menschen mit psychischen Behinderungen fachlich-inhaltlich und sozialrechtlich gleichrangig gesichert werden.

Forderung: Soziale Rehabilitation als gleichrangige Leistung für wesentlich seelisch behinderte Menschen

Alle Leistungen zur sozialen Teilhabe durch das Bundesteilhabegesetz im SGB IX zusammenzufassen und deren Bedeutung besonders hervorzuheben, wird von der DGPPN ausdrücklich unterstützt. Als wichtige Aspekte im Rahmen der diskutierten Assistenzleistungen sind die persönliche Arbeits- und Wohnassistenz für Menschen mit psychischen Behinderungen zu werten. Entsprechende Leistungen müssen in einem speziellen Maßnahmenkatalog konkretisiert werden.

3) **Verbesserung der Koordinierung der Rehabilitationsträger mit der Weiterentwicklung des SGB IX**

In den unterschiedlichen Settings und Prozessen der rehabilitativen Praxis in Deutschland werden zudem unterschiedliche Instrumente und Verfahren zur Bedarfsermittlung sowie zur Hilfe- und Gesamtplanung des therapeutischen und rehabilitativen Prozesses eingesetzt. Insbesondere in den häufig komplexen und trägerübergreifenden Bedarfsefeldern bei Menschen mit psychischen Behinderungen entstehen dadurch erhebliche zeitliche Verzögerungen durch Mehrfachbegutachtungen aufgrund wechselnder Dienste und Leistungsträger. Damit gehen nicht selten auch fachliche Brüche im Rehabilitationsverlauf und im Teilhabeprozess einher.

Forderung: Bundesweit einheitliche Verfahren für die Gesamtplanung und -koordinierung

Für eine personenzentrierte und bedarfsorientierte Teilhabeförderung für Menschen mit psychischen Behinderungen ist eine optimierte bundesweit einheitliche Gesamtplanung über alle am Teilhabeprozess beteiligten Leistungssysteme bzw. -träger erforderlich. Neben der Präzisierung von Verfahrensabläufen und -beteiligten sind vor allem effektive Instrumente und Kriterien zur lebenswelt- und sozialraumorientierten Bedarfsermittlung konkret zu benennen und für alle Leistungsträger verbindlich einzuführen. Im Bereich psychischer Erkrankungen kann hierbei auf gute wissenschaftliche Evidenzen zurückgegriffen werden.

Die Zusammenführung der Koordinierungsverantwortung personenzentrierter Teilhabemaßnahmen soll in einem neu geregelten SGB IX liegen. Die Verfahren müssen für alle Beteiligten verbindlich geregelt werden (z.B. hinsichtlich Zuständigkeiten, Fristenregelungen, transparente und überprüfbare Dokumentation und Verfahrensstatistik, Rechtsfolgen bei Regelverstößen usw.).

Fazit

Folgende Positionen sind aus Sicht der DGPPN zur Teilhabeförderung von Menschen mit psychischen Behinderungen in einem Bundesteilhabegesetz zwingend zu berücksichtigen:

1. Gestaltung inklusiver Sozialräume:

- gleichberechtigte Teilhabe in der sozialen Gemeinschaft
- Gewährleistung der Teilhabechancen seelisch behinderter Menschen in ihren Sozialräumen durch individuelle und fallunspezifische Unterstützungsleistungen, insbesondere durch die Förderung von multiprofessionellen teambasierten gemeindepsychiatrisch tätigen Teams als Kernbestandteil psychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen
- barrierefreie, einfache Zugangsmöglichkeiten zu individuell notwendigen Hilfen im individuellen Lebensraum der Betroffenen an sieben Tagen die Woche über 24 Stunden
- Realisierung von Wunsch- und Wahlrecht

2. Soziale Teilhabe:

- Soziale Rehabilitation als gleichrangige Rehabilitationsleistung
- Finanzierung außerhalb der „Sozialhilfe“, d.h. Wegfall der Anrechnung von Vermögen und Einkommen der Betroffenen und Angehörigen
- Stärkung sektorübergreifender Rehabilitation im Rahmen von Komplexeleistungen
- Aufwertung, Neuordnung und Zusammenführung von Maßnahmen zur sozialen Teilhabeförderung in einem neugestalteten SGB IX

3. Schwerpunkt inklusiver Arbeitsmarkt:

- Gewährung der größtmöglichen beruflichen Teilhabe mit den individuell notwendigen, zeitlich nicht befristeten Hilfen
- verbesserte Zugangsmöglichkeiten zum ersten Arbeitsmarkt für Menschen mit psychischen Behinderungen – frei von Institutions- und Settinggrenzen
- Umsetzung des Budget für Arbeit, Etablierung der individuell definierten und bedarfsorientierten Arbeits- und Wohnassistenz im Rahmen der Assistenzleistungen

4. Optimierte und bundesweit einheitliche Gesamtplanung und -koordinierung aller am Teilhabeprozess beteiligten Leistungssysteme und -träger:

- Präzisierung von Verfahrensabläufen, -beteiligten, und -kriterien
- Bundeseinheitliche „Regeln“ für die Bearbeitung von Schnittstellen

5. Qualifizierte Teilhabeberichterstattung

- Aufnahme des Personenkreises wesentlich seelisch behinderter Menschen in eine bundesweite Teilhabeberichterstattung unter besonderer Berücksichtigung ihrer Teilhabechancen und Lebenslagen
 - Entwicklung von Indikatoren für die Wirksamkeit der Unterstützungsleistungen und Vorschlägen für Veränderungen
 - Förderung von Projekten einer praxisorientierten Versorgungsforschung
6. **Förderung von integrativen, sektor- sowie settingübergreifenden Unterstützungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten** als Teil eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskontinuums inklusive von Modellen zur Peer-Beratung, Genesungsbegleitung und Stärkung von Selbsthilfestrukturen
- Förderung von entsprechenden Modellen oder Schaffung einer Experimentierklausel zur Förderung innovativer Umsetzungsmodelle mit finanziellen Anreizen für die Beteiligten und einer wissenschaftlichen Evaluation (Beispiele SGB XI § 45 c und SGB V § 64b in Verbindung mit § 63)

Für die DGPPN:

Dr. med. Iris Hauth (Berlin), Präsidentin der DGPPN
Prof. Dr. Katarina Stengler (Leipzig)
Prof. Dr. Ingmar Steinhart (Greifswald)
Prof. Dr. Thomas Becker (Ulm)
PD Dr. Holger Hoffmann (Bern, CH)
Prof. Dr. Hans-Joachim Salize (Mannheim)

Kontakt:

Dr. med. Iris Hauth (Berlin), Präsidentin der DGPPN
Reinhardtstr. 27b
10117 Berlin
Telefon: 030-240 477 220
Fax: 030-240 477 229
E-Mail: i.hauth@dgppn.de

Literatur

1. Becker T, Hoffmann H, Puschner P, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2008
2. Brieger P, Hoffmann H (2012) Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit? „Supported employment“ vs. „Pre-vocational training“. Nervenarzt 83:840-6
3. Bundesarbeitsgemeinschaft RPK: <http://www.bagrpk.de/> (02.03.2015)
4. Bundesteilhabegesetz: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/BRK/DE/StdS/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz_node.html (02.03.2015)
5. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D; EQOLISE Group. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 370:1146-52
6. Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA (2006) Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 18:CD000453.
7. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg) (2012) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer Berlin, Heidelberg
8. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) Rehaberichte: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/6_Wir_ueber_uns/02_Fakten_und_Zahlen/05_rehaberichte/rehaberichte_index_node.html;jsessionid=1E759BCE66F70D18A3A6C1D326BD351A.cae02 (02.03.2015)
9. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_lo-gon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=4284::Diagnosengrundgruppen (02.03.2015)
10. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al., Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry 2014; doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13070857.
11. Jäckel D, Hoffmann H, Weig W (2010) Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
12. Reker T, Eikermann B. Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. Psychiatr Prax 2004; 31: 251-255
13. Salize HJ (2012) Psychiatrische Rehabilitation wird zu einem der Zukunftsthemen der Psychiatrie – Pro & Kontra. Psychiatr Prax 39: 317-8
14. Steinhart I (2014) Mietvertrag statt Heimvertrag Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention oder Warum werden Heim ersetzende Unterstützungssettings nicht stärker befördert? Sozialpsychiatrische Informationen 44: 14-18
15. Steinhart I, Wienberg G (2014) Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. Psychiatr Prax 41: 179-81
16. Stengler K, Riedel-Heller SG, Becker T (2014) Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 85: 97-105
17. Stengler K, Kauffeldt S, Theißing A, Bräuning-Edelmann M, Becker T (2014) Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) in Deutschland. Nervenarzt. DOI 10.1007/s00115-014-4207-3
18. Stengler K, Brieger P, Weig W (2010) Psychiatrische Rehabilitation: "deutscher Sonderweg" wo geht es hin? Psychiatr Prax 37: 206-207
19. UN-BRK: <http://www.behindertenrechtskonvention.info/> (02.03.2015)