

„Die Verlierer der Gemeindepsychiatrie“

Referat von

Dr. Elisabeth Hopfmüller

Chefärztin im Johanniter-Krankenhaus, Geesthacht

beim Regionaltreffen des

Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.

am 23.08.2008 in Neuwied



Die Psychiatriereform ist mit dem Anspruch angetreten, psychisch erkrankten Menschen gemeindenahere Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu bieten, anstelle der Langzeitunterbringung in Großinstitutionen auf der grünen Wiese.

In der Folge sind überall entsprechende gemeindepsychiatrische Einrichtungen entstanden, ambulante Eingliederungshilfe, Wohnheime, etc.. Gleichzeitig hat sich aber vielerorts ein Parallelsystem großer Heime erhalten, zum Teil aus den alten Langzeitbereichen der traditionellen Anstalten gespeist, zum Teil direkt umgewidmet, die gemeindefern überregional Menschen aufnehmen.

Und es gibt in manchen Regionen auch das Phänomen, dass der ursprünglich angenommene Bedarf an gemeindenahen stationären Kapazitäten nicht mehr da ist, weil es Entwicklungen im ambulanten Bereich gegeben hat, so dass Träger, um ihre Betten zu füllen, auch gerne überregional aufnehmen.

Die Menschen, die auf diese Weise z.B. in mein Umfeld kommen, sind häufig am Heimatort auch schon aus verschiedenen Einrichtungen herausgeflogen. Wir haben es also mit einer besonderen Art von Tourismus zu tun, leider meist unfreiwillig, von Menschen, die mit den Standardkonzepten des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems nicht zurechtkommen.

Beispiel: Herr B. aus Bremen, 45 Jahre alt

Er hat einen älteren Bruder und eine jüngere Schwester, sein Vater war alkoholabhängig und schlug die Kinder oft. Die Mutter versuchte, die Familie zusammenzuhalten.

Herr H. zeigte in der Grundschulzeit zunächst gute schulische Leistungen, hatte Spaß am Lernen, fand vielleicht in der Schule ein Feld, in dem er manches an häuslichem Stress ausgleichen konnte. Später, in der Pubertät, geriet er in eine Clique, in der viele Drogen konsumiert wurden und es verpönt war, gut in der Schule zu sein. Immerhin schaffte er dennoch den Abschluss und begann eine Lehre als Dachdecker.

In diese Zeit fällt auch ein für ihn einschneidendes Ereignis: Er wehrte sich zum ersten Mal gegen körperliche Misshandlungen seines Vaters.

Ebenfalls in dieser Zeit zog er (mit 16 oder 17 Jahren) von zu Hause aus. Zunächst kam er bei seinem Bruder unter, später lebte er allein.

Die Lehre brach er nach zwei Jahren ab. Damit verbindet sich für ihn bis heute ein Gefühl des Scheiterns. Aufgrund seiner Drogenabhängigkeit kam er mit 20 Jahren zum ersten Mal in Kontakt mit der Psychiatrie.

Nun begann eine Karriere anderer Art: Zur Drogenabhängigkeit kam eine chronische

schizophrene Psychose hinzu.

Psychiatrieaufenthalte wechselten mit Obdachlosigkeit, Wohnheimen, Einrichtungen zur Drogenentwöhnung. Zunächst wurde Herr H. innerhalb von Bremen von Einrichtung zu Einrichtung weitergereicht, später auch außerhalb. Es ist nicht genau nachzuvollziehen, was genau in den 20 Jahren bis 2004 mit ihm geschah. Jedenfalls kam er da nach Schleswig-Holstein, in ein Heim für Patienten mit Doppeldiagnose nah der Nordseeküste, welches später von der „Brücke Schleswig-Holstein“ (ein großer überregionaler gemeindepsychiatrischer Träger) aufgekauft wurde. Im teilstationären Betreuten Wohnen der Brücke in Geesthacht (ca. 120 km vom vorherigen Wohnplatz) war 2006 ein Platz frei und dadurch kam Herr H. hier hin.

Er kam anfangs ganz gut zurecht, geriet aber nach einem Jahr zunehmend in eine Krise, nahm keine Medikamente mehr, wirkte zeitweise psychotisch, konsumierte wieder mehr Alkohol und Drogen und verhielt sich zeitweise gewalttätig gegenüber seinen Mitbewohnern und auch Mitarbeitern. Schließlich wurde er so unerträglich, dass er in die Klinik kam und ihm zugleich der Platz im Betreuten Wohnen gekündigt wurde.

So lernte ich ihn kennen und nun war erst einmal guter Rat teuer: Wohin mit ihm? Was braucht er?

Für uns in der Klinik war besonders ärgerlich, dass wir nicht einfach unserem Behandlungsauftrag nachkommen konnten, sondern die Brücke sich über die Kündigung ihrer Verantwortung entzog.

Bezeichnenderweise stellte sich, als wir zusammen mit Brücke-Mitarbeitern versuchten, seine Lebensgeschichte zu rekonstruieren, heraus, dass niemand so recht wusste, wie sein Leben als junger Mann verlaufen war. Er selbst berichtete uns das, was ich zu Kindheit und Jugend referiert habe, aber auch er konnte wenig über die Zeit ab dem 20. Lebensjahr sagen, spürbar wurde ein Grundgefühl des Scheiterns.

Herr H. ist ein Beispiel dafür, wie auch heute noch, 30 Jahre nach der Psychiatriereform, mit Menschen umgesprungen wird, die nicht in gemeindepsychiatrische Standardkonzepte passen.

Er ist sogar ein noch relativ harmloses Beispiel, denn er kann sich, was er neulich auch gemacht hat – leider mit 150 Euro aus der Stationskasse – selbstständig nach Bremen bewegen und wieder zurückkommen. Er kann auch einigermaßen äußern, was er will, was viele über lange Zeit in Institutionen lebende Menschen nicht mehr – oder noch nicht wieder – können.

Bevor ich nun weitermache, zunächst ein paar Begriffsklärungen.

Ich habe bei den Vorgesprächen gehört, dass es in Rheinland-Pfalz einen speziellen Sprachgebrauch gibt, nämlich dass das Wort „Heim“ nur für geschlossene Einrichtungen verwendet wird, während alle offenen Unterbringungsformen, unabhängig von der Größe der Institution, ob vollstationär (d.h. Wohnen verknüpft mit Rundum-Betreuung einschließlich Nachtbereitschaft) oder mehr oder weniger intensiv ambulant betreutes Wohnen in einen Topf geworfen werden und als „Einrichtungen des betreuten Wohnens“ o.ä. bezeichnet werden.

Stimmt das so?

Mein Sprachgebrauch unterscheidet sich da: Für mich sind alle vollstationären Einrichtungen Heime, geschlossene Heime heißen auch so und nicht „Geschützte Wohnformen“.

Ich werde im Folgenden verschiedene weitere Beispiele von Menschen beschreiben, die alle zu den von Hartmut Berger in seinem Artikel „Die Verlierer der Gemeindepsychiatrie“ benannten Gruppen gehören:

Die chronisch psychotisch Erkrankten, die älter gewordenen chronisch Kranken, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Migrationshintergrund und jüngere chronisch Kranke mit Suchtproblemen und Störungen des Sozialverhaltens.

Er bezeichnet sie als „Verlierer der Gemeindepsychiatrie“, sie werden andernorts aber auch als „Systemsprenger“ oder „Extremindividualisten“ beschrieben.

Als nächstes möchte ich mit Ihnen darüber nachdenken, was Systeme und ihre „Sprenger“ miteinander zu tun haben.

Als dritten Schritt möchte ich Ihnen in ein paar Stichworten skizzieren, welche Konzepte hilfreich sein könnten **und viertens** anhand der Beispiele konkretisieren, wie in meiner Region mit diesen Personengruppen gearbeitet wird.

Aber zunächst ein paar Zahlen zur Psychiatriereform:

Die psychiatrischen Krankenhaus-Betten (einschließlich neurologischer Betten in psychiatrischen Kliniken) in der BRD wurden in den Jahren 1980 bis 1989 um rund 22.000 reduziert (von 110.833 auf 89.396), zugleich stieg die Zahl der Heimplätze in der stationären Behindertenhilfe (Eingliederungshilfe) um rund 36.000 (von 52.440 auf 88.696) an.

Von 1991 bis 1999 (nunmehr mit den Neuen Bundesländern) fiel die Zahl der Psychiatriebetten um ca. 29.000 (von 99.581 auf 70.922), während die Zahl der stationären Eingliederungshilfeplätze um ca. 53.000 (von 103.519 auf 156.332) stieg.

Wir können also auf der Ebene des Abbaus von Psychiatriebetten, auch wegen der damit verbundenen Funktionsänderung der Krankenhäuser im Sinne von kürzeren Behandlungsdauern und weniger kustodialen Bedingungen, von einer Deinstitutionalisierung sprechen.

Ganz anders sieht es aus, betrachten wir den Anstieg der Heimplätze in der Behindertenhilfe.

Hier zeigt sich ein Verschiebungsprozess vom Klinik- in den Heimbereich, denn eine Zunahme von geistigen und psychischen Behinderungen lässt sich epidemiologisch in den genannten Zeiträumen nicht feststellen.

Deinstitutionalisierung im einen Bereich wird also kompensiert durch Institutionalisierung im anderen Bereich.

Gerade der Anstieg der Heimplätze in den 90er Jahren um fast 50 % ist angesichts der hochgesteckten Ziele der Sozialpsychiatrie (Enthospitalisierung, gesellschaftliche Integration) bedenklich.

Trotz des Ausbaus ambulanter und teilstationärer Angebote, wie ambulante Wohnbetreuung, Arbeitsangebote, Tagesstätten, psychiatrische Pflege, Ambulanzen etc., ist es nicht gelungen, diese Zunahme stationärer Unterbringungen zu stoppen oder gar zu reduzieren. (Ca. 70 % der in der ersten Hälfte der 90er Jahre enthospitalisierten psychiatrischen Langzeitpatienten in Deutschland wurden in Heime umhospitalisiert¹. Und das, obwohl es einige Beispiele gibt, wie u.a. in der Gütersloher Region, die zeigen, dass es durchaus möglich ist, auch chronisch erkrankte Menschen mit großen Schwierigkeiten ambulant zu begleiten.

¹ Weig/Wienöbst 1996 und Klein/Zechert 1996

Freilich macht das, wie wir heute wissen, keinen Unterschied in der Krankheitssymptomatik, aber einen großen Unterschied, was die Lebensqualität betrifft, denn die hat viel mit der Verfügung über die eigenen Ressourcen zu tun, also mit Autonomie.

Meines Erachtens zeigt sich bei der weiterhin bestehenden Dominanz stationärer Unterbringungsformen eine Eigendynamik des Systems, die schwer zu durchbrechen ist. Bestehende Betten füllen sich eben, weil Rundum-Sorglos-Pakete viel bequemer für z.B. gesetzliche Betreuer sind und solange es betriebswirtschaftlich attraktiver ist, Heimplätze anzubieten als flexibel angepasste Betreuung unabhängig vom Wohnen, wird keine dieser Institutionen sich verflüssigen.

Doch jetzt ein paar exemplarische Geschichten:

Frau A. muss, verheiratet und Mutter von zwei Kindern, den Verlust ihres psychisch erkrankten Bruders durch Verschlucken eines Apfels, kurze Zeit später den ihrer Mutter, nachdem ihr Vater schon während ihrer Pubertät gestorben war, verkraften, beginnt sich schüchtern von ihrem deutlich älteren Mann zu emanzipieren, indem sie einen Job anfängt, kurz danach erkrankt er an Krebs und stirbt qualvoll.

Der Sohn ist spielsüchtig, die Tochter unterstützt ihn einige Jahre lang so, dass Frau A., die inzwischen mit einem neuen Partner, einem Alkoholiker, lebt, sich in der Illusion wiegen kann, er könne nur nicht mit Geld umgehen.

Als die Tochter selbst Mutter einer Tochter wird und sich damit einhergehend weitgehend abnabelt, erkrankt Frau A., zunächst sieht es nach einer Depression aus, bald werden verschiedenste Diagnosen gestellt, eine beeindruckende psychiatrische Karriere beginnt.

Nach einer Unzahl gescheiterter Therapieversuchen einschließlich EKT, folgen alle möglichen Versuche der institutionellen Unterbringung, bis hin zur geschlossenen Abteilung eines Gerontopsychiatrischen Heimes.

Aber auch dort sind die Mitarbeiter mit Frau A. durch ihre massiven Verhaltensauffälligkeiten mit Einnässen, Einkoten, Verweigerung basaler pflegerischer Maßnahmen, aggressiven Durchbrüchen, Negativismus, Erregungszuständen abwechselnd mit depressiver Verzweiflung und Todeswünschen überfordert und sie landet wieder in der Klinik...

Herr B. ist, wahrscheinlich durch einen Sauerstoffmangel bei der Geburt, leicht minderbegabt.

Er besucht die Sonderschule, geht nach der Schule einer Arbeit nach, die ihn mehr körperlich als geistig fordert und ihm erlaubt, sich ein Mofa zu kaufen und später sogar ein Auto. Er lebt bei seinen Eltern, die ihm soviel Halt und Struktur geben, dass seine Schwierigkeiten, seine Impulse zu kontrollieren, nicht zu sehr überhand nehmen.

Aus Gründen, die sich nicht ganz klären ließen, kippt das Ganze irgendwann, Herr B. kommt aus dem Tritt:

Die Arbeit macht keinen Spaß mehr, seine Leistung lässt nach, er verliert den Job, kann sich nicht mehr soviel leisten, das frustriert ihn so sehr, dass er manchmal kleinere Delikte begeht. Er trinkt öfter Alkohol (das gehört schließlich zum Mannsein), was ihm ganz und gar nicht bekommt, dann nehmen seine Impulsdurchbrüche nämlich massiv zu. Seine Eltern versuchen noch längere Zeit, vieles zu glätten und auszugleichen, werden aber ihrerseits von ihm immer mehr unter Druck gesetzt und sind schließlich mit ihm überfordert.

Er kommt in ein Wohnheim, dieses ist aber noch viel schneller überfordert, die psychiatrische Karriere beginnt mit wiederholten Klinikaufenthalten zur Krisenintervention und immer höheren Medikamentendosierungen und Kombinationen, verschiedene Heime scheitern an ihm, Herr B. scheint überhaupt keine Bedürfnisspannung auszuhalten, er wird immer schneller, sabbelt völlig hemmungslos und unverständlich jeden voll, der in seine Nähe kommt, alles muss ihm eingeteilt werden, er klaut, verhält sich übergriffig, usw., kurz, er läuft völlig aus dem Ruder und auch die Klinik ist ratlos, wo man nun noch einen Platz für ihn finden kann.

Frau K. ist in einer psychiatrischen Klinik geboren, da ihre Mutter an einer chronischen schizophrenen Psychose leidet und im Langzeitbereich dieser Klinik lebt.

Einen Teil ihrer Kindheit verbringt sie in einer Pflegefamilie, später ist sie in verschiedenen Heimen und aufgrund von Selbstverletzungstendenzen und psychotischen Episoden auch mehr und mehr in psychiatrischen Einrichtungen. Sie kann sehr wenig innere Spannung oder Frust aushalten, braucht dann irgendein Ventil und gewöhnt sich an, in solchen Fällen entweder sich zu schneiden oder aber sich selbst oder Gegenstände anzuzünden.

Dadurch kommt es immer wieder zu mehr oder weniger gefährlichen Situationen und sie in geschlossene psychiatrische Abteilungen, wo sie schließlich mehrere Jahre am Stück verbringt, natürlich mit Verlegungen hin und her, weil es mit ihr nicht gut auszuhalten ist.

Herr D. stammt aus Österreich, seine Familie zerbricht in der Fremde und er wird dadurch innerlich sehr zerrissen.

Er beginnt mit 15 Jahren sich zurückzuziehen, hört Stimmen und muss deren Befehlen folgen, erlebt die Welt als extrem feindlich und kann sich kaum orientieren.

Dennoch schafft er es, eine Lehre als Tischler anzufangen, aber nicht mehr, sie zu beenden. Er verbringt viele Monate in einer psychiatrischen Klinik, dann mehrere Jahre auf der Straße, versucht sich mit Alkohol zu behandeln, gerät immer häufiger in Krisen, in denen er Mitbürger wahnhaft verkennt und unter Einfluss seiner Stimmen handgreiflich attackiert, obwohl er sonst ein eher stiller, schüchterner Mensch ist, so dass er schließlich im Heimbereich einer Klinik landet und dort ihm keiner mehr zutraut, sein Leben draußen wieder in die Hand zu nehmen, weil es so unberechenbar erscheint, bei welchen Gelegenheiten er wieder zuschlägt.

Auch innerhalb der Klinik kann das ja nicht geduldet werden, es entspinnt sich ein Teufelskreis, der darin gipfelt, dass Herr D. völlig verstummt, sich einnässt, einkotet, nicht mehr anzieht und im wesentlichen völlig desolat in einer Ecke eines kaum eingerichteten Raumes liegt. Er gerät unter den Einfluss eines Mitpatienten, der ihn aus dieser Isolation herausholt, ihn aber auch extrem benutzt und schikaniert und ihn für sich kriminelle Akte vollziehen lässt....

Frau A., die Pisserin, Herr B., der Exzessive, Frau K., die Brandstifterin, Herr H., der Schläger.

Einverstanden, dass sie „Systemsprenger“ sind?

Wie es mit ihnen weitergeht, beschreibe ich später.

Jetzt zum Thema Systeme und ihre Sprenger:

Zum Thema der besonders schwierig zu versorgenden Menschen hat es seit der Psychiatriereform international viele Diskussionen und Studien gegeben. In den letzten Jahren etabliert sich außerdem ein ganzes Forschungsgebiet, das sich mit „heavy users“ befasst, also mit Menschen, die psychiatrische Dienste besonders stark in Anspruch nehmen, insbesondere stationäre psychiatrische Behandlungen.

Dabei gibt es eine hohe Übereinstimmung: Meist wird eine Zahl von etwa 5% bis 10% besonders schwierig zu versorgender Patienten/Klienten angegeben.

Das Merkwürdige ist, dass diese Zahl so konstant bleibt, obwohl der jeweilige Bezugsrahmen ganz unterschiedlich gewählt ist:

Mal bezieht sich die Zahl auf die Gesamtzahl stationär behandelter Patienten, deren 5% „heavy users“ einen Großteil der Behandlungstage auf sich vereinen, mal auf eine Population von Langzeitpatienten, dann handelt es sich um „difficult to place persons“ (TAPS, England) oder „Systemsprenger“ (Gütersloh). In einer Erhebung der Bundesdirektorenkonferenz (2007) wird von ca. 8 % aller chronisch Kranken gesprochen.

Wegen dieser hohen Übereinstimmung möchte ich mit Ihnen einmal den Gedanken verfolgen, dass es sich bei diesen 5-10 % eher um systemproduzierte „drop outs“ handeln könnte, als um echte abgegrenzte Gruppen.

Dafür spricht, dass es sich bei diesen Personen um ganz unterschiedliche Menschen handelt. Gemeinsam sind ihre extreme Individualität, auch eine gewisse Widerständigkeit und etwas, das man vielleicht mit Struppigkeit / Ruppigkeit / Unansehnlichkeit umschreiben könnte. Man mag sich nicht gerne mit ihnen befassen.

Bei näherem Hinsehen wird deutlich, warum: Sie vermitteln uns ein Gefühl des Scheiterns, sie machen uns ratlos oder (oft nach einer Phase der Allmachtsfantasien und des Aktivismus) wütend-resigniert.

Einmal ganz anders ausgedrückt: Sie haben Bedürfnisse, die mit den Standardantworten des gemeindepsychiatrischen Systems nicht zu befriedigen sind.

Kennen Sie die Gaußsche Normalverteilungskurve?

Sie sieht so ähnlich aus wie die Zeichnung eines Hutes bei „der kleine Prinz“ von Saint-Exupéry und besagt, dass ein Merkmal, wie z.B. die Schuhgröße, in der Gesamtbevölkerung so verteilt ist, dass die allermeisten sich in der Mitte, also im Durchschnitt und ein bisschen drunter oder drüber befinden. Bei den Extremen befinden sich nur noch ganz wenige Menschen mit sehr großen oder sehr kleinen Füßen. Die finden dann nur noch schwer passende Schuhe, weil sie nicht dem Standard entsprechen.

Unsere Frage muss also sein, wie kriegen wir es hin, dass bildlich gesprochen auch die Extremindividualisten unter den psychisch Erkrankten im gemeindepsychiatrischen Schuhladen noch passende Schuhe finden?

Soziologisch betrachtet, können wir bei den verschiedenen gesellschaftlichen Systemen die Tendenz feststellen, dass Störer in Metasysteme verschoben werden.

Beispielsweise Menschen mit Lern- oder geistiger Behinderung werden zunächst innerhalb des pädagogischen Systems aus dem Subsystem Normalschule ins Subsystem Sonderschule verschoben. Wenn noch Verhaltensauffälligkeiten hinzukommen, wurden und werden sie – früher noch mehr, aber auch heute noch – ins medizinische System als Metasystem verschoben, nämlich in psychiatrische Kliniken und Langzeitheimberei-

che. Das medizinisch-psychiatrische System dient also als Metasystem für das pädagogische.

Innerhalb des psychiatrischen Systems lassen sich die gleichen Mechanismen erkennen.

Die gemeindepsychiatrischen Institutionen bilden ein System, dessen Metasystem in den großen gemeindefernen Langzeit-Heimbereichen der immer noch vorhandenen psychiatrischen Anstalten oder entsprechender Großinstitutionen in kirchlicher oder privatwirtschaftlicher Trägerschaft zu finden ist.

Auch heute noch werden die „schwierigeren“ Betroffenen aus den gemeindenahen Institutionen über gesetzliche Betreuer und meist über wiederholte Kriseninterventionen in der zuständigen psychiatrischen Abteilung in das Metasystem der großen überregional aufnehmenden Institutionen verschoben, wo sie nach dem Motto „aus den Augen, aus dem Sinn“ vom gemeindepsychiatrischen Netzwerk vergessen werden.

Ein kleiner Teil von „drop outs“ fristet auch sein Leben auf der Straße, ein anderer in forensischen Kliniken.

Insofern hat die Psychiatriereform bei allen Verdiensten nur für einen Teil der Betroffenen wirkliche Veränderungen im institutionellen Kontext bewirkt.

Systemtheoretisch betrachtet, zeigt sich:

Tendenziell produziert jedes System auch seine randständigen, nicht passenden, störenden Elemente.

Allerdings gibt es schon Unterschiede in der Integrations- oder Inklusions-Fähigkeit. Je geschlossener, je einförmiger und je starrer ein System, desto störanfälliger ist es.

Wodurch gewinnen Systeme an Flexibilität und Offenheit?

Bei Ökosystemen wie Tier- und Pflanzengemeinschaften in der Landwirtschaft können wir beobachten, dass z.B. Monokulturen störanfälliger sind als Mischkulturen, in denen sich verschiedene Regelkreise überlappen und ineinander greifen. Solche bunteren Systeme scheinen besser im Gleichgewicht zu sein.

Rigide Einrichtungsstrukturen (Passt Patient XY in unser Konzept? Nein!) produzieren mehr Störer als individuell angepasste Konzepte.

Untersuchungen zeigen, dass das Leben in Einrichtungen und Heimen ein hohes Maß an sozialer Anpassungsfähigkeit verlangt und gerade diejenigen, die es am nötigsten hätten, dadurch herausfallen.

Der Ausschluss von Arbeit und frühzeitige Verrentung spielt eine große Rolle bei der Patientenkarriere.

Wie könnte der gemeindepsychiatrische Schuhladen zum Maßschuhmacher werden?

Da die Gruppe der „Systemsprenger“ in sich so heterogen ist, gibt es kein Patentrezept. Ein System mit der Fähigkeit, Systemsprenger zu integrieren, kann nicht am Reißbrett geplant werden, sofern es überhaupt möglich ist, was wahrscheinlich immer nur annäherungsweise geht.

Ich glaube, dass wir hier mit der Dichotomie leben müssen, einerseits zuzugeben, dass es nicht machbar ist, alle zu integrieren, und andererseits nur durch das Sisyphus-ar-

tige Bemühen um jeden einzelnen die Integrationsfähigkeit weiter ausgedehnt werden kann.

Wir brauchen also einerseits den Anspruch, jeden zu halten und andererseits die Demut, immer wieder mit dem Scheitern zu leben. Es geht eher um provisorische, individuelle, veränderbare, „so gut es halt geht“ oder „vorerst mal so und dann sehen wir weiter“ – Lösungen.

Und zugleich gilt natürlich, dass wir nur dann überhaupt mit Fug und Recht von einem „Versorgungssystem für Mitbürger mit psychischen Erkrankungen“ sprechen können, wenn sich dieses System auch zumindest annähernd für alle Personen innerhalb dieser Zielgruppe eignet.

Also gilt es nicht nur aus moralischen Gründen vom Schwächsten / Unansehnlichsten / Schwierigsten her zu denken, wie Klaus Dörner das formuliert hat, sondern auch aus praktischen Gründen:

Wenn nämlich ein gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz diese Schwierigsten halten kann, dann haben wir für alle anderen praktisch ausgesorgt, das ist dann ein Kinderspiel.

Was heißt das denn nun in der Praxis?

Ich möchte dazu aus unseren Erfahrungen in Geesthacht ein paar Thesen aufstellen:

Ganz grundlegend notwendig ist eine Versorgungsverpflichtung im Eingliederungshilfe-Bereich, nicht nur auf dem Papier, sondern wirklich ernst genommen.

Hier sehe ich allerdings die Notwendigkeit, die Kommunen und die gemeindepsychiatrischen Träger durch finanzielle Konsequenzen in die Pflicht zu nehmen. Damit die Haltung, im gemeindepsychiatrischen Netzwerk für ALLE psychisch erkrankten Mitbürger zuständig zu sein, überhaupt funktionieren kann, gilt es, den Anspruch auf „endgültige“ Lösungen aufzugeben, auf institutionelle Lösungen (Spezialeinrichtungen!) und auf schematische Lösungen.

Systemsprenger brauchen eher Netzwerke mit einer Kultur der flexiblen Zusammenarbeit als Institutionen, womöglich noch total und mit hierarchischen Strukturen.

Adäquate Lösungen sind aus der Beziehung heraus zu entwickeln

- Einlassen auf Augenhöhe (was nicht heißt, sich alles gefallen zu lassen!)
- Trauern über verlorene Lebenszeit, Scheitern und Sackgassen
- Versuche zu verstehen oder Dableiben, auch ohne zu verstehen
- Aushalten, weggebissen zu werden, auf Distanz dableiben

Wenn das eine Weile durchgehalten werden kann, wird mein Gegenüber als Mitmensch mit den gleichen Grundbedürfnissen wie jeder in unserer Gesellschaft sichtbar:

Wahlmöglichkeiten, Freiraum, Privatsphäre, Wohnung, Arbeit, Eigentum, Urlaub, Vergnügen, Freunde, Partner, Ungebundenheit und Eingebundensein.

Haltende Kultur

- Frage, was diesem Menschen den nötigen Halt geben kann
- Haltende Kultur als Bestätigung, Widerspruch und Kontinuität auch bei Veränderun-

gen / Krisen / Brüchen

Die Idee der haltenden Kultur führt dazu, kreativ alles Mögliche mit einzubeziehen (die örtliche Polizei, die Bäckerin, Tiere, Pflanzen, die Oma oder das Kind von nebenan) und genauso wichtig zu nehmen wie professionelle Bemühungen:

- Die Nachbarschaft trägt und die Profis achten auf Anzeichen der Überlastung um rechtzeitig vermitteln, entlasten, notfalls Auszeiten verschaffen zu können.
- Arbeit, auch als Zuverdienst oder freiwilliges Engagement, jedenfalls aber „nach Maß“ frei verabredet, hat sich in meiner Erfahrung als enorm stabilisierendes Element erwiesen.
- Verteilung auf viele Schultern
 - Bei allem Idealismus: Systemsprenger sind eine extreme Last. Deshalb muss die Belastung verteilt werden.
 - z.B. also: Nur einer auf eine Wohngruppe und nur eine Wohngruppe mit nicht mehr als sechs Personen in einer Straße
 - Mehrere Dienste tun sich zusammen und weben ein Netzwerk, welches verschiedene Bedürfnisse abdeckt
 - Nachbarschaft!
- Sicherheit schaffen, für den Patienten, aber auch die Umgebung
 - Wohneigentum schaffen, wenn möglich
 - Um die Person herum eine Wohngruppe gründen
 - Risikoabschätzung und Überlegungen zum gemeinsam zu tragenden Risiko
 - Absprachen bezüglich notwendiger Kontrolle und Krisenvereinbarungen mit allen Beteiligten
 - Eventuell Aussetzung eines Unterbringungsbeschlusses, der jederzeit bei Nichteinhaltung von Absprachen z.B. bzgl. Medikamenteneinnahme wieder eingesetzt werden kann

Wir haben in Geesthacht ein ganz normales gemeindepsychiatrisches Netzwerk.

Als Klinik haben wir mit anderen zusammen darüber hinaus einen Verein (Arbeit nach Maß) gegründet, der sich explizit für diejenigen zuständig fühlt, die aus den Einrichtungen der etablierten gemeindepsychiatrischen Träger herausfallen, also die Heimunfähigen / Störer / Sprenger. Meist landet so jemand ja in der Klinik, wie in den oben erwähnten Beispielen, und dann ist guter Rat teuer.

Zusammen (Klinik und Verein) versuchen wir dann, zu verstehen, worum es geht, welche lebensgeschichtlichen Zusammenhänge es gibt und was der Betroffene will, auch wenn er das manchmal nicht richtig deutlich machen kann. Daran orientiert sich dann das Vorgehen.

Oft gelingt es besser, mit einer Wohnung und niederschwelliger Betreuung jemanden eine Zeit zu begleiten, bis sich zeigt, wohin die Lebensreise weitergehen soll, als ihn zu zwingen, Betreuungsangebote wahrzunehmen, die er oder sie nicht wollen kann.

Das Entscheidende ist, in Beziehung zu bleiben und die Verantwortung bei allem Respekt für den Betroffenen nicht abzuschieben.

Bei den Älteren haben sich Hausgemeinschaften mit ambulanter Pflege bewährt, die bei Bedarf auch rund um die Uhr betreut werden können. Sie ermöglichen durch die familienähnliche Größe und den normalen gemeinsam gestalteten Alltag ein individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse, wie es im klassischen Pflegeheim unmöglich wäre.

Unterstützt werden sie durch Nachbarschaftshilfe und freiwilliges Engagement, auch von psychisch Erkrankten, die da durchaus viel zu geben haben.

Beispiel Frau A.

Frau A. pisst und kackt also in der Klinik alles voll, so dass alle ratlos sind, denn selbst das geschlossene gerontopsychiatrische Heim war ja überfordert. Sie ist also „heimunfähig“.

Wir nutzen die sich bietende Gelegenheit mit der empörten A, in ihren Heimatstadtteil zu fahren, wo sie immer normaler wird.

Nach dieser Erfahrung kommen wir zur Vermutung, dass Frau A. in einer eigenen Wohnung im Status der freien Bürgerin besser zurechtkommen könnte. Mit intensiver Betreuung hält sie es 14 Tage aus – Krise – Klinik – langwierig.

Wohnpflegegruppe um sie herum mit inzwischen 5 anderen älteren Menschen, ½ Jahr Anpassungskrise, Betr. halten mit ihr Pisserei aus, die sich mit der Zeit verliert.

Jetzt seit 5 Jahren dort, einmal noch eine längere Krise mit Klinikaufenthalt, damals auch von Seiten einzelner MA das Ansinnen, es geht nicht mehr mit ihr, ließen sich aber in die Pflicht nehmen.

WG um Frau A herum, inzwischen gute Entwicklung.

Beispiel Herr B.

Herr B. soll, nachdem alle verhaltens- und sonst wie therapeutischen Bemühungen im Krankenhaus nichts bringen, in ein geschlossenes Heim.

Bei der intensiven Beschäftigung mit seiner Geschichte taucht die Idee auf, den schlimmen Zustand probeweise als Krankheitsphase zu betrachten, wie eine manisch-psychotische Krise (also als vorübergehend und nicht als Verhaltensstörung) und entsprechend damit umzugehen.

Dadurch ergibt sich eine leichte Entspannung, die es ermöglicht, neu über Lösungen nachzudenken.

Mit dem Platz im geschlossenen Heim im Hintergrund „Übergangslösung“: Wohnung, Arbeit, die zu ihm passt, in einem Zuverdienstprojekt des Vereins Arbeit nach Maß, WE Eltern, Pflegedienst, Ergo, teilstationäre Wohnbetreuung.

Nach 3 bis 4 Monaten Heim ad acta. Der anfänglich sehr hohe Betreuungsaufwand hat sich erheblich verringert.

Beispiel Frau K.

Frau K. wird nach längerem Klinikaufenthalt bei uns versuchsweise in eine eigene Wohnung entlassen und kommt tagsüber in die Klinik zur Arbeitstherapie und um Kontakte zu den Stationsmitarbeitern zu pflegen.

Ein paar Wochen scheint es gut zu klappen, dann deutet sie an, dass es ihr schlechter geht.

Sie wird sofort auf der Station aufgenommen. Als sie nochmals in die Wohnung geht, um ein paar Kleider zu holen, legt sie dort einen Brand.

Danach ist die Aufnahme in die Forensik nicht mehr zu verhindern. Auch Scheitern gehört dazu.

Beispiel Herr D.

Herr D. entdeckt, dass er malt. Unterricht bei Künstler, Ausstellung in Galerie, noch Jahre, bis er in einer anderen Wohnumgebung als dem Anstaltsgelände zurechtkommt.

Beispiel Herr H.

Herr H. ist ein so aktuelles Beispiel, dass bei ihm noch alles offen ist.

Er ist im Moment erneut nach Bremen gereist, wir versuchen mit ihm Kontakt zu halten.

Auch mit der örtlichen Klinik haben wir Kontakt aufgenommen und da unser Chef nächste Woche dort einen Vortrag hält, wird er sich mit seiner Familie treffen und versuchen herauszufinden, was die von einer Rückkehr dorthin halten würden.

Denn nur wenn Herr H. dort gewollt ist, hat er eine Chance.

Wie auch immer das ausgeht, in jedem Falle wird er von uns bei der Entwicklung einer Perspektive begleitet.

Ein paar bunte Blumen aus meinem Strauß habe ich Ihnen präsentiert, damit komme ich zum Ende.

Ich glaube, dass Sie hier in Rheinland-Pfalz eigentlich gute strukturelle Voraussetzungen für Maßschuhmacherei haben, weil das zuständige Ministerium bereit ist, auch ungewöhnliche Lösungen zu finanzieren.

Im Übrigen steht seit Jahresbeginn jedem Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung ein persönliches Budget zu, was bei geschickter Handhabung dazu führen kann, dass Menschen mit ungewöhnlichen Füßen auch das Geld für maßgeschneiderte Schuhe mit ins System bringen.

Was will man mehr?