

Ausgestaltung kooperativer Beziehungen zum Umfeld. Denn eines ist sicher: die Sehnsucht nach der scheinbar einfachen Lösung »Einschluss« verengt soziale Beziehungen und richtet den gemeinsamen Blick nach innen. Dies ist insbesondere schädlich für die Menschen, an denen immer wieder Professionelle verzweifelt sind. Es darf nicht sein, dass die Konsequenz ein fortgesetztes Weiterreichen dieser Menschen an die nächste Einrichtung oder gar Region ist. »Die Schwierigsten« sind die Prüfsteine, ob der Anspruch einer gemeindespsychiatrischen Pflichtversorgung umgesetzt wird!

Literatur

- DGSP-FACHAUSSCHUSS Menschen in Heimen: Eingliederungshilfe auf dem Weg zur Inklusion, Köln 2012
- FLEMMING, L.: Tür zu? In: SCHULZE-STEINMANN u. a. (Hg.): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime, Bonn 2003
- REUMSCHÜSSEL-WIENERT, Ch./CREPPEL, W.: Debatte Pro und Kontra: Geschlossene psychiatrische Wohnheime. In: Psychiatrische Praxis 2012; 39: 4-6

Der Autor

Lothar Flemming
Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Soziales und Integration
Fachbereichsleiter 73

Autorin: Anne Sprenger



Damit endlich Ruhe ist! Was kann eine geschlossene Heimunterbringung verhindern?

Zusammenfassung Er wird wieder lauter, der Ruf nach geschlossenen Unterbringungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Spätestens seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention und der entbrannten Inklusionsdebatte erhält das Thema eine neue Brisanz. Wir sind aufgefordert, gemeinsam auf regionaler Ebene Verantwortung zu übernehmen und personenzentrierte, individuelle Lösungen zu finden. Eine generalisierte Patentlösung für besonders schwierige psychisch erkrankte Menschen wird es nicht geben. Im Gegensatz dazu wird die Schaffung eines neuen geschlossenen Einrichtungstyps neue Probleme hervorbringen, die über die hinausgehen, die sie vorgibt zu lösen. In den Gemeindepsychiatrischen Verbänden müssen Lücken im Versorgungssystem aufgedeckt und in Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen (Jugendhilfe, Obdachlosenhilfe, Suchthilfe, Altenhilfe) regional bearbeitet werden.

»Wäre es nicht sinnvoller, statt Mitleid (das so vage, so leicht zu verkünden und so selbstzufrieden ist und bei dem gleichzeitig jede Form von Strafe möglich ist) ein kühnes, kompromisslos strenges Gefühl ihnen gegenüber zu erhoffen, nämlich Respekt?«

Vivian Forrester, Der Terror der Ökonomie

Es ist ein Fakt, dass auch nach fast dreißig Jahren Psychiatriereform noch immer psychisch erkrankte Menschen in geschlossenen Einrichtungen aufgenommen werden. Meist handelt es sich dabei nicht um fachlich spezialisierte Wohnheime. Es sind oft ungenutzte Einrichtungen, die sich der Pflege und

Betreuung alter und demenzkranker Menschen annehmen. Ein Teil der Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten wird durch die Obdachlosenhilfe betreut.

Es wird wieder salonfähig, öffentlich über die Asylisierung psychisch erkrankter Menschen zu debattieren. Der Reformwille der 70er- und 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts weicht zunehmend einem pragmatischen Ansatz. Unter dem Deckmantel der Fürsorge mutiert der krankheitsunsichere Patient zum »Kunden«, der beschützt werden muss.

Angesichts der lautstark geforderten Inklusion behinderter – auch seelisch behinderter – Menschen, der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention und des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom 15. April 2011 scheint diese Diskussion paradox zu sein. Vielleicht muss man sie als Reflex verstehen. Aber gerade das macht sie gefährlich, denn es würde die Aufgabe einer wichtigen Position bedeuten: Eine Gesellschaft muss sich daran messen lassen, wie sie mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht und Hilfesysteme müssen ihre Interventionen und Maßnahmen entlang der Bedürfnisse und Bedarfe dieser schwer erkrankten Menschen entwickeln.

Inklusion ist ein Prozess, der von zwei Seiten gelebt werden muss. Man darf sich die

Frage stellen, ob eine Gesellschaft wie die unsere, die Kindern aufgrund ihrer sozialen und ethnischen Herkunft Bildungschancen verwehrt, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Reichtum von der Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt abhängig macht und Armenspeisungen als soziale Wohltaten akzeptiert, gleichzeitig aber Milliarden zur Rettung von Vermögen zur Verfügung stellt, ob eine solche Gesellschaft reif genug ist, um Barrieren für alle behinderten Menschen niederzureißen?

Die Frage, was eine geschlossene Heimunterbringung verhindern kann, muss auch unter diesem Aspekt beantwortet werden.

Die Aussonderung besonders schwer psychisch erkrankter Menschen in geschlossene Einrichtungen kann verhindern, dass eine neue und unbedingt notwendige öffentliche Auseinandersetzung darüber stattfindet, warum es bis heute nicht gelingt, anderenorts erfolgreiche und längst bekannte Konzepte eines schonenden Umgangs mit Menschen, die jede Bemühung um soziale Integration konterkarieren, auch in der Bundesrepublik zu etablieren und warum es noch immer nicht gelingt, Bedingungen zu schaffen, um endlich konsequent umzusetzen, was seit 1988 die Autoren der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich fordern:

- Gemeindenahe Versorgung
- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken

Prozesse psychosozialer Desintegration ließen sich durch verbesserte Behandlungsangebote verhindern. Behandlung im häuslichen Umfeld zu installieren, hat sich als schonendes und erfolgreiches Verfahren erwiesen. Das oft zitierte Home Treatment wird seit vielen Jahren diskutiert und ist im internationalen Vergleich erfolgreich. In der Bundesrepublik Deutschland findet es noch immer sehr selten statt. Ein erster Ansatz ist jetzt in einigen Bundesländern möglich geworden, indem einige Krankenkassen der gemeindenahen Psychiatrie Verträge zur integrierten Versorgung angeboten haben. Von einer flächendeckenden Möglichkeit der Inanspruchnahme sind wir weit entfernt. Es bleibt dem Zufall überlassen, ob man durch die Mitgliedschaft in der richtigen Kranken-

kasse in den Genuss dieser Methode kommt. Die finanzielle Ausstattung lässt überdies Zweifel an der Ernsthaftigkeit der Modellversuche aufkommen. Aber immerhin sind sie ein Schritt in die richtige Richtung.

Komplexe Problemlagen erfordern andere Hilfen. Home Treatment und Integrierte Versorgung ermöglichen, einen Menschen in seinem Lebensumfeld wahrzunehmen und den Behandlungsprozess von Beginn an dialogisch oder triadisch zu gestalten. Das bedeutet aufseiten der Behandler auch, Aufklärung zu betreiben. Chemische Wunderwaffen haben unerwünschte Nebenwirkungen, und sie sind eben kein Allheilmittel. Behandlungs- und Krisenvereinbarung müssen zum Rüstzeug jedes psychiatrisch Tätigen werden. Auch psychisch erkrankte Menschen müssen das Recht nutzen können, mittels einer Patientenverfügung Vorkehrungen für Krisen zu treffen. Die Stabilisierung primärer sozialer Netzwerke ließe sich durch aufsuchende Arbeit, Maßnahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege und Soziotherapie um vieles besser erreichen.

Bis heute gibt es keine Alternativen zur stationären Behandlung psychiatrischer Krisen. Im somatischen Bereich kennen wir seit Langem ambulante Eingriffe. Operationen an der Seele müssen fast immer im stationären Setting durchgeführt werden, obwohl viele Menschen Angst davor haben. Angst vor der Stigmatisierung, Angst vor der Macht der Institution Psychiatrie. Wir vermissen noch immer eine außerstationäre, gemeindenahe Krisenversorgung, einen Ort, der Ruhe und Orientierung zu geben vermag und für betroffene Menschen und ihr soziales Umfeld eine spürbare Entlastung an 365 Tagen im Jahr und zu jeder Zeit bieten würde.

Den beklagenswerten Mangel einer ausreichenden ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auch für schwer erkrankte Menschen will ich nur benennen.

Und wenn eine längerfristige stationäre Behandlung erforderlich ist, dann stoßen psychisch erkrankte Mensch auch heute noch sehr selten auf einen freundlichen Empfangsraum. Sie stoßen selten auf weiche Zimmer, eine 1:1-Betreuung, kleine, wohnlich gestaltete Stationen, einen zurückhaltenden Umgang mit Psychopharmaka, individuell ausgehandelter Grenzsensetzungen – statt starrer Stationsregeln, wie es das Soteria-Konzept schon so lange vorsieht.

Behandlung ist teuer. Sie wird in der Regel standardisiert angeboten. Sie kann sich kaum an den individuellen Bedürfnissen orientieren. Die Regeln werden von den Krankenkassen vorgegeben und sind auf effektive, kostengünstige Heilung und zeitnahe Entlassung programmiert.

Die Verweildauern greifen oft zu kurz. Heute werden Menschen nach dreitägigen Entgiftungsbehandlungen wieder auf die Straße gesetzt. Sie hatten kaum Zeit, einen klaren Kopf zu bekommen, geschweige denn, eine Idee davon, wie sie ohne Suchtmittel ihr Leben gestalten könnten. Psychisch erkrankte Menschen müssen ohne messbare Therapieerfolge entlassen werden.

Ein Entlassungsmanagement, eine strukturierte und verlässliche Zusammenarbeit zwischen Klinik und Gemeindepsychiatrie könnte auch helfen, schwierige Verläufe zu verhindern. Das gelingt im Einzelfall, es gelingt regional da, wo Verantwortliche in Kliniken gemeindepsychiatrische Angebote für ihre Patienten als eine wesentliche Ergänzung ihrer medizinischen und therapeutischen Tätigkeit begreifen. Überall gelingt es noch lange nicht. Die Fokussierung auf den Hirnstoffwechsel mag da auch eine Rolle spielen.

»Patienten sind nicht nur Experten ihrer Krankheit – sondern auch ihrer Gesundheit. Es ist die wichtigste Aufgabe aller psychiatrisch Tätigen überhaupt, die Hoffnung auf Genesung und Besserung zu erhalten«, schreibt Michaela Amering. Forschungen haben ergeben, dass Menschen, die eine schwere psychische Erkrankung überstanden haben, immer an ihre Genesung glaubten. Hoffnung macht Sinn. Was also läge da näher, als diese Menschen in unsere Behandlungs- und Betreuungskonzepte einzubinden? Genesungsbegleiter, die in verschiedenen Städten der Republik im Rahmen der Ex-In (Experienced Involvement) ausgebildet werden, wirken gleichsam als Modell, sie zeigen Wege auf aus dem Labyrinth einer psychischen Erkrankung.

In den letzten 30 Jahren ist die gemeindenahe Psychiatrie rasant ausgebaut worden. Dennoch droht ein Teil der betroffener Menschen jetzt wieder aus dem Blick zu geraten.

Wir können aber nicht auf halber Strecke stehen bleiben und die Menschen, die unsere Hilfe besonders benötigen, wieder in Institutionen abschieben.

Konkrete Zahlen über exterritoriale Unterbringungen von psychiatrischen Patienten sind kaum zu erhalten. Wahr ist aber, dass es noch immer Menschen gibt, denen man den Umweg über die Gemeindepsychiatrie gleich erspart. Sie werden direkt aus der Klinik in Eintracht mit rechtlichen Betreuern in Pflegeheime verlegt. Die Gründe sind vielschichtig. Misstrauen gegenüber der Tragfähigkeit gemeindepsychiatrischer Angebote mag eine Rolle spielen. Notwendig wäre aber eine Konfrontation der gemeindenahen Anbieter mit diesen problematischen Fällen. Sie würde eine Entwicklung der Versorgungsstrukturen fördern.

Man kann den gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen sicher keine Absolution erteilen, ein Totalausfall hinsichtlich der Betreuung von Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten sind sie nicht.

In unserer alltäglichen Praxis im Rahmen eines Sozialpsychiatrischen Zentrums im Rheinland gibt es zahlreiche Beispiele einer gelungenen Vermeidung geschlossener Heimunterbringung. Arbeitsbündnisse mit rechtlichen Betreuern, klare und zuverlässige Absprachen mit dem medizinischen Versorgungssystem, ungewöhnliche und zunächst kostenintensive Lösungen, die von den Leistungsträgern aber im Einzelfall durchaus finanziert werden, haben dazu beigetragen

Während der Tagung »Verantwortung übernehmen für die »Schwierigsten« Brauchen wir dazu die geschlossene Heimunterbringung?« am 23./24.03.2012 in Köln wurde deutlich, dass die Arbeitsgruppe, die sich mit Standards und Qualitätssicherung bei der geschlossenen Heimunterbringung befasste, den größten Zulauf hatte. Es geht also schon nicht mehr um das »Ob« – sondern um das »Wie« geschlossener Heimunterbringung?

Man drängt sich zumindest der Verdacht auf, dass ein neuer Markt mit Einrichtungen dieses Typs entstehen kann, der eine verbessernde Wirkung auf die Übernahme regionaler Versorgungsverpflichtung hätte. Aus den Augen – aus dem Sinn.

Eine institutionelle Lösung als Antwort auf solche komplexe, individuelle Problemlagen ist der falsche Weg. Stattdessen muss man fragen, welche strukturellen Bedingungen wir brauchen, um auch den »Schwierigsten« in den Gemeinden ein Angebot machen zu können

Die Fragmentierung unserer sozialen Sicherungs- und Hilfesysteme verstellt schon alleine den Blick auf eine ganzheitliche Wahrnehmung problematischer Entwicklungen. Kinder- und Jugendhilfe, Altenhilfe, Suchtkrankenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Allgemeine Soziale Dienste, Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sind in sich geschlossene Systeme. Oft genug sind sie nicht durchlässig und stellen eben nicht das jeweilige Expertenwissen zur Lösung zur Verfügung, sondern schotten sich voneinander ab. Wo konsequente fachliche, trägerübergreifende Zusammenarbeit gefragt ist, scheitert sie auch an Zuschreibungen und Zuständigkeiten.

Die Organisation unserer sozialen Sicherungssysteme ist versäuft. Die berechtigten Ansprüche behinderter Menschen verschwinden oft genug im Delta der Abgrenzungstreitigkeiten verschiedener Leistungsträger. Daran hat auch das SGB IX in seinem Bemühen, einen Gesamtblick auf ihre Bedarfe zu implementieren, bis heute in der Praxis nicht viel verändert. Auch dieser Umstand führt zu Verzweiflung, Demotivation und schwierigen Verläufen.

Wir müssen uns fragen, ob der Anspruch der Eingliederungshilfe, der immer auf die Erlangung von Selbstständigkeit und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielt, für einen Teil der betroffenen Menschen eine Überforderung darstellt. Hilfeplangespräche und die damit verbundene Formulierung eigener Lebensziele und Wünsche erfordern: Kommunikationsfähigkeit, ein Mindestmaß an Mitwirkung und Fähigkeiten, die eigene Lebenssituation zu betrachten und planerisch in die Zukunft zu blicken. Der Zugang zum ambulanten Hilfesystem ist heute erschwert. Das sind Hürden, an denen diese Menschen oft schon scheitern.

Wie brauchen eine neue Kultur der Zusammenarbeit und des Vertrauens. Auf der strukturellen Ebene müssen Kliniken, Gemeindepsychiatrie und rechtliche Betreuer in regelmäßigen Konferenzen über Möglichkeiten und Probleme der nachhaltigen Behandlung und Betreuung schwieriger Patienten beraten.

Wir brauchen regelmäßige Besprechungen mit den Ordnungsbehörden. Wir brauchen im Einzelfall zeitnahe und kompetente Beratung durch Fachteams, ein sogenanntes Konsulenten-Team, dass in ausweglos erscheinenden Situationen als »schnelle Eingreiftruppe« einen anderen Blick auf Pro-

bleme ermöglicht. »Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung ändern kann.«

Wir brauchen eine organisierte Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen. Mit der Jugendhilfe gibt es erste Ansätze verlässlicher Absprachen in Form von Kooperationsvereinbarungen. Dieses Modell ließe sich auch auf die Wohnungslosenhilfe, die Suchtkrankenhilfe, die Altenhilfe und die Behindertenhilfe übertragen.

Stabile Behandlungsteams aus unterschiedlichen Fachrichtungen (Kombination Sucht/Psychiatrie, Jugendhilfe/Psychiatrie) erweisen sich als hilfreiche Methode.

Gemeinsame Fortbildungen und Tagungen dienen dazu, eine gemeinsame Sprache zu finden, einen umfassenden Blick auf fachliche Probleme zu entwickeln, Versorgungslücken zu identifizieren und für eine Verbesserung der Systeme einzustehen.

Individuelle Lösungen brauchen den Willen, von Standards abzuweichen. Ein Standard in der ambulanten Betreuung psychisch erkrankter Menschen ist derzeit die Deckelung der Fachleistungsstunden, die im Einzelfall genau so verhandelbar sein muss wie eine Betreuung in den Nachtstunden.

Möglichkeiten der Ruhe und Orientierung müssen gemeindenah organisiert werden. Dazu bedarf es der Bereitschaft aller Leistungsträger, an neuen Konzepten mitzuwirken. Krisenbetten, die Kombination von Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe sind wegweisend.

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände müssen zu einem echten regionalen Steuerungsgremium werden, wenn sie nicht – und das ist ein erhobener Vorwurf – zum Anbieterkartell verkommen wollen. Das heißt auch, die politischen Gremien mit unseren Sichtweisen zu belästigen.

In letzter Konsequenz bedeutet das: Stadträte und öffentliche Verwaltungen, Stadtplaner und Umweltschutzbehörden, Bildungseinrichtungen, kulturelle Einrichtungen, Vereine, Wirtschaftsunternehmen, soziale und Gesundheitsdienste müssten ihr Handeln stets auch in den Dienst behinderter, auch seelisch behinderter Menschen stellen. Das ist ein ehrgeiziges Ziel, aber sicher ein richtiges. Es würde die Verantwortung auf viele Schultern verteilen und das Ende der Entsorgung sozialer Fragen an Spezialisten befördern. Vielleicht sogar zu einer Entschleu-

nigung, einer allgemein verständlichen, höflichen Behördensprache, bezahlbarem Wohnraum, Teilhabe am Arbeitsleben und gesundheitsfördernden Lebensbedingungen für alle Menschen eines Sozialraums beitragen

»Aufmerksamkeit und Zuwendung sind keine Luxusbeigaben der psychiatrischen Arbeit. Zugewandtheit und ein tiefer gehendes Interesse am einzelnen Menschen sind vielmehr die eigentlichen und langfristig gesehen einzig wirksamen Heilmittel, die diesen Namen auch verdienen. Erst durch das Verständnis der subjektiven Sichtweise und Unterstützung der Selbsthilfe- und Selbstheilungskräfte können psychisch erkrankte Menschen wieder zu einem zu ihnen passenden Platz im Leben zurückfinden.« (S. Heim)

Um Menschen in psychischen Krisen zu erreichen, braucht man vor allem ihr Vertrauen, eine Basis für jede menschliche Begegnung. Das lässt sich nicht erzwingen, sondern nur erarbeiten. Dazu benötigt man Zeit, Geduld, Rückhalt und Optimismus. Manchmal auch Mut zum Risiko und Kreativität. Da sind kostbare Ressourcen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die wir pflegen und schützen sollten.

Auf die Frage, was eine geschlossene Heimunterbringung verhindern kann, gibt es keine standardisierten Antworten. Es ist an der Zeit, dass wir den Nutzen unserer Tätigkeit in den Vordergrund stellen. Lassen wir uns doch nicht unsere Überzeugungen durch neoliberale Glaubenssätze verwässern. Das marktwirtschaftliche Prinzip der Konkurrenz macht im psychosozialen Arbeitsfeld keinen Sinn. Wir sollten eher Kooperationen mit anderen Anbietern anstreben und Solidarität fördern.

Wenn uns schon keine Bündnisse mehr gelingen, wie sollen wir dann tragende Strukturen mit Menschen entwickeln, die die Hoffnung auf Verständnis und Selbstwirksamkeit aufgegeben haben?

Die Motive der Befürworter geschlossener Heimunterbringung mögen nobel sein. Da ist von Fürsorge die Rede und von Verantwortung. Sind dann die Kritiker verantwortungslose Sozialromantiker, die die Realität nicht akzeptieren können und unter dem Deckmantel fortschrittlicher Parolen billigend die exterritoriale, klammheimliche Verlegung von schwer psychisch erkrankten Menschen in real existierende Einrichtungen in Bayern oder dem Oberbergischen in Kauf nehmen und ihre Hände in Unschuld waschen?

Ich glaube das nicht. Viele Einwände sind der puren Not geschuldet. Der Not gesetzlicher Betreuer, die unter dem Entlassungsdruck der Kliniken schnelle Lösungen präsentieren müssen, der Not von Klinikmitarbeiterinnen, die schwierigste Menschen auf Akutstationen parken und ihnen kein adäquates, nachsorgendes Angebot machen können, der Not von Mitarbeiterinnen gemeindenaher psychosozialer Angebote, die – konfrontiert mit Verwahrlosung, sozial unverträglichem Verhalten und aufgebrachteter Nachbarschaft – ihr Heil in der geschlossenen Unterbringung suchen.

Damit endlich Ruhe ist.

Handlungsentscheidend für alle psychiatrisch Tätigen sollte aber die Not der betroffenen Menschen sein. Zwang ist mit dem Eingriff in die Persönlichkeitsrechte eines Menschen verbunden und meist eine – weitere – traumatisierende Erfahrung.

Was wir brauchen ist Unruhe. Eine flächendeckende, auskömmliche ambulante Versorgung und Betreuung psychisch erkrankter Menschen ist teuer und überfordert die Leistungsträger bereits jetzt. Die Anfrage nach psychosozialen Hilfeangeboten steigen proportional zur Ausbreitung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung in letzter Zeit ständig. Aus diesem Grund sind die Leistungsträger bereits dazu übergegangen, aufwendige, bürokratische Hürden und Gutachterverfahren zu implementieren. Stationäre Wohnheimplätze stehen in der Kritik und sollen möglichst abgebaut werden, statt sie personell und strukturell so auszustatten, dass sie gerade die »Schwierigsten« einen verlässlichen Lebens- und Rückzugsort in der Gemeinde bieten. Würde nun ein neuer Einrichtungstyp, das »geschlossene Heim«, etabliert, bestünde zumindest die Gefahr, dass besonders betroffene und schwierige Menschen abgeschoben würden und eine fachliche Auseinandersetzung sowie die Verbesserung und Stabilisierung der ambulanten Systeme dem zum Opfer fielen.

Die ökonomische Situation der öffentlichen Hand ist aufgrund der Finanz- und Weltmarktkrise fragil. Wenn in Zeiten, in denen der Abriss aller Barrieren zur Teilhabe an allgemeinen gesellschaftlichen Leben für behinderte Menschen gefordert wird, der Ruf nach geschlossenen Heimeinrichtungen erschallt, ist Widerstand gefragt.

Die Autorin

Anne Sprenger

Verbund für Psychosoziale
Dienstleistungen gGmbH
Heinrichstr. 5, 40764 Langenfeld
anne.sprenger@vpd-mettmann.de