

neue caritas

CBP-Spezial

Gemeindepsychiatrie
Versorgung
Vernetzung
Angehörige
Inklusion

Geschlossene Unterbringung

Beiträge zu einer schwierigen,
aber notwendigen Debatte



Vorwort: Die Verantwortung für die „Schwierigsten“ Wilfried Gaul-Canjé	3
Zwangskontext und (Arbeits-)Beziehung – ein Widerspruch? – Betrachtung aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive Lothar Hellenthal	9
Hat die Gemeindepsychiatrie versagt? Julia Krieger, Snefried-Oda Buchweitz-Klingsöhr, Iris-Tatjana Graef-Calliess	14
Wie geht das zusammen? Das Recht auf Selbstbestimmung, die Versorgungsverpflichtung und die Einrichtung von geschlossenen Wohnheimen Matthias Rosemann	20
„Keiner“ ist illusorisch und „alle“ ist unmenschlich – Stellungnahme einer Angehörigenvertreterin von psychisch Kranken Eva Straub	25
„Dass Ihr mir ja keinen abweist!“ – Hochstrukturierte Hilfearrangements in der gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung Ingmar Steinhart	28
Lebensformen für Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf Rupert Vinatzer	32

Die Beiträge beruhen weitgehend auf Vorträgen, die an den drei Fachtagen des CBP-Fachbeirates Psychiatrie 2014/2015 gehalten wurden:

„Geschlossen! unfreiwillig!? Beziehung? Eine Herausforderung für die Sozialpsychiatrie“ am 30. Oktober 2014 in Neuss

„Alle oder keiner – Geschlossene Unterbringung nach § 1906 BGB – Eine Herausforderung für die Sozialpsychiatrie!“ am 11. Februar 2015 in Augsburg

„Pro und contra geschlossene Unterbringung“ am 12. März 2015 in Berlin

Impressum

neue caritas CBP – Spezial

POLITIK PRAXIS FORSCHUNG

Redaktion: Dr. Thorsten Hinz (verantwortlich), Corinna Lerbs,
Christine Mittelbach

Kontakt: Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.,
Karlstraße 40, 79104 Freiburg,
Tel. 0761/200-301, Fax: 0761/200-666
E-Mail: cbp@caritas.de, Internet: www.cbp.caritas.de

Gesamttitel: CBP-Spezial ISSN 2190-7978

Vertrieb: CBP-Geschäftsstelle Freiburg (Adresse s. oben)

Herausgeber: Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.

Stücktitel: CBP-Spezial Heft 7 • November 2015
Snefried-Oda Buchweitz-Klingsöhr, Wilfried Gaul-Canjé, Iris-Tatjana Graef-Calliess, Lothar Hellenthal, Julia Krieger, Matthias Rosemann, Ingmar Steinhart, Eva Straub, Rupert Vinatzer; Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
Geschlossene Unterbringung – Dokumentation der drei Fachtage des CBP-Fachbeirates Psychiatrie 2014/2015, Freiburg 2015
(Schriftenreihe: CBP-Spezial – Heft 7)
ISBN 978-3-9800359-9-6

Layout: Peter Blöcher, Freiburg

Titelfoto: Andrew Lever/fotolia.com

Die Verantwortung für die „Schwierigsten“

NATÜRLICH GINGE ES einfacher. Ein kurzer Verweis auf die Empfehlungen des UN-Fachausschusses für die Rechte der Menschen mit Behinderung zur Umsetzung der Konvention in Deutschland hilft schon weiter.¹ Hier wird der Komplettverzicht auf jegliche Form körperlicher oder chemischer Freiheitseinschränkung in der Alten- und Behindertenhilfe empfohlen. Auf diese Weise geadelt mit dem Impetus des Kämpfers für die Unterdrückten und Entrechteten, lehnen wir uns entspannt zurück und überlassen die raue konfliktreiche Alltagswelt den Ewiggestrigen in Psychiatrie und Behindertenhilfe. Wäre da nicht unser Menschenbild, das uns in die Pflicht nimmt zur Unterstützung gerade auch derjenigen, die es uns schwer machen zu helfen, die uns an den sprichwörtlichen Rand bringen, an den Rand unserer Belastungsfähigkeit, an den Rand dessen, was wir verantworten können. Es geht um die sogenannten Schwierigsten, eine wahrscheinlich kleine und zugleich schwer zu fassende Gruppe psychisch kranker und behinderter Menschen, ressourcenorientiert auch als „Systemtester“² bezeichnet. Es geht um Bürgerinnen und Bürger mit in der Regel schweren Formen psychischer Störungen und Behinderungen. Es geht um die Befassung mit Suizidalität und Selbstgefährdung, Aggressivität, Delinquenz, Substanzkonsum, Neigung zu Manipulation und Belästigung.³

Von dieser Gruppe her zu denken, von diesen Menschen her das Hilfesystem zu entwickeln hat mahnend schon in den 1990ern der Psychiater Klaus Dörner gefordert. „Wenn nun Gerechtigkeit nicht formal bleiben, sondern, von Sorge und Verantwortung gesteuert, konkret werden soll, und wenn die von uns immer wieder gewählte Marktwirtschaft mit ihrem Prinzip ‚investieren, wo es sich am meisten lohnt‘ nicht nur zum Überleben der Stärksten führen, sondern ein ausgleichendes soziales Gegenprinzip finden soll, dann könnte eine Art kategorischer Imperativ, dem der

Andere als der letzte mich unterwirft, etwa so lauten: ‚Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen an Empfänglichkeit, Verwundbarkeit, Zeit, Kraft, Manpower, Aufmerksamkeit und Liebe immer beim jeweils Schwächsten, Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt!‘“⁴ Dörners Bemühen hatte einen nur überschaubaren Erfolg. Wir sprechen von einer tendenziell tabuisierten Gruppe. Von ihr ist selten die Rede – selbstkritisch betrachtet –, auch selten in unseren Hochglanzbroschüren, wo unter einer Dienstleistungverkaufsperspektive die neue inklusive Welt der selbstbestimmten Teilhabe gefeiert wird.⁵ Diese Welt ist merkwürdig resistent gegen die kritische Reflexion exkludierender Lebenssituationen, auch gegen die Erfahrung, dass es Menschen gibt, die sich querstellen zu den wunderbar sozialraumintegrierten ambulanten Unterstützungssettings⁶. Die Tabuisierung der besonderen Bedarfe und die von oben herab verordnete „Freilassung“ – mich springt dabei der Gedanke an, dass dahinter auch die Wut und Enttäuschung über diejenigen steckt, die beim Systemtesten auf schwere Lücken aufmerksam machen. In Freiheit, darf man annehmen, wird aus einer kleinen Gruppe sicher eine noch kleinere. Manche schaffen sich ab.⁷

Der Aufgabe stellt sich eine überschaubare Reihe von Verbandseinrichtungen aus Psychiatrie und Behindertenhilfe. Die Träger haben innerhalb ihres Dienstleistungsspektrums unter anderem auch geschlossene oder schließbare (fakultativ geschlossene) Wohnbereiche geschaffen. Mit unterschiedlichsten Konzepten, mit unterschiedlichsten Beziehungs-, Therapie- und Begleitungsangeboten und mit unterschiedlichsten Personalressourcen versuchen sich diese Einrichtungen an dem komplexen Mix aus Teilhabeförderung und Personensicherung. Unisono wird von den Trägern über die nicht enden wollende Anmelde-



Wilfried Gaul-Canjé

Vorstandsmitglied CBP
Geschäftsführer der St.
Augustinus-Behindertenhilfe
in Neuss
Kontakt: w.gaul@ak-neuss.de

aus der Region und überregional berichtet, die anzeigt: Da ist Not, bei den betroffenen Klienten und im Hilfesystem. Dieser Not eine Stimme zu geben und das Thema aus dem Tabu-Muff herauszuholen, dem stellt sich hier und jetzt mit vorliegender Textsammlung unser Verband. Alle Beteiligten in diesem Erörterungsversuch sind einem Gestrüpp von Ambivalenzen ausgesetzt, innerhalb dessen die Entwicklung von klaren Positionierungen und das Ausloten fachlicher Weiterentwicklungschancen nur mühsam Raum bekommt. Gleichwohl: Der Versuch ist lohnend.

Ein Fallbeispiel

Frau W. aus Neuss beispielsweise, 21 Jahre alt und in vielerlei Hinsicht schwer gezeichnet durch ihre circa siebenjährige Leidensgeschichte: Sie lebt aktuell in einer geschlossenen Einrichtung, seit elf Monaten. Psychiatrische Diagnosen hat sie zahlreiche. Viele Systeme hat sie auch schon getestet: vier psychiatrische Kliniken, fünf sozialpsychiatrische Wohneinrichtungen, zuletzt auch eine somatische Klinik. Überall hat sie Entsetzen und Ratlosigkeit hinterlassen mit ihrem lebensgefährlich selbstverletzenden Verhalten. Sie schluckt Scherben, sie lässt sich aus größerer Höhe ohne Schutz der Hände aufs Gesicht fallen. Seit ihrem letzten Fenstersturz hat sie erhebliche motorische Beeinträchtigungen. Ihr ganzer Körper ist übersät mit Narben. In den ersten zwei Monaten ihres Aufenthaltes in Neuss musste sie im benachbarten Krankenhaus achtmal endoskopiert werden, um ihr Überleben nach Verschlucken von Gegenständen

„Psychiatrie und Gewalt scheinen endlich getrennte Wege zu gehen“

zu sichern. Der Internist rief die örtliche Psychiatrie auf den Plan: „Die Dame gehört doch nicht in eine sozialpsychiatrische geschlossene Wohneinrichtung, sondern in Behandlung.“ Er musste sich von der krankenhaupsychiatrischen Expertenrunde sagen lassen, dass außer der ohnehin stattfindenden ambulanten medikamentösen Begleitung nach zahllosen ergebnisfreien stationären

Behandlungsversuchen in mehreren Fachkliniken Hoffnung eigentlich nur noch in der geschützten Begleitung durch die Einrichtung der Eingliederungshilfe bestünde. Weit davon entfernt, Entwarnung zu geben, stellen wir heute fest: Die Frequenz der Selbstverletzungen ist geringer geworden, Frau W. ist hin und wieder bereit, das Unterstützungsangebot als verlässliche Lebenshilfe anzunehmen. Sie verlässt in stabilen Phasen das Haus zu Einkäufen und Spaziergängen. Kritiker mögen einwenden, hier habe eine chronisch suizidale Frau im Kontext der Freiheitsentziehung von ihrem Kernvorhaben der Selbstzerstörung zwangsweise einstweilen Abstand genommen. Andere sagen: Das, was uns als Sozialpsychiatrie auszeichnet, nämlich unser unverbrüchliches Beziehungs- und Begleitungsangebot, zeige nach Jahren des verzweifelten Sich-Abwendens erstmals Wirkung. Wer hat den gegebenenfalls tödlichen Mut, hier kategorisch zu entscheiden?

40 Jahre Psychiatrie-Enquete

Es wäre doch so schön gewesen: 40 Jahre nach der deutschen Psychiatrie-Enquete, nach 40 Jahren erfolgreichen Reformierens ist die Psychiatrie genesen. Zweifellos ist viel Gutes auf den Weg gebracht worden. Aus Großasylen wurden – zumindest ganz überwiegend – moderne psychiatrische Behandlungsorte, die durchaus erfolgreich ihren Platz im normalisierten Gesundheitswesen einnehmen. Fast alles ist offen. Mit den Patienten regeln Behandlungsvereinbarungen für Krisenzeiten das Nötigste, die Zahl der Unterbringungen nach PsychKG, dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, ist weitgehend konstant oder befindet sich im Sinkflug, Besuchskommissionen überwachen das Geschehen. Es weht der Geist der Freiheit. Psychiatrie und Gewalt scheinen endlich getrennte Wege zu gehen. Zugleich entstand in den Gemeinden überall in der Republik ein buntes und vernetztes Patchwork an Orten/Diensten der Beratung, der Hilfen zum Wohnen und zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie verhindern heute weitgehend die früher übliche Abschiebung der Menschen, sie wirken erfolgreich gegen Stigmatisierung, unterstützen die Gesellschaft in ihrer Aufgabe, ein würdevolles Miteinander zu gewährleisten.

Eine tolle Erfolgsgeschichte also, wäre da nicht die Frage, wo die Dienste und institutionellen Hil-

fen für die schwer chronisch kranken und behinderten Menschen blieben. Nur vereinzelt finden sich Träger, die sich daran abmühen. Überwiegend erleben wir für diesen Personenkreis – alles andere als gemeindeorientiert – einen Verschiebezirkus unter dem Motto: „Damit ist unsere gemeindepsychiatrische Versorgungsgemeinschaft überfordert.“ Das vielfach propagierte sorgende Gemeinwesen ist auf diesem Auge blind. Auch die neuen psychiatrischen Kliniken sind flott mit der Entlassung auf eigenen Wunsch. Fazit: Die Erfolge der Enquete sind nicht hoch genug zu würdigen, haben aber eben auch diese dunkle Seite. Fortschritte wurden realisiert unter weitgehender Ausgrenzung der Schwerstkranken und -behinderten, für die in den ambulantiserten Hilfen und in den zur gewaltfreien Zone erklärten Kliniken jetzt kein Platz mehr ist. Oder anders formuliert: Weder die Psychiatrie-Enquete noch die UN-Behindertenrechtskonvention haben bislang das Dilemma des Zwangs und des Freiheitsentzugs lösen können, es sei denn um den Preis der Exklusion bestimmter Menschen aus jeglicher sorgender Hilfe.

Es muss in Erinnerung gerufen werden: Die Psychiatrie-Enquete forderte unter anderem eine umfassende Ambulantisierung der Wohnhilfen, nachvollziehbar, weil die Analyse der Institutionen unter anderem den Befund brachte, dass sie im Zuge des komplexen Gesamtversorgungsauftrags ihre Probleme eher mit Gewalt lösten, über Menschen verfügten, Fürsorge im schlechtesten Sinne als generalisierte Entmündigung betrieben. Von dieser Sorge sind auch die kürzlich erst publizierten „Guidelines on article 14 of the conventions on the rights of persons with disabilities“⁴⁸ erkennbar beeinflusst. Zum Schutz der Betroffenen wird das Freiheitsrecht, Risiken einzugehen und Fehler zu machen, ausdrücklich betont.⁹ Immer mit Blick auf die Gefahr der Entrechtung durch Institutionalisierung. Diesem historisch nachvollziehbaren Misstrauen gegenüber jedweder Verwaltung und Entrechtung von Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung ist unbedingt Rechnung zu tragen, durch öffentliche Kontrolle, Transparenz und rechtsstaatliche Verfahren.

Von der durch die Enquete angestoßenen Entwicklung profitierten und profitieren einstweilen all diejenigen, deren Unterstützung sich in kleinen Fachleistungshäppchen ohne Schwierigkeiten

abbilden lässt, Menschen mit überschaubaren Integrationsbarrieren. Und der „Rest“? Ich denke hier auch an die Menschen mit geistiger Behinderung und schwersten Verhaltensstörungen, hinter denen – in der Regel nicht diagnostiziert – seelische und somatische Störungen vermutet werden dürfen. Mit der Auflösung der psychiatrischen Großanstalten verschwanden sie aus dem Blick des Gesundheitssystems, wurden den Trägern der Behindertenhilfe mit komplexem Leistungsangebot überantwortet. Dem Horror der Hospitalisierung folgte der (unsystematische) Ausschluss aus vernünftiger Gesundheitsorge.¹⁰ Dieser Problemlage hat sich jetzt eine Arbeitsgruppe unseres Verbandes intensiv zugewandt. Unter anderem führte sie eine Mitgliederbefragung zu den Lebenslagen und Unterstützungssystemen von Menschen mit geistiger Behinderung und multiplen Herausforderungen, sogenannten Mehrfachdiagnosen, in stationären Kontexten durch. Schon die hohe Beteiligung der Mitglieder an der Befragung belegt den Bedarf an fachlicher Auseinandersetzung und politischer Stellungnahme. Im Ergebnis zeigt die Befragung einen erschreckenden Befund: Die erforderlichen Hilfen sind unterfinanziert, die betroffenen Menschen sind von Inklusionsprozessen mangels Ressourcen häufig ausgeschlossen, die gesundheitliche Versorgung ist prekär und die Mitarbeitenden fühlen sich isoliert und alleingelassen.¹¹ Wir verzeichnen insofern die Fortsetzung einer traurigen Tradition.

Zu diesem Befund passen auch die kritischen Stimmen gegen Träger, die das Projekt der Enthospitalisierung nicht als Komplettambulantisierung umsetzten. Der Bedarf an kleinen gemeindeintegrierten Orten mit Rund-um-die-Uhr-Betreuung wird nach wie vor diskreditiert. Die Rede ist von Umhospitalisierung – auch hier wieder von oben herab, gerne auch aus dem akademischen Himmel ohne wissenschaftlichen Bezug zur Lebenswirklichkeit¹² – und weitgehend empiriefrei, versteht sich.

Positionierung ist gefragt

In diesem unpopulären, steinigem und teilverminten Gelände ist eine mutige Positionierung unseres Verbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) gefordert. Der im Verband organisierte Fachbeirat Psychiatrie hat sich dankenswerterweise in mehreren Fachtagungen

grundsätzlich mit dem Problemkreis der geschlossenen Einrichtungen befasst. Es entstanden lesenswerte, durchaus divergierende Beiträge, die den Leser dabei unterstützen können, sich ein eigenes Bild zu machen. Die Beiträge stammen aus sehr unterschiedlichen Perspektiven, das macht ihren besonderen Reiz aus. Wir haben uns im Vorstand des CBP daher entschlossen, das Thema „Geschlossene Einrichtung“ in einem CBP-Spezial umfänglich aufzugreifen. Und wir haben uns entschlossen, im nächsten Schritt Position zu beziehen. Unsere Positionen müssen aus meiner Sicht folgende Eckpunkte aufgreifen:

Dass die Fachöffentlichkeit, dass Leistungsträger und Politik mehr oder weniger systematisch am beschriebenen Problemkreis vorbeischaun, dem möchte unser Verband gezielt entgegenwirken. Die als Systemsprenger bezeichnete Gruppe von Menschen mit psychischer Störung/Behinderung und herausforderndem Verhalten gehört in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Auch an dieser Gruppe müssen sich die gemeindepsychiatrischen und inklusionsorientierten Konzepte bewähren. Das ist nicht mal eben gemacht. Wie hürdenreich und mit langem Atem vorgetragen sich ein solches Vorhaben entwickelt, dessen bin ich mir sehr bewusst.

„Wir brauchen Orte mit Reintegrationsperspektive“

Woran ließe sich eine solche Bewegung erkennen? Beobachtbar wäre zum Beispiel der Aufbau einer sorgenden und verlässlichen Unterstützungslandschaft, die sich ihrer lebensschützenden Verantwortung bewusst ist. Dazu gehören niederschwellige wie hoch strukturierte Hilfen mit gleicher Existenzberechtigung – als einander ergänzende Settings, die sich nicht gegeneinander ausspielen lassen. Erforderlich sind unter anderem regional verfügbare Schwerpunkteinrichtungen, die systematisch das republikweite Verschieben von Menschen verhindern, differenzierte Settings im ambulanten Unterstützungsbereich und im Intensivunterstützungsbereich, die gut

miteinander vernetzt sind und Raum schaffen für originelle personenzentrierte Lösungen, regional verfügbare Konsulententeams, die allen Einrichtungen und Diensten mit ihrem spezialisierten Fachwissen beratend zur Seite stehen (Kompetenztransfer), Streetwork für Personen auf der Straße, die sich dem Hilfesystem ansonsten komplett entziehen und dort zugrunde gehen.

Anstelle ideologischer Scheindebatten gilt es fachliche Auseinandersetzung, plurales Ringen um die besten Lösungen zu befördern. Wir nehmen zur Kenntnis: Innerhalb von 20 Jahren hat sich die Zahl der forensischen Betten nahezu verdoppelt.¹³ Ohne Kühnheit darf geschlossen werden, dass wir mit unserer Hilfelandschaft bedauerlicherweise nicht auf einem Weg zunehmender Gewaltfreiheit sind, sondern auf dem Weg der Polarisierung in eine gewaltfreie Vorderbühne und einen gewaltangereicherten Hinterhof. Kriminalisierung und forensische Abschiebung der Menschen sind eben keine Lösung. Deshalb gehört in die neuen Konzepte (sowohl der Gemeindepsychiatrie als auch der Behindertenhilfe) auch eine Begrüßungskultur für psychisch kranke und behinderte Straftäter nach deren Entlassung. Wir brauchen Orte mit Reintegrationsperspektive.

Gefordert sind in diesem Kontext auch neue rechtssystematische und ethische Diskurse, die eine verantwortungsvolle Abwägung angemessener Hilfen zwischen den Polen der Freiheitsrechte behinderter/psychisch kranker Menschen einerseits, der Schutzmaßnahmen zur Abwendung erheblichen gesundheitlichen Schadens andererseits zulassen. Darin einfließen müssen die Feststellungen und Positionierungen des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderung, der sich in seiner Kommentierung des ersten Staatenberichts zur Bundesrepublik Deutschland besorgt äußert „über die verbreitete Praxis der Zwangsunterbringung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen, den mangelnden Schutz ihrer Privatsphäre und den Mangel an verfügbaren Daten über ihre Situation“¹⁴.

Antworten auf Fachfragen sollten deutlich differenzierter als bislang ausfallen und zudem wissenschaftlich begleitet werden. Wo ist zum Beispiel die Forschungsinitiative, die interdisziplinär (bio-psycho-sozial) aufgestellt ist und Antworten liefert auf diese Fragen: Nach welchen Kriterien

lässt sich der so schwer fassbare Personenkreis der sogenannten Schwierigsten genauer beschreiben, damit Verständigung über notwendige Hilfesettings, über therapeutische und pädagogische Strategien ebenso möglich wird wie über die einzusetzenden sächlichen und finanziellen Mittel? Wie also erreichen wir das Ziel einer gemeinsamen Beschreibung, die zwingende Voraussetzung ist für präzise Dialoge, vergleichende Studien etc.? Wie kommen wir zu einer multiperspektivisch intelligenten Diagnostik, die im Graubereich zwischen Erkrankung und Behinderung koordinierte Behandlungspfade und Begleitungswege erkennbar werden lässt? Wie kommen wir zu evidenzbasierten Beschreibungen hilfreicher oder bescheidener formuliert: annäherungsweise hilfreicher Unterstützungsmaßnahmen?

Sicher ist, dass auf dem Weg vom Problem zur Lösung das Gesundheitssystem nicht aus seiner Verantwortung entlassen werden darf. Dabei zeigt uns die Diskussion um den Aufbau sogenannter medizinischer Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, dass hoher Bedarf besteht an der Bündelung spezialisierter Wissens. Dieses erfahrungs- und forschungsbasierte Wissen entsteht nicht im gesundheitlichen Regelversorgungssystem, sondern innerhalb spezialisierter Subsysteme, die nur vordergründig dem Inklusionsparadigma widersprechen. Insbesondere die psychiatrischen Welten (ambulant wie stationär) sind neu zu begeistern für eine Aufgabe, die zu Anstaltszeiten ihnen selbstverständlich oblag.¹⁵ „Ziel ist die Verbindung medizinischer und psychosozialer Behandlungselemente und die Umsetzung evidenzbasierter und bedarfsorientierter Behandlungskonzepte.“¹⁶

Gefordert sind die Kostenträger, SGB-übergreifend versteht sich, die Finanzierungen sicherzustellen statt wie bisher der jeweils anderen Seite zuzuschreiben. Nur so kann es gelingen, das vielfach übliche psychopharmakologische Zudecken von Symptomen ohne primär wirksame Therapie zu überwinden.

Dazu gehören – ganz wichtig aus menschenrechtlicher Perspektive – gezielte und refinanzierte Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Einrichtungen und Diensten. Es bedarf wirksamkeitsgeprüfter Leitlinien für Therapie und soziale Begleitung, in die Behandlungs- und Begleitungsprozesse sind die Angehörigen und die Peergroup

systematisch einzubinden. Und schließlich: Qualitätssicherung in geschlossenen oder teilgeschlossenen Einrichtungen bedarf der öffentlichen Kontrolle, zum Beispiel durch Besuchskommissionen unter Einbezug von Juristen, Mediziner, sozialpsychiatrischen Fachkräften, Spezialisten der Behindertenhilfe, Angehörigen und Betroffenen. Die Rechte der Betroffenen auf juristischen Beistand und systematisch angelegte Überprüfung der ihnen auferlegten Freiheitsbeschränkungen sind zu stärken, beispielsweise durch regional gut erreichbare unabhängige Beschwerdestellen.

Last not least denke ich an die Mitarbeitenden, an ihren Anspruch auf akzeptable Arbeitsbedingungen, auf Förderung von Resilienz, auf eine angemessene Balance zwischen Be- und Entlastung. Die Mitarbeitenden sind gefordert, eine spezifische Grundhaltung und Beziehungskompetenz zu entwickeln, weil sich die unterstützten Klienten in der Regel unfreiwillig beziehungsweise im Zwangskontext in der Einrichtung befinden. Grundhaltung und Beziehungskompetenz sind entscheidende Dimensionen einer gelingenden Hilfestellung. Fort- und Weiterbildung (obligatorisch zum Beispiel mit gründlichen Kenntnissen im Deeskalationsmanagement, mit systematischer Bearbeitung eskalierter Situationen etc.) sowie kontinuierliche supervisorische Begleitung sollten diesbezüglich überall implementiert und durch die Leistungsträger refinanziert sein.

Die Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie wird sich in diesem Prozess – weiterhin – ihrer Verantwortung stellen. In diesem Bemühen hoffen wir auf eine breite Leserschaft dieses CBP-Spezials und auf viele hilfreiche Rückmeldungen.

Ihr Wilfried Gaul-Canjé

Anmerkungen

1. Siehe Übersetzung Vereinte Nationen Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD); Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung; Dreizehnte Tagung 25.3.–17.4.2015; Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschland; Abschnitt B Spezielle Rechte, Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person (Art. 14). Dem Ausschuss selbst soll hier keinesfalls mangelnde Ernsthaftigkeit und Lauterkeit der Erwägungen unterstellt werden. Er wird sich des besonders hohen →

Anspruchs seiner Forderungen bewusst sein. Die Kritik richtet sich gegen Protagonisten, die im Windschatten solcher Forderungen und abseits jeder alternativen Bewährung abweichende Praxis diskreditieren.

2. Siehe Beitrag in diesem CBP-Spezial: „Keiner ist illusorisch und ‚alle‘ ist unmenschlich“, Augsburg 11.2.2015; Auszug aus der Stellungnahme von STRAUB, Eva zum Fachtag „Alle oder keiner – Geschlossene Unterbringungen nach § 1906 BGB“, S. 25 ff.

3. Siehe Beitrag in diesem CBP-Spezial: „Hat die Gemeindepsychiatrie versagt?“, KRIEGER, J.; BUCHWEITZ-KLINGSÖHR, S.-O.; GRAEF-CALLIESS, I.-T., S. 15 ff.

4. DÖRNER, K.: *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung.* Stuttgart: Schattauer; S. 98.

5. Das Menschenbild hier karikiert Dörner als „homo selbstbestimmicus“ (Quelle: www.lvr.de/app/resources/vortragdoerner.pdf; Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld; Das Handeln psychosozialer Profis).

6. Natürlich sind die Einrichtungen in schwierigem Fahrwasser. Für eine Öffentlichkeitsarbeit, die abseits des Mainstreams auf Brüche aufmerksam macht, die Unterstützungssettings unter schwierigen ethischen Dilemmata beschreibt, die Inklusionsziele bescheiden und redlich verkauft, ist wenig Platz.

7. Ich denke an Frau H., deren Hilferufe überhört wurden, die im Wohnheim immer häufiger suizidal anmutende Fantasien äußerte, irgendwann in einem kleinen Fluss aufgefunden wurde, das Wasser bis zum Hals, die dann in der Klinik ihr Freiheitsrecht erfolgreich einforderte und vor den Zug sprang.

8. COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES: *Guidelines on article 14 of the convention on the rights of persons with disabilities, adopted during the Committee's 14th session, held in September 2015.*

9. Vergl. Abschnitt VII der o. g. Guidelines.

10. Im ambulanten medizinischen Feld versucht hier die Änderung des § 119 SGB V mit Einführung sogenannter MZEBs, Medizinischer Behandlungszentren für Menschen mit Behinderung, eine Antwort zu geben; dies als Reflex auf die Feststellung, dass unter bestimmten Bedingungen die Regelversorgung versagt und es einen Bedarf an Spezialisierung gibt, um die Versorgung sicherzustellen.

11. Wie leben Menschen mit geistiger Behinderung und multiplen Herausforderungen? Ergebnisse einer CBP-Umfrage. In: *CBP-Jahresbericht 2014/2015*, Freiburg, Juli 2015.

12. Und gerne auch verbunden mit dem Hinweis,

dass das eigentliche Problem ja die unbelehrbaren Träger der Behindertenhilfe seien, denen man möglichst schnell das Hilfeplanungsmonopol entziehen müsste.

13. Siehe Beitrag in diesem CBP-Spezial: „Hat die Gemeindepsychiatrie versagt?“, KRIEGER, J.; BUCHWEITZ-KLINGSÖHR, S.-O.; GRAEF-CALLIESS, I.-T., S. 15 ff.

14. Übersetzung Vereinte Nationen CRPD; Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung; Dreizehnte Tagung 25.3.–17.4.2015; Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschland; Abschnitt B Spezielle Rechte, Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person (Art. 14), Punkt 29.

15. Natürlich heißt das nicht Rückkehr zu den damals favorisierten Lösungen, zur Etablierung von Beta-Stationen und zum gesellschaftlichen Ausschluss der Menschen.

16. Siehe Beitrag in diesem CBP-Spezial: „Hat die Gemeindepsychiatrie versagt?“, KRIEGER, J.; BUCHWEITZ-KLINGSÖHR, S.-O.; GRAEF-CALLIESS, I.-T., S. 15 ff.

Zwangskontext und (Arbeits-) Beziehung – ein Widerspruch?

Eine Betrachtung aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive.

Lothar Hellenthal

MEINE „BERUFUNG“, etwas zum Thema „Zwangskontext und (Arbeits-)Beziehung – ein Widerspruch?“ sagen zu können, leite ich aus meiner eigenen Arbeit mit Menschen in sogenannten Zwangskontexten ab. Ich habe mehrere Jahre in der stationären Jugendhilfe (Heim) gearbeitet, kenne die Arbeit mit jugendlichen Strafgefangenen und habe über zwei Jahrzehnte in der ambulanten und stationären Beratung und Therapie mit substanzabhängigen Menschen Erfahrungen sammeln dürfen. All diesen Menschen war gemein, dass sie sich nicht unbedingt um die ihnen zuteilwerdende Unterstützung gerissen haben, sondern eher die Haltung hatten: „Bitte nicht helfen, ich hab’s auch so schon schwer genug!“

Heute arbeite ich freiberuflich als Supervisor, Coach und Organisationsberater und biete – über unterschiedliche Bildungsträger – Seminare für Kolleg(inn)en aus dem psychosozialen Arbeitsfeld an.

Als Übersicht möchte ich die wesentlichen Überschriften vorstellen, über die ich mich in meinem Vortrag äußern werde.

Ich bin beruflich in erster Linie systemisch sozialisiert und biete daher eine Betrachtung des Themas aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive an. Hierzu sind ein paar Überlegungen und Informationen zu einschlägigen Grundannahmen erforderlich. In diesem Zusammenhang werde ich auch etwas zu dem Menschenbild im systemischen Paradigma ausführen. Dies halte ich für wichtig, weil unser Menschenbild die zentrale innere Haltung darstellt, auf deren Grundlage wir unser Beziehungsverhalten gestalten.

In der Folge werde ich die Bedeutung des mentalen Rahmens für das Erleben der Beteiligten beleuchten, also den Fragen nachgehen: „Wie sehen Mitarbeiter und Betroffene eigentlich den Aufenthalt in der Einrichtung?“, „Welche Konsequenzen hat das für das Selbstbild der Klienten und deren Motivation“ und „Was kann man tun, um einen konstruktiven Rahmen mit den Klienten zu erarbeiten?“.

Ich werde konkrete beziehungsstiftende Verhaltensweisen benennen, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, mein Gegenüber zu einer konstruktiven Arbeitsbeziehung einzuladen. Hierbei beziehe ich mich auf Ausführungen von Professor Johannes Herwig-Lempp von der Hochschule Merseburg.

Abschließend werde ich einige konkrete Fragen beantworten, die aus den Reihen der Mitarbeiter(innen) stammen. Bei diesen Antworten handelt es sich um meine Position aus meiner derzeitigen Perspektive und nicht etwa um unumstößliche Wahrheiten. Die gilt auch für meine weiteren Ausführungen; hiermit erhebe ich keinen Anspruch auf wissenschaftliche Verifizierbarkeit. Meine Ausführungen sind vielmehr gedacht als Anregung eines Praktikers für Praktikerinnen und Praktiker. Ich möchte damit eine Brille reichen, durch die Sie die Dinge betrachten können, um dann zu prüfen, ob diese Brille zu Ihrer Optik passt, so dass Sie gegebenenfalls mit diesen Anregungen etwas experimentieren können.

Die zentrale Fragestellung heute lautet ja: Ist es möglich, mit Menschen unter den gegebenen Umständen eines Zwangskontextes eine Arbeitsbeziehung aufzubauen? Um das Ergebnis schon vorwegzunehmen: Ich glaube, ja, es ist möglich, allerdings müssen dabei einige wichtige Dinge beachtet werden, die ich nachfolgend zu erläutern versuche:

Systemtheorie

Eigentlich müsste es heißen „Systemtheorien“, weil es nicht nur eine Systemtheorie, sondern mehrere gibt. Es gibt die Personale Systemtheorie, die Soziale Systemtheorie, die Chaostheorie, um nur einige Systemtheorien zu benennen. Alle diese „Denkschulen“ unterscheiden sich an manchen Stellen, allerdings gibt es auch große Schnittmengen.

Die im Folgenden vorgestellten Aussagen würden sicherlich von Vertreter(inne)n aller oben genannten Schulen bestätigt werden.

- Ein System ist eine abgegrenzte Einheit von Elementen, die mit ihrer Umwelt in Wechselwirkung steht.
- Die Beobachtungseinheit besteht daher immer im System mit seinen relevanten Umwelten.
- Systeme verarbeiten Information auf der Grundlage ihrer eigenen internen Logik.
- Phänomene werden nicht linear-kausal, sondern zirkulär (Feedbackprozesse) erklärt.

Die Systemgrenze markiert gleichermaßen die Unterscheidung zwischen System und Umwelt. Was allerdings als System bezie-

hungsweise als Umwelt bezeichnet wird, ist abhängig von der Perspektive des Beobachters, der diese Unterscheidung trifft. So wird zum Beispiel aus der Klientenperspektive die Helferin und aus der Helferperspektive die Klientin als Umwelt bezeichnet. Das Verhältnis zwischen System und Umwelt wird als „strukturelle Kopplung“⁴¹ bezeichnet. Dies meint eine Wechselwirkung zwischen System und Umwelt, in der beide sich zwar beeinflussen, nicht aber direktiv steuern können. Systeme (auch wenn sie als Umwelt wahrgenommen werden) verarbeiten die an sie gerichtete Information auf der Grundlage ihrer eigenen Strukturen. Das sind bei Menschen innere Prozesse wie zum Beispiel Gedanken, Erinnerungen, Wahrnehmungs- und Deutungsprozesse, Absichten und Ziele, aktuelle Gefühle und Befindlichkeiten ... Bei Organisationen können das Aufbau- und Ablaufstruktur, Kommunikationsstrukturen, Strategien, Organisationskultur ... sein. Diese Informationsverarbeitung auf der Grundlage innerer Strukturen verleiht Systemen eine gewisse Autonomie, so dass sie nicht von außen steuerbar sind. Die Informationsverarbeitung auf der Grundlage von Systemlogik – und nicht etwa auf der Grundlage einer Sachlogik – führt nicht selten zu Unverständnis seitens der jeweiligen Umwelt. Wenn ein traumatisierter Mensch sich beispielsweise selbst verletzt, dann kann diese Handlung zur Unterbrechung von Dissoziationsphänomenen dienen und somit nach der inneren Logik eines Menschen absolut sinnvoll sein. Sofern einem Beobachter dieses Verhaltens dessen Funktion nicht bekannt ist, erscheint das beobachtete Verhalten absolut unverständlich, sinnlos, ja verrückt.

Von außen kommende Information, und das kann durchaus eine Intervention eines Helfers sein, wird also durch das System autonom auf der Grundlage der jeweiligen Systemlogik verarbeitet. Allerdings ist das System nicht völlig frei bei der Informationsverarbeitung, weil es die Konsequenzen für seine Informationsverarbeitung und der darauf folgenden Reaktion der Umwelt erfährt. Und diese können angenehm oder auch sehr unangenehm ausfallen. Hier wird deutlich: Bei aller Autonomie können Systeme sich nicht ihrer Verantwortung entziehen. Natürlich kann ein Klient die Aufforderung des Betreuers ignorieren, allerdings wird Letzterer eine Reaktion hierauf zeigen ... Gleichmaßen kann ein Helfer sich geringschätzig gegenüber einem Klienten verhalten, aber auch er wird hierfür die Konsequenz tragen müssen, auch wenn sich diese erst mittelfristig zeigen wird.

Wenn wir die obigen Ausführungen auf das Menschenbild übertragen, so könnte man sagen: Der Mensch ist ein System, das Informationen auf der Grundlage seiner inneren Strukturen (Gedanken, Gefühle, Werte, persönliche Ziele ...) autonom verarbeitet und mit seiner Umwelt in Wechselwirkung steht. Die chilenischen Systemtheoretiker Humberto Maturana und Francisco Varela bezeichneten dieses Phänomen als „Strukturdeterminiertheit“. Sie verhindert weitgehend eine Steuerung von

außen (durch die Umwelt). Das hat nun wieder zur Folge, dass wir uns von der professionellen Steuerungsillusion verabschieden müssen: Die Intervention bestimmt nicht, was mit dem Menschen passiert; vielmehr bestimmt der Mensch, was mit der Intervention passiert!

Konstruktivismus

Der Konstruktivismus ist mit den modernen Systemtheorien beinahe untrennbar verbunden. Eine sehr zentrale Aussage der konstruktivistischen Philosophie besagt, dass Menschen nicht in der Lage sind, die Wirklichkeit so wahrzunehmen wie sie ist, sondern sie schaffen ihre eigenen Wirklichkeitskonstruktionen.

Zwei wesentliche Grundannahmen des Konstruktivismus lauten:

- Alles, was gesagt wird, wird von einem Beobachter gesagt!
- Das, worauf wir unsere Aufmerksamkeit richten, gewinnt an Bedeutung!

Von großer Bedeutung ist im Konstruktivismus die Frage, wie wir zu unseren Erkenntnissen beziehungsweise zu unserem Wissen kommen. Das Modell der konstruktivistischen Epistemologie gibt auf diese Frage eine Antwort in Form eines sich zirkulär wiederholenden Dreischritts:

■ Wahrnehmen/beschreiben:

Wahrnehmung passiert nicht einfach so, sondern ist ein sehr aktiver Prozess und hochselektiv. Je nach unseren aktuellen Interessen oder anderen Notwendigkeiten nehmen wir ein und dasselbe Objekt sehr unterschiedlich wahr. Wenn wir denselben Wald einerseits von einem Liebespaar und andererseits von einem Holzhändler beschreiben lassen, werden die beiden Beschreibungen sicherlich sehr unterschiedlich sein, obwohl es sich um denselben Wald handelt. Das bedeutet, dass wir ein und dasselbe Objekt unterschiedlich wahrnehmen können und in der Folge unterschiedliche Beschreibungen anfertigen werden.

■ Erklären/hypothesisieren:

Unser Gehirn ist nicht in der Lage, wahrgenommene/beschriebene Phänomene einfach nur zu erkennen, sondern es versucht Zusammenhänge zwischen den einzelnen Wahrnehmungsfragmenten herzustellen. Wenn wir zum Beispiel an Blätter, Wurzeln, einen Stamm und Äste denken, entsteht in unserer Imagination sehr schnell ein Baum. Die einzelnen Puzzleteile unserer Wahrnehmung werden sozusagen von einem Komplettierungsmechanismus in unserem Gehirn zu einer Ganzheit zusammengefügt. Die Gestalttheorie spricht hier von der Tendenz zur Bildung einer guten Gestalt.

Während es bei Blättern, Ästen, Wurzeln ... noch recht einfach ist, einen sinnvollen Zusammenhang zu konstruieren, ist das bei komplexeren Phänomenen wie menschlichem Verhalten schon wesentlich schwieriger, insbesondere wenn die beobachteten Verhaltensweisen vor dem Hintergrund rationaler Logik

nicht erklärbar sind. Dies führt direkt zum dritten Schritt im menschlichen Erkenntnisprozess, nämlich zum

■ Bewerten/Ableiten von Schlussfolgerungen:

Nachdem wir Objekte oder Verhaltensweisen wahrgenommen und auf eine bestimmte Weise beschrieben und im Anschluss ein Erklärungsmodell für deren Entstehung und Zusammenhänge entwickelt haben, folgt eine Bewertung dieser Phänomene. Diese wiederum bietet eine Orientierung für geeignete Handlungsmuster.

Evolutionär betrachtet war es eben nicht ausreichend, die Dinge zu beschreiben: „Da kommt ein Tier mit zotteligem Fell, langen Zähnen in geduckter Haltung auf mich zu.“ Vielmehr war es für das eigene und das Überleben der Art förderlich, Zusammenhänge zwischen diesen Wahrnehmungsfragmenten herzustellen: „Es handelt sich wohl um einen Säbelzahn tiger!“ Jetzt war es (überlebens-)wichtig, aus dieser Erkenntnis noch die entsprechende Schlussfolgerung zu ziehen: „Es wäre wohl besser, den Spaziergang nicht in geplanter Weise fortzusetzen, sondern alle Energien zu mobilisieren und sich so schnell wie möglich aus dem Staub zu machen!“

Die drei beschriebenen Schritte des menschlichen Erkenntnisprozesses stehen in einem bestimmten Wirkungsgefüge zueinander, indem der jeweils vorherige Schritt sich auf die Gestaltung des Folgeschritts auswirkt. Je nachdem, was ich wahrnehme und welche Beschreibungen ich anfertige, bieten sich unterschiedliche Erklärungsmodelle an, die dann wiederum zu entsprechendem Verhalten führen.

Hier ein Beispiel: Ich kaufe am Kiosk eine Zeitschrift und der Kioskbesitzer gibt mir zu wenig Wechselgeld heraus. Unterschiedliche Wahrnehmungsmodi können nun dazu führen, dass ich gar nicht, sofort oder erst zu einem späteren Zeitpunkt bemerke, zu wenig Restgeld bekommen zu haben.

Und auch meine Erklärungen können unterschiedlich ausfallen: Erkläre ich mir sein Verhalten, indem ich ihm böse Absicht unterstelle, wird meine Schlussfolgerung für eine angemessene Reaktion anders ausfallen, als wenn ich davon ausgehe, dass er sich schlicht und ergreifend verrechnet hat. Je nachdem, wie meine Bewertung seines Verhaltens ausfällt, werde ich ihn zukünftig durch eine misstrauische oder durch eine eher neutrale Brille betrachten. Egal, welche Brille ich wähle, sie wird zu jeweils unterschiedlichen Wahrnehmungen/Beschreibungen des Kioskbesitzers führen.

Diese konstruktivistischen Grundideen haben – sofern man sie akzeptiert – nun eindeutige Konsequenzen a) für unsere Vorstellung von Wirklichkeit und b) für unser Handeln als Helfer(in):

a) dass es nicht die eine Wirklichkeit gibt, die als solche real wahrgenommen werden kann, sondern dass wir lediglich ein Bild von ihr erzeugen, das allerdings mehr vom Beobachter als von der äußeren Realität abhängt, und

b) dass es nicht nur eine Möglichkeit gibt, Dinge oder Phänomene (zum Beispiel Klientenverhalten) zu sehen und zu bewerten, sondern dass es grundsätzlich möglich ist, andere Perspektiven einzunehmen, die dann zu anderen Erklärungen und Handlungen führen.

Der Kybernetiker Heinz von Foerster² bringt dies auf den Punkt mit seiner Aussage: Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Bezogen auf Helferhandeln bedeutet dies, dass Wirklichkeiten – bezogen auf eine Zielsetzung, zum Beispiel Beziehungsgestaltung – eher hilfreich oder eher hinderlich beschrieben werden können. Ferner ist jede(r) verantwortlich für seine Konstruktion und ihr/sein daraus abgeleitetes Verhalten.

Einen sinnstiftenden Rahmen schaffen

Die systemische Kommunikationstheorie geht davon aus, dass jede Kommunikation/Handlung ihre Bedeutung erfährt durch den Kontext (Rahmen), in dem sie stattfindet. Das bedeutet, dass Kommunikationen/Handlungen nicht kontextunabhängig mit Bedeutung versehen werden können. Sieht man zum Beispiel während eines Theaterstücks, dass jemand erstochen wird, so wird die Bedeutungszuschreibung im Kontext „Theater“ eine andere sein, als wenn man die gleiche Szene auf dem Nachhauseweg in einer dunklen Seitengasse erlebt.

Wenn der Rahmen ausschlaggebend ist für die Bewertung dessen, was innerhalb des Rahmens geschieht, dann wäre es ja sinnvoll, dafür zu sorgen, dass der Rahmen so gestaltet ist, dass die Bewertung positiv ausfällt. Es macht einen Unterschied, ob beispielsweise ein Bewohner seine Unterbringung als Chance für einen Neuanfang sehen kann oder als Bestätigung dafür, dass er eine Gefahr für sich selbst und für andere ist. Im ersten Fall wird er alle Handlungen, die innerhalb dieses positiv konnotierten Rahmens stattfinden, als Unterstützung für seine wiederherzustellende gesellschaftliche Teilhabe betrachten; im zweiten Fall wird er alle dort stattfindenden Handlungen (zum Beispiel Interventionen) als grenzüberschreitende und freiheitsberaubende Missachtung seiner Person sehen. Der Hinweis, dass im ersten Fall eher mit Kooperation des Klienten und im zweiten Fall eher mit Widerstand zu rechnen ist, wirkt an dieser Stelle beinahe überflüssig.

Ausgehend von den vorangestellten Überlegungen, ist es sicherlich für erfolgreiches Helferhandeln nützlich, dafür zu sorgen, einen Kontext zu schaffen, in dem die Hilfe als positiv und unterstützend erlebt wird. Eine zentrale Fragestellung in diesem Zusammenhang lautet: Was können Helfer(innen) tun, um Klient(inn)en zu einer positiven Bedeutungszuschreibung des Hilferahmens einzuladen?

Natürlich sind auch hier die jeweiligen Kontextbedingungen zu beachten, um diese Frage angemessen zu beantworten. Diese könnten beispielsweise sein:

■ Welche Zielsetzung ist sinnvoll/realisierbar? Geht es in der Hilfe um entwicklungsorientierte Ziele (Beratung) oder um Status-quo-erhaltende Ziele (Betreuung/Begleitung)? →

- Wie hoch ist der Grad möglicher Mitbestimmung? Hat der Klient um Aufnahme und Unterstützung gebeten oder wurde er zwangsweise untergebracht?
- Ist die Unterbringung zeitlich begrenzt oder zeitlich unbegrenzt?

Grundsätzliche Möglichkeiten, einen Rahmen zu schaffen, den die Betroffenen als positiv erleben, sind:

- Ausrichtung an positiven Zielen (zum Beispiel Herr über meine Wut werden, statt Aggressionen loswerden).
- Problem abspalten: Nicht ich bin das Problem, sondern ich habe ein Problem.
- Aufenthalt als Übergangsphase beschreiben: lernen, mein zukünftiges Leben wieder möglichst selbstständig zu gestalten.
- Aufenthalt als Beginn einer neuen, besseren Zukunft betrachten, statt als Fortführung vergangener Niederlagen.
- Fokus auf Entwicklung: „Meilensteine“ mit Urkunden belohnen (zum Beispiel 14 Tage Herrschaft über meine Depression); Erfolge und Abschiede feiern ...
- Sprache (des Klienten) bewusst einsetzen/benutzen – Sprache schafft Wirklichkeit!
- Ausnahmen vom Problem aufspüren und hervorheben.

Bei diesen Vorgehensweisen ist es wichtig, dass die neue/positive Bedeutungszuschreibung (Rahmung) für Klient(inn)en Sinn machen muss und – möglichst frühzeitig – mit ihnen erarbeitet wird.

Beziehungsförderndes Verhalten von Helfern

Bleiben wir bei der Grundannahme, dass Menschen autonom sind und auf der Grundlage ihrer inneren Strukturen ihre Entscheidungen treffen. Dann gilt auch hier, dass Helfer(innen) allein nicht sicherstellen können, dass eine Arbeitsbeziehung zwischen ihnen und ihren Klient(inn)en zustande kommt. Allerdings gibt es Möglichkeiten, das Helferhandeln diesbezüglich mehr oder weniger wirksam zu gestalten.

Johannes Herwig-Lempp³ hat sich mit der Frage beschäftigt, welche Haltungen und Handlungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Menschen sich zu einer (Arbeits-)Beziehung einladen lassen. Er regt an, dass Helfer(innen) den Blick richten auf:

- Ressourcen, Stärken, Fähigkeiten der Klient(inn)en: Klient(inn)en möchten nicht nur als Problem(träger), sondern auch als Menschen mit Potenzialen gesehen werden;
- unterschiedliche Perspektiven: Nicht nur Helfer(innen) haben Motive für ihr Handeln, Klient(inn)en haben diese ebenso, auch wenn sie nicht (direkt) zu denen der Helfer(innen) passen. Beziehungsförderndes Verhalten bemüht sich, auch die Bedürfnisse und Motive der Klient(inn)en zu sehen – und diese ernst zu nehmen;
- Aufträge: Hilfe wird grundsätzlich nur akzeptiert, wenn diese sich an dem orientiert, was vom Empfänger ebendieser Hilfe gewollt, also „in Auftrag gegeben“ wird;

- Lösungen und die Zukunft: Gerade Angehörige der helfenden Gilde konzentrieren sich zu häufig auf das Problem, dessen Ursachen und damit auf die Vergangenheit. Die (meisten) Klient(inn)en empfinden es allerdings als angenehmer, sich auf die Zukunft und angestrebte Lösungen zu konzentrieren statt nach Ursachen in der Vergangenheit zu suchen;
- Vervielfältigung der Handlungsmöglichkeiten: Manchmal sind Helfer(innen) so auf den von ihnen favorisierten Lösungsweg festgelegt, dass sie glauben, dies sei der einzig wahre und gehbare. In den Fällen, in denen dieser Weg nicht mit den Vorstellungen der Klient(inn)en kompatibel ist, bedeutet das eine massive Belastung für die Arbeitsbeziehung;
- Autonomie und Eigensinn: Niemand möchte, dass Außenstehende über die eigenen Geschicke bestimmen. Fühlen Menschen sich in ihrer Autonomie bedroht, wird der Beziehungsaufbau zu ihnen zu einer echten Herausforderung.
- Kooperationsbereitschaft: Niemand ist dauerhaft im Widerstand, genau so wenig wie ständige Kooperation realistisch ist. Statt sich auf Widerstand und Non-Compliance zu fokussieren, wirkt sich die Konzentration auf bereits gezeigte Kooperation und die Frage, wie dieses Verhalten gefördert werden kann, deutlich positiver auf den Beziehungsaufbau aus;
- Wertschätzung: Anerkennung und Wertschätzung sind ein elementares Bedürfnis von Menschen. Wenn dieses Bedürfnis „bedient“ wird, steigt die Bereitschaft, sich auf eine Beziehung einzulassen.

Wie bereits erwähnt, stellen auch die oben genannten Verhaltensweisen keine Garantie für das Zustandekommen einer Arbeitsbeziehung dar, nicht zuletzt, weil Menschen in ihrer Vielfalt und Individualität bisweilen unvorhersehbar reagieren. Solange wir uns im Kontakt mit autonom denkenden und fühlenden Menschen befinden, sind wir gehalten zu experimentieren. Bezogen auf unsere „Beziehungsexperimente“ möchte ich drei lösungsorientierte Prinzipien benennen, die von Insoo Kim Berg⁴ stammen, einer sehr erfolgreichen Kurzzeittherapeutin:

- Wenn etwas funktioniert, mach mehr davon!
- Wenn etwas nicht funktioniert, mach was anderes!
- Repariere nichts, was nicht kaputt ist!

So einfach uns diese Richtlinien auf den ersten Blick auch erscheinen mögen, in der Praxis stellen sie sich häufig als Herausforderung dar.

Ihre Fragen – meine Antworten

Im letzten Teil meines Vortrages werde ich einige konkrete Fragen aus den Reihen Ihrer Mitarbeiter(innen) beantworten. Hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um meine Antworten handelt und nicht etwa um unumstößliche Wahrheiten. Es sind sozusagen Antworten aus der Perspektive eines Praktikers, die allerdings auch anders ausfallen könnten:

Warum ist eine „gute“ Beziehung gerade in Zwangssituationen so wichtig?

Sozialarbeit ist Beziehungsarbeit; das gilt nicht nur für Zwangskontexte. Wenn wir davon ausgehen, dass Menschen autonom und eigensinnig sind, müssen wir uns von der Illusion befreien, sie seien von außen steuerbar. Möglichkeiten, die wir stattdessen haben, sind: Einladung, Anregung und Irritation. Wenn wir als Helfer dennoch Einfluss nehmen möchten – und das ist ja unser Arbeitsauftrag – stellt sich nicht die Frage, wie kann ich meinen Klienten dazu bringen, dass er ..., sondern wie kann ich ihn/sie einladen/anregen/irritieren ...? Diese Interventionen werden umso wirksamer, je tragfähiger die Arbeitsbeziehung ist.

Wie kann eine Beziehung Zwang verkräften? Ist Beziehung da überhaupt möglich?

Ich bin der Ansicht, dass es nicht möglich ist, keine Beziehung zu seinen Klienten zu haben, sofern man tagtäglich im Kontakt ist! Die Frage ist, welche Qualität hat die Beziehung zwischen mir und meinen Klienten? Das führt wiederum zu der Überlegung: Wie lade ich Menschen ein, in dem Kontext, in dem wir uns begegnen, das Beste aus unserer Situation zu machen? Das wäre eventuell ein gutes Thema für eine (Inhouse-)Fortbildung.

Wer entscheidet, was eine „gute“ Beziehung ist im Kontext Beziehung – Zwang?

Wenn wir das Postulat der Autonomie/Strukturdeterminiertheit ernst nehmen, entscheidet der Klient, ob eine Beziehung gut ist. Dies bestätigt auch die Therapieforschung (s. hierzu Ausführungen zum Thema „Arbeitsbündnis“ in Duncan, Hubble, Miller⁵).

Häufig fordern Gesellschaft, Angehörige, Behörden und rechtliche Betreuer den „Einschluss“ der Klient(inn)en entgegen der Auffassung der Betreuenden. Wie kann man hier Konsens erreichen?

Konsens ist nicht immer möglich! In manchen Fällen trägt das Helfersystem sogar zur Stabilisierung des Problems bei. In vielen Fällen ist es wichtiger, Klient(inn)en dabei zu unterstützen, ihre Realität und die damit einhergehenden (Un-)Möglichkeiten zu akzeptieren. Das geht erheblich leichter, wenn die Hilfe so angelegt ist, dass sie dem Klienten zu mehr Selbstbestimmung und Lebensqualität verhelfen soll. Möglicherweise wäre es in einem solchen Fall sinnvoll, dem Klienten zu helfen, eine Vision zu entwickeln, wie sein Leben nach erfolgreichem Hilfeprozess aussehen könnte und die Teilhabe wieder gegeben wäre.

Es gibt sicherlich viele Möglichkeiten, dieses weite und schwierige Thema zu betrachten und aus dieser Betrachtung hilfreiche Schlussfolgerungen für die praktische Arbeit zu ziehen. Allerdings wird eine Betrachtung nicht automatisch hilfreich, nur weil sie anders ist. Wichtig ist vielmehr, ob die angebotene Brille zur Optik des Betrachters passt, so dass dieser neue Aspekte entdecken kann, die ihm helfen, sein Denken und Handeln zu verändern, bestenfalls zu entwickeln.

Anmerkungen

1. MATURANA, H. R.: *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie*. Braunschweig: Vieweg, 1982, S. 143ff., 150ff., 243f. und 251f.
2. FOERSTER, H. v.: *Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 7. Aufl. 2006.
3. HERWIG-LEMPP, J.: *Beziehungsarbeit ist lernbar. Systemische Ansätze in der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. In: PFEIFER-SCHAUPP, U. (Hrsg.): *Systemische Praxis. Modelle – Konzepte – Perspektiven*. Freiburg: Lambertus, 2002, S. 39–62.
4. BERG, I. K.; DE JONG, P.: *Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 2008.
5. DUNCAN, B. L., HUBBLE, M. A., MILLER, S. D.: *„Aussichtslose Fälle“: Die wirksame Behandlung von Psychotherapie-Veteranen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1998.



Lothar Hellenthal

Systemischer Supervisor, Organisationsberater,
Lehrender für systemische Beratung, Linnich
E-Mail: l.hellenthal@t-online.de

Hat die Gemeindepsychiatrie versagt?

Um die Angebote besonders im Bereich der ambulanten alternativen Unterstützungsformen zu erweitern, wurden je nach Bundesland unterschiedliche Projekte entwickelt. Einige davon werden im Folgenden vorgestellt.

Die zum Klinikum
Wahrendorff gehörende
Professorevilla in
Ilten bietet Platz für
25 Bewohner.



Bild: Euromedia/Bräutigam

Julia Krieger, Snefried-Oda Buchweitz-Klingsöhr,
Iris-Tatjana Graef-Calliess

INNERHALB DER VERGANGENEN 40 Jahre haben sich in der Psychiatrielandschaft zahlreiche strukturelle und haltungsbezogene Wandlungen vollzogen, die sich aus verschiedenen Strömungen ergeben haben. So resultierten aus der Psychiatrie-Enquete 1975 tiefgreifende Veränderungen der alltäglichen psychiatrischen Versorgung. Mit dem Beschluss der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und deren rechtsgültiger Umsetzung im Jahre 2008 wurden diese in ähnlicher Richtung ergänzt. Gleichzeitig ist das Thema Zwang auch auf rechtlicher Ebene immer noch Bestandteil der alltäglichen Psychiatrie, wie beispielsweise die freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Beide Pole stehen dabei in vielen Aspekten in einem eklatanten Widerspruch und führen nicht nur zu praktischen, sondern vor allem auch zu ethischen Konflikten.

Aus der Psychiatrie-Enquete 1975 sind einige notwendige Forderungen bezüglich der Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung erwachsen. Diese zielten unter anderem auf ein möglichst umfassendes Angebot der gemeindenahen Versorgung ab, um jedem Patienten/jeder Patientin die Möglichkeit einer Behandlung in seinem/ihrerem gewohnten Umfeld zu geben. Ein damit verbundenes Ziel war die De-Institutionalisierung der Psychiatrie, die insbesondere mit einer tiefgreifenden Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser einher-

ging. Gleichzeitig konnte eine Enthospitalisierung zahlreicher chronisch psychisch erkrankter Patient(inn)en erreicht werden. Die Zahlen sprachen zunächst rein oberflächlich betrachtet für sich: Die Zahl der Klinikbetten halbierte sich nahezu. Gleichzeitig reduzierte sich die durchschnittliche Liegedauer eines psychiatrischen Patienten um 75 Prozent.¹ Zentrale Ziele der Psychiatrie-Enquete sind die Versorgung auch schwer chronisch psychisch Kranker innerhalb der allgemeinen Gesundheitsversorgung und die Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker im gesellschaftlichen Leben.

Andererseits ist aber auch die freiheitsentziehende Unterbringung durch den Betreuer nach § 1906 BGB Bestandteil des psychiatrischen Alltags, insbesondere in der Versorgung schwer und chronisch psychisch erkrankter Klient(inn)en. Voraussetzung hierfür ist die „Unfähigkeit auf Grund einer psychischen Krankheit (...) die Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme zu erkennen oder nicht nach dieser Einsicht zu handeln“. Bevor diese erwirkt werden kann, müssen nachweisbar gescheiterte Versuche erfolgt sein, von der Notwendigkeit zu überzeugen, sowie deutlich sein, dass in ihr die einzige Option der Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens besteht und der erwartete Nutzen der freiheitsentziehenden Unterbringung die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich übersteigt.

Diese grundsätzliche Schwierigkeit wurde mit der Umsetzung der UN-BRK weiter verstärkt: Artikel 19 regelt eindeutig die freie Wahl des Aufenthaltsortes und schließt gleichzeitig die Verpflichtung zum Leben in besonderen Wohnformen aus.² Weiterhin muss der Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsmöglichkeiten im häuslichen sowie ambulanten Umfeld gewährt werden, einschließlich der Option auf eine umfassende ambulante Unterstützung im Rahmen einer persönlichen Assistenz.³

Ein weiterer Konflikt, der zwischen der freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1906 BGB sowie der Anwendung der UN-BRK erwächst, ist das Problem des Doppelmandates. Für Ärzte stellt sich in der Praxis nicht selten die schwierige Aufgabe, die wirksame Behandlung und Betreuung des Patienten (auf freiwilliger Basis) mit dem Ziel des Schutzes dritter Personen vor eventuellen Gefährdungen und Bedrohungen durch den Patienten zu verhindern.

Resultierend aus diesen Entwicklungen wurden auch in der Sozialgesetzgebung entsprechende Änderungen vorgenommen. In § 64b SGB V wird das Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen geregelt. Inhaltlich wird dabei insbesondere die Weiterentwicklung der Versorgungsmöglichkeiten psychisch kranker Menschen fokussiert, einschließlich komplexer psychiatrischer Behandlungen im häuslichen Umfeld.⁴ § 140a SGB V zur integrierten Versorgung zielt auf die Schaffung alternativer Versorgungsstrukturen. Der Schwerpunkt liegt hier mehr auf dem ganzheitlichen Ansatz. Ziel ist die Verbindung medizinischer und psychosozialer Behandlungselemente und die Umsetzung evidenzbasierter und bedarfsorientierter Behandlungskonzepte.⁵

Letzteres spiegelt sich ebenfalls in den neuen S3-Leitlinien (Feststellungen, um die Entscheidungen von medizinischem und therapeutischen Personal und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung zu unterstützen, Anm. d. Red.) zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wider. Der Fokus liegt insbesondere in der diagnoseübergreifenden Behandlung in einem multiprofessionellen Team unter Einbezug Angehöriger und der Peer-Group. Hierdurch wird eine Aufweichung der Grenzen zwischen psychiatrischem Versorgungssystem und der Lebensumwelt des Patienten möglich und damit eine gesamtgesellschaftliche Perspektive eröffnet.⁶

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Regelungen im SGB V als auch die S3-Leitlinien einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Qualität der psychiatrischen Versorgung leisten. Allerdings fällt bei der näheren Betrachtung auf, dass die Standards für die Versorgung von Menschen mit schwersten chronischen psychischen Erkrankungen eher untergeordnet behandelt werden (exklusive Regelungen, die die berufliche Rehabilitation betreffen). Konkrete Angebotsalternativen für Menschen, die sehr intensive und hochstrukturierte Alltagsbegleitung benötigen, sind bisher nur ungenügend differenziert dargestellt. Erschwerend kommt hinzu, dass verschiedene Kostenträger für die

Finanzierung der Hilfebereiche zuständig sind. In der Praxis werden somit häufig Bedarfe zwischen den einzelnen verantwortlichen Institutionen „hin- und hergeschoben“, ohne eine für den Patienten angemessene Lösung finden zu können.

Bestehende Versorgungsstrukturen

Bei der Betrachtung der Versorgungslandschaft in Deutschland fällt es auf den ersten Blick schwer, die Frage, ob die Gemeindepsychiatrie versagt hat, eindeutig zu beantworten. Die beschriebene Halbierung der Betten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern ging mit einem gleichzeitigen Aufbau an Betten in den Heimbereichen und den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einher. Gleichzeitig verdoppelte sich innerhalb von zehn Jahren die Zahl der Betten in forensischen Spezialeinrichtungen. Somit lässt sich aus dieser Perspektive insgesamt sogar eher ein Anstieg stationärer Plätze verzeichnen.⁷ Der vollstationäre Bettenabbau könnte somit eigentlich als eine „Bettenverschiebung“ in andere Bereiche der psychiatrischen Versorgungslandschaft angesehen werden. Gleichzeitig verdreifachte sich die Zahl der positiven Gerichtsbeschlüsse zur freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1906 BGB innerhalb der vergangenen 20 Jahre: Wurden 1992 noch insgesamt circa 20.000 Genehmigungen ausgesprochen, lag diese Zahl 2013 bei knapp 55.000.⁸ Diese Entwicklungen sind nur schwer mit den definierten Zielen der Psychiatrie-Enquete und der UN-BRK vereinbar.

Auch die Bestrebungen, Unterbringungen in stationären Einrichtungen zu vermeiden, sind in den vergangenen Jahren auf Grenzen der praktischen Machbarkeit gestoßen. Mecklenburg-Vorpommern erwies sich als ein Vorreiter des Abbaus geschützter stationärer Heimplätze. Allerdings stellte sich bald heraus, dass ein kleiner Teil der psychiatrischen Gesamtklientel nicht oder nur schwer innerhalb der bestehenden Versorgungsstrukturen betreut werden konnte. Freyberger und Kollegen⁹ versuchten sich dieser Problematik zu nähern und einen Überblick über die tatsächliche Zahl von Klient(inn)en mit besonders intensivem Betreuungsbedarf zu gewinnen. In einer umfassenden Analyse identifizierten sie insgesamt 137 Menschen, dies entspricht 5,21 Prozent der psychiatrischen Gesamtklientel Mecklenburg-Vorpommerns, die nur schwer in den bestehenden Strukturen aufgefangen werden können.¹⁰ Auf soziodemografischer Ebene wiesen sich diese durch Partner- und Arbeitslosigkeit, beziehungsweise durch einen hohen Berentungsgrad aus. Faktorenanalytisch wurden vier hauptsächliche Merkmalsgruppen extrahiert, die bei hoher Ausprägung mit einem besonders intensiven Betreuungsbedarf assoziiert waren. Dies waren Aggressivität (oder auch Unangepasstheit und Impulsivität), Suizidalität, Delinquenz und Substanzkonsum sowie eine Neigung zu Manipulation und Belästigung. Eine strengere Auswertung dieser Merkmale (mindestens drei mit einer hohen Ausprägung) ergab, dass 51 dieser 137 Personen als sogenannte

„Systemsprenger“ klassifiziert wurden.¹¹ Hierbei fiel eine hohe Kontextabhängigkeit auf, die in erster Linie über Interaktionsmuster in Betreuungsangeboten assoziiert war. Insbesondere der Einrichtungstyp (zum Beispiel WG vs. Klinik vs. Betreutes Wohnen) und die personelle Situation (Personalschlüssel, berufliche Qualifikation und Dauer des persönlichen Kontakts) hatten einen gewichtigen Stellenwert. Auf Ebene des Klienten waren zudem eine fehlende Tagesstruktur und die fehlende Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln von Bedeutung.¹² Ein daraus resultierendes Problem ist, dass die bestehenden Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern für diese Personengruppe nicht immer ausreichend waren und zum Teil aufgrund des Mangels an gemeindenahen Angeboten eine Versorgungsmöglichkeit in anderen Bundesländern gesucht werden musste.

Andererseits finden sich in den einzelnen Bundesländern auch zahlreiche Entwicklungen, die darauf abzielen, alternative Versorgungsmöglichkeiten zur stationären Unterbringung zu schaffen. Um den vielfältigen und hochindividuellen Bedürfnissen schwer chronisch psychisch erkrankter Menschen Rechnung tragen zu können, bedarf es einer möglichst breiten Angebotspalette. Erst hierdurch wird eine individualisierte und optimale Behandlung des Einzelnen ermöglicht. Dies schließt Angebote in ambulanten und/oder aufsuchenden Settings ebenso ein wie stationäre Angebote der psychiatrischen Versorgung. Integrationsangebote sind notwendig, bergen aber für manche Klient(inn)en ein Risiko der Dekompensation. Diese können von einer vorübergehenden Unterbringung in einer stationären Einrichtung der Wiedereingliederungshilfe stärker profitieren.¹³

In den unterschiedlichen Bundesländern wurden in den letzten Jahren vielfältige Modellprojekte gestartet, um die Angebotspalette insbesondere im Bereich der ambulanten alternativen Unterstützungsformen zu erweitern. Exemplarisch sollen einige kurz vorgestellt werden.

Eine Möglichkeit zum Ausbau ambulanter Behandlungsalternativen im Sinne der UN-BRK könnte im Bereich der Wiedereingliederungshilfe zum Beispiel in der Förderung heimeretzender Unterstützungssettings liegen, etwa im Rahmen eines intensiv betreuten Wohnens, wie es bereits in Westfalen umgesetzt wird.¹⁴ Im Bereich der Akut-Psychiatrie entwickeln sich in den letzten Jahren in verschiedenen Bundesländern Angebote für eine krankenhauseretzende psychiatrische Behandlung, zum Beispiel in Form von multiprofessionellen mobilen aufsuchenden Teams, zu denen leider derzeit noch wenig Begleitevaluation durchgeführt wird.¹⁵

Ein weiterer dieser Ansätze entstand in Mecklenburg-Vorpommern in dem Bestreben der Bildung regionaler, externer Expertenteams zur individuellen Beratung schwer chronisch Erkrankter. Diese Beratung sollte den Hilfeplankonferenzen nachgeschaltet sein und aus Vertreter(inne)n verschiedener Institutionen und Behandlungseinrichtungen bestehen. Ziel war

eine mit dem Klienten gemeinsame Suche nach individuellen Lösungsmöglichkeiten, wenn die Optionen regionaler Integrationsversuche erschöpft waren. Diese ist jedoch leider laut mündlicher Auskunft von Ingmar Steinhart, Leiter des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, bei dem gemeinsamen Fachtag gescheitert. Parallel zu diesen Entwicklungen erfolgte ein Ausbau regionaler geschlossener Heimplätze, um auch Patient(inn)en mit komplexen Versorgungsbedürfnissen ein erweitertes gemeindenahes Unterstützungsangebot zu ermöglichen.¹⁶

Bayern hingegen erarbeitete das Angebot des heimgangebundenen betreuten Wohnens. Der Fokus liegt hier auf der größtmöglichen Selbstständigkeit und institutionellen Unabhängigkeit der Klient(inn)en bei gleichzeitig hoher Verfügbarkeit professioneller Unterstützungsangebote in direkter räumlicher Nähe.¹⁷

Eine andere Option bietet das „virtuelle Heim“, das in Baden-Württemberg etabliert wurde. Hierbei handelt es sich um eine dezentrale Versorgungseinheit mit schwerpunktmäßiger Versorgung chronisch psychisch Kranker und mehrfachgeschädigter Alkoholabhängiger.¹⁸ Grundgedanke hinter diesem Konzept ist das Angebot aufsuchender Hilfen, bis hin zu Streetwork, um insbesondere auch Klient(inn)en mit schweren Abhängigkeitserkrankungen zu erreichen, die Komm-Strukturen nicht in Anspruch nehmen. Berücksichtigt werden in diesem Konzept auch die möglichen Einschränkungen in der sozialen Anpassungsfähigkeit, die die Wahrnehmung regulärer Hilfen erschweren können. Hierdurch wird eine Schnittstelle zwischen Suchthilfe und dem Hilfesystem für psychisch Kranke geschaffen.¹⁹

Eine weitere Alternative zur stationären Versorgung wurde im Rahmen des intensiv betreuten Wohnens in Nordrhein-Westfalen geschaffen.²⁰ Es ist gekennzeichnet durch ein variables, individuell ausgerichtetes und personenbezogenes Hilfe-System. Das Spektrum reicht von Hilfen mit sehr niedriger Frequenz im ambulanten Wohnumfeld bis hin zu fakultativ schließbaren Wohneinheiten für Menschen mit intensivem Betreuungsbedarf. Ein weiterer wichtiger Baustein des Konzeptes ist das Angebot von Hilfen bei der Umsetzung einer regelmäßigen Tagesstruktur, der Arbeit und der Teilhabe am Leben im Gemeinwesen.²¹

Somit zeigt sich, dass die Bundesländer auf verschiedenen Ebenen an dem Ausbau der gemeindenahen Versorgung auch schwer chronisch psychisch erkrankter Menschen intensiv arbeiten und zudem den Ausbau personen- und bedürfnisorientierter Angebote vorantreiben.

Perspektive aus der Praxis: Klinikum Warendorff

Allerdings reichen die aktuellen Versorgungsstrukturen der einzelnen Bundesländer immer noch nicht ganz aus, um auch Klient(inn)en mit schwersten psychischen Erkrankungen ihren

Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Resultierend hieraus ist seit einigen Jahren eine Tendenz erwachsen, dass für eben diese Klient(inn)en über die Grenzen des eigenen Bundeslandes hinaus nach Versorgungsmöglichkeiten Ausschau gehalten wird. Eine Möglichkeit findet sich hierbei in Niedersachsen, welches eines der Bundesländer mit dem größten prozentualen Anteil an Plätzen einer geschlossenen Heimunterbringung ist. Eine dieser Einrichtungen ist das Klinikum Wahrenndorff in der Nähe von Hannover. Es gliedert sich in ein großes psychiatrisches Fachkrankenhaus in privater Trägerschaft sowie einen großen Heimbereich der stationären Wiedereingliederungshilfe. Der Heimbereich verfügt über insgesamt 970 Plätze in unterschiedlicher Betreuungsdichte.

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass sich die Klientel im Laufe der letzten Jahre verändert hat. Experteninterviews mit zwei seit einigen Jahren im Klinikum Wahrenndorff beschäftigten Heimleitern haben ergeben, dass sich die Bewohnerstruktur zunehmend verjünge. Einerseits sei dies eine positive Tendenz – als Hinweis auf früher greifende Hilfesysteme und frühere Interventionen. Andererseits berge dies aber eigene Anforderungen, auf die im Sinne einer erfolgreichen Wiedereingliederung reagiert werden müsse. So seien mittlerweile ein nicht unerheblicher Teil der anfragenden Klient(inn)en junge Erwachsene ab 18 Jahren. Aufgrund der früh einsetzenden schwerwiegenden psychischen Erkrankung sei es vielen dieser jungen Menschen bisher nicht möglich gewesen, Bildungsabschlüsse zu erwerben. Hieraus entstehe die Notwendigkeit einer Verzahnung mit Schulen und Ausbildungsbetrieben, um den späteren Übergang in das Berufsleben und das häusliche Umfeld zu erleichtern.

Ein weiterer auffälliger Aspekt sei die deutliche Zunahme von Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere im Bereich illegaler Substanzen und multiplen Substanzmittelmisbrauchs. In der alltäglichen Praxis werde die Arbeit häufig erschwert durch immer neue synthetische Drogen, die noch nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fielen und frei erwerbbar seien.

Speziell bezogen auf die Strukturen eines geschützten Heimbereiches falle den Heimleitungen eindeutig auf, dass es bei der Klientel „Gewinner“ und „Verlierer“ gebe. Deutlich werde, dass insbesondere für Klient(inn)en mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen und Klient(inn)en mit deutlichen Verhaltensstörungen alternative Formen der Versorgung sinnvoller wären. Bei Ersteren zeigten die Erfahrungen vor allem zwei problematische Bereiche. Erstens falle diesen Klient(inn)en das sehr enge Zusammenleben mit zahlreichen anderen schwer psychisch Erkrankten aufgrund ihres eigenen Krankheitsbildes sehr schwer. Andererseits würden diese Patient(inn)en sehr unter anstehenden Umzügen in ein offenes oder auch ambulantes Setting leiden. Die Konfrontation mit der sich verändernden Situation und der daraus resultierende subjektiv empfundene Wegfall von Schutz und Unterstützung führten häufig zu starkem Über-

forderungserleben und mündeten in einer erneuten Dekompensation.

Für diese Klient(inn)en würden sich die befragten Expert(inn)en kleinere und ruhigere Wohneinheiten mit gleichzeitig höherem Personalschlüssel wünschen, um in der Stabilisierungszeit eine engmaschigere Betreuung gewährleisten und Übergänge in neue Wohn- und Lebenssituationen intensiver vorbereiten zu können.

Klient(inn)en mit deutlichen Verhaltensstörungen hingegen würden in der Wahrnehmung der Heimleiter aus der Betreuung in heilpädagogischen Einrichtungen mit engmaschigerer Begleitung einen höheren Nutzen ziehen können. Eine Unterbringung in einem geschützten Heimbereich bringe allein durch dessen Struktur schon eine Vielzahl an Reglementierungen mit sich, die sich verstärkend auf das Aggressionspotenzial auswirken und somit kontraproduktiv wirken würden. Bei allen Bestrebungen, diese Reglementierungen durch individuelle Ausgangsregelungen und intensive und bedürfnisgerechte Einbindung in tagesstrukturierende und Freizeit-Angebote abzufedern, sei und bleibe die Grundstruktur immer mit einem Rest-Konfliktpotenzial behaftet.

Andererseits gebe es auch Klient(inn)en, die eindeutig von dem Setting profitieren können, da es die Möglichkeit biete, eine zunächst extern geführte, klare Struktur zu erhalten, die durch eigene Kraft nicht aufgebaut und/oder gehalten werden könne. Insbesondere Klient(inn)en mit stoffgebundenen Abhängigkeiten könnten eine übergangsweise Unterbringung in einem geschützten Setting häufig konstruktiv nutzen, um sich hinreichend von dem jeweiligen Suchtstoff zu distanzieren und eine Grundstabilität zu erreichen, auf die später in weniger strukturierten Settings aufgebaut werden könne. Tatsächlich gebe es auch Klient(inn)en, die aus einer längerfristigen geschützten Unterbringung großen Nutzen ziehen könnten. Dies seien in der Regel Klient(inn)en mit einem stark eingeschränkten eigenständigen Orientierungsvermögen. Der geschützte Rahmen biete ihnen dabei einerseits eine innere Orientierungshilfe und andererseits auch physische Sicherheit und die Möglichkeit, gezielt mit Unterstützung ihren Tag zu strukturieren und zu organisieren.

Zur Verdeutlichung wird kurz der positive Betreuungsverlauf einer jungen Klientin beschrieben, die im Alter von 26 Jahren per Beschluss nach § 1906 BGB in einem geschützten Wohnbereich aufgenommen wurde. Noch vor Ablauf des Beschlusses konnte sie einen Stabilisierungsgrad erreichen, der einen vorzeitigen Umzug in eine Außenwohngruppe ermöglichte. Diagnostisch war bei der Patientin vordergründig ein massiver Alkoholabusus mit begleitenden Verhaltensstörungen tragend. Hinzu kamen eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung sowie eine Anorexia nervosa. Zusätzlich litt die Patientin unter nicht näher geklärten epileptischen Anfällen, die auch bei Alko-

holintoxikation auftraten, jedoch schon länger bestanden als der problematische Alkoholkonsum. In der Vorgeschichte fanden sich mehrfache Klinikaufenthalte zum Zweck der Entgiftung in den 18 Monaten vor der Aufnahme in den Heimbereich sowie eine gescheiterte Langzeitentwöhnungstherapie mit erneuten nachfolgenden stationären Klinikaufenthalten. Als hauptsächlicher Problempunkt wurde eine starke Leistungsorientierung identifiziert, die insbesondere in Stressphasen in extremer Selbstvernachlässigung und selbstzerstörerischem Verhalten in Form von Erbrechen und massivem Alkoholkonsum führte. Als Ziele wurden mit ihr die Entwicklung von Abstinenz und der Aufbau alternativer Regulationsstrategien vereinbart, sowie das (Wieder-) Erlernen einer adäquaten Ernährung und die Unterstützung bei der Tagesstrukturierung. Zudem wurden mit ihr Strategien entwickelt, damit sie ihr Studium, das zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Endphase war, auch während des Aufenthalts fortführen konnte.

Im Verlauf des Aufenthalts zeigte sich eine rasche Stabilisierung der Klientin. Es war ihr möglich, auch während des Aufenthalts ihr Studium erfolgreich weiterzuführen. Besuche in der Universität erfolgten zunächst mit unterstützender Begleitung, nach mehrmaligen erfolgreichen Belastungserprobungen dann eigenständig. Während des Aufenthalts kam es einmalig zu einem Alkoholrückfall, der im Anschluss gut mit ihr aufgearbeitet werden konnte, wobei alternative Strategien entwickelt wurden. Aufgrund des raschen positiven Verlaufs war es möglich, dass die Klientin bereits nach einer sechsmonatigen Stabilisierungsphase in eine Außenwohngruppe umziehen konnte. Nach weiteren vier Monaten war ein Auszug in das häusliche Umfeld der Eltern möglich. Das Studium konnte die Klientin während des Aufenthalts erfolgreich beenden.

Was können wir von den Bewohnern lernen?

Ein weiteres Ziel, das in den nächsten Jahren innerhalb des Klinikums im Rahmen eines Forschungsprojekts verfolgt werden soll, ist die Analyse erfolgreicher Umzüge in den offen geführten Wohnbereich und erfolgreicher Auszüge aus der stationären Wiedereingliederungshilfe.

Während sich einige Untersuchungen bereits mit den „Schwierigsten“ oder den „Systemsprengern“ beschäftigt haben, gibt es, soweit uns bekannt, bisher keine systematischen Untersuchungen zu den Erfolgskriterien und den individuellen Merkmalen einer Wiedereingliederung. Dabei erscheint aber gerade die nähere Betrachtung der Klient(inn)en, die es schaffen, sich zu stabilisieren, als besonders lohnenswert. Ziel der Studie ist, möglichst alle relevanten Bereiche zu betrachten. Dies umfasst sowohl in der Person liegende Eigenschaften und Ressourcen als auch Aspekte des direkten sozialen Nahraumes (familiäre Strukturen, Freundesbeziehungen, Art und Qualität sozialer Beziehungen) und sozialstrukturelle Meta-Aspekte (Angebote der

Versorgung, strukturelle Arbeitsmarktbedingungen etc.). Nur so kann ein möglichst umfassendes Bild über die einzelnen Faktoren und deren Zusammenwirken gewonnen werden. Um tiefere Eindrücke zu gewinnen, welche Strukturen und Prozesse auch einer langfristigen Stabilisierung zuträglich sind, sollen die Klient(inn)en nach Möglichkeit auch nach dem Auszug aus dem stationären Setting halbjährlich befragt werden.

Von den Ergebnissen werden Aufschlüsse darüber erhofft, was von den „erfolgreichen Aus- und Umzügen“ gelernt werden kann, um die Angebote für andere Heimbewohner(innen) gezielt zu verbessern, beispielsweise im Sinne einer begleitenden tagesklinischen Intervalltherapie im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in einer SGB-XII-Einrichtung. Zusätzlich könnten die Ergebnisse genutzt werden, um die poststationäre Weiterbehandlung weiterzuentwickeln, um Versorgungsabbrüchen, die gerade nach dem Auszug aus den stationären Angeboten der Wiedereingliederungshilfe eintreten können, gezielter entgegenzuwirken. Ziel ist neben der Optimierung von Behandlungsangeboten, institutionelle Vernetzungen und die Verbesserung der allgemeinen Rahmenbedingungen weiter voranzutreiben.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine moderne Gemeindepsychiatrie in der Lage sein muss, flexibel auf die individuellen Bedürfnisse der Klient(inn)en einzugehen. Dies kann am besten durch eine möglichst breite Angebotspalette und eine hohe Vernetzung der einzelnen Anbieter des professionellen Hilfesystems erreicht werden.²² In (nahezu) allen Bundesländern gibt es zahlreiche Bestrebungen, dieser Anforderung durch die Entwicklung innovativer und bedarfsorientierter Angebotsstrukturen gerecht zu werden. Allerdings fällt in der Gesamtschau auf, dass es derzeit noch an einer flächendeckenden Umsetzung evidenzbasierter ambulanter Behandlungsalternativen mangelt und es zudem noch keine priorisierte Umsetzung auf Ebene der gesetzlichen Krankenversicherungen gibt.²³ Daraus resultiert, dass die Qualität der psychosozialen Versorgung derzeit noch starken regionalen Unterschieden unterliegt.²⁴ Insbesondere mit Blick auf die Systemsprenger stellt sich dabei zwangsläufig die Frage, ob das bestehende Hilfesystem durch die eher starren Regelungen und die Unfähigkeit, flexibel auf individuelle Klientenbedürfnisse zu reagieren, unter Umständen dazu führt, dass Menschen zu Systemsprengern werden. Diese Antwort ließe sich aber nur finden, wenn es gelänge, ein ideal-konfiguriertes Versorgungssystem zu schaffen, das diesen hochindividuellen und komplexen Bedürfnissen Rechnung tragen kann.²⁵

Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine Entscheidung der Kostenträger über klare Zuständigkeiten bei gleichzeitiger Verschlankung von Verwaltungsapparaten notwendig.²⁶ Eine längsschnittliche Analyse erfolgreicher Auszüge aus SGB-XII-Hilfesystemen mit gelungener Stabilisierung kann hierbei einen

Beitrag leisten, um die therapeutische Begleitung und Behandlungsplanung, auch im Rahmen der ambulanten Nachsorge, effektiver zu gestalten. Auf dieser Basis kann ein besseres Verständnis für Resilienzprozesse geschaffen werden, die bei schwer chronisch psychisch erkrankten Patient(inn)en zum Tragen kommen.

Anmerkungen

1. LÄNGLE, G.; BUCHKREMER, G.: Veränderungen im stationären und ambulanten Leistungsgeschehen. Krankenhausreport 1997. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 1997.
2. TOLMEIN, O.: Gleichbehandlung und die UN-Behindertenrechtskonvention in der sozialrechtlichen Praxis. Handreichung im Rahmen des Projektes „Anwaltschaft für Menschenrechte und Vielfalt“. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte, 2014.
3. BEAUFTRAGTER DER BUNDESREGIERUNG (Hrsg.): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn: Hausdruckerei BMAS (Stand: Oktober 2014).
4. DEISTER, A.; WILMS, B.: Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie – Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. In: Psychiatrische Praxis, 42, Ausgabe 1/2015, S. 8–10. DOI: 10.1055/s-00341387487.
5. KILIAN, R.: Debatte Pro und Kontra: Integrierte Versorgung unter gemeindepsychiatrischer Steuerung – Pro. In: Psychiatrische Praxis, 41, Ausgabe 4/2014, S. 182–183, DOI: 10.1055/s-0034-1369953.
6. BRAMESFELD, A.; SCHÄFER, I.; STENGLER, K.; SCHOMERUS, G.: Impulse für die Versorgungsforschung: Was folgt auf die DGPPN S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien? In: Psychiatrische Praxis, 41, Ausgabe 2/2014, S. 65–67, DOI: 10.1055/s-0033-1359949.
7. STIERL, S.; BAUER, M.: Die Psychiatriereform war nur eine Modernisierung. In: Psychiatrische Praxis, 34, Ausgabe 5/2007, S. 215–217, DOI: 10.1055/s2007-970817.
8. BUNDESAMT FÜR JUSTIZ, REFERAT III 3: Betreuungsverfahren. Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2013. Stand: 9.10.2014; https://www.bundesjustizamt.de/DE/Shared-Docs/PuPublikationen/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (letzter Zugriff am 6. März 2015, 13:16 Uhr).
9. FREYBERGER, H. J., ULRICH, I., BARNOW, S.; STEINHART, I.: Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen – Eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. In: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 76, Ausgabe 2/2008, S. 106–113, DOI: 10.1055/s-2007-996172.
10. Ebd.
11. BRAMESFELD ET AL., 2014, a. a. O.
12. Ebd.
13. HAMBRECHT, M.: Gemeindepsychiatrie im 21. Jahrhundert. In: Psychiatrische Praxis, 34, Ausgabe 6/2007, e13–e16. DOI: 10.1055/s-2007-970938.
14. STEINHART, I.: Mietvertrag statt Heimvertrag. Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention oder Warum

werden Heim ersetzende Unterstützungssettings nicht stärker befördert? In: Sozialpsychiatrische Informationen, 44, Ausgabe 3/2014, S. 14–18.

15. STEINHART, I.; WIENBERG, G.; KOCH, C.: Krankenhauseretzende psychiatrische Behandlung in Deutschland. Praxismodelle, Standards und Finanzierung. In: G + G Wissenschaft, 14, 4/2014, S. 5–26.
16. FREYBERGER ET AL., 2008, a. a. O.
17. JÄHNEL, M.; REHM, S.; PAUSCH, S.; BARTMANN, U.; PRATSCH, P.; SPÖRL, K.: Untersuchungen zur Lebensqualität im heimgelagerten betreuten Wohnen für chronisch psychisch Kranke. In: Psychiatrische Praxis, 34, Supplement 1/2007, S. 136–137, DOI: 10.1055/s2006-940215.
18. LÄNGLE, G.; MAYENBERGER, M.; GÜNTHER, A.: Gemeindefähige Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? Rehabilitation, 40, Ausgabe 1/2001, S. 21–27, DOI: 10.1055/s-2001-12129.
19. Ebd.
20. BAYER, W.: Wohnheime zwischen Zwangsvergemeinschaftung und therapeutischem Milieu. Vortrag auf der Tagung „Wirksame Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen“. Ergebnisse der Forschung, Perspektiven aus der Praxis. Bad Boll: 7.–8. März 2006.
21. Ebd.
22. HAMBRECHT, M., 2007, a. a. O.
23. KILIAN, R., 2014, a. a. O.
24. BRAMESFELD ET AL., 2014, a. a. O.
25. FREYBERGER ET AL., 2008, a. a. O.
26. HAMBRECHT, M., 2007, a. a. O.



Julia Krieger

Klinikum Wahrendorff GmbH, Sehnde/Ilten
E-Mail: krieger@wahrendorff.de



Snefried-Oda Buchweitz-Klingsöhr

Klinikum Wahrendorff GmbH, Sehnde/Ilten
E-Mail: buchweitz-klingsoehr@wahrendorff.de



PD Dr. Iris-Tatjana Graef-Calliess

Klinikum Wahrendorff GmbH, Sehnde/Ilten
E-Mail: graef-calliess@wahrendorff.de

Wie geht das zusammen?

Das Recht auf Selbstbestimmung, die Versorgungsverpflichtung und die Einrichtung von geschlossenen Wohnheimen sind nicht leicht vereinbar.

Statt in einer geschlossenen
Einrichtung im Bauwagen
leben – für manche Patienten
kann auch das eine
individuelle Lösung sein.



Bild: photofranz56/fotolia.com

Matthias Rosemann

WIR WISSEN NICHT, ob der Umstand, dass in sozialpsychiatrischen Verbänden das Thema „geschlossene Heime“ in den letzten Jahren immer häufiger zum Thema gemacht wird, auf einen neuen Trend zurückgeht, oder ob ein sehr altes Thema nunmehr immer häufiger öffentlich gemacht wird. Die Diskussion wird seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) belebt, die das Thema Anwendung von Zwang und Gewalt neu in die öffentliche Debatte gebracht hat. Zwar steht seither eher die Frage der Zwangsbehandlung im Vordergrund, aber auch die Frage nach der Legitimität von Unterbringungen wurde neu aufgeworfen.

Es fällt auf, dass der Bundesgesetzgeber die Möglichkeit der Unterbringung in einem geschlossenen Wohnheim bei der Debatte um den § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), also der Einführung der gesetzlichen Grundlage für Zwangsbehandlungen im Betreuungsrecht, weder erörtert noch gar abgeschafft oder wenigstens zeitlich enger begrenzt hat. Es gibt also offensichtlich über die Dringlichkeit von Regelungen der Unterbringung in Heimen eine andere öffentliche Wahrnehmung als über die Zwangsbehandlung.

Die psychiatrische Landschaft fällt seit einiger Zeit immer weiter auseinander: Während auf der einen Seite mehr und differenziertere Dienste und Einrichtungen entstehen und das Recht auf Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung allerorten betont wird, werden gleichzeitig schwierige Menschen in geschlossene Einrichtungen abgeschoben. Jedes geschlossene Heim in der

Bundesrepublik verfügt über (lange) Wartelisten. Mit diesem offensichtlichen Widerspruch müssen wir uns auseinandersetzen.

Was sind die sozialpsychiatrischen Leitlinien? Klaus Obert nennt folgende (verkürzt)‘:

- Das Individuum steht im Zentrum des Handelns;
 - Autonomie so weit wie möglich bei der betroffenen Person belassen;
 - die Realität der Betroffenen und wie sie diese wahrnehmen mit ihnen reflektieren und sie als Realität der Betroffenen anerkennen, die nicht als Ausdruck der Krankheit oder als pathologisch ausgedeutet oder abgewertet wird;
 - beobachten, zuhören, „geduldiges Mitgehen“, verstehen lernen und empathisches Vorgehen;
 - (Wieder-)Herstellung und Sicherstellung der materiellen Existenzgrundlage;
 - intensive Aufmerksamkeit, Sorgfalt und Ernsthaftigkeit dem Gegenüber als Subjekt und seiner Umgebung entgegenbringen;
 - Inhalt der Symptome nachvollziehen und verstehen lernen.
- Dies sind alles auf Haltung zielende Beschreibungen von sozialpsychiatrischen Leitlinien.

Im organisatorischen Kern würde ich das auf zwei Grundprinzipien der Arbeit beziehen, in denen die Haltung zum Ausdruck kommt:

- Wir müssen die Sicherheit der Versorgung gewährleisten (Versorgungsverpflichtung) und

- uns zugleich am einzelnen Subjekt und dessen individuellem Bedarf ausrichten.

Das ist das Spannungsfeld, in dem sich die Fragestellung des Fachtags bewegt.

Denn die Versorgungsverpflichtung für alle Bürger eines Einzugsgebiets, also die Verpflichtung, keinen Menschen wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung von Hilfe auszuschließen, haben vielerorts nur die Kliniken übernommen. Die Versorgungsverpflichtung eines Hilfesystems (zum Beispiel in einem funktionierenden Gemeindepsychiatrischen Verbund) ist noch immer nicht der Standard, sondern eher die Ausnahme. Und individuelle Hilfeplanung, auch ein Standard, den wir gern im Munde führen, wird noch immer oft zu leicht ersetzt durch eine eher pauschale Aussage, dass Herr X oder Frau Y diese oder jene Einrichtung „benötige“.

Versorgungsverpflichtung lässt sich messen an der Frage, wie mit den sogenannten Schwierigsten umgegangen wird.

Wir müssen also bei der Thematik der geschlossenen Heime die Fragen stellen:

1. ob wir tatsächlich dazu beitragen wollen, dass es weniger werden;
2. welche Mittel wir dazu entwickeln wollen;
3. ob die Existenz solcher Einrichtungen die Vermeidung von Unterbringungen fördert oder hindert und
4. welche Konsequenzen zur Vorhaltung solcher Angebote daraus zu ziehen sind.

Warum gibt es immer wieder den Ruf nach geschlossener Unterbringung?

Das Problem sind nicht die sozialpsychiatrischen Leitlinien, die falsch sind, sondern die mangelnde Umsetzung. Die hängt mit der Struktur unseres Hilfesystems zusammen. Jede Institution definiert sich durch die Aufgabe, die sie vom zuständigen Kostenträger bekommt. Insofern denken und handeln wir in einem System von „Zuständigkeiten“. Solange wir das tun, werden Menschen, für die keiner zuständig ist, nicht ausreichend versorgt. Erst wenn wir in der Kategorie „Verantwortung“ denken, offenbaren sich andere Möglichkeiten.

Unterbringungen sind oft Resultate von Überforderungen einzelner Einrichtungen oder Dienste oder Ausdruck von Verzweiflung von sozialen Systemen wie Familie und Nachbarschaften.

Dem liegt immer der Blick der Vereinzelung und das Erleben zugrunde, mit dem Problem alleingelassen zu werden. Das Bewusstsein von gemeinsamer Verantwortung ist der erste wesentliche Schritt, dem entgegenzutreten.

Nahezu alle Debatten, die ich dazu bisher erlebt habe, gehen von der Beschreibung von Menschen aus, die die jeweilige Einrichtung (oder den rechtlichen Betreuer oder die Familie) vor besondere Herausforderungen stellen. Sätze, die in den Gesprächen immer wieder zu hören sind, lauten zum Beispiel: „Wir

haben alles versucht und nichts hat geholfen“, „Immer wieder haben wir getan, was wir konnten, aber wir konnten nichts bewirken“. Wer ist der Sprecher dieses „Wir“ und wen meint er oder sie damit? Fast immer stammt die Formulierung aus der Sicht einer einzelnen Einrichtung. Sie nimmt die Perspektive eines einzelnen Akteurs ein, der mit dem Klienten überfordert ist. Aus dieser Perspektive stimmen diese Aussagen auch oft und drücken Überforderung aus.

Das zentrale Problem liegt in dieser Perspektive der Vereinzelung des Akteurs. Denn wir haben es fast überall noch nicht geschafft, das Herausfordernde dieser Menschen als ein gemeinsames Problem zu begreifen. Ebenso selten versuchen wir, diese gemeinsame Aufgabe auch gemeinsam zu bewältigen. Unser gegliedertes System der sozialen Sicherung bietet uns dafür einen hervorragenden Hintergrund, vor dem wir oft erst einmal unsere Zuständigkeit sehen, dann – verstärkt durch knappe Ressourcen in allen Einrichtungen – unsere Nichtzuständigkeit (oder wenigstens unsere Nachrangigkeit) feststellen und zunächst einen anderen in der Verantwortung sehen.

Wozu soll eine geschlossene Unterbringung dienen?

Oft dient der Freiheitsentzug dazu, Menschen zu zwingen, etwas zu tun oder eben etwas nicht zu tun. Meist soll er dazu beitragen, dass Beziehungen entstehen, die den Menschen dazu bewegen, das schädigende Verhalten zu unterlassen.

Alle drei Erwartungen können richtig sein. Bei konsequenter Anwendung der sozialpsychiatrischen Leitlinien wäre aber zu fragen, wie es gemeinsam gelingen könnte, Beziehungen zu schaffen, die ermöglichen, Hilfe und Unterstützung anzunehmen, ohne die Freiheit zu entziehen.

Die Antworten gehen oft gegen die jeweilige institutionelle Denkstruktur, die wir gewohnt sind. Gelingen kann das nur, wenn wir das Verständnis von „Verantwortung“ als eine gemeinsame, einrichtungsübergreifende Aufgabe definieren und üben und an die Stelle von „Zuständigkeit“ setzen.

Ferner ist oft zu hören, dass viele Klient(inn)en vor allem die hohe Struktur der geschlossenen Einrichtungen benötigen würden. Damit sind wohl vor allem die hohe Personaldichte, klare und eindeutige Regeln sowie tagesstrukturierende Elemente gemeint. Deshalb würden sie nicht selten auch freiwillig in der Einrichtung bleiben. Wo „geschlossene Tür“ draufsteht, ist vor allem „hohe Struktur“ drin. Die eigentliche helfende Wirkung scheint für viele Menschen von der Struktur auszugehen. Solchen Forderungen zu folgen hieße also, Einrichtungen mit hoher Struktur zu schaffen und zu prüfen, ob diese auch ohne Unterbringungsbeschluss und Freiheitsentzug Wirkung entfalten.

Freiheitsentziehende Unterbringung ist aber nicht die Unterbringung in einer Einrichtung mit hoher Struktur, sondern in einer mit Freiheitsentzug. Wer viel Struktur oder eine hohe Personaldichte benötigt, sollte diese auch ohne Freiheitsentzug

erhalten können. Wenn wir also prüfen, was die „Schwierigsten“ benötigen, dann sind das oft bestimmte Hilfen oder Strukturen von Hilfen. Was das eigentlich Therapeutische am Freiheitsentzug ist, bleibt bei konsequenter Anwendung der Frage, was ein Mensch benötigt, oft im Hintergrund.

Gemeinsam Verantwortung übernehmen

Im System verschiedener, unabhängiger und unterschiedlicher Leistungserbringer wird es nur gelingen, Unterbringungen in geschlossenen Heimen zu vermeiden, wenn wir gemeinsam und einrichtungsübergreifend das Übernehmen von Verantwortung an die Stelle der Definition von Zuständigkeit setzen. Bei der Planung von Hilfen für Menschen, die uns in besonderer Weise herausfordern, müssen zudem die individuell notwendigen Hilfen in den Mittelpunkt gestellt werden. Erst dann werden wir herausfinden, welchen therapeutischen Wert oder welche schützende Funktion eine Freiheitsentziehung hat.

Das bedeutet, in gemeinsamer Verantwortung Hilfestellungen für das Leben der Menschen mit einer solchen Gefährdung zu entwickeln und sich aus der jeweiligen eigenen Zuständigkeit (alternativ: Konzept, Hausordnung, Regeln) heraus auf die Menschen zuzubewegen. Wenn eine Region die grundsätzliche Entscheidung getroffen hat, Unterbringungen tatsächlich als „Ultima Ratio“ zu betrachten, muss sie Strategien entwickeln, um geschlossene Unterbringungen in geschlossenen Heimen zu vermeiden.

Welche Strukturen für gegenseitige Unterstützung und kooperative Hilfeplanung benötigen wir für diese wenigen schwierigen Menschen?

- Besondere Gremien oder Besprechungen über einzelne Menschen mit herausforderndem Verhalten, in denen die Frage mitbedacht wird, wie wir uns bei der individuell notwendigen Hilfe für diese Person unterstützen und welche angemessenen Hilfen wir entwickeln können?
- Leistungen zwischen verschiedenen Einrichtungen aufteilen („Lasten auf mehreren Schultern verteilen“);
- Mitarbeitende in den betroffenen Teams zusätzlich unterstützend einsetzen;
- regelmäßige gegenseitige solidarische und unterstützende Beratung über Trägergrenzen hinweg;
- gemeinsame Supervision für die beteiligten Teams;
- Rotation von verantwortlichen Leistungserbringern (eine andere Form des „Verteilens von Lasten auf mehreren Schultern“).

Dazu einige Beispiele aus unserer Erfahrung:

Herr A.

Herr A. war ein ehemaliger Langzeitpatient unserer früheren Versorgungsklinik, die es heute nicht mehr gibt. Er hatte sehr viele Jahre auf der „Chronikerstation“ gelebt und wirkte in sei-

nem Auftreten und seinem Verhalten sehr bedrohlich, wenn er angespannt war. Er stand unter ständiger Beeinträchtigung durch seine Wahnideen und wurde daher als „chronisch akut psychotisch krank“ bezeichnet. Als die „Chronikerstation“ aufgelöst wurde, suchten wir für jeden dort lebenden Menschen nach einer Lebensform, die ihm angemessen sein würde. Wir fanden sie für Herrn A. in einem Stadtteil von Berlin-Reinickendorf, in dem wir mehrere kleinere Wohnungen rund um ein von einem anderen Träger betriebenes Tageszentrum angemietet hatten. In Berlin sind auch hohe Betreuungsdichten im ambulant betreuten Wohnen möglich. Deshalb konnten wir Herrn A. täglich aufsuchen. Das Tageszentrum hat mit Blick auf den Bedarf an sieben Tagen in der Woche bis abends um 19 Uhr geöffnet. Tageszentrum und ambulant betreutes Wohnen im Umfeld sind Bestandteil der bezirklichen Psychiatrieplanung.

Wir ahnten, dass es in einem „normalen“ Mietshaus mit Herrn A. nicht einfach werden würde, versuchten es aber gemeinsam. Tatsächlich stellten sich Probleme mit Nachbarn ein, für die das Verhalten von Herrn A. befremdlich und lästig war (nächtlicher Lärm, offene Türen). Im Tageszentrum kam es zu Konflikten mit anderen Nutzerinnen, wenn Herr A. medikamentös nicht gut behandelt war.

Die gemeinsam erarbeitete Konzeption sah vor, dass die Klinik über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) Herrn A. medikamentös behandelt. Dies geschah zunächst über einen Pfleger der früheren Station, später über den vertrauten Chefarzt. Als dieser diese Aufgabe nicht mehr übernehmen konnte (Todesfall) und die Leitung der Abteilung und der Klinik in andere Hände überging, nahmen die Probleme deutlich zu. Der Klinik wurde die zehntägliche aufsuchende Behandlung zu viel, die behandelnden Ärzte kannten Herrn A. nicht und waren eher verängstigt. Zeitweise konnte die Behandlung durch einen Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes übernommen werden, der Herrn A. schon lange kannte.

Um die Wohnsituation zu entspannen, entschlossen wir uns zu einem Umzug von Herrn A. (ein deutlicher Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht) und stellten ihm eine neue Wohnung etwas weiter weg vom Tageszentrum zur Verfügung. Diese Wohnung war umgeben von weiteren Wohnungen, die uns als Träger gehörten. Die Berührungsfelder mit „normalen“ Nachbarn nahmen fast vollständig ab. Im Haus befindet sich eine Gemeinschaftsetage, in der sich Mitarbeiter(innen) fast rund um die Uhr aufhalten. Ein Präsenzdienst in den Abendstunden wird aus einem gemeinsamen Pool von Mitarbeitenden des Tageszentrums und von uns gewährleistet. Auch ein Nachtbereitschaftsdienst befindet sich im Haus. Mit diesem kooperativen „integrierten“ Setting konnte Herr A. bis zu einem Schlaganfall in seiner Wohnung leben.

Herr A. lehrte uns ein Umdenken: Als auch in seinem Fall die Frage nach einer Unterbringung in einem geschlossenen Heim anstand, formulierte ein Kollege des Gemeindepsychiatrischen

Verbunds, Herr A. sei kein Systemsprenger, sondern ein Netzprüfer. Dieser Begriff hat uns in den folgenden Jahren stets begleitet.

Herr B.

Die Sorge um Herrn B., der ebenfalls sehr viele Jahre als Patient auf der Langzeitstation gelebt hatte, war eine andere. Er gefährdete sich selbst, da er ohne Orientierung das Haus verließ und „abhandenkam“. Es bestand die stetige Sorge, dass er auf der Suche nach einer Zigarettenkippe auf die Gleise der U-Bahn klettern und sich somit stark gefährden würde.

In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe, an der die zuständige Teamleiterin der Eingliederungshilfe aktiv teilnahm, entwickelten wir einen sehr langsamen Prozess des Übergangs aus der Klinik in unser Übergangwohnheim (ÜWH). Zuerst wurden die Ausgänge von Herrn B. aus der Klinik durch Kolleg(inn)en des ambulanten Teams begleitet. Nach mehreren Monaten bekam er die Einladung, gelegentlich eine Nacht im ÜWH zu verbringen. Nach einigen Nächten im Verlauf von einigen Wochen wurden es immer mehr Nächte. In der letzten Steigerungsform befand er sich werktags im ÜWH und am Wochenende in der Klinik. Das Besondere daran: Die Klinik hielt immer ein Bett für ihn bereit und der Träger der Eingliederungshilfe finanzierte durchgängig die Betreuung durch das ÜWH.

In den Wintermonaten wurde die Klinik wieder in den Mittelpunkt gestellt, um der Sorge zu begegnen, dass er erfrieren könnte, falls er nicht nach Hause fände. Nachdem sich diese Sorge als unbegründet erwies, wurden die Versuche im nächsten Frühjahr wieder intensiviert. Er lebte danach viele Jahre im ÜWH. Immer wieder verließ er das Haus und stieg in die S-Bahn, fuhr zu einem Bahnhof und bestieg einen Zug. Dank eines Brustbeutels mit seiner Adresse und unseren Telefonnummern konnte er identifiziert werden, wenn er aufgegriffen wurde. Unsere Mitarbeitenden holten ihn immer wieder aus verschiedenen Orten Deutschlands ab. Seltener hatten Polizei und Bahn den Mut, ihn in einen Zug nach Berlin zu setzen.

Herr C.

Herr C. ist vor wenigen Jahren durch Umzug seiner Familie in unseren Bezirk in unser Hilfesystem gekommen. Er ist ein junger Mann mit osteuropäischem Migrationshintergrund, der unter erheblichen psychotischen Ideen leidet, die bei guter medikamentöser Behandlung beherrschbar werden. Da er unter den Nebenwirkungen der Medikamente leidet, versucht er die Behandelnden zu bewegen, die Medikamente zu ändern oder er nimmt sie nicht ein. Sowohl vor dem Hintergrund seiner persönlichen Biografie als auch seiner Psychose gerät er oft in massive Konflikte mit seiner Umgebung. Diese führten dazu, dass seine Familie sich von ihm abwandte und ihn nicht mehr bei sich dulden konnte. Da er sich an keinerlei Regeln halten kann, gerät er auch in jeder Einrichtung oder Unterkunft in Konflikte. In den

letzten drei Jahren wurde ihm in jeder Wohnungslosenhilfeeinrichtung teils nach wenigen Tagen, manchmal erst nach einigen Wochen, gekündigt. Der von der Klinik unternommene Versuch, ihn in einer geschlossenen Einrichtung unterzubringen, scheiterte nach wenigen Wochen an seinem Verhalten.

Ein kleines Team unseres Trägers hatte nach einem ersten Versuch in einer Wohngemeinschaft den Kontakt zu ihm aufrechterhalten. Egal, in welcher Pension für Wohnungslose er untergebracht war, er wurde von diesem Team betreut. Es gelang, eine Beziehung aufzubauen. Sie ist zwar manchmal noch brüchig, hat aber deutlich erkennbar an Stabilität gewonnen. So gelingt es diesem Team immer wieder, ihn zu bewegen, Behandlung anzunehmen und mit ihm für die notwendigsten Dinge des Lebens zu sorgen. Er sucht das Team fast täglich auf. Gelegentlich nutzt er ein kleines Begegnungszentrum unseres Trägers.

Mit Hilfe des Psychiatriekoordinators des Bezirks gelang es gegen verschiedene Widerstände, ein im Besitz des Bezirks befindliches Grundstück am Rande einer S-Bahn-Trasse, also mit wenig Nachbarschaft, zu mieten und dort einen ehemaligen Bauwagen aufzustellen. Mit kleinen, aber wirkungsvollen Umbauten wurde der Bauwagen winterfest gemacht. Auch eine Chemietoilette wurde eingebaut. Duschen kann Herr C. in den Büroräumen des Teams, das ihn betreut, und das nur circa zehn Gehminuten entfernt liegt. Die Firma, der das angrenzende Grundstück gehört, betrachtete unser Tun und Treiben mit großer Skepsis. Wir blicken nun auf bald zwei Monate zurück, in denen es zwar auch zu Schwierigkeiten kam, aber in denen das Konzept gelang.

Es wäre noch von Frau D. zu berichten, der nach einer über einjährigen Krankenhausunterbringung schon nach wenigen Tagen in einem geschlossenen Heim gekündigt wurde. Seit rund zwei Jahren fordert sie die Ressourcen und Fähigkeiten eines unserer Teams in bisher ungekannter Weise. Sie beschimpft, bespuckt und schlägt Mitarbeitende und andere Klient(inn)en. Sie ist manchmal ohne jede Distanz und dann wieder wochenlang in extremer Weise regressiv. Manchmal nimmt sie anderen Menschen in ihrer Umgebung alles weg, was sie gern für sich hätte (Essen, Zigaretten, Getränke). Manchmal zieht sie sich wochenlang ins Bett zurück und ist kaum ansprechbar. Ihr Ernährungszustand war einmal so schlecht, dass sich eine Ethikkommission mit der Frage von Zwangsernährung beschäftigte, sie aber ablehnte. Frau D. war monatelang fast ebenso häufig und lang in der Klinik wie bei uns. Es gab auch andere Monate, in denen sie sich gegenüber ihrer Umgebung freundlich und kooperativ verhielt. Wir wissen nicht, warum sich ihr Zustand immer wieder verändert und finden keinen Zusammenhang zwischen unseren Interventionen und ihrem Verhalten.

Auch hier nahmen wir die Unterstützung einer anderen Einrichtung (Tagesstätte) und der Klinik im Sinne von geteilter Last in Anspruch. In diesem Fall bemühten wir uns neben vielfältiger Supervision und gezielter zusätzlicher Fortbildung auch um Rat

von Kolleginnen und Kollegen aus anderen Institutionen und aus einem anderen Gemeindepsychiatrischen Verbund. Noch immer sind wir häufig ratlos.

In diesen Beispielen kommen die oben erwähnten Aspekte zum Tragen: gegenseitige Beratung und Unterstützung, Hilfeplanung unter besonderen Bedingungen und in intensiver gemeinsamer Abstimmung (auch im Verlauf), das gemeinsame Tragen von Belastungen, das Finden individueller Lösungen (zum Beispiel der Bauwagen). Die Beispiele sollen zeigen, dass sich bei wirklich kooperativer Zusammenarbeit und der gemeinsamen Haltung, keinen Menschen wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung auszugrenzen, deutliche Handlungsspielräume eröffnen, die auf den ersten Blick nicht zu sehen waren.

Wenn noch ein Kreis von Menschen übrig bleibt, dem es hilft, dass die Freiheit entzogen wird, sollte das so geschehen, dass die Verantwortung für diese Menschen im Hilfesystem (Gemeindepsychiatrischer Verbund) bleibt und systematisch die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit einer Freiheitsentziehung gewährleistet und dokumentiert ist.

Juristische Möglichkeiten

Jede Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme sollte voraussetzen, dass nachweisbar alle Möglichkeiten einer gegebenenfalls in verbindlicher Kooperation verschiedener Einrichtungen und Dienste organisierten, am individuellen Bedarf ausgerichteten Hilfe hinreichend erprobt wurden und gescheitert sind.

Für die Menschen, die nach diesen eingehenden Versuchen noch immer nicht die notwendige Hilfe erhalten, muss eindeutig belegbar sein, welche hilfreiche Wirkung allein vom Freiheitsentzug ausgeht. Denn alle anderen Hilfen (auch die hochstrukturierenden) wurden ja bereits versucht. Anders darf das Prinzip der Ultima Ratio nicht interpretiert werden. Unterbringungen, beispielsweise weil sich ein Kostenträger weigert, eine Maßnahme zu finanzieren, für die er zuständig ist, sind rechtswidrig! Eine Unterbringung mit Freiheitsentzug kann nicht wegen zu geringer Personaldichte in der entsprechenden Einrichtung angeordnet werden.

In den Gutachten müssen diese Abwägungen und Versuche für das Gericht und den Klienten/die Klientin nachvollziehbar dargestellt werden. Auch Gutachter(innen) müssen in der Lage sein, die Umstände der notwendigen und versuchten Hilfe zu beurteilen. Liegt ein einschlägiges Gutachten vor, das nicht hinreichend diese Abwägungen trifft, ist der/die Gutachter(in) abzulehnen. Insofern würde es in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung Tätigen sehr helfen, wenn Gutachter(innen) und Gerichte diese Fragen an uns richten würden.

Fazit

Natürlich kann man auch gemeinsam scheitern. Auch in Regionen mit besten kooperativen Versorgungssystemen landen Menschen in geschlossenen Einrichtungen oder im Maßregelvollzug.

Nur bei einer wirklich gemeinsam versuchten Hilfestaltung, nach verschiedenen Anläufen und letztlich gemeinsam zu verantwortendem Scheitern kann die Einschränkung von Freiheit an ein Gericht zur Entscheidung gegeben werden. Die Maßstäbe dafür sind mit der UN-BRK gesetzt.

Es mag vielleicht eine kleine Zahl von Menschen geben, denen weder die hochstrukturierten Angebote noch die Verantwortlichen im Hilfesystem (das sind alle Akteure gemeinsam) helfen können. Für diese Menschen stellt die geschlossene Tür einen nachvollziehbaren Schutz dar, der anders nicht gewährleistet werden kann. Sie benötigen möglicherweise eine geschlossene Unterbringung. Das ist nicht gleichbedeutend, dass ein Hilfesystem eine geschlossene Einrichtung benötigt. Es sollte eine primäre Forderung an regionale Hilfesysteme sein, diesen einzelnen und – im quantitativen Umfang geringfügigen – Bedarfen regional entsprechen zu können.

Es ist unsere Aufgabe, geschlossenen Einrichtungen mit überregionaler Aufnahmestruktur durch konsequente gemeindepsychiatrische Arbeit im vorgenannten Sinne die Nachfrage zu entziehen. Wenn eine Unterbringung in einer entsprechenden Einrichtung in Ausnahmefällen doch erfolgt, muss gewährleistet sein, dass die abschiebende Region kontinuierlich Kontakt hält und ihre Eintrittspflicht in die Verantwortung systematisch organisiert.

Für das Hilfesystem einer Region bleibt die zentrale Aufgabe, die Hilfen so vernetzt zu gestalten, dass am Ende nur noch die Frage offen bleibt, welche Funktion der eigentliche Freiheitsentzug hat.

Anmerkung

1. Zitiert nach: OBERT, K.: *Alltags- und Lebenswelt orientiertes Sozialpsychiatrisches Handeln aus Sicht der Sozialen Arbeit*. In: DÖRR, M. (Hrsg.): *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 2015.



Matthias Rosemann

Geschäftsführer der Träger gGmbH, Berlin-Reinickendorf, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbände e.V., Bonn
E-Mail: gst@traeger-berlin.de

„Keiner“ ist illusorisch und „alle“ ist unmenschlich

Auszug aus einer Stellungnahme einer Angehörigenvertreterin von psychisch Kranken beim Fachtag „Alle oder keiner – Geschlossene Unterbringungen nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuchs“.

Eva Straub

DIE GESCHLOSSENE UNTERBRINGUNG als ein Teil der sozialpsychiatrischen Betreuung wird einerseits vehement kritisiert und in etlichen Bundesländern nicht angewendet. Andererseits wird die Meinung vertreten, dass es nicht ganz ohne geht. Der Fachtag „Alle oder keiner“ am 11. Februar 2015 beschäftigte sich mit der Unterbringung in geschlossenen Heimen. Auch hier zeigte sich, wie vielfältig die Ansichten dazu sind.

Meiner Überzeugung nach, und damit weiß ich mich mit vielen Angehörigen psychisch kranker und behinderter Menschen einig, brauchen wir bei den heutigen psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten auch geschlossene Einrichtungen. Für mich als Angehörige stellen sich drängende und bislang unbeantwortete Fragen (s. S. 26 ff.) von deren Antworten mein Für oder Wider zu geschlossenen Heimen abhängt. Die Schlüsselfrage ist: Warum schafft es die ambulante, doch sehr breitgefächerte Sozialpsychiatrie nicht, alle, auch die schwerstpsychischkranken Menschen zu betreuen? Und welche Versorgungsalternativen sind für sie denkbar, damit eine Unterbringung in geschlossenen Heimen vermieden werden kann?

Mit viel personellem, zeitlichem und finanziellem Engagement ist es möglich, ganz vereinzelt Menschen, die krankheitsbedingt sich oder andere gefährden, vor einer geschlossenen Unterbringung zu bewahren. Es müssen sich dazu träger- und einrichtungsübergreifend professionelle Helfer(innen) finden, die mit viel Geduld, Kreativität, Einfühlungsvermögen und Bereitschaft zur Zuwendung Menschen in außergewöhnlich kritischen Krankheitsphasen über lange Zeit begleiten. Das geht nur in Einzelfällen. Insofern kann ich den Titel des Fachtags „Alle oder keiner“ in Bezug auf die geschlossene Unterbringung nicht als realistisch ansehen. „Keiner“ ist illusorisch und „alle“ ist unmenschlich.

Die Lebensqualität der Betroffenen

Nicht außer Acht zu lassen ist, dass beileibe nicht alle psychisch kranken Menschen für sich selbst für gut und richtig halten, was von der Sozialpsychiatrie als hervorragende Betreuung oder von den Angehörigen als erstrebenswert angesehen wird. Oder

umgekehrt: Nicht alle halten es für eine Katastrophe, in einem Heim mit geschlossenen Türen leben zu müssen.

Wenn ich eines in den 30 Jahren der Begleitung unseres an Schizophrenie erkrankten Sohnes gelernt habe, dann, dass die wunderschönen Vorschläge für ein angenehmes und zufriedenes Leben, die seine Eltern, sein Umfeld, seine Therapeut(inn)en und Psychiater erdacht haben, fast überhaupt nicht seinen Vorstellungen von Lebensqualität, oder sagen wir besser, von einem aushaltbaren Leben entsprachen. Das ist verständlich: Wer von uns steckte selbst schon mal in einem von schweren Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen, Ängsten und Zwangsvorstellungen beherrschten Leben? Wer also kann – ganz abgesehen davon, dass Lebensqualität immer etwas sehr Individuelles ist – Pläne für andere machen? Ein Grundprinzip der psychiatrischen Betreuung, das in engem Zusammenhang mit der Selbstbestimmung als fortschrittlicher Doktrin im Umgang mit psychisch kranken Menschen steht, ist: Über den Kopf des Patienten hinweg verordnete Lebensformen und -pläne führen nicht nur zu nichts. Sie treiben den Menschen unter Umständen weit weg von uns und den gutgemeinten Maßnahmen – in eine Situation, in der er wörtlich und im übertragenen Sinn Porzellan zerschmeißt, randaliert, sich von den festen bürgerlichen Normen weiter entfernt, bis er schließlich untergebracht werden muss. Er fühlt sich unverstanden und mutterseelenallein in einer ihn bedrängenden Welt. Wenn ein solcher Mensch, der das Versorgungssystem an seine Grenzen der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bringt – daher nennt man diese Menschen Systemtester –, in einer geschlossenen Einrichtung endlich zur Ruhe kommt und sich dort wohlfühlt, warum nicht? Geht es nicht einzig und allein um ihn? Oder geht es um den Ehrgeiz von Sozialpädagogen(inn)en und der sozialpsychiatrischen ambulanten Versorgung?

Angehörige zwischen Verzweiflung und Entspannung

Nach vielen Versuchen, den Patienten in die Familie oder in eine „normale“ sozialpsychiatrische Begleitung einzubinden, ist es so

weit: ein richterlicher Beschluss mit Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung. Und alle sind erleichtert. Vielleicht sogar der betroffene Mensch selber! Die Unsicherheiten haben ein Ende.

Selbst die Angehörigen, obwohl sie nach dem Unterbringungsbeschluss verzweifelt und wütend waren, erkennen doch sehr bald, dass es für den Betroffenen und für sie die bessere Lösung ist. Deshalb muss man die Angehörigen nicht als Unmenschen schmähen. Sie sind am Ende ihrer Kraft und ihres „Lateins“ und erwarten nun endlich eine Zeit der Ruhe für sich und den Betroffenen, ohne ständige Sorgen und ohne Hochspannung, was als Nächstes passieren wird.

Die Familien sind Laien und wissen noch weniger mit schwer psychisch kranken Familienmitgliedern umzugehen und sich zu wehren als Profis in Einrichtungen. Aber sie leiden seelisch erheblich unter dem Verfahren und dem Bewusstsein, ihren geliebten Nahestehenden „eingesperrt“ zu wissen. Auf der anderen Seite ist für viele diese vielleicht längst fällige Entscheidung eine Befreiung aus der Hilflosigkeit. Die Unterbringung in einem geschlossenen Heim verhindert, so sehen sie es, Schlimmeres, vielleicht eine Straftat oder einen Suizid.

Geschlossene Heime haben einen schlechten Ruf

Was als Erstes an geschlossenen Heimen auffällt, sind die geschlossenen Türen, ist der Freiheitsentzug. Dieses ist keine eigenständige Maßnahme, keine Strafkation, sondern eine Notwendigkeit, um das Wichtigste tun zu können: die vom inklusiven Leben ausgeschlossenen Menschen wieder zu sozialem Leben zu befähigen.

Denn neben der Funktion, einen geschlossenen Bereich sicherzustellen, haben die Einrichtungen die Aufgabe, Eingliederungshilfe zu leisten, Stress – wozu auch die Umwelt beitragen kann – von den Bewohner(inne)n fernzuhalten, gesellschaftliche Teilhabe der Klient(inn)en zu fördern, und zwar vom Tag der Aufnahme an.

Geschlossene Heime haben einen schlechten Ruf und sind ein miserables Aushängeschild für die Versorgung in der Region. Eine Faustregel sagt: Die Qualität eines psychiatrischen Versorgungssystems zeigt sich nicht zuletzt darin, wie viele Menschen mit Zwangsmaßnahmen begleitet und betreut werden und wie dabei mit ihnen umgegangen wird.

Die Stigmatisierung der geschlossenen Heime bewirkt das Gegenteil von dem, was sie bewirken soll: Sie verschwinden nicht ganz und gar. Es passiert Schlimmeres: Sie verschwinden in den Untergrund, wo sie nahezu unkontrolliert und unbeobachtet existieren können, nach dem Brecht'schen Motto „Die im Dunkeln sieht man nicht ...“. Im Verborgenen, unbemerkt von der Öffentlichkeit, entziehen sie sich der öffentlichen Kontrolle. Genau das ist es, was wir Angehörige nicht wollen! Wir wollen Transparenz!

Die Folge des schlechten Leumunds geschlossener Heime ist, dass viele Regionen und auch etliche Bundesländer keine geschlossenen Heime in ihrem Umfeld haben wollen. Sie schämen sich, zu ihrer Notwendigkeit zu stehen. Und das mit Recht. Denn die in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und Gemeindepfychiatrischen Verbänden vernetzten Anbieter von Hilfen haben sich zur Pflichtversorgung und Versorgungsverantwortung für alle psychisch kranken und behinderten Menschen in der Region verpflichtet. Das ist oberster Vernetzungsgrundsatz. „Wohnortnähe“ heißt das unverrückbare Prinzip der Versorgungsverpflichtung für eine Region. Das gilt auch für alle psychisch Kranken – dachte ich! Es gilt offenbar aber nicht für Menschen, die aufgrund schwerwiegender Besonderheiten ihrer Erkrankung eine Unterbringung in einem geschlossenen Setting brauchen. Diese werden fast immer in weit entfernte geschlossene Heime abgeschoben.

Raus aus dem Für-und-Wider-Dilemma

Mein Vorschlag, wie das Dilemma, geschlossene Heime zu brauchen, sie aber nicht haben zu wollen, weil man sich ihrer schämt, aufgelöst werden kann, ist: Transparenz, mit offenen Karten spielen, zu den geschlossenen Heimen stehen, darüber reden, öffentlich über sie diskutieren, fehlende Qualitätsrichtlinien kritisieren. So lässt sich die Spreu vom Weizen trennen.

Dringliche, noch offene Fragen

Ehe ich mich mit der Existenz von geschlossenen Einrichtungen und der heute (noch) notwendigen Maßnahme, psychisch kranke Menschen, die keine Straftat begangen haben, geschlossen unterzubringen, anfreunden kann, erwarte ich Antworten auf folgende Fragen:

- **Wie sieht es mit der Prävention aus? Woran fehlt es, wenn wir von schwerstpsychischkranken Menschen sprechen, um sie auf dem Weg in ein geschlossenes Heim aufzuhalten? Was kann besser gemacht werden? Warum werden Ansätze wie zum Beispiel „Soteria“ (alternative stationäre Behandlung von Menschen in psychotischen Krisen, Anmerkung d. Red.), in der auf Vertrauen und die Stärken des psychisch kranken Menschen gesetzt wird, nicht regulär angeboten? Warum werden flächendeckende Kriseninterventionsdienste nicht mit mehr Nachdruck installiert?**

Am Geld kann es nicht liegen, denn geschlossene Heime sind auch teuer. Sie bieten eine gewisse Sicherheit, dass Patient(inn)en, die in einer wahnhaft-paranoiden Krise stecken, nicht alleingelassen werden.

- **Warum macht der „Bamberger Hof“ in Frankfurt mit seinem Hometreatment-Konzept nicht Schule?**

Es ist eine vielversprechende Möglichkeit, schwer psychisch kranke Menschen nicht aus den Augen zu verlieren – mehr noch, sie medizinisch und pflegerisch behandeln zu können, ohne dass sie in das ungeliebte Krankenhaus müssen.

■ **Wie steht es um die Lebensqualität in geschlossenen Heimen?**

Gerade in geschlossenen Einrichtungen ist die Lebensqualität von großer Bedeutung. Wie steht es um die Tagesstruktur, ums Wohnen in Einzelzimmern, das Ermöglichen von Selbstversorgung, den hürdenlosen Kontakt zum Betreuer, die Perspektive auf Entlassung, das Beschwerdemanagement, die Mitsprache der Bewohner(innen) etc.? Darüber hinaus sind großes Fingerspitzengefühl und viel Geduld der Heimmitarbeiter(innen) erforderlich, um den Bewohner(inne)n das Gefühl von einem Zuhause zu geben. In geschlossenen Heimen landen Menschen, die meistens zu wenig individuell begleitet wurden, die zu viel Fremdbestimmung erleben mussten, die sich gegen Druck und Bevormundung wehren, vor institutionellem Betreuen fliehen und die das Vertrauen in eine hilfreiche Hilfe verloren haben. Sie brauchen Halt und Verständnis. Es ist eine falsche Annahme, dass hier nur „therapierunwillige“ und „therapieresistente“ Betroffene hinkommen.

■ **Gibt es ein bewusst gefördertes Alltags- und Teilhabe-training?**

Wer in einem geschlossenen Heim landet, ist kein „hoffnungsloser Fall“, kein „Charakterkrüppel“. Es sind psychisch sehr kranke Menschen, die wieder in die Spur kommen, wenn ihnen von besonders fähigen und erfahrenen, professionell tätigen Menschen dabei geholfen wird.

■ **Wird den Bewohner(inne)n außerhalb der Beschränkungen ein gewisses Maß an Selbstbestimmung gewährt?**

Um nach der Freilassung wieder Anschluss an „das Leben“ zu kriegen, muss Selbstbestimmung geübt werden.

■ **Wird Wert auf Kontakt der Bewohner(innen) zu ihren Angehörigen und auf Kontakt der Heimleitung zu den Angehörigen gelegt? Bemüht sich die Heimleitung, Angehörige der Bewohner(innen) zu kontaktieren und sie am Leben ihrer untergebrachten Partner(innen) oder Familienmitglieder teilhaben zu lassen?**

■ **Gibt es eine Vernetzung nach draußen in dem Sozialraum, aus dem der Betroffene kommt und in den er zurückkehren wird?**

Die geschlossenen Heime sind keine vom Festland getrennte Inseln im Ozean der psychiatrischen Versorgung, deren Brücken bei der Einlieferung der Betroffenen eingezogen werden. Der Kontakt zur vorherigen Lebenswelt sollte nicht abreißen. Vernetzung sowohl mit denen, die den Menschen vor der Unterbringung betreut haben und mit denen, die ihn wieder aufnehmen, ist selbstverständlich. Bei dem Psychiatrietourismus quer durch Deutschland ist das schwer, aber nicht unmöglich.

■ **Wird die Entlassung von langer Hand vorbereitet?**

Der Blick auf die Entlassung und ein langfristig auf die Entlassung ausgerichtetes Alltagstraining sind unerlässlich und selbstverständlich. Dazu gehört ein Konzept zur öffentlichen An- und Einbindung der Einrichtung in den Sozialraum.

■ **Wie werden Lockerungen gehandhabt?**

Es ist unerträglich, dass es für Lockerungen keine gesetzlichen oder wenigstens allgemeingültigen Regeln gibt. Jede(r) Betreuer(in) handelt nach eigenem Ermessen. Nicht akzeptabel ist, dass das Maß der Unterwerfung des Klienten für die Lockerungen und die Dauer der Unterbringung entscheidend ist.

■ **Welche anderen Möglichkeiten außer geschlossenen Heimen gibt es, und warum werden sie nicht genutzt und ausgebaut?**

Mein Wunsch

Wäre ich Mutter eines in einem geschlossenen Heim untergebrachten Menschen, würde ich wollen, dass das Heim von den Kostenträgern und der Heimaufsicht besucht und kontrolliert wird. Die Arbeitsweise sollte transparent und Berichte sollten nachlesbar sein. Erfolge wie Misserfolge sollten offengelegt werden. Ich würde wollen, dass die Medien Unrecht anprangern, wenn sie etwas entdecken.

Wenn ich Mutter eines suizidgefährdeten Menschen wäre, wäre ich froh, ihn in guten Händen von Betreuer(inne)n zu wissen, die Tag und Nacht aufpassen, ob Warnzeichen im Anmarsch sind.

Wenn meine Tochter immer wieder aus Angst vor der Behandlung aus der Psychiatrie fliehen und in der Obdachlosigkeit landen würde, dort randalieren und aufgegriffen würde, immer wieder in die geschlossene Station eines Krankenhauses eingeliefert und fixiert würde, würde ich mir wünschen, sie käme endlich in einer therapeutischen und beschützenden Einrichtung zur Ruhe, wo sie eine Reha bekäme. Da gäbe es kein Weglaufen. Ich wäre froh, dass sie wieder zu einem Leben ohne Angst und Gewalt finden könnte und nicht durch einen Polizeieinsatz und Fesseln an Händen und Füßen gedemütigt würde.

Das ist unserem Sohn und uns, Gott sei Dank, bisher erspart geblieben.



Eva Straub

2. Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Bayern e.V.
E-Mail: eva.straub@bingo-ev.de

„Dass Ihr mir ja keinen abweist!“

Hochstrukturierte Hilfearrangements sind unverzichtbar in der gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung.

Ingmar Steinhart

KNAPP 40 JAHRE nach dem Beginn des wohl erfolgreichsten sozialen Reformprojekts in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags, erleben wir einen Zeitgeist, der mit technokratischen (Prüfungs- und Dokumentationsaufwand) und finanzpolitischen Umwälzungen beschäftigt ist. Zu Letzteren zählen beispielweise eine zunehmende Ökonomisierung statt Fachlichkeit, eine neue Krankenhausfinanzierung und eine Reform der Eingliederungshilfe über ein Bundesteilhabegesetz. Es fehlt heute ein neues, vor allem menschenrechtbasiertes Navigationssystem. Dies gilt insbesondere unter dem Aspekt des wohl wichtigsten Paradigmas der Psychiatrie-Enquete, der sogenannten Vollversorgung innerhalb eines regional zu definierenden Einzugsgebietes von psychiatrischen Angeboten einschließlich von Kliniken und Heimen. Es beinhaltet keine „Verlegung“ von unpassenden Personen in ferne Regionen oder gar ihre Konzentration in größeren Einrichtungen. Wesentlich ist, sich hier klarzumachen, dass die Vollversorgung nur das Wunsch- und Wahlrecht auf der Anbieterseite einschränkt – jede(r) Bürger(in) aus dem Einzugsgebiet muss versorgt/behandelt werden, und zwar nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Der einzelne psychisch kranke Mensch kann sich natürlich für einen anderen Ort der Unterstützung seiner Wahl entscheiden. Hilfestellung zur konsequenten Umsetzung dieser alten Forderung der Psychiatrie-Enquete kommt jetzt von der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und der mit ihr eng verknüpften Diskussion zur Inklusion. Einschränkend ist anzumerken, dass das Gegenteil, die Exklusion, nach wie vor von großen Teilen der Bevölkerung gewünscht wird. Dies manifestiert sich fast täglich etwa durch Bürgerproteste bei der Installation psychiatrischer Angebote im Gemeinwesen. Viele Fachexpert(inn)en halten ebenfalls die Aussonderung in „Sonderwelten“ weiterhin für hilfreicher, als zumindest den Weg der Integration vollumfänglich mitzugehen. Wie anders ist die weiter fortschreitende „Verlegung“ von Patient(inn)en in Sonderwelten, auch in Großgruppen, zu begründen (zum Beispiel in Kliniken mit Einzugsgebieten von rund einer Million Einwohnern). Stattdessen sollte man sich für (ambulant basierte) lebensfeldbezogene Hilfearrangements starkmachen und zum Beispiel einen Krankenhausbetrieb danach ausrichten. Schaut man sich die psychiatrische Landschaft bundesweit an, so ist die Zahl vollständig aufgelöster Anstalten an einer Hand abzuzählen. Sogenannte

„Heimbereiche“, oft immer noch auf Anstaltsterritorium, erfreuen sich nach wie vor großer Beliebtheit (besonders für Personen, die nicht „integrierbar“ erscheinen), ebenso wie größere und kleinere psychiatrische Sonderwelten auf der grünen Wiese. Die Vielfalt der in den letzten Jahren gewachsenen tatsächlich alternativen Angebote sollte nicht den Blick verstellen, dass der wesentliche Auftrag der Psychiatrie-Enquete noch nicht abgearbeitet ist: die umfassende Vollversorgung aller psychisch kranken Menschen in einem lebensweltbezogenen Einzugsgebiet.

Der Lebensweltbezug ist noch ausbaubar

Die Leitidee, um die Exklusion zu beenden, war in den letzten Jahrzehnten die Integration. Hierfür wurde viel im Bereich rehabilitativ orientierter Konzepte und vor allem bezüglich einer Optimierung der Finanzierungssysteme getan. Es stehen insbesondere im SGB V, aber auch im SGB XII weitreichende Ressourcen zur Verfügung, um „den Einzelfall mit Anspruch“ in die Gesellschaft zu (re)integrieren beziehungsweise zu (re)habilitieren. Dabei sind nicht die Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen im Fokus der Hilfen, sondern ausschließlich die Unterstützungsleistungen bei der durch den Betroffenen selbst zu erbringenden „Anpassungsleistung“. Es wird mit/für den Betroffenen ein passender „Ort zum Leben“ gesucht, im Wesentlichen muss er sich dort einpassen. Ein solcher personenzentrierter Ansatz definiert sich leider nach wie vor über die „in die Jahre gekommenen kleineren Institutionen“, bei denen unklar ist, wie viele der Anstaltstraditionen sich dort im Laufe der Jahre bewahrt haben („Gemeindepsychiatrischer Hospitalismus“). In der Umgangssprache in der gemeindepsychiatrischen Szene spricht man weniger von subjektorientierter Hilfe in einer Lebenswelt und in einem Umfeld, sondern von den institutionellen Ausformungen wie „ABW“ (Ambulant Betreutes Wohnen), „Tagesstätte“, „WfBM“ (Werkstatt für Behinderte Menschen), „Wohnheim“, „Wohngemeinschaft“. Genau diese einrichtungsbezogenen Konzepte bilden die Finanzierungssysteme in ihren Landesrahmenverträgen ab, die sich in daran orientierten Leistungstypen als finanzielle Umrechnungswährung manifestieren. Insgesamt kann man heute sagen, dass sich der personenorientierte Ansatz in der Psychiatrie und insbesondere in der Eingliederungshilfe im Wesentlichen durchgesetzt hat – der subjektorientierte Blick und daraus abgeleitete differenzierte Therapiemethoden haben in die Sozialpsychiatrie Einzug

gehalten. Allerdings ist es um den Umwelt- beziehungsweise Lebensweltbezug nach wie vor nicht so gut bestellt. Neue Denkanstöße kommen durch den Beitritt zur UN-BRK: Hier gilt es in diesem Zusammenhang, insbesondere den Artikel 19 zu berücksichtigen, in dem die Vertragsstaaten sich verpflichten, dass

a) Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;

b) Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen, sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft nötig ist.

Der Zwang, besondere Wohnformen zu nutzen beziehungsweise die in der Praxis fast ausschließlich in Einrichtungen gewährten Hilfen, insbesondere bei intensiveren Unterstützungsbedarfen, widerspricht der UN-BRK. So sollten zum Beispiel die oben genannten Landesrahmenverträge auf ihre Barrierefreiheit im Sinne der UN-BRK für Menschen mit seelischen Behinderungen überprüft beziehungsweise ergänzt werden. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Gemeindepsychiatrie und Gemeindepsychologie haben schon seit über 20 Jahren den Umweltbezug, also eine ökologische Psychiatrie, gefordert. Da die Leistungsträger, die Anbieter und insbesondere das medizinische System diesem bisher nicht konsequent folgen wollten, ist es bei einer personenbezogenen institutionellen Psychiatrie geblieben. Wir haben an anderer Stelle angeregt, eine zweite Psychiatrie-Reform umgehend zu beginnen und dafür – sozusagen als inhaltliche Leitplanke – ein „funktional organisiertes Basismodell gemeindepsychiatrischer Hilfen“ entwickelt. Es ist verbunden mit Forderungen nach Behandlungsmöglichkeiten im Lebensfeld und im Umfeld (etwa Home Treatment, Rückzugsräume) sowie nach „Therapieansätzen für die Gemeinschaft“, was in der Fachterminologie mit Prävention umschrieben wird.^{1,2}

Es fehlt weiterhin ein übergreifendes Konzept, eine (neue) Leitorientierung in der Sozialpsychiatrie. Hier könnte das Konzept der Inklusion eine Hilfestellung sein und den mittlerweile verkümmerten Wurzeln der Sozialpsychiatrie neue Nahrung geben. Gleichwohl muss hierauf aufsetzend an einer weitergehenden theoretischen Fundierung der Sozialpsychiatrie gearbeitet werden, wofür wir den Capabilities Approach^{3,4} als sehr geeignet erachten.

Als Inklusion wird die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung an allen gesellschaftlichen Bereichen bezeichnet. Nähert man sich diesem Thema mit der gebotenen Ernsthaftigkeit, so wird aus dem einfachen Thema der selbstverständlichen Teilhabe schnell ein hochkomplexes. Man stellt fest, dass der Begriff der Inklusion kein statisches Ziel

beschreibt, sondern die Voraussetzung für generelle Teilhabe aller Menschen an gesellschaftlichen Möglichkeiten. Vor allem enthält der Begriff der Inklusion einen subjektorientierten sozialtherapeutischen und mindestens gleichrangig einen sozialpolitischen Auftrag: die Umgestaltung der Umwelt im Sinne einer inklusiven Gesellschaft, die die Bürgerrechte aller ihrer Bürger(innen) respektiert und zu realisieren hilft.

Exklusion verhindern, Inklusion fördern

Akzeptiert man Inklusion als Auftrag insbesondere für das professionelle Hilfesystem, so werden viele aktuelle Angebotsformen für Hilfen zur Teilhabe ebenso infrage gestellt wie eingeführte psychiatrische Behandlungsleistungen, denn ein solcher Auftrag führt über die bisherige Praxis der Integration hinaus. Inklusion beinhaltet mehr als eine Normalisierung beeinträchtigten Lebens durch Anpassung an sogenannte normale Lebensstandards. Eigentlich funktioniert Inklusion ganz einfach: Jeder Mensch mit Psychiatrie-Erfahrung oder einer Benachteiligung welcher Art auch immer soll die Wahl haben, dort zu leben, zu wohnen, zu arbeiten und zu lernen, wo alle anderen Menschen es auch tun. So einfach das klingt, so schwierig ist es in der Umsetzung. Inklusion als Leitidee zwingt zu einem Wandel in der Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen: von der eher beschützenden Versorgung zur Unterstützung einer individuellen Lebensführung sowie der Unterstützung des Gemeinwesens – auch im Bereich der (Primär-)Prävention. Wesentliches Grundmoment ist hierbei die selbstverständliche Begegnung von Menschen mit und ohne Psychiatrie-Erfahrung insbesondere beim Wohnen, bei der Arbeit und in der Freizeit. Neben dieser „Öffnung“ der Gesellschaft gilt es auch weiterhin, „Schutzräume“ oder „Asyle“ für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen (zum Beispiel Krisenpensionen, Krisenunterkünfte, Selbsthilfetreffe, Weglaufhäuser) zu erhalten oder neu zu definieren – sofern Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen diese wollen. Für die Psychiatrie und ihr Selbstverständnis stellt sich daher im Übergang die Notwendigkeit einer „Doppelstrategie“ im Sinne eines gleichzeitigen „Inklusionsförderns“, insbesondere für die Ausgegrenzten, die Schwächsten, die Schwierigsten, die „Therapieresistenten“ inklusive eines therapeutischen Zugangs sowie der Ausgestaltung von „Schutzräumen vor psychiatrischer Therapie“. Hinzu kommt ein „Exklusionsverhindern“ im Sinne einer Stärkung der Prävention, der frühzeitigen und therapeutischen Investition bei Menschen, die erstmalig Unterstützung bei der Psychiatrie suchen und einer „Befähigung“ der Gesellschaft zur Inklusion im Allgemeinen. Nur mit einer solchen auch im psychiatrischen System verankerten Doppelstrategie von Exklusion verhindern und Inklusion fördern wird es uns gelingen, langfristig das Thema Teilhabe für alle tatsächlich als gesellschaftliche Leitidee zu verwirklichen.

Im psychiatrischen Alltag mutiert die oben genannte Strategie eher dahin, dass die Gruppe psychisch kranker Menschen aufgespalten wird in eine inklusionsfähige, die Fitten, die Anpas-

sungsfähigen, und eine nicht inklusionsfähige, die Chroniker, die Systemsprenger. Inklusion wird also geteilt. Verstärkt wird dieser Trend durch die Leistungsträger einerseits, die für die Umsetzung der UN-Behindertenkonvention nur vereinzelt konkrete Strategien haben, und andererseits durch die Anbieter größerer (Komplexeinrichtungen) oder kleinerer psychiatrischer Institutionen, die zum Erhalt ihrer Angebote einem bestimmten Teil psychisch kranker Menschen die „Inklusionsfähigkeit“ absprechen.

Erfahrungen aus Mecklenburg-Vorpommern

Wie ernst Leistungsträger und Anbieter die Umsetzung einer Inklusionsstrategie im Sinne einer Teilhabe für alle oder aus psychiatrisch versorgungspolitischer Sicht einer Vollversorgung im eigenen Sozialraum meinen, haben wir am Beispiel der Unterbringung in geschlossenen Heimeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern untersucht.^{5,6} Die von uns befragten Einrichtungen verfügten im Befragungsjahr 2010 über 113 geschlossene Plätze, die von 167 Klient(inn)en belegt waren. Wir schätzen, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern für psychisch kranke Menschen insgesamt rund 150 bis 160 Plätze zur Verfügung stehen. Gemessen an der Einwohnerzahl von Mecklenburg-Vorpommern kommt somit auf 10.000 Einwohner etwa ein geschlossener Heimplatz. Aufgrund fehlender vergleichbarer Statistiken kann diese Zahl bundesweit nicht eingeordnet werden. Erwähnenswert ist weiter, dass sich die geografische Verteilung der Einrichtungen ausgesprochen heterogen darstellt. Die wenigsten Plätze bei gleichzeitigem Vollversorgungsanspruch finden sich in der Hansestadt Rostock bei acht Plätzen auf circa 200.000 Einwohner, also bei einem Heimplatz auf 25.000 Einwohner. Diese landesweite disparate Platzierung erschwert gemeindenahere Übergänge in und aus den geschlossenen Wohnformen erheblich. Auch der Blick auf die Herkunft der Klient(inn)en bestätigt das Bild, dass die Unterstützung in geschlossenen Wohnformen eher außerhalb des gewohnten Sozialraums erfolgt. So stammten 2010 nur 25 Prozent der betreuten Klient(inn)en aus der Region, in der die geschlossene Wohnform etabliert ist, 60 Prozent immerhin aus Mecklenburg-Vorpommern und rund 15 Prozent aus anderen Bundesländern. Der Psychiatrietourismus floriert auch in die andere Richtung: Zahlen darüber, wie viele Bürger(innen) aus Mecklenburg-Vorpommern ihrerseits in anderen Bundesländern untergebracht wurden, sind zentral nicht verfügbar. Wir vermuten – extrahiert aus Berichten einzelner Sozialämter und Kliniken –, dass es sich dabei aber um eine ähnliche Größenordnung handelt wie bei den externen Klient(inn)en, also um circa 15 bis 20 Prozent.

Zu 70 Prozent wird aus psychiatrischen Krankenhäusern zugewiesen. Die eigene Häuslichkeit mit ambulanter Betreuung war nur für sechs Prozent der Klient(inn)en eine realistische Perspektive. Rund zehn Prozent der Klient(inn)en konnten mangels geeigneten Nachsorgeangebots nicht frühzeitig entlassen wer-

den. Bei der Unterbringungsdauer zeigte sich, dass sie zwischen den Einrichtungen stark variierte. Da wir keine gravierenden Unterschiede in der Klientel fanden, erklären sich diese wohl primär aus dem Reha- und Entlassmanagement der Einrichtung.

Nach weiteren im Rahmen der Untersuchung geführten Interviews, unter anderem mit den Versorgungskliniken, stellt sich die Unterbringung in geschlossenen Bereichen vielfach eher als preiswerte verlängerte (stationäre) Behandlungsepisode nach SGB V dar. Eine Einbindung in ein langfristig angelegtes Behandlungskonzept in die Leistungen der Eingliederungshilfe wird nicht erkennbar. Würde man hingegen im Sinne der Prävention einer langfristigen Exklusion den Aufenthalt in einer geschlossenen Wohn Einrichtung als Teil eines Gesamtplanes nach SGB XII § 58 verstehen, so würde die (gedankliche) rehabilitative Vorbereitung der Entlassung in ein offenes Setting bereits bei der Aufnahme in ein geschlossenes Heim beginnen. Die Frage des Entlassungsmanagements in Kliniken und der regionalen Hilfeplanung würde sich aus dieser Perspektive anders stellen. Die Idee, ein Konsulententeam, eine Taskforce oder eine spezielle Hilfeplankonferenz zu etablieren, die im Vorfeld geschlossener Unterbringungen versucht, diese durch geeignete professionelle Maßnahmen im Sinne einer Exklusionsprävention zu verhindern, konnte in Mecklenburg-Vorpommern außer in der Hansestadt Rostock noch keine Freunde gewinnen.

Alle in unserer Untersuchung in Mecklenburg-Vorpommern gewonnenen Daten zusammen betrachtet zeigen, dass die geschlossenen Wohnangebote eher zunehmen. Das System als Ganzes muss daher infrage gestellt werden: Die Möglichkeit, psychisch kranken Menschen ein hochstrukturiertes Milieu – im Rahmen eines individuellen Gesamtplans für einen befristeten Zeitraum – anzubieten, kann sicher nicht völlig aufgegeben werden. Es sollte in jeder Region als Teil einer differenzierten regionalen Hilfestruktur vorhanden sein. Das Aufnahme- und Entlassmanagement eines solchen sehr kleinen regionalen Angebots sollte durch eine Hilfeplankonferenz, gegebenenfalls verbunden mit einer Art Belegrecht, gesteuert werden. Finanzielle Fehlbelegungsanreize sollten eliminiert und das nicht belegte geschlossene Bett belohnt werden. Die Rostocker Erfahrungen mit einer sehr begrenzten Kapazität geschlossener Plätze, einer Exportkontrolle und einer individuellen Bemessung des Hilfebedarfs durch den Leistungsträger sowie mit einer engen Einbindung in die SGB-XII- und SGB-V-Angebote der Region weisen in eine positive Richtung. Der Nutzung der wenigen geschlossenen Plätze ist das gesamte Rostocker Psychiatrie-System im Sinne einer Exklusionsprävention vorgeschaltet. Überträgt man dieses differenzierte Rostocker Versorgungssystem auf alle Gebietskörperschaften in Mecklenburg-Vorpommern, so könnten direkt 90 vorhandene geschlossene Plätze eingespart und aufgelöst werden, ein weiterer Aufbau – wie jüngst geschehen – wäre nicht erforderlich gewesen.

Erfahrungen im Ruhrgebiet

Aufbauend auf den Erfahrungen in Rostock haben wir, die Stiftung Bethel, uns entschlossen, in den mit uns vereinbarten Einzugsgebieten im Ruhrgebiet (zunächst Dortmund-West und Unna-Nordkreis) unseren Versorgungsauftrag im Bereich der Eingliederungshilfe ausschließlich mit sehr kleinen, individuell ausgestatteten geschlossenen Wohneinheiten umzusetzen und kein größeres geschlossenes Wohnheim zu errichten. Es handelt sich an drei Standorten jeweils um eine Gebäudeeinheit mit Achtergruppen, die in zwei selbstständige offen oder geschlossen zu betreibende Vierergruppen aufteilbar sind. Sie wurden als eigene Wohneinheit in direkter Nachbarschaft zu einem offen geführten stationären Wohnangebot errichtet. Auch im geschlossenen Setting ist der Blick stets auf den nächsten Schritt gerichtet, das offene Angebot mit eigenem Apartment. Die Wohnqualität ist in den geschlossenen Gruppen mit Einzelzimmern mit eigenem Bad und je Vierergruppe mit einem Gemeinschaftsraum und Gartenbereich hoch. Angegliedert sind jeweils Räumlichkeiten zur Tagesgestaltung, so lange noch keine ausreichenden Lockerungen für Aktivitäten außerhalb des geschlossenen Bereiches existieren. Von Anbeginn haben wir die Angebote auch für Menschen im Langzeiturlaub der forensischen Kliniken geöffnet. Laut interner Statistik der Kliniken müssen zahlreiche Menschen nur deshalb in der Forensik verharren, weil fast keine gemeindepsychiatrischen Angebote vorhanden sind, die auch Menschen mit der Notwendigkeit weiterer geschlossener Unterbringung aufnehmen.

Auch wenn wir erst auf wenige Betriebsjahre im Ruhrgebiet zurückblicken können, so zeigt sich bereits,

- ... dass die Aufnahmen primär aus der Region kommen und die Zahl der Plätze unter Einbezug der Forensik-Nachsorge völlig ausreichend zu sein scheint.
- ... dass die Diagnosen fast ausschließlich dem Bereich der Schizophrenie (F2) zuzuordnen sind.
- ... dass 40 Prozent der Bewohner(innen) im Rahmen eines Langzeiturlaubes aus der Forensik bei uns wohnen, die übrigen sind nach § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch untergebracht.
- ... dass jede(r) zweite Bewohner(in) auch während der Unterbringung in einem geschlossenen Wohnbereich einen psychiatrischen Krankenhausaufenthalt hat.
- ... dass nach zwei bis drei Jahren für viele Bewohner(innen) die Wege wieder aus der geschlossenen Einrichtung hinaus in allgemeine Angebote der Gemeindepsychiatrie führen.

Auch wenn die Zeichen gesellschaftlicher Entwicklungen zurzeit eher auf Exklusion gerichtet sind, machen die Zahlen aus Rostock und die eigenen Erfahrungen im Ruhrgebiet Mut. Möglich erscheint eine Bewegung in Richtung Stärkung des gesamtgesellschaftlichen Systems, um den Trend zur Exklusion zu überwinden und die Gesamtgesellschaft zu mehr Inklusion zu befähigen. Auch hier gilt es, sich an den alten sozialpsychiatrischen Grundwert des Sektors beziehungsweise der regionalen Vollversorgung, also an das regionale Exklusionsverbot, immer

wieder zu erinnern. Inklusion ist unteilbar, weswegen bei diesem Gesamtprozess zur inklusiven Gemeinde niemand im aktuellen Hilfesystem vergessen werden oder gar zu Schaden kommen sollte. Besonders gefährdet sind diejenigen, die einen besonders hohen Unterstützungsbedarf haben oder besonders „inklusionsunattraktiv“ sind, wie zum Beispiel Menschen mit schwersten chronischen Verläufen, Menschen mit sogenannten Doppel Diagnosen oder Borderline-Störungen, Menschen mit herausforderndem Verhalten, wohnungslose und suchtkranke Menschen, Menschen, die aus der forensischen Psychiatrie entlassen werden, und viele andere mehr. Nur wenn es gelingt, gerade für diesen Personenkreis Fortschritte in der Teilhabe auch in der Praxis zu verwirklichen, kann letztlich von einem gelingenden Inklusionsprozess beziehungsweise -fortschritt ausgegangen werden. Hierzu können wenige (fakultativ) geschlossene Heimplätze eines auf Recovery und Genesung ausgerichteten regionalen gemeindepsychiatrischen Settings einen wesentlichen Beitrag leisten. Die Verantwortung für die entsprechende Aufmerksamkeit und Achtsamkeit liegt vor allem bei den Gebietskörperschaften in ihren Sozialräumen und den Anbietern in der Gemeindepsychiatrie. Insofern wird Gemeindepsychiatrie im Sinne der UN-BRK zukünftig ohne eine Werteorientierung mit dem Kern, dass Inklusion unteilbar ist und bleibt, nicht umsetzbar sein! Oder wie Friedrich von Bodelschwingh es einmal auf den Punkt brachte: „Dass Ihr mir ja keinen abweist!“

Anmerkungen

1. STEINHART, I.; WIENBERG G.: Plädoyer für ein funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung. In: *Psychiatrische Praxis*, 41, Ausgabe 4/2014, S. 179–181.
2. STEINHART, I.; WIENBERG, G.: Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe – Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranken Menschen. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, erscheint Ende 2015.
3. SEN, A.: *The Idea of Justice*. London: Penguin, 2009.
4. NUSSBAUM, M.: *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Belknap Press, 2011.
5. SPECK A.; STEINHART, I.; FREYBERGER, H.: Wieder einmal alles gesagt ... zur „Black Box“ der Geschlossenen Heime? Ein Zwischenruf aus Mecklenburg-Vorpommern. In: *Psychiatrische Praxis*, 40, Ausgabe 1/2013, S. 49–51.
6. STEINHART, I.; SPECK, A.; FREYBERGER, H.: Blackbox geschlossene Heime. In: *Psychoziale Umschau*, Ausgabe 1/2013, S. 6–8.



Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart

Geschäftsführer Stiftung Bethel, Bethel.regional; wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, An-Institut der Universität Greifswald
E-Mail: ingmar.steinhart@sozialpsychiatrie-mv.de

Lebensformen für Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf

Überlegungen zu Lebens- und Wohnformen mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen für Menschen mit geistiger Behinderung und multiplen Herausforderungen.

Ein Bauzaun als Symbol für eine Grenze, die für einen Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf auch Schutz und Sicherheit bedeuten kann.



Bild: iefufoto/fotolia.com

Rupert Vinatzer

DIESE ÜBERSCHRIFT beinhaltet mindestens zwei sehr grundsätzliche Themen, die gleichzeitig nicht einfach in den Blick zu nehmen sind. Zum einen geht es um einen bestimmten Personenkreis mit einem speziellen Hilfebedarf, der schwer in der Vielfalt der Ausprägung von Behinderung und den individuellen Hilfebedarfen einzugrenzen ist. Es geht zweitens um Lebens- und Wohnformen, die von der geschlossenen Unterbringung bis zu sehr individuell ausgerichteten Maßnahmen mit freiheitsbeschränkender Wirkung reichen.

Setzt man diese beiden Themen in den Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention, der gesellschaftlichen Neuausrichtung in der Hilfe für Menschen mit Behinderung und der erweiterten Definition der Behinderung unter Einbeziehung umfeldbedingter Einschränkungen, wird die Präzisierung des Themas eine gewaltige Herausforderung. Ich nehme nicht in Anspruch, dieser Herausforderung in einem Artikel entsprechen zu können. Ich nehme nur einige wichtige Details für weitere Erörterungen in den Blick.

Auch für den oben genannten Personenkreis ist die Umsetzung der nachfolgenden Ziele bewusst an den Anfang jeder weiteren Überlegung zu stellen:

- freie und unterstützte Entfaltung der eigenen Persönlichkeit,
- Wahlfreiheit und Selbstbestimmung in einem vielfältigen Angebot von unterschiedlichen Assistenzformen in allen Lebensbereichen,

- Inklusion und Zugang zu allen Regelleistungen gemeinsam mit Menschen mit und ohne Behinderung,

- Privatheit im Wohnen und in der Lebensgestaltung.

Wer diese Ziele ernst nimmt und umsetzen will, braucht nicht nur einen achtsamen und sensiblen Blick auf Menschen, die diese Ziele selbst nicht umsetzen und erreichen können. Er braucht einen „unverstellten Zugang“ zur Realität und Aktualität, zur Lebenswirklichkeit dieser Menschen.

Lebenswirklichkeit bedeutet hier zumeist „geschlossene Lebensform“: Zimmerschluss, Fixierung im Bett, intensivste Begleitung beim Verlassen der Wohnung, vollständige Übernahme der menschlichsten Grundbedürfnisse durch Dritte, freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei Tag und Nacht.

Hier treffen wir Menschen, die ihre „eigene, auf sich allein bezogene Welt“ nicht ohne geübte, ständige Begleitung verlassen können. Sie sprechen nicht unsere Sprache und können mit uns nur sehr schwer Vereinbarungen und Absprachen treffen und einhalten.

Hier treffen wir Menschen, die Gefährdungen für sich und andere nicht ohne weiteres erkennen können. Schwere Verletzungen sind keine Seltenheit und führen auch nicht aus dem Erlebten heraus zur Einsicht und Unterlassung.

Hier treffen wir Menschen, die Angst und Schmerzen intensiv erleben, Hunger und Durst, Lautstärke und Stille nicht einordnen und ertragen können. Massive Aggression ist oft die ein-

zige Möglichkeit, um mit der Wahrnehmung im und am eigenen Körper umgehen und sie zum Ausdruck bringen zu können.

Hier treffen wir Menschen, die ihren eigenen Rhythmus zum Leben entwickeln und jede Veränderung und jede Abweichung, die Begegnung mit anderen Menschen und anderen Abläufen als massive Störung erleben. Abwehr und Rückzug in jeder Ausprägung sind manchmal die einzige Möglichkeit, um das eigene Leben schützen zu können.

Wenn ich hier die Realität dieser Menschen zu beschreiben versuche, geht es mir nicht darum, Mitleid zu erwecken und undifferenzierte Forderungen, personeller und finanzieller Art aufzubauen. In erster Linie ist es notwendig, diese Menschen zu verstehen und ihre Lebensform nicht als „abnorm“ und „feindlich“ einzustufen. Es geht um ein großes Stück Ehrlichkeit und Natürlichkeit. Es geht um unsere innere Haltung gegenüber dieser in sich wieder sehr vielschichtigen Lebensform.

Wir können für das soziale Leben und für die Inklusion viel lernen, wenn wir diese Menschen und ihre Lebensform(en) verstehen und annehmen können. Sozialer Frieden „als gelungener Prozess der Inklusion“ und persönlicher Frieden „als gelungener Prozess der individuellen Lebensgestaltung“ setzen nicht nur abstrakte Werte von Freiheit und Selbstständigkeit voraus, sondern den achtsamen Schutz grundlegender wesentlicher Bedürfnisse und kompromissloser Wertschätzung jeden menschlichen Lebens. Hier folgt der Versuch für eine Präambel des Lebens:

- Jeder Mensch hat sein eigenes Leben, seine eigene Realität und seine eigene Ausprägung. Er hat ein Recht, es zu schützen.
- Jeder Mensch hat seinen eigenen Rhythmus, um sein Leben bewältigen, sinnvoll und glücklich gestalten zu können.
- Jeder Mensch lebt in seinem eigenen Körper. Jeder Mensch ist auf unterstützende Pflege angewiesen, um seinen Körper gesunderhalten zu können. Jeder weiß, was seinem Körper gut tut.
- Jeder Mensch steht im Dialog mit seinem Umfeld, mit der Natur, mit den Menschen und mit Gott. Jeder hat ein Recht, verstanden zu werden, um nicht isoliert zu werden und zu sein.
- Wenn jeder den anderen Menschen versteht und unterstützt, wird jeder verstanden und unterstützt.

Wir tun uns schwer mit diesem „grenzenlosen Vertrauen“, das diese „Präambel zum Leben“ setzt. Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf sind aber grundsätzlich und kompromisslos darauf angewiesen. Wenn eine Gesellschaft dieses „Grundvertrauen“ nicht oder kaum realisieren kann, sind diese Menschen und ihre Lebenswelt erheblich gefährdet. Für den Zusammenhalt einer Gesellschaft ist es heikel, wenn sich zu viele Menschen nicht mehr verstanden wissen und damit ausgeschlossen werden. Vielleicht liegt auch darin ein wesentlicher Grund, warum wir uns in unserer Gesellschaft so schwertun, die Realität in der Lebensgestaltung der oben genannten Personengruppe wahrzunehmen und uns durch ihre Lebensart und den

ungewöhnlichen Unterstützungsbedarf nicht erschrecken zu lassen.

Einem Missverständnis muss an dieser Stelle von vornherein begegnet werden. Es geht nicht darum, nach Rechtfertigungen zu suchen:

- warum für diese Menschen eine „geschlossene Wohn- und Lebensform“ sichergestellt werden muss,
- warum für diese Menschen Inklusion nicht oder nur kaum umgesetzt werden kann.

Eine geschlossene Unterbringung, eine Fixierung oder eine Ruhigstellung durch Medikamente sind grundsätzlich nicht gut. Auch eine Einschränkung oder gar Aussetzung von inklusiven Zielsetzungen sind grundsätzlich nicht gut.

Wenn wir Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf bei den grundsätzlichen Forderungen nach weniger „geschlossener Unterbringung“ und mehr Inklusion miteinbeziehen wollen, brauchen wir jedoch mehr gesellschaftliche und fachliche Nähe und Reflexion über die derzeitige Realität für diese Menschen und ihre Lebensformen.

Die Messlatten der UN-Behindertenrechtskonvention und unserer gesellschaftlichen Zielsetzungen für eine inklusive Entwicklung sind sehr hoch. Um diesen Bedarf für die genannte Personengruppe miteinbeziehen zu können, sind sicher noch keine ausreichenden, schlüssigen und vollständigen Zielsetzungen auf dem fachpolitischen Tisch. Dafür möchte ich einige Anmerkungen für die gemeinsame Diskussion einbringen:

Menschliche, persönliche Präsenz

Es ist keine neue Erkenntnis, aber bei jeder gesellschaftlichen Zielsetzung ist es wichtig, den einzelnen, konkreten Menschen in den Blick zu nehmen, wie zum Beispiel Marina A. Sie ist geistig schwer behindert. Sie kann nicht sprechen. Wenn sie in Not gerät, andere Menschen nicht erträgt, Schmerzen spürt, etwas sagen will und nicht verstanden wird, bleibt ihr nur die pure Aggression. Sie macht nicht Halt vor Verletzungen gegen sich selbst und andere in ihrem Umfeld. Sie hat schon viel erlebt, was ihr extreme Angst macht. Oft findet sie nicht zur Ruhe, gerät in Panik und gefährdet sich und andere in erheblicher Weise. Sie und die Menschen in ihrem Umfeld brauchen Intervention und Schutz. Oft ist der Zimmerschluss oder eine Fixierung die einzige Maßnahme, die hilft, eine Eskalation zu unterbrechen und Zugang und Impulse zur Beruhigung zu finden. Ein Tag ohne Eskalation und Verletzung ist ein unglaublich schöner Tag. Vielleicht sind dieser schöne Tag und eine gelungene Verständigung ein Schlüssel für eine langsame Deeskalation und beinhalten eine wichtige Erkenntnis und einen neuen Zugang zur Not dieses Menschen.

Der eigentliche Schlüssel ist „menschliche, unmittelbare“ Präsenz. Für Marina A. ist die Bereitschaft und das Können von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sie zu ertragen und zu verstehen, Voraussetzung, um ihr Leben annehmen und am

Leben im Umfeld teilnehmen zu können. Mit viel Aufmerksamkeit, sensibler Intervention und ständiger unmittelbarer Anwesenheit einer „Bezugsperson“ gelingt es ihr, viel Zeit ohne Selbstverletzung, ohne Fixierung, ohne Eskalation gegen andere Menschen und viel Zeit außerhalb ihres Zimmers zu verbringen.

Marina A. braucht Menschen, die sich für diese Aufgaben einsetzen und qualifizieren.

Daraus ergeben sich drei Kernforderungen:

- Die Ausbildungsstätten der Behindertenhilfe müssen Qualifikationen speziell für diese Aufgabenstellung entwickeln und anbieten.
- In den Einrichtungen sind qualifizierte Verfahren zur Deeskalation, zur Prävention und Nachsorge im Umgang mit Aggression und Gewalt und regelmäßige Reflexion und Supervision zwingend zu implementieren.
- Im Zusammenwirken zwischen Kostenträger und Einrichtungen sind neue, tragfähige Leistungsvereinbarungen zu entwickeln, die eine ausreichende, personelle Präsenz in kleinen, geeigneten Wohnformen sicherstellen. Viele freiheitsentziehende Maßnahmen sind nachts erforderlich. Ein Zusammenhang mit einer zu geringen personellen Präsenz ist unübersehbar.

Gesellschaftliche Präsenz

Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf, auch Marina A., sind Bürger einer Gemeinde. Auch sie haben Wünsche und Bedürfnisse, dazugehören, andere Menschen und Beziehungen zu erleben, auch wenn sie das nicht oder nur sehr schwer mitteilen oder vielleicht auch nicht unmittelbar und ohne Schutz und Unterstützung umsetzen können.

Wir alle – Gemeinde und Staat, Bürger und Behörden – müssen lernen, auszuhalten, wenn Menschen Grenzen erreichen, in Grenzen leben und leben wollen, wenn sie Kontakt meiden und verweigern, wenn sie Beziehungen überfordern und sich in ihre „eigene kleine Welt“ zurückziehen, wenn ein Zimmerschluss und eine Fixierung nicht zu vermeiden sind. Auch in diesen Situationen müssen wir Haltung zeigen, Hilfe sichern und Zeit und Geld investieren, auch wenn wir damit die Situation nicht schnell und unmittelbar ändern und verbessern können.

Wir brauchen die Gemeinde und Bürgerinnen und Bürger, die in diesen Situationen nicht wegschauen und im Konflikt nicht zum Ankläger werden. Wir brauchen die Gemeinde und die Bürgerinnen und Bürger als Unterstützer:

- als Mittler und Vermittler im sozialen Umfeld für diese Menschen und ihre Lebens- und Wohnformen;
- als Ort zur Gewinnung und Integration der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter;
- als Partner für die erfolgreiche Umsetzung von auskömmlichen, kommunalen Finanzierungskonzepten, um den gemeinsamen Auftrag umsetzen zu können.

Fachliche Präsenz

Für Einrichtungen, für Trägerverantwortliche und Leitungen muss es ein primäres Anliegen sein, die tägliche Arbeit, die alltäglichen Maßnahmen freiheitsentziehender Art, die gewaltbesetzten Situationen und den Deeskalationsbedarf und die besonderen Belastungssituationen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter offen zu gestalten und zu kommunizieren. Gerade im unmittelbaren Umfeld dürfen keine Unkenntnis und Zurückhaltung herrschen oder gar das Gefühl von Isolation für diese Menschen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entstehen.

Die notwendige, unmittelbare Vernetzung zwischen Angebot und Umfeld muss sich wesentlich in der Belegung und Umsetzung von gemeindepsychiatrischen Verbänden verorten können. Dieser Auftrag und die dringende Notwendigkeit, auch Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen in die Versorgungsverpflichtung des psychiatrischen Hilfesystems aufzunehmen, werden noch zu wenig erkannt und unterstützt.

In den letzten Jahren haben sich viel neues Wissen und Erfahrungen im Umgang mit Gewalt und Deeskalation in der tagtäglichen Arbeit entwickelt. Dass Fixierungen eindeutig weniger angewendet werden, ist ein deutliches Zeichen dieser positiven Entwicklung.

Eine systematische, konzeptionelle Einordnung und Unterstützung in der Teilhabeforschung ist jedoch nur rudimentär erkennbar. Es verwundert daher nicht, dass dieser Personenkreis und der spezielle Handlungsbedarf in den bestehenden Fachdisziplinen der Psychiatrie, des Gesundheitswesens, der Pflege, aber auch in der Behindertenhilfe nur „am Rande“ erkannt und mitgedacht wird.

Hier ist noch hoher Handlungsbedarf aufseiten der Verbände und der Leistungsträger, der Forschung und der Politik:

- Im Rahmen der Teilhabeforschung müssen fachlich sichere diagnostische Verfahren entwickelt werden, damit frühzeitig individuelle Unterstützungsmaßnahmen für diesen Personenkreis und im Umfeld eingesetzt werden können.
- Der fachliche Austausch muss wesentlich intensiver und über die Grenzen von Fachdisziplinen hinaus geführt werden, um Lebens- und Wohnkonzepte entwickeln zu können, die weniger freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig machen.
- Zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer müssen Vereinbarungen zur Umsetzung dieser Zielsetzungen getroffen werden.
- Zur gesundheitlichen und ärztlichen Versorgung müssen Zentren entwickelt werden, in denen unterschiedliche, fachärztliche Disziplinen und Therapeuten zusammenarbeiten und stationär und mobil agieren können.

Rechtliche Sicherheit

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen haben zwei Richtungen, in die sie wirken: zum Schutz der eigenen Person und der eigenen

Lebensform, sowie zum Schutz von Personen, die mitwohnen und mitleben oder mitarbeiten.

Die gesetzlichen Grundlagen und praktischen Herangehensweisen zur Klärung der individuellen Schutzbedarfe und des Schutzbedarfs für Mitmenschen sind klar und deutlich voneinander zu trennen. Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischem Hilfebedarf haben jedoch den doppelten Schutzbedarf. Sie sind darauf angewiesen, dass sie unterstützt werden, damit sie sich nicht selbst und andere erheblich gefährden.

Die Klärung dieses doppelten Schutzbedarfs ist im Vergleich zur Klärung des allgemeinen individuellen Hilfebedarfs besonders schwierig. Hilfe kann nicht nur fördern und unterstützen, sondern auch einschränken, vor allem wenn sie nicht persönlich gewählt und entschieden werden kann und die Mitwirkung ausgeschlossen ist. Der individuelle Schutzbedarf entsteht oft erst, wenn eine Gefährdung offensichtlich wird oder bereits ein Schaden verursacht wurde. Die Klärung des Hilfebedarfs bei Selbstgefährdung ist im Rahmen der Assistenzplanung ein fachlich fundiertes und gesetzlich reguliertes Verfahren. Die Klärung des Hilfebedarfs bei Fremdgefährdung ist jedoch wenig im Fokus der fachlichen Diskussion. Der gesetzliche Rahmen ist auch hier eindeutig: Aggression gegen andere Menschen ist Gewaltanwendung. Gewaltanwendung ist eine Straftat, auch wenn sie von Menschen mit Behinderung begangen wird und wenn sie nicht strafmündig sind. Die Klärung der Strafmündigkeit ist jedoch nicht Aufgabe der „sozialen Hilfe“, sondern eines rechtlichen Verfahrens durch entsprechende Behörden und Gerichte. Aber auch für diese sind die Einzelsituationen schwer zu beurteilen. Die Schnittstelle zwischen Strafvollzug und sozialer Hilfe, zwischen Forensik und Hilfen im System der Behindertenhilfe, ist bei diesem Personenkreis extrem schwierig.

Daraus ergeben sich drei wesentliche Forderungen:

- Die Hilfe außerhalb der Forensik hat Vorrang.
- Im Rahmen des Systems der Behindertenhilfe sind Lebens- und Wohnformen zu entwickeln, die beiden Schutzbedarfen gerecht werden können.
- Der rechtliche Rahmen und die Vernetzung zwischen rechtlich zuständigen Behörden und Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung müssen gemeinsam reflektiert, beschrieben und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Ein Plädoyer zum Schluss

Der genannte Personenkreis besteht aus Menschen mit einem sehr hohen Unterstützungsbedarf, die selten selbst für sich sprechen und handeln können. Ihnen eine Stimme, ein Gesicht, Hände und Füße, ein Herz und Atem zu geben, ist keine übertriebene und unmögliche Forderung. Der Einsatz für diesen Personenkreis hat in der Caritas, in deren Einrichtungen und in der Verbandskultur nachhaltige Tradition. Es ist keine leichte Aufgabe, diesem Anspruch auch heute gerecht zu werden, in einer

Gesellschaft, in der vor allem die zeitlichen Ressourcen für die soziale Hilfe knapp und teuer werden.

Dass man sich dieser Aufgabe positiv und zukunftsgerichtet stellen kann, zeigen die Initiativen der Teilnehmer(innen) und Einrichtungen, die der Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie in einem Arbeitskreis zusammengeführt hat. Er ist ein konkreter Ort, an dem fachliche Erkenntnisse und fundiertes Erfahrungswissen zur Lebensgestaltung für diese Menschen zusammengetragen, bewertet und zur Verfügung gestellt werden können.

Wenn zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen knapp werden, gibt es eigentlich nur eine pragmatische Antwort: Es müssen mehr Ressourcen unmittelbar für Menschen eingesetzt werden, die die Kräfte und die Fähigkeit haben, den Menschen zu helfen, die am meisten Hilfe brauchen. Wir müssen in die Haltung und das Vertrauen zu Menschen investieren, die den Mut und den Willen haben, Ressourcen nicht zu horten, sondern zu verteilen. Wenn diese Unterstützung und Investitionen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht nur in den Einrichtungen unterschiedlicher Fachrichtungen, sondern auch in den Behörden und bei den Leistungsträgern ankommen und wirken können, können wir für Marina A. auch mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen viel und genügend leisten:

- einen gelungenen Tag für einen Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf,
 - einen Tag mit viel Zeit ohne freiheitsentziehende Maßnahmen,
 - einen Tag mit viel persönlicher Präsenz anderer Menschen.
- Freiheit, Selbstbestimmung und Autonomie für jeden Menschen sind echte Indikatoren für eine soziale und gerechte Prägung einer Gesellschaft. Für Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf heißt das, ihnen Raum und Privatheit, Unterstützung und Aufmerksamkeit, Schutz und Sicherheit für ihre Lebensart und ihre Lebenswelt zu garantieren.

Das soziale Klima, das wir damit schaffen, ist unbezahlbar: Vertrauen und Sicherheit auf Hilfe, auch in schwierigsten Situationen.



Rupert Vinatzer

Leiter Vorstandsressort Teilhabe und Assistenz,
Dominikus-Ringeisen-Werk Ursberg
E-Mail: rvinatzer@dominikus-ringeisen-werk.de

HEILPÄDAGOGISCHE HANDLUNGSKONZEPTE
IN DER PRAXIS



**AKTUALISIERTE
NEUAUFLAGE**

„Heidi Fischer und Michael Renner haben ein umfassendes Werk vorgelegt, das besonders durch die Verbindung von differenzierter theoretischer Grundlegung und praktischen Umsetzungsbeispielen der heilpädagogischen Praxis mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern überzeugt.“

2., aktualisierte Auflage
2015, 360 Seiten, kartoniert
€ 25,90
ISBN 978-3-7841-2667-8

DAS GRUNDLAGENWERK ZUR SUPERVISION
IN ÜBERARBEITETER NEUAUFLAGE



**DAS GRUNDLAGENWERK
ZUR SUPERVISION IN
NEUER AUFLAGE**

Nando Belardi gibt in seinem Standardwerk zur Supervision einen einführenden und breiten Einblick in Entwicklung, Arbeitsformen und Möglichkeiten der Supervision für helfende Berufe im gesamten deutschsprachigen Raum.

Das Buch beantwortet alle Fragen rund um das Thema Supervision.

3., überarbeitete und erweiterte Auflage
2015, 240 Seiten, € 19,90
ISBN 978-3-7841-2610-4

KONZEPT UND PRAXIS DES ANTI-BIAS-ANSATZES



Der Anti-Bias-Ansatz (bias [engl.] bedeutet Vorurteil oder Einseitigkeit) will Benachteiligungen, die durch einseitige Wahrnehmung und Voreingenommenheit entstanden sind, bewusst machen und ins Gleichgewicht zu bringen.

Das vorliegende Buch ermutigt insbesondere Menschen in der Praxis der Sozialen Arbeit und der Pädagogik, ihre alltäglichen Denk- und Handlungsweisen kritisch zu überprüfen.

2015, 156 Seiten, kartoniert
€ 19,90
ISBN 978-3-7841-2608-1

DAS TRAININGSHANDBUCH FÜR INKLUSION



Dieses Trainingshandbuch enthält das gesamte Fortbildungsprogramm mit neun Modulen sowie Hintergrundinformationen und Arbeitsmaterialien.

2015, 304 Seiten, kartoniert
€ 19,80
€ 17,50 (für Mitglieder des DV) mit Abbildungen
ISBN 978-3-7841-2752-1

SO KÖNNEN SIE BESTELLEN!

Telefon 0761/36825-0
Fax 0761/36825-33
www.lambertus.de



- Ja, ich (wir) bestelle(n) gegen Rechnung: Ex. Fischer, Renner, Heilpädagogik € 25,90
- Alle Preise zzgl. Versandkosten Ex. Belardi, Supervision für helfende Berufe € 19,90
- Ex. Anti-Bias-Netz, Vorurteilsbewusste Veränderungen ... € 19,90
- Ex. Montag Stiftung, Inklusion auf dem Weg € 21,90, (Mitglieder des DV) € 17,50

Vorname, Name	Institution, Einrichtung	Ansprechpartner
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
E-Mail-Adresse	Datum, Unterschrift	