

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung
psychisch Kranker e. V.

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Graurheindorfer Straße 15 · 53111 Bonn

Graurheindorfer Straße 15
53111 Bonn
Telefon (0228) 63 15 45

ENTHOSPITALISIEREN STATT UMHOSPITALISIEREN

*Tagung am 12. und 13. Oktober 1993
in Ueckermünde*

Vorstand:

Bernhara Jagoda, Vorsitzender, Nürnberg
Prof. Dr. Heinrich Kunze, stellv. Vorsitzender, Ernstal
Walter Picard, Ehrenvorsitzender
Regina Schmidt-Zadel, MdB, Schatzmeisterin, Bonn

Prof. Dr. Manfred Bauer, Offenbach
Prof. Dr. Gregor Bosch, Berlin
Dr. Ulrich Hoffmann, Potsdam
Volker Kauder, MdB, Bonn

Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Lübeck
Dr. Bruno Menzel, MdB, Bonn
Dr. Niels Pörksen, Bielefeld
Dr. Bernhard Riecke, Weimar

Bankverbindung: Sparkasse Bonn (BLZ 38050000) Konto-Nr. 11 702 867

Bonn, im Dezember 1993

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Tagung,

Sie haben vor einigen Monaten unsere Einladung zur Tagung "Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren" erhalten. 300 Kolleginnen und Kollegen aus allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung kamen am 12. und 13. Oktober nach Ueckermünde und haben sich dort mit dem Thema auseinandergesetzt.

Der Rückblick auf die Tagung und drei Jahre Tätigkeit der AKTION im östlichen Teil des Landes hat uns drei Dinge gezeigt:

- den enormen Kennnisszuwachs bei vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen gerade auch in sozialrechtlichen Fragen,
- die nach wie vor manchmal erdrückend wirkende Vielzahl von Problemen,
- das Ausmaß, in dem große Heime für psychisch kranke Menschen entstehen, die eher an speziellen Interessen der Träger denn an den Bedürfnissen der zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohner orientiert sind.

Es ist uns vor allem im Hinblick auf den letzten Punkt wichtig, die bei uns eingegangenen Referate möglichst schnell zugänglich zu machen.

Mit einem nicht unerheblichen "Kraftakt" der Referentinnen und Referenten und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle, für den ich an dieser Stelle noch einmal herzlich danken möchte, ist es uns gelungen, eine Referatesammlung zu erstellen, in der sowohl die für Sie alle schwierige Ist-Situation beschrieben wird, als auch über unterschiedlichste Beispiele aus Ost und West versucht wird, Wege beim Enthospitalisieren aufzuzeigen.

Für die schweren Aufgaben, die im nächsten Jahr vor Ihnen liegen, wünsche ich Ihnen die nötige Tatkraft und Ausdauer!

Mit freundlichen Grüßen



Chr. Przytulla
Geschäftsführerin

"Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren"

Inhaltsverzeichnis

- Vorwort

Teil I: Grundsatzüberlegungen

- Heinrich Kunze
Einführung in das Thema: Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren 1
- Michael Köpke
Der Zwang zur Umgestaltung und die Bedürfnisse der psychisch Kranken 7
- Jens Dehrmann
Heimunterbringung von psychisch kranken Menschen - eine Analyse in den
östlichen Modellregionen 13
- Heinrich Kunze
Von einem institutions- zu einem personenbezogenen Ansatz in der
Rehabilitation 21
- Ingmar Steinhart
Wittstocks "neue" Bürger und Bürgerinnen - von der Anstalt in die
Gemeinde 29
- Elmar Spancken
Konzept und Planung einer Umgestaltung und ihre langfristige Umsetzung 45
- Petra Gromann-Richter
Was wollen die Patienten und Patientinnen und wie kann regionale
Verantwortung beim Aufbau komplementärer Einrichtungen aussehen? 55

Teil II: Ebenen und Beteiligte der Umgestaltung

- Niels Pörksen
"Auffangkonzeption" - Kriterien der Enthospitalisierung und die konkrete
Umsetzung in Nordrhein-Westfalen 60
- Elvira Krumflek
Der Beitrag der Kommune beim Aufbau komplementärer Einrichtungen
und kommunaler Dienste für psychisch Kranke 65
- Renate Wedl
Die Not der kleinen Trägervereine und Schwierigkeiten bei der
Umgestaltung 70
- Peter Mroczynski
Sozialrechtliche Gesichtspunkte der Enthospitalisierung -
Möglichkeiten und Grenzen des Bundessozialhilfegesetzes 74

Einführung in das Thema: Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren

Heinrich Kunze

Wir greifen einen zentralen Punkt des Expertenberichtes "Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen" vom Mai 1991 auf. Mit dieser Analyse im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit verbanden die Experten aus Ost und West die Absicht, die mit der Vereinigung der beiden deutschen Staaten kommenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung konzeptionell zu beeinflussen. Die Befürchtung war und ist, daß nicht die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen der wichtigste Gesichtspunkt ist, sondern ganz andere Interessen die Entwicklungen prägen. Um nur einige zu nennen:

- Die Kosten- und Leistungsträger, die nach dem gegliederten System der sozialen Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland über die neuen Länder gekommen sind, verlangen in den Psychiatrischen Krankenhäusern die Trennung von Behandlungsfällen und sogenannten Pflegefällen und verwenden manchmal die meiste Energie darauf, ihre Nichtzuständigkeit festzustellen.
- Aus den verschiedenen Bundesförder- und Kredit-Programmen usw. ist viel Geld da, das aber möglichst sofort ausgegeben werden muß, damit es nicht verfällt und die Bauwirtschaft mit Arbeitsplätzen angekurbelt wird.
- Träger der freien Wohlfahrtspflege engagierten sich im komplementären Bereich, was sehr zu begrüßen ist. Doch ist dies Engagement nicht frei von Konkurrenz, die zur Eile treibt, und die Umsetzung traditioneller Konzepte geht schneller als die sorgfältige Planung neuer bedarfsspezifischer Lösungen.
- Sie kennen die Leitsätze des St. Bürokratiens:
das haben wir schon immer so gemacht,
das haben wir noch nie so gemacht,
da kann ja jeder kommen
Sie wirken offen und hintergründig nicht nur in Verwaltungen, sondern auch in anderen Bereichen bei Therapeuten, Personalvertretungen usw.

Aus diesen vier und noch mehr Gründen besteht die Gefahr, daß überstürzt und angeblichen Sachzwängen folgend die Chancen für qualitative Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker verpaßt und statt dessen alte Strukturen (auch aus der alten Bundesrepublik "importiert") für die nächsten 50 Jahre in Beton gegossen werden. Es besteht die große Gefahr, daß die gleichen Fehler wiederholt werden, wie sie die Psychiatrie-Reform der 70er Jahre in der alten Bundesrepublik gemacht hat. Damals wurden bei der Reform der Psychiatrischen Krankenhäuser die meisten chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen umhospitalisiert und nicht enthospitalisiert. D. h. sie wurden vom Psychiatrischen Krankenhaus als sogenannte Pflegefälle in meist wohnortferne Heime verlegt, aber nicht in ihrer Heimatregion in die Gesellschaft wieder eingegliedert.

Zum Umgang mit Kritik

Wir veranstalten eine für die Teilnehmer wohnortferne Tagung über Enthospitalisieren aus wohnortfernen Psychiatrischen Krankenhäusern, Heimen und Großanstalten. Die Tagung sollte zunächst an einem leichter erreichbaren Ort stattfinden. Aus Anlaß der Fernsehsendung von Ernst Klee mit dem Titel "Die Hölle von Ueckermünde" haben wir die Tagung an diesen Ort verlegt.

Ich will auf die oben genannte Fernsehsendung nicht eingehen, aber aus diesem Anlaß einige Anmerkungen zum Thema Öffentlichkeit, Kritik und Psychiatrie-Reform machen. Politiker, Kostenträger sowie Entscheidungsträger und -trägerinnen in Ministerien und Verwaltungen haben genug andere Themen als Psychiatrie. Ihnen wäre am liebsten, wenn die Fachleute aus der Psychiatrie ihnen melden würden, "alles in Ordnung, ihr braucht euch um uns nicht zu kümmern". Doch daß Psychiatrie-Reformen nur mit medienwirksamer Kritik an inhumanen und antitherapeutischen Verhältnissen Schubkraft erhielten, dafür gibt es viele Beispiele aus der alten Bundesrepublik und einigen anderen westlichen Ländern. - Wie gehen nun die in der Psychiatrie arbeitenden Personen damit um, einschließlich derjenigen, die auf Leitungs- und Trägerebene Verantwortung tragen? Das ist sehr schwierig, denn niemand kann längere Zeit in einem Bereich engagiert arbeiten, ohne sich damit positiv zu identifizieren. Deshalb wird üblicherweise Kritik von außen als persönliche Entwertung erlebt und abgewehrt. Kritik von innen gilt als Nestbeschmutzung und wird unterdrückt.

Wie können die in der Psychiatrie Tätigen sich *mit* den Medien, *mit* der Öffentlichkeit, *mit* den Angehörigen, *in* der Kritik an schlechter psychiatrischer Versorgung verbünden, ohne sich selbst zu entwerten, ohne eine "Wagenburg-Mentalität" zu entwickeln? Von zentraler Bedeutung ist folgende Unterscheidung:

- Was können *wir* für die Patienten unter den gegebenen personellen, baulichen, finanziellen, organisatorischen Voraussetzungen tun? Das ist unsere Verantwortung.
- Und wer ist verantwortlich für die Rahmenbedingungen, unter denen wir arbeiten müssen, z. B. in einem Psychiatrischen Krankenhaus (PKH) mit wohnortfernem Standort aus historischen Gründen, also mit Rahmenbedingungen, unter denen die Patienten nicht bedarfsgerecht versorgt werden können?

In dem Grundlagentext der Hospitalismus-Forschung, der "Drei-Krankenhaus-Studie" von WING und BROWN (1970) über die Auswirkungen des Krankenhausmilieus bei chronisch schizophrenen Patienten steht der Satz: "Man ist leicht ungerecht gegenüber hart arbeitendem, engagierten Personal, das selber unter Bedingungen der Vernachlässigung und des mangelnden Interesses durch die Außenwelt arbeitet - und es ist gleichermaßen leicht, äußerlich apathische Patienten im Wahrnehmungsgrad ihrer eigenen sozialen Deprivation zu unterschätzen, weil sie sich nicht beklagen." Hier wird der funktionale Zusammenhang zwischen der Vernachlässigung chronischer Patienten und der Vernachlässigung der mit diesen Patienten befaßten Institutionen durch die Gesellschaft auf den Punkt gebracht. Die Einsicht in die unzureichenden Rahmenbedingungen psychiatrischer Versorgung befreit und befähigt die in der Psychiatrie Tätigen dazu, die Unzulänglichkeiten der Behandlung und Be-

treuung der Patienten auch im eigenen Bereich wahrnehmen und öffentlich benennen zu können, ohne sich selbst zu entwerten.

In diesem Sinne danke ich der Christopherus-Krankenhaus g.GmbH Ueckermünde dafür, daß diese Tagung hier stattfinden kann.

Gemeindepsychiatrie auch für chronisch psychisch kranke und behinderte Personen

Die Psychiatrie-Enquete von 1975 ging o. a. von dem Grundsatz aus: Ein Psychiatrisches Krankenhaus ist kein Ort zum Leben für chronisch psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen! Und die jetzt nur aus kostentechnischen Gründen erforderliche Differenzierung in Behandlungsfälle und sogenannte Pflegefälle thematisiert dieses Problem wieder von einer ganz anderen Seite. Beide Problembestimmungen sind zunächst negativ: *Kein* Ort zum Leben; Pflegefälle sind *Nicht*-Behandlungsfälle.

Die positive Bestimmung heißt Gemeindepsychiatrie. Im Kern geht es um das Ziel, daß Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen oder mit geistigen Behinderungen Mitbürger ihres Kreises/ihrer Stadt bleiben können - und dies ist gerade für die schwerer Kranken und Behinderten unter ihnen besonders wichtig.

Wer zur Behandlung in ein Krankenhaus geht, hat eine Wohnung außerhalb, die er sein Zuhause nennt. Die sogenannten Pflegefälle, die Nicht-Behandlungsfälle, sind nicht mehr zur stationären Behandlung da, sondern weil sie keine Bleibe mehr außerhalb der Institution haben. Ihre Ansammlung im PKH ist ein Symptom für fehlende komplementäre Dienste und Einrichtungen in den Kreisen und Städten, aus denen sie stammen. Wir nennen das die komplementäre Ersatzfunktion des Psychiatrischen Krankenhauses.

Bei der Reform der Psychiatrischen Krankenhäuser in den 70er Jahren der alten Bundesrepublik wurden die meisten sogenannten Pflegefälle *umhospitalisiert*, d. h. aus dem Psychiatrischen Krankenhaus in Heime und Großanstalten verlegt, wo immer sich ein Platz fand und ohne Rücksicht auf den Ort und die sozialen Beziehungen zu vertrauten Personen, die ein Mensch mit dem Gefühl "meine Heimat" verbindet.

Enthospitalisieren fängt erstens in den Köpfen der Therapeutinnen und Therapeuten an mit der Leitfrage: Woher kommt dieser Mensch, aus welchen Lebensverhältnissen, welche Angehörigen gibt es, wie sind die Beziehungen, und wo, wie und mit wem möchte er/sie zukünftig wohnen und leben und welche Hilfen benötigt er/sie dazu? Dabei ist mit der für Hospitalismusschädigung charakteristischen Angst vor Veränderungen behutsam umzugehen.

Enthospitalisieren hat zweitens zur Voraussetzung, daß Kreise und Städte politisch die Interessenvertretung im Rahmen der Verpflichtung zur Daseinsvorsorge praktizieren - nicht nur für die gesunden Mitbürger und die somatisch kranken Mitbürger, sondern auch für die psychisch kranken und geistig behinderten Mitbürger - und nicht nur für die, die auch von Kurkliniken und Seniorenresidenzen gerne genommen werden, sondern für alle aus dem Kreis oder der Stadt.

Enthospitalisieren hat drittens zur Voraussetzung, daß Träger im komplementären Bereich und die Therapeuten ihre Konzepte am Bedarf der vorhandenen Personen aus einer definierten Region orientieren. D. h. sie müssen sich in die regionale komplementäre Versorgungsverpflichtung vertraglich einbeziehen lassen, statt für ein selbstgewähltes Programm die geeigneten Klienten auszuwählen, auch von weit her. Personen aus dem Kreis/der Stadt, die nicht ins Programm passen, fallen wie bisher durch die Maschen bis in die überregionale komplementäre Ersatzfunktion von Psychiatrischen Krankenhäusern oder von wohnortfernen Heimen, die nur Bewohner bekommen, die die Einrichtungen vor Ort nicht wollen.

Enthospitalisieren hat viertens zur Voraussetzung, daß die Kosten- und Leistungsträger für Rehabilitation und komplementäre Dienste/Einrichtungen bedarfsorientierte Leistungen finanzieren, die auch für die kleinere Zahl von schwerer behinderten Menschen die erforderlichen Hilfen ermöglichen. Wenn mit der Beendigung der Krankenhausbehandlung im kostentechnischen Sinne vom Pflegefall gesprochen wird, so ist das ein Kurzschluß, der die differenzierten Leistungsrechte aus dem Bereich der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation unterschlägt. Die gelten nach dem gegliederten System der sozialen Sicherung für psychisch kranke und behinderte Menschen genauso wie für anders kranke und behinderte Menschen.

Enthospitalisieren - Wer verbindet welche Interessen damit?

Nun sind das Wohl der Patienten/innen oder die Uneigennützigkeit von Personal, Trägern, Kostenträgern, Aufsichtsbehörden usw. meist für sich keine ausreichenden Gründe für einen Erfolg der Psychiatrie-Reform. Der Erfolg wird wahrscheinlicher, wenn auch andere Gründe im jeweiligen Eigeninteresse zum gleichen Ergebnis führen. Ich will einige solcher Gründe anführen, die vom Eigeninteresse von Psychiatrischen Krankenhäusern, von Politikern, von Verantwortlichen für Planung oder für Kosten usw. ausgehen:

Zum Eigeninteresse des Psychiatrischen Krankenhauses an der Enthospitalisierung: Die Realisierung der Psychiatrie-Personalverordnung geht in der Regel nicht ohne gleichzeitige Enthospitalisierung. Der Auszug von Patienten schafft Raum zur Verkleinerung der verbleibenden Krankenhausstationen, für die zusätzlichen Mitarbeiter und ihre Therapieangebote. Eine Krankenhausbehandlung von guter Qualität ist die beste Sicherung von Arbeitsplätzen.

Bei Psychiatrischen Krankenhäusern, großen Heimen und Behindertenanstalten in strukturschwachen Gebieten heben Kommunalpolitiker immer hervor, wie wichtig die Arbeitsplätze für die Region seien. Und die Kommunalpolitiker ohne Großeinrichtungen? Sie haben immer wieder den steigenden Finanzbedarf der Sozialhilfe für Personen aus ihrem Kreis/ihrer Stadt zu beschließen, die in Einrichtungen anderenorts leben. Vielleicht entdecken sie den Zusammenhang, daß sie für dieses Geld ja Arbeitsplätze in ihre eigene Region holen könnten. - Das Arbeitsplatz-Argument kann ja auch für gemeindepsychiatrische Ziele unterstützend ins Feld geführt werden und sollte nicht den Politikern allein überlassen bleiben, die sich für den Erhalt ihrer Groß-Institutionen einsetzen.

Die Heimaufsicht hat dafür zu sorgen, daß Menschen, die nicht nur vorübergehend in Einrichtungen leben, Räume von einer bestimmten Mindestgröße erhalten. Wenn man die

Stationen mit sogenannten Pflegefällen von Psychiatrischen Krankenhäusern nach diesen Richtlinien gestalten wollte, so dürften in der Regel nur etwa 50 % der Plätze in den vorhandenen Gebäuden realisiert werden und das zu Umbaukosten, für die auch neu gebaut werden kann. Da die Raumkapazitäten überwiegend für das verbleibende Krankenhaus benötigt werden, ergibt sich die Chance, für die zu enthospitalisierenden Patienten die Frage des Standortes ihrer Wohnungen neu zu stellen.

Soweit die sogenannten Pflegefälle einen aktivierbaren Heimatbezug haben, sollten die Wohnkapazitäten im Heimat-Kreis/in der Heimat-Stadt dieser Menschen geschaffen werden. Es bleibt aber eine große Zahl von Personen, für die nach 20 bis 50 Jahren der Ort des Krankenhauses zum Heimatort geworden ist. Hier geht es um den Auszug aus der Institution Krankenhaus - denn ein Bett auf einer Station ist keine Wohnung -, aber Auszug ohne Ortswechsel und ohne Wechsel aller sozialen Lebensbezüge.

Wie dabei die unterschiedlichsten Interessen unter einen Hut gebracht werden können, will ich kurz an einem Beispiel am Ort unseres Krankenhauses verdeutlichen: Vor einigen Wochen war Grundsteinlegung für ein Altenzentrum eines freien Trägers, das von Pflegeplätzen bis zur Tagesstätte, Betreutem Wohnen und ambulanten Diensten für alte Menschen alle wichtigen Komponenten der Altenhilfe aus einer Hand realisieren will. Die Hälfte der Plätze soll mit zu enthospitalisierenden Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus belegt werden. Sie werden also mit anderen älteren hilfebedürftigen Menschen der Region in einer Einrichtung zusammenleben. Das Altenzentrum ist vertraglich in die komplementäre Versorgungsverpflichtung für ältere Menschen mit psychischen Störungen eingebunden und für eine überschaubare Region zuständig. Wenn der Platzbedarf für Menschen aus der Psychiatrie am Standort des Psychiatrischen Krankenhauses zurückgeht, weil die überregionale komplementäre Ersatzfunktion ausläuft, so wird das Altenzentrum keine Mühe haben, die Plätze anders zu nutzen angesichts der wachsenden Zahl alter Menschen in der Bevölkerung.

Betreuungspersonal vom Krankenhaus soll mit den Patienten in die neue Einrichtung wechseln, einmal um den Patienten/innen den Wechsel zu erleichtern, aber auch, damit im Krankenhaus keine Überbesetzung bleibt, die zum Finanzdefizit führen würde. Das Altenzentrum nutzt die im Psychiatrischen Krankenhaus vorhandenen Kapazitäten der Küche und der Wäscherei zu Marktpreisen, womit einerseits die Investitionskosten für das Altenzentrum gesenkt und andererseits in den Krankenhausbetrieben die Wirtschaftlichkeit und die Arbeitsplätze gesichert werden können.

Sie sehen, komplexe regionale Verknüpfungen über traditionell abgeschottete Grenzen und Zuständigkeiten hinweg eröffnen Gestaltungsmöglichkeiten - orientiert an dem Ziel Gemeinpsychiatrie - auch für die chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen und unter Berücksichtigung von unterschiedlichen Eigeninteressen und vorgegebenen Rahmenbedingungen.

An dieser Tagung nehmen Personen aus verschiedenen Berufsfeldern, aus therapeutischen Institutionen, aus Verwaltungen, aus der Politik usw. teil, die sonst eher unter ihresgleichen tagen und damit in der Gefahr stehen, die jeweils Abwesenden als Feindbild zur Stabilisierung der eigenen Gruppenidentität zu mißbrauchen. Wir hoffen, daß diese Mischung hier

quer über die Berufe, Zuständigkeiten, Hierarchieebenen zu neuen Quer- und Durchblicken, zu neuen Bündnissen, zu bisher nicht genutzten Übereinstimmungen unterschiedlicher Interessen und damit zu neuen Gestaltungsmöglichkeiten für die Ziele der Psychiatrie-Reform führt.

Literatur:

KUNZE, H.: Funktionswandel Psychiatrischer Krankenhäuser im Versorgungssystem und das Problem der sog. Enthospitalisierung. In: Picard, W., Reimer, F., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Tagungsbericht Band 19. Köln: Rheinland-Verlag, 1992.

WING, J. K., BROWN. G. W.: Institutionalism and Schizophrenia - A Comparative Study of Three Mental Hospitals. Cambridge, 1970.

Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen - Expertenbericht im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, Mai 1991.

Der Zwang zur Umgestaltung und die Bedürfnisse der psychisch Kranken

Michael Köpke

Das Thema meines Beitrags ist realitätsnah formuliert - denn - jeden Tag stehen wir unter dem Druck, schnell menschenunwürdige Verhältnisse zu verändern. Diese Handlungszwänge können bewirken, daß Projekte umgesetzt werden, die nicht ausgereift sind, bei denen sich erst später herausstellt, daß nur die äußere Situation der psychisch Kranken verbessert wurde, die eigentlichen Bedürfnisse der Menschen aber nur unzureichend Beachtung fanden. Neben der Gefahr des Aktionismus bestehen noch andere Umstände, die Grenzen bei der Realisierung von Hilfen setzen, die den Bedürfnissen der psychisch Kranken gerecht werden sollen - sie sind personeller, finanzieller und rechtlicher Art.

Im Rahmen dieses Beitrags können nicht alle Probleme diskutiert werden, die bei der Planung und Umsetzung von Hilfen für psychisch Kranke auftreten. Das wäre wohl auch ein Vorhaben, das den Rahmen der Tagung insgesamt sprengen würde. Vielmehr will ich die Probleme benennen, die bei der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung zur Zeit hier im Land besonders gravierend sind und zumindest ansatzweise Versuche skizzieren, innerhalb der bestehenden Grenzen die Bedürfnisse der psychisch Kranken zu berücksichtigen.

Doch - welche Bedürfnisse haben psychisch kranke Menschen überhaupt? In dem Vorwort einer Studie über Bedürfnisse und Wünsche psychiatrischer Langzeitpatienten fand ich den Satz: "Die Normalität der Wünsche rührt an und könnte womöglich dazu beitragen, seelische Krankheiten als Bestandteil der Normalität menschlichen Lebens zu akzeptieren". Normalität in diesem Sinn bedeutet auch, daß jeder Mensch seine ganz eigenen, individuellen Bedürfnisse hat, daß es keine verallgemeinerbare Bedürfnisstruktur der "Gruppe der psychisch Kranken" gibt. Schon Hippokrates meinte, daß jeder nach seiner individuellen Verschiedenheit vom anderen und nicht nach Faustregeln behandelt werden sollte. Hilfen müssen sich also an den einzelnen Menschen mit seiner spezifischen Form der psychischen Beeinträchtigung wenden.

Die "Konzeption zur psychiatrischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern", die breit im Land diskutiert wurde und den Entwurf zum Psychiatrieplan darstellt, strebt Hilfen an, die der Art sowie der Schwere der psychischen Beeinträchtigung angemessen sind und damit dem Betroffenen ein möglichst großes Ausmaß an Selbständigkeit einräumen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die Hilfen am Wohnort oder zumindest in der Nähe des Wohnortes angeboten werden - denn - ein Höchstmaß an Selbständigkeit kann nur erreicht werden, wenn der Betroffene die Möglichkeit hat, sich in die Gemeinde zu integrieren.

Dazu sind insbesondere ambulante Hilfen notwendig.

Nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke in Mecklenburg-Vorpommern ist zur Durchführung von Hilfen am Gesundheitsamt ein Sozialpsychiatrischer Dienst einzurichten. Die Hilfen sollen im Schwerpunkt an chronisch psychisch Kranken einschließlich der Suchtkranken orientiert sein. Zu dieser Zielgruppe gehören in der Regel sozial Desintegrierte, psychisch Kranke und Behinderte, die aus unterschiedlichen Gründen

eine mögliche Behandlung oder sonstige Hilfsangebote nicht wahrnehmen. In allen Kreisen existieren Sozialpsychiatrische Dienste. Die personelle Besetzung ist sehr unterschiedlich, sie schwankt zwischen drei und sechs Mitarbeitern auf 100.000 Einwohner. In Anbetracht der weiten Wege, die in unserem dünn besiedelten Land zurückzulegen sind, ist das bereits eine knappe Besetzung.

Berücksichtigt man dann noch, daß die Sozialpsychiatrischen Dienste auch Aufgaben wahrnehmen sollten, die nicht direkt aus dem PsychKG hervorgehen, wie Beratung von Angehörigen und Laienhelfergruppen, spezifische Hilfen für Kinder und Jugendliche, Beratung von Menschen mit einer geistigen Behinderung und Beratung von Heimen, dann dürfte es kaum möglich sein, daß dieses ausgedehnte Aufgabenspektrum durch den vorhandenen Personalbestand abgedeckt wird. Darüber hinaus müssen die Sozialpsychiatrischen Dienste in Mecklenburg-Vorpommern zum Teil auch noch Funktionen wahrnehmen, die in den Altbundesländern von den freien Trägern ausgefüllt werden.

Die Praxen der niedergelassenen Nervenärzte beschränken sich auf die Behandlung des Akutfalles. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne des Kranken, die auch über das Akutstadium hinausgeht, wie sie in den neurologisch-psychiatrischen Abteilungen an den Polikliniken üblich war, ist mit der Übernahme der bundesrechtlichen Kostenregelungen nicht mehr möglich. In Mecklenburg-Vorpommern haben sich 55 Nervenärzte niedergelassen. Bei einer Bevölkerungszahl von 1,9 Mio. Einwohnern kommt damit ein Nervenarzt auf 35.000 Einwohner. Die Psychiatrie-Enquete fordert einen Mindestwert von 1 : 50.000. Auf dem Gebiet der Altbundesländer steht durchschnittlich ein Nervenarzt für 18.000 Einwohner zur Verfügung. Während in Ballungsgebieten wie Rostock und Schwerin auch eine hohe Versorgungsdichte zu verzeichnen ist, fehlt es an Nervenärzten in den ländlichen Regionen. Aufgrund der Tatsache, daß das ambulante Netz der Nervenärzte nicht flächendeckend ist, ist die Beteiligung der Ärzte anderer Fachrichtungen an der Versorgung psychisch Kranker in der gegenwärtigen Situation besonders groß.

Bei den Hilfen im Krankenhaus besteht das Ziel der Landesregierung im Aufbau einer gemeindenahen, dezentralen Psychiatrie, die in die allgemeine Krankenhausversorgung integriert ist. Neurologie und Psychiatrie sollen getrennte Abteilungen bilden. Mit der dem Krankenhausplan zugrunde liegenden Bettenmeßziffer von sieben Betten auf 10.000 Einwohner in der Erwachsenenpsychiatrie wird nicht nur die momentane Situation im Land berücksichtigt, die durch eine erst in Ansätzen vorhandene, komplementäre Psychiatrie gekennzeichnet ist. Es wird auch die Konsequenz aus der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den Altbundesländern gezogen, wo sich gezeigt hat, daß mit dem Aufbau der komplementären Psychiatrie auch eine Bettenreduktion möglich ist.

Um eine Zweiklassenpsychiatrie zu vermeiden, übernehmen alle psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen eine Versorgungsverpflichtung für ein festgelegtes Aufnahmegebiet. Berücksichtigt man außerdem noch, daß in jeder psychiatrischen Abteilung auch eine hinreichende therapeutische Differenzierung möglich sein sollte, so ergibt sich für diese eine Mindestbettenzahl von 80 Betten. Abteilungen dieser Größenordnung erfordern in einem so dünn besiedelten Flächenstaat wie Mecklenburg-Vorpommern Einzugsgebiete, die im Sinne der Gemeindenähe nicht immer wünschenswert sind. Im Krankenhausplan konnten aber die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete mit Einzugsgebieten von 100.000 bis 350.000 Einwohnern umgesetzt werden.

Zur Verbesserung der Gemeindenähe der klinisch-stationären Versorgung sollen psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern in Neubrandenburg, Waren und Güstrow aufgebaut werden. Besondere Bemühungen sind zur Zeit darauf gerichtet, die für Rostock geplante Erhöhung der Bettenkapazität umzusetzen. In der Region Rostock besteht z. Z. das größte Versorgungsdefizit im klinisch-stationären Bereich.

Nachdem die Kassenärztliche Vereinigung bereits zugesagt hatte, auch der Zulassung von Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser zuzustimmen, votiert sie jetzt in der Regel dagegen.

Wohnangebote sollen Art und Schwere der psychischen Erkrankung bzw. Behinderung berücksichtigen und damit ein Verbleiben in der gewohnten Umgebung ermöglichen. Dazu bedarf es geschützter Wohnangebote in abgestufter Form. Idealerweise sollte die Organisation von Hilfen im Bereich Wohnen ermöglichen, Art und Ausmaß der Hilfen entsprechend dem aktuellen Bedarf zu ändern, ohne daß damit ein Wechsel der Wohnung verbunden wäre. Diese Vorstellung erscheint z. Z. hierzulande so nicht umsetzbar. Eine Vielzahl von behinderten Menschen lebt noch unter Verhältnissen, die dringend einer Veränderung bedürfen. Wollte man bei jedem Einzelnen mit einer Alternative warten bis ein optimales Wohnangebot geschaffen werden kann, käme dieses Angebot für viele Menschen zu spät. Der Wohnungsmarkt ist in allen Teilen des Landes äußerst angespannt und die Beschaffung von Wohnraum für Behinderte nur in einem begrenzten Ausmaß möglich. Außerdem können derartige Vorstellungen nur mit Hilfe von gut ausgebildetem Personal umgesetzt werden, das aber zunächst in Mecklenburg-Vorpommern nicht vorhanden ist. Soweit es eine komplementäre Psychiatrie in der Vergangenheit gab, handelte es sich dabei im wesentlichen um Heimbereiche, die Krankenhäusern angegliedert waren. Unter den gegebenen räumlichen und personellen Bedingungen wurde eine Arbeit geleistet, die Hochachtung abverlangt. Eine adäquate Förderung konnte unter den schlechten Bedingungen aber nicht gewährleistet werden. Das Land hat dahingehend unterstützend gewirkt, daß für das Personal in Ueckermünde, Dobbertin und Matgendorf kurzfristig Weiterbildungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Darüber hinaus besteht im Land eine Arbeitsgruppe, die Richtlinien für die Weiterbildung in der Psychiatrie erarbeitet. Dabei werden die unterschiedlichen Ansprüche berücksichtigt, die aus dem verschiedenartigen Profil der jeweiligen Einrichtungen entstehen, die im Land tätig sind.

Bei der idealtypischen Organisation von Hilfsangeboten muß dem Grundsatz der Multiprofessionalität entsprochen werden und eine hinreichende Verwaltungsinfrastruktur bestehen. Um diese Kriterien auch in Belastungsspitzen abzusichern, bedarf es hinsichtlich der Anzahl der Mitarbeiter/innen bestimmter Mindestgrößen. Nach einem Arbeitsansatz der Kommission "Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung" sollte ein Stamm von 15 bis 20 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen vorhanden sein. Sie können ca. 80 behinderte Menschen betreuen. 80 Menschen, die im psychiatrischen Sinne betreuungsbedürftig sind, wohnen aber in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern weit auseinander. Mit den daraus resultierenden Wegeproblemen ergeben sich zeitliche Verzögerungen der Hilfen, die nicht akzeptiert werden können. Ein flexibles System, das im allumfassenden Sinne in der Lage ist, den jeweiligen aktuellen Bedarf an Hilfen in der Wohnung des Betroffenen zu berücksichtigen, wirft auch kostenrechtliche Probleme auf. Bei

den bestehenden kostenrechtlichen Regelungen dürfte es in jedem Einzelfall zu erheblichen Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern kommen, wenn die Kosten der Betreuung auf einen anderen Sozialleistungsträger übergehen sollen.

Diese Probleme müssen bei der Entwicklung eines abgestuften Systems des beschützten Wohnens zumindest in Mecklenburg-Vorpommern beachtet werden.

Die großen Pflegebereiche befinden sich in Dobbertin, Stralsund und Ueckermünde. Diese Bereiche sollen so entflochten werden, daß den behinderten Menschen ein größeres Ausmaß an Selbstbestimmung möglich ist und sie sich in die Gemeinde integrieren können. Auf diesen Schritt müssen sie vorbereitet werden. Das geschieht, indem sie bereits jetzt Angebote der Behindertenwerkstätten oder Tagesstätten wahrnehmen, soweit sie dazu in der Lage sind. Für die meisten behinderten Menschen kann aber der Prozeß der Enthospitalisierung nur in der Einrichtung selbst beginnen. Die physischen Lebensbedingungen, wie räumliche Bedingungen, Ausstattung, Essenversorgung sowie Kleidung, konnten zum Teil bereits verbessert werden und weitere Schritte sind vorgesehen. Ein größeres Problem stellt die Verbesserung der psychosozialen Bedingungen dar. Der Handlungsspielraum der Bewohner/innen hängt wesentlich von der Interaktion des Personals mit ihnen ab. Diese Interaktion ist ebenso wie die Intensität der rehabilitativen Bemühungen maßgeblich durch die Qualifikation der Mitarbeiter bestimmt. Auf die Bemühungen um eine solche Qualifikation habe ich bereits hingewiesen. Inzwischen entstehen an zentral gelegenen Standorten Wohngruppen und psychosoziale Wohnheime. Die Wohnheime sollen ca. 20 Bewohnern und Bewohnerinnen eine neue Heimstatt bieten. Ich gehe davon aus, daß es auch weiterhin Menschen geben wird, die eine so intensive Betreuung benötigen, daß sie als Heimbetreuung bezeichnet werden kann. Ambulante Wohnformen, die in die Zuständigkeit der Kommunen fallen, sind bisher kaum entstanden. Für die Kommunen sind die Aufgaben, die sie im Rahmen der Versorgung der psychisch Kranken übernehmen, ebenso neu wie viele andere, denen sie sich nach der Wende stellen müssen.

Bei dem knappen Personalbestand und der Vorbereitung auf die Kreisgebietsreform fällt es den Kommunen schwer, sich differenziert mit der Psychiatrieplanung auseinanderzusetzen. Außerdem stehen in den Kommunen so wenig Mittel zur Verfügung, daß zur Zeit kaum etwas von ihnen finanziert wird, wozu sie nicht unmittelbar gesetzlich verpflichtet sind.

Die sieben Tagesstätten, die im Lande arbeiten, erfahren einen großen Zuspruch. Über einen Sonderfonds beim Sozialminister konnte erreicht werden, daß auch diejenigen, die nicht sozialhilfeberechtigt sind, den Pflegesatz nicht selbst aufbringen müssen.

Der Anteil der Berenteten, die mehr angespart haben als die Sozialhilfebedingungen zulassen, ist in den neuen größer als in den alten Bundesländern. Durch den Sonderfonds ist die Bereitschaft größer, das Angebot der Tagesstätten in Anspruch zu nehmen, womit auch die Entwicklung der Tagesstätten gesichert werden konnte. Unabhängig davon verfügen alle Tagesstätten über eine Regelfinanzierung vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die Tagesstätten bilden eine wichtige Voraussetzung für eine gemeindenahere Versorgung, insbesondere für weniger intensiv betreute Wohnformen. Von den Tagesstätten gehen zudem viele Initiativen für die Schaffung von Hilfen in anderen Bereichen aus.

Wenn so viele Hilfsangebote grundlegend neu aufgebaut werden müssen wie hier in Mecklenburg-Vorpommern, ergeben sich im Entwicklungsprozeß vielfältige Wechselwirkungen, deren Ergebnisse nicht vorausberechnet werden können. Es gibt Hilfsangebote, die von Trägern sehr bereitwillig geschaffen werden und andere, die sie nur sehr zögerlich in Angriff nehmen. Damit entsteht die Gefahr einer Doppelversorgung in manchen Bereichen, während in anderen eine Unterversorgung zu verzeichnen ist. Die Expertenkommission wies nachdrücklich auf die Bedeutung der Koordination der psychiatrischen Angebote hin. In dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke in Mecklenburg-Vorpommern ist eine Stelle für einen Koordinator in jedem Versorgungsgebiet eines Krankenhauses festgelegt. In Versorgungsregionen, in denen kein Bundesmodell arbeitet, wurde die koordinierende, planerische Arbeit bisher von den "Betreuern am Übergang", einem Modellprojekt des Landes, geleistet. Mit dem Einsatz der Koordinatoren nach dem PsychKG kann die Aufgabe der Betreuer in die zweite, praxisrelevantere Phase übergeleitet werden.

Während der Sozialminister von einem "Fachbeirat für Psychiatrie" beraten wird, ist die Empfehlung, ähnliche Gremien in den Versorgungsregionen zu schaffen, bisher kaum umgesetzt worden. Die Gründe dafür sind vor allem in der bevorstehenden Kreisgebietsreform zu suchen.

Zusammenfassend ergeben sich für Mecklenburg-Vorpommern bei der Umsetzung einer gemeindenahen, dezentralen Konzeption der psychiatrischen Versorgung besondere Probleme durch seine dünne Besiedelung auf großer Fläche; auf ca. 23.500 Quadratkilometern leben 1,9 Mio. Menschen. Einrichtungen, die rund um die Uhr differenzierte Hilfsangebote sichern sollen, müssen über eine Mindestanzahl von Mitarbeitern verfügen, die sich je nach der Art der Hilfe unterscheidet.

Die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen muß aber immer in Relation gesetzt werden zu der Anzahl der Menschen, die betreut oder behandelt werden sollen. Da die Menschen aber in Mecklenburg-Vorpommern so weit auseinander wohnen, entstehen immer Wege, die im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie nicht wünschenswert sind. Das gilt für die Hilfen beim Wohnen, für die Hilfen im Krankenhaus und zum Teil auch für ambulante Hilfen. Gerade der Ausbau ambulanter Hilfen muß aber kompensatorisch im Sinne der Gemeindennähe wirken können. Doch für die Sozialpsychiatrischen Dienste stehen nicht genügend Stellen zur Verfügung, Institutsambulanzen werden nicht in hinreichender Zahl zugelassen und das Netz der niedergelassenen Psychiater ist nicht flächendeckend. Der Mangel an qualifizierten Fachleuten erschwert nicht nur die Betreuung selbst, es entstehen dadurch auch weniger Initiativen zur Entwicklung adäquater Hilfsangebote. Im Sinne der Betroffenen und aus dem Druck der Öffentlichkeit heraus muß wiederum kurzfristig gehandelt werden. Dieser Handlungsdruck birgt zwar die Gefahr des Aktionismus in sich, kann aber auch Positives bewirken. Das Interesse der Öffentlichkeit war und ist vonnöten, wenn die psychiatrische Versorgung verbessert werden und die Integration der psychisch kranken Menschen in die Gemeinde gelingen soll. - Nachdem sich im Jahre 1814 ein unwillkommener Reformier gewaltsam Zutritt zu dem größten Asyl Englands verschaffte und seine Eindrücke vor dem Komitee des englischen Unterhauses schilderte, wurden wesentliche Schritte zur Verbesserung der Situation eingeleitet; die Psychiatrie-Enquete wäre nicht denkbar ohne die Aufmerksamkeit, die der Versorgung der psychisch Kranken durch die Medien zuteil wurde.

Wenn ich auch in diesem Beitrag die Grenzen des Machbaren betont habe, meine ich doch, daß genügend Handlungsspielraum vorhanden ist, um im Sinne der psychisch kranken und behinderten Menschen tätig zu werden. Maslow schreibt bezogen auf die Bedürfniswahrnehmung, daß wir uns nach dem sehnen, was möglicherweise tatsächlich erreicht werden kann. Dem, was erreicht werden kann, will sich der Sozialminister in erster Linie zuwenden, sich dabei aber auch darum bemühen, im Rahmen seiner Möglichkeiten den begrenzten Handlungsspielraum zu erweitern.

Heimunterbringung von psychisch kranken Menschen Eine erste Analyse in den östlichen Modellregionen

Jens Dehrmann

Bevor ich Ihnen im Rahmen der Thematik "Enthospitalisierung statt Umhospitalisierung" mit freundlicher Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit die ersten Teilergebnisse unserer Regionalanalyse der psychiatrischen Hilfesysteme (Patientendokumentation der Heime) in den 14 Modellregionen präsentiere und damit erste Hinweise für die Beantwortung der Frage "Findet Enthospitalisierung aus Heimen statt?" gebe, möchte ich Ihnen kurz den Hintergrund beschreiben, vor dem die noch folgenden Angaben zu bewerten sind.

Zielsetzung der Modellförderung

Die defizitäre Situation der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern, umfassend beschrieben in dem Bericht "Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahmen und Empfehlungen" (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg., Bonn 1991), war Ausgangspunkt für eine Förderung des Modellprojektes "Aufbau gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen" durch den Bundesminister für Gesundheit (BMG) von Mitte 1992 bis zunächst Ende 1993.

Hauptaufgabe des Modellvorhabens war es, die Bausteine einer komplementären Versorgung und Betreuung aufzubauen, gemeinsame Kooperationsbeziehungen zu Trägern anderer Maßnahmen und Einrichtungen psychiatrischer Versorgung zu erarbeiten sowie langfristig abgesicherte Träger- und Finanzierungsstrukturen zu entwickeln.

Ausgehend von den langjährigen Erfahrungen im "Modellprogramm Psychiatrie" der alten Bundesländer sollte dabei insbesondere dem ambulant-komplementären Bereich von Anfang an mehr Gewicht verschafft und entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen mit den Versorgungsangeboten "Tagesstrukturierende Maßnahmen", "Betreutes Wohnen" und "Beschützte Arbeits-/Beschäftigungsmöglichkeiten" in einem gemeindenahen Versorgungsnetz verbunden werden. Ziel war es also, insbesondere für die Bausteine:

- Tagesstrukturierende Maßnahmen,
- Betreutes Wohnen,
- Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten

teilstationäre und ambulante, dem örtlichen Bedarf angepaßte komplementäre Versorgungs- und Betreuungsangebote aufzubauen, langfristig abgesicherte Träger- und Finanzierungsstrukturen zu entwickeln sowie gemeinsame Kooperationsformen mit Trägern anderer (stationärer/medizinischer-pflegerischer/rehabilitativer) Maßnahmen und Einrichtungen zu finden.

Es sollte modellhaft versucht werden, in einem relativ kurzen Förderzeitraum (verglichen mit Projekten des Modellverbundes) die genannten Versorgungsangebote und Kooperationsbeziehungen in den jeweiligen Regionen zu initiieren und, soweit es ging, in die Praxis umzusetzen.

Dieses Vorhaben, das Modellprojekt "Gemeindepsychiatrische Versorgung in den neuen Ländern (MRP)", unterteilte sich in insgesamt 14 Modellregionen in den neuen Ländern einschließlich Berlin, und zwar für:

Mecklenburg-Vorpommern	in	Rostock Stralsund Neubrandenburg
Brandenburg	in	Fürstenwalde Elbe/Elster
Berlin	in	Köpenick Weissensee/Hohenschönhausen
Sachsen-Anhalt	in	Haldensleben/Magdeburg Süd Sachsen-Anhalt/Naumburg
Thüringen	in	Bad Salzungen/Schmalkalden Gera
Sachsen	in	Leipzig Pirna/Sebnitz Plauen

Handlungsbereiche

Den Modellvorhaben kommt in den Regionen die Zuständigkeit für den Auf- und Ausbau komplementärer Versorgungsstrukturen und -angebote zu. Dabei stand anfangs, im Rahmen der regionalen Möglichkeiten, zunächst die Verfügbarmachung notwendiger personeller und räumlicher Ressourcen sowie die Etablierung langfristig wirksamer Trägerstrukturen im Vordergrund.

Die jeweiligen Ausgangssituationen der Regionen ließen insgesamt einen erheblichen Handlungsbedarf erkennen, die über die Reichweite der Vorhaben hinaus in Verantwortungsbereichen anderer Instanzen liegen. Gefordert sind hier z.B. die Landesregierungen als Träger der Krankenhaus- und Psychiatrieplanung, die Kommunen als Träger sozialpsychiatrischer Dienste der Gesundheitsämter oder die Wohlfahrtsverbände als Träger spezialisierter Pflegeeinrichtungen.

Zusammenfassend sind folgende Handlungsbereiche zu nennen:

- Umstrukturierung der klinischen psychiatrischen Versorgung im Rahmen künftiger Krankenhaus- und Landespsychiatriepläne
- flächendeckender Aufbau funktionsfähiger sozialpsychiatrischer Dienste bei kommunalen Gesundheitsämtern
- Umstrukturierung bisher unspezialisierter Pflegeeinrichtungen

- Schaffung betreuter Wohnmöglichkeiten
- Schaffung geschützter Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- Schaffung tagesstrukturierender Betreuungs- und Begegnungsmöglichkeiten
- Aktivierung vorhandener und Förderung neuer Träger zur Übernahme komplementärer Versorgungsverpflichtungen
- Entwicklung langfristig tragfähiger Finanzierungsmöglichkeiten für komplementäre Einrichtungen
- Aufbau regionaler Kooperationsnetze mit entsprechenden Koordinationsinstanzen

Analyse des regionalen psychiatrischen Hilfeangebotes

Im März 1993 begann das IES mit der "Analyse der regionalen psychiatrischen Versorgungsstrukturen" in den MRP-Modellregionen.

Befragt wurden:

- niedergelassene Nervenärzte,
- niedergelassene Allgemeinmediziner und Internisten,
- ambulante und komplementäre Einrichtungen,
- Sozialpsychiatrische Dienste,
- stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser und Heime).

Diese Untersuchung sollte folgendes ergeben:

Für den Bereich der ambulanten Versorgungseinrichtungen:

- eine Analyse der Zielgruppen (Patienten/innen, Klienten/innen, Besucher/innen) sowie eine Zuordnung nach Altersgruppen, Herkunft und Krankheitsbildern;
- Kenntnisse über die personelle und räumliche Ausstattung der jeweiligen Einrichtungen, mit dem Ziel herauszufinden, ob sie personell sowie von der Ausstattung her in der Lage sind, ihren jeweiligen Auftrag auszuführen;
- Kenntnisse über die Form und Intensität der Kooperationsbeziehungen mit anderen in der Region tätigen Hilfeanbietern, mit dem Ziel herauszufinden, inwieweit an einer kooperativen Entwicklung eines vernetzten Versorgungssystems gearbeitet wird bzw. welche real existierenden Probleme dieses möglicherweise verhindern.

Für den Bereich der stationären Einrichtungen (Krankenhäuser und Heime):

- eine Analyse der Zielgruppen (Patienten/innen, Klienten/innen) sowie eine Zuordnung nach Altersgruppen, Herkunft und Krankheitsbildern, mit dem Ziel herauszufinden, welche und wieviel Menschen für eine Entlassung in die Gemeinden überhaupt in Frage kommen.

Insgesamt sollten die am Ende des Jahres vorliegenden Ergebnisse daraufhin überprüft werden können, ob und welche Voraussetzungen es z.Z. gibt, sich dem primären Ziel einer Vernetzung von psychiatrischen Hilfeangeboten in den 14 Regionen zu nähern.

Anmerkungen zu den Ergebnissen der Patientendokumentation psychiatrischer Wohn- und Pflegeheime in den MRP-Modellregionen

In insgesamt zwölf Modellregionen (die Heime in den zwei Modellregionen Thüringens wurden im Rahmen der Psychiatrieplanung Thüringen befragt, die Ergebnisse liegen noch nicht vor) wurden 140 Heime (Wohnheime, Pflegeheime, Altenpflegeheime, Feierabendheime und Seniorenheime) angeschrieben bzw. aufgesucht.

Geantwortet haben 49 Heime (35%). Von diesen Heimen wurden 1536 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit psychiatrischen Auffälligkeiten gemeldet.

Gründe dafür, daß die Heimleitungen bei der Beantwortung (im Gegensatz zu anderen Anbietern wie z.B. Sozialpsychiatrischen Diensten, komplementären Hilfeanbietern) zurückhaltend reagierten, waren laut Befragung:

- Personalknappheit, Zeitnot,
- Überforderung mit dem Fragebogen,
- Überforderung aufgrund diverser Befragungen anderer Institutionen,
- Rückversicherung bei den Heimaufsichten, was zu Verweigerungen oder zeitlichen Verzögerungen bis zu sechs Wochen führte.

In persönlichen Gesprächen unserer Mitarbeiter/innen wurde auch deutlich, daß die Mitarbeiter/innen der Heime wegen der Zunahme von Befragungen teilweise stark verunsichert reagierten.

Viele nahmen an, daß nach den Befragungen sehr schnell Rationalisierungsmaßnahmen einsetzen und sie möglicherweise ihre Arbeitsplätze verlieren.

Ein generelles Problem bei der Bewertung des folgenden Datenmaterials ist die unterschiedliche Beurteilung von psychischen Erkrankungen durch Heimleitungen bzw. Pflegepersonal.

Diesem Personenkreis fehlt häufig ausgewiesenes psychiatrisches Fachwissen.

Obwohl in einigen Fällen Angaben der Heimleitungen und des Pflegepersonals durch Personen mit psychiatrischen Fachkenntnissen überprüft und für richtig befunden wurden, bleibt das generelle Problem im Rahmen der Patientendokumentation der Heime bestehen.

Die hieraus resultierenden Einschränkungen bezüglich der Zuverlässigkeit und Validität der Daten sind somit einzubeziehen.

Im folgenden nun also zu den ersten Ergebnissen der Regionalanalyse:

Aufnahmedatum (n=1536; missings=0)	Bew.	%
1989 und früher	993	64,65 %
1990 und später	541	35,22 %
unbekannt	2	0,13 %
Summe	1536	100,00 %

Zwei Drittel der jetzigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sind bereits vor der Wende 1989/90 aufgenommen worden.

Wohnort nach Aufnahmedatum (n=1534; missings=2)	Aufnahme	Aufnahme	gesamt			
in der Modellregion	470	47,33 %	394	72,83 %	864	56,35 %
in der ehemaligen DDR	444	44,71 %	93	17,19 %	537	35,04 %
in den alten Ländern	0	0,00 %	3	0,55 %	3	0,20 %
außerhalb Deutschlands	1	0,10 %	1	0,18 %	2	0,13 %
keine Angabe	78	7,85 %	50	9,24 %	128	8,35 %
Summe	993	100,00 %	541	100,00 %	1534	100,00 %

Von den nach 1990 aufgenommenen Bewohnerinnen und Bewohnern stammten im Verhältnis deutlich mehr aus der Region, in der auch das jeweilige Heim liegt. Zu berücksichtigen ist dabei, daß die Bewohner nach einem Aufenthalt von etwa zwei Jahren in die Heimgemeinde umgemeldet werden.

Status nach Aufnahmedatum (n=1534; missings=2)	Aufnahme	Aufnahme	gesamt			
Freiwillig	441	44,41 %	341	63,03 %	782	50,98 %
PsychKG	155	15,61 %	75	13,86 %	230	14,99 %
Betreuung	397	39,98 %	125	23,11 %	522	34,03 %
Summe	993	100,00 %	541	100,00 %	1534	100,00 %

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die sich freiwillig in die Einrichtungen begeben haben, ist unter den nach der Wende Aufgenommenen größer. Entsprechend ging der Anteil der sich aufgrund eines richterlichen Beschlusses, einer Anordnung nach PsychKG oder gemäß des Einweisungsgesetzes der ehemaligen DDR in der Einrichtung befindenden Personen zurück.

Unterbringungsanlaß nach
Aufnahmedatum

	Aufnahme	Aufnahme	gesamt			
Ü/V aus psych. Klinik	283	28,50%	121	22,37%	404	26,35%
Ü/V aus Allg.-KH	75	7,55%	102	18,85%	177	11,54%
Ü/V aus Heim/Einr.	117	11,78%	40	7,39%	157	10,24%
Ü/V von Zuhause	417	41,99%	213	39,37%	630	41,10%
Anlaß unbekannt	101	10,17%	65	12,01%	166	10,83%
Summe	993	100,00%	541	100,00%	1534	100,00%

Nach wie vor kommt der mit Abstand größte Teil der Bewohnerinnen und Bewohner von zu Hause in das Heim. Der Anteil der Überweisungen/Verlegungen aus dem Allgemeinen Krankenhaus ist nach der Wende überproportional angestiegen. Dies läßt den Schluß zu, daß die Krankenhäuser Langzeitbeleger sowie die hohen Kosten für diesen Personenkreis zunehmend exportieren bzw. umhospitalisieren.

Geburtsjahr nach Aufnahmedatum

	Aufnahme	Aufnahme	gesamt			
1964 - 1985	99	9,97%	33	6,12%	132	8,62%
1944 - 1963	184	18,53%	66	12,24%	250	16,33%
1924 - 1943	409	41,19%	154	28,57%	563	36,78%
1893 - 1923	301	30,31%	286	53,06%	587	38,34%
Summe	993	100,00%	539	100,00%	1532	100,00%

Deutlich über ein Drittel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit psychiatrischer Diagnose sind über 70 Jahre alt. Ein überproportional großer Teil dieser über 70jährigen wurde erst nach der Wende aufgenommen.

Pflegestufe nach Aufnahmedatum

	Aufnahme	Aufnahme	gesamt			
einfache Pflegebedürftigkeit	42	4,23%	17	3,14%	59	3,85%
erhöhte Pflegebedürftigkeit	205	20,64%	127	23,48%	332	21,66%
schwere Pflegebedürftigkeit	506	50,96%	198	36,60%	704	45,93%
schwerste Pflegebedürftigkeit	226	22,76%	165	30,50%	391	25,50%
keine Angaben	14	1,41%	34	6,28%	48	3,13%
Summe	993	100,00%	541	100,00%	1534	100,00%

Den nach 1990 aufgenommenen Bewohnerinnen und Bewohnern wird eine vergleichsweise höhere Pflegestufe zugeordnet. Die Tatsache des großen Anteils an Schwer- bzw. Schwerst-

pflegefällen läßt den Schluß zu, daß Alternativen zur Heimunterbringung nur mit großem finanziellen und personellen Aufwand zu ermöglichen sind.

Voraussichtliches Entlassungsdatum	Pat.	%
Datum genannt	36	2,34 %
kein Datum genannt	1500	97,66 %
Summe	1536	100,00 %

Von den insgesamt 1536 angegebenen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern wurde nur 36 ein voraussichtliches Entlassungsdatum zugeordnet. Eine größere Enthospitalisierungswelle aus dem Heimbereich ist nach diesen Daten kurzfristig nicht zu erwarten.

Zusammenfassung

Da in den Modellregionen mit dem Auf- und Ausbau komplementärer Versorgungseinrichtungen das Ziel verfolgt wird, sowohl ein Hilfeangebot für psychisch kranke Menschen in den jeweiligen Kommunen als auch eine Grundlage für die Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker zu schaffen, stellte sich für alle am Projekt Beteiligten von Anfang an die Frage, wie groß die Anzahl derjenigen ist, die aus stationären Einrichtungen (Krankenhäusern, Pflegeheimen) enthospitalisiert werden können.

Für den von uns untersuchten Heimbereich in den Modellregionen ist festzustellen, daß von dort eine größere Enthospitalisierungswelle nicht zu erwarten ist.

Ein Drittel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in den von uns untersuchten Heimen ist über 70 Jahre alt.

Der Anteil der über 70jährigen Menschen, die nach der Wende vornehmlich von zu Hause in ein Heim gegangen sind, ist überproportional gestiegen. Ebenso läßt die hohe Zahl von Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen den Schluß zu, daß Enthospitalisierungsmaßnahmen für diesen Personenkreis nur mit hohem Personal- und Sachaufwand zu ermöglichen sind.

Der Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung und seine personelle und räumliche Ausstattung in den Heimen gehört vor diesem Hintergrund auf den Prüfstand.

Über diese ersten Aussagen zum vorliegenden Zahlenmaterial hinaus geht aus unseren Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heime hervor, daß es dort an psychologischem, sozialarbeiterischem, sozialpädagogischem und ergotherapeutischem Fachpersonal zur individuellen Förderung und Entwicklung der Heimbewohner/innen ebenso fehlt wie an sogenannten tagesstrukturierenden Maßnahmen und adäquaten Räumlichkeiten dafür.

Das Heimleben ist aufgrund unserer Beobachtungen, um nur einige Punkte zu nennen, nach wie vor gekennzeichnet von:

- der Unterbringung (untergebracht sein und wohnen ist ein Unterschied) in großen Sälen, die teilweise ineinander übergehen, also nicht getrennt aufgesucht werden können,
- der Unterbringung in Räumen ohne Gewährleistung der Privat- und Intimsphäre,
- dem Fehlen jeglicher Möglichkeit, Eigenverantwortlichkeit beizubehalten oder zu entwickeln

Vereinzelt konnten in einigen Heimen durch Baumaßnahmen Verbesserungen beim Raumangebot erreicht werden. In geringem Umfang konnte dadurch eine Reduzierung der Bettenzahlen in den Räumen vorgenommen werden. In den teilweise katastrophalen Sanitärbereichen sind punktuell ebenfalls Verbesserungen zu beobachten gewesen.

Ein Gesamtbericht über die Entwicklung der Modellregionen, der Hilfeeinrichtungen, deren Ausstattungen sowie der Kooperationsbeziehungen untereinander ist für Januar 1994 zu erwarten.

*"Gebrechlich hinter'm Aufschwung hinkt die That,
dem langen Klüngeln folgt ein lahm Vollbringen"*

Es ist zu hoffen, daß dieses Zitat des Gründers der Klinik in Schwerin, Carl Friedrich Fleming, aus dem Jahre 1865 bei der Beschreibung über das Voranschreiten der Verbesserung der Lebensbedingungen in den Heimen, aber auch beim Ausbau von Alternativen zur Heimunterbringung (da ist das Wort Unterbringung noch mal), nicht allzu häufig zur Anwendung kommt.

Von einem institutions- zu einem personenbezogenen Ansatz in der Rehabilitation

Heinrich Kunze

Was hat dieses Thema mit einer Tagung über Enthospitalisieren zu tun?

Zielbestimmung für Rehabilitation

Es geht um die Rehabilitation von sogenannten Pflegefällen, die in Psychiatrischen Krankenhäusern, wohnortfernen Heimen und Großanstalten leben. Das erscheint wie ein Widerspruch, wenn man von der herkömmlichen kostentechnischen Bedeutung der beiden Begriffe Rehabilitation und Pflegefall ausgeht. Zu beachten ist jedoch, daß das Wort "Rehabilitation" je nach Zusammenhang eine unterschiedliche Bedeutung hat. Hier ist nicht die kostentechnische Bedeutung gemeint, sondern die fachliche, wie sie die Engländer schon in den 70er Jahren definiert haben (vgl. auch "Empfehlungen der Expertenkommission ...", 1988). Rehabilitation bezeichnet einen Prozeß, "der eine körperlich oder psychisch behinderte Person befähigt, in einer soweit als möglich normalen sozialen Umgebung den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen" (BENNETT, 1975). Davon ist niemand ausgeschlossen, weil sie/er zu krank oder behindert wäre.

Dies deckt sich im Prinzip mit "§ 10 Eingliederung Behinderter" im Sozialgesetzbuch I:

"Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist und wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten und ihre Folgen zu mildern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern."

Dieser § 10 ist als Zielsetzung des gegliederten Sozialrechts verbindlich, aber leider können daraus keine konkreten Leistungsansprüche für einzelne Personen abgeleitet und eingeklagt werden.

Einrichtungszentrierte Rehabilitation bedeutet: Die Problemstabilisierung ist an das Leben in der Einrichtung gebunden, es sei denn, der kranke Mensch kann soweit geheilt werden, daß er mit nur ambulanten Hilfen in seine Lebenswelt zurückkehren kann. Wer mit den ambulanten medizinischen und sozialen Hilfeformen nicht auskommt, muß sich in das Bett einer Einrichtung legen, um aufwendige multiprofessionelle Hilfen finanzierbar zu machen. Das gegebenenfalls vorhandene eigene Bett, die eigene Wohnung, die Aktivitäten und sozialen Kontakte im eigenen Lebensfeld werden nicht genutzt und gestützt. Das Leben in der Einrichtung wird zum wirklichen Leben, das wirkliche Leben wird zur immer blässeren Erinnerung. Die Eingliederungsmaßnahme führt zur sozialen Ausgliederung.

Personenbezogene Rehabilitation hat zum Ziel, die eigene wirkliche Lebenswelt eines chronisch kranken/behinderten Menschen zu stützen, zu entlasten und dem kranken/behinderten Menschen sowie seinen Kontaktpersonen im wirklichen Lebensumfeld zu helfen, mit der Krankheit/Behinderung zurechtzukommen und ein neues Gleichgewicht zu finden.

Kritik am Konzept der Reha-Kette

Sind nun die Psychiatrie-Reform-Konzepte geeignet, das im fachlichen Rehabilitations-Begriff sowie das in § 10 SGB I formulierte Ziel zu fördern und zu erreichen? Zufällig fiel mir der Plan von Sachsen-Anhalt in die Hände. Nach Vorwort und Einleitung ist er getragen von den besten Absichten und stützt sich auf die Psychiatrie-Enquete 1975, die "Empfehlungen der Expertenkommission ...", 1988 sowie das Expertenpapier "Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR", 1991. Aber die vorgeschlagene komplementäre Versorgung ist gekennzeichnet von rehabilitationsbehindernden Strukturen. Der Plan mißversteht die "Empfehlungen ..." von 1988 und die Konzeptvorschläge im Expertenpapier "Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR", 1991.

In dem Plan heißt es:

Für "seelisch behinderte/psychisch Kranke, die stationär-klinischer Behandlung nicht mehr bedürfen, (sind) nachfolgend aufgeführte Einrichtungen und Wohnformen vorzuhalten:

- Rehabilitations-Einrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)
- Übergangsheime
- Wohnheime, mit Wohngruppen innerhalb und außerhalb
- Pflegeheime für seelisch behinderte Menschen mittleren Alters
- psycho-geriatrische Pflegeheime
- Betreutes Wohnen."

Nach diesem Konzept durchläuft ein chronisch psychisch kranker/behinderter Mensch eine Kette von Einrichtungen, bis er entweder wieder gesund ist oder in einer Einrichtung auf Dauer bleibt.

In den 70er Jahren der alten BRD war dieses Konzept vorherrschend, doch spätestens seit den Empfehlungen der Expertenkommission, 1988, könnte jeder es besser wissen (vgl. Kapitel "Gemeindepsychiatrie in funktionaler Betrachtungsweise"): Die oben genannten Begriffe bezeichnen Bausteine, die bestimmte Hilfsfunktionen beschreiben, aber keine Einrichtungstypen. Es wäre ein Mißverständnis, diese Bausteine als abgegrenzte Einrichtungen anzusehen, die sich die für sie geeignet erscheinenden Personen aussuchen sollen. Ich will nicht näher darauf eingehen, welche Gründe die Einrichtung dafür hat, sondern auf die Folgen für die Menschen, die die Hilfe einer solchen Einrichtung in Anspruch nehmen.

Chronisch-psychische Erkrankungen und Behinderungen sind häufig nicht gleichbleibende Störungen, sondern der Hilfebedarf der betroffenen Menschen ändert sich im Laufe der Jahre. Das gilt auch für zu enthospitalisierende Personen, die jahre- und jahrzehntelang unter Anstaltsbedingungen gelebt haben. Später in den Arbeitsgruppen können wir ja Beispiele zusammentragen. Ich denke z. B. an eine geistig und mehrfachbehinderte Frau, die vor zehn Jahren die extrem schwierigste Patientin der geschlossenen Frauenstation war. Die Mitpati-

entinnen mußten immer wieder vor ihr geschützt werden, und sie brachte die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum "Ausrasten". Ich war erst wenige Wochen Ärztlicher Direktor in Merxhausen, als ich den Stationspfleger disziplinarisch entlassen mußte, weil er diese Patientin am Boden liegend mit Füßen getreten hatte. Nach fast zehn Jahren soll jetzt diese Frau zusammen mit ihrem Freund, einem Langzeitpatienten (Alkoholismus und hirnganische Schädigung) in eine Drei-Zimmer-Wohnung in einem Mehrfamilienhaus am Rande des Krankenhausgeländes einziehen. In dem Haus gibt es auf der einen Seite Mitarbeiterwohnungen, auf der anderen Seite Betreute Wohnungen der dezentralen Heilpädagogischen Einrichtung für zum Teil schwer geistig behinderte Frauen. Frau K. arbeitet tags in einer Werkstatt für Behinderte (WfB), noch mit zusätzlicher Einzelbetreuung (!) am Arbeitsplatz. Sie geht mit ihrem Freund oder auch alleine am Ort spazieren und einkaufen. Die Partnerbeziehung ist den beiden behinderten Personen wichtiger als alles andere und ist für sie die entscheidende Motivation, an Verhaltensauffälligkeiten, Schwierigkeiten, Störungen therapeutisch zu arbeiten. Die primäre Mehrfachbehinderung dieser Frau ist natürlich nicht geheilt worden, aber die früher häufigen Probleme wie ständiger Streit, körperliche Auseinandersetzungen mit Mitpatientinnen, Klauen, sexuelle Promiskuität sind verschwunden oder deutlich geringer geworden und erfordern nicht mehr die Unterbringung auf einer geschlossenen Station.

Doch zurück zu den Einrichtungen, die, ihrem Konzept gemäß, Menschen mit möglichst gleichem Hilfe- und Betreuungsbedarf aufnehmen und zusammenfassen. - Und wenn sich jetzt der Hilfe- und Betreuungsbedarf verändert, was dann? Wenn die Person in der Einrichtung bleibt, dann wird sie zunehmend fehlplaziert. Oder sie wird in eine andere, für geeignet gehaltene Einrichtung verlegt. Das bedeutet aber die Unterbrechung der therapeutischen Beziehungen und soziale Entwurzelung. - Häufig werden Menschen auch von einer Einrichtung zur anderen verlegt, nicht weil der Hilfebedarf sich geändert hat, sondern weil die administrative Definition der Hilfe verändert wurde, z. B. Langzeitfälle im PKH heißen nun Pflegefälle; oder der Bewohner eines Heimes für behinderte WfB-Mitarbeiter erreicht die Altersgrenze, scheidet aus der WfB aus und soll deshalb jetzt auch aus dem Wohnheim ausziehen.

Rehabilitation im eigenen Lebensfeld

Für Menschen ist die Stabilität und Vertrautheit ihrer räumlichen Umgebung, die Vertrautheit mit einem überschaubaren Kreis von Menschen für ihre psychische Stabilität ganz wichtig - und das gilt in besonderem Maße für psychisch gestörte Menschen. Die Vertrautheit ist wechselseitig, d.h. auch die Bezugspersonen wie Angehörige, Freunde, Mitbewohner, Nachbarn, Therapeuten werden zunehmend mit den Besonderheiten und Schwierigkeiten des psychisch gestörten Menschen vertraut, was Voraussetzung dafür ist, mit ihr oder ihm langfristig Kontakt halten zu können. Rehabilitation ist vor allem Stabilisierung oder Wiedergewinnung eines eigenen vertrauten Lebensumfeldes.

Wer ins Krankenhaus geht, hat ein Zuhause außerhalb, das geistiger und emotionaler Lebensmittelpunkt bleibt. Das ist in der somatischen Krankenhausversorgung selbstverständlich, in der klinischen Psychiatrie wird es zunehmend selbstverständlich. Das therapeutische Konzept der Psychiatrie-Personalverordnung hebt ausdrücklich auf das Ziel ab, durch

die Behandlung Patienten zu befähigen, in ihrer eigenen häuslichen und sozialen Umgebung leben zu können. Je länger eine stationäre Behandlung dauert, desto größer wird die Gefahr der sozialen Entwurzelung. Die zu enthospitalisierenden Menschen haben außerhalb der Institution, in der sie jetzt leben, keinen Ort mehr, den sie als ihr Zuhause bezeichnen. Ganz einfach formuliert heißt Enthospitalisieren also Rehabilitieren: für diese Menschen wieder eine Lebenssituation zu entwickeln, die sie subjektiv mit dem Gefühl, hier bin ich zu Hause, verbinden. Dazu gehört auch ein soziales Umfeld, das die Person mit ihren psychischen Behinderungen auf Dauer akzeptiert.

Dafür ist aber das Konzept der differenzierten Reha-Kette ungeeignet:

Entweder ist jede Änderung des Hilfebedarfes mit einem Wechsel in eine andere Einrichtung verbunden, was zur ständig erneuten Entwurzelung führt. Rehabilitation mit Hilfe einer Kette von Einrichtungen führt nicht zur Wiedereingliederung in einem - als eigenen erlebten - Lebensfeld; die institutionelle Lebenssituation bedeutet Gaststatus auf Dauer.

Oder die Verwurzelung wird durch Bleiben in einer Einrichtung ermöglicht. Aber dann ist früher oder später der veränderte Hilfebedarf nicht mehr passend zu dem Standardpaket der Hilfe, - oder die behinderte Person wird durch Hospitalismus zur Einrichtung passend behindert gemacht.

Es kommt also darauf an, die Rehabilitation so zu organisieren, daß bei Orts- und Beziehungskonstanz die Hilfen dem wechselnden Bedarf flexibel angepaßt werden können.

Die erste entscheidende Frage beim Projekt Enthospitalisieren ist damit: Was ist der zukünftige Lebensort für die einzelnen behinderten Menschen, und dabei sollte das wichtigste Kriterium sein, wo möchte er/sie leben? Gibt es noch einen gegebenenfalls in Schritten aktivierbaren Heimatbezug und Angehörige? Oder ist der Ort des Krankenhauses/der Anstalt nach 20 oder 50 Jahren zum Heimatort geworden?

Zweitens: Wie möchten die zu enthospitalisierenden Menschen leben? Allein oder mit wem zusammen und wie? Psychisch behinderte Menschen haben im Prinzip die gleichen Vorstellungen von Wohnräumen und vom Wohnen wie andere Menschen auch. Sie sind aber verletzlicher als Gesunde bei Wohnformen, die einander fremden Menschen eine gemeinsame Privatsphäre aufzwingen. Haben Sie sich schon einmal in die Vorstellung vertieft, in welche psychischen Zustände, Ausnahmezustände, Aggressionsstaus usw. Sie kämen, wenn Sie nur einige Wochen, geschweige denn jahrein/jahraus, unter Stationsbedingungen als Zwangs-Intim-Gemeinschaft beengt leben müßten? Ein Bett auf einer Station (auch wenn sie nicht mehr überfüllt sein sollte) ist keine Wohnung! Haben Sie bei Langzeitpatienten schon einmal miterlebt, welches Lebensgefühl die Menschen verspüren, wenn sie nach jahre- und jahrzehntelangem Leben auf Station zum ersten Mal in einem selbst gekauften Sessel sitzen, in selbst gestalteten Räumen leben mit der Sicherheit, die eine eigene Wohnung vermittelt?

Noch immer weit verbreitet ist die Vorstellung: Je weniger gestört, desto eher Einzelwohnen mit um so stärker ausgedünnter Betreuung - je gestörter, desto mehr Menschen werden zur besseren optischen und akustischen Überwachung zusammengefaßt mit um so intensiverer Betreuung. Wir wissen aus der Hospitalismusforschung und aus Erfahrung, welch hoher Anteil psychischer Störungen - stille wie laute - hausgemacht sein kann: Folge der zu beengten Lebensverhältnisse, der erzwungenen Inaktivität, der fehlenden Rückzugsmöglichkeiten, der fehlenden Möglichkeiten, das eigene unmittelbare Lebensfeld räumlich, zeitlich, praktisch selber zu gestalten. Wir haben erlebt, wie eine chronisch akut psychotische Patientin zu krank für die geschlossene Station war, aber in einer Einzelwohnung auf dem Gelände des Krankenhauses (= ausgelagertes Bett einer Station) mit intensiver zugehender Betreuung von der Station auf einmal gut zurechtkam. Dabei war die verlässliche, langfristige persönliche therapeutische Beziehung wichtiger als die optische und akustische Überwachung.

Wir sollten die Lehren der Hospitalismus-Forschung nicht vergessen: Viele der Probleme, mit denen Personal befaßt ist, sind von der Institution selber erzeugt, die zur Behebung dieser Probleme unterhalten wird. Unter ungünstigen Verhältnissen sind Behandlung und Betreuung nur damit beschäftigt, die Probleme zu bewältigen, die aus der Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Einrichtungsumgebung entstehen. Die eigentlichen Probleme, derentwegen dieser Mensch mit seiner Krankheit/Behinderung in seiner wirklichen Lebenswelt einmal nicht mehr zurechtkam, geraten völlig aus dem Blick.

Wohnen und Hilfen entkoppeln: Normalisierung

Für eine personenbezogene Rehabilitation ist deshalb von entscheidender Bedeutung, die räumlich-soziale Gestaltung des Wohnfeldes einerseits und die Art und Intensität der Hilfen andererseits möglichst unabhängig voneinander zu machen. Nur so ist es möglich, auf die ganz persönlichen und individuellen Wohnbedürfnisse der verschiedensten Menschen eingehen zu können und für diese Menschen eine stabile Lebenswelt wieder zu schaffen und gleichzeitig dem sich verändernden individuellen Bedarf die geeigneten Hilfen flexibel anzupassen - statt den Menschen entsprechend seinem wechselnden Hilfebedarf in immer wieder andere Stationen oder Einrichtungen zu verpflanzen. Nach Jahren und Jahrzehnten Leben auf Langzeitstationen kommt es darauf an, dem Menschen wieder das Lebensgefühl von Wohnen zu ermöglichen.

In den 70er Jahren wurden die meisten Langzeitpatienten/innen, sogenannte Pflegefälle, aus den Psychiatrischen Krankenhäusern in Heime irgendwo verlegt, und die bisher geschilderte Kritik gilt dafür in vollem Umfang. Aber es geht auch anders, wie ich an folgendem Beispiel kurz skizzieren will:

Das Therapeutikum des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in Heilbronn arbeitet eng mit dem Psychiatrischen Krankenhaus Weinsberg zusammen. In den 70er Jahren war ich einerseits ärztlich zuständig für Langzeitstationen des Weinsberger Krankenhauses und andererseits stundenweise Honorarpsychiater des Therapeutikums. Das Therapeutikum mietete und kaufte Wohnungen und Häuser, im Stadtgebiet verstreut, unter anderem, weil kein Geld für ein großes neues Gebäude in Aussicht war. Es gibt seitdem etwa 100 Wohnplätze in 20 Wohnungen und Häusern, in Wohngebieten der Stadt verstreut. Folgende wichtige Erfahrungen von damals will ich hervorheben:

1. Die meisten Probleme/Krisen entstanden in dem Haus, in dem vier Wohnungen unter einem Dach waren - während wir uns erhofft hatten, daß durch die räumliche Zusammenfassung von vier Wohnungen statt verstreuten Einzelwohnungen die Betreuung einfacher würde.

2. Soweit die behinderten Bewohner und Bewohnerinnen nicht in die Sprechstunde und zum Betreuungszentrum unter dem Dach der Werkstatt kamen, arbeitete das Personal als mobiles Team zugehend, so daß die Betreuung ohne Wohnungswechsel für die betreute Person verändert werden konnte. Die Betreuung konnte sogar beendet werden, also kostentechnische Entlassung ohne Auszug, ohne soziale Entwurzelung: der Bewohner wurde vom Patienten zum Untermieter. So fallen Wohnplätze als Einrichtungsplätze zwar weg, doch können neue Wohnungen an anderer Stelle angemietet oder gekauft werden. Eine solche Praxis der Entlassung ohne soziale Entwurzelung, d. h. Rehabilitation im eigenen Lebensfeld des Behinderten, kann nicht geleistet werden, wenn die Einrichtung eine räumlich geschlossene Einheit ist. Eine Einrichtung sollte sich nicht als räumlich zusammenhängende Größe, sondern organisatorisch definieren. In Heilbronn gehörten dazu unter anderem auch Werkstatt und Tagesstätte an anderen Stellen in der Stadt. Diese Dezentralisierung hat zwei weitere Vorteile. Sie verbindet die Kleinräumigkeit, Überschaubarkeit des Wohnfeldes für die behinderten Bewohner einerseits mit ausreichender organisatorischer Größe als Voraussetzung für Stabilität, Wirtschaftlichkeit und professionelle Differenzierung andererseits. Die Integration in die normale Lebenswelt ist für verteilte kleine Einheiten viel einfacher als für große, räumlich zusammenhängende Institutionen. Gerade wenn es um psychisch Kranke/Behinderte geht, ist die Wahrscheinlichkeit von Bürgerinitiativen gegen die Integration um so größer, je umfangreicher die sie betreuende Institution als räumlicher Komplex ist.

Wenn der Wohnraum einer solchen Einrichtung aus dezentralen normalen Wohnungen besteht, dann hat das aus Planungssicht einen weiteren großen Vorteil: Wenn der Bedarf am Ort zurückgeht, weil keine überregionale Konzentration mehr stattfindet, dann können solche Wohnungen vielfältig anders genutzt werden - was bei Einrichtungen im traditionellen Sinne viel schwieriger ist.

Regionale komplementäre Versorgungsverpflichtung als Voraussetzung für personenbezogene Rehabilitation

Von der Psychiatrie-Enquete, 1975, bis zum Psychiatrie-Plan Sachsen-Anhalt werden immer die Prinzipien zitiert: gemeindenah, bedarfsgerecht, für alle. Aber die Reha-Kette angebotsorientierter Einrichtungen führt nicht zu diesem Ergebnis. Denn jede Einrichtung selektiert nach Indikationen und Ausschlußkriterien. Damit passen Menschen mit besonders schwierigen und komplexen Problemen oft nicht in die Einrichtungen mit Standardprogrammen. Deshalb setzt personenzentrierte Rehabilitation und Enthospitalisierung voraus, daß nicht für vorhandene Einrichtungen die geeigneten Personen von nah und fern gesucht werden, sondern daß für die in und aus einer Region vorhandenen Patienten und Patientinnen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen entsprechend dem individuellen Hilfebedarf die geeigneten Hilfen geschneidert werden. Das ist eine vielschichtige Herausforderung: Zunächst einmal konzeptionell und therapeutisch, weiter im Hinblick auf die Finanzierung

dieser Hilfen, die organisatorische Realisierung und vor allem für die regionale Koordination und Bedarfssteuerung.

Ich will hier aus Zeitgründen nur noch auf den letzten Punkt eingehen:

Solange neue psychiatrisch ambitionierte Einrichtungen und Dienste nach Indikationen auswählen, bleiben die Heil- und Pflegeanstalten oder andere überregional aufnehmende Großanstalten zuständig für alle die psychisch gestörten Menschen, für die die wohnortnahen Einrichtungen und Dienste sich selber nicht für zuständig erklären. Regionale Versorgungsverpflichtung hat zum Ziel, daß niemand aus seiner Heimatstadt/seinem Heimatkreis deshalb entwurzelt wird, weil es für sie/ihn geeignete Hilfe nicht in erreichbarer Nähe gibt. (Damit ist es niemand verboten, von sich aus an der vorhandenen nahen Hilfe vorbei eine entferntere auszuwählen.) Regionale Versorgungsverpflichtung bedeutet, daß die in der überschaubaren Region vorhandenen Einrichtungen und Dienste von den Menschen aus der Region und ihrem Betreuungsbedarf ausgehen und die Aufgaben untereinander verbindlich so absprechen, daß auch die unattraktiven und schwierigen Aufgaben verbindlich übernommen werden. Mit dieser Verbindlichkeit gerade für Menschen, die Hilfe am nötigsten brauchen, tun sich bisher viele freie Träger schwer - was für mich besonders unverständlich ist bei Trägern, die sagen, sie würden aus christlicher Nächstenliebe handeln.

Auch wenn globale verbindliche Zusagen gemacht werden, dann muß die Zielerreichung mit konkreten Fakten überprüfbar gemacht werden. Wie das gehen kann, will ich an zwei Beispielen erläutern.

- a) Die beiden Krankenhäuser von Stadt und Landkreis Kassel haben jetzt eine Basisdokumentation verabredet mit dem Ziel, jährliche Berichte an die Stadt und den Kreis Kassel zu liefern, wieviele Patienten mit welchen Erkrankungen/Behinderungen nicht in geeignete Einrichtungen in der Stadt/im Kreis entlassen werden konnten, also entweder nur wohnortfern einen Platz fanden oder im Sinne der komplementären Ersatzfunktion noch in der Klinik leben.
- b) Die Regionalkonferenz der Stadt Kassel hat beschlossen, eine Anfrage an den überörtlichen Sozialhilfeträger zu richten: Wieviele Personen aus Kassel sind in Einrichtungen außerhalb der Stadt untergebracht, für die die Kosten übernommen wurden?

Es geht hier nicht um Planungsbürokratie, sondern um personenbezogene Hilfen gerade für die Menschen, die für selektive, wohnortnahe Einrichtungen und Dienste oft zu krank, zu gestört, zu schwierig sind. Beim institutionsbezogenen Ansatz sucht ein Angebot nach Indikations- und Ausschluß-Kriterien die dazu passenden Menschen nah und fern. Auch wenn noch so viele Dienste und Einrichtungen entstehen: die Menschen, die Hilfen am nötigsten hätten, passen dann immer noch nicht in eines der ambitionierten Programme. In Oxford, England, einer psychiatrisch sehr entwickelten Region, wurde vor einigen Jahren extra ein ambulanter Dienst eingerichtet, der sich um all die Menschen kümmern soll, die in keine der vorhandenen Einrichtungen passen.

Literatur:

KUNZE, H.: Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime - Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform. Stuttgart: Enke, 1981.

KUNZE, H., PICARD, W., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht, Band 18. Köln: Rheinland-Verlag, 1992.

Wittstocks "neue" Bürger und Bürgerinnen "Von der Anstalt in die Gemeinde"

Ingmar Steinhart

Einleitung

Im folgenden wird über Zielplanungen und die ersten Schritte eines neuen Weges für eine 200 Jahre alte Pflegeeinrichtung berichtet:

von einer anstaltszentrierten Verwahrspsychiatrie zu einer betroffenenorientierten gemeinde-integrierten Psychiatrie.

Aus Platzgründen kann an dieser Stelle kein umfassendes Enthospitalisierungsprogramm mit allen Facetten vorgestellt werden, vieles muß leider plakativ bleiben. Keinesfalls soll ein oder gar das Modell zur Auflösung von Langzeitbereichen vorgestellt werden, sondern der Weg, den wir in Wittstock gehen wollen. Jede Anstalt muß ihren eigenen Weg zur Auflösung finden, wobei einige Leitlinien und Prinzipien oder Ideen sicher übertragbar sind.

Die folgenden Ausführungen gliedern sich in eine Beschreibung

- der Ist-Situation
- der Konzeption *Dosse-Park 2000* mit unseren Leitlinien und der Zielplanung sowie
- der Wege dorthin mittels eines Moderatorenprojektes für den Prozeß der Umgestaltung.

Wir berichten aus Wittstock an der Dosse. Über dieses Städtchen schreibt der Reiseführer: "Der inmitten ausgedehnter Wälder in hügeliger Umgebung in der Prignitz und am Südwestrand der Mecklenburger Seenplatte gelegene Ort ist eine der schönsten Städte der Mark Brandenburg."

Wo ist nun der Zusammenhang zwischen dieser touristischen Attraktion und der Psychiatrie? Dem Auszug aus dem Reiseführer soll ein Zitat gegenübergestellt werden, das Professor Kunze zugeschrieben wird: Chronisch Kranke werden "wie eine Flipperkugel solange zwischen den verschiedenen Institutionen hin- und hergeschossen, bis sie in ein Loch fallen und verschwinden."

Wenn wir von der Situation der Betroffenen in Wittstock sprechen, benutzen wir zumeist das Beispiel des Bermuda Dreieckes, einer Stelle, wo auf unerklärliche und nicht nachvollziehbare Weise Menschen, Flugzeuge, Schiffe verschwinden und nie wieder in ihrer ursprünglichen Umgebung auftauchen. Auch Wittstock ist ein Ort, im Dreieck Berlin-Hamburg-Rostock gelegen, in dem in den letzten Jahrzehnten viele Menschen "verschwunden" bzw. zu Anstaltsinsassen geworden sind, deren Akten und Krankengeschichten so dünn sind, daß ihre Lebensläufe kaum noch zu rekonstruieren und Bezüge zur Vergangenheit nur schwer vor- und herstellbar sind.

Aktuelle Situation

Die Stadt Wittstock liegt in einem durch ehemals große landwirtschaftliche Betriebe geprägten Landstrich der Mark Brandenburg. Die Stadt hat 14.000 Einwohner, der gesamte Kreis umfaßt ca. 24.000. In Wittstock gab es neben den landwirtschaftlichen Betrieben noch zwei

große Industriebetriebe, in denen ein Großteil der WittstockerInnen gearbeitet hat. Beide Betriebe mit ehemals mehreren tausend Arbeitsplätzen existieren heute nicht mehr.

In Brandenburg sind die politischen, sozialen und ökonomischen Verhältnisse - wie in allen neuen Bundesländern - durch große Verunsicherung, Mißtrauen, Existenzängste durch die hohe Arbeitslosigkeit (allein die Frauenarbeitslosigkeit in Wittstock liegt zur Zeit bei ca. 70%), zerfallende soziale Strukturen, Armut und Wohnungsnot geprägt. Fast keine Familie ist nicht von den krassen und dramatischen Veränderungen, bedingt durch die "Wende", verschont geblieben. Und selbst diejenigen, die noch Arbeit haben, deren Kinder in Kindergärten gehen können und die mit den bescheidenen finanziellen Mitteln relativ gut auskommen können, sind doch von der massiven Verunsicherung, sich in einem völlig neuen und immer noch unbekanntem Rechts- und Sozialgefüge zu befinden, geprägt.

Sowohl die Kreise als auch die Städte haben selbstverständlich ebenfalls mit den benannten Problemen der gravierenden Veränderungen zu kämpfen. Alle Ämter sind mit Mitarbeitern/-innen besetzt, die sich in den neuen Vorschriften erst kundig machen müssen, die im Umgang mit Rechtsfragen noch sehr unsicher sind und so vieles verzögern, das ansonsten "kein weiteres Problem" darstellen würde.

Dazu kommt, daß sich das Land Brandenburg in einem Prozeß der Neu-Gestaltung durch die Kreisgebietsreform befindet. Auf gewachsene politische und soziale Strukturen können die Kreise zumeist nicht zurückgreifen und die ersten Ansätze eines Neubeginns - gerade in Wittstock - müssen sich im Rahmen der Kreisgebietsreform von drei Kreisen zu einem neuen Großkreis wieder auflösen und neu ordnen. Z. Zt. haben die Ämter mit den internen Ausschreibungen und Stellenbesetzungen im Zuge der Kreisgebietsreform viel mehr zu tun als mit einer Reform der psychosozialen Versorgung.

In dieser politisch und sozial schwierigen Situation hat die Arbeiterwohlfahrt zum 1.1.1992 die Trägerschaft über das ehemalige Krankenpflegeheim Wittstock übernommen.

Im Frühjahr 1992 war die Situation wie folgt:

- Das Pflegeheim in Wittstock war mit 640 Planbetten das größte Pflegeheim im Land Brandenburg.
- Die Tradition der Einrichtung ist 200 Jahre alt, die 200-Jahr-Feier konnte im September 1993 gefeiert werden.
- Die Einrichtung liegt am Rande des Stadtgebietes, man könnte meinen "gemeinde-nah".
- Die Bewohnerinnen und Bewohner sind alte Menschen, Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen, psychisch Kranke, Alkoholranke mit langen Karrieren, wobei die größte Gruppe Menschen mit geistigen Behinderungen sind.
- Männer und Frauen waren auf getrennten Stationen untergebracht.
- Das inhaltliche Konzept war trotz der großen Gruppe von Menschen mit geistigen Behinderungen geprägt von einem medizinischen Defizit-Modell. Dies führte auch dazu, daß eine an medizinischen Normen orientierte "Glocke" über den Pflegeheimbetrieb gelegt wurde, die heutigen Vorstellungen von sonderpädagogischen bzw. sozialpsychiatrischen Wohnformen diametral entgegenläuft.
- Der inhaltliche und Arbeits-Schwerpunkt lag auf einem Krankenpflegeheim, d. h. das Milieu auf den insgesamt 17 Stationen orientierte sich eher an dem künstlichen Milieu eines Krankenhauses, das eigentlich nicht für einen langfristigen Aufenthalt gedacht ist; die dort lebenden Menschen wurden als Kranke behandelt und versorgt.

- Die Leitungsstruktur orientierte sich an einem Krankenhaus, d. h. das Haus wurde durch einen leitenden Chefarzt, durch einen Verwaltungsdirektor und eine Pflegedienstleitung geführt. Die nächste Hierarchieebene waren die Abteilungsschwestern.
- Die Betreuungsstruktur ebenso wie die Personalzusammensetzung orientierten sich an einem Krankenhaus und hatten somit den Schwerpunkt auf Krankenpflege, d. h. es wurde eher versorgt und weitaus weniger gefördert oder unterstützt. Pädagogische Arbeit und eine über die medikamentöse Ruhigstellung hinausgehende Therapie fanden nicht statt.
- Das Leben im Heim beinhaltete eine umfassende Versorgung inklusive der späteren Grabpflege auf dem heimeigenen Friedhof.
- Medikamente bildeten einen Schwerpunkt der Therapie. Alle Bewohner/innen bekommen eine feste Medikation. Pro Bewohner/in werden durchschnittlich vier verschiedene Medikamente verschrieben, davon zwei verschiedene Psychopharmaka. 29 % der Bewohner/innen erhalten keine Psychopharmaka im engeren Sinne, was mit dem großen rein geriatrischen Bereich zu erklären ist.
- Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Dosse-Park beträgt 13 Jahre, 38 Bewohner/innen sind über 40 Jahre im Hause.
- Kontakte nach außen sind für viele Bewohner/innen ebenfalls reduziert bzw. gar nicht vorhanden. 48 % haben überhaupt keine Kontakte außerhalb des Dosse-Parkes.
- Der Planungsstand war, daß die Kommune als Träger des Hauses auf Anraten der Leitung des Hauses noch 1991 einen Planungsauftrag mit einer fünfstelligen Summe für Sanierung und Neubau einer 600-Betten-Einrichtung am gleichen Standort vergeben hatte.
- Die Personalausstattung war miserabel: insgesamt 152 Pflegekräfte auf 630 Bewohner, so daß z. B. die Schichten auf 42-Betten-Stationen nur mit jeweils einer Person besetzt werden konnten. Die Pflegequalität mußte dementsprechend schlecht sein.
- Die baulichen und sanitären Zustände sind und waren schlecht: z. B. stehen für ca. 30 BewohnerInnen insgesamt 300 Quadratmeter zur Verfügung. Da in den letzten zehn bis 15 Jahren einige Rekonstruktionen stattgefunden hatten und die frühere Leitung des Hauses sich hier stets für Verbesserungen eingesetzt hatte, konnten in den vergangenen Jahren die ganz großen Schlafsäle der Gründerzeit mit über 20 Betten auf kleinere Großraumzimmer mit bis zu zehn Betten reduziert werden. Heute leben noch 39 % der Bewohner/innen in Sechs- und Mehr-Bett-Zimmern, für nur 15 % ist unser Ziel von Ein- und Zwei-Bett-Zimmern erreicht.
- Die schlechte Personalausstattung und die miserablen baulichen Zustände können aber nicht zur Gänze für die z. T. inhumane Behandlung der Insassen und die schlimmen Anstaltstraditionen verantwortlich gemacht werden:
Badetage, bei denen für ganze Stationen das Wasser kaum gewechselt wurde, Flüssig- bzw. Breinahrung im großen Stil für Menschen, die durchaus selber essen können, schwerste Hospitalismusschäden durch das Anstaltsmilieu.
- Für die Krankenschwestern und -pfleger vor Ort war die Situation unglaublich schwierig, sie mußten den Betrieb unter äußerst schweren Bedingungen aufrechterhalten, sie erhielten wenig Fort- und Weiterbildung und sie wurden - ausgerichtet an einem medizinischen Defizitmodell psychischer und geistiger Behinderungen - in dem Glauben gelassen, daß die Insassen tatsächlich so defizitär sind und daß man so und nur so die "Kranken" zu versorgen habe. Pädagogische Konzepte z. B. durften

sie nie kennenlernen. Außerdem waren sie eingebettet in die Zwänge einer Großinstitution und mußten sich stets nach den anderen richten: Ausgabezeiten in der Küche, Annahmezeiten in der Wäscherei, Visitenzeiten der Ärzte - der Tagesrhythmus auf vielen Stationen war nicht nur für die BewohnerInnen in einer totalen Institution, sondern gerade auch für die MitarbeiterInnen fremdbestimmt. Solche fremdbestimmten Strukturen engen die Spielräume gerade dort ein, wo Kreativität und Flexibilität gefordert wären.

Die Konzeption: Dosse-Park 2000

Im folgenden soll das kurz skizziert werden, was in den letzten 1.5 Jahren geschehen ist, um die oben beschriebene Situation zu verbessern, und wie wir dabei vorgegangen sind. Die Konzeption läuft unter dem Stichwort *Dosse-Park 2000*, womit verdeutlicht werden soll, daß es sich hierbei um eine mittelfristige Entwicklungsplanung handelt und nicht nur um eine "Reparatur" der größten Mißstände.

Die bisherige Entwicklung wird in 15 Punkten stichwortartig zusammengefaßt.

1. Leitlinien

Der erste Schritt war die Entwicklung von vier Leitlinien, an denen sich unsere Arbeit auch langfristig ausrichten sollte. Sie entsprechen dem, was auch in den übrigen Vorträgen gesagt wurde.

Solche Leitlinien machen die Arbeit nach außen überprüfbar, aus ihnen können Qualitätsstandards abgeleitet werden, und sie dienen auch der Kontrolle gegenüber den Geldgebern.

1. Normalisierung

Die Lebensbedingungen sollen für jeden einzelnen Bewohner so normal wie möglich gestaltet werden. Leitlinie für die Gestaltung von Unterstützungsmaßnahmen für die Arbeits- und Wohnsituation ist also die Normalität.

Die Frage, die sich dabei stellt, ist, woran sich Normalität bemißt.

Zu einem sogenannten normalen Leben gehören ein eigener, an der Normalität gemessener Lebensraum, in dem sich selbstbewußte Individualität entfalten kann, die Möglichkeiten für eine sinnvolle Arbeit oder Tätigkeit, die Entwicklung eigener Perspektiven, Wünsche und Bedürfnisse und die Chance zu haben, diese Perspektiven, Wünsche und Bedürfnisse in seinem Leben - im Rahmen des Möglichen - auch umzusetzen.

Da die Bedürfnisse der verschiedenen Bewohner/innen, nimmt man sie ernst, sehr unterschiedlich sind, ergibt sich die Notwendigkeit, ein sehr weitgefächertes Angebot an Lebens-, Kontakt- und - im weiteren Sinne - Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen und den sich verändernden Anforderungen anzupassen.

2. Individualisierung

Das Anstaltsleben führt dazu, daß Individuen zu Anstaltsinsassen werden. Dies drückt sich darin aus, daß alles Eigene weitgehend zurückgedrängt wird, nicht mal eigene Bettwäsche ist möglich. Die eigene Geschichte geht verloren, eigene Wäsche ist nur im Umfang von drei kleinen Fächern im Schrank, der mit ein bis zwei anderen

Heimbewohnern geteilt werden muß, möglich. Haarschnitte sind "gleichgeschaltet". Individualisierung beschreibt den Weg vom Anstaltsbewohner zum Menschen.

3. Entinstitutionalisierung

Von Klaus Dörner stammt das Zitat, daß "kein Mensch für die Institution geboren sei". Diesen Aspekt verliert man in großen Anstalten gern aus den Augen. Deshalb darf der Prozeß der Auflösung der großen Anstalten nicht bei dem Prozeß der Enthospitalisierung stehenbleiben. Vielmehr gilt es zu vermeiden, daß die "Nachfolgeeinrichtungen" wiederum den Charakter von (totalen) Institutionen bekommen. Im Idealfall sollen für alle Betroffenen weitgehend normale Wohnbedingungen geschaffen werden. Für die Betroffenen darf es keinesfalls dazu führen, daß lediglich eine Institution durch eine andere ersetzt wird, wie dies in den alten Bundesländern vielfach geschehen ist. Deswegen ist die Frage nach der Qualitätssicherung für den vor uns stehenden Prozeß so wichtig. Zur Vermeidung einer erneuten Institutionalisierung können "präventive Maßnahmen" getroffen werden: Zum Beispiel muß die Größe von "Psychiatrischen Heimen" auf eine Zahl von unter 20 BewohnerInnen festgeschrieben werden, und es muß auf eine generelle Entkoppelung von Wohnen und Unterstützungsangeboten hingewirkt werden.

4. Gesundheitsförderung

Es mag etwas ungewöhnlich klingen, wenn sich die Psychiatrie an den Grundsätzen der Weltgesundheitsorganisation orientiert. Aber gerade beim Begriff der Gesundheitsförderung geht es um ein "Essential" sozialpsychiatrischen Denkens: der Selbstbestimmung für den einzelnen und für seine Gesundheit. "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." (Ottawa-Charta der WHO)

Die Orientierung am Modell der Gesundheitsförderung bedeutet den Abschied vom medizinisch geprägten Defizitmodell in den Anstalten, die Ausrichtung des Blickfeldes weg von den Defiziten zu den positiven, den gesunden Seiten und Anteilen des einzelnen - und das fällt im Alltag der Anstalt sehr, sehr schwer. Gesundheitsförderung beinhaltet auch einen interdisziplinären Arbeitsansatz mit multiprofessionellen Teams. Dies führt auch -wie in unserem Fall - zu einer abrupten Beendigung einer Medikalisierung der Lebenswelten psychisch Kranker.

2. Umprofilierung nach innen

Das große Haus mit seinen über 600 Bewohnern und Bewohnerinnen war unüberschaubar und war zumindest nach der Wende wie ein großes Tankschiff ohne Kurs stehengeblieben. Da ein großer Tanker völlig unbeweglich ist, nur sehr langsam Fahrt aufnimmt und - ist er einmal auf Kurs - für erneute Kurswechsel sehr lange Vorlaufzeiten benötigt, haben wir uns entschlossen, lieber mehrere kleine Boote zu neuen Ufern loszuschicken. D. h. das Haus wurde nach inhaltlichen Kriterien in mehrere Wohnbereiche, einen Heilpädagogischen Bereich, einen sogenannten Rehabilitationsbereich und Bereiche für alte Menschen aufgeteilt. Hinzu kommen noch die Sozialen Dienste inklusive der Zuständigkeit für Arbeit, Tagesgestaltung und kreative Angebote. So hoffen wir mit den nächsten Entwicklungsschritten schneller vorwärts zu kommen, die einzelnen kleineren Bereiche haben mit ihren weitgehend

eigenständigen Leitungen Spielräume und können sich nach ihrem eigenen Tempo entwickeln. Es müssen sich nicht alle an dem langsamsten orientieren.

3. Trennen von Wohnen und Arbeiten/Tagesgestaltung

Ein wesentliches Vorhaben der nächsten Zeit wird sein, Wohnen und Arbeiten vermehrt zu trennen. Unser Ziel ist es, daß langfristig tagsüber die Wohnbereiche leer sind und jeder, wirklich jeder eine Möglichkeit zum Arbeiten oder zur sinnvollen Tagesgestaltung außerhalb seines Wohnbereiches hat. Hierzu wurde bereits eine Tagesstätte eingerichtet, die enge Kooperation mit einer Werkstatt für Behinderte aufgenommen hat sowie die Arbeitsmöglichkeiten im Rahmen des Brandenburger Modells der "Geschützten Abteilungen" vergrößert. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner des Heimes wird langfristig einen "Status" erhalten als Arbeitnehmer oder Tagesstättenbesucher oder als Teilnehmer von Kursangeboten, die er sich aus einem vielfältigen Programm zusammenstellen kann.

Bei der geplanten Auflösung der Anstalt mit dezentralen Wohnformen wird sich ohnehin eine Trennung zwischen Wohnort und Arbeitsstätte ergeben. Doch auch in diesem Punkt werden wir nicht dogmatisch vorgehen. Die Trennung von Wohnen und Arbeit ist ja eigentlich erst im Rahmen der Industrialisierung unserer Gesellschaft vorgenommen worden. Trotzdem gibt es natürlich gerade in kleinstädtischen und ländlichen Regionen auch heute noch viele Beispiele für eine andere "Normalität", d. h. eine nichtvollzogene Trennung: Geschäftsleute, die in ihrem Geschäftshaus wohnen, Dienstleister, die Büro/Praxis in ihr Wohnhaus integriert haben und nicht zu vergessen die Landwirte, für die Wohnen und Arbeiten kaum getrennt sind. Es gibt wenige Landwirte, die von ihrer Villa zu einem landwirtschaftlichen Betrieb zur Arbeit fahren. So werden wir auch in jedem Einzelfall überdenken, ob es sinnvoll ist, Wohnen und Arbeiten zu trennen oder doch zu integrieren. Aufgehoben wird jedoch der "Zwang" für die Anstaltsbewohner, alles unter einem Dach zu haben.

4. Prinzip der Veränderung: Von innen nach außen

Kontinuität

Wesentliches Element in unserem prozeßorientierten Konzept ist, daß nach "italienischem Vorbild" die Veränderung der Anstalt von innen nach außen gestaltet werden soll. Dies wird auch bedeuten, daß die heutigen Mitarbeiter/innen die Bewohner und Bewohnerinnen auf ihrem Weg in die Gemeinde langfristig begleiten. Die Bewohner/innen werden nicht zu einer Institution X verlegt, sondern sie ziehen mit ihren Bezugspersonen um.

Wir verfolgen damit drei inhaltliche Zielsetzungen:

1. *Die Kontinuität der Betreuung* ist gewährleistet. Die Bezugspersonen, die den Betroffenen schon lange kennen, bereiten seinen Umzug in eine neue Umgebung vor, und sie machen mit ihm gemeinsam den Schritt nach draußen.

Im Hinblick auf die Kooperation macht es sich bereits bei dem ersten Außenwohnprojekt äußerst vorteilhaft bemerkbar, daß die MitarbeiterInnen "draußen" das "Stammhaus" gut kennen. Dies erleichtert die Zusammenarbeit und den Prozeß der Umgestaltung sehr.

2. Durch dieses Vorgehen wird die *Kontinuität der Arbeitsplätze* gewährleistet. Die Mitarbeiter bleiben während des gesamten Prozesses der Umgestaltung beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt, sie müssen sich - sofern sie bei der Umgestaltung mitwirken - keine Gedanken über ihren Arbeitsplatz machen. Sie verändern sich mit ihrem Arbeitsplatz.

3. Böse Zungen behaupten, das größte Problem bei der Umgestaltung der Anstalten seien nicht die BewohnerInnen, sondern die MitarbeiterInnen. Bei einer von innen gestalteten Veränderung hoffen wir gleichzeitig, eine "Enthospitalisierung der MitarbeiterInnen" zu erreichen.

Für die Mitarbeiter bedeutet dies auch, daß sie nicht nur in der Anstalt die schwierige Arbeit leisten müssen, und dann kommen ganz andere, die draußen die schönen neuen Wohngruppen betreuen. Sie haben vielmehr die Chance, selber die neu entstehenden Strukturen mitzugestalten. Voraussetzung ist hierbei allerdings eine gewisse Flexibilität der MitarbeiterInnen im Hinblick auf die Arbeitszeiten sowie auf ihren Einsatzort. Fahrzeiten zum Arbeitsplatz z. B. von 20 bis 40 Minuten halten wir durchaus für zumutbar. In einem Flächenland wie Brandenburg ist dann allerdings der Führerschein oftmals die Voraussetzung, um zur Arbeit zu gelangen.

5. Zeichen setzen:

Vom Krankenpflegeheim zum Dosse-Park

Als wir mit unserer Arbeit in Wittstock begannen, schien es wichtig, schnell ein Zeichen zu setzen, das unsere Leitlinien, insbesondere das Prinzip der Normalisierung, nach innen und außen verdeutlicht. Wir haben den Namen geändert - was zunächst nicht viel kostete, außer neuem Briefpapier und neuer Schilder.

Die Tradition des Hauses war in den letzten Jahrzehnten verbunden mit dem Begriff "Pflegeheim". Vor einigen Jahren wurde das Haus noch einmal in Krankenpflegeheim umbenannt. Da uns niemand bekannt war, der mit den Bestandteilen dieses Namens "krank", "Pflege" und "Heim" positive Assoziationen verband, wurde orientiert am Normalisierungsprinzip ein neuer Name gesucht, der einerseits "neutral" und andererseits regionalbezogen ist. Darüberhinaus sollte dieser Name unserem langfristigen Konzept der Normalisierung und Öffnung des Anstaltsgeländes für andere Nutzungszwecke entsprechen. Direkt an unserem Haus fließt die Dosse vorbei, das Gelände hat einen parkartigen Charakter, so entstand der Name "Dosse-Park".

Wenn Kritiker behaupten, daß der heutzutage schon fast inflationäre Begriff des "Parks" auch immer etwas verschleierte wie z. B. "Industrie-Park", so trifft dies sicherlich heute noch auf den Dosse-Park zu. Trotzdem sollte mit dem neuen Namen ein Zeichen gesetzt werden. Wieweit die Normalisierung inzwischen fortschreitet, ist daran zu erkennen, daß die Stadt schon alsbald die Bushaltestelle vor der Einrichtung in Dosse-Park umbenannt hat.

6. Normalisierung und Entinstitutionalisierung *ernst nehmen*

Enthospitalisierung ist heute zu einem Modebegriff geworden, Enthospitalisierung ist überall an der Tagesordnung, das Thema ist "en vogue", und es besteht die Gefahr, daß das wesentliche Ziel - Auflösung der Anstalten und Aufbau einer gemeindeintegrierten Psychiatrie - aufgeweicht wird. Sogenannte Enthospitalisierungskonzeptionen, die lediglich eine Erneuerung der Bausubstanz mit verbesserten Anstaltsbedingungen beinhalten, sind immer häufiger anzutreffen. Wie ernst das Ziel der Auflösung der Anstalt genommen wird, ist am einfachsten an den Diskussionen über die Immobilie zu erkennen. Hier kann überprüft werden, ob der Träger es mit der Normalisierung ernst meint. Die Immobilie des Dosse-Parkes liegt am Stadtrand und kann durch einfache bauliche Veränderungen in das angrenzende Wohngebiet integriert werden. Zur Zeit wohnen auf dem Anstaltsgelände ca. 560 BewohnerInnen und es

gibt ca. 30 Wohnungen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Um auch hier ein Zeichen zu setzen, wurde für die langfristige Planung beschlossen, dieses Verhältnis mindestens umzukehren. Das über 100 Meter lange und 14 Meter tiefe Hauptgebäude, welches den Charakter des Geländes wesentlich prägt, soll "normalisiert" werden. Statt einer Institution mit Heimplätzen für 300 Anstaltsbewohner, wie die Nutzung heute ist, soll dort nach der Dezentralisierung normaler Wohnraum für die Wittstocker Bürgerinnen und Bürger entstehen.

7. Forcierte Ausrichtung nach außen

Aufgrund des schlechten baulichen Zustandes der Gebäude, insbesondere auch im Sanitärbereich, ist die Versuchung immer wieder sehr groß, sich auf Verbesserungen nach innen zu konzentrieren. Unsere Bemühungen zielen jedoch auf eine forcierte Ausrichtung nach außen und die Suche alternativer Wohnmöglichkeiten außerhalb des Geländes.

Wir gehen davon aus, daß große Anstalten für alle Beteiligten zusätzliche Defizite und Nachteile produzieren. Hospitalisierung ist im Grunde auch nichts anderes als eine Investition in die Defizite. Somit wäre jede in eine Anstalt investierte Mark eine Investition in ein Defizit, besonders unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten und keine Investition in die Zukunft - kein Industriebetrieb würde Defizite sponsorn. D. h. volkswirtschaftlich können die größten Einsparungen dadurch erreicht werden, daß endlich in die Fähigkeiten der Betroffenen investiert wird. Daher ist unsere grundsätzliche Forderung: Wenn heute noch Geld in Anstalten fließt, dann sollten diese Investitionen so getätigt werden, daß sie zukunftsorientiert sind und langfristig gesehen zur Auflösung und nicht zur Stabilisierung eines überholten Systems dienen.

8. Probleme aktiv benennen

Beendigung der Verschleierungspolitik

Wir wollten nicht weiter die Öffentlichkeit "belügen" und sagen: "es ist alles wunderbar in der Psychiatrie". Sondern wir sind die Probleme aktiv angegangen, haben die Schwierigkeiten und Mißstände benannt und zunächst Öffentlichkeit hergestellt: sowohl die echten Mauern, die unser Haus abschirmen, müssen abgerissen werden, als auch die Mauern in den Köpfen. Aus der Öffentlichkeitsarbeit stammt auch der Titel des Vortrages. Nachdem wir auf der Sitzung eines Ausschusses in der Stadt unsere aktuelle Situation und die neue Konzeption vorgetragen hatten, sagte die Ausschufvorsitzende: "Mal sehen, was wir für Ihre BewohnerInnen tun können." Wir mußten dann darauf hinweisen, daß es sich nicht um "unsere BewohnerInnen", sondern um Bürgerinnen und Bürger der Stadt Wittstock handelt. Im Bemühen um die Gleichstellung psychisch Kranker wären wir schon einen großen Schritt weiter, wenn die BewohnerInnen des Dosse-Parkes als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger der Stadt anerkannt würden - und nicht nur dann, wenn es um das Abkassieren von Gebühren geht. Dies gilt z. B. für die Liste der Wohnungssuchenden: hier bemühen wir uns, daß diejenigen, die nicht langfristig einen Heimplatz benötigen, gleichberechtigt in die Schlange der Wohnungssuchenden eingereiht werden. Bisher wurde den Heimbewohnern gesagt: "Sie haben ja ein Dach über dem Kopf." Daß dieses Dach vielfach ein Bett in einem Neun-Bett-Zimmer ist und daß dem einzelnen in der Anstalt oft nur drei bis fünf Quadratmeter zur Verfügung stehen, wird hierbei übersehen. So wird die Stadt Wittstock erkennen müssen, daß im Rahmen des Entinstitutionalisierungsprojektes "neue" Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten von der Anstalt in die Gemeinde ziehen.

Im Rahmen der Beendigung der Verschleierungspolitik hat es sich als hilfreich erwiesen, nicht

nur die Defizite zu benennen, nicht nur zu jammern und zu klagen, sondern lösungsorientiert den Verhandlungspartnern praktikable Vorschläge zu präsentieren. Ein positives Beispiel hierfür ist die Verbesserung der Personalsituation und die damit einhergehenden Diskussionen mit dem Landesamt für Soziales und Versorgung. Es wurde anerkannt, daß eine Schwester, die in einer Schicht mit 42 Bewohnerinnen und Bewohnern alleine ist, auf verlorenem Posten steht und daß vor den nächsten inhaltlichen Schritten eine Verbesserung der Personalsituation erfolgen muß. So wurde ein Notprogramm mit zunächst 58 Stellen aufgelegt, das den schlimmsten Mißständen in der personellen Situation entgegenwirken soll. Es konnte hier ein breiter Konsens zwischen allen Verantwortlichen hergestellt werden, und es war allen Beteiligten klar, daß erst danach eine Veränderung der Situation (Abschaffung von Zwangsjacken, Rücknahme der hohen Psychopharmaka-Gaben, aktivierende Pflege statt Versorgung etc.) erfolgen könne. Gleichzeitig haben wir uns bemüht, über Fördermittel aus dem Landesprogramm "Aufbruch Psychiatrie" sowie AB-Maßnahmen die Betreuungsmöglichkeiten in unserem Hause zusätzlich zu verbessern. Die Gesamtzahl der Beschäftigten ist innerhalb eines Jahres von 253 auf 346 gestiegen, wobei dieser Zuwachs durch die Basis-Betreuung (Krankenschwestern, Erzieherinnen) bedingt ist. Wir haben also nicht die Zahl der leitenden Mitarbeiter erhöht, sondern die unmittelbar bewohnerbezogene Arbeit in den Vordergrund gestellt. Denn es war allen klar, daß nicht "mehr Häuptlinge, sondern mehr Indianer" gefragt waren. Es handelt sich mit Ausnahme der AB-Maßnahmen um feste Stellen. Zugute kam uns bei der Vielzahl von notwendigen Einstellungen, daß zum damaligen Zeitpunkt viele ErzieherInnen arbeitslos wurden und dem Arbeitsmarkt somit zur Verfügung standen.

Bei genauer Betrachtung der verschiedenen Bereiche zeigt sich auch, daß wir den Bereich Technik und Wirtschaft leicht zurückgenommen haben und den Bereich der Therapie (kreatives Gestalten, Sport und Bewegung etc.) gestärkt haben.

9. Überregionaler Aufnahmestop konsequente Regionalisierung

Ein weiterer wesentlicher Eckpunkt unserer ersten Planungen war, sofort mit einem strikten Regionalisierungskonzept zu beginnen und die überregionalen Aufnahmen zu beenden. Traditionell "versorgte" das Haus den ehemaligen Bezirk Potsdam, d. h. in etwa den nördlichen Teil des jetzigen Landes Brandenburg. Viele BewohnerInnen kamen über Verlegungen aus der Landesklinik Brandenburg nach Wittstock. Für die Jahre 1992 und 1993 wurde ein konsequenter überregionaler Aufnahmestop durchgeführt und zunächst nur Aufnahmen aus dem Landkreis Wittstock mit ca. 24.000 Einwohnern zugelassen. Nach der Kreisgebietsreform werden ab 1994 Aufnahmen aus dem neuen Großkreis mit ca. 115.000 Einwohnern möglich sein. Darüberhinaus wird mit Anträgen auf Aufnahme anders umgegangen: Jeder Wunsch nach Aufnahme wird durch ein mobiles Team vor Ort, das heißt zu Hause oder in der zuweisenden Institution, überprüft, und nach dem Motto "ambulant vor stationär" werden zunächst alle anderen Alternativen ausdiskutiert.

Beide oben genannten Maßnahmen führten zu einer deutlichen Abnahme der Aufnahmen und damit auch zu einem deutlichen Rückgang der Bewohnerzahlen. Aufgrund der großen Alten- und Pflegebereiche haben wir eine natürliche Verringerung der Bewohnerzahlen zu verzeichnen. Selbstverständlich haben wir die freiwerdenden Plätze nicht erneut belegt und somit konnten in manchen Viel-Bett-Zimmern erste Entlastungen erreicht werden.

10. Individuelle Therapiezielplanung Reha-Plan

Ausgerichtet an unserer Leitlinie der Individualisierung wird derzeit für jeden Heimbewohner ein sogenannter Reha-Plan entwickelt. Der Heimbewohner wird nicht mehr als irgendein Pflegeheim-Insasse angesehen, sondern er wird als Einzelperson mit seinem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf ernstgenommen. Wesentlicher Bestandteil dieses Reha-Planes ist eine Fähigkeiten-Skala; dies heißt, daß wir bei der Erarbeitung der Rehabilitationsziele nicht mehr von den Defiziten, sondern von den Stärken und Fähigkeiten eines jeden einzelnen ausgehen. Unser Ziel ist es, bis Ende 1993 für jeden eine Therapieziel- bzw. Rehaplanung zu haben, da wir davon ausgehen, daß nach der langen Zeit der Hospitalisierung jeder - auch der pflegebedürftigste und alte Bewohner - im Rahmen des Konzeptes *Dosse-Park 2000* einen Anspruch auf Rehabilitation und Wiedereingliederung hat. Erarbeitet wird dieser Reha-Plan in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Bewohner von allen Beteiligten im Team der jeweiligen Wohngruppe bzw. Station unter Hinzuziehung der behandelnden Ärzte sowie der gesetzlichen Betreuer.

11. Mangel macht erfinderisch oder aus dem Vorhandenen unter den neuen Leitlinien zunächst das Beste machen

Da es aufgrund der gegebenen Gesamtsituation wichtig war, möglichst schnell zu Verbesserungen der Lebens- und Förderbedingungen zu kommen, beschlossen wir, nicht auf die großen Gelder und die tollen Baumaßnahmen zu warten, sondern durch kleinere Umstrukturierungen erste Veränderungen schnell herbeizuführen:

- So wurde u. a. eine Wohnvorbereitungsgruppe in der für alte Menschen nicht geeigneten obersten Etage des Feierabendheimes geschaffen. Dort wird in einem relativ "normalen" Milieu mit Einzel-/Doppelzimmern, Wohnzimmer, Küche, Waschküche etc. ein lebenspraktisches Training angeboten, das auf ein Leben draußen in der Gemeinde vorbereitet.
- Als zweites Beispiel ist hier die Schaffung einer Tagesstätte für Menschen mit schweren und schwersten geistigen und mehrfachen Behinderungen mit 15 Plätzen zu nennen. Diese Tagesstätte wurde in der leerstehenden ehemaligen Kindergartenbaracke eingerichtet. Selbstverständlich genügt hier nichts den entsprechenden Baubestimmungen für Behinderte, jedoch stellt die übergangsweise Nutzung eine enorme Verbesserung für die 15 TagesstättenbesucherInnen dar, in jedem Fall wird dadurch eine erste Trennung von Wohnen und Tagesgestaltung erreicht.

Ein wesentliches Element in der Umstrukturierungsphase ist auch, daß bestehende positive Elemente gestärkt und weiter konzeptionell und inhaltlich ausgebaut werden. Hierzu zählt vor allem der Arbeitsbereich, der nicht neu geschaffen, aber im Hinblick auf die Finanzierung neu überdacht und abgesichert werden muß (z. B. als geschützte Abteilung, Werkstatt für Behinderte, Zuverdienstfirma etc.)

12. Kooperation mit Dritten

Um den Prozeß der Umgestaltung weiter vorwärts treiben und langfristig eine nutzerorientierte und gemeindeintegrierte Struktur aufbauen zu können, haben wir Kooperationspartner gesucht und gefunden, mit denen wir eng zusammenarbeiten. Zu nennen wären hier vor allem:

- das Gesundheitsamt Wittstock und der ambulante Basisdienst,

- die Institutsambulanz der versorgungsverpflichteten Klinik,
- Partner aus dem Diakonischen Werk im Arbeitsbereich,
- Partner aus dem Suchtbereich,
- Partnerschaft mit einer großen Gesundheitskasse,
- Partner aus universitären Bereichen im Bereich der Evaluation.

Es wird hierbei angestrebt, die Zusammenarbeit zunächst über bilaterale Kooperationsvereinbarungen zu regeln. Leider existiert noch kein regionales Diskussions- oder gar Steuerungsforum wie z. B. eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft.

13. *Einbettung des Entinstitutionalisierungsprogrammes in die Regionalplanung und Stadtentwicklungsplanung*

Wenn der größte Arbeitgeber vor Ort ein Dezentralisierungsmodell für die Psychiatrie plant und hierfür z. B. Wohnraum, Arbeitsplätze für Psychiatrie-Betroffene, Ladenlokale für Kontaktstellen benötigt sowie neue Kleinstheime auch für Menschen mit schwersten Behinderungen schafft, muß eine solche Entwicklung in die Regionalplanung und in die Stadtentwicklungsplanung als wesentlicher Faktor eingebunden werden. Nur dann kann ein solches Unterfangen gelingen. Dies für Politiker jedoch begreifbar zu machen, ist ein schwieriges Unterfangen. Wenn jedoch die Psychiatrie in diese Planungen nicht einbezogen wird, ist die Integration in die Gemeinde gefährdet, und es wird mittelfristig nicht gelingen, gesündere Lebenswelten für alle zu schaffen. Erste Erfolge im Sinne der o. g. Position im Kontakt mit den Planungsstellen und in der Überzeugungsarbeit insbesondere beim für die Gesamtplanung verantwortlichen Landrat konnten bisher erreicht werden.

14. *Rehistorisierung der Bewohnergeschichten*

Klaus Dörner hat einmal gesagt, daß die Sozialpsychiatrie die Aufgabe habe, für Langzeitin-sassen "aus ihrer Krankengeschichte wieder eine Lebensgeschichte zu machen". Nimmt man im Dosse-Park eine Akte in die Hand, so umfaßt sie bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von zwölf Jahren ca. zwei bis zehn Seiten. Sie sagt im allgemeinen wenig über den Menschen aus und enthält überwiegend medizinische Daten wie z.B. Blutdruck, Fieber etc., manchmal läßt sich nicht einmal die Psychopharmaka-Therapie der letzten Jahre rekonstruieren. Völlig unmöglich ist es bei einer Vielzahl von BewohnerInnen, Lebensbezüge herzustellen. Z. B. konnte bei einem ersten groben Überblick in vielen Akten nicht festgestellt werden, woher die BewohnerInnen stammen oder ob es noch Bezüge zur Familie gibt. Wesentliche Aufgabe im Rahmen des Entinstitutionalisierungsprogrammes wird eine Rehistorisierung der "Kranken"-Geschichten sein. Dafür ist jedoch im Pflugesatz bis heute kein Platz. Im Rahmen eines ABM-Projektes arbeiten zur Zeit einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen daran, für alle Bewohner Lebensbezüge nach draußen herzustellen: gibt es noch Verwandte, wo haben die Menschen ihre Jugend verbracht? Wir haben erlebt, daß viele der Betroffenen großes Interesse an ihrer eigenen Geschichte haben. Das Verfahren ist ziemlich aufwendig, es müssen intensive Recherchen in verschiedenen Archiven etc. vorgenommen werden. Wenn wir hier etwas weitergekommen sind, wird es darum gehen, die Angehörigenarbeit zu intensivieren.

15. *Prioritäten setzen*

Betrachtet man die Anstalt als Ganzes, so stellt sich die Frage, wo beginnt man, wo werden erste Prioritäten gesetzt. Aufgrund der durchgehend schlechten Bedingungen hätte im Grunde überall begonnen werden können. Unter Berücksichtigung der Erfahrungen in anderen

Projekten, in denen mit den sogenannten "leichten Fällen" begonnen wurde, die in einer Anstalt auf den ersten Blick eindeutig fehlplatziert sind und schnell in die Gemeinde integriert wurden, haben wir uns entschlossen, so nicht zu starten, da die Gefahr besteht, daß die schwierigen, die unattraktiven wieder zu kurz kommen und schließlich der sogenannte "harte Kern" zurückbleibt.

Stattdessen beschlossen wir bei denen, die es am dringenden nötig haben, den Menschen mit schwersten geistigen bzw. Mehrfach-Behinderungen, zu beginnen. Nach einfachen objektiven und quantitativen Kriterien erfolgte schließlich die Auswahl einer Station zu einem Modellprojekt: dort wo wir die meisten festen Jacken¹ im Einsatz sahen, wo ein Mensch 24 Stunden an vier Punkten fixiert war, wo BewohnerInnen nackt in ihren Betten lagen und wo die MitarbeiterInnen unter besonders schlechten Bedingungen arbeiten mußten, dort sollte das erste Modellprojekt starten. Die Station erhielt eine pädagogische Leitung, der Personalschlüssel wurde verstärkt, und durch entsprechende bauliche Modernisierungsmaßnahmen erfolgte die Umgestaltung der Station in eine Wohngruppe.

Wesentliches Moment im Konzept *Dosse-Park 2000* ist also, die gleichzeitige Entinstitutionalisierung aller, was aus unserer Sicht nur durch eine Prioritätensetzung bei den "schwächsten", den chronisch psychisch Kranken und den Menschen mit schwersten geistigen und mehrfachen Behinderungen erreicht werden kann.

Zielplanung

Bis zum Jahr 2000 will und wird der Dosse-Park eine enorme "Dynamik" entwickeln. Aus der großen Torte werden viele kleine Stückchen im Großkreis entstehen. Getrennte Unterstützungssysteme für alte Menschen, Menschen mit geistigen Behinderungen und für Psychiatrie-Betroffene werden sich entwickeln. Der Schwerpunkt wird dabei auf normalem Wohnraum und dem Aufbau ambulanter Unterstützungssysteme liegen. Gerade im Bereich der psychisch Kranken und der Menschen mit geistigen Behinderungen wird der Schwerpunkt auf außerstationären Angeboten liegen. Der Anteil an stationären Angeboten im Dosse-Park wird für diese beiden genannten Gruppen zukünftig sehr klein sein. Dagegen wird es für alte (pflegebedürftige) Menschen nach wie vor auch stationäre "Heimangebote", allerdings mit wohnlischerem Charakter, geben müssen. Dabei ist der rasche Aufbau der gemeindeintegrierten Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten unverzichtbar.

Unter dem Dach des "Institutes für Gesundheitsförderung" werden die hausinterne Fortbildung und Evaluation sowie präventive Angebote im Großkreis draußen zusammengefaßt. Ein erstes Gesundheitsförderungsprojekt "Gesundes Leben und Arbeiten im Dosse-Park" wird in Kooperation mit der AOK für das Land Brandenburg Anfang 1994 starten.

Perspektiven im Wohnbereich

Was die Perspektiven im Bereich Wohnen für die Bewohner/innen betrifft, haben wir im vergangenen Jahr eine Einschätzung durch die Mitarbeiter/innen vornehmen lassen mit folgendem Ergebnis: Für die Hälfte der Bewohner/innen wird ein Leben in Wohngruppen als adäquat eingeschätzt. Diese Einschätzung stimmt mit anderen Daten, z. B. aus Bedburg-Hau, überein und beinhaltet eine konservative Schätzung, da das Personal über die Möglichkeiten

¹ vornehme Umschreibung für "Zwangsjacke"

extramuraler Arbeit zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht in vollem Umfang informiert war. Je mehr Erfahrungen mit gemeindeintegrierten Angeboten gesammelt werden können, desto größer wird der Anteil der zukünftig in Wohngruppen zu versorgenden Bewohner und Bewohnerinnen werden.

Bringt man die Perspektive in Zusammenhang mit der bisherigen Aufenthaltsdauer, so besteht gerade kein Zusammenhang zwischen Prognose und Hospitalisierungsdauer. Gerade diejenigen, die nach draußen gehen werden, haben die längsten Hospitalisierungszeiten.

Diese Daten beinhalten eine eindeutige Absage unserer Mitarbeiter/innen an die vielverbreitete These: Einmal Heim, immer Heim!

Da wissenschaftliche Untersuchungen einen Zusammenhang zwischen positiver Einschätzung durch die MitarbeiterInnen und tatsächlichem Rehabilitationserfolg nachgewiesen haben, machen diese Daten Mut für unser weiteres Entinstitutionalisierungsvorhaben.

Prozeß der Umgestaltung:

Umsetzung über ein Moderatorenprojekt

- Aufgrund der bisher vorliegenden Erfahrungen mit den Schwierigkeiten bei der Auflösung von Anstalten und
- aufgrund der besonderen Situation vor Ort : d. h. der sozialen Situation im Arbeits- und Wohnbereich in Nord-Brandenburg sowie der Personalstruktur des Heimes

haben wir für den Prozeß der Umgestaltung ein Moderatorenprojekt zur inneren und äußeren Strukturentwicklung mit zwei Teilbausteinen entworfen, wobei sich der eine Baustein zunächst eher nach innen und der andere eher nach außen richtet.

Das Projekt befindet sich im Beantragungsverfahren des Modellverbundes der Bundesregierung. Wir konnten aus freien Mitteln sowie mit Unterstützung des Landes Brandenburg aus dem Programm "Aufbruch Psychiatrie" zwar schon mit drei MitarbeiterInnen anfangen, jedoch wird das Begonnene nach dem 31.12.1993 nicht fortgeführt werden können, wenn über den Modellverbund keine Anschlußförderung gewährleistet wird.

1. Innere Strukturentwicklung

Organisations- und Personalentwicklung

Die Problemlage

Die Übernahme des ehemaligen Krankenpflegeheimes Wittstock, jetzt AWO-Zentrum Dosse-Park, durch die Arbeiterwohlfahrt Brandenburg bedeutete nicht nur einen einfachen Wechsel des Trägers, sondern einen Bruch in den Strukturen, den Aufgaben und den Zielen der Einrichtung. Die daraus sich ergebenden Konsequenzen verlangen von allen Maßnahmen, die auf die Erhöhung und Ausweitung der Leistungen der Einrichtung zielen, daß sie den besonderen Anforderungen eines sich sehr weitgehend verändernden Systems gerecht werden. Damit diese Veränderungen sich zielgerichtet und reibungsarm vollziehen, ist es notwendig, sie mit den bisher leider nur in Wirtschaftsunternehmen erfolgreich eingesetzten Instrumenten

der Organisations- und Personalentwicklung zu steuern. Gerade soziale Einrichtungen sollten aus unserer Sicht diese Instrumente nutzen, weil sie die Gewähr bieten, daß die wichtigen sozialen Ziele auch im Einklang mit betriebswirtschaftlichen und personalpolitischen Notwendigkeiten erreicht werden. Das bedeutet, daß im AWO-Zentrum Dosse-Park die Sicherung der Qualität der Leistungen anders als gemeinhin üblich auf der Grundlage eines - bei der angestrebten Entinstitutionalisierung unumgänglichen - Organisations- und Personalentwicklungsplanes betrieben werden muß.

Orientiert an den Aufgaben und Zielen der Einrichtungen beschreibt der Organisationsentwicklungsplan, wann welche Organisationseinheiten mit welchen Aufgaben- und Kompetenzbereichen und welchen Arbeits- und Kommunikationsstrukturen wo gebildet werden. Der Personalentwicklungsplan benennt, wieviel Personal mit welcher Qualifikation wann an welcher Stelle in den Organisationseinheiten benötigt wird. Voraussetzung für die Aufstellung und Umsetzung der Organisations- und Personalentwicklungspläne ist die Schaffung einer Stelle, die den Prozeß der Realisierung koordinierend, auswertend und katalytisch begleitend vorantreibt. Dieser Kraft fällt die Aufgabe zu, im Rahmen des Enthospitalisierungsprozesses die zur Zielerreichung benötigten organisatorischen und sozialen Strukturen zu schaffen bzw. deren Aufbau beratend zu begleiten.

In diesem Sinne scheint die Aufgabe Teil eines linearen Prozesses zu sein: Es wird ein Organisationsentwicklungsplan aufgestellt, aus ihm ein Personalentwicklungsplan abgeleitet, und auf deren Basis wiederum werden von der Strukturentwicklungsstelle konkrete Umsetzungsschritte eingeleitet und begleitet. Tatsächlich verhält es sich aber wesentlich komplexer, weil in der Praxis Organisations- und Personalentwicklung Teile innerhalb eines von gleichzeitigen Prozessen bestimmten Regelsystems sind. So ist die im Rahmen der Personalentwicklung angesiedelte Förderung von MitarbeiterInnen sowohl Ergebnis qualifikations- und qualitätssichernder Strukturen, die im Rahmen der Organisationsentwicklung aufgebaut werden, als auch Voraussetzung der Organisationsentwicklung, und zwar insofern, als eine erfolgreiche Organisationsentwicklung nur von qualifizierten und qualitätsorientierten MitarbeiterInnen getragen werden kann.

Die Komplexität dieses Regelsystems wechselseitiger Abhängigkeiten wird noch erhöht durch die besonderen Bedingungen, unter denen die durch Organisations- und Personalentwicklung zu sichernde Umsetzung der Ziele des AWO-Zentrums Dosse-Park gelingen soll. Diese Bedingungen sind erstens durch das Problem gegeben, daß Organisations- und Personalentwicklung nicht im Rahmen eines weitgehend funktionierenden Systems effektiviert wird, sondern als eine weitere Neuerung einem im tiefgehenden Umbruch befindlichen System beigefügt wird.

Zweitens, durch das Problem, daß es sich beim AWO-Zentrum Dosse-Park um ein Non-Profit-Unternehmen handelt, für die anders als für die profitorientierten Wirtschaftsunternehmen kaum, und wenn, dann nur wenig erprobte Organisations- und Personalentwicklungskonzepte vorliegen.

Und drittens, durch die Tatsache, daß die Organisations- und Personalentwicklung mit einem Mitarbeiter/innen-Stamm zu tun hat, dem nicht nur die Ziele der Organisation - Schaffung eines differenzierten regionalen Versorgungssystems nach den Leitlinien Entinstitutionalisierung, Normalisierung und Individualisierung - fremd sind, sondern auch die Mittel und Wege, die zu ihrer Erreichung eingesetzt und beschritten werden müssen: Teamarbeit, kooperative Führung, Selbstorganisation, persönliche Entwicklungsplanung, Selbstverantwortung, Verantwortung für die Entwicklung der ganzen Organisation, Supervision und beständige Fortbildung. Problematisch an dieser Fremdheit ist, daß die genannten Neuerungen von

den meisten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen weniger als Chance und vielmehr als gefährdend und verunsichernd empfunden werden. Eine Empfindung, die ihre Ursache weniger in objektiv feststellbaren Gefährdungen hat, als in der Erfahrung, daß die mit der Wende eingeführten Neuerungen im beruflichen Bereich entweder sie selbst, Verwandte oder Freunde in große existenzielle Nöte stürzten.

Angesichts dieser Problemlage können die Organisationsziele nicht im Rahmen des normalen Stellenplanes gesichert werden. Es soll vielmehr eine zusätzliche Stelle eingerichtet werden, an der die gleichzeitig und in verschiedenen Bereichen und Ebenen ablaufenden Prozesse der Organisations- und Personalentwicklung koordiniert, ausgewertet und durch praktische Begleitung und Förderung gesichert, ergänzt und unterstützt werden.

2. Äußere Strukturentwicklung

Beschaffung von Wohnraum und Arbeitsmöglichkeiten

Grundvoraussetzung für ein Leben in der Gemeinde und eine adäquate Unterstützung ist für alle Menschen mit Beeinträchtigungen eine "eigene" Wohnung, "eigene" vier Wände. Neben einer Wohnung ist von ebenso großer Bedeutung, daß Arbeits- und sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden können. Langeweile und das Gefühl der Sinnlosigkeit, Suchtverhalten und Krisen sind häufig dadurch ausgelöst, daß solche Angebote fehlen und die Betroffenen über weite Strecken des Tages sich selbst überlassen sind.

Aufbauend auf dem Vorhandensein einer geeigneten Wohnmöglichkeit müssen andere ambulant-komplementäre Einrichtungen vorhanden sein - für Wittstock gilt: neu geschaffen werden -, durch die den ehemaligen AnstaltsbewohnerInnen das Einleben und Zurechtfinden in der neuen und fremden Umgebung erleichtert werden kann. Darüberhinaus soll dadurch in Krisensituationen schnelle und kompetente Hilfe gewährleistet werden.

Ebenso existenziell wichtig wie der Wohnraum ist für das Leben eines jeden Menschen die Möglichkeit, einer sinnvollen Arbeit nachzugehen. Da die Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern - wie schon erwähnt - allerdings bedrohlich hoch liegt, sind die Möglichkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt sehr beschränkt. Informationen über die Möglichkeiten der Förderung unterschiedlicher Arbeitsprojekte sowie die Beratung für Arbeitgeber und das AWO-Zentrum Dosse-Park zur Einrichtung solcher Maßnahmen sind weitere Aufgaben bei der Entwicklung der äußeren Strukturen des neuen Lebensumfeldes der ehemaligen Dosse-Park-BewohnerInnen.

2.1 "Makler" für Menschen mit psychischen Behinderungen

Aus der oben geschilderten Situation sowohl im Kreis Wittstock, Kyritz und Neuruppin als auch der prekären Situation im Dosse-Park selber, ergibt sich für das Vorankommen des Entinstitutionalisierungsprozesses für die Menschen im Hause, daß alle Aufgaben, die für den Aufbau ambulant-komplementärer Einrichtungen - soweit es die Beschaffung geeigneter Räumlichkeiten und Immobilien betrifft - notwendig sind, durch zwei kompetente MitarbeiterInnen übernommen werden.

Zu den konkreten Aufgaben dieser MitarbeiterInnen gehören in erster Linie das Aufnehmen von Kontakten zu den zuständigen kommunalen und kreislichen Behörden, Gremien und Ämtern, Vertretern des freien Wohnungsmarktes, Öffentlichkeitsarbeit etc.

Erste Erfahrungen bei dem Versuch, Wohnraum zu beschaffen, haben gezeigt, wie wichtig es ist, persönliche Kontakte zu BürgermeisterInnen, Landräten, SozialamtsleiterInnen und

anderen verantwortlichen Personen herzustellen, in denen immer wieder auf die besondere Situation und Lebenslage der BewohnerInnen hingewiesen wird. Besuche im Haus für diese wichtigen EntscheidungsträgerInnen müssen angeboten und durchgeführt, Gespräche mit Verantwortlichen vorbereitet und abgesprochen werden und weiterhin der Kontakt gehalten werden. Gleichzeitig ist es erforderlich, daß auch mit dem kommerziellen Wohnungsmarkt über die Möglichkeit, Wohnraum anzumieten oder Immobilien zu kaufen oder zu pachten verhandelt wird.

All dies bedarf eines großen zeitlichen Aufwandes, zumal auch die Einleitung und Durchführung notwendiger Renovierungsmaßnahmen ebenfalls in das Aufgabengebiet gehören. Die Wohnungen und Häuser sollen für die BewohnerInnen in gutem Zustand hergerichtet werden, was mit "normalem" Betreuungsaufwand, wie er im Haus mit einem niedrigen Pflegesatz und dementsprechend wenig Personal zur Zeit noch Realität ist, ansonsten nicht zu leisten ist.

2.2 "Arbeitsvermittlung" für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Gleichzeitig ist es erforderlich, sich für die BewohnerInnen vor und im Zusammenhang mit einem Auszug aus der Anstalt um geeignete Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten zu kümmern. Das Wohnen in der Gemeinde allein ist für viele BewohnerInnen ohne eine geeignete Tagesstrukturierung nicht zumutbar. Durch die Wohnsituation, entweder allein oder mit zwei und bis zu fünf anderen in einer Wohnung zu wohnen, kann zu einer Dynamik führen, die für die BewohnerInnen eine völlig neue und unbekannte Situation darstellt. So ist es unser Bestreben, Arbeitsplätze in einer "Reparaturwerkstatt" zu schaffen, Arbeitstrainingsplätze bei Wittstocker Kleinbetrieben zu installieren und Betrieben zu helfen, selber geschützte Arbeitsplätze einzurichten. Die ersten Erfahrungen haben gezeigt, daß mit viel Zeitaufwand, Geduld und Argumenten, solche Trainingsplätze möglich gemacht werden können. Aber auch hier gilt, daß der zeitliche Aufwand weit über die Möglichkeiten der tagessatzfinanzierten MitarbeiterInnen hinausgeht.

Für alle Projekte und Maßnahmen gilt, daß nicht nur auf die Situation in Wittstock gesehen werden kann, sondern auch Kyritz und Neuruppin im Großkreis zu den zukünftigen Wohn- und Arbeitsorten der heutigen Dosse-Park-BewohnerInnen zählen. Sind die Bestrebungen in Wittstock schon durch die räumliche Nähe zur Stadt recht gut gediehen, bestehen zu den anderen Kreisstädten und umliegenden Dörfern aus benannten Gründen noch kaum Kontakte. Für diese Arbeit ist es unbedingt erforderlich, daß die MitarbeiterInnen die Städte, den Landkreis und die umliegenden Orte, die politische, soziale und ökonomische Situation und die Menschen, denen sie begegnen, kennen bzw. einzuschätzen lernen.

Gleichzeitig sollen die MitarbeiterInnen auch in den inneren Umstrukturierungsprozeß einbezogen werden. Dies ist vor allem auch deswegen notwendig, damit die MitarbeiterInnen die unterschiedlichen Anforderungen an Wohnraum und Arbeitsplätze für die BewohnerInnen einschätzen können.

2001

Wir hoffen, daß es uns mit unserem Konzept *Dosse-Park 2000* gelingen wird, daß *alle* Ex-Heiminsassen - jeweils orientiert an ihren individuellen Stärken und Möglichkeiten - bis zum Jahr 2001 am normalen bürgerlichen Leben in der "schönsten Stadt der Mark Brandenburg" teilnehmen können. Das eingangs erwähnte Zitat des Reiseführers ist insofern schon "normalisiert" als es die große Anstalt als besondere Attraktion nicht erwähnt - und so soll es auch bleiben.

Konzept und Planung einer Umgestaltung und ihre langfristige Umsetzung

Elmar Spancken

"Wo liegt Bedburg-Hau?" werden Sie sich fragen, so wie wir auf der Karte Ueckermünde gesucht haben. Zwei kleine Orte mit großen Kliniken, die vielleicht auch noch andere Gemeinsamkeiten haben? Auch wir sind sehr entlegen, ein Randproblem sozusagen, ganz im Westen bei Kleve am Niederrhein und etwa so nah zur holländischen Grenze wie Sie zur polnischen. Vielleicht sind wir auch in der Art und Größenordnung unserer Probleme verwandt?

1912 eröffnete der Rheinische Provinzialverband, der Vorläufer des heutigen Landschaftsverbandes Rheinland, die Rheinische Landeslinik Bedburg-Hau als letzte und größte der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. Zwei Fragen bewegten damals laut Eröffnungsdenkschrift die Verwaltung: Wohin mit der steigenden Zahl von unterbringungsbedürftigen psychisch Kranken und wie können die Kosten gesenkt bzw. in einem erträglichen Umfang gehalten werden? Aus diesen Überlegungen entstand eine Anstalt für 2.200 Patienten, in repräsentativer, vom Jugendstil geprägter Bauweise. Sie galt seinerzeit, wohl aufgrund der architektonisch-technischen Perfektion, als größte und modernste Heilanstalt Deutschlands. Ihr Aufnahmegebiet umfaßte anfangs die ländlichen Kreise des Niederrheins und einen Teil der ca. 100 Kilometer entfernten großen Ruhrgebietsstädte wie Duisburg, Oberhausen und Essen. Es waren aber, im Verhältnis zum Aufnahmegebiet, bewußt Überkapazitäten eingeplant, um überproportional vielen chronisch psychisch Kranken aus dem ganzen Rheinland dauerhaft Aufenthalt zu geben. Ein Tatbestand, in dem die bis heute bestehende Problematik des Langzeitbereiches auch ihre Ursache hat.

In den Jahren 1939 bis 1944, so haben die jüngsten Nachforschungen zutage gebracht, wurden 2.800 Patienten aus Bedburg-Hau deportiert und der größte Teil von ihnen fiel in den Tötungsanstalten der NS-Zeit der Euthanasie zum Opfer.

In den 60er Jahren erreichte die Belegung die 3.800er Marke und die Einrichtung bekam dadurch den zweifelhaften Ruf, die größte europäische Anstalt zu sein.

Ab den 70er Jahren wurde innerhalb der Bundesrepublik das Rheinland führend in der Umgestaltung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Richtung auf eine gemeindenahe Psychiatrie. Auf die Langzeitbereiche der Landeskrankenhäuser wirkte sich diese Entwicklung aber mit Verzögerung aus und speziell im entlegenen Bedburg-Hau blieb die Situation der Langzeitkranken noch ein Problem größeren Ausmaßes bis in die Gegenwart hinein. Nur für die geistig Behinderten ist schon Anfang der 80er Jahre eine strukturelle und konzeptionelle Reform zum Tragen gekommen, die von großer Wirksamkeit war: die Abtrennung des Bereiches für geistig Behinderte zu einem Heilpädagogischen Heim unter ganz eigenständiger heilpädagogischer Leitung. Als Folge davon lebt in Bedburg-Hau schon ein Großteil der ca. 800 geistig Behinderten in Außenwohngruppen.

1989/90 verschaffte sich der Träger selbst einen Überblick über die Situation seiner psychiatrischen Langzeitbereiche und begann damit in Bedburg-Hau. Er kam zu der Einschätzung, daß die Unterbringung der chronisch psychisch Kranken in weiten Bereichen nicht menschenwürdig sei. So wurde z. B. für einen Bereich mit ca. 900 Betten eine Überbelegung von ca. 400 Patienten ermittelt, gemessen an der Mindestanforderung der Krankenhausbauverordnung. Der geringe Standard der überkommenen Baustruktur in zahlreichen Häusern mit ihren Saalstrukturen - in einem provisorischen Reformversuch hatte man sie häufig in halbhohe Schlafkojen untergliedert - ließ die Sanierbarkeit vieler Häuser fraglich erscheinen.

Vom Unterbringungsmodus her waren die meisten der Häuser geschlossen, Ausgang nur möglich innerhalb umzäunter Gartenareale.

Die Diskussion dieses internen Berichtes in den Gremien der politischen Vertretung des Landschaftsverbandes ließ diese Tatbestände zu einem Politikum werden. Das Fernsehen berichtete, eine öffentliche Erregung entstand und geboren wurde daraus relativ rasch in einer günstigen historischen Stunde ein Beschluß, getragen von der Verwaltung und einer breiten politischen Mehrheit des Landschaftsverbandes: Enthospitalisierung und Dezentralisierung der Langzeitbereiche der Rheinischen Landeskliniken mit Schwerpunkt in Bedburg-Hau. Als investives Kapital wurden dafür 70,5 Mio. Mark ausgesetzt: bestimmt ganz allgemein für bauliche Vorhaben, die die Lebenssituation der Langzeitpatienten verbessern sollten. Dieses 70,5-Mio.-Programm, wie es seitdem oft bezeichnet wird, sollte sicherlich nicht unterschätzt werden hinsichtlich der innovatorischen Dynamik, die es angestoßen hat. Andererseits kann man fragen, ob das Fehlen eines solchen Investitionsprogrammes einziger Grund gewesen sein kann, um die Verzögerung von Enthospitalisierungsvorhaben zu erklären. So hatten z. B. schon einige Jahre vor diesem offiziellen Programm Mitarbeiter der Klinik privat die Initiative ergriffen, auf dem Weg der normalen Finanzierung Heimplätze geschaffen und den Nachweis für den Bedarf von komplementären Angeboten erbracht.

Eine Strukturreform der Klinik leitete den Prozeß in Bedburg-Hau ein: eine Art Zellteilung der Klinik in zwei Fachbereiche.

Fachbereich I, identisch mit dem Akutbereich oder Behandlungsbereich oder KHG-Bereich (finanziert nach dem Krankenhausgesetz), Kostenträger für die Unterbringung sind die Krankenkassen.

Fachbereich II, identisch mit Langzeitbereich oder Sonderkrankenhausbereich (nicht nach dem KHG finanziert) oder Pflegefallbereich. Kostenträger ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe, also eine Abteilung unseres Trägers selbst.

Von der Leitungsstruktur her wurde die klassische Dreier-Betriebsleitung um den Ärztlichen Leiter des Langzeitbereiches erweitert, der sich mit dem Leiter des Fachbereiches I jetzt die ärztliche Verantwortung für die Gesamtklinik teilt.

Gemäß der o. g. Definition gliederte sich die Klinik mit Inkrafttreten der Umstrukturierung am 1.1.1991 wie folgt:

Fachbereich I 758 Betten einschl. Kinder- u. Jugendpsychiatrie und Forensik

Fachbereich II 848 Betten.

Diese Grenzziehung war und ist noch mehr oder weniger willkürlich: Bei Zugrundelegung der Definition: "Länger als zwei Jahre in der Klinik" würde sich für den Langzeitbereich im weitesten Sinne eine Zahl um 1000 ergeben haben.

Warum dieser Schnitt? Neben der Aufwertung des Langzeitbereiches durch eine eigenverantwortliche Leitung zielte die Sortierung nach den zwei Kostenträgerschaften darauf ab, die stille Subventionierung der Akutbereiche durch die Langzeitbereiche zu beenden und sicherzustellen, daß die Mittel beim Langzeitpatienten ankommen, die der Kostenträger für ihn aufwendet. Die Erwartungen richteten sich also auf eine Standardverbesserung für die Langzeitpatienten, vor allem auch im personellen Bereich.

Wie und wo sollte man beginnen?

850 Betten verteilten sich auf 37 Stationen in 20 Häusern. Die Art der Unterbringung reichte von einem alten Pavillon mit Saalstrukturen, in dem Bett an Bett stand, bis zu einem Betonneubau der 70er Jahre mit Zweibettzimmern, in dem 120 Patienten untergebracht waren.

Am Anfang stand nicht unbedingt ein entwickelter Plan, der dann auf ein exakt definiertes Ziel hin abgewickelt wurde. Wohl gab es eine grobe Rahmenkonzeption mit einigen Prämissen:

- In den Städten und Gemeinden des Einzugsbereichs der Klinik sollten Versorgungsangebote entstehen, die den Bedürfnissen der Langzeitpatienten nach Normalität und Individualität Rechnung tragen, soviel Betreuung wie nötig und soviel Eigenständigkeit wie möglich gewähren sollten. Dabei sollte ausdrücklich auch das Ziel der Wiederbeheimatung in ihren Herkunftsgemeinden für alle jene Patienten erreichbar sein, die es wünschten.
- Von ihrer Art und Struktur sollten diese Projekte geeignet sein, jetzt der Generation der älteren Langzeitpatienten eine neue Heimat zu geben; später sollten sie aber auch einmal als Grundelemente einer gemeindeintegrierten Angebotsstruktur für die Primärversorgung dienen können. - Das Enthospitalisierungsprogramm also auch als Chance für den Ausbau eines noch defizitären, komplementären Systems in den Regionen.
- Nicht Gesamtauflösung des Langzeitbereiches, geschweige denn der Klinik war erklärtes Ziel, sondern Umgestaltung des entlasteten Klinikareals zu einer Lebensform neuer Qualität für zurückbleibende Patienten und Patientinnen. Dabei tauchte schon früh die Vorstellung auf, daß u. U. "normales Leben" der umliegenden Gemeinde in dem Maße in die Klinik einziehen könne, wie die Patienten hinaus in die Gemeinde ziehen. Diese komplementär zur Enthospitalisierung angestrebte Milieu- und Standardverbesserung in der Klinik war sicher ein nicht unwesentlicher Faktor für die Akzeptanz des Gesamtvorhabens und ließ die Dramatik einer Auflösungsdebatte à la Blankenburg vermeiden.

Erste ungefähre Einschätzungen gingen von ca. 300 - 400 Patienten aus, die für ein Enthospitalisierungsprogramm in Frage kommen könnten. Diese Annahme bestätigte sich später durch die Ergebnisse einer recht aufwendigen Basis/Ausgangsdokumentation, mit der wir 734 Langzeitpatienten im Hinblick auf Daten erfaßten, die für die Enthospitalisierung relevant waren. Hier soll die Auswertung nicht im einzelnen referiert werden, einige markante, die Problematik charakterisierende Merkmale seien aber genannt:

- * Durchschnittsalter = 62,5 Jahre
 - Frauen = 66,6 Jahre
 - Männer = 58,2 Jahre
- * Verweildauer
 - 52 % länger als 20 Jahre
 - 22 % länger als 10 Jahre
 - Durchschnitt = 21,8 Jahre
- * Diagnose
 - 50 % = endogene Psychosen
 - 75 % sog. Minussymptomatik
 - 43 % mit somatischen Krankheiten und Pflegeanteilen
- * Prognose
 - 36 % = ausreichende bzw. gute lebenspraktische Kompetenz
 - 48 % = mit positiver Reha-Prognose
- * Herkunftsregion
 - ca. 200 Pat. - Stadt Essen
 - ca. 100 Pat. - Kreis Kleve
 - ca. 120 Pat. - Kreis Wesel
 - ca. 80 Pat. - Stadt Duisburg

- Das Verlassen der Klinik sollte eine bewußt getroffene Entscheidung der Patienten sein, sie sollten noch einmal die Wahl haben. Würden sie erneut passive Objekte eines kollektiven Verlegungsvorganges werden, so wäre der tiefere Sinn des Ganzen, dem Einzelnen wieder zu mehr Subjektivität und Individualität zu verhelfen, schon im Ansatz verfehlt. Natürlich war uns bewußt, daß, abstrakt gefragt, "möchten Sie noch einmal nach draußen", die wenigsten Patienten "ja" sagen würden. Zu viel Gewicht haben zunächst einmal die Aspekte der Anstalt, die Schutz, Fürsorge und Sicherheit gewähren. Wir gingen aber davon aus, daß die Voraussetzungen für eine echte Wahl erst dann gegeben sind, wenn die Alternativen sichtbar und einschätzbar sind: "Möchten Sie in diesem Haus in diesem Zimmer leben? Von diesen Mitarbeitern betreut werden?". Auch wir würden, selbst aus unzulänglichen Verhältnissen, ja erst dann ausziehen, wenn die angebotene Alternative besser zu werden verspricht. Die Problematik eines solchen Unternehmens, das große Lösungen für sehr viele sehr schnell sucht, besteht ja darin, daß, selbst wenn grundsätzlich die Beseitigung von Mißständen angestrebt wird, die Bedürfnisse des Einzelnen doch wieder leicht übersehen werden können.

- Zu den Vorgaben zählte weiterhin: das Gesamtvorhaben Enthospitalisierung sollte zum einen in der Trägerschaft der Klinik selbst erfolgen und zwar durch Dezentralisierung und Verlagerung von Klinikanteilen in die Städte und Gemeinden. Die dort neu geschaffenen Wohneinheiten sollten also formal noch stationärer Bereich der Klinik, milieumäßig und konzeptionell aber doch etwas anderes sein.

Ein anderer Teil des Programms sollte aber von freien Trägern realisiert werden. Sie konnten die Mittel des 70,5-Mio.-Programms in Anspruch nehmen, um Heimplätze oder betreute Wohnplätze zu schaffen. Die Inanspruchnahme der Mittel hatte die Ver-

pflichtung zur Folge, die geschaffenen Plätze ausschließlich für die Langzeitpatienten aus Bedburg-Hau zur Verfügung zu stellen.

Eine weitere Grundsatzfrage war: Nach welchen Konzepten und Versorgungstypen sollten wir die Wohnangebote in unserer eigenen Trägerschaft planen, in was für Häuser sollten wir investieren? Im Prinzip wären alle Wohnformen in Betracht gekommen zwischen den Polen: verstreute Einzelwohnungen auf der einen, große traditionelle Heimkomplexe auf der anderen Seite.

Wir entschieden uns für ein flexibel zu betreibendes System von dezentral angeordneten Wohngruppen, die aufgrund ihrer engen räumlichen Beziehung zueinander aber doch als ein funktionell organisatorischer Verbund betrachtet werden können.

Ein größeres Haus, das mit bis zu 18 Plätzen noch den beschützenden Charakter eines Kleinheimes haben kann, sollte ein "Zentrum" bilden, das mit geeigneten Räumlichkeiten zugleich auch die Funktion eines Kontaktzentrums oder einer Tagesstätte haben konnte. In enger räumlicher Beziehung dazu sollten ganz normale Wohnungen mit fünf oder sechs Plätzen sowie möglichst separat vom Wohnbereich noch Räumlichkeiten zur tagesstrukturierenden Beschäftigung entstehen. Von der Personalplanung her sollte ein multiprofessionelles Team für den ganzen Verbund verantwortlich sein, mit dem Ziel, die Arbeitsschwerpunkte flexibel innerhalb des Verbundsystems variieren zu können. Man kann, so die Annahme, nicht immer von einem konstanten und vorhersehbaren Bedarf in den einzelnen Wohngruppen ausgehen. Mitunter gehen alle Bewohner zur Arbeit und sind außer Haus, dann kommt es wieder zu Krisen und man muß die Präsenz erhöhen. Oder die Bewohner erweisen sich als selbständiger als vorhergesehen, so daß man den Schwerpunkt möglicherweise woanders setzen kann. Unter dem organisatorischen Dach der Klinik würde es somit möglich sein, flexibel mit den ansonsten recht starren Versorgungstypen "Heim" und "Betreutes Wohnen" zu variieren.

Ein weiterer Vorteil dieses "Baukastensystems": Die Kapazität kann, falls erforderlich, durch Neuerwerb erweitert, sie kann aber auch jederzeit, falls sie sich als Überkapazität erweist, durch Veräußerung wieder reduziert werden, da es sich ja um normale, allgemein verwertbare Wohneinheiten handelt.

Auf der Grundlage der o. g. Rahmenorientierung haben wir Ende 1990 mit dem Prozeß begonnen. Daraus hat sich bis jetzt eine Anzahl von Außenprojekten entwickelt und in der Folge davon eine Reihe von Veränderungen im Inneren. Über den derzeitigen Entwicklungsstand gebe ich Ihnen einen Überblick:

Im engeren Einzugsbereich der Klinik, vor allem im nördlichen Abschnitt des Kreises Kleve sind vier der beschriebenen Verbundsysteme in klinikeigener Trägerschaft entstanden bzw. im Aufbau begriffen. Eine davon umfaßt auch sechs ehemalige Bedienstetenwohnhäuser am Rande des Klinikgeländes mit der ehemaligen Direktorenvilla als Zentrum. In diesen Projekten sind z. Z. 86 Plätze belegt, nach der endgültigen Fertigstellung Mitte nächsten Jahres werden es 145 sein.

In idealtypischer Weise haben wir das Konzept des "Verbundsystems" in Goch aufbauen können, einer ca. zehn Kilometer von der Klinik entfernten Ortschaft: un-

mittelbar im Stadtkern, jeweils nur wenige Fußminuten voneinander entfernt, liegen fünf Häuser: ein kleines ehemaliges Familienhotel bildet das Zentrum und bietet 18 Plätze. Ein größeres Reihenwohnhaus enthält zehn Plätze und konnte, da wir auf den Neubau noch Einfluß nehmen konnten, auch für behindertengerechtes Wohnen hergerichtet werden. Zwei kleine normale Reihenhäuser ergänzen das Wohnangebot und ein hergerichtetes, von der Stadt ursprünglich als Jugendzentrum geplantes Industriegebäude wird die Arbeits- und Beschäftigungsstätte sein. Zur Zeit sind 30 der letztendlich 38 dezentralen Wohnplätze bezogen.

In den entfernteren Regionen in Emmerich, Wesel, Duisburg und vor allem in Essen sind speziell für unsere Langzeitpatienten sieben Heime und einige betreute Wohnplätze in freier Trägerschaft, zumeist von gemeinnützigen Vereinen, entstanden. Diese Heime haben eine Größe von 13 bis 25 Plätzen.

Zur Zeit sind in den sechs fertiggestellten Heimen 100 Plätze belegt.

Nach Fertigstellung und Belegung aller Heime Ende nächsten Jahres werden es 144 sein.

Der derzeitige Planungsstand hat also die Voraussetzung geschaffen, daß bis Mitte nächsten Jahres ca. 290 externe Wohnplätze genutzt sein werden.

Wie waren die Vorgehensweisen und wie hat sich der Prozeß entwickelt?

Wir hatten das Gefühl, dort anfangen zu müssen, wo die Probleme am drängendsten, die Unterbringungsbedingungen am bedrückendsten waren. Die verschiedenen Ansätze und Entwicklungswege jetzt anhand einiger Beispiele:

In Haus 9 lebten 65 Männer unter streng geschlossenen Bedingungen und erlebten wenig Abwechslung am Tag. Nach Öffnen der zwei Stationen und Entfernung des Gartenzaunes lief zwar keiner der Patienten weg, aber Anreize zum Verlassen der Station bestanden auch noch nicht. Als das Haus 24 frei wurde, aus drei großen Sälen bestehend und als Station ungeeignet, haben wir dort eine geländeinterne Tagesstätte eingerichtet. Dorthin gingen nun jeden Morgen sechs Männer von Haus 9 zum Erstaunen der Mitarbeiter bald selbständig. Sie trafen dort auf sechs Frauen von Haus 2, die aus ähnlichen Bedingungen kamen, verbrachten mit ihnen einen anregend strukturierten Tag, bis sie abends auf ihre Station zurückkehrten. In der Tagesstätte erkannte man Fertigkeiten, die sie auch für Außenwohngruppen in Betracht kommen ließen. Einige Patienten von Haus 9 und 2 leben heute in Essen, Wesel oder in den geländenahen Wohngruppen der Bahnstraße.

Als das benachbarte Haus 8 als Station aufgelöst wurde, richteten wir dort ein Café für älteres Publikum ein, das Café Casablanca. Auch hier sieht man jetzt viele Patienten aus Haus 9 und den anderen umliegenden Häusern. Im ebenfalls aufgelösten Haus 7 direkt daneben, alles Häuser mit saalartigen Strukturen, entsteht z. Z. eine Beschäftigungstherapie speziell für die älteren Leute der umliegenden Häuser, wodurch der Aktivitätsgrad der Bewohner sich weiter erhöhen wird.

Als unsere erste Außenwohngruppe mit zehn Plätzen im Verbundsystem Kellen bezogen werden konnte, verknüpften wir diesen Prozeß mit der Auflösung eines ganzen Hauses und gaben den dortigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen den Auftrag, den Umzug von zehn Patienten nach draußen und die Verlegung der anderen Patienten zu organisieren. Es war uns daran gelegen, daß die Mitarbeiter, speziell des Pflegebereichs, den Entschluß faßten, mit den

Patienten auszuziehen und in den Außenwohngruppen zu arbeiten. Als ein älterer Pfleger sich dazu entschloß, fanden sich auch spontan die zehn Patienten, die die Klinik verlassen wollten. Nach einigen Wochen war der Umzug und die Auflösung des Hauses vollzogen.

Dieser Weg, in einigen anderen Projekten noch einmal ähnlich begangen, ist das Modell eines Umzuges einer miteinander bekannten Gruppe, von vertrauten Mitarbeitern begleitet. Es wurde bei uns hin und wieder diskutiert, ob dies nicht eher ein "Umtopfen" sei, die Verpflanzung von einem Stück Klinik nach draußen. Die Entwicklung hat das nicht bestätigt. Der Statuswandel vom Patienten zum Bewohner und die neue Privatheit, aber auch der Rollenwandel der Pflegemitarbeiter vom institutionell eingebundenen Krankenpfleger zum weitgehend eigenverantwortlich tätigen Begleiter im Alltagsleben ließen ein an der Normalität orientiertes Milieu sowie ein neues Selbstbewußtsein und vermehrte Eigeninitiative bei den Bewohnern entstehen. Zwei von ihnen haben in diesem Sommer z. B. selbständig eine Urlaubsreise nach Kärnten gebucht und waren zwei Wochen in einer normalen Reisegruppe unterwegs. An dieser Stelle sei auf die Bedeutung hingewiesen, die das Pflegepersonal für den ganzen innovativen Prozeß hat, speziell für die Ermutigung der Patienten. Keine Berufsgruppe kann z. B. den Mut zum Aufbruch einerseits und das Wissen um den Sinn des Traditionellen besser miteinander verknüpfen. Wenn es zu einer Aufspaltung der Berufsgruppen kommt, z. B. in dem Sinn: die therapeutischen Mitarbeiter repräsentieren den Fortschritt, die Pflegemitarbeiter den Rückschritt, so kann das zu einem ernststen Hindernis für den Prozeß werden.

Nicht immer verliefen ähnliche Prozesse so konfliktfrei. Die Auflösung von Haus 12 ist dafür ein Beispiel und auch für die grundsätzlichen und widersprüchlichen Aspekte der Institution Landeslinik.

Im geschlossenen Haus 12 lebten 38 Patienten unter extrem unzulänglichen Bedingungen in Sälen und Kojen Bett an Bett. Kritik an der Situation und das in Aussichtstellen der Auflösung dieses Hauses erlebten einige der Mitarbeiter als Kränkung und Entwertung ihrer Arbeit. Für sie zählte die in der Tat überdurchschnittliche persönliche Einsatzbereitschaft im Rahmen der gegebenen Situation. Zahlreiche Aktivitäten und ein betont fürsorgliches Sich-Kümmern um ihre Patienten hatten aus ihrer Sicht so etwas wie "Heimat" oder "eine große Familie" entstehen lassen. Einmal im Jahr verließen alle die ansonsten streng geschlossene Station und verlebten unvergeßliche Tage in einer Pension im Sauerland. Das veranlaßte uns zu der Annahme, daß manche von ihnen auch Gewinn aus dem Leben in einer Wohngruppe draußen ziehen würden. Als sich die Chance bot, in Goch einen Neubau zu errichten, reservierten wir die Plätze für die Patienten von Haus 12 und verknüpften den Auszug nach Goch mit der Auflösung der Station.

Heute leben 14 dieser Patienten in Häusern des Verbundsystems Goch. Auflösung und Umzug verliefen jedoch als komplizierter, aus Sicht der Mitarbeiter auch heute noch schmerzlicher Prozeß über drei Jahre mit dem Gefühl des Verlustes von etwas Wertvollem. Bei den Patienten scheint die Erinnerung an die Heimat in Haus 12 schneller verblaßt. Stolz zeigen sie Besuchern als erstes immer wieder ihr Einzelzimmer.

Ein Beispiel für Entwicklungsmöglichkeiten: Herr S., seit Jahrzehnten in der Klinik, war in Haus 12 als sogenannter Hausarbeiter für die Küche zuständig. Heute hat er in Goch einen tariflich bezahlten Arbeitsplatz in einem gastronomischen Betrieb. Aber, als Kontrapunkt, gehört auch folgende Geschichte hierher: Herr B., von dem wir annahmen, daß auch er zufrieden sei, bat uns eines Tages, einen Brief für ihn abzusenden. Er war, so stellte sich

heraus, an die Beschwerdekommision des Landschaftsverbandes gerichtet. Er bat die Kommission, dafür Sorge zu tragen, daß er wieder in die Klinik zurückkomme. Nein, auch nicht in eine kliniknahe Wohngruppe, sondern ausdrücklich auf eine Station. Natürlich haben wir das wenig später ermöglicht. Er hat es uns wohl direkt nicht zu sagen gewagt, um uns nicht zu enttäuschen. Wir werteten das aber nicht als Mißerfolg, eher als Erfolg im Sinne des Zieles: Hier hat jemand für sich entschieden, ist nicht nur Objekt unserer Bemühungen geblieben, sondern Subjekt geworden.

Daß auch ein höheres Lebensalter keine Grenzen setzen muß für den Umzug in ein Außenprojekt, zeigt eine Wohngruppe in Uedem. In einem kleinen Reihenhäuschen in einer ruhigen Wohnstraße leben vier Damen, deren Durchschnittsalter Mitte 70 ist, und sie nutzen die vielen Möglichkeiten der beschaulichen, fast altersgerechten kleinen Gemeinde.

Komplizierter gestalteten sich die Ablösungsprozesse aus der Klinik in Einrichtungen freier Träger mit Preisgabe aller gewohnten Beziehungen. Das Projekt der Wiederbeheimatung Essener Patienten in die vier Heime freier Träger mag davon ein Beispiel geben. Wer würde zurück wollen, für wen würde es Sinn geben? Sind noch emotionale oder familiäre Bindungen nach 20, 30 Jahren vorhanden, an die angeknüpft werden kann? Das galt es in individueller Arbeit mit den auf vielen Stationen verstreuten annähernd 200 Essener Patienten herauszufinden.

Das Projekt "Urlaub in Essen" war dafür hilfreich: In einem Wohnhaus eines freien Trägers in Essen wurden unverbindliche Kurzaufenthalte in die Heimatstadt organisiert. Gruppen mit vier oder fünf Patienten fuhren mit zwei Mitarbeitern jeweils für einige Tage nach Essen, suchten bekannte Gegenden auf, erinnerten sich. Sie konnten in diesen Tagen Klarheit darüber gewinnen, ob sie die Rückkehr in die alte Heimat wagen sollten, ob Essen ihnen noch etwas bedeutete. Für die Vorbereitungsphase des Umzuges war auch die enge Zusammenarbeit mit den jeweiligen Heimen Voraussetzung, wobei durch eine Vorlauffinanzierung freigestellte Heimmitarbeiter in den letzten zwei Monaten vor dem Umzug intensive Kontakte zu den klinischen Stationen und Patienten hielten.

Die ersten 50, die bis jetzt den Mut gefaßt haben und in drei Heimen dort leben, scheinen in ihrer Mehrzahl Gewinn aus ihrer Rückkehr zu ziehen, insbesondere sind zahlreiche familiäre Bindungen wieder neu geknüpft worden.

Das trifft wohl - soviel kann man schon erkennen - generell für unsere nach außen entlassenen Patienten und Patientinnen zu, zumindest wollen sie, wenn man sie fragt, nicht wieder zurück. Endgültig zurückgekehrt aufgrund freier Entscheidung oder einer Dekompensation sind bislang ca. zwölf von 186.

An dieser Stelle sei vermerkt, daß wir den gesamten Prozeß durch eine wissenschaftliche Begleitforschung evaluieren wollen. Frau Dr. Ropers hat damit vor einem Dreivierteljahr begonnen. Wir wollen noch genauer wissen, was Lebensqualität nach 20 - 30 Jahren Hospitalisierung bedeutet, wie Bewohner und Mitarbeiter die Entwicklung beurteilen.

Wie soll es weitergehen? Wie weit und für wen ist der Weg nach draußen möglich und vernünftig? Was wird aus der Anstalt und was bleibt dort?

In einer Zwischenbilanz haben wir kürzlich eingeschätzt, daß wir in einer weiteren Etappe noch einmal 40 bis 60 Plätze in Außenprojekten über den jetzigen Stand hinaus errichten

wollen. Wir wollen damit auch den Grundstein für eine Versorgungsstruktur im noch unterentwickelten Südkreis Kleve legen. Wir würden dann auf eine Zahl von ca. 350 Außenplätzen gekommen sein.

Prognosen für die nächsten Jahre lassen erkennen, daß bei dieser Entwicklung in zwei bis drei Jahren noch ca. 250 bis 300 der ehemals 850 Patienten im Klinikgelände leben werden. Es werden einerseits sehr betagte, zunehmend pflegebedürftige Menschen sein, andererseits eine Gruppe sehr schwieriger Patienten, z. B. mit kombinierter geistiger Behinderung, psychotischer Erkrankung und schweren Verhaltensauffälligkeiten. Es wird dann darum gehen, für die Menschen attraktive Konzepte zu entwickeln, wenn der Gesamtprozeß stimmig werden soll. Die Qualität der Versorgung dieser Schwierigen wird dann mit ein Prüfstein sein für die Bewertung des ganzen Prozesses.

Wir sind an einem Punkt, wo schon ein gewisses Spannungsverhältnis von innen und außen spürbar wird: "Mit den Leichten geht ihr hinaus, wir bleiben mit den Schwierigen zurück." Nur das Neue, draußen Errichtete scheint attraktiv und darstellenswert, so will es den Zurückgebliebenen erscheinen. Wir bemühen uns, diese Attraktivitätsbalance zwischen Außen und Innen im Gleichgewicht zu halten. In vielen frei gewordenen Häusern haben wir Angebote für diese Zurückgebliebenen entwickelt: Tagesstätten, ein Café, eine spezielle Beschäftigungstherapie für ältere Patienten und Patientinnen.

In den meisten anderen Stationen hat sich die Belegungsdichte deutlich verringert.

Vor allem hat sich die Erwartung an die Umstrukturierung erfüllt, daß die Abgrenzung des Langzeitbereiches vom Akutbereich zu einer personellen Standardverbesserung führen möge. Beispiel mag die Entwicklung im Pflegebereich sein: Rund 300 Pflegekräfte, die vor drei Jahren 900 Patienten betreuten, sind jetzt nur noch für 600 Patienten zuständig.

Aber immer neue Fragestellungen tauchen auf. So sind wir z. B. an einem Punkt, wo die Fortführung des Enthospitalisierungsprozesses von seiten einiger politischer Entscheidungsträger so lange nicht für sinnvoll erachtet wird, wie keine klare Vorstellung über die Verwendung der unweigerlich frei werdenden Gebäude besteht, die übrigens - wie auch das Gesamtensemble - unter Denkmalschutz stehen.

Auch ist die Frage von Bedeutung geworden: Ist es aus architektonischen und konzeptionellen Gesichtspunkten und bei Berücksichtigung längerfristiger Entwicklungsperspektiven sinnvoll, noch größere Summen in einen umfassenden Umbau der alten Gebäude zu investieren oder sind die Mittel sinnvoller für Neubauten draußen eingesetzt?

Diese Problemstellungen haben zunächst zu einer großen konzertierten Aktion geführt, in der wir den Versuch einer Neuordnung aller Gebäude innerhalb der verschiedenen Geländebereiche vorgenommen haben (Akutbereich, Langzeitbereich, Forensik, Heilpädagogisches Heim u.a.).

Daraus hat sich in einer ersten Etappe ein kompliziertes Umzugsszenario innerhalb des Geländes entwickelt. Im weiteren Verlauf der Diskussion hat sich aber unsere Einsicht in die Komplexität der Zusammenhänge und in die große Zahl der Entwicklungsvarianten vertieft.

In jüngster Zeit haben wir den Blick deshalb wieder für neue Möglichkeiten geöffnet und weitergehende Visionen zugelassen: Statt Klinikplanung müssen wir eine regionale Planung unter der Beteiligung der Gemeinde machen. Die psychiatrisch-konzeptionelle Planung unter den Gesichtspunkten einer sinnvollen regionalen Versorgungsstruktur und die Planung der Gemeinde hinsichtlich ihres Bedarfes an zukünftigen Liegenschaften müssen parallel gedacht werden. Kann es nicht sinnvoll sein, Anteile der Klinik weiter in die Gemeinden und in das Aufnahmegebiet hinein zu dezentralisieren, wenn parallel dazu die Gemeinde und andere Interessenten die Liegenschaften des Klinikgeländes in ihre kommunale Planung mit einbeziehen?

Dann kann man sich vorstellen, daß in dem ja an und für sich attraktiven Parkgelände der Anstalt, das zugleich den Mittelpunkt der umliegenden Gemeindeteile darstellt, irgendwann zwar noch Gruppen psychisch Behinderter leben, aber zugleich schon normale gemeindebezogene Nutzung ihren Einzug hält, sei es in Form von Wohnungen, Museum, Altenwohnungen, Kindergärten und anderem. Daß sozusagen zum Prozeß einer nach außen gehenden gemeindeintegrierten Psychiatrie ein Prozeß zur psychiatrieintegrierten Gemeinde parallel läuft.

Vom Planungsgeschehen, von der Planungsphilosophie her, stellt sich der Prozeß so dar, daß zwar ein Rahmen gesetzt ist, in dem weitgehende Veränderungen möglich werden sollen. Aber weniger in der Weise, daß ein fester Endpunkt fixiert ist, der auf möglichst geradlinigem Wege erreicht werden soll, sondern in dem sich ein offenes Geschehen abspielt, in dem stets neue Gesichtspunkte ändernd wirksam werden. Vor allem ist es ein sehr kommunikativer Prozeß, in dem stets die Rückmeldungen und Anregungen direkt oder indirekt Beteiligter Einfluß gewinnen.

Somit möchte ich schließen mit unserer klaren Zukunftsperspektive:
"Alles ist offen, vieles ist möglich."

Was wollen die Patienten und Patientinnen und wie kann regionale Verantwortung beim Aufbau komplementärer Einrichtungen aussehen?

Petra Gromann-Richter

I. Ja, was wollen die Patientinnen und Patienten ?

Manch einer vermutet, wenn man Langzeitpatienten fragt, käme doch nur "Mehr Kaffee" und "Mehr Zigaretten" heraus. Diese Vermutung trifft sicherlich genau den Alltag, denn die Bedürfnisse nach Kaffee und Zigaretten sind - in dem jetzt vorgegebenen Lebensfeld - fast immer die beiden wenigen Möglichkeiten, sich irgendwie jenseits der Routine noch irgendeine Form von Genuß zu verschaffen.

Wir erwarten von den Menschen, die 20,30 Jahre in Langzeitstationen verbracht haben, keine Antworten in bezug auf das "Wie" der Veränderung ihrer eingeschränkten und häufig mit wenig Würde verbundenen Alltagsexistenz auf Station. Ich behaupte jedoch, daß die Veränderung der psychiatrischen Versorgung ohne das Einbeziehen, das Befragen der Patienten eine Umhospitalisierung bleibt.

Das Fragen ist sehr wichtig, gerade weil es Voraussetzungen hat : ohne eine Veränderung der Grundhaltung, daß Patienten "etwas zu sagen haben", ist wenig zu erreichen. Um dieses "Etwas-Sagen-Können" der Patienten muß ich mich bemühen. Und dieses Bemühen schließt gerade auch die Patienten ein, die sich nicht oder nicht mehr äußern können.

Die wichtigste Vorbedingung für das Antwortenkönnen ist nicht - wie häufig vermutet wird - die Anonymität des Sich-Beschweren-Könnens. Internationale Untersuchungen, die Patienten und Patientinnen anonym, etwa mit Fragebögen, unbekanntem Befragenden/Interviewern oder ähnlichen Methoden befragt haben, erhalten eher Standardantworten, nichtssagende, überwiegend Zufriedenheit mit den jetzigen Lebensumständen bzw. der Behandlung ausdrückende Antworten.

Es könnte ja noch schlimmer kommen - diese Erfahrung etwa aus Verlegungen in der Klinik - zusammen mit der Erfahrung, selbst keinen Einfluß auf Behandlung und Unterbringung zu haben und dennoch darauf angewiesen zu sein - sind neben dem Verlust von sinnvoll erlebtem Gesprächsaustausch ein mächtiges Bollwerk. Auch für uns "Nicht-Psychiatrisierte" ist es übrigens nicht einfach, präzise Aussagen über gute und schlechte Anteile erhaltener Dienstleistungen und Wünsche zur Veränderung dieser zu machen.

Es gilt also, die genannten (sicher auch noch genauer und weiter zu beschreibenden) Behinderungen der Fragesituation zu durchbrechen: Ich als Frager muß es ernst meinen, ich muß mich bemühen, auch scheinbar "Nebensächliches" ernst zu nehmen, muß mir die Mühe machen, auch bei Unverständlichem den Zusammenhang wiederherzustellen, ich benötige Zeit. Aber das wichtigste - gerade bei den Patienten, die sich nicht äußern, ist das Herstellen von Wahlmöglichkeiten im Alltag. Erst wenn ich mich sinnvoll wieder für oder gegen etwas in meinem konkreten Lebensalltag entscheiden kann, kann ich mich sprachlich äußern. Diese Bedingung muß auf den Stationen hergestellt werden, und sie ist auch unter

schwierigsten materiellen und personellen Bedingungen herzustellen, sogar mit den schwierigsten Patienten.

In dieser scheinbaren Banalität steckt der Beginn der Enthospitalisierung. Doch aus meiner Erfahrung will ich darauf hinweisen : ich habe bewußt den Ausdruck "Herstellen von Wahlmöglichkeiten" verwandt. Das Herstellen von Wahlmöglichkeiten setzt durchdachte Arbeit voraus : Ich muß mir überlegen, was gerade für diesen Patienten Bedeutung hat (z.B. Essen). Ich muß die Wahlmöglichkeit, die ich gebe, durchdacht haben : ist es eine ungefähr gleichwertige Entscheidung mit ähnlichen Konsequenzen, die ich da zur Wahl stelle? ("Scheinfragen" oder ungleiche Wahlmöglichkeiten wie "Gehst du mit oder bleibst du auf Station" sind damit nicht gemeint). Es geht zunächst, gerade für die Patienten, die nicht (mehr) sprechen, darum, nur zwei Wahlmöglichkeiten zu haben, die möglichst sichtbar (Erdbeereis oder Schokoladeneis) und in ihren Konsequenzen verstehbar sind. Es ist nicht einfach, die Pflegeroutine allmählich zu individualisieren, es erfordert Umorganisation und Umdenken.

Wenn dies alles bedacht wird, was wollen denn dann die Patientinnen und Patienten? Ich möchte zunächst eine Untersuchung zitieren, die die bis jetzt umfassendste und gründlichste Untersuchung zur Enthospitalisierung ist: das TAPS-Projekt in England. "Unsere Untersuchungen zeigen überzeugend, daß Langzeitpatienten, die aus der Klinik entlassen werden, ihre Unterbringung in der Gemeinde bevorzugen, sofern dies ein geplanter Prozeß ist und Bedingungen vorgehalten werden. Insbesondere schätzen sie, daß die neuen Wohnorte sehr viel mehr Autonomie für die Bewohner bieten, als dies in der psychiatrischen Klinik der Fall war".(1) Diese Untersuchungen beziehen sich auf zwei psychiatrische Großkliniken im Umkreis von London, die geschlossen werden sollen.

Auch aus meiner Erfahrung - und dem in Bremen erstellten Forschungsbericht - wird deutlich, daß fast alle Patienten ihren Wechsel aus der Klinik in gemeindenahere Wohn- und Tagesangebote schätzen, daß gerade die schwierigsten Klienten ungeahnte Fortschritte machen.

Aus anderen Befragungen von Patienten in England und den USA wird deutlich, daß die Möglichkeit von "Privatheit" der einflußreichste Anzeiger für Zufriedenheit von Patienten ist.(2)

Planung für Enthospitalisierung heißt gerade für die Patienten selbst, nicht nur das "Schild" zu wechseln - statt Klinik dann Großheim, im schlimmsten Fall noch auf dem oder am Rande des ehemaligen Klinikgeländes. Patienten sind unterschiedlich, haben unterschiedliche Bedürfnisse und unterschiedliche Anforderungen an Hilfe. So müssen differenzierte, kleine Wohnangebote entstehen, die diese Unterschiedlichkeit berücksichtigen.

Aus meiner gerade in Oberbayern durchgeführten qualitativen Untersuchung zur Einschätzung von psychiatrischen Angeboten in der Gemeinde durch ehemalige psychiatrische Patienten wird dies ganz deutlich . Ich möchte einen meiner Interviewpartner zu Wort kommen lassen :

"Es ist halt des vielseitige Angebot, daß jeder sich halt des raussuchen kann, was er meint, was er braucht. Weil, so meiner Ansicht nach läuft's dann langfristig darauf hinaus, ja, das jeder mit seinem Konzept soweit kommt, sein Leben möglichst selbständig zu gestalten. Ja und da bin ich halt der Ansicht, daß ein vielseitiges Angebot halt des Günstigste ist. Weil der eine braucht vielleicht mehr, der eine will mehr Freiheit, und kann damit mehr anfangen,

gell. Und er würd sich mit viel Betreuung net recht wohlfühlen. Und ein anderer, der braucht halt mehr vorstrukturierte Sachen, und halt im Prinzip des Personalangebot, die ihm halt schon viel vorgeben, des is dann.... muß eben jeder für sich entscheiden. Man kann net was Generelles für Alles haben".(3)

Die Möglichkeit, mehr oder weniger betreut zu wohnen, ist aber - auch in der Einschätzung von Betroffenen - noch nicht alles. Groß angelegte Studien zur Lebenszufriedenheit von Expatienten in Amerika hatten folgende Ergebnisse :

Wenn der Lebensstandard sich dem der Normalbevölkerung angenähert hat, ist vor allem für die Ex-Patienten wichtig

- die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit auch von nicht-psychiatrischen medizinischen und sozialen Hilfen
- die Verbesserung der Gelegenheiten, befriedigende Kontakte aufzunehmen
- selbst gewählte Tagesaktivitäten, die entweder arbeits- oder freizeitorientiert sind und gegebenenfalls die eigenen finanziellen Ressourcen erhöhen (4)

Dies gilt gerade für die "schwierigsten" Patienten, die nicht selbst aktiv werden können.

II. *Wie kann jetzt regionale Verantwortung beim Aufbau komplementärer Einrichtungen aussehen ?*

Regionale Verantwortung heißt zunächst, überhaupt zu wissen, für wen ich etwas aufbaue. Diese scheinbar einfache Aussage kennzeichnet jedoch - gerade auch in den "alten" Bundesländern eine der ganz großen Schwierigkeiten. Es ist überhaupt nicht klar, wer - gerade wenn wir von den Langzeitpatienten ausgehen - woher kommt, ob er dorthin zurück soll, ob regionale Verantwortung heißt, dort, wo die Patienten jetzt sind, Alternativen zur psychiatrischen Klinik aufzubauen.

Gerade vor der letzten - weil scheinbar "einfachsten" - Lösung möchte ich warnen.

Wenn Enthospitalisierung nicht bedeutet, den Prozeß der "Zusammenlegung der am meisten Hilfe benötigenden Patienten" umzukehren, dann ist diese Aufgabe langfristig nicht zu schaffen.

Differenzierte, kleine und patientenbezogene Angebote können nur verantwortlich - und für Patienten/innen und Mitarbeiter/innen verträglich - durchgehalten werden, wenn die Belastung sich verteilt, Menschen mit großen Problemen auch noch Anregungen durch weniger Belastete und Belastende erfahren.

Doch dieser Erkenntnis steht viel entgegen, denn diese Form der Planung für Einzelne, auf deren Herkunfts- oder Bezugsorte, ist ausgesprochen schwierig.

Um Ihnen ein Beispiel aus meinem derzeitigen Lebensumfeld zu geben :

In Oberbayern hat der Träger der großen Kliniken, der Bezirk Oberbayern, beschlossen, alle Langzeitstationen in den nächsten zehn Jahren zu schließen. Der Bezirk verfügt aber derzeit weder über die statistischen Daten, wo er - als überörtlicher Sozialhilfeträger - überall für die Unterbringung psychisch kranker Bürger bezahlt, noch kann er die potentiell freiwerdenden Mittel bereits jetzt in eine sinnvolle Planung für die einzelnen Betroffenen investieren. Eine gerade durchgeführte Sektorisierung betrifft lediglich die Akutbereiche der großen psychiatrischen Kliniken.

In Oberbayern gibt es nur drei relativ große Heimeinrichtungen für psychisch kranke Menschen und eine größere Anzahl von Wohngemeinschaftsplätzen nur in der Großstadt

München, bisher existiert kein Betreutes Einzelwohnen (die Förderung von Wohnbetreuung war bisher auf relativ große Gruppen (4-12) beschränkt). Die Konsequenz ist, daß die bereits stattfindende Verlegung von Langzeitpatienten nur z.T. in angemessene Wohnformen erfolgt, bzw. zuwenige davon von freien Trägern geplant werden. Die Verlegung in unspezifische Alten- und Pflegeheime, z.T. auch außerhalb Bayerns, ist die Folge.

Scheinbar existieren für alle Beteiligten keine Steuerungsmechanismen, auch die "guten" neuen Projekte kümmern sich überwiegend um ihre Klienten und haben keinen Überblick über die Klienten, die "durch die Maschen" fallen.

Sorgfältige und regional mit allen Beteiligten abgestimmte Planungen sind also notwendig, sie erfordern viel "Gremienarbeit", den Willen, sich überhaupt an einen Tisch zu setzen, die Delegation von Planungsverantwortung und Einflußmöglichkeiten an regionale Arbeitsgemeinschaften.

Manche Träger fühlen sich in ihrer Eigenständigkeit beschnitten und "mauern", neue potentielle Träger sind schnell frustriert, weil nicht klar ist, was und wie es eigentlich gehen soll, und so kommen die Beteiligten schnell auf die Idee, daß eigentlich alles sich doch einfacher durch Beziehungen regeln läßt. Gerade hier sind die Politiker gefragt: dezentrale psychiatrische Versorgungsplanung muß gewollt werden und läßt sich nur durch dieses eindeutige Wollen auch langsam mit allen Mühen auf den Weg bringen.

Was aber ist für die Mitarbeiter und Leiter/Planer von bestehenden und künftigen Angeboten in der Gemeinde konkret zu tun ?

Es geht erst einmal darum, für die jetzt betreuten Klienten insofern Verantwortung zu übernehmen, daß keine Ausgrenzung erfolgt, Klinikaufenthalte keine Endstation werden und gerade auch für die Klienten, die die größten Anforderungen stellen, individuelle Lösungen zu finden, um sie langfristig in der Gemeinde zu "halten".

Es geht darum, gerade auch von sich aus aktiv zu werden, um herauszufinden, in welchen großen Kliniken gerade Patienten aus der eigenen Region untergebracht sind.

Es geht darum, die eigenen Angebote auf unterschiedliche Bedürfnisse bereits jetzt abzustimmen und wenn möglich, nicht mehr überregional aufzunehmen. Es geht darum, Erweiterungen oder neue Angebote nicht mehr an einem Ort zu planen, die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der eigenen Angebote zu verbessern.

Die Abstimmung der Aufgaben mit anderen Anbietern der Region, der Wegfall von Aufnahmebedingungen setzen konzeptionelle und organisatorische Weiterentwicklungen voraus und sind nur langfristig zu erreichen. Gestufte und flexible eigene Angebote benötigen gut ausgebildete und engagierte Mitarbeiter/innen, eine flexible Verwaltung und eine dezentrale, Verantwortung delegierende Leitungsstruktur.

Ich könnte jetzt noch weitermachen, aber es ist allen bereits jetzt schon klar, daß diese Ziele viel Nachdenken, Umdenken, viel Arbeit und Mühe bedeuten.

Und im Alltag steht je nach den Gegebenheiten mal dieses, mal jenes im Vordergrund. Egal, wo Frau oder Mann anfängt, Veränderungen ziehen neue Dinge nach sich, die Planungsgrundlagen verändern sich und nur eines ist ganz sicher : es bleibt spannend, geht vor und zurück und wieder vor.

Ich hoffe, daß wir gerade in der anschließenden Arbeitsgruppe heute nachmittag noch Gelegenheit haben, uns diese vielfältigen Zusammenhänge genauer anzuschauen.

Planerin und Planer zu sein heißt, sich der Unmöglichkeit von immer gültigen Lösungen

ebenso bewußt zu werden wie eine Beziehung zu den durch Planung erst aufgeworfenen Problemen zu entwickeln. Veränderungen entstehen aus Vorhaben, Menschen verstricken sich miteinander in einem anderen Umgang mit Problemen, es entsteht eine neue Wirklichkeit.

Literatur:

THORNICROFT, G., GOOCH, C., O'DRISCOLL, C. and REDA, S.: "The TAPS-Project 9 : The Reliability of the Patient Attitude Questionnaire", *British Journal of Psychiatry* (1993), Vol 162 (suppl) 25-29.

LEHMAN, A.F., WARD, N.C., LINN, L.C.: "Chronic mental patients: The Quality of Life Issue", *American Journal of Psychiatry* 1982 Vol. 139 S. 1271- 1276, insbes. S. 1274.

GROMANN-RICHTER, P.: "Ja welches Konzept ist das bessere - da mag ich mich gar nicht so drauf einlassen - eine inhaltsanalytische Studie zur Qualitätseinschätzung komplementärer psychiatrischer Einrichtungen durch deren Nutzer", Veröffentlichung in Vorbereitung.

LEHMAN, A.F.: "The Well Being of Chronic Mental Patients - Assessing their Quality of Life", *Archives of General Psychiatry* (1983), Vol. 40, S. 369 - 373.

"Auffangkonzeption" - Kriterien der Enthospitalisierung und die konkrete Umsetzung in Nordrhein-Westfalen

Niels Pörksen

Meine Aufgabe besteht heute darin, Ihnen von der aktuellen psychiatrischen Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen zu berichten. Diese Entwicklung ist zwar noch nicht abgeschlossen. Sie trifft im Kern aber das Wesen dieser Tagung: Denn der Abbau von Betten in der Psychiatrie ist letzten Endes die Umwandlung von Krankenhausbetten in - wie es hierzulande heißt - sogenannte "Pflegebetten".

In der Krankenhausplanung ist es allerdings gelungen, den Prozeß des Bettenabbaus inhaltlich zu koppeln an ein Weiterentwicklungsprogramm im Sinne der Psychiatrie-Reform mit entsprechender Finanzierung. Gleichzeitig werden einige bisher ungeklärte Fragen - wie z.B. der Beteiligung von Krankenkassen an der Finanzierung von Langzeitpatienten in den psychiatrischen Krankenhäusern, das Betreute Wohnen etc. - mit geregelt.

Das Ganze nennt sich nun *Auffangkonzeption*.

Zur Historie:

Anstoß gab die politisch programmatische Aussage des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers, im somatischen Bereich "mehrere Tausend Betten" abzubauen. Nach mehreren Jahren intensiver Planung gelang dies nicht. Voraussichtlich wird erst jetzt im Rahmen des neuen Gesundheitsstrukturgesetzes ein Bettenabbau im somatischen Bereich erfolgen.

Aus den genannten Gründen wurde dann als zweites zumindest im Bereich der Psychiatrie ein umfangreicher Bettenabbau gefordert. Dies ist letzten Endes auch nach mehrjähriger Planung gelungen.

Zum Planungsverfahren:

Auch wenn dies nicht unmittelbar zu meinem Vortragsthema gehört, so ist doch das Planungsverfahren zum Bettenabbau selbst beachtenswert. Zunächst wurde eine große Planungs- und Organisationsfirma beauftragt, entsprechende Vorschläge zu machen. Diese orientierte sich ausschließlich an statistischen Größen und errechnete Bettenzahlen pro Region, die allerdings mit den gewachsenen Strukturen nicht übereinstimmten.

Als Kontrollgruppe wurden zwei ältere, pensionierte Herren - ein Medizinaldirektor und ein Ministerialbeamter - damit beauftragt, durch Besuche vor Ort in allen psychiatrischen Kliniken und durch Diskussion mit den dort Tätigen ein realistisches und realisierbares Konzept der Weiterentwicklung vorzulegen.

Die Vorschläge der Planungsfirma wurden verworfen, die Konzeption der beiden älteren Herren akzeptiert, weil sie - und dieses ist für die Gesamtsituation der Psychiatrie von ganz besonderer Bedeutung - gewachsene Entwicklungen, Gegebenheiten, entsprechende Situationen vor Ort, Beteiligung oder Nichtbeteiligung allgemeiner Krankenhäuser und

anderer Abteilungen an der Versorgung usw. berücksichtigten, und sie legten damit ein realistisches und realisierbares Konzept vor, das fast in der vorgeschlagenen Größenordnung umgesetzt wird. Dies bedeutet konkret, es werden rund 4200 Betten aus dem Krankenhausplan herausgenommen.

Zur Entstehung der Auffangkonzeption

Die Träger staatlicher, kommunaler oder gemeinnütziger Einrichtungen haben in wiederholten Gesprächen im Landesplanungsausschuß darauf hingewiesen, daß die Herausnahme von Betten aus dem Krankenhausplan letzten Endes auch ein Etikettenschwindel zur Entlastung des Landeshaushaltes sei, denn es ginge dabei nicht um den tatsächlichen Abbau von Betten, sondern um die Umwidmung bisheriger Krankenhausbetten in sogenannte Pflegebetten. Damit erklärten sich alle Krankenhausträger nicht einverstanden, weil sie zu Recht befürchten mußten, daß mit der Herausnahme der Betten aus dem Krankenhausplan für die betroffenen Patienten - in der Regel Langzeitpatienten - Standardverschlechterungen in der Versorgung zu erwarten seien. Am Ende eines langwierigen und schmerzhaften Planungsprozesses gelang es uns, für die am Planungsverfahren Beteiligten - die Vertreter des Landes, der Landschaftsverbände als überörtlicher Sozialhilfeträger, der kommunalen und gemeinnützigen Träger sowie der Krankenkassenverbände - detaillierte Regelungen im Interesse der Weiterentwicklung der Psychiatrie-Reform zu vereinbaren, die am 17.6.1992 als sogenannte Auffangkonzeption von allen Beteiligten feierlich unterzeichnet wurde.

Was wurde nun mit der Auffangkonzeption im engeren Sinne geregelt?

1. 4254 Betten werden aus dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen im Bereich der Psychiatrie herausgenommen.
2. Diese Herausnahme wird gekoppelt an die Weiterentwicklung im komplementären Bereich im Sinne der Psychiatrie-Reform, z.B. in Form des Betreuten Wohnens, der Schaffung dezentraler kleiner Heimeinrichtungen, kleiner Betreuungs- und Pflegeeinheiten und Tagesstätten unabhängig vom Ort.
3. Das Ganze soll im Jahre 2000 abgeschlossen sein.

Aus dieser programmatischen Aussage ergaben sich für alle Beteiligten bestimmte Verpflichtungen, die im folgenden konkret dargestellt werden.

1. Verpflichtungen für das Land:
Das Land verpflichtet sich, die pauschalen Fördermittel und die anteiligen Investitionsmittel in der Höhe der abgebauten Betten pro Bett für sieben Jahre in sieben Jahresraten weiter zu zahlen. Dies bedeutet konkret ein Landesprogramm mit 140 Mio. DM, 20 Mio. DM pro Jahr - oder knapp 33.000 DM pro abgebautem Bett als Investitionszuschuß. Soweit die Verpflichtungen des Landes.

2. Verpflichtungen der Sozialhilfeträger:

Die Sozialhilfeträger - die Landschaftsverbände in Westfalen und im Rheinland - verpflichten sich, die Versorgungsstandards aufrecht zu erhalten. Dies war für alle Träger eine notwendige Bedingung, um nicht durch den Umwidmungsprozeß Einschnitte in die Versorgungsstandards zu erlangen. Diese Verpflichtung - das zeigt sich bereits jetzt - ist für die Landschaftsverbände eine arge Hypothek, weil sich die Finanzlage der Sozialhilfeträger erheblich verschlechtert hat.

Die Sozialhilfeträger der Landschaftsverbände verpflichten sich weiterhin, mit den Trägern die konkrete Weiterentwicklung im Rahmen der Auffangkonzeption abzustimmen.

Die überörtlichen Sozialhilfeträger (Landschaftsverbände) und die kommunalen Spitzenverbände (Städte-, Kreistag) verpflichten sich, gemeinsam eine Klärung über die Zuständigkeit des Betreuten Wohnens herbeizuführen. Falls die Sozialhilfeträger dazu nicht in der Lage wären, würde das Land eine entsprechende rechtliche Regelung herbeiführen.

3. Verpflichtungen der Krankenkassen:

Die Krankenkassen haben sich trotz zahlreicher laufender Sozialgerichtsprozesse bisher geweigert, sich an den Krankenhilfekosten der in dem Pflegebereich untergebrachten Patienten zu beteiligen. In all diesen Fällen mußten die Sozialhilfeträger auch die ärztlich-medizinischen Kosten, Untersuchungen in fremden Institutionen, Arzneimittel und Heilmittel im Pflegesatz mit tragen. Die Krankenkassen waren nun erstmals bereit, über eine anteilmäßige Pauschale Krankenhilfekosten zu übernehmen.

Diese Zusage der Krankenkassen war ein sozialpolitisch entscheidender Schritt zur Verbesserung der Gesamtsituation in der Versorgung, aus der sich die Krankenkassen bisher "vornehm" herausgehalten hatten.

4. Verpflichtungen der Träger:

Die Krankenhausträger verpflichteten sich, Rahmenkonzepte im Sinne der Zielsetzung der Auffangkonzeption, d.h. konkrete Planungen von Enthospitalisierung etc. vorzulegen und mit den Rahmenkonzeptionen Umsetzungspläne für deren Verwirklichung. Die Träger verpflichteten sich, diese Rahmenkonzeption mit den zuständigen Verhandlungspartnern - den Kommunen, den Landschaftsverbänden, den Krankenkassen - detailliert abzustimmen.

Soweit die Auffangkonzeption im Lande Nordrhein-Westfalen, wie sie am 17.6.1992 verabschiedet wurde.

Zur bisherigen Umsetzung:

Seit Verabschiedung der Auffangkonzeption sind nahezu anderthalb Jahre vergangen. Am 1.1.1993 hätte diese Auffangkonzeption in Kraft treten müssen. Diejenigen Träger, die sich von Anfang an darum bemüht haben, die entsprechenden Rahmenkonzepte zu entwickeln und Mitarbeiter und Patienten auf die Entwicklung vorzubereiten, mußten und müssen seither

erleben, daß das gesamte Projekt in der Umsetzung offensichtlich sehr viel schleppender vorankommt als vorher eingeplant.

Dies soll Ihnen am Beispiel der von Bodelschwingschen Anstalten verdeutlicht werden. Wir werden in drei Teilbereichen unserer Anstalten insgesamt 652 Betten im Rahmen dieser Planung umwidmen. Davon betroffen sind chronisch psychisch kranke Menschen, geistig Behinderte, Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderungen und Anfallsleiden.

Im Rahmen eines differenzierten 7-Jahres-Planes werden wir die Mittel der Auffangkonzeption dazu nutzen, Enthospitalisierungsprogramme in der Region oder auch zurück in die Heimatregion vorzubereiten und durchzuführen, dezentrale Heimeinrichtungen zu schaffen und das Betreute Wohnen weiterzuentwickeln.

Wir haben bereits im ersten Halbjahr dieses Jahres einiges von diesen Vorhaben umgesetzt, weil es ohnehin in die Langzeitplanungen der von Bodelschwingschen-Anstalten hineinpaßt.

Bis zum heutigen Tag ist allerdings nicht geregelt, wie sich der Standard, der zugesagt war, konkret im Pflegesatz ausdrücken wird. Die Kommune weigert sich, über das bisherige Maß hinaus Betreutes Wohnen zu finanzieren. Die kommunalen Spitzenverbände und die Sozialhilfeträger haben bis zur Mitte des Jahres 1993 gebraucht, um sich zu einigen, wer die Verantwortung für das Betreute Wohnen hat. Formal ist dies inzwischen zwar geregelt: die Kommunen sind zuständig. Die setzen jedoch gleichzeitig fest, daß pro 5000 Einwohner ein Platz für das Betreute Wohnen zur Verfügung stehen soll. Bielefeld hat 300.000 Einwohner. Der Stadt stünden damit 60 Plätze im Betreuten Wohnen zu. Wir haben jedoch bereits - wegen der Größe der Anstalt und unseres Versorgungsauftrags für die psychiatrische Gesamtversorgung der Stadt Bielefeld - eine Platzzahl von 120 (also das doppelte) erreicht. Für zusätzliche Plätze - so die kommunalen Spitzenverbände - müßten dann die überörtlichen Sozialhilfeträger herangezogen werden. Diese lehnen bisher noch ihre Zuständigkeit ab. Sie seien als Kommunen ohnehin verschuldet und müßten die Lasten ständiger Umverteilungen von Kosten tragen.

Derzeit läßt sich *zusammenfassend* feststellen:

1. Die Auffangkonzeption ist von der Idee her ein sinnvolles und praktikables Instrument zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in Richtung auf die Dezentralisierung, Enthospitalisierung und Schaffung angemessener Lebens- und Arbeitsformen für psychisch Kranke und Behinderte.
2. Die Auffangkonzeption ist auch deshalb sinnvoll, weil Einrichtungsträger und Finanzierungsträger gemeinsam an dieser Weiterentwicklung beteiligt werden.
3. Im Prozeß der Umsetzung zeigt sich allerdings, daß alle Beteiligten erhebliche Schwierigkeiten haben, sich an ihre schriftlichen Verpflichtungen zu halten. Den Krankenkassen ist es gelungen, die Umsetzung um ein weiteres Jahr zu verzögern. Die Auffangkonzeption tritt zu Lasten der Krankenhilfe erst im Januar 1994 in Kraft. Die kommunalen Spitzenverbände legen "Kontingente" für Betreutes Wohnen fest, die

weit unter den Erfordernissen liegen. Damit sind die Einrichtungsträger in ihrem Enthospitalisierungsvorhaben weiterhin erheblich gebremst.

4. Die pauschale Beteiligung der Krankenkassen an den Pflegesatzkosten ist mit DM 8,50 pro Platz und Tag so niedrig, daß die Kosten nicht gedeckt werden. Die Träger müssen wachsam darauf achten, daß sich die Sozialhilfeträger aus der Restfinanzierung nicht zurückziehen, sondern tatsächlich den zugesagten Standard aufrechterhalten.
5. Das Land Nordrhein-Westfalen hat sich verpflichtet, für die verbleibenden Krankenhausbetten bei den Trägern "vernünftige" Strukturen zu schaffen. Dazu war uns bereits im Dezember 1993 ein Feststellungsbescheid zugegangen. Dieser Feststellungsbescheid mußte jedoch wegen des Protests der Krankenkassenverbände zurückgezogen werden, weil sie mit der Zuordnung verbleibender Plätze in unseren Krankenhäusern nicht einverstanden waren. Eine Situation, die die von Bodelschwingschen-Anstalten fast in eine finanzielle Krise geführt hätten.

Zusammenfassend und nachgeordnet kann man (25. November 1993) feststellen:

Inzwischen sieht es so aus, als ob die Auffangkonzeption ab Januar 1994 endgültig in Kraft tritt. Bei den Trägern ist der Eindruck zurückgeblieben, daß es allen anderen Beteiligten im wesentlichen darum ging, langfristig möglichst Kosten einzusparen. Die ursprüngliche Zielsetzung, einen entscheidenden Schritt zur Realisierung der Psychiatrie-Reform zu leisten, blieb zumindest zeitweilig auf der Strecke.

Es bleibt unsere Aufgabe, durch die Umsetzung unserer Rahmenkonzeption letzten Endes doch noch dafür zu sorgen, die psychiatriepolitisch richtungweisenden Grundkonzepte der Auffangkonzeption doch noch in die Tat umzusetzen - und dies auch bei knapper werdenden finanziellen Ressourcen.

Der Beitrag der Kommune zum Aufbau komplementärer Einrichtungen und kommunaler Dienste für psychisch Kranke

Elvira Krumflek

Gera ist eine Stadt mit 125.000 Einwohnern. Es ist die zweitgrößte Stadt Thüringens. Gera war vor der Wende industrieller Standort des

- Maschinenbaus
- der Textilindustrie
- der Elektronik und
- des Wismut-Bergbaus.

Die maroden Industriestandorte bringen heute eine Arbeitslosigkeit von rund 16,1 %.

Gera ist aber auch heute eine aufstrebende, moderne Stadt und ist bemüht, sich als Oberzentrum einen vorderen Platz in den Reihen der größeren Städte zu schaffen, und wie in anderen Städten auch gibt es hier nicht nur Schattenseiten.

Gesundheitliche und soziale Betreuung sind in unserem Sozialstaat gesetzlich verankert, und die Kommunen haben die Aufgabe, diese Betreuung als Versorgungsleistung zu sichern.

Zur Knüpfung eines sozialpsychiatrischen Netzes wurde im März 1991 eine erste Beratung aller an dieser Aufgabenstellung arbeitenden Institutionen, Einrichtungen und Verbände durchgeführt. Ziel war das Vorstellen der Tätigkeiten und das Abstecken künftiger Arbeitsbereiche. Als Ergebnis dieser Zusammenkunft entstanden Arbeitskreise, die längerfristig für bestimmte Personengruppen oder Aufgabenbereiche tätig sind.

Mit der veränderten gesellschaftlichen Ordnung ist es jetzt möglich, die von der Fachpsychiatrie geforderte "Psychiatrie in Gemeindenähe" zu verwirklichen.

Notwendige Schritte dabei sind:

- eine ausreichende stationäre Betreuungskapazität
- Tagesbetreuungsformen
- beschützte Wohnmöglichkeiten für psychisch Kranke und behinderte Menschen
- geschützte Arbeitsplätze.

Im Mittelpunkt der psychiatrischen Versorgung muß der Betroffene als Mitbürger der Gemeinde stehen, dem in seinem unmittelbaren Lebensumfeld geeignete Hilfe angeboten wird.

Mit dieser so konzipierten Aufgabenstellung stellte die Stadt Gera den Antrag zur modellhaften Förderung des Aufgabengebietes "Psychiatrie Gemeindenah".

Ausgangssituation zu Beginn der Modellaufzeit

Stationärer Bereich

Die medizinische Versorgung psychisch Kranker in Gera wird durch die Psychiatrische Abteilung am Klinikum der Stadt getragen. Diese verfügt über 58 Betten. Eine Aufstockung auf 80 Betten ist geplant, so daß eine Vollversorgung für das Territorium möglich ist. Der Psychiatrischen Abteilung ist eine Institutsambulanz angegliedert, an der sich vier Ärzte der

Klinik beteiligen. An der Psychiatrischen Klinik bestehen zusätzlich acht bis zehn tagesklinische Plätze, Träger ist die Kommune.

Ambulanter Bereich

In der Stadt Gera sind vier frei niedergelassene Nervenfachärzte tätig. Am Gesundheitsamt der Stadt arbeitet ein Sozialpsychiatrischer Dienst mit einer weiteren Nervenärztin, vier Sozialarbeiterinnen und einer Sekretärin. Die Funktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist die Beratung und Gewährung vorsorgender, nachgehender und intervenierender Hilfen, das Tätigwerden im Rahmen öffentlich rechtlicher Unterbringung sowie in gutachterlichen Aufgaben.

Komplementärer Bereich

Große Defizite bestehen im komplementären Versorgungsbereich. Auf die Spezifik psychisch Kranker und seelisch Behinderter ausgerichtete Versorgungsangebote in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Freizeitgestaltung gab es bislang nicht. Die Unterbringung bzw. Betreuung psychisch Kranker erfolgte bisher im Pflegeheim "Fritz Koch" und in der Sonderwohnform Eiselstraße (für geistig Behinderte), jedoch nur in Ermangelung alternativer und spezifischer Wohnangebote.

Im Freizeitbereich gibt es zwei Patientenclubs, die auf Initiative der Mitarbeiter/innen der Klinik entstanden sind.

Aufgrund der erheblichen Defizite im komplementären Bereich war das Interesse der Stadt Gera groß, als Modellregion innerhalb des Bundesmodellprojektes "Zur gemeindenahen psychiatrischen Versorgung" gefördert zu werden. Da sich die Träger der freien Wohlfahrtspflege und Hilfsvereine vor Ort nicht zur Übernahme von Trägerschaften im Rahmen des Modellprojektes entschließen konnten, übernahm die Stadt vorerst die Trägerschaft.

Aufgaben des Modellprojektes

Entsprechend der beschriebenen Ausgangssituation formulierte das Bundesministerium für Gesundheit als Aufgabenschwerpunkt für die Modellregion Gera: "Die Planung und Gestaltung komplementärer Versorgungsstrukturen sowie deren Vernetzung mit den bereits bestehenden Hilfsangeboten für psychisch Kranke und seelisch Behinderte."

Überblick: Planungsstand und konzeptionelle Entwicklung in den einzelnen komplementären Bereichen

Psychosoziale Kontaktstelle

Als problematisch erwies sich seit Beginn unserer Arbeit, daß keiner der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen direkt im Bereich der Psychiatrie Gera etabliert war. Daraus resultierte zum einen, daß eine gewisse Zeit gebraucht wurde, um diese Mitarbeiter/innen in den Fachkreisen (Klinikum, Sozialpsychiatrischer Dienst, frei niedergelassene Nervenärzte etc.) bekannt zu machen. Zum anderen hatten sie keinen direkten Zugang zu den Patienten. Durch Aufsuchen der bestehenden psychiatrischen Versorgungsbausteine, Hospitation in der Klinik u.a. versuchten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, anfangs diesen Mangel auszugleichen. Sie waren sich jedoch bewußt, daß sie im Zusammenhang mit der Aufgabenbestimmung als Koordi-

nierungsstelle der komplementären Versorgung einen Weg finden müssen, um unmittelbaren Zugang zu den Klienten und Klientinnen zu erhalten.

Die Psychosoziale Kontaktstelle soll die niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit für Betroffene, Angehörige, Interessierte usw. sein, um sich über das Netz der psychiatrischen Versorgung informieren zu können. Damit wird angestrebt, vor allem jenen Menschen eine Möglichkeit zu geben, die bisher in keinem der angebotenen Dienste als Patienten erfaßt bzw. betreut wurden (Sozialpsychiatrischer Dienst, stationärer Bereich etc.), Zugang zu den verschiedenen Angeboten zu finden, die im Rahmen des Modellprojektes entstehen sollen. Diese Anlaufstelle wurde in die Räume der Koordinierungsstelle des Modellprojektes integriert und wird von den Mitarbeitern des Projektes getragen.

Wir verstehen uns damit als Wegweiser zwischen den einzelnen Angeboten der psychiatrischen Versorgung und wollen in Form von Informationsgesprächen und Beratung Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Betreuungsform geben bzw. bei Bedarf an die entsprechenden Dienste weiter verweisen.

Koordinierung

Bei der Koordinierung der psychiatrischen Versorgung handelt es sich um die Aufgabe, alle an der Versorgung beteiligten Einrichtungen, Dienste, Initiativen, Gruppen usw. in ihrer Tätigkeit aufeinander abzustimmen und es zu einem kooperativ verknüpften Ganzen zu verbinden. Es soll so ein integriertes und möglichst kostengünstig funktionierendes Versorgungssystem in der Gemeinde entstehen, in dem jeder Hilfsbedürftige einen Weg zu der ihm entsprechenden Versorgung findet. In diesem Sinne ist Koordinierung ein fortlaufender gemeinsamer Prozeß aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten. Aus diesem Grunde waren die wichtigsten Instrumente der Koordinierung die regelmäßigen Absprachen mit der Dezernentin, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Sozialamt und der Lebenshilfe e.V.

Die Situation psychisch kranker Menschen in unserer Gemeinschaft geht uns alle an. Psychisch Kranke sind auch bei uns überdurchschnittlich oft arbeitslos, haben äußerst große Schwierigkeiten, ihren Arbeitsplatz zu behalten, verlieren nicht selten ihre Wohnung und sind in erhöhter Gefahr, von Sozialhilfe abhängig und an den Rand unserer Gesellschaft gedrängt zu werden. Aber psychische Erkrankungen entstehen in der Gesellschaft und müssen folglich von der Gesellschaft getragen werden.

Unterstützung der Stadt

1. Büroräume in der Ernst-Toller-Straße

- Nutzung als Psychosoziale Kontaktstelle
- wird von Klienten sehr gut angenommen
- niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit für Betroffene und deren Angehörige
- Aussagen von Betroffenen und Angehörigen: "Es ist so angenehm ruhig, gar nicht wie sonst in Ämtern (keine Warteschlangen, nicht so eng)."

2. *Debschwitzer Straße 26 - Tagesstätte*

- Bereitstellen von Räumlichkeiten in der Debschwitzer Straße
 - Zusammenarbeit beim Um- und Ausbau
 - Mietvertrag in Vorbereitung
 - erste "Maßnahme": Porzellanmalerei ab Mitte Oktober
- unbürokratischer Weg: * vorzeitige Nutzung der Räume
* Bereitstellen von "Behelfs"-Tischen und Stühlen durch das Schulamt

3. *Beschütztes Wohnen*

a) Einzelwohnen

- sehr guter Kontakt zum Wohnungsamt
- drei Einraum-Neubauwohnungen (Vollkomfort) realisiert

b) Wohnheim

- geeignetes Objekt gefunden
- in Zusammenarbeit von Modellprojekt, Stadt und GWB jetzt erste Schritte zur Realisierung gemacht

4. *Allgemein*

- "Rückendeckung" durch Dezernat und Stadtverwaltung, z. B. beim Arbeitsprojekt "Erlebnis Thüringer Traditionen" oder beim Knüpfen von Kontakten
- Verfahrenswege sind oft viel zu lang; Idee eines "Kostenträger-Pools"
- intensive Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt und Bildungsträgern, um individuell zugeschnittene Lösungsmöglichkeiten zu finden (sehr gute Arbeit mit der TÜV-Akademie)
- Vorbereitung zur Gründung der Psychosozialen AG in letzter Phase

Zusammenarbeit zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Modellprojekt

- Antrag für Modellprojekt durch Sozialpsychiatrischen Dienst im Frühjahr 1992
- zunächst sehr enge Zusammenarbeit/Anleitung, gemeinsame erste Schritte
- Selbstfindung der MitarbeiterInnen des Modellprojektes führte, obwohl sie notwendig war, zur stärkeren Trennung/Abgrenzung
- dadurch z. T. Verständigungsschwierigkeiten, Doppelbetreuungen
- inzwischen neue Gespräche zur Findung von Kompetenzen und Grenzen
- gemeinsame Arbeit bei Entflechtung des "Fritz-Koch-Heimes" (viele praktische Schwierigkeiten/Hindernisse stehen der schnellen Realisierung theoretischer Konzepte gegenüber)
- engere Zusammenarbeit bei Gründung einer Psychosozialen AG in Gera
- regelmäßige Kontakte zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Modellprojekt (mindestens monatlich)
- regelmäßige und operative Fallbesprechungen (fachliche Anleitung durch Frau Dipl. med. Rothe)

Gesundheitspolitischer Stellenwert der komplementären Versorgung

Weg von der Almosen- und Mitleidsmentalität! Denn es soll ein Stück Lebensqualität geschaffen werden.

Wohnen, Arbeiten und Beschäftigung sind wesentlicher Lebensinhalt eines jeden Menschen. Für psychisch Kranke könnte durch Schaffung dieser Möglichkeiten erneuten Klinikaufenthalten vorgebeugt werden, eine Stabilisierung der Alltagsbewältigung sowie die soziale Eingliederung sind möglich.

Psychisch Kranke dürfen nicht zur Randgruppe der Gesellschaft werden.

Die Not der kleinen Vereine

Renate Wedl

Der Verein "Lebensmut" im brandenburgischen Rüdersdorf, dessen Vorsitzende ich bin, wurde 1990 von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Betreuung psychisch Kranker und von deren Angehörigen gegründet.

Unser Hauptziel ist es, die bereits zu DDR-Zeiten geschaffenen Betreuungsstrukturen im Landkreis Fürstenwalde zu erhalten und neue, den geänderten sozialen Bedingungen angepaßte Betreuungsmöglichkeiten zu schaffen. Wir sind auf diesem Weg ein Stück vorangekommen. Welche Schwierigkeiten wir aber als "gelernte Ossi" mit dem anderen System hatten und noch haben, will ich versuchen aufzuzeigen.

1. Die freie Wohlfahrtspflege - ein fast unbekanntes Feld!

Zu Beginn des Prozesses der Vereinsgründung war es erst einmal nötig, das System der ambulanten psychiatrischen Arbeit zu erfassen. Wir, als in helfenden Berufen der DDR Tätige, waren es nicht gewohnt, uns mit dem finanziellen Wert und den Kosten unserer Arbeit zu beschäftigen. Die Finanzierung der Arbeit im Gesundheitswesen der DDR spielte für den einzelnen Mitarbeiter so gut wie keine Rolle.

Was uns zuerst auffiel, war die Trennung in diejenigen, die die konkrete Arbeit mit den Betroffenen leisten, und denen, die dafür Geld bezahlen.

Um unsere Träume von Wohngemeinschaft, Club und anderem zu realisieren, war also die Bildung eines Leistungserbringers, d. h. eines Vereines oder ähnlichem nötig. Mit der Vereinsgründung, bei der Diskussion um die Satzung kam auch die Frage auf, welchem Wohlfahrtsverband wir uns anschließen. Die Wahl ist uns am Anfang nicht leicht gefallen. Erlebten wir doch auf der einen Seite die in sehr kurzer Zeit - weil auf vorhandenen Strukturen aufbauend - schnell erstarkten und relativ straff strukturierten Verbände wie DRK, AWO, Diakonie und Caritas, an die man sich in gewohnter Weise anlehnen konnte, die vieles für einen übernehmen konnten. Auf der anderen Seite gab es den Paritätischen, der auf die Initiative neuer Vereine hoffte, der zu Beginn für das ganze Land jedoch nur wenige Mitarbeiter hatte. Das sah anfangs nicht sehr vertrauenerweckend aus, bot aber die Chance, in viel größerem Maß eigene Ideen miteinbringen zu können. Wir haben uns für den Paritätischen entschieden und dies bis heute nicht bereut, obwohl wir manchmal im "Geschäft mit der Mildtätigkeit" etwas mehr Hilfe und Unterstützung nötig hätten.

2. Ein fachliches Konzept allein reicht nicht - Auf der Suche nach dem Geld

Getragen durch eine zehnjährige gemeinsame Arbeit, durch genaue Kenntnis der Lage der Betroffenen vor Ort, war ein fachliches Konzept für die Arbeit und eine Schwerpunktsetzung in relativ kurzer Zeit gefunden. Da zu erwarten war, daß sich die Entwicklung bei uns in mehr oder weniger kurzer Zeit den Verhältnissen der alten Bundesländer angleichen würde,

kristallisierten sich für uns zwei Bereiche heraus - Wohnen und Arbeiten.

Im Bereich Wohnen war es uns wichtig, den Betroffenen, die häufig erkrankten, aber noch in eigenen Wohnungen lebten, zu helfen, diesen Status zu erhalten. Im November 1991 begannen wir mit zwei Fürsorgerinnen über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) das Projekt "Betreutes Einzelwohnen". Zur gleichen Zeit stellten wir zwei Mitarbeiter über ABM ein, die sich mit der Lage auf dem Arbeitsmarkt, Lücken im Angebot und den Realisierungsmöglichkeiten für Arbeit und Beschäftigung auseinandersetzen sollten. ABM - hier war es noch relativ einfach, nach einigen Gesprächen, mit dem richtig verfaßten Antrag das nötige Geld bewilligt zu bekommen. Doch eine Begrenzung der Dauer war von vornherein abzusehen - wie sollte es danach weitergehen?

Unsere Entdeckung war, daß durch das SGB V die psychisch kranken Menschen "dreigeteilt" werden: in einen Teil, der medizinisch, einen, der sozial und einen, der beruflich zu rehabilitieren ist.

Ich habe bis heute noch nicht erfaßt, wo das eine aufhört und das andere beginnt. Dabei wäre eine genaue Abgrenzung aber doch so wichtig, weil für jeden Teil ein anderer bezahlt. Ich habe dabei erleben müssen, daß der Streit um die Grenzen zwischen den Geldgebern noch in vollem Gange ist und auch Experten der Leistungserbringer sich oft nicht einig sind. Der einzelne Betroffene in seiner Individualität spielt dabei mit seinen Nöten und Bedürfnissen oft eine sehr untergeordnete Rolle. Es macht mich wütend, aber auch traurig, weil in dieser Auseinandersetzung viel Kraft und Zeit verloren gehen. Sich gänzlich herauszuhalten, erscheint mir andererseits nicht sinnvoll, weil leider noch viel zu wenige Angehörige und Betroffene ihr Recht einfordern, als ganze Menschen mit einer individuellen Persönlichkeit behandelt zu werden.

Während die Krankenkassen und die Sozialhilfeträger sich ihrer finanziellen Verantwortung bewußt zu sein scheinen, ist die berufliche Rehabilitation ein Gebiet, wo die Diagnose Schizophrenie aus meiner Sicht von vornherein eine negative Haltung bei allen, die zahlen könnten und sollten, hervorruft. Hier spielen sicher alte Vorurteile, negative Erfahrungen und Unkenntnis über Krankheit und deren Verlauf eine Rolle.

Erschwerend für uns kommt hinzu, daß psychiatrische Rehabilitation nicht im luftleeren Raum erfolgt, sondern eng an soziale Bedingungen geknüpft ist. Die Endindustrialisierung des Ostens, die Degradierung dieser Bundesländer zu "Konsumgüterempfängern" hat die Lage der psychisch Kranken im Bereich der beruflichen Rehabilitation zusätzlich verschärft. Unsere DDR-Erfahrungen bei der schrittweisen Wiedereingliederung mehrfach Erkrankter (sind diese schon chronisch krank?) - über ausgelagerte Arbeitstherapie im Betrieb, Schonarbeit bei gleichzeitiger Begleitung am Arbeitsplatz durch eine Fürsorgerin - sind heute nicht mehr gefragt, da es keine Betriebe mehr gibt, in die wir rehabilitieren können.

Der psychisch Kranke spürt bei uns vielleicht noch deutlicher als in den alten Bundesländern seine Abschiebung in die Werkstatt für Behinderte, und er weigert sich oft, diesen Weg zu gehen. (Weil die Rehabilitation aus der Werkstatt heraus fast gegen Null geht?)

3. Das Elend mit den Kostenträgern 1991!

Die Krankenkassen hatten sich relativ schnell etabliert und ihre Verantwortung im Bereich der stationären Versorgung übernommen. Aber wie sah es bei ambulanten Leistungen aus? Unser Versuch, die Krankenkassen an der ambulanten psychiatrischen Betreuung zu beteiligen, ist bis heute fehlgeschlagen. Das liegt zum einen an der fehlenden Qualifikation der Mitarbeiter, z. B. kaum vorhandener, ausreichend qualifizierter Arbeitstherapeuten, zum anderen hat bis heute unsere Kraft nicht gereicht, die Anerkennung als Leistungserbringer von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege zu erhalten.

Wir sind uns sicher, im Bereich Betreutes Einzelwohnen mehrfach akute psychotische Dekompensationen gemeinsam mit niedergelassenen Nervenärzten abgefangen zu haben. Der Nervenarzt bekommt seine Leistung von der Kasse vergütet - wir nicht.

Auch an dieser Stelle scheint mir eine Diskriminierung des psychisch Kranken gegenüber den somatisch Kranken zu bestehen, da die psychiatrische Hauskrankenpflege in den alten Bundesländern kaum erbracht bzw. eingeklagt wird. Hinzu kommt, daß wir als kleiner Verein mit unseren Angeboten von den Krankenkassen scheinbar nicht sehr ernst genommen werden und es allzu leicht ist, uns aus dem Rennen zu werfen.

Die Sozialhilfeträger befinden sich noch heute im Aufbau bzw. durch die Kreisgebietsreform schon wieder im Umbau.

Es war für uns am Anfang nicht leicht zu erfassen, was der örtliche und was der überörtliche Träger bezahlt. Das gleiche Problem schien aber auch die Behörde zu haben, deren Mitarbeiter, die mit uns gemeinsam beim Studieren des SGB V waren, vielfach aus den östlichen Bundesländern stammen.

Da in den Behörden im Interesse des eigenen Arbeitsplatzes niemand etwas falsch machen wollte, wurden am Anfang erst einmal keine Entscheidungen getroffen. Hinzu kam, daß auch hier die Situation der Heime im Mittelpunkt stand. Erst jetzt ist man bereit, sich mit der Situation von Wohngemeinschaften, ihren inhaltlichen Problemen und finanziellen Ausstattungen zu befassen - zu einer Zeit, da unsere erste Wohngemeinschaft seit fast zwei Jahren besteht.

Ich will hier nicht darauf eingehen, daß die bessere finanzielle Absicherung des Vereins durch Tagessätze des überörtlichen Trägers einer finanziellen Entmündigung des Betroffenen gleichkommt. Eine Entscheidung, wie hier die Regelfinanzierung ausfallen soll, ist im Lande Brandenburg noch nicht gefallen, und wir hoffen, in der fachlichen Diskussion ein Wort mitreden zu dürfen und dabei von den Sozialhilfeträgern ernst genommen zu werden. Natürlich verstärkt das Problem der zunehmend leeren Kassen das Hin- und Herschieben der Verantwortung für bestimmte Leistungen, vor allem solcher, die keine Pflichtleistungen sind. Hier wird gerade der Aufbau von Freizeitangeboten von vornherein verhindert. Hinzu kommt, daß sich gerade die Mitarbeiter der örtlichen Sozialhilfeträger unter den Begriffen "chronisch psychisch krank" oder "psychisch behindert" wenig oder nichts vorstellen können. Hier ist Wissensvermittlung im Rahmen der Gespräche zur Finanzierung immer wieder gefragt und auch angebracht.

Ähnlich gestaltet sich die Situation auf den Arbeitsämtern und bei der Hauptfürsorgestelle. Wir gewannen immer wieder den Eindruck, daß die Gruppe der psychisch Kranken vergessen wurde, weil es einfach schwierig war, für sie Arbeitsplätze zu gestalten.

Für Rollstuhlfahrer, Blinde oder Taube ist dies einfacher, da gibt es Normen - für den psychisch Kranken nicht.

Vor allem bei den letzten zwei Trägern spielte ein Finanzierungskonzept und die Beteiligung anderer Geldgeber eine Rolle.

Unsere Mitgliedsbeiträge konnten nicht viel ausrichten, und wir versuchten Geld für konkrete Projekte, z. B. für ein Auto im Bereich Betreutes Wohnen, zu bekommen, indem wir uns an Stiftungen wandten. Hier haben wir die Erfahrung machen müssen, daß es als kleiner Verein schwierig ist, seine fachliche und personelle Kompetenz zu beweisen, wenn noch kein konkretes Projekt vorzeigbar ist, in das Fördermittel des Bundes oder des Landes laufen. Man traut einem solchen Verein mit seinen wenigen Mitgliedern oft das Durchhaltevermögen in der Auseinandersetzung mit den Instanzen nicht zu. Immer noch auf der Suche nach dem Geld und einer Regelfinanzierung stießen wir auf das Programm "Aufbruch - Psychiatrie" und das Psychiatriereferat der Landesregierung Brandenburg.

Auch hier wurden wir vorstellig, breiteten unsere Ideen aus und schließlich unseren Wunsch nach Geld. Wir haben dort über das gestritten, was nötig ist und über das, was in Zukunft vielleicht regelfinanzierbar ist. Wir haben letztendlich unsere Anschlußfinanzierung an die ABM bekommen und weitergemacht.

Dabei habe ich gelernt, Lohn nach dem BAT-Ost zu berechnen, denn Lohnrechnung bei Paritätischen für kleine Vereine ist bisher nicht möglich. Auch habe ich gelernt, Anträge mit all ihren Tücken zu verstehen und auszufüllen. Am Anfang war das noch relativ einfach, doch als es dann um Baumaßnahmen ging, fingen die nächsten Probleme an.

Wie gestaltet man ein Raumkonzept, wer bezahlt den Architekten, wie sieht ein vernünftiger Vertrag aus? Was sagt das Finanzamt, wenn wir eine Firma gründen, die Gewinn erwirtschaftet? Auf unsere Fragen eine Antwort zu finden, war dabei nicht immer einfach. Anders als bei den anderen Wohlfahrtsverbänden baute sich beim Paritätischen die Beratung zum Steuerrecht, zur Vertragsgestaltung, zum Bauen und zu anderen Detailfragen sehr langsam auf. Überschüssiges Geld, um sich Kompetenz in den anderen Bereichen zu kaufen, war und ist kaum vorhanden. So haben wir Fehler gemacht, die mit mehr Sachkenntnis und weniger Mut vermeidbar gewesen wären, die wir aber nicht bereuen, weil wir hoffen, daraus gelernt zu haben.

Ich will noch kurz anreißen, wie schwierig es ist, qualifizierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu finden. Die wenigen qualifizierten Personen, die es schon zu DDR-Zeiten gab, haben feste Arbeitsstellen, die sie nicht gegen eine jährlich befristete beim Verein eintauschen. Qualifikation, die auch ihre staatliche Anerkennung findet, neben der Arbeit zu erwerben, scheint unmöglich. Hier besteht ein aus meiner Sicht großes Defizit, das wir nur in einer gemeinsamen Aktion aller kleinen Vereine lösen können.

Zum Schluß möchte ich noch auf den beginnenden Kampf um die Betroffenen hinweisen, da nur über konkrete Betreuung, in welcher Form und an welchem Ort auch immer, Geld in die Kassen der einzelnen Träger fließt und so die Arbeitsplätze der Mitarbeiter/innen gesichert werden.

Ich hoffe, daß im Interesse der Betroffenen Sachkompetenz und Qualität der Betreuung wesentliche Kriterien bei der Bewilligung der Mittel von Bund und Land sind.

Sozialrechtliche Probleme beim Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung

Peter Mrozyński

I. Allgemeines

- a) Im Zusammenhang mit dem weiteren Ausbau der psychiatrischen Versorgung lassen sich drei grundlegende Zielsetzungen feststellen. Es sind dies:
 1. Die Organisation der Versorgung in einer Weise, die eine Erbringung von Komplex- oder Mischleistungen ermöglicht. Angestrebt wird also eine Integration aller wesentlichen Leistungsbestandteile.
 2. Der weitere Ausbau der ambulanten Versorgung, der mit einer deutlichen Orientierung hin zur regionalen Versorgung erfolgt.
 3. Die bessere Begründung von Leistungsansprüchen psychisch Kranker gegenüber den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung und die damit verbundene Verminderung einer Abhängigkeit dieses Personenkreises von den Leistungen der Sozialhilfe.
- b) Diese drei Ziele sind nicht widerspruchsfrei zu verwirklichen. Eine Komplex- oder Mischleistung läßt sich am ehesten noch in der stationären Versorgung erbringen. Damit ergibt sich ein Widerspruch zwischen den Zielen 1 und 2.

Betrachtet man das Verhältnis der leistungsrechtlichen Vorschriften zueinander, so läßt sich feststellen, daß eine Komplex- oder Mischleistung im ambulanten Bereich noch am ehesten in der Sozialhilfe möglich ist. Ist nämlich einmal die Zuständigkeit des örtlichen oder überörtlichen Trägers der Sozialhilfe begründet, so können alle Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt und in den besonderen Lebenslagen miteinander verbunden werden. Damit ergibt sich ein Widerspruch zwischen den Zielen 1 und 3. Auch innerhalb der Sozialhilfe ist die Begründung einer Komplexleistung noch einfacher, wenn die Hilfe in einer Einrichtung erfolgt, also zumeist auch in der Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe liegt. Das ergibt sich aus den Konzentrationsgrundsätzen der §§ 27 Abs. 3 und 100 Abs. 2 BSHG. Hier widersprechen sich also alle drei der oben genannten Ziele.

- c) Diese Widersprüche ergeben sich natürlich aus der Grundstruktur des gegliederten Systems. Bleibt man im Vorrangverhältnis vor der Sozialhilfe, so ergibt sich im Sozialrecht ein sehr differenziertes System von Zuständigkeiten für die Leistungen. Dies bedingt eine Zerlegung der integrierten Versorgung in einzelne Bestandteile, nämlich in Akutbehandlung, medizinische Rehabilitation, soziale Rehabilitation, Pflege, berufliche Rehabilitation und behinderungsgerechte Arbeit.

Vom medizinisch-fachlichen Standpunkt aus wird der Sinn der Trennung durchweg in Zweifel gezogen. Er läßt sich nicht einmal auf dem Hintergrund des gegliederten Systems schlüssig begründen. So ist im Verhältnis aller leistungsrechtlichen Einzelbereiche zueinander die Rechtsprechung wiederholt mit schwierigen Abgrenzungsfragen konfrontiert worden: z. B. BSG 59 S. 116 - Akutbehandlung/Pflege; BSG 46 S. 41 - Akutbehandlung/medizinische Rehabilitation; BSG SGB 1993 S. 281 - medizinische/soziale Rehabilitation; BSG 50 S. 49 - medizinische/berufliche Rehabilitation.

Im stationären Bereich bestehen zwar auch viele der genannten Abgrenzungsprobleme, dennoch ist hier viel eher eine Integration von einzelnen Leistungsbestandteilen möglich (vgl. BSG 42 S. 16). Das ergibt sich schon aus der Existenz des Sozialdienstes im Krankenhaus (§ 112 Abs. 2 Ziff. 4 SGB V), der zwingend zur stationären medizinischen Versorgung hinzutritt, die ihrerseits viel umfassender ist als die ambulante ärztliche Behandlung.

Demgegenüber verläuft die ärztliche Behandlung als solche im ambulanten Bereich noch immer weitgehend losgelöst vom sozialen Umfeld. Das bedeutet also, daß man weitgehend auf eine stationäre Versorgung angewiesen ist, wenn man die soziale Betreuung sicherstellen will. Der andere Weg wäre, die ambulante ärztliche Behandlung durch Maßnahmen auf der Grundlage des Sozialhilferechts zu ergänzen.

Im Ergebnis läßt sich also eine Komplexleistung am leichtesten im stationären Bereich oder auf sozialhilferechtlicher Grundlage begründen. Es kann allerdings nicht übersehen werden, daß sich im Bereich der Krankenversicherung Betreuungsformen entwickeln, die wenigstens im Ansatz eine integrierte Versorgung ermöglichen. Das ergibt sich im wesentlichen aus zwei Grundtendenzen. Zum einen läßt sich die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in der psychiatrischen Versorgung noch erheblich ausbauen (vgl. bereits BSG 50 S. 73), zum anderen ist der Begriff des Heilmittels mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker neu gefaßt worden (Heil- und Hilfsmittelrichtlinien, Bundesarbeitsblatt 1991, Heft 2, S. 31). Faßt man in der Hand der Krankenversicherung Heilmittel und häusliche Krankenpflege organisatorisch zusammen, so bewegt man sich auch in der ambulanten Versorgung ein gutes Stück in Richtung auf die Komplexleistung.

II. *Schwierigkeiten innerhalb des Sozialhilferechts*

Wenn auch der angedeutete Weg über die Krankenversicherung weiter beschritten werden muß, so müssen wir doch feststellen, daß sich diese Entwicklung gegenwärtig erst in ihrem Anfangsstadium befindet. Außerdem wird eine nicht geringe Zahl psychisch Kranker auf Dauer auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sein.

1. Grundsätzliches zur Leistungsstruktur

Viele Vorschriften des Sozialhilferechts sind so gefaßt, daß in mancher Hinsicht eine stationäre Versorgung vorteilhafter ist oder der Wechsel in den ambulanten Bereichen auf andere Weise unnötig erschwert wird. Dabei ist von folgendem leistungsrechtlichen Grundprinzip der Sozialhilfe auszugehen:

Die stationäre Versorgung orientiert sich am Grundsatz des § 27 Abs. 3 BSHG. Danach gehört zur Hilfe in besonderen Lebenslagen in einer Einrichtung auch die Hilfe zum Lebensunterhalt. Nach der Neufassung des Gesetzes gilt dies nun wieder einschließlich der einmaligen Leistungen nach § 21 Abs. 2 BSHG (vgl. BVerwG FEVS 39 S. 397). Wird dagegen der psychisch Kranke ambulant versorgt, etwa in einer lockeren Wohnform, so zergliedert sich die Hilfe in eine Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 11, 12 BSHG) und in eine Eingliederungshilfe für Behinderte (§ 39 BSHG). Das hat für alle Beteiligten erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen. Sie sollen im folgenden aus der Sicht des Leistungsempfängers, seiner unterhaltspflichtigen Angehörigen und des örtlichen bzw. überörtlichen Trägers der Sozialhilfe erörtert werden. Als Anknüpfungsbeispiele sollen das Übergangsheim als stationäre und das Betreute Wohnen als ambulante Form der Hilfe dienen.

2. Leistungsempfänger

Wird der psychisch Kranke stationär versorgt, so erhält er nach dem Grundsatz des § 27 Abs. 3 BSHG ausschließlich Eingliederungshilfe für Behinderte, da auch sein Lebensunterhalt in die umfassende Hilfe integriert wird. Damit gelten für Kostenbeiträge nur diejenigen sozialhilferechtlichen Vorschriften, die auf die Hilfe in besonderen Lebenslagen anwendbar sind, also vor allem die §§ 79 - 85 BSHG.

Hinsichtlich der Kostenbeiträge, die ein Hilfeempfänger, etwa aus seiner Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, zu leisten hat, gilt § 85 Ziff. 3 2. als Alternative. Das bedeutet nach der vorherrschenden Verwaltungspraxis, daß der Hilfeempfänger so viel von seinem Einkommen einzusetzen hat, daß ihm nur ein Betrag verbleibt, der dem Barbetrag des § 21 Abs. 3 BSHG entspricht. Gerade aber im Rahmen der Nachsorge oder allgemein des Überganges zu einer selbständigen Lebensführung, kann dem Hilfeempfänger auch ein höherer Betrag belassen werden. Dafür sind therapeutische Gesichtspunkte ausschlaggebend (OVG Lüneburg FEVS 37 S. 27). Damit ist es immerhin möglich, daß dem stationär versorgten psychisch Kranken ein erheblicher Teil seines Einkommens verbleibt, sei es zum Verbrauch, sei es für die Bildung von Rücklagen.

Wird der Hilfeempfänger dagegen ambulant versorgt, dann erhält er neben der Eingliederungshilfe (§ 39 BSHG) selbständig Hilfe zum Lebensunterhalt nach den §§ 11ff BSHG. Das ist jedenfalls dann der Fall, wenn das eigene Einkommen nicht ausreicht. Davon ist bei vielen psychisch Kranken auszugehen, weil die EU-Renten bzw. eigenes Erwerbseinkommen relativ gering sind. Im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt besteht aber praktisch keine Handhabe dafür, Einkommen freizulassen.

Beim Erwerbseinkommen konnte man ursprünglich den Mehrbedarfzuschlag nach § 23 Abs.4 BSHG ansetzen. Dasselbe ist jetzt nach § 76 Abs. 2a BSHG möglich. Das gilt aber nur für Erwerbseinkommen. Alle anderen Einkunftsarten, etwa auch Renten, sind im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt voll einzusetzen.

Das bedeutet im Ergebnis, daß die stationäre Versorgung für den psychisch Kranken wirtschaftlich günstiger ist. Der Einsatz des Einkommens ist in § 85 Ziff. 3 BSHG flexibel gestaltet und kann geringer sein als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt. Selbst im ungünstigsten Falle hat der stationär Versorgte nach Deckung seines ganzen Lebensbedarfs noch etwa 200,-- DM als Barbetrag zur freien Verfügung. So viel dürfte dem ambulant versorgten Kleinrentner oder -verdiener kaum verbleiben.

Nicht anders sieht es beim Einsatz des Vermögens aus. Wer stationär versorgt wird, kann über ein höheres Schonvermögen verfügen, i. d. R. sind dies 4500,-- DM. Wer ambulant versorgt wird und Hilfe zum Lebensunterhalt erhält, kann sich immer nur auf den geringeren Betrag des Schonvermögens, nämlich 2500, --DM berufen. Das gilt auch dann, wenn er zusätzlich Hilfe in besonderen Lebenslagen erhält, denn beim Vermögensschutz gibt es kein Günstigkeitsprinzip, wie es in § 83 BSHG für das Einkommen zum Ausdruck kommt.

3. *Unterhaltspflichtige Familienangehörige*

Die weitgehende Verweisung des psychisch Kranken auf Leistungen der Sozialhilfe hat nicht nur wirtschaftliche Folgen für ihn, sondern auch für seine Familie, soweit deren Mitglieder unterhaltspflichtig sind. Das betrifft also im wesentlichen Ehepartner, Eltern und Kinder (§§ 1360, 1601ff BGB). Zwar ist die Heranziehung unterhaltspflichtiger Eltern eingeschränkt bzw. gänzlich ausgeschlossen. Jedoch beziehen sich die einschlägigen Vorschriften nur auf die Eingliederungshilfe für Behinderte und die Hilfe zur Pflege (§ 91 Abs. 2 Satz 2 BSHG). Danach erfolgt eine Heranziehung unterhaltspflichtiger Eltern grundsätzlich dann nicht, wenn einem Behinderten nach Vollendung des 21. Lebensjahres Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege geleistet wird.

Dieser Verzicht auf eine Heranziehung wird als zu begrenzt angesehen. Die Expertenkommission hat deswegen den Vorschlag gemacht, die Ausnahmeregelung des § 91 Abs. 2 Satz 2 BSHG auf alle Unterhaltspflichtigen zu erstrecken und darüber hinaus auch auf den Fall zu erweitern, daß einem Behinderten behinderungsbedingt Hilfe zum Lebensunterhalt geleistet wird (Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988, S. 658). Erst dann wäre die Familie vollständig aus der wirtschaftlichen Verantwortung für den Behinderten entlassen.

Solange diese Erweiterung nicht vorgenommen ist, stellt sich die Rechtslage so dar, daß eine Heranziehung unterhaltspflichtiger Eltern dann erfolgt, wenn einem psychisch Kranken Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt wird. Das ist bei einer

vollstationären Versorgung nicht der Fall, weil hier wiederum die Vorschrift des § 27 Abs. 3 BSHG eingreift. Die ganze Versorgung folgt also den Grundsätzen der Hilfe in besonderen Lebenslagen. Konkret handelt es sich also insgesamt um Eingliederungshilfe für Behinderte. Das hat zur Folge, daß unterhaltspflichtige Eltern nicht herangezogen werden. Wechselt der psychisch Kranke in eine ambulante Versorgungsform über, dann erhält er neben der Eingliederungshilfe zumeist auch Hilfe zum Lebensunterhalt. Auf diese Hilfe ist § 91 Abs. 2 Satz 2 BSHG in seiner derzeitigen Fassung nicht anwendbar. Also werden die Eltern zu den Kosten herangezogen. Das erfolgt zeitlich unbegrenzt, da die Unterhaltspflicht nicht vom Alter abhängig ist. Hat der psychisch Kranke selbst kein Einkommen, dann betragen die Kosten für Regelbedarf, Unterkunft und einmalige Leistungen monatlich gut 1000,- DM. Dieser Belastung können die Eltern dadurch entgehen, daß sie eine vollstationäre Versorgungsform für ihr Kind anstreben. Sollten sie nach den §§ 1896 ff. BGB als Betreuer bestellt sein, so hätten sie u. U. sogar die Rechtsmacht, ihre Auffassung durchzusetzen (§ 1903 BGB).

4) *Örtlicher und überörtlicher Träger*

Nach Bundesrecht ist es überwiegend so, daß für die stationäre Eingliederungshilfe der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig ist (§ 100 Abs. 1 Ziff. 1 BSHG). Soweit sich daraus auch eine Überregionalität der Versorgung ergibt, entspricht das nicht den Vorstellungen der Gemeindepsychiatrie. Man muß allerdings sagen, daß eine einheitliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers nicht zwangsläufig auch überregionale Versorgungsstrukturen bedingt. Der jeweils zuständige Träger der Sozialhilfe ist durch nichts gehindert, die Versorgung regional zu organisieren.

Das eigentliche Problem besteht darin, daß nach den Grundsätzen der §§ 99 und 100 BSHG die stationäre Versorgung grundsätzlich beim überörtlichen und die ambulante Versorgung beim örtlichen Träger liegt. Dies kann eben dazu führen, daß sich die örtlichen Träger dem Aufbau einer ambulanten Versorgungsstruktur widersetzen. Sie fürchten nicht ganz zu Unrecht, daß ihnen mit der Entlassung aus der stationären Versorgung die Verantwortung für die Betreuung der psychisch Kranken zufällt. Das Problem liegt also in der uneinheitlichen Zuständigkeit für eine Gruppe von Hilfeempfängern.

Man könnte nun darangehen, gegebenenfalls durch Landesrecht die Zuständigkeit gänzlich auf den überörtlichen Träger zu verlagern. Von Nachteil wäre dabei, daß die vorhandenen vollstationären Einrichtungen wohl weiterhin irgendwie genutzt werden müßten. Aus Kostengründen würde sich zunächst wohl nur eine gewisse Umgestaltung der Einrichtungen, ihre Öffnung nach außen, ergeben. In größeren Flächenstaaten käme der Nachteil hinzu, daß eine ortsnahe Verwaltung nur erschwert möglich wäre. Diese Dinge könnte man aber durch gezielte Planung langfristig in den Griff bekommen.

Als Alternative wäre an eine einheitliche Zuständigkeit des örtlichen Trägers zu denken. Der größte Nachteil dieser Lösung würde wohl darin bestehen, daß die

kommunalen Gebietskörperschaften eine Vielzahl von Aufgaben haben, von denen die Sozialhilfe nur eine ist. Innerhalb der Sozialhilfe würde die Gruppe der psychisch Kranken nur eine kleine Gruppe bilden. Es bestünde die Gefahr, daß nicht mit Nachdruck an der Aufgabe der Gemeindepsychiatrie gearbeitet wird. Demgegenüber sind die Aufgaben bei den überörtlichen Trägern auf die Sozialhilfe und insbesondere auf die Hilfe für Behinderte konzentriert.

Um angesichts dieser Situation einen nächsten Schritt im Enthospitalisierungsprogramm tun zu können, sollte man m. E. zunächst eine Entlastung über das Erstattungsrecht schaffen. In den §§ 103ff BSHG wäre eine Vorschrift zu schaffen, wonach bei der Entlassung aus einer Einrichtung der örtliche Träger zuständig wird (§ 97 BSHG). Liegt aber ein echter Fall einer Enthospitalisierung vor (und nicht nur eine vorherige kurze Aufnahme in die Einrichtung), so sollte man dem örtlichen gegen den überörtlichen Träger der Sozialhilfe einen Erstattungsanspruch einräumen. Damit könnten die Kosten in der stationären Versorgung reduziert werden. Die örtlichen Träger müßten sich aber nicht länger aus wirtschaftlichen Gründen gegen eine ambulante Versorgung sträuben.

