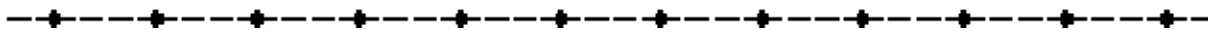


**„Braucht die Gemeindepsychiatrie geschlossene Einrichtungen?
- Was/wen hält die Gemeinde(psychiatrie) aus? -**

Dokumentation einer gemeinsamen Fachtagung
der
DGSP (Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. Rheinland-Pfalz)
und des
Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.

am 26.04.2007

im Rathaus der Stadt Mainz



Begrüßung und Einführung ins Thema:

Frau Andrea Rahn-Barth (Mitglied des erweiterten Vorstandes der DGSP Rheinland-Pfalz) begrüßt die Anwesenden zur ersten gemeinsamen Tagung der DGSP Rheinland-Pfalz und des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz, die als „Streitveranstaltung“ im positiven Sinne verstanden sein will.

Anlass für eine Veranstaltung zur Frage, ob die Gemeindepsychiatrie geschlossene Einrichtungen braucht, war seitens der DGSP der oftmals an sie herangetragene Wunsch nach Lösungen für zu lange Verweildauern von Patienten/Klienten im stationären/geschlossenen (klinischen) Bereich, für Momente der Überforderung der „Professionellen“ im Umgang mit „besonders schwierigen“ Patienten/Klienten, einer entsprechenden Überbelegung und für die diesem Klientel oft drohende Obdachlosigkeit.

Frau Rahn-Barth wirft die Frage auf, ob die „besonders schwierigen“ Patienten/Klienten als homogene Gruppe betrachtet werden können, wie viele davon von Obdachlosigkeit bedroht seien und ob der Umgang mit jenen nur in bestimmten Kommunen in Rheinland-Pfalz ein Problem darstelle.

Frau Monika Zindorf (Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz) begrüßt die Teilnehmer der Tagung ihrerseits.

Sie erläutert, dass sie trotz der ausgeprägten Angebote für psychisch Kranke in Rheinland-Pfalz oft Anrufe von Angehörigen erhalte, die sich nach geschlossenen Einrichtungen in ihrer Gemeinde erkundigen und die sie diesbezüglich enttäuschen müsse.

Wie sieht die Realität für „schwierige“ psychisch kranke Menschen aus? Fehlen für sie wirklich spezialisierte und geschlossene Angebote?

Vortrag Doris Ayena, Wohnheim Freiberg (Stuttgart)

Zur Frage, ob geschlossene Wohnheime notwendig sind

Ende 2000, als Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, war ich noch dagegen, so ein geschlossenes Wohnheim einzurichten.

Vor 25 Jahren hätte ich vielleicht sogar demonstrierend vor dieser Veranstaltung gestanden.

Heute sitze ich hier und soll die Idee vertreten, dass geschlossene Wohnheime gut sind. Das stimmt so pauschal natürlich nicht:

- *für einen sehr kleinen Personenkreis der sich selbst gefährdenden Menschen sind sie notwendig*
- *sie müssen mit der richtigen personenzentrierten und fördernden Haltung geführt werden und sie müssen klein sein*
- *es muss eine Kontrollinstanz geben, wer dort einzieht und immer wieder, ob es noch nötig ist. Für jede/n, der/die in ein geschlossenes Wohnheim zieht, muss vorher sehr kritisch unter dem Gesichtspunkt geprüft werden, ob nicht doch eine Lösung in einer anderen Wohnform möglich ist und dann in regelmäßigen Abständen wieder.*

Die Ausgangssituation in Stuttgart:

Anfang der 80er Jahre begann in Stuttgart der Aufbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung für psychisch kranke Menschen. Die Kliniken waren für die Akutversorgung zuständig, die langfristig betreuungsbedürftigen Menschen wurden in die Langzeitbereiche der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser verlegt. Später, als die Verlegung in die PLKs nicht mehr möglich war, wurden viele psychisch kranke Menschen in Heime außerhalb Stuttgarts, im Schwarzwald und in anderen Regionen in und außerhalb Baden-Württembergs verlegt.

Dies bedeutete oft Abbruch aller sozialen Beziehungen und selten eine Rückkehrperspektive.

In den 80er und 90er Jahren wurden die SpDis und das ambulant betreute Wohnen ausgebaut, in dem viele Menschen sehr engagiert versorgt und begleitet werden konnten.

In den 90er Jahren richtete man dann noch drei offene Wohnheime ein und trotzdem wurde ein geschlossener stationärer Hilfebedarf für Menschen, die sich selbst gefährden, beschrieben. Mein Träger hat dann, obwohl gemeindepsychiatrisch orientiert, für diese Zielgruppe das Wohnheim Freiberg geplant und im Juni 2001 eröffnet.

Heute hat Stuttgart 592000 EinwohnerInnen, 405 ambulant betreute Wohnplätze, ca. 100 offene und nur 16 geschlossene Wohnheimplätze.

Man ist in der Planung, noch ca. 10 Plätze für fremdgefährdende Menschen einzurichten.

Diese 16 geschlossenen Wohnheimplätze befinden sich auf dem Gelände des gemeindepsychiatrischen Zentrums Freiberg, in einem früheren Personalwohnhaus.

Die drei oberen Stockwerke gehören zum Wohnheim, im Erdgeschoß befinden sich Büroräume und eine ambulant betreute Wohngemeinschaft.

Dazwischen gibt es die geschlossene Tür, die meistens über die Gegensprechanlage geöffnet wird. Nur in speziellen Krisenzeiten gehen die MitarbeiterInnen an die Tür, um sie persönlich zu öffnen.

In den fast 6 Jahren, die wir jetzt das Wohnheim Freiberg haben, sind 36 Menschen wieder ausgezogen, davon 23 Menschen in selbständigere Wohn- und Lebensformen, meistens in das ambulant betreute Wohnen, oft schon nach einem Jahr.

Wie ja schon oben erwähnt, war ich erst sehr gegen diese Einrichtung, hatte aber zwei Klientinnen im SpDi, für die die Unterbringung in einem geschlossenen Wohnheim anstand, weil die ambulanten Angebote nicht ausreichten. Ich hab mich dann entschlossen, für zwei Jahre diesem Wohnheim eine Probezeit zu geben und dort als Heimleiterin zu arbeiten.

Heute sind fast sechs Jahre vergangen....

Den Sinn und die Notwendigkeit einer geschlossenen Tür haben mich die BewohnerInnen gelehrt.

Beispiel Herr Becker: Persönlichkeitsstörung mit sekundärer Sucht, Alkoholabstürze endeten zunehmend lebensbedrohlich, jahrzehntelang immer wieder Klinikaufenthalte mit ambulanten Wohnversuchen.

Herr Becker hatte bereits vier Monate „freiwillig“ (d.h. ohne gerichtliche Unterbringung) im Wohnheim Freiberg gewohnt, als er mich bat, seinen gesetzlichen Betreuer zu einem Gespräch einzuladen. Er erzählte dann, dass er das Gefühl habe, er könne nicht im Wohnheim bleiben, müsse in die Klinik, weil „man ihn dort nicht rauslasse“. Eigentlich fühle er sich im Wohnheim wohl und wolle bleiben, aber so gehe es nicht. Der gesetzliche Betreuer fragte ihn dann, wie er zu einer Unterbringung stünde, damit die Wohnheim-BetreuerInnen ihn am Verlassen des Hauses hindern könnten, wenn es ihm schlecht ginge.

Dem stimmte Herr Becker sehr erfreut zu - ging in das Wohnzimmer zu den anderen BewohnerInnen und schimpfte laut, dass „die ihn jetzt auch noch wegschließen wollen“. Seitdem sorgt Herr Becker für seine kontinuierliche Unterbringung, in dem es ihm deutlich schlechter geht, wenn das Ende des Beschlusszeitraumes naht, bzw. wenn jemand Neues vom Wohnheim-Team mal wieder auf die Idee kommt, mit ihm über eine andere Wohnform nachzudenken.

Die meisten Menschen, die ein geschlossenes Wohnheim für eine kürzere oder längere Zeit brauchen:

- können keine eigenen Grenzen setzen*
- brauchen Halt und wollen gehalten werden*
- haben für eine Zeit Verantwortung abgegeben*
- können notwendige Veränderung nicht aus eigener Kraft durchsetzen*
- können dies alles nicht verbal ausdrücken*

Beispiel Frau Meier: 43 Jahre alt, bisher hauptsächlich bei ihrer Mutter in sehr symbiotischer Beziehung gelebt, ambulant betreutes Wohnen kam gar nicht erst zustande, weil die Mutter es verhindert hat. Wohnen im offenen Wohnheim ist gescheitert, weil die Mutter am Wochenende dort eingezogen ist. Frau Meier ist immer wieder psychotisch durch Deutschland gereist und total verhungert aufgefunden worden. Sie kam dann ins Wohnheim Freiberg, nachdem sie in einer akuten Psychose mit einem Schwert auf ihre Mutter losgegangen ist. Schlimmeres konnte verhindert werden. Eine Unterbringung nach § 1906 auch. Durch diesen äußeren Eklat sehr erschrocken, haben sich sowohl Mutter als

auch Tochter an selbst bestimmte seltene Besuchszeiten gehalten. Beiden ging es in dieser Zeit deutlich besser. Frau Meier fing sogar im Wohnheim an, sich wieder um eine berufliche Perspektive zu kümmern. Ihre Mutter dagegen ging in Altersrente und hatte plötzlich viel Zeit. Sie nahm wieder vermehrt Kontakt zu ihrer Tochter auf. Diese kann zwar formulieren, dass der Kontakt für sie zu viel und zu schwierig ist, traut sich aber nicht, das ihrer Mutter zu sagen. Da es keine Unterbringung gibt, können wir Frau Meier nur beraten, wie sie sich von ihrer Mutter abgrenzen kann oder ihr zusehen, wie sie so sehr wieder in die Psychose gerät, dass dann doch eine gerichtliche Unterbringung notwendig wird. Wie überall in der Sozialpsychiatrie findet bei uns auch Beziehungsarbeit statt, Begegnung und Auseinandersetzen, konstruktives Streiten. Aber unsere BewohnerInnen können das im geschützten Rahmen ausprobieren.

Dazu nachfolgend einige unsortierte Gedanken:

Es ist immer jemand da, der auf einen eingeht und aufpasst, ganz unspektakulär und entlastend.

Auch Kindererziehung findet in einem geschlossenen Freiraum statt, den sie als solchen wahrnehmen und gefahrlos in Besitz nehmen können.

Wie in der Pubertät: gehalten werden wollen und darüber schimpfen.

Gehalten werden, Halt geben durch Grenzen setzen.

Begegnungskonzept Dörner - Plog: Zur Auseinandersetzung zwingen.

Veränderungsmotivation schaffen.

Es ist demütigend, sich einzugestehen, dass man etwas nicht kann, dass man Begrenzung braucht.

Vergleich Rollstuhl – geschlossene Türe:

Wer einen Unfall hat und sich die Beine bricht, braucht einen Rollstuhl, bis der Heilungsprozess und die Krankengymnastik soweit geholfen haben, dass er wieder an Gehhilfen oder allein gehen kann. Nur wenige Menschen sind nach dem Unfall so schwer verletzt, dass sie sehr lange oder nie wieder laufen können. Diese Menschen brauchen einen Rollstuhl, um darin am Leben teilhaben zu können, sonst würden sie nur zu Hause im Bett liegen oder im Sessel sitzen. Sehr wenige Menschen haben so große psychische Probleme, dass keine sozialpsychiatrische Gehhilfe ausreicht. Aber sie brauchen eine geschlossene Tür und schützende, verbindliche Absprachen, um früher oder später wieder selbständiger leben zu können.

Vergleich mit dem Radfahren lernen:

Balance finden zwischen Halten und dem allmählichen Loslassen.

Ein Gefühl dafür zu haben, ab wann man überflüssig ist.

Wie können wir Ihnen helfen, uns wieder loszuwerden? (Marie-Luise Conen)

Die Kriterien, warum jemand in einem geschlossenen Wohnheim richtig ist, sind möglicherweise andere, als die einweisenden Instanzen glauben.

Ein Kriterium kann es auch sein, dem/r BewohnerIn die Chance zu geben, den Skeptikern zu beweisen, wie gut er/sie im Leben zurecht kommt, das Wohnheim als Sprungbrett zu benutzen und daraus bald eine selbständigere Wohnform zu suchen.

Manche Menschen mit Missbrauchserfahrungen brauchen die geschlossene Tür, um sich sicherer zu fühlen; dabei muss dann garantiert sein, dass sie natürlich bestimmen dürfen, von wem sie Besuch bekommen. Bei einer speziellen Bewohnerin hat das Wohnheim dem übergriffigen Vater Hausverbot erteilt, da die Tochter dies nicht konnte.

Manche Menschen brauchen das Gefühl, dass nicht irgendjemand Fremdes ins Haus kommen kann und dass rund-um-die-Uhr jemand vom Team anwesend ist.

Manche Menschen brauchen die geschlossene Tür als vorübergehenden Ersatz für die eigene Grenze. Besonders Menschen mit extremen sekundären Suchtproblemen beweisen uns immer wieder kurz vor Ablauf der Unterbringung durch einen kleinen Rückfall, dass diese dringend verlängert werden sollte. Manche sagen dies auch. Andere, die dauernd in ihrer Psychose stecken, können viel besser damit leben, wenn sie nur eine oder zwei Stunden in der Stadt sind. Bei freier Zeiteinteilung, die sie dann auch unbedingt nutzen müssen, haben sie sich oft unterwegs verloren. Es ist für alle schwierig, den Balanceakt zu vollführen, irgendwo zwangsweise zu sein und sich dort aber wohl zu fühlen. Dies äußert sich oft in einem verbalen Schimpfen, aber tatsächlich tun die Menschen viel dafür, bleiben zu können.

Wer in einem geschlossenen Heim arbeitet, muss sich seiner Machtposition sehr bewusst sein und besonders sensibel damit umgehen können. Z.B. die Aktion „Tür öffnen“ darf keinerlei Arroganz beinhalten. Die BewohnerInnen würden sofort dementsprechend reagieren. Das Aushandeln von Ausgangszeiten muss für BewohnerInnen logisch nachvollziehbar sein und klar zu ihrem „Wohle“. Es darf kein Gefühl von Willkür oder Machtmissbrauch dabei aufkommen. Es muss auch darüber gestritten werden dürfen.

Fragen und Antworten zum Vortrag:

* *Diagnosen der Bewohner?*

⇒ *Psychiatrische Erstdiagnosen, Persönlichkeitsstörungen, Sucht, Suizidalität, somatische sekundäre Erkrankungen, Psychosen, Verwahrlosungstendenzen, auch geistige Behinderungen.
Einer Aufnahme im Wohnheim Freiberg geht stets das Scheitern anderer Versorgungsformen über Jahre hinweg voran.*

* *Belegung/Personal?*

⇒ *Im Wohnheim Freiberg finden 16 psychisch Kranke eine Heimat. Personell ist das Wohnheim 24 Stunden besetzt. Das aus ca. 13 Vollzeitstellen bestehende Team setzt sich aus (Fach-)Krankenpflegern, Heilerziehungspflegern, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen und einer Hauswirtschafterin zusammen.*

* *Pflegesatz/Hilfeplanung?*

⇒ *Der Pflegesatz im Wohnheim Freiberg beträgt ca. 100 € pro Tag. Angewendet wird das Metzler-Verfahren. Die meisten Bewohner sind in die Hilfebedarfsgruppe III eingestuft.*

* *Widerspruch zwischen geschlossener Einrichtung und Entwicklung?*

⇒ *Wenn Entwicklung zu verzeichnen ist, ist diese stets als große psychische Leistung des Klienten anzusehen. „In die Veränderung gezwungen“ macht manchmal erst Entwicklung möglich. Voraussetzung hierfür ist das stets präsente Angebot, den Klienten auf dem Weg zu seinem eigentlichen Ziel und zur Überwindung der Demütigung zu begleiten. In einer geschlossenen Einrichtung darf es zu keinem Ausspielen der Macht durch die Mitarbeiter kommen: die geschlossene Tür und die Schlüsselgewalt müssen stets nur als Hilfsmittel verstanden und angewendet werden.*

* *Mitarbeiter mit der „richtigen“ Sichtweise?*

⇒ *Es gibt kein Rezept für die Auswahl der Mitarbeiter mit der „richtigen“ Sichtweise/Einstellung – der „Funke“ springt über, oder nicht. Zumeist entscheiden sich die Mitarbeiter bewusst für diese Form der Arbeit.*

* *Zustandekommen von Beschlüssen/Gutachten?*

⇒ *Ein entsprechender Beschluss zur geschlossenen Unterbringung liegt zumeist zum Zeitpunkt des Einzugs vor – danach wird geprüft, ob eine Verlängerung notwendig ist (in ca. 70 % der Fälle ist dies nicht der Fall, der Aufenthalt im geschlossenen Wohnheim wird dann freiwillig). Gutachten werden von der Psychiatrie (ambulant oder stationär) im Auftrag des Gerichts erstellt.*

* *Entweichungen?*

⇒ *In dem sechsjährigen Bestehen des geschlossenen Wohnheims kam es nur etwa fünfmal zu Entweichungen – zumeist spielten Drogen eine Rolle. Die Beziehung zu den Mitarbeitern im Wohnheim hält die Klienten.*

* *Kontrollinstanz/Aufnahmedruck?*

⇒ *Vor der Einführung von Hilfeplankonferenzen in Stuttgart gestaltete sich dies schwierig – es war eine umfangreiche Checkliste zu den bisher versuchten Hilfen notwendig und die Warteliste des Wohnheims war lang. Eine Schilderung der Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung ist jedoch immer auf die eine und auf die andere Art und Weise möglich, daher sind kleine Wohneinheiten äußerst wichtig: der Belegungsdruck ist gering und die Gefahr „falsche“ Bewohner aufzunehmen wird minimiert.*

* *Behindert erfolgreiche Beziehungsarbeit mögliche Auszüge?*

⇒ *Durch das Angebot einer ambulanten/offenen Betreuung im Wohnverbund im Anschluss an den Wohnheimaufenthalt (mit Personenkontinuität!) werden mögliche und/oder notwendige Auszüge nicht durch eine gute Beziehungsarbeit behindert.*

* *Übergangscharakter?*

⇒ *Vier von 16 Bewohnern leben dauerhaft im Wohnheim, 12 vorübergehend.*

* *Perspektive der dauerhaften Bewohner?*

⇒ *Sie haben im Wohnheim ihr Zuhause gefunden.*

* *Systemsprenger?*

⇒ *In sechs Jahren konnten etwa acht Menschen nicht im Wohnheim bleiben – zwei davon brauchten ein „Mehr“ an Kliniknähe und ärztlicher Versorgung, sechs wurden fremdaggressiv. Derzeit werden Überlegungen angestellt, für die Gruppe der fremdgefährdenden Klienten zehn weitere Plätze zu schaffen – die Lücke zwischen dem derzeitigen Angebot und der Forensik könnte damit (teilweise) geschlossen werden.*

* *Positive Grundhaltung auch bei Fremdgefährdung einhaltbar?*

⇒ *Es ist prinzipiell schwierig, für jede Klientel die passende Sonderlösung zu finden und umzusetzen. Im geschlossenen Wohnheim jedenfalls erlauben Personalschlüssel, Pflegesatz und Räumlichkeiten nicht das Auffangen von Fremdaggression – die hierfür notwendige Personalpräsenz kann derzeit nicht gewährleistet werden. Prinzipiell ist festzuhalten, dass Fremdaggression nach wie vor ein großes Tabu darstellt.*

* *Haltung des Kostenträgers?*

(Hintergrund der Frage: In Rheinland-Pfalz dominieren Ängste hinsichtlich des Freiheitsentzugs und einer Wegnahme der Arbeit der Forensik durch die Schaffung geschlossener Einrichtungen)

⇒ *In Stuttgart haben die Kliniken zu hohe Belegungszahlen vorgelegt, woraufhin die Sozialplanung der Stadt das geschlossene Wohnheim beschlossen hat.*

Was wollen Menschen mit komplexen psychischen Problemen von der Gemeindepsychiatrie?

Vortrag Lothar Flemming, Landschaftsverband Rheinland

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

gemeinsam mit meinem Kollegen Rüdiger Szapons aus Duisburg stelle ich mich heute der Frage: „Was wollen Menschen mit komplexen psychischen Problemen von der Gemeindepsychiatrie?“

Meine Antwort kann eigentlich nur lauten: „Das sollten wir sie selber fragen!“

Aber da ich mich auf einer Veranstaltung der Angehörigen- und Professionellenbewegung befinde, hilft diese Idee im Moment nicht weiter. Leider bin ich auch kein Forscher, der Ihnen jetzt z.B. die Ergebnisse von umfänglichen Nutzerbefragungen oder Verlaufsforschungen vorlegen könnte.

Meine Antwort lautet stattdessen: „Nach meiner Erfahrung wollen diese Menschen vor allem wissen, wo sie mit mir, mit uns Professionellen dran sind!“

Diese Antwort möchte ich Ihnen erläutern bis hin zu dem Schluss, dass geschlossene Heime nicht die Probleme lösen, für die sie gefordert werden, bevor Herr Szapons dann die Aufgabe übernimmt, Ihnen plastisch und praktisch darzustellen, wie die Zusammenarbeit mit sehr problembeladenen psychisch kranken Menschen gelingen kann, ohne dass die Tür zu ist.

Wo sind Sie heute mit mir dran, wo sind die Menschen, um deren Lebensbewältigung wir uns qua Auftrag kümmern sollen, mit uns Professionellen dran – darüber spreche ich also in den nächsten etwa 30 Minuten.

Beginnen will ich mit einer Verszeile:

„Freiheit ist der Zweck des Zwanges. Wie man eine Rebe bindet, dass sie, statt im Staub zu kriechen, frei sich in die Lüfte windet.“

Diesen Vers schrieb ein Realschullehrer an die Tafel, als er unsere Klasse übernahm, um uns in Fremdsprachen und Musik zu unterrichten. Mithilfe der Poesie stellte er uns also sein pädagogisches Programm vor, wir konnten demnach vermuten, dass er uns zu unserem Besten nach seinem Plan formen würde – wir die Reben, er der Winzer, der uns am Stock entlang vom Boden wegführen würde.

Heute weiß ich, dass dieser Vers aus dem Lehrgedicht „Dreizehnlinden“ des deutschen Arztes, Politikers und Dichters Friedrich Wilhelm Weber stammt, veröffentlicht 1878 und in diesem Teil das klösterliche Leben der Mönche beschreibend.

Nicht lange dauerte es damals, bis wir wussten, wie dieser Lehrer sein Programm verstanden wissen wollte. In einer heute unvorstellbaren Weise drangsalierte er uns, ließ uns z.B. über Monate die Nationalhymne üben und zur Unterstützung unseres Taktgefühls dabei gelegentlich durch die Klasse marschieren.

Meine Liebe zur Musik und zu den Fremdsprachen hat sich in dieser Zeit leider sehr wenig entwickelt, warum nur ist mir dieser Vers so nachhaltig im Gedächtnis geblieben?

Es mag damit zusammenhängen, dass er zum ersten Eindruck dieses druckvollen Lehrers gehörte und zugleich so wenig zu tun hatte mit der sinnlichen Erfahrung der folgenden Jahre: wir erlebten strenge Disziplinierung, der behauptete Zweck dahinter war im Alltag nicht zu erkennen, die Poesie war schnell von der Tafel gewischt.

Vielleicht wurmt mich auch, dass ich ganz naiv seiner guten Absicht geglaubt und mich dann nicht gegen sein bedrückendes Handeln gewehrt habe. Hat der Mann am Ende selber geglaubt, der Zweck heilige die Mittel, oder sich umgekehrt ein poetisches Mäntelchen gesucht, das er um seine unheiligen Methoden legen konnte?

Was mir in jedem Falle bis heute geblieben ist: ein tiefes Misstrauen gegen „schöne, wahre Worte“, die ständige Frage danach, was wirklich gemeint und gewollt ist.

Meine Erwartung ist: Legt Euer persönliches Motiv, Euer Interesse offen, bei dem, was Ihr sagt und tut – ich glaube es erst mal nicht, wenn von Sachnotwendigkeiten, fachlichen Sicherheiten oder meinem Besten als dem Zweck des Handelns gesprochen wird!

Mit dieser Grundeinstellung habe ich 1986 die Leitung einer geschlossenen Langzeitstation in einer psychiatrischen Klinik übernommen und viel gelernt:

Sehr schnell begriff ich, dass auf dieser Station so gehandelt wurde, wie das in einem Krankenhaus üblich ist, mit Visiten, Routineuntersuchungen, therapeutischen Verordnungen und Veranstaltungen und so weiter. Nur das krankenhaustypische Ergebnis der Behandlung unterblieb: die Entlassung. Die hier versammelten 20 Männer galten als besonders schwierig, alle bisherigen Versuche einer Besserung und auch Weitervermittlung in der therapeutischen Kette waren „gescheitert“. Seit vielen Jahren

kannte man sie nun in der Klinik, vielen eilte ein denkbar schlechter Ruf voraus; auf dieser Station arbeitete man als Mitarbeiter eigentlich nicht freiwillig – manchmal war die Rede von der „Schlangengrube“.

Wenn also mangels Erfolgsaussicht nicht an der Entlassung der Patienten gearbeitet wurde, woran denn dann? Und warum musste das hinter geschlossenen Türen vonstatten gehen? Das fragte ich mich und hatte nach einiger Zeit eine Idee dazu: mehr oder weniger zwangsweise versammelten sich auf der Station zwei Gruppen von Menschen, die einen rund um die Uhr anwesend – die Patienten, die anderen über lange Stunden hinzutretend – die Mitarbeiter. Die Mitarbeiter hatten die Schlüssel als Symbol, die Patienten ihre auffälligen Verhaltensweisen als Beleg, dass sie hierher gehörten.

Gemeinsam erfüllte man eine Aufgabe und die hieß: im täglichen Handeln den Arbeitsort Station neu erstehen zu lassen. Dazu stellten sich die Patienten quasi als Arbeitsmittel zur Verfügung, sie boten den Mitarbeitern immer wieder Anlass, ihr berufliches Handeln zu entfalten. Die geschlossene Tür war hierfür ein wichtiges Hilfsmittel: jedes Klingeln, jedes Schlüssellasseln, jede Bitte um Aufschließen der Tür, jedes Sperren des Ausganges machte deutlich, dass hier Menschen gegen ihren Willen geschlossen untergebracht waren und alles weitere Handeln sich aus diesem unverrückbaren Faktum ergab. Patienten schimpften über die Freiheitsbeschränkung, Mitarbeiter ärgerten sich über das ständige Laufen zur verschlossenen Tür, heftige Diskussionen waren zu führen, wer warum und wie lange keinen Ausgang haben sollte, was hierfür eigentlich „gerechte Kriterien“ sind.

Letztlich aber stellte diese Tür einen wesentlichen Teil des Prinzips der Raumdeckung dar, das wir vor allem aus dem Fußball kennen: wenn ich jemanden nicht einsperren kann, um seine Bewegungen zu kontrollieren, dann muss ich ihm mit meiner Person und meinem Verhalten im Wege stehen – das ist Manndeckung. Raumdeckung heißt hingegen, dass ich mich durch geschickte Aufstellung in der Distanz bereithalte und dem Gegner so signalisiere, dass ich sofort auf seine Bewegungen reagieren kann. Ich halte mich bereit, ohne ihm dauernd auf den Füßen zu stehen. Da die Tür zu ist, kann ohne mich nichts Entscheidendes passieren, wir können uns dahinter von Ferne beobachten. So entsteht das berühmte, natürlich verzerrte Bild: Patienten dösen im Aufenthaltsraum oder auf ihren Betten, Personal ist mit Hilfe von Kaffee bei Tätigkeiten im Dienstzimmer versammelt.

Eigentlich könnte man sehr viel miteinander tun, da man ja unausweichlich zusammen ist, aber das Gegenteil scheint der Fall zu sein: die gewaltige geschlossene Tür bindet alle Energie, Aktivitäten müssen irgendwie über sie hinausführen, soll man sich zu ihnen motivieren. Und das Dilemma wird offensichtlich: Wohlverhalten im geschlossenen Rahmen wird zur Grundlage für die Gewährung von Ausgang, auffälliges Verhalten draußen führt zum Ausgangsentzug; und regelverletzendes Verhalten drinnen verhindert Ausgang, weil niemand glaubt, dass man sich dann draußen vernünftig verhalten kann.

Grundsätzlich unterschiedliche Situationen werden zum Prüffall für die jeweils andere gemacht, und dabei wissen wir doch aus höchst eigener Erfahrung, wie verschieden wir uns in je spezifischen Kontexten verhalten.

Ich halte Ihnen hier einen Vortrag, aber haben Sie deshalb schon eine Idee, wie ich Squash spiele oder mit meinem Sohn umgehe?

Also habe ich mir damals gedacht, dass Entwicklung auf dieser Station nicht bedeuten wird, bessere therapeutische Umgangsweisen mit den Patienten zu finden. Damit diese sich dann ändern und die Station verlassen können. Wenn das möglich wäre, hätte es schon längst jemand gemacht. Es würde darum gehen, allen Anwesenden neue Erfahrungen miteinander zu vermitteln; und hierzu würde es erforderlich sein, die Rahmenbedingungen des gemeinsamen Handelns zu verändern. Ich bin nämlich fest von

der Wahrheit des Satzes überzeugt: Räume gestalten Beziehungen (das ist eine therapeutische Spezialversion der Erkenntnis, dass das materielle Sein das Bewusstsein bestimmt).

Sie können einwenden, dass die Verhältnisse in einer Klinik überhaupt nicht zu vergleichen sind mit einem modernen sozialpsychiatrischen Wohnheim, aber ich behaupte, dass dieses Wohnheim ähnliche Verhaltensweisen erzeugt bzw. zum Ausdruck bringt, wenn seine Tür für die Bewohner geschlossen wird.

Wenn man so will, unterbrechen geschlossene Einrichtungen problematisches Verhalten, sie verändern es dadurch nicht automatisch. Die Chancen, eine Verhaltensänderung zu erzeugen, sind gering, weil mehr Energie darauf verwendet wird, gegen den geschlossenen Rahmen anzukämpfen bzw. ihn aufrechtzuerhalten.

Manchmal erscheint eine geschlossene Unterbringung absolut notwendig, um Selbst- und Fremdgefährdung zu verhindern; dann sind sich die Experten aber einig darüber, dass ein akutes Krankheitsgeschehen zugrunde liegt und notfalls gegen den Willen der Kranken entaktualisiert werden muss. Die Einschränkung von Persönlichkeitsrechten ist hier also Voraussetzung der medizinisch-psychiatrischen Behandlung oder bildet ihren Rahmen.

Wird aber der Lebensort eines Menschen abgeschlossen, um sein Verhalten zu beschränken, findet etwas anderes statt, was ich als Haus- oder Stubenarrest bezeichnen würde; wer solche Maßnahmen als Kind erlebt hat, wird sie als zeitlich befristete Strafmaßnahme kennen, die die Bewegungsfreiheit einschränkt und gleichzeitig Kontakte unterbindet. Man soll in der Regel in seinem Zimmer „zur Besinnung kommen“ oder unter diesem Zwang etwas erledigen, was man aus freien Stücken oder auf gutes Zureden hin eben nicht getan hat (aufräumen, Hausaufgaben machen usw.).

Wird ein solcher Arrest zu einer dauerhaften Anordnung, von der es Ausnahmen in Form von Ausgängen gibt, drückt sich hierin entweder die Schwere der Verfehlung oder die geringe Hoffnung auf eine wirkliche Besinnung aus. Das ständig verfügbare Machtmittel des Arrestes kürzt Diskussionen und persönliche Auseinandersetzung ab, es ist klar, dass der Arrestant die Verantwortung dafür hat, dass er eingeschlossen ist, und auch dafür, ob er wieder frei kommt. Die andere Seite, also wir, beurteilen vor allem sein Verhalten daraufhin, ob es Anlass zu weiterem Arrest oder zu Lockerungen gibt. Wir werden es von uns weisen, als Miterfinder oder Mitgestalter dieses geschlossenen Lebens angesehen zu werden.

In diesem Sinne drückt eine geschlossene Station, ein geschlossenes Heim eine extreme Schiefelage in der Beziehung zwischen den Handelnden aus: der gesamte Lebensvollzug der Patienten, der Bewohner ist dem Reglement der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter unterworfen. Es wird kaum noch vorstellbar, wie auf dieser Basis die Prinzipien gelebt werden können, die wir uns für die Beziehungsgestaltung zwischen psychisch kranken Menschen und professionellen Helfern gegeben haben. Ich nenne einige als Stichwort: Personenzentrierung, Individualisierung, Normalisierung, Unterstützung von Empowerment.

Eine hierauf gegründete Arbeitsweise verlangt Begegnung auf gleicher Augenhöhe – wie soll die gelingen, wenn ich sie erzwingen kann?

Und damit bin ich beim Kern des Geschehens, welches wir als professionelle Arbeit mit psychisch kranken Menschen bezeichnen und für das wir uns eine Vielzahl von fachlichen Standards gegeben haben – und diese gelten für alle Klienten gleichermaßen, wie „sprengkräftig“ sie auch sein mögen. Ich fasse in Thesenform einige zusammen und

komme zu den aus meiner Sicht unvermeidlichen Schlussfolgerungen, in denen die geschlossene Heimtür keinen Platz hat:

- 1. Wenn es sich bei psychischen Störungen im Kern um Beziehungsstörungen handelt, sind tragfähige und fördernde Beziehungen ein zentraler Hilfeansatz; bei unseren Konzepten hierfür gehen wir von der Überzeugung aus, dass psychisch kranke Menschen genauso leben wollen wie andere Menschen auch und dies mit der für sie erforderlichen Unterstützung auch können.*
- 2. Wir Professionelle bieten diese Beziehungen in spezifischen Rahmenbedingungen an, die die Beziehungsgestaltung strukturieren und erleichtern sollen: Stichworte hierfür sind Pflichtversorgung, Regionalisierung, Dezentralisierung, Gemeindeintegration, Vernetzung. Hieraus ergeben sich praktische Arbeitsweisen, an denen die Klienten erkennen, ob wir uns in diesem Rahmen bewegen.*
- 3. Wir Professionelle treten in der überwiegenden Zahl nicht als Freiberufler auf, sondern als Mitarbeiter und Vertreter einer Organisation. Ein Klient nimmt also mit der Beziehungsaufnahme zu mir zugleich Vertragsbeziehungen mit einer Einrichtung auf – manchmal auch ohne sein Zutun oder Wollen.*
- 4. Diese Konstellation zwischen uns Professionellen und den Klienten wird besonders konsequenzenreich, wenn letztere ihre gesamte Lebensführung dem Regelwerk einer Organisation wie einem Heim unterstellen; Klaus Dörner spricht hier von einem „veranstaltetem Leben“. Dies ist eine Lebensführung, die wir alle für uns nur in Teilaspekten akzeptieren, z.B. im Arbeitsbereich, ansonsten achten wir sehr darauf, das Ausmaß der Fremdregulierung selber zu bestimmen.*
- 5. Wenn psychisch Kranke anstelle eines selbst bestimmten ein veranstaltetes Leben führen, muss dem eine besondere Notwendigkeit zugrunde liegen. In der Regel ist dies nicht eine eigene Entscheidung, sondern Ergebnis fachlicher Expertisen über die psychischen und sozialen Problemlagen dieses Menschen. Natürlich wird man sich bemühen, hierüber ein Einvernehmen mit dem Betroffenen herzustellen, dies mündet bzgl. des Heimaufenthaltes aus meiner Erfahrung oft in einer „Freiwilligkeit mangels Alternative“.*
- 6. Wir Professionellen können allerdings auch gegen den Willen der Betroffenen handeln, insbesondere, wenn es um die Bewältigung einer akuten Notsituation geht: in einer Existenz bedrohenden psychischen Ausnahmesituation soll Selbst- und Fremdgefährdung unterbunden werden. Geschlossene Unterbringung ist in diesem Sinne die Reaktion auf eine extreme Problemzuspitzung, aber noch nicht die Lösung der zu Grunde liegenden Probleme.*
- 7. Die Einschränkung von Persönlichkeitsrechten ermöglicht sehr machtvoll die Erzwingung von Maßnahmen zur Behandlung einer psychischen Erkrankung. Sie wissen, dass die geschlossene psychiatrische Krankenhausbehandlung kritisch diskutiert wird, es gibt gute Argumente dafür, sie als ein traumatisierendes Erlebnis in einer ohnehin traumatischen Situation zu erleben. Nicht nur deshalb sollte sie als befristete Notlösung im wahrsten Sinne des Wortes betrachtet werden, so wie jeder von uns eine erforderliche Krankenhausbehandlung in dem Bewusstsein toleriert, dass der Aufnahme und Behandlung die Entlassung folgt.*

8. Wenn die Professionellen davon sprechen, dass die problematischen Verhaltensweisen, die Anlass zur Krankenhausbehandlung waren, sich nicht in den üblichen Behandlungszeiten bessern, also nicht der ärztlich verantworteten Behandlung unter den heute üblichen Krankenhausbedingungen zugänglich sind, wird der Ruf nach hoch strukturierten pflegerisch-betreuend oder pädagogisch konzipierten Alternativen laut. Hierfür verwende ich den Begriff des Haus- oder Stubenarrestes, wiewohl die Professionellen mit Sicherheit den Notwendenden oder förderlichen Aspekt der Maßnahme in den Vordergrund stellen werden.
9. Hiermit will ich den einseitigen Machtaspekt verdeutlichen, den geschlossene Einrichtungen für die ihnen Unterworfenen repräsentieren. Die Professionellen haben die Schlüsselgewalt und sie können nur schwerlich behaupten, die oben genannten fachlichen Kriterien hätten hier genauso Gültigkeit.
10. Wollen wir Professionellen dagegen unter Wahrung der genannten fachlichen Standards für die Beziehungsgestaltung mit psychisch kranken Menschen auch bei den sog. Schwierigsten handeln, ist etwas anderes erforderlich:
 - sorgfältige Analyse der bisherigen Beziehungserfahrungen unter Einschluss aller relevanten Rahmenbedingungen und der aktuellen Problemsituation; nur so kann man eine Idee dazu erhalten, wie das scheinbar nach geschlossener Unterbringung verlangende Verhalten zustande gekommen, also erklärbar ist
 - Verständigung darüber, ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, auch wenn diese eine sehr lange Zeit in Anspruch nehmen sollte; dazu gehört auch die evtl. Neugestaltung des Lebenskontextes für die Zeit danach
 - wenn keine Krankenhausbehandlung Ziel führend scheint: Entwicklung eines Krisenbewältigungsplanes am Lebensort unter Hinzuziehung von Behandlungselementen oder spezielle Krisenangebote in der Einrichtungen („time-out“, weiches Zimmer etc.)
 - in diesem Rahmen können sogar Freiheitsbeschränkungen eine Rolle spielen, allerdings wird dabei das Mandatdeckungsprinzip vorherrschen müssen, um im gemeindepsychiatrischen Handlungsrahmen zu verbleiben.
11. Soll für die so genannten „Systemsprenger“ die bisherige Standarderfahrung, nämlich die des Beziehungsabbruchs und des Weiterreichens an andere Professionelle, unterbrochen werden, müssen sich alle bisher und potentiell an der Beziehungsgestaltung bzw. professionellen Leistungserbringung Beteiligten gemeinsam um Lösungen bemühen.
12. Dazu wird es erforderlich sein, das gewohnte Verfahren der Beauftragung eines Trägers, einer Einrichtung zu überschreiten und die Versorgung eines als besonders schwierig geltenden Menschen zur Verantwortung aller Professionellen in seinem Lebensumfeld zu erklären; nur so kann vermieden werden, dass es zu den beschriebenen Beziehungsabbrüchen kommt, bei denen neben vielen anderen negativen Effekten auch positive Beziehungserfahrungen verloren gehen.
13. Das ist erkennbar aufwändig, anspruchsvoll und anstrengend, der Erfolg ist nicht garantiert und selten von Ewigkeitscharakter; deshalb erscheint die geschlossene Unterbringung als pragmatische Vermeidungslösung, die die Komplexität der Problemlagen drastisch reduziert und beherrschbar macht – aber einseitig zu Gunsten der Professionellen, die zudem in ihren gewohnten Verfahrensweisen verbleiben können.

14. *Mit ihrer enormen Machtfülle drücken geschlossene Einrichtungen also vorwiegend die große Ratlosigkeit der Professionellen gegenüber herausfordernden und ratlos machenden Menschen aus. Es gelingt nicht mehr, gefährliche, störende, schädigende Verhaltensweisen als spezielle, existentielle Formen der Beziehungsgestaltung zu würdigen und sich soweit auf sie einzulassen, dass man die eigenen Arbeitsweisen nachhaltig zu ändern bereit ist. Wenn das so ist, und man meint, nicht genug, Zeit, Geld, Personal oder Rahmen zu haben, sollte man das auch so begründen und nicht die Betroffenen mit ihrem Verhalten einseitig verantwortlich machen für die angebliche Notwendigkeit geschlossener Heime.*

15. *Wenn der Anspruch aber aufrecht erhalten wird, sich gerade zu den angeblich Schwierigsten in Beziehung zu begeben, sich mit ihnen weiter zu entwickeln, sollten wir die damit verbundenen Herausforderungen gemeinsam annehmen und eben nicht nach scheinbar einfachen Lösungen rufen. Das Eingeständnis der gemeinsamen Ratlosigkeit ist der Ausgangspunkt und das Ende des Ringens um neue Lösungen. Hierbei werden sich gewohnte Hilfeformen und übliche Verfahren der professionellen Beziehungsgestaltung nachhaltig verändern. Grundsätzlich wollen wir das alle, wenn wir vom personenzentrierten Arbeitsansatz sprechen – wenn wir es praktisch wollen und gerade auch mit denen, die unsere Unterstützung am dringendsten brauchen, stehen uns geschlossene Heime nur im Wege.*

Wir sind in all unserer Erfahrung und unserem Mut zur Beziehung gefordert, nehmen wir diese Herausforderung an.

Vortrag Rüdiger Szapons, Regenbogen junior (Duisburg):

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung.

Zu der Frage: „Braucht die Gemeindepsychiatrie geschlossene Einrichtungen?“, möchte ich Ihnen ein Projekt aus Duisburg vorstellen, das von Regenbogen e.V. in den vergangenen 15 Jahren durchgeführt wurde.

Regenbogen e.V. betreibt in Duisburg ein gemeindepsychiatrisches Zentrum für eine Region von etwa 250.000 Einwohnerinnen und Einwohner und hat sich von Anfang an zu dem Begriff der „Pflichtversorgung“ bekannt.

1992 wurden die ersten Heime errichtet, und im Rahmen der Enthospitalisierung der Rheinischen Landeslinik kamen damit auch schwierige Klientinnen und Klienten nach Duisburg. Da wir gleichzeitig die regionale Pflichtversorgung auf unsere Fahnen geschrieben hatten und das auch selbstbewusst propagierten, standen auf unseren Wartelisten für unser Wohnheimprojekt schnell Menschen mit Psychose-/Sucht-Komorbidität, persönlichkeitsgestörte Menschen mit Gewaltbereitschaft und Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Sie sicher auch aus Ihren regionalen Bezügen als schwierig kennen.

In der alltäglichen Betreuungsarbeit gab es, bedingt durch die massiven Verhaltensauffälligkeiten einiger unserer BewohnerInnen, ein hohes Maß an Konflikten mit der Nachbarschaft, mit Kliniken und mit der Polizei. Der Reputation unseres Trägers und unserer Arbeit schadeten diese Eskalationen ebenfalls.

In der öffentlichen Diskussion in den Duisburger Fachgremien wurde relativ schnell klar, dass auch andere Träger versuchten, diese problematische Klientel zu versorgen und konzeptionell schnell an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit stießen.

Regenbogen konzipierte eine Wohneinrichtung, die im Gegensatz zu unseren bestehenden Angeboten nicht gemeindeintegriert ist, sondern sich in einer Stadtrandlage befindet.

Wir entschlossen uns, von der Stadt Duisburg eine in einem Waldgürtel zwischen Duisburg und Mülheim liegende Immobilie zu erwerben.

In diesem Wohngebiet, das sich nur Menschen leisten können, die entweder Einkommensmillionäre sind oder jetzt neuerdings als Systemsprenger in der Psychiatrie gelten, unterstellten wir, dass die Reibungsfläche mit der unmittelbar umgebenden Umwelt kleiner würde, da aufgrund der Grundstücksgrößen und Lage der nächste Nachbar 1000 m entfernt wohnt. Das Gebäude ist so gelegen, dass man nach einem etwa 15-minütigen Fußweg den öffentlichen Personennahverkehr in jedwede Richtung erreicht.

Um die Arbeit von vornherein transparent zu gestalten, haben wir lange bevor die Einrichtung eröffnet wurde einen Konzeptionsarbeitskreis gebildet, zu dem wir alle in der Region vertretenen Träger eingeladen haben, die mit dieser Zielgruppe von Menschen arbeiten.

Dieser Einladung folgte nur ein geringer Prozentsatz der Angesprochenen.

Der seinerzeit eingerichtete Arbeitskreis überprüft und kontrolliert die Arbeit des Wohnheimes bis heute sehr genau, um sicherzustellen, dass es auch zukünftig ein niederschwelliges Angebot für Menschen mit besonders schwierigen Problemlagen in der Region bleibt.

Ziel war es, einen Überlebensraum für Menschen zu schaffen, die nicht befürchten müssen, dass ausschließlich Wohlverhalten den Wohnheimplatz sichert. Es sollte jederzeit sichergestellt sein, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ein Dach über dem Kopf haben, dass sie ihre Mahlzeiten regelmäßig bekommen und medizinisch versorgt werden, d.h. dass es für sie einen sicheren Ort zum Überleben gibt.

Wegen der hohen Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben wir mit unserem Kostenträger, dem Landschaftsverband Rheinland, einen Personalschlüssel von 1 zu 1,25 verhandelt, das heißt bei 20 Wohnheimplätzen konnten wir 16,75 Stellen besetzen.

Diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter galt es dann zu finden, und relativ schnell wurde klar, dass es in den betreffenden Berufsgruppen wenig interessierte Kolleginnen und Kollegen gab, die diese Arbeit tun wollten. Die letztendlich eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben wir dann entsprechend unseres Konzeptes und nach unseren Vorstellungen durch Qualifizierungsmaßnahmen und Fortbildungen auf die Arbeit vorbereitet.

Bei der Eröffnung des Wohnheimes nahmen wir Menschen auf, die aus der Wohnungslosenhilfe kamen und eine Vielzahl von Institutionen bereits kannten.

Weiterhin wurden uns aus Kliniken Menschen zugewiesen, die von anderen Einrichtungen abgewiesen wurden. Es handelte sich also um eine Mischung aus psychose-/suchterkrankten Menschen, deren Suchtverhalten alle Substanzen umfasste. Wir nahmen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen - teilweise aus den Forensischen Kliniken - und Menschen, die aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten als schwer zu vermitteln galten, in unser Wohnheim auf.

Mit diesen Klienten und Klientinnen stellten wir ein Regelwerk auf, das möglichst wenig Regeln enthält und kurz und einprägsam Folgendes beinhaltet:

1. Das Haus und das Grundstück bleiben drogenfrei. Zum Konsum wird das Haus verlassen. Innerhalb des Hauses und auf dem Gelände werden keine Drogen und alkoholischen Getränke gelagert oder versteckt.
2. Es ist unser Anliegen, dass jede Bewohnerin und jeder Bewohner sich psychiatrisch behandeln lässt und verordnete Medikamente einnimmt.
3. Wir wünschen uns innerhalb des Hauses Gewaltfreiheit gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Bewohner und Gegenstände.
4. Wir legen großen Wert darauf, dass sich alle Bewohnerinnen und Bewohner an der Gestaltung des unmittelbaren Lebensumfeldes beteiligen.

Für die Bewohnerinnen und Bewohner mit Heroinabhängigkeit wird alternativ eine Methadonsubstitution angeboten.

Leider wissen alle Anwesenden genauso gut wie ich, dass dort, wo es Regeln gibt, zwangsläufig auch Regelbrüche stattfinden. In unserem Wohnheim hat ein Regelbruch allerdings immer nur Bewohnerversammlungen, Gesprächsrunden, Konfrontationsaufarbeitungen etc. zur Folge, niemals disziplinarische Entlassungen.

Das sich daraus ergebende Spannungsklima führte dazu, dass uns die ersten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach oft relativ kurzer Mitarbeit wieder verlassen haben, während die BewohnerInnen blieben. Nachdem das Team einmal ausgetauscht wurde, gab es auf Seiten der Bewohnerschaft eine deutliche Irritation, weil die Bewohner bisher erlebt hatten, dass sie die Einrichtungen im Konfliktfall verlassen mussten, und nicht die MitarbeiterInnen.

Es wurde unter den BewohnerInnen allmählich öffentlich diskutiert, ob sie tatsächlich so schwierig sind, dass die Mitarbeiter vor ihnen fliehen. Dies führte zu einem besseren Verständnis für die immer wieder neu kommenden bzw. verbliebenen Mitarbeiter und zu einem Überdenken und Verbessern des Verhaltens untereinander. Alle BewohnerInnen hatten bis dahin erlebt, dass sie die Ausnahme innerhalb eines Regelwohnheimes oder einer Regelinstitution waren. Hier waren alle „Ausnahmen“ beieinander. Die KlientInnen begannen allmählich, ihr eigenes Verhalten kritisch zu betrachten und zu verbessern.

Die langsam wachsende Identifikation mit dem Wohnheim und seinen MitarbeiterInnen bewirkte, dass die BewohnerInnen begannen, sich gegenseitig zu kritisieren, Wünsche zu diskutieren, Verhaltensänderungen offen zu machen und zu erzeugen.

In den ersten beiden Jahren wurde das Team einmal komplett und einmal teilweise ausgetauscht. Innerhalb von vier Jahren gab es vier Heimleiter.

Seit 2003 haben sich Bewohnerschaft und Team inklusive Leitung aber stabilisiert, und es gibt eine hohe Kontinuität. Was wir erkennen ist, dass auch aufgrund der Identifikation mit den Lebens- und den sozialen Umständen, die Mitarbeiter hohe Krankenstände haben, wenn das Haus relativ krisenfrei ist. Im Gegenzug haben wir bei den Bewohnern relativ viele Krisen, wenn das Team handlungssicher und personell stark vertreten ist – so gar nicht verständlich. Vielleicht besser: Wenn sich bei den Bewohnern die Krisen häufen, ist das Team im Gegenzug handlungssicher und personell stark vertreten.

In der gemeindepsychiatrischen Öffentlichkeit in Duisburg wurde die Entwicklung dieser Einrichtung mit Wohlwollen betrachtet und begleitet. Es bestehen Kooperationsvereinbarungen mit fast allen Anbietern in der Region. Zu Schwierigkeiten kam es im Rahmen der Kooperationen zum Teil mit Kliniken, weil unser Klientenkreis auch dort als sehr auffällig und damit störend, im Stationsalltag als sehr kompliziert und therapeutisch als schwer zugänglich erlebt wurde. Die Behandlungszeiten sind grundsätzlich sehr kurz.

In vielen Kliniken wird Behandlung als ein Prozess der langfristigen Verbesserung betrachtet. Dies ist bei chronisch Kranken mit Komorbidität und schweren Persönlichkeitsstörungen kaum noch möglich, so dass die Behandlungsverläufe selbst in Notfallsituationen manchmal nur 12 - 24 Stunden dauerten und die Klienten sehr schnell wieder ins Wohnheim entlassen wurden. Dieses Spannungsfeld ist bis heute erhalten geblieben, wobei sich die Atmosphäre etwas entspannt hat. Trotzdem muss die Zusammenarbeit immer wieder neu definiert werden. Wir versuchen, die Kliniken auch personell im Rahmen der Behandlung zu unterstützen, indem wir sehr belastende KlientInnen täglich in den Kliniken besuchen. D.h., wir bieten durch die Präsenz unserer MitarbeiterInnen in Absprache mit den Klinikteams auch eine personelle Entlastung an. In einem Fall, in dem die Rheinische Landeslinik Bedburg-Hau eine sehr schwierige, langfristige Behandlung angeboten hat, die sich über ein Jahr hinzog, sind unsere MitarbeiterInnen mehrfach in der Woche 80 km in die Klinik gefahren, um auch dort das Klinikteam zu unterstützen. Dieser personelle Aufwand war erfolgreich.

In Kooperation mit anderen gemeindepsychiatrischen Anbietern, die ja sehr häufig auch vor ähnlichen Problemen standen, haben wir einen Beratungsverbund entwickelt, an denen insgesamt fünf Anbieter beteiligt sind, darunter zwei Kliniken. Es gibt monatliche Treffen, in denen jede Einrichtung KlientInnen vorstellen kann. Diese Zusammenarbeit besteht seit mehreren Jahren und hat ergeben, dass immer nach einer Beratung für einen bestimmten Zeitraum eine Entspannung stattfand. Die Teams wurden durch die Beratung handlungssicherer, die Situation um den Klienten oder die Klientin wurde durch die Beratung entaktualisiert. Dies führte zwar nicht immer zwangsläufig zu langfristigen Lösungen, aber der Verbleib der KlientInnen in den Einrichtungen wurde immer sichergestellt.

Festzustellen ist: 60% der KlientInnen haben ihren Konsum deutlich reduziert, was bedeutet, dass ihre Gesamtlebenserwartung damit wahrscheinlich gestiegen ist. 20 % der KlientInnen hat bedauerlicherweise keinerlei Verhaltensveränderung geschafft, lebt aber in abgesicherteren Lebensbedingungen. 20 % der KlientInnen hat sich über das Wohnheim in Abstinenz hinein stabilisiert und das Wohnheim verlassen, um in niederschwellig betreuten Wohnformen zu leben.

Den Erfolg dieser Arbeit führen wir im Wesentlichen auf die Transparenz und die regionale Akzeptanz und Kooperation zurück. Die Gesamtregion hat an diesem Modell durch die eigene Beteiligung gelernt und geht mit schwierigen Klienten oder als schwierig geltenden Klienten anders um. So verändern sich die Anzahl und die Struktur der Anfragen für dieses Wohnheim. Durch den gegenseitigen Beratungsbedarf ist auch eine Sicherheit entstanden, die Mut macht, sich auf schwierige Klienten und Klientinnen einzulassen.

Die Erfahrung, dass gemeinsame Lösungen gefunden werden, macht einzelne Anbieter in der Region mutiger, sich in der Arbeit mit diesen Menschen zu versuchen.

Ich glaube, es ist gelungen, aus den Grenzen zwischen Trägern, die sich bisweilen als Demarkationslinien darstellten, tatsächlich kooperative und partnerschaftliche, vor allem von Wertschätzung gekennzeichnete, Arbeitsbeziehungen werden zu lassen

Dies führte zum Beispiel dazu, dass neben diesem einen Wohnheim auch noch andere Projekte geplant und durchgeführt wurden, vor allem in Zusammenarbeit mit dem Landschaftsverband Rheinland. Im Rahmen der individuellen Hilfeplanung wurde in einem Fall die langfristige Unterbringung einer Frau in einem geschlossenem Altenheim durch die Genehmigung eines Tagesstättenbesuches an fünf Tagen in der Woche, Anbindung an die Kontakt- und Beratungsstelle, zwölf Stunden betreutes Wohnen pro Woche plus ambulanter Pflegedienst verhindert. So ergibt sich zwar sicherlich eine intensivere Betreuung als im vollstationären Bereich, insgesamt aber eine zufrieden stellende Lösung für alle Seiten. Denn diese Klientin wollte kein Wohnheim aufnehmen.

In einem anderen Fall wurde nach mehrjähriger geschlossener Unterbringung ein Konzept entwickelt, in dem neben einem Wohnheim ein Wohncontainer aufgestellt wurde, so dass der Klient die infrastrukturellen Leistungen des Heims nutzen kann, ohne die soziale Dichte der Bezüge eines Wohnheimalltags erleben zu müssen, weil er dies nicht aushalten würde. Die BewohnerInnen des Wohnheims hätten auch große Schwierigkeiten, mit ihm zurechtzukommen.

Es ist somit gelungen, auch mit den Kostenträgern über Systeme nachzudenken, in denen die Hilfe

- 1. am individuellem Hilfebedarf des Klienten orientiert wird und*
- 2. die Hilfe auf den Ort fokussiert wird, an dem der Klient die Hilfe braucht und somit Klienten ihre Heimatorte nicht verlassen müssen.*

*Dies war ein kurzer Abriss unserer Duisburger Arbeit,
Danke für Ihre Aufmerksamkeit.*

Fragen/Anmerkungen und Antworten zu den beiden vorstehenden Vorträgen:

- * *Aufenthalte der Bewohner in (geschlossener Abteilung) der ansässigen Klinik?*
 - ⇒ *Herr Szapons: Nur wenn Behandlungsbedarf besteht – danach kommen die Klienten zurück ins Wohnheim. Von den 20 Bewohnern sind ca. fünf bis sechs regelmäßig in klinischer Behandlung. Für dieses „Wechselspiel“ werden stets individuelle Lösungen über Absprachen mit den Krankenkassen bzw. dem MDK angestrebt. Generell wäre ein Mehr an Diskussion darüber, ob und wann Behandlungsbedarf besteht, wünschenswert.*
- * *Was passiert mit jenen, die nicht freiwillig Hilfe in Anspruch nehmen?*
 - ⇒ *Die derzeit bestehenden zwanzig Plätze sind nicht genug, aber wer einmal im System angekommen ist, wird nicht mehr aufgegeben.*
- * *Verweildauer?*
 - ⇒ *Die Verweildauer ist stets abhängig vom Hilfebedarf. Generell darf eine positive Beziehung mit positivem Effekt nicht zum Beziehungsabbruch führen.*
- * *Frau Dr. Mayer, Amtsgericht Mainz: Ich kann Ihnen über ca. 20 – 25 Problemfälle in meinem Zuständigkeitsbereich berichten, bei denen geschlossene Wohnformen aufgrund von chronifizierten psychiatrischen Erkrankungen und/oder einem ritualisierten Abwehrverhalten nach langen Klinikaufenthalten indiziert wären. Diese Menschen sind nicht durch die Schlagworte der Sozialpsychiatrie wie „Vernetzung“, „Regionalisierung“, etc. aufzufangen.*
 - ⇒ *Herr Szapons: Meiner Meinung nach sind in diesen Fällen ambulante Betreuungsformen indiziert. In Duisburg wurde ein „Konsulentenverbund“ zwischen Klinik und sozialpsychiatrischen Anbietern etabliert. Ziel der Kooperation ist die gegenseitige Unterstützung, Beratung und der Erfahrungsaustausch in der Betreuung besonders auffälliger Menschen. Eine Evaluation zur Überprüfung des Erfolgs dieses*

Bündnisses ergab, dass sich die Betreuungssituation (bezogen auf die Klienten, wie auch auf die beteiligten „Professionellen“) merklich verbessert hat.

- ⇒ *Herr Flemming: Für mich ist keine institutionelle (geschlossene) Möglichkeit zur Lösung dieser Problemfälle vorstellbar, die alle Lücken im System schließen kann. Die Begrenzung der Gefährdung (die in diesen Fällen oft mit Freiheit gleichzusetzen ist) muss durch den Halt einer Beziehung und nicht durch geschlossene Türen geschehen.*
- * *Hinter „Problemfällen“ verbergen sich ganz unterschiedliche Menschen mit ebenso unterschiedlichen Bedürfnissen. Den Hilfen sind stets (vor allem auch finanzielle) Rahmenbedingungen im System gesetzt.*
- * *Niemand will, dass jemand dauerhaft weggeschlossen wird – es muss immer eine differenzierte Betrachtung stattfinden. Zu bedenken ist stets, dass das Umfeld und die Angehörigen die Last zu tragen haben, die das System nicht zu schließen vermag.*
- * *Definition von „Freiwilligkeit“? Zugangsbedingungen? Manche Klienten können erst durch den Druck einer geschlossenen Einrichtung ins System eingebracht werden.*
- ⇒ *Herr Szapons: Besonders schwierige Klienten müssen dadurch ins System kommen, dass man ihnen Entscheidungsofferten anbietet und Wertschätzung dadurch entgegenbringt, dass man um sie ringt („Wer ringt mit wem worüber?“). Wer nicht will, aber trotzdem bleibt, ist vielleicht „freiwillig“ dort.*
- * *Rolle des Kostenträgers?*
- ⇒ *Herr Flemming: Ich kann Trägern wie auch Angehörigen nur raten, den bzw. die Kostenträger (nicht nur den der Eingliederungshilfe) zur Beteiligung an der jeweils individuell für den Betroffenen zu erarbeitenden Lösung zu „zwingen“.*

Abschließend betont Herr Flemming, dass es nie nur einen „richtigen“ Weg geben kann. Der Druck, der auf allen Beteiligten lastet, sei nachvollziehbar – aber dennoch sei ein grundsätzliches und nicht nachlassendes Ringen um jeden, also auch um die besonders schwierigen Klienten, unerlässlich.

Praxisbeispiele aus Rheinland-Pfalz

Kann die Gemeindepsychiatrie wirklich jeden der Hilfe braucht versorgen?! – Psychisch Kranke zwischen Krankenhaus und komplementärer Versorgung

Vortrag Dr. Gerlinde Piepenhagen, MDK RLP

- ☞ *Als ich mich auf meinen Vortrag vorbereitete fielen mir Situationen aus meiner Tätigkeit vor gut 25 Jahren in einer psychosomatischen Klinik ein.*

Ich möchte dies nur kurz schildern:

*Es war eine psychosomatische Reha-Klinik, baulich in zwei Komplexe aufgeteilt. In einen großen Hauptbau, belegt mit BfA-Patienten und einen kleineren Nebenbau, belegt mit Patienten der Seekasse.
Der gemeinsame Speisesaal war sehr schön ausgestattet.*

Ich war einige Zeit Stationsärztin im Nebenbau, d. h., für Patienten der Seekasse zuständig. Häufiger kam es vor, dass diese Patienten in dem feinen Speisensaal nicht essen gehen wollten, sie schämten sich z.B. dafür, dass sie nicht in der Lage waren, sich so vornehm zu verhalten, wie die Anderen. Dies bedurfte oft erheblicher Gespräche und praktischer Lösungen.

*So wurden sie z.B. zusammen an Esstische am Eingang gesetzt.
Die BfA-Patienten fanden den Speisesaal aber adäquat.*

➔ *Wozu möchte ich Sie mit dieser Schilderung sensibilisieren?*

Die Tatsache, dass wohl viele Personen etwas als schön und angenehm ansehen, die gleiche Situation kann aber Andere durchaus überfordern und ist für diese nicht das was zu ihnen passt.

➔ *Weiterhin möchte ich noch einige Vorbemerkungen abgeben:*

Der Titel meines Vortrages ist weit gefasst und ich möchte mich insbesondere auf Versorgungsprobleme zu den Krankheitsbildern aus dem schizophrenen Formenkreis beziehen.

*Da im Titel praxisnahe Beispiele stehen, ist es mir aber ein Anliegen hier nicht nur Beispiele aufzuzeigen, sondern darüber hinaus Ihnen wichtige Gesichtspunkte der Publikationen aus den letzten 10 Jahren zu vermitteln.
Ich beziehe mich auf die Grundlage von ca. 35 Publikationen*

➔ *Es handelt sich dabei um Kasuistiken und zusammengetragene Verlaufsbeobachtungen, aber auch um einige Studienergebnisse.*

➔ *Ich möchte Ihnen jetzt dazu die wichtigsten Aussagen komprimiert vortragen:*

*Der Hilfebedarf chronisch psychisch Kranker wurde von verschiedensten Autoren untersucht, aber jedoch mit unterschiedlichen Fragen.
Oft waren es auch nur wenige Fälle in Form von Kasuistiken.*

Da in den Studien zusätzlich unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt wurden, ist es schwierig, die Ergebnisse zu vergleichen.

➔ *Mehrere Studien haben ergeben, dass die Sichtweise der Patienten und der sie betreuenden professionellen Helfer zur Frage „ob und wie viel Hilfe notwendig ist“, in der Regel auseinandergehen.*

➔ *Dass die Behandler fast doppelt so viele Bedürfnisse nach Hilfe und Unterstützung angaben wie die Patienten, kann unterschiedlich interpretiert werden.
Klare Aussagen dazu gibt es nicht.*

➔ *Schon alleine der Begriff „Gemeindepsychiatrie“ wird unterschiedlich definiert.*

➔ Was verstehen wir unter dem Begriff „Gemeindepsychiatrie“?:

Es wird mit wohnortnahe Behandlung, aber auch Betreuung assoziiert. Ursprünglich wurde die Integration des psychisch kranken Menschen in die Gemeinschaft der „Normalen“ oder „Gesunden“ darunter verstanden.

➔ *Viele Publikationen entstanden unter der Thematik der Enthospitalisierung, welche ja in den letzten 20 Jahren erfolgte bis hin zu den neuen Langzeitpatienten.*

➔ Noch ein kleiner Ausblick auf die Arbeitslage psychose Erkrankter

Jährlich werden in Deutschland etwa 6000 Männer und Frauen wegen schizophrener Psychosen neu berentet. Dabei liegt das Durchschnittsalter bei etwa 40 Jahren. Knapp 15 % aller Frühberentungen von Arbeitnehmern unter 40 Jahren erfolgt wegen einer Schizophrenie.

Deshalb ist hier als Alternative der beschützte Arbeitsmarkt so wichtig mit entsprechend ausreichenden Plätzen. Aber in Rheinland-Pfalz gibt es keine ausreichenden WfBM-Plätze oder Arbeitsplätze in Integrationsbetrieben.

➔ *Leider wurden in keinem Bundesland systematische Untersuchungen in den letzten 25 Jahren im Rahmen der Enthospitalisierung durchgeführt. In Berlin sowie in Hessen erfolgten längerfristige Studien, aber mit kleineren Fallzahlen, trotzdem liefern sie aber wichtige Erkenntnisse.*

➔ In der hessischen Publikation heißt es:

Tausende werden ohne systematische Evaluation oder wenigstens Dokumentationen verlegt, ohne, dass Kliniken über den Verbleib ihrer Patienten Auskunft geben können.

Dies trifft auch sicher zum Teil auf Rheinland-Pfalz zu.

➔ *Ich persönlich kann mich auch an Fälle aus der letzten Zeit erinnern, welche in Einrichtungen, d. h. in Heime, z.B. nach Bayern, verlegt wurden, da es für sie keinen geeigneten Platz in Rheinland-Pfalz gab.*

➔ *Am Ende der Enthospitalisierung sind zum Teil noch Patienten übriggeblieben bzw. es gibt inzwischen die neuen Langzeitpatienten oder Drehtürpatienten, wobei auch noch die Begriffe „Heavy user“ oder „difficult – to – place – Patient“ Verwendung finden. Auf die Unterschiede kann hier nicht näher eingegangen werden.*

➔ *Fest steht, dass die Entlassung solcher Patienten in die Gemeinde in der Regel eine besondere Herausforderung an die regionale Versorgungsstruktur darstellt.*

➔ *Der Hilfebedarf an 116 ehemaligen psychiatrischen Langzeitpatienten wurde im Rahmen einer Studie mit dem Titel „Der Versorgungsbedarf ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten“ untersucht.*

- ➔ *Die Auswertung - differenziert nach Einrichtungstypen – ergab den niedrigsten Hilfebedarf in Altenheimen, den höchsten Hilfebedarf in psychiatrischen Pflegeheimen.*
- ➔ *Es gibt in den deutschen Bundesländern keine einheitlichen Konzepte, wie weitgehend eine gemeindenahere Betreuung solcher Patienten gehen soll und nach welchen Kriterien dabei für oder gegen einen Verbleib im Krankenhaus oder auf dessen Gelände zu entscheiden ist.*
- ➔ *Sowohl in den Studien von Berlin sowie in Hessen wurde versucht, die „Rest-Gruppe“ dieser chronisch Kranken - ja schwierigen Patienten - näher zu beschreiben, oder zu definieren.*
- ➔ *Anzumerken ist noch, dass die Hessische Studie von einer mindestens zweijährigen Hospitalisierung ausgeht.*
- ➔ *Die Berliner Enthospitalisierungsstudie bezog sich auf einen Einzugsbereich von 550.000 Einwohnern. Ausgangspunkt war eine Querschnittserhebung in der alle Patienten aus insgesamt 6 Kliniken – die länger als ½ Jahr durchgehend hospitalisiert waren – untersucht wurden.*
- ➔ *Es wurden anhand erhobener Daten drei Subgruppen gebildet. Dabei spielen neben den psychopathologischen Symptomen noch Minussymptomatik, aggressives Verhalten und Verhaltensauffälligkeiten eine große Rolle. Eine Subgruppe entspricht evtl. in etwa der in der Literatur als - new-long-stay-patients – beschriebene Gruppe und dass für diese möglicherweise neue und auch personalintensive Betreuung in der Gemeinde zu schaffen sind.*
- ➔ *Am Ende der Studie wird im Fazit dokumentiert:*

Empirische Untersuchungen wie die Berliner Enthospitalisierungsstudie können für die Planung und Steuerung von Enthospitalisierungsprozessen unseres Erachtens eine hilfreiche Informationsquelle sein. Es hat uns deshalb überrascht, dass unsere Studie bei den verantwortlichen politischen Instanzen auf ein- vorsichtig ausgedrückt – geteiltes Echo stieß und durchaus nicht durchweg begrüßt wurde. Inzwischen haben wir erfahren, dass Wissenschaftler in anderen Ländern mit vergleichbaren Studienansätzen ähnliche Erfahrungen gemacht haben und dass sich die Kooperation zwischen Wissenschaftlern und Gesundheitspolitikern in diesem Bereich häufig schwierig gestaltet. Auf diesen Umstand wollten wir abschließend hinweisen, über die möglichen Gründe hier jedoch nicht spekulieren. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Lebenszufriedenheit der Patienten selbst. Dies wurde sowohl in der Hessischen wie auch in der Berliner Studie mit ähnlichen Ergebnissen untersucht.

- ➔ *Was ist diesen Patienten wichtig?*

„Orale Bedürfnisse“ – Essen, Trinken, Rauchen – stellen für die meisten Patienten den wichtigsten Teil über LQ dar.

Auch die Enthospitalisierungsstudie von Barry fand Zigaretten, Tee und Kaffee als wichtigste Quelle der Zufriedenheit.

- ➔ *Lebensstandard bedeutete diesen Menschen beispielsweise nicht ein neues (besseres) Auto, sondern überhaupt etwas Geld zu haben. Die meisten genannten Freizeitaktivitäten spiegelten Rückzugsverhalten (z.B. Radio, Fernsehen) oder durch die Institution bestimmte Aktivitäten wieder.*
- ➔ *Es fand sich eine signifikante positive Korrelation der subjektiven LQ mit der Hospitalisierungsdauer der Patienten.*
- ➔ *Hier sind aber noch dringend weitere Untersuchungen nötig, um mit spezifischen Instrumenten die subjektive LQ differenzierter abbilden zu können.*
- ➔ *Innerhalb der Diskussion um eine angemessene Versorgung solcher „Rest“ – Patienten wird kontrovers diskutiert, ob man sie angesichts ihres ausgeprägten Störungsprofils – psychotisch, sozial massiv behindert und isoliert (dennoch scheinbar zufrieden) – noch enthospitalisieren oder „in Ruhe lassen“ soll.*
- ➔ *Ökonomische Gesichtspunkte gewinnen heutzutage immer mehr an Gewicht, wobei dazu wenig Zahlen, d. h., auch Wissen sektorenübergreifend besteht.*
- ➔ *In einer Publikation von 2005 fand ich folgende wichtige Zahlen.*

So wurde im NRW – Landesteil Westfalen mit etwa 9 Millionen Einwohnern zwischen 1980 und 1999 die Zahl stationärer Betten von 14.684 auf 7.670 halbiert, während gleichzeitig 1.100 Behandlungsplätze in Tageskliniken neu geschaffen und vor allem das beschützte Wohnen von Null auf über 4.600 Plätze aufgestockt werden konnte. Gleichzeitig erlebte die Zahl der forensisch untergebrachten Patienten eine Verdoppelung. Somit stehen den 14.684 ursprünglichen Klinikbetten jetzt insgesamt 13.370 Betten/Plätze in Institutionen gegenüber, zuzüglich einer Verdoppelung der forensischen Betten.

Es zeigte sich ferner durch eine Reihe von Untersuchungen, dass viele Patienten in den Wohngruppen und Selbsthilfebetrieben und in der Freizeit unter sich bleiben. Sie sind zumeist in geschlossenen Zirkeln und Kreisen mit Professionellen vergesellschaftet, der Kontakt zur „Normalbevölkerung“, den nicht von psychischen Störungen Betroffenen, ist jedoch gering.

- ➔ *Die Gemeindepsychiatrie hat sich stillschweigend in eine Psychiatriegemeinde mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitstätten verändert, die für die Betroffenen ein Surrogat des „normalen“ Lebens darstellt.*

Praxisbeispiel

- ➔ *Herr S. wurde nach 11-monatiger Rehabilitation 2005 entlassen.*

Verlauf positiv, er hatte einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Es erfolgte weitere ambulante Behandlung.

Ende 2006 wandte er sich an die Abteilung betreutes Wohnen mit der Bitte um Unterstützung.

Nach eingehender Beratung und Prüfung entschied sich Herr S. für die

Unterstützung mit persönlichem Budget.

Es wurde ein Hilfeplan erarbeitet sowie Anträge für die Maßnahme der Eingliederungshilfe mitgegeben.

Herr S hatte diese weitergereicht und erhielt dann eine Aufforderung sich im Sozialamt vorzustellen.

Dieser kam er nicht nach, weil er dieses Anschreiben als verletzend empfunden hatte.

Von Mitarbeitern des Betreuten Wohnens wurde Anfang 2007 in der Hilfeplankonferenz betreff Herrn S. nachgefragt.

Es hieß nur, dass Herr S. seiner Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen war.

Von den Mitarbeitern des betreuten Wohnens wurde dringend empfohlen einen Hausbesuch vorzunehmen, da dieser wegen der Erkrankung nötig sei.

Die Antwort, ein Hausbesuch erfolge nicht.

Jetzt erfuhren die Mitarbeiter des betreuten Wohnens, dass Herr S. mit schwerem akuten Krankheitsbild im Krankenhaus sei, seinen Arbeitsplatz verloren habe und es ihm jetzt wohl so schlecht gehe, dass man einen Heimplatz benötige.

➔ FAZIT

- 1. Es bedarf dringend weiterer Forschung auch unter Einbeziehung der Patienten und Angehörigen.*
- 2. Es bedarf aussagefähiger Fakten für die Weiterentwicklung von Bedarfsplanung und Ausarbeitung von Konzepten.*
- 3. Es bedarf dringend einer Qualitätssicherung in allen Versorgungsbereichen schnittstellenübergreifend (vor allem ergebnisorientiert).*

➔ *Dadurch könnte auch eine Verbesserung jedes Einzelfalles gewährleistet werden.*

➔ *Für mich ist noch wichtig:*

Die Akzeptanz der bisherigen sowie der zukünftig erhobenen Daten bzw. Ergebnisse ohne ideologische Wertung umzusetzen.

Die Versorgung hat sich sicher in den letzten 25 Jahren verbessert, aber zurzeit kann die Gemeindepsychiatrie nicht jeden versorgen.

Nicht besser kann ich es zusammenfassen wie es Herr Eikermann publizierte:

Praktisch ist es zu einer kritischen Situation der Gemeindepsychiatrie gekommen. Ihre Erfolge in den letzten 30 Jahren sind unübersehbar, gleichzeitig aber eben auch an ihre

Grenzen gestoßen, in dem sie die Hoffnung auf eine gewissermaßen spontane Integration der Betroffenen in soziale Teilsysteme nicht erfüllen ließ.

Vortrag Helga Herbert, Angehörige

Meinen Sohn will keiner haben

Mein Name ist Helga Herbert, ich bin Mitglied im Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker und möchte Ihnen heute gerne ein Fallbeispiel aus meiner Familie vorstellen.

Mein Sohn, heute 48 Jahre, ist einer der schwierigen, chronisch kranken Menschen. Mit seiner Doppelerkrankung Schizophrenie und Sucht hat er es bisher auf 79 Klinikaufenthalte gebracht, kürzere und längere, die ersten davon im Alter von 17 Jahren.

Die Krankheit begann in der Pubertät und nahm einen ungünstigen Verlauf, d.h.:

- *keine Krankheitseinsicht*
- *keine regelmäßige Medikamenteneinnahme*
- *Entzug jeglichen Therapieansatzes*
- *immer häufiger der Griff nach Alkohol und Drogen*
- *Psychose klingt nie richtig ab*
- *Zwangseinweisungen und Weglaufen jagen sich*
- *jahrelanger Drehtüreffekt entsteht.*

In all den Jahren seines Klinikaufenthaltes durchlief mein Sohn die verschiedensten Stationen.

Erst in der so genannten „Mittelfristigen Abteilung“, Mitte der 90er Jahre, damals im Haus Petersberg der Klinik, trat etwas mehr Beruhigung bei ihm ein.

Diese Station war personell ganz gut besetzt, die Ärzte wechselten nicht ständig, es gab Bezugspersonen für die Kranken und produktive Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Angehörigen.

In diesem Umfeld wurde der Kranke etwas stabiler:

- *lief nicht mehr ganz so oft weg,*
- *kam teilweise freiwillig wieder zurück*
- *hatte Ausgang, wenn es ihm gut ging*
- *konnte oft an den Wochenenden nach Hause geholt werden*
- *entlassungsfähig wurde er jedoch nicht,*
- *die meiste Zeit lag ein gerichtlicher Unterbringungsbeschluss vor*
- *er blieb ein schwieriger Fall.*

Diese mittelfristige Abteilung wurde dann im Zuge der Enthospitalisierung geschlossen und die Bewohner gemeindenah in Wohngruppen untergebracht.

Für meinen Sohn sah es schlecht aus.

Trotz intensiver Bemühungen des Sozialarbeiters, des Betreuers und enormen Anstrengungen meinerseits hat ihn keine Einrichtung aufgenommen.

Begründet wurde dies mit:

- *alles besetzt – lange Wartezeiten*
- *Patient passt nicht – ist zu schwierig*
- *ist nicht wohngruppenfähig – nicht integrierbar*
- *bis hin zur Aussage: „Für Systemsprenger sind wir nicht zuständig“.*

Da fragt man sich doch als Angehörige:

- *wo ist denn das Konzept für Schwierige?*
- *wer ist denn zuständig?*
- *ist gemeindenaher Psychiatrie nicht für alle da?*
- *müssen die Kranken wieder an die Einrichtung angepasst werden?*
- *gibt es immer noch keine Einrichtung, die sich am Kranken orientiert?*

In dieser Zeit erkannte mein Sohn seine Lage als hoffnungslos.

Mehrmals versprach man ihm eine Lösung, doch jedes Mal hieß es: „Es geht leider doch nicht“.

Der Drehtüreffekt verstärkte sich wieder.

Seine Klinikaufenthalte spielten sich nur noch auf der Akutstation ab, es kam zum Bruch mit der Familie, besonders mit mir.

Als letzte Möglichkeit bot Caritas betreutes Einzelwohnen an.

Dies wurde, mit erheblichen Schwierigkeiten bei der Wohnungsbeschaffung, drei Mal praktiziert und endete jedes Mal mit:

- *Vermüllung und Verdreckung*
- *Entziehung der Medikamenteneinnahme durch Weglaufen*
- *Entwicklung von Verfolgungs- und Vergiftungsängsten*
- *Vereinsamung und Flucht in den Alkohol*
- *Campieren anderer Suchtmittelabhängiger und Obdachloser in der Wohnung*
- *massiven Beschwerden der anderen Hausbewohner und Nachbarn*
- *letztendlich Zwangsäumung der Wohnung und Obdachlosigkeit.*

Herumirren und Verwahrlosung bis zur erneuten Zwangseinweisung waren die Folgen.

Wieder stellt sich nach einigen Wochen Klinikaufenthalt die Frage:

„Wohin dieses Mal“ ?

- *die Klinik musste ihn entlassen*
- *die Kasse machte Druck*
- *wieder nahm ihn keine Einrichtung, bzw. keine sah sich imstande, unter den vorherrschenden Bedingungen diese Leistung zu erbringen.*
- *alle lehnten ab*
- *die Hilfeplankonferenz verlief erfolglos*
- *alle Beteiligten waren ratlos*
- *der Betreuer beantragte geschlossene Heimunterbringung*
- *doch Rhl.-Pfalz hat keine geschlossenen Heime und möchte auch keine mehr*
- *deshalb wurde versucht, den Kranken in einem anderen Bundesland unterzubringen, in dem es noch geschlossene Wohnheime gibt.*

Dieses Ansinnen war für mich nicht mehr mit „gemeindenaher Psychiatrie“ in Einklang zu bringen!

In meiner Not suchte ich Hilfe beim zuständigen Ministerium, mit dessen Unterstützung dann doch noch eine vorläufige Lösung herbeigeführt wurde, die folgendermaßen aussieht:

Mein Sohn lebt seit August letzten Jahres in einer Außenwohngruppe der Rheinhessen-Fachklinik:

- *dies ist nur mit erheblichen Mehrkosten und*
- *viel gutem Willen aller Beteiligten und wohlwollender Zuwendung des Pflegepersonals möglich*
- *er ist oft nicht ansprechbar und sehr gereizt, führt stundenlange, wirre Monologe und kann sich, wenn überhaupt, nur schwer an Regeln halten, hinzu kommt noch erschwerend sein Suchtdruck*
- *trotzdem konnten Krisen bis jetzt mit Zeit, Geduld und Fachkompetenz abgefangen werden*
- *in Akutsituationen wird er sofort für kurze Zeit in die Klinik gebracht*
- *bei Weglaufen bleibt ihm sein Platz erhalten.*

Eine Kostenzusage besteht allerdings nur bis Juli, und wir hoffen inständig, dass die Finanzierung weiterläuft.

So ist es bis jetzt nicht wieder zum Schlimmsten gekommen, nämlich dass der schwerkranke Mensch:

- *wochenlang der Obdachlosigkeit,*
- *der Verwahrlosung und Verelendung,*
- *der totalen Verwirrtheit und seinen Wahnvorstellungen ausgeliefert ist*
- *eventuell straffällig wird*
- *und immer noch tiefer in die Krankheit abgleitet*
- *bis endlich wieder eine Zwangseinweisung erfolgt.*

Spätestens in solchen Phasen der totalen Ohnmacht wünschen sich Angehörige - in Ermangelung anderer Möglichkeiten - geschlossene Heime.

Vortrag Josef Bernardy, Raphaelshaus (Trier)

Bericht aus der Gemeinde:

Fallbeispiele aus der Versorgungsregion Trier

Ich berichte hier aus den Erfahrungen der Versorgungsregion Trier. Sie umfasst die Stadt Trier und den Landkreis Trier-Saarburg. In beiden kommunalen Gebietskörperschaften leben zusammen etwa 220 000 Menschen.

Hier wurde Ende der 90er Jahre der Modellversuch „Wohnverbund“ initiiert. In Trier und Kaiserslautern sollten die Vorschläge der Expertenkommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich praktisch erprobt werden.

Alle psychisch kranken Menschen aus der Region, die Hilfe im Wohnbereich und bei der Tagesstrukturierung brauchen, werden seither in einer regelmäßig stattfindenden Hilfeplankonferenz besprochen.

Die erste Hilfeplankonferenz fand im Februar 1999 statt, seither hat es fast 140 Konferenzen gegeben. Die folgenden Zahlen beziehen sich nur auf die Stadt Trier: In etwa 5000 Fallbesprechungen (mit Wiedervorlagen) wurde für 800 bis 900 Klienten der Hilfebedarf besprochen.

Zurzeit erhalten etwa 400 Klienten in der Stadt stationäre, teilstationäre oder ambulante Unterstützungsleistungen. Vom Raphaelshaus, in dem ich selbst arbeite, werden 190 Menschen betreut, die meisten davon (ca. 150) im ambulanten Bereich.

Grundlage des Wohnverbundes in Trier ist die Bereitschaft aller Träger, gemeinsam die Versorgungsverpflichtung für alle Trierer Bürger zu übernehmen, die Hilfen im Bereich Wohnen benötigen. Niemand sollte außerhalb der Region untergebracht werden müssen. Dieses Ziel ist weitgehend erreicht worden. Nur in wenigen Ausnahmefällen konnte keine Lösung innerhalb der Region gefunden werden. Überwiegend war hier der Wunsch der Betroffenen oder der Familie ausschlaggebend.

Geschlossene Unterbringungen war in den ersten Jahren überhaupt kein Thema in der Hilfeplankonferenz, vermutlich deswegen, weil das Ernstnehmen der Versorgungsverpflichtung diese Frage überhaupt nicht aufkommen ließ. Aus unserer Einrichtung sind mir nur zwei Fälle bekannt, wo einmal von Seiten der Klinik, einmal von Seiten der gesetzlichen Betreuung eine geschlossene Unterbringung angedacht wurde.

Frau L. ist eine junge Frau, die zunächst ambulant betreut wurde, dann in eine Außenwohngruppe aufgenommen wurde. Sie musste mehrfach wegen Medikamentenvergiftung stationär behandelt werden. Die Klinik beantragte dann in Sorge um den gesundheitlichen Zustand von Frau L. die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung, um sie gegebenenfalls geschlossen unterbringen zu können.

Wir haben uns als Einrichtung dann überlegt, wie wir der besonderen Problemlage von Frau L. gerecht werden können. Sie wurde in unser Haupthaus verlegt, es wurden feste Strukturen vereinbart. Sie war sich des Ernstes der Lage bewusst und bereit, sich an die Abmachungen zu halten. Es wurde ein fester Tages- und Wochenplan vereinbart. Sie zeigt sich motiviert, ihre Problematik, die sich immer wieder in starker innerer Unruhe äußert und dann zu unkontrollierter Einnahme von Medikamenten führte, in anderer Weise zu bekämpfen. In Gesprächen mit ihr wird der innere Zustand reflektiert. Ihre Unruhe baut sie durch intensive körperliche Bewegung ab. Sie akzeptiert die verordnete Medikation.

Nur noch vereinzelt kam es zu Alkoholmissbrauch. Vor einigen Monaten kam es noch einmal zu einer Krise, in deren Folge auch wieder Medikamente missbraucht wurden. Die Krise konnte durch einen Klinikaufenthalt überwunden werden.

Wir haben der Betreuungsbehörde mitgeteilt, dass wir unter diesen Umständen die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung nicht für notwendig halten. Sie würde der beschriebenen positiven Entwicklung in Richtung mehr Eigenverantwortung zuwiderlaufen. Eine geschlossene Unterbringung wäre eine völlig unverhältnismäßige Maßnahme gewesen, deren Erfolg auch noch sehr zweifelhaft gewesen wäre. Im Gegenteil, ich habe mit dieser Bewohnerin vor kurzem noch einmal über die letzten Jahre reflektiert. Sie äußerte sehr fest die Meinung, dass sie sich das Leben genommen hätte, wäre sie untergebracht worden.

Herr C. ist ein junger Mann, der neben einer schizophrenen Psychose eine ausgeprägte Alkohol- und Drogenproblematik hat. Er ist jetzt seit über 8 Jahren bei uns. In den ersten Jahren zeigte er überhaupt keine Bereitschaft zur Mitarbeit, sein Alkohol- und Drogenkonsum war besorgniserregend, Medikamente wurden abgelehnt. Hier bestand

eine gesetzliche Betreuung. Von ihr wurde dann die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung vorgeschlagen. Wir konnten sie überzeugen, uns noch etwas mehr Zeit zu geben. Es gelang dann auch, Herrn C. von einer Dauermedikation zu überzeugen. Sein gesundheitlicher Zustand besserte sich zusehends. Es kam zwar immer noch zu Alkoholmissbrauch, er hielt sich jedoch im Rahmen. Im letzten Jahr haben wir Herrn C. in eine Außenwohngruppe verlegt. Dort fühlt er sich subjektiv sehr wohl. Der Alkoholkonsum hat zwar wieder zugenommen, aber wir werden intensiv weiter versuchen, ihn auf freiwilliger Basis zu einer Verhaltensänderung zu bewegen.

Im letzten Jahr kam es dann zu einem aus Sicht der Einrichtungen besorgniserregenden Trend in Richtung geschlossener Unterbringung. Vor allem von Seiten der Klinik wurden geschlossene Unterbringungen vorgeschlagen, fast ausschließlich bei jungen Menschen mit Doppeldiagnose bzw. langjährig Suchtkranken. Hintergrund ist die Überlegung, dass eine zwangsweise Vermeidung des Suchtverhaltens und die Sicherstellung der Medikation über einen längeren Zeitraum zu einer Einsicht bei den Betroffenen führen, die dann weitere Therapie möglich macht.

Wir glauben, dass hier der Wunsch der Vater des Gedankens ist. Es gibt keine Belege dafür, dass durch geschlossene Unterbringungen dauerhafte Erfolge erreicht werden können. Ausnahmen bestätigen die Regel.

Langfristig können nur Maßnahmen Erfolg haben, die auf Eigenverantwortung aufbauen.

Wir sind in der Region überzeugt, dass das Angebot einer geschlossenen Unterbringung nicht notwendig ist. In jedem Einzelfall muss eine Lösung gefunden werden, die den speziellen Bedingungen dieses Einzelfalles gerecht wird. Das Angebot an geschlossenen Plätzen würde sehr schnell die entsprechende Nachfrage mit sich bringen und Lösungen wie eben beschrieben, vereiteln.

Folgende Voraussetzungen sind erforderlich, um diesem Anspruch gerecht werden zu können:

- 1. Das Ernstnehmen der Versorgungsverpflichtung ohne wenn und aber.*
- 2. Eine enge Zusammenarbeit der Träger, die es erlaubt, individuelle Lösungen zu finden, örtlich wie personell. Nicht jede Einrichtung wird für jeden Einzelfall die passgenaue Lösung finden, aber wenn alle sich abstimmen, ist sie in der Regel möglich.*
- 3. Ein flexibles Verhalten der Kostenträger. Im Einzelfall muss auch eine intensive ambulante Betreuung finanziert werden, die über die jetzigen Grenzen von Betreutem Wohnen und Persönlichem Budget hinausgeht.*
- 4. Vor allem aber die Bereitschaft der Einrichtungen und der Mitarbeiter, sich auf diese schwierigen Klienten einzulassen, sie nicht innerlich abzulehnen. Probleme wie Alkohol-, Drogenkonsum oder Weglaufen müssen ertragen werden.*

Um in Zukunft noch bessere Angebote machen zu können, werden wir versuchen, zusammen mit der Klinik in schwierigen Problemfällen gemeinsame Fallkonferenzen einzuberufen, um optimale Lösungen im Einzelfall zu finden.

Wir brauchen keine geschlossenen Einrichtungen in der Gemeindepsychiatrie.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit.

Vortrag A. Lichtenthäler, Pfalzkrinikum Landeck

Was brauchen forensische PatientInnen im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem?

Zuerst möchte ich etwas zu meinem Hintergrund und der Motivation sagen, weshalb ich heute zu Ihnen zu dem Thema, was forensische PatientInnen im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem brauchen, spreche.

Seit 1989 arbeite ich als Sozialarbeiterin im Pfalzkrinikum in Klingenmünster und seit 1995 in der dortigen Klinik für forensische Psychiatrie. Die Forensik als eigenständige Abteilung mit einer differenzierten Behandlungsstruktur gibt es seit 1993, vorher gab es die Stationen für die „bösen Buben“, auf denen strafrechtlich untergebrachte und besonders aggressive Patienten zusammen behandelt wurden. Im Ausbau der verschiedenen Stationen von Aufnahme bis Entlassung und Unterscheidung zwischen nach § 63 StGB untergebrachten psychisch kranken und geistig behinderten Menschen und den nach § 64 StGB untergebrachten suchtmittelabhängigen Menschen wurde eine offene Wohngemeinschaft geplant, um den Schritt in die Freiheit und Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu erleichtern. Mir wurde der Aufbau dieser Wohngemeinschaft angeboten und da ich mich bereits in meinem Studium intensiv mit dem Thema forensische Psychiatrie auseinandergesetzt hatte, nahm ich diese Herausforderung an. Ich konnte einige Patienten auf dem Weg der Entlassung aus dem Maßregelvollzug begleiten.

In diesen fast 12 Jahren habe ich die Veränderungen in der psychosozialen Versorgung in Rheinland-Pfalz erlebt, die Regionalisierung des Pfalzkrinikums, einen Bettenabbau verbunden mit dem Ausbau der ambulanten und stationären Hilfeangebote, im Gegenzug dazu in der Forensik einen Zuwachs von damals ca. 100 Betten auf heute 180 Planbetten und aktuell etwas über 200 Patienten, die wir zum einen stationär und zum anderen ambulant in der Dauererprobung und in der Bewährungszeit betreuen. Zu den Verhältnissen für ganz Rheinland-Pfalz möchte ich Herrn Dr. Auerheimer zitieren, der im November 2004 auf der Tagung „Rush Hour!? Überbelegung im Maßregelvollzug“ folgende Zahlen nannte: 1994 gab es in Rheinland-Pfalz knapp 300 Untergebrachte im Maßregelvollzug und bis 2004 wuchs diese Zahl auf 660 forensische PatientInnen.

Dieser Zuwachs ist nicht dadurch bedingt, dass generell mehr Straftaten begangen werden, es erfolgte vielmehr eine Zunahme der Einweisungen. Außerdem lässt sich bundesweit eine Verlängerung der Unterbringungszeiten im Maßregelvollzug feststellen. Die durchschnittliche Verweildauer für nach § 63 Untergebrachte beträgt nach einer Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle in 2004 ca. 6,5 Jahre für einen entlassenen Maßregelvollzugspatienten. Bei 17,1 % der ehemaligen Maßregelpatienten dauerte die Unterbringung mehr als 10 Jahre und bei 4,4 % unter einem Jahr.

Die Hürden für eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug wurden angehoben durch Gesetzesänderungen, die in 1998 erfolgten. Danach kann eine Entlassung auf Bewährung erfolgen, wenn zu erwarten ist, dass „der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“ (§ 67 (d) StGB), das heißt, es muss eine positive Prognose vorliegen. Die bis dahin geltende Vorschrift lautete, dass eine Entlassung auf Bewährung zu beschließen sei, wenn verantwortet werden könne, zu erproben, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen werde. Ich möchte hier nicht über die Berechtigung dieser gesetzlichen Verschärfung sprechen, sondern über die Konsequenzen, die sich daraus ergeben. Die gestiegene Anforderung an die individuelle Entlassperspektive der PatientInnen geht mit einer Verbesserung der Behandlung einher, aber auch mit der

Einsicht, dass die Behandlung und Besserung der forensisch untergebrachten PatientInnen ihre Grenzen hat. Für manche PatientInnen bleibt als Ziel eine gesicherte menschenwürdige Unterbringung.

Es bleibt zu diskutieren, ob für diese Menschen der Maßregelvollzug der richtige Ort ist. Zur Lösung dieses Dilemmas erscheint die Idee einer geschlossenen Heimunterbringung in der Heimatregion, als bessere Alternative zur lebenslangen Unterbringung in der Institution des Maßregelvollzugs, als erstrebenswert.

Hintergrund der Überlegung, dass ein geschlossenes Heim für diese Patienten sinnvoll wäre, ist die Tatsache, dass die Sicherungsmechanismen, die die Institution Maßregelvollzug vorhalten und den PatientInnen zumuten muss, sehr viel mehr Einschränkungen der persönlichen Freiheit bedeuten. Einerseits ist dies durch das Sicherheitsbedürfnis bedingt, das durch die Justiz verlangt wird und andererseits durch den Druck der öffentlichen Meinung, wonach 100%iger Schutz vor irgendwelchen Vorkommnissen oder Unregelmäßigkeiten durch die Institution garantiert werden muss.

Die Idee des geschlossenen Heimes ist außerdem mit der Hoffnung verbunden, dass der Patient unter weniger "Anstaltsbedingungen" besser zu einem eigenständigen Leben gefördert werden kann.

Ein weiteres Argument für geschlossene Heime sind die aufzubringenden Kosten. Der tägliche Tagessatz in der Forensik liegt bei über 200 €, wobei ein erheblicher Kostenanteil von Sicherungsmaßnahmen und von dem anzubietenden therapeutischen Behandlungsangebot beansprucht wird. Dieses Niveau der Sicherung und Behandlung ist aber nicht immer für alle forensischen Patienten notwendig.

Ich möchte diese Argumente in die Diskussion einbringen, sie stellen nur bedingt meine persönliche Überzeugung dar. Ich sehe auch die Argumente, die gegen die Einrichtung geschlossener Heime sprechen.

Ich gebe zu bedenken, dass Psychiatrie immer einen ordnungspolitischen Auftrag hat und mit Zwangsmaßnahmen und der Macht diese einzusetzen immer konfrontiert bleibt, da sie sich um unbequeme, verrückte, aggressive und auch zeitweise oder dauernd gefährliche Menschen kümmert. Der Zuwachs an forensischen Betten geht vielleicht auch mit der Öffnung der Anstalten und der Reform der Sozialpsychiatrie einher, auf aggressives Verhalten wurde in der alten Anstalt mit entsprechender Zwangsanwendung reagiert, es kam niemand auf die Idee eine Strafanzeige zu machen und einen strafgerichtlichen Beschluss zu erwirken. Ich möchte nicht zur alten Anstalt zurück, sondern dafür plädieren, dass in den Maßregelvollzug nur die PatientInnen kommen, bei denen diese Form der Freiheitsbeschränkung wirklich notwendig ist und auch nur für so lange Zeit, wie es notwendig ist.

Um dies zu verwirklichen, werden Angebote in der psychosozialen Versorgung benötigt, die eine Tagesstruktur und eine Wohnform bieten, die Hilfe und Kontrolle beinhalten.

Diese Angebote müssen sich auf die Krankheitsbilder der PatientInnen einstellen. Für psychotisch erkrankte Menschen gibt es ein System von Wohnheimplätzen, Betreuten Wohngemeinschaften und Betreutem Einzelwohnen. Dort wäre eine Überwindung von Vorurteilen gegenüber forensischen Patienten notwendig, was in der Praxis bei einigen Entlassungen auch in verschiedenen Versorgungsregionen gut gelungen ist. Bedingung dafür ist natürlich auch eine gute Begleitung durch die Klinik für forensische Psychiatrie. Für Menschen mit den Diagnosen Borderline- oder Persönlichkeitsstörung wäre ein solches gestuftes Wohnangebot ebenfalls wünschenswert, in dem soziale Begegnung und auch soziale Kontrolle stattfinden kann.

Für die geistig Behinderten Patienten, die ein Sexualdelikt begangen haben und an die Grenze der Einsicht über therapeutische Behandlung stoßen, wäre ein förderndes und sicherndes Lebensfeld wünschenswert, das die Begrenzung der Behandelbarkeit ausgleicht.

Für die alkoholkranken Menschen, die nach §64 StGB untergebracht sind, sind die soziotherapeutischen Heime eine wichtige Entlassperspektive, die Regionalisierung sollte die Aufnahmemöglichkeiten nicht verschlechtern.

Insgesamt wünsche ich mir für die forensischen PatientInnen in der Gemeindepsychiatrie eine vorbehaltlose und doch wachsame Aufnahme, wenn durch die Klinik und das Gericht die Verantwortung übernommen wird, die Entlassung auf Bewährung zu wagen. Ich glaube nicht, dass Spezialeinrichtungen notwendig sind, sondern ein Eingehen auf die besonderen Belange der forensischen Patienten, dazu gehören unweigerlich auch Kontrollfunktionen und Begrenzungen sowie im Rahmen der Regionalisierung die Einsicht, dass für manche Patienten eine Rückkehr in die Heimatregion ausgeschlossen ist. Diese Patienten brauchen die Chance eine neue Heimat zu finden, in manchen Fällen wird dies in der Nähe des Pfalzkrankums sein, wo über die jahrelange Unterbringung dort eine neue Heimat entstanden ist.

Podiumsdiskussion:

Moderation: Joachim Speicher
(PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband,
Landesverband RLP/SAL e.V./
Gemeinnützige Gesellschaft für PARITÄTISCHE Sozialarbeit mbH)

Podium : Hans-Winfried Krolla
(Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.)
Helga Herbert
(Angehörige)
Josef Bernardy
(DGSP Rheinland-Pfalz e.V.)
Holger Wytzes
(Psychiatriekoordinator Rhein-Hunsrück-Kreis)
Dr. Julia Kuschnereit
(Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie u. Frauen des
Landes Rheinland-Pfalz)

Herr Speicher stellt die Podiumsteilnehmer vor und begrüßt insbesondere Frau Dr. Kuschnereit, die neue Leiterin des Referats „Psychiatrie und Maßregelvollzug“ innerhalb der Abteilung „Gesundheit“ des MASGFF.

Herr Speicher leitet die Diskussion mit der Frage ein, ob es tatsächlich Befürworter und Gegner von geschlossenen Einrichtungen gebe oder ob die Diskussion vielleicht eine falsche sei.

Schließlich gehe es zunächst um Menschen mit hohem oder „anderem“ Hilfebedarf und darum, wie die Gemeindepsychiatrie diesen helfen könne.

- J. Speicher: Muss man aus 36 kommunalen Gebietskörperschaften in Rheinland-Pfalz schließen, dass 36 geschlossene Einrichtungen notwendig sind?*
- H. Wytzes: Zunächst müsste in jeder Kommune zumindest eine entsprechende Diskussion stattfinden und eine gemeinsame Definition des Begriffes „geschlossene Einrichtung“ gefunden werden. Eigentlich geht es vielleicht eher um „beschützte Wohnbereiche“. Auch unter den Psychiatriekoordinatoren des Landes wird dieses Thema immer wieder neu diskutiert. Fest steht in jedem Fall, dass Bedarfe immer wieder überprüft und die Angebote vor Ort diesen Bedarfen angepasst werden müssen.*
- Dr. Kuschnereit: Dem kann das Land nur zustimmen. Zur praktischen Umsetzung müssen insbesondere die Instrumente „Hilfekonferenz“ und „Persönliches Budget“ (weiter) verstärkt genutzt werden. Die „geschlossene Tür“ muss zugunsten des zentralen Beziehungsaufbaus im Hintergrund bleiben. Auf die Frage, ob man geschlossene Einrichtungen brauche, kann es keine einfache Antwort geben, aber das Land sieht hierin keine generelle Lösung für Klienten mit besonderem Hilfebedarf. Man darf vor allem die Gefahren nicht aus den Augen verlieren, die die Etablierung geschlossener Einrichtungen in sich birgt: Freiheitsentzug, „Angebot schafft Nachfrage“ und ein Verlust an Kreativität im Umgang mit den besonderen Bedarfen. Ziel muss das stete Ringen um individuelle Lösungen sein. Die Idee der Einrichtung von multiprofessionellen „Konsulententeams“, die bei Krisen vor Ort tätig werden, wird das Land in jedem Fall wieder aufgreifen.*
- H.-W. Krolla: Aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen muss und soll es keine geschlossenen Einrichtungen geben. Die Frage, was und wen die Gemeindepsychiatrie aushält, ist immer auch eine Frage des Geldes und der Zeit. Es gilt auch die Lücke zu schließen, die sich nach einem Klinikaufenthalt für bestimmte Menschen ergibt, bei denen die Entlassung eben nicht mit „Gesundung“ gleichzusetzen ist.*
- J. Speicher: Was ist in Rheinland-Pfalz bzw. Mainz wohl schief gegangen, wenn für die von Frau Dr. Mayer geschilderten Problemfälle keine Lösung vor Ort gefunden werden konnte?*
- J. Bernardy: Dies lässt sich von außen nicht pauschal beurteilen. Erfahrungsgemäß muss in solchen Fällen einfach ein erhöhter Austausch auf informeller Ebene stattfinden – wir nutzen die Hilfekonferenz dann oft nur als beschließendes Gremium.*
- J. Speicher: Scheinbar wird aber immer wieder geglaubt, dass man gemeindefern unterbringen muss, wenn man geschlossene Einrichtungen als „Notknopf“ indiziert sieht.*

- J. Bernardy: Sicher ist der Umgang mit Einzelfällen fraglich – und wie bereits erwähnt: „Angebot schafft Nachfrage.“ Daher können nur maßgeschneiderte Angebote das Ziel sein.*
- H. Wytzes: Das regionale Prinzip sollte immer Vorrang haben. Man kann nur raten, in solchen Fällen an erfahrene Wohnheim-Träger vor Ort anzudocken. Bei überregionalen Fällen müssen Austausch und Kooperationen verstärkt werden.*
- J. Speicher: Wenn die bekannte „Wunderfee“ vor Ihnen, Frau Herbert, stünde: welche Lösung würden Sie sich für Ihren Sohn wünschen?*
- H. Herbert: Mittlerweile empfinde ich die gefundene Lösung als optimal. Vor einiger Zeit hätte ich mir vielleicht noch eine geschlossene Einrichtung für ihn gewünscht. Doch nun sehe ich, dass die gute Zusammenarbeit zwischen der geschlossenen Abteilung der Klinik und der Außenwohngruppe wichtig und hilfreich ist: in beiden Bereichen agieren unterschiedliche Personen, so dass die jeweiligen Beziehungen erhalten bleiben, aber darüber hinaus ist ein entsprechender Austausch gewährleistet. Die Folge ist vor allem auch ein verstärktes Heimatgefühl, wenn der Träger beide Bereiche vorhält. Aber noch einmal zu der Frage, was in Rheinland-Pfalz schief gegangen ist. Vielleicht hat man eben nicht das getan, was Klaus Dörner immer wieder propagiert: man hat nicht mit den Schwächsten angefangen. Daher bleiben diese nun übrig.*
- J. Speicher Zur Öffnung des Podiums für die Zuhörer vielleicht die Eingangsfrage: Gibt es ein anthropologisches Bedürfnis nach Grenzen und damit einen Auftrag sozialer/tatsächlicher Kontrolle?*

- Die Diskussion des Themas erscheint immer wieder als zu sehr von Ideologie geprägt („wir haben und wollen keine geschlossenen Einrichtungen“). Man muss sich von dem assoziierten Gedanken an eine „Anstalt“ verabschieden, wenn man von geschlossenen Abteilungen spricht. Individuelle Absprachen, wie die in dem geschilderten Fall in der Rheinhessen-Fachklinik getroffen, bedeuten eben nicht eine stets geschlossene Tür. Wir brauchen keine geschlossenen Wohnheime, sondern ein Setting, das zeitweise die geschlossene Tür ermöglicht.*
- Wir brauchen intensivere Settings, mehr Daten und vor allem mehr Transparenz. Eine zwar offene Tür, die aber z.B. von einem Pfleger bewacht wird, ist eben nicht „offen“ und damit als Etikettenschwindel anzusehen.*
- Aus pragmatischer (und eben nicht ideologischer) Sicht besteht zwischen einer bewachten und einer geschlossenen Tür sehr wohl ein Unterschied!*
- Wir brauchen in Rheinland-Pfalz keine geschlossenen Einrichtungen, sondern flexiblere Lösungen. Das Zauberwort muss immer „Pflicht- und Vollversorgung“ sein!*

- *Maßgeblich ist immer die Qualität der Arbeit der „Professionellen“ und insbesondere deren Haltung. Denn was brauchen psychisch kranke Menschen und insbesondere jene mit besonderem/erhöhten Hilfebedarf? Ansprache und tragende Beziehungen.*
- *Wenn man die Versorgungsverpflichtung ernst nimmt, muss man offene und flexiblere Wohnformen schaffen, die Infrastruktur von Heimen nutzen, Reibungsflächen vermindern und damit individuelle Lebensbereiche für die Klienten schaffen. Hierbei ist eben Kreativität gefragt. „Offen“ bedeutet nicht, dass man keine strukturierten Settings bieten kann.*
- *Vor dem Hintergrund, dass psychische/psychiatrische Probleme oft bereits in der Pubertät auftreten, müsste vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie viel mehr getan und die Regionalisierung vorangetrieben werden. Denn aus diesbezüglichen Versäumnissen entstehen viele Probleme in der Erwachsenenpsychiatrie!*
- *Die Kooperation zwischen Kliniken und Einrichtungen muss viel intensiver werden. So darf es z.B. nicht sein, dass Patienten (aus Kostengründen?) vor einem Wochenende (viel zu früh?) entlassen werden, ohne dass jemand informiert wird.*

Herr Speicher dankt den Mitgliedern des Podiums und damit auch allen Tagungsteilnehmern für die engagierte Diskussion.

Die Veranstalterinnen, Frau Zindorf und Frau Rahn-Barth, schließen die Tagung und verabschieden sich von den Teilnehmern, verbunden mit dem Dank für das rege Interesse und dem Hinweis, dass dies sicher nicht das letzte Mal gewesen sei, dass man sich dieses wichtigen Themas angenommen habe - die Diskussion der Frage, ob man geschlossene Einrichtungen (in Rheinland-Pfalz) braucht bzw. wie die Gemeindepsychiatrie psychisch kranke Menschen mit besonderem Hilfebedarf auffangen kann, breche an dieser Stelle nicht ab.

