

Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus den Bezirkskrankenhäusern Bayerns

— Gut gemeint oder gut gemacht?

Aus: BEHINDERTENPÄDAGOGIK, 39. Jg., Heft 4/2000, Seite 351-368

Walter Straßmeier

© Walter Straßmeier 2000

1. Vorgeschichte.....	1
2. Untersuchungsverfahren — Untersuchungsinstrumente.....	2
2.1 Übersicht über den Stand der Enthospitalisierung	2
2.2 Patientenfragebogen/Bewohnerfragebogen	3
2.3 Wohnheimfragebogen	3
2.4 Entwicklungsdokumentation	4
2.5 Fallstudien	4
3. Ergebnisse	5
3.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe.....	5
3.2. Prozess der Ausgliederung	6
3.3 Vergleich der Einrichtungen der Umfrage	7
3.4 Fazit.....	8
4. Grenzen der Untersuchung	10
5. Ausblick	10
Literatur.....	15
Anschrift des Verfassers:	15

1. Vorgeschichte

Mehr als zwanzig Jahre nach der “Psychiatrie-Enquete” (Bericht über die Lage ... 1975) bewegte sich für die Menschen mit geistiger Behinderung, die in psychiatrischen Krankenhäusern “fehlplatziert” untergebracht waren, lediglich in einigen Bundesländern etwas, häufig war die Situation für diesen Personenkreis nach wie vor nicht tragbar. Im Dezember 1993 stellten Teilnehmer/-innen der Konferenz “Nicht ohne Not ins Krankenhaus — Perspektiven der Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen aus psychiatrischen Einrichtungen, Pflegeheimen und isolierenden Großeinrichtungen” fest, dass noch Tausende dieser Menschen in der Bundesrepublik “fehlplatziert und fehlbetreut” in psychiatrischen Krankenhäusern und isolierenden Pflegeeinrichtungen untergebracht seien. Sie forderten “sofortige Umwandlung von Stationen in psychiatrischen Einrichtungen und Pflegeheimen zu kleinen, gemischt geschlechtlich belegten Wohngruppen unter pädagogischer Leitung” (Magdeburger Appell 1993).

1994 veranstaltete der seit 1985 bestehende Arbeitskreis “Geistig Behinderte in der Psychiatrie”, der Leiter der Geistigbehinderten-Bereiche psychiatrischer Kliniken in der BRD ist, sein zwanzigstes Treffen in einer psychiatrischen Klinik in Bayern. Anlässlich dieser Tagung stellten die Teilnehmer für die Situation in dieser Klinik fest: “Insgesamt müssen die Verhältnisse trotz des engagierten Personals als menschenunwürdig bezeichnet werden! Neben den katastrophalen räumlichen und sanitären Zuständen sticht hierbei das völlige Fehlen von tagesstrukturierenden Maßnahmen im Sinne eines behindertengerechten arbeitstherapeutischen

und heilpädagogischen Angebots ins Auge.“ Sie forderten die maßgeblichen Stellen auf, sich dieses Problems der Menschen mit geistiger Behinderung in den Psychiatrien Bayerns anzunehmen.

1995 beschloss der Verband der Bayerischen Bezirke einen Rahmenvertrag zur Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus den Bezirkskrankenhäusern Bayerns. Danach sollten von den noch dort lebenden ca. 700 Personen bis Ende 1998 die Hälfte in angemessene Wohnformen ausgegliedert werden, die “Bettenmessziffer bis 2003 auf 0,05 % zurückgeführt, also noch einmal halbiert” werden. Nach den Prinzipien der Normalisierung, Individualisierung und Integration sollten folgende Schritte eingeleitet werden:

- Kurzfristige Zusammenfassung der geistig Behinderten in den Bezirkskrankenhäusern in einem eigenen Bereich zur Vorbereitung auf ein Leben außerhalb der Klinik mit Benennung eines Verantwortlichen.
- Kurzfristiger Aufbau einer Spezialambulanz für geistig Behinderte in den Bezirkskrankenhäusern mit einigen wenigen (max. 12) Krisenbetten.
- Kurzfristiger Aufbau außerklinischer Versorgungsstrukturen, die neben den erforderlichen Wohnplätzen insbesondere Angebote in Werkstätten für Behinderte und Förderstätten umfasst.
- Kurzfristige Schaffung eines Arbeitskreises 'Geistig Behinderte in der Psychiatrie' (Rahmenkonzept 1994).

Um den Prozess der Enthospitalisierung zu dokumentieren, wurde durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung die Universität Würzburg (Professor Dr. Walter Straßmeier, Abteilung Geistigbehindertenpädagogik) beauftragt, eine wissenschaftliche Untersuchung durchzuführen, die das Vorgehen und die bis Ende 1998 erreichten Ziele beschreiben sollte. Die Projektkoordination lag bei Frau Dr. Bettina Lindmeier. 22 Studierende der Universitäten Würzburg und München waren bei der Erhebung von Daten beteiligt. Ein Arbeitskreis aus Trägerverbänden, Bezirken und Regierungen, Kliniken und Sozialministerium trug mit kritisch-konstruktiven Beiträgen zur Effizienzsteigerung der Untersuchung bei. Der Untersuchungszeitraum war leider sehr kurz (Mai 1997 bis Dezember 1998), sodass viele interessante Teilaspekte noch nicht aufgearbeitet werden konnten. Der Projektbericht wird demnächst erscheinen.

2. Untersuchungsverfahren — Untersuchungsinstrumente

2.1 Übersicht über den Stand der Enthospitalisierung

Dieser Kurzfragebogen wurde als Totalerhebung in allen psychiatrischen Bezirkskrankenhäusern durchgeführt, in deren Langzeitbereich Menschen mit geistiger Behinderung lebten, sowie in den Pflegeheimen auf Klinikgelände, die seit Juli 1996 gegründet wurden. Das Selbstverständnis des Pflegeheims als 'Enthospitalisierungsstation', 'Übergangsheim' oder 'langfristiger Wohnort' bleibt unberücksichtigt.

Die Erhebung diente der Beantwortung folgender Fragen:

Wie viele Langzeitpatienten waren insgesamt (nach Bezirken, nach Kliniken) in den BKHs untergebracht?

Wie lange war ihre Aufenthaltsdauer?

Wie viele Patienten wurden bereits ausgegliedert?

Wohin wurden sie ausgegliedert (Wohneinrichtungen im Einzelnen, Wohnformen)?

Welche Gruppen wurden zuerst ausgegliedert? Patienten mit leichter Behinderung zuerst?

Für wie viele Patienten gab es tagesstrukturierende oder therapeutische Maßnahmen?

Wie erfolgreich war die Ausgliederung, gemessen am Kriterium der Wiedereinweisung?

Lassen sich auf der Grundlage der Erhebung über den Stand der Enthospitalisierung, kombiniert mit Informationen aus Gesprächen vor Ort, Hypothesen bezüglich des Zusammenhangs zwischen Eigenschaften des Bewohners, Art der Wohneinrichtung und Erfolg der Ausgliederung formulieren?

2.2 Patientenfragebogen/Bewohnerfragebogen

In den Pflegeheimen auf Klinikgelände und in den BKHs wurde der Patientenfragebogen, in den sonstigen Einrichtungen der Bewohnerfragebogen durchgeführt. Die Bögen sind fast identisch; die einzige Abweichung betrifft die Frage nach der Prognose für eine Enthospitalisierung im Patientenfragebogen, die im Bewohnerfragebogen fehlt.

Da es bislang kein für den Personenkreis der Untersuchung brauchbares und validiertes Manual gibt, war die Entwicklung eines eigenen Fragebogens notwendig. Es wurden aber mehrere uns zugängliche Bögen benutzt: Der Patientenfragebogen von Schanze (BKH Kaufbeuren; Mitglied im Arbeitskreis) und der Patientenfragebogen des Arbeitskreises Enthospitalisierung in Unterfranken wurden bei den ersten drei Teilen berücksichtigt. Teil IV (Verhaltensauffälligkeiten) wurde auf der Grundlage des entsprechenden Teils der Entwicklungsdokumentation von Hall erarbeitet (vgl. unten), für Teil V (Kompetenzen und Hilfebedarf) diente das 'HKI (Heidelberger Kompetenzinventar) für Heime' von Holtz (stark verändert).

Die Erhebung sollte der Beantwortung der folgenden Fragen dienen:

Wie lässt sich die Gruppe der Patienten beschreiben?

Unterscheiden sich die Patienten in den BKHs oder den angeschlossenen Pflegeheimen von den ausgegliederten ehemaligen?

Ergänzend zur zweiten Frage:

Sind die schwierigsten Patienten 'übriggeblieben'?

Welche Wohnformen benötigen diese Patienten?

2.3 Wohnheimfragebogen

Der Wohnheimfragebogen besteht aus drei Teilen: Bewohnerfragebogen (s.o.), Gruppenfragebogen und Einrichtungsfragebogen.

Die Strukturdaten zu den Einrichtungen sollten über das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenschutz angefordert werden, wodurch eine nochmalige Erhebung vermieden werden sollte, der Bogen sollte knapp und möglichst wenig arbeitsaufwendig gehalten werden. Da die Übernahme der Daten schließlich doch nicht möglich war, wurden die wichtigsten Strukturdaten im Wohnheimfragebogen abgefragt.

Er wurde als postalische Vollerhebung durchgeführt. Aufgrund der kurzen Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitung (20 Monate) war es nicht möglich, gängige Maßnahmen zur Erhöhung der Rücklaufquote wie Mahnschreiben und -anrufe durchzuführen. Der Rücklauf lag dementsprechend auch nur bei 50%.

Die Erhebung sollte der Beantwortung der folgenden Fragenkomplexe dienen:

- Kennzeichen der Einrichtung, der Gruppe, der Bewohner,
- Eignung für den aufgenommenen Personenkreis,
- Korrelationen zwischen Strukturmerkmalen, Bewohnermerkmalen und Erfolg (gemessen an Wiedereinweisung, allg. Einschätzung der Situation durch die Mitarbeiter),
- Besonderheiten bei der Übernahme; Probleme bei der Betreuung derzeit.

Der Einrichtungsfragebogen war als dreiteiliger Bogen konzipiert worden. Fragen zur individuellen Betreuungsplanung, zur Beschäftigungssituation, therapeutischen Angeboten, der Pflegestufe und viele andere sollten über die detaillierteren, individuumsbezogenen Angaben im bewohnerbezogenen Teil erfasst werden. Nach der Entscheidung, den einrichtungs- und gruppenbezogenen Teil als Vollerhebung durchzuführen, wurden daher Fragen ergänzt, vor allem zur Beschäftigungssituation. Dennoch besteht hier das Problem, dass sich die tatsächliche Durchführung und Dauer von Maßnahmen für einen Bewohner anhand einer gruppenbezogenen Fragestellung nicht nachvollziehen lässt. Während bei der Durchführung des Bewohnerbogens gesagt wurde: der Bewohner sollte eigentlich in die Arbeitstherapie gehen, tut es aber nicht, ist für dieselbe Einrichtung — analog zu den konzeptionellen Vorgaben — zu lesen, dass selbstverständlich tagesstrukturierende Angebote für alle Bewohner zur Verfügung stehen. Allgemein ausgedrückt: Das Vorhandensein eines Angebots sagt wenig darüber aus, wie viele Bewohner tatsächlich erreicht werden.

2.4 Entwicklungsdokumentation

Die Entwicklungsdokumentation ist ein sehr ausführliches Manual, das von Constanze Hall im Rahmen des Forschungsprojekts USTA ('Möglichkeiten des Übergangs vom Heim in gemeinwesenintegrierte Wohnformen am Beispiel Annagarten (Oranienburg)'); Projektleiter Prof. Dr. Martin Hahn, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin) entwickelt und im Rahmen der Ausgliederung aus der mehrgliedrigeren Einrichtung Annagarten erprobt wurde.

Für den Personenkreis unserer Untersuchung wurde die Entwicklungsdokumentation nach unseren Vorstellungen von Frau Hall überarbeitet und Studierende in die Verwendung eingeführt. Die Entwicklungsdokumentation wurde exemplarisch in zwei Gruppen einer Einrichtung durchgeführt.

Im Unterschied zum Patientenfragebogen handelt es sich bei der Entwicklungsdokumentation um ein förderdiagnostisches Instrument, das auf der Grundlage der Erfassung von Kompetenzen und Verhaltensweisen die Aufstellung eines konkreten Förderplans ermöglicht.

Die Erhebung diente der Beantwortung der folgenden Fragen:

- Wie entwickelt sich der Bewohner innerhalb des ersten Jahres nach der Ausgliederung?
- In welchen Bereichen werden Vereinbarungen im Team (zur Förderung, zum alltäglichen Umgang) getroffen?
- Korrelationen zwischen den ersten beiden Punkten.
- Prognose der weiteren Entwicklung.

Mit der Durchführung der Entwicklungsdokumentation sollte versucht werden, dem größten Problem der Begleitforschung zu begegnen, der kurzen Laufzeit. Da sich Entwicklungen bei relativ schwer behinderten Menschen oft langsamer vollziehen, muss entweder der Abstand zwischen zwei Erhebungen vergrößert werden oder die Dokumentation der Entwicklung muss sehr detailliert sein. Selbst für die Durchführung der Entwicklungsdokumentation mit einer Folgeuntersuchung nach einem Jahr war die Zeit zu knapp. Die Ergebnisse der Untersuchung von Frau Hall werden nach Abschluss der wissenschaftlichen Begleitung veröffentlicht.

2.5 Fallstudien

Durch Studenten wurden mit einzelnen, noch nicht enthospitalisierten Patienten bzw. Bewohnern Einzelförderungen durchgeführt. Sie sollten die Vorbereitungsphase, den Umzug und die erste

Phase in einer Wohneinrichtung umfassen. Durch die Verzögerungen der Ausgliederung (Mitte Oktober 1998 bzw. Dezember 1998/Januar 1999) war es nur noch ansatzweise möglich, die Entwicklung der Bewohner nach dem Umzug einzubeziehen. Neben der Arbeit mit einzelnen Bewohnern boten die Studenten regelmäßige Gruppenaktivitäten an, hospitierten über mehrere zusammenhängende Tage und begleiteten die Umzüge der Bewohner bzw. werden sie, auch nach Abschluss der Begleitforschung, weiterhin begleiten.

Die im Rahmen dieser Tätigkeiten entstehenden Protokolle wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (1997) ausgewertet.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

In Bayern wurde die Zahl der von einer Enthospitalisierung betroffenen Langzeitpatienten erfasst, indem die 7 bayerischen Bezirke sich an die psychiatrischen Kliniken mit der Bitte wandten, die genaue Zahl dieser Patienten zu melden.

Die erste Erhebung von Januar 1995 ergab insgesamt 671 Patienten, davon 458 Patienten mit dem Status 'Pflegefall'. Das Rahmenkonzept des Verbands der bayerischen Bezirke orientiert sich an dieser ersten Erhebung und spricht von "knapp 700 geistig Behinderte(n), die ganz überwiegend nicht oder nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind". Eine zweite Erhebung von Mai 1996 ergab 596 Patienten. Da der Stichtag, an dem sich die Begleitforschung ausrichtete (1.07.1995), nicht mit den Daten der Erhebungen übereinstimmt, konnten diese Zahlen nicht zugrundegelegt werden. Bei unseren Anfragen in den psychiatrischen Bezirkskrankenhäusern ergab sich als weiteres Problem, dass die wissenschaftliche Begleitung mit einem zwei Jahre zurückliegenden Stichtag operierte und dass innerhalb dieses Zeitraums strukturelle Veränderungen stattgefunden hatten. Die Wahl des Stichtags trotz dieser Schwierigkeiten geschah aufgrund des Wunsches des Staatsministeriums, den gesamten Ablauf seit der Verabschiedung des Rahmenkonzepts zu erfassen.

Als Voraussetzung für die Erhebung wurden von den gesetzlichen Betreuern der betroffenen Personen Einverständniserklärungen zur Datenerhebung eingeholt. In manchen Fällen erhielten wir in diesem Rahmen nochmals Zahlenangaben von den Kliniken, in anderen Fällen wurde uns — trotz nochmaliger schriftlicher Nachfrage — nur die Zahl der Einverständniserklärungen mitgeteilt. Da eine große Zahl von Betreuern keine Einverständniserklärung abgab, sind die im Kurzfragebogen erfassten Daten als 'Mindestdaten' anzusehen, die nur einen vorsichtigen Rückschluss auf die tatsächliche Zahl zulassen.

Über die Enthospitalisierung Geistigbehinderter aus den Bezirkskrankenhäusern Bayerns konnten bis zum Oktober 1998 338 Fragebögen ausgewertet werden, die Daten über diese Personen lieferten; das entspricht einem Prozentsatz von ca. 50 (erste Erhebung der Bayerischen Bezirke zugrunde gelegt) bzw. von 89% (Bezugsgröße: zweite Erhebung der Bezirke). Für die anderen Patienten wurden keine Einverständniserklärungen der Betreuer abgegeben.

Das Alter der Personen betrug im Durchschnitt 50 Jahre, 42% der ehemaligen Patienten waren weiblich, 58% männlich. Bei 118 Personen wurde eine leichte geistige Behinderung angegeben, bei 110 schwere geistige Behinderung, bei den psychischen Problemen wurde 43mal Schizophrenie angegeben, zwölfmal "tiefgreifende Entwicklungsstörung". In 58 Fällen wurde "cerebrale Anfallsleiden" und in 14 Fällen Sinnesbehinderung angekreuzt.

Die durchschnittliche Dauer der "Hospitalisierung" betrug 18 Jahre, es war jedoch auch ein beträchtlicher Anteil von Personen mit einer Dauer des letzten Aufenthaltes von 35, 40 und mehr Jahren vorzufinden. Für 282 Personen ergab sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der

Klinik, die über einem Drittel der Gesamtlebenszeit liegt, 40% der Personen verbrachten mehr als die Hälfte ihres bisherigen Lebens in der Psychiatrie.

3.2. Prozess der Ausgliederung

Es soll hier in Kürze versucht werden, die Rahmenbedingungen und die Ergebnisse der Enthospitalisierung sowie der Begleitforschung zusammenzustellen.

- Von den ca. 700 Personen mit geistiger Behinderung, die in den Bezirkskrankenhäusern Bayerns 'fehlplatziert' waren, weil sie keiner psychiatrischen Behandlung bedurften, wurden 338 durch einen Kurzfragebogen erfasst (48 %). 22 waren zum Abschluss der Erhebungen noch in den Bezirkskrankenhäusern, 100 (rund ein Drittel) wurden in Pflegeheime auf dem Klinikgelände verlegt (Umwandlung der Stationen in Heimgruppen, das heißt z. T. lediglich durch Auswechseln der Etiketten).

- Diese Pflegeheime werden als eigenständige Einheiten geführt, erhielten eine Heimleitung und unterstehen nicht mehr der Klinikleitung. Die Räumlichkeiten wurden baulich umgestaltet, Personal teilweise übernommen, die Grundstrukturen sind jedoch noch z. T. erhalten.

Das "psychiatrische Klinik-Modell" steht hier noch sehr im Zentrum:

Es wird z. B. in einem solchen Pflegeheim von "Stationen" gesprochen, von den ca. 60 Mitarbeitern sind 40 ausgebildete Pflegekräfte und lediglich eine Sozialpädagogin und keine einzige Heilerziehungspflegerin (von den 473 Personalstunden (für eine durchschnittliche Gruppengröße von 29) sind 34% der Stunden für Krankenpfleger, 28% für Krankenpflegehelfer und 12% für Altenpfleger, also insgesamt zu drei Viertel für Pflegepersonal vorgesehen), Doku-Mappe und Fortbildungsinhalte weisen fast ausschließlich medizinische Themen auf.

Konzepte dieser Art vermögen jedoch einen Diskussionsprozess innerhalb der Einrichtungen in Gang zu setzen. Das ermöglicht Veränderungen. Die Strukturen einer "totalen Institution" (Goffmann) werden zum Teil noch tradiert, die Bemühungen des Personals sind jedoch wahrzunehmen und anzuerkennen (aus Protokollen der Studierenden):

"Mir fiel heute einmal wieder extrem auf, wie bewundernswert ich den Umgang des Personals mit den Bewohnern finde. Wir haben noch kaum erlebt, dass es mit Bewohnern Probleme gibt, bei einigen kann man es sich gar nicht vorstellen, bei anderen umso besser. Den Schilderungen zu Folge, scheint es aber teilweise recht heftige Probleme zu geben, bei denen das Personal oft auch mal gewaltig was abbekommt und es wundert mich, wie sie trotzdem so auf die Bewohner zugehen können."

- Es wird gelegentlich unterstellt, solche Strukturen seien überwindbar mit dem Verlassen der Anstalt oder durch innere Reform der Anstalt (Klein 1992). Sie sind jedoch nur sehr schwer zu verändern, der 'Stationsalltag' wird häufig auf den 'Gruppenalltag' übertragen.

"Ich war ziemlich erstaunt, als ich feststellte, dass das einzige Getränk, das es zum Mittagessen gab, eine Art Buttermilch war und zwar eineinhalb Kannen für 11 Bewohner. Ich bemerkte kurz, dass ich persönlich so etwas nicht zum Mittagessen trinken möchte. Christian K. meldete sich bereits, er hätte lieber Saft. Bettina meinte so etwas wie 'Siehst du, die sagen schon, wenn sie was anderes wollen'. Ich erwiderte, zumindest solche wie der Christian K. und meinte, man könne doch auch die anderen aussuchen lassen. Also ging ich, um Saft zu holen. Als ich zurückkam, hatten fast alle schon Buttermilch im Glas. Bettina fühlte sich darin bestätigt, dass alle Buttermilch lieben, denn alle hatten ihr die Gläser zum Einschenken hingehalten. Allerdings war auch nichts anderes zu trinken da gewesen und kaum einer der Bewohner dürfte an diesem Tag bereits mehr als zwei kleine Tassen Kaffee und einen Becher Suppe getrunken haben."

- Im Verlauf von längeren Phasen der Mitarbeit in den Gruppen eines Pflegeheimes (ehemalige Station in einem BKH) ließen sich aber auch Veränderungen feststellen:

“In den letzten Wochen wurde die Essenssituation grundlegend verändert, indem nun zwei Tischgruppen gebildet wurden, an denen auf der einen Seite die ‚Fitteren‘ auf der anderen Seite die ‚Schwächeren‘ miteinander essen. Es wird zunächst das Essen der Schwächeren vorbereitet, und dann bekommen die Stärkeren zum Selbstnehmen das Essen in Schüsseln. Auch die Mitarbeiter setzen sich dazu, und so entsteht eine ruhigere Atmosphäre. Aber da nun immer mal wieder neue Mitarbeiter, die in Urlaub o.ä. waren neu angeleitet werden müssen, wird es ersteinmal sehr hektisch.

Neu ist auch, dass die Bewohner erst aufstehen, wenn alle gegessen haben, und dann beim Abtragen des Geschirrs helfen sollen. Dies geht dann auch sehr gut, man sieht dass der Wechsel der Stationsleitung einen Effekt gehabt hat.”

3.3 Vergleich der Einrichtungen der Umfrage

Wenn man sich die verschiedenen Einrichtungen ansieht, treten auch auf der Basis der Umfrageergebnisse erhebliche Unterschiede auf. Der Vergleich der Kompetenzen der Bewohner einer der Einrichtungen zeigt, dass es sich um relativ kompetente Personen handelt. In fast allen Kompetenzbereichen liegt der Personenkreis des Pflegeheimes G. an der Spitze (v.a. bei den sprachlichen Fähigkeiten, dem Gebrauch der Kulturtechniken und dem Sozialverhalten), während ein vergleichbares Pflegeheim in einem Bezirkskrankenhaus relativ schwer behinderte Bewohner hat, die auch im Verhalten sehr problematisch sind. Es hat sich herausgestellt, dass vor allem die 'leichter geistigbehinderten Personen' mit Problemverhalten schwieriger einzugliedern sind als die anderen Gruppen.

Die Vorgehensweisen waren sehr verschieden. Einige Kliniken gaben zuerst die 'schwierigeren' Bewohner ab, was die aufnehmenden Einrichtungen vor große Probleme stellte, andere sahen ihre Aufgabe darin, ihre Existenzberechtigung dadurch zu dokumentieren, dass sie die 'Nicht-Eingliederbaren' behielten. Aber auch die Heime ihrerseits zeigten unterschiedliche Schwerpunkte: Besonders drei Einrichtungen stellten sich explizit die Aufgabe, den besonders schwierigen Patienten durch ein eigenes Konzept vordringlich eine neue Wohnumgebung und tagesstrukturierende Maßnahmen zu schaffen.

So haben zwei Einrichtungen, in die ein Teil der ehemaligen Patienten abgegeben wurde, weit schwierigere Personen, als diejenigen waren, die in der Klinik verblieben. Die Personalstunden sind gleichmäßig über verschiedene Berufsgruppen gestreut (Erzieher mit 9% bzw. 35%; Heilerziehungspfleger mit 7% bzw. 5%), wobei das pflegerische Personal in der einen Einrichtung noch 64% ausmacht, während dieses in der anderen nicht auftaucht. Die beiden Wohnpflegeheime (freigemeinnützig bzw. privat) unterscheiden sich also bedeutsam.

Zwischen den privat-gewerblich geführten Heimen treten ebenfalls große Unterschiede auf: Astadt und Berg unterscheiden sich in ihrem Anteil an Erzieherstunden kaum (39% gegenüber 35%), in der Anzahl der Gesamtpersonalstunden jedoch schon (61 zu 17 pro Bewohner!). Wieweit diese Angaben zutreffen, konnte nicht genau eruiert werden, die Erfahrungen vor Ort und die Pflegesätze sprechen jedoch gegen diese Angaben.

Pflegeheime auf dem Gelände des BKH sind überwiegend als Übergangslösung gedacht, teilweise ist der Umzug in andere Einrichtungen geplant oder wird zur Zeit durchgeführt. Es ist aber auch eine Grundeinstellung vorzufinden, dass für die Menschen, die ihr Leben in diesen Einrichtungen verbracht haben, das BKH zur Heimat geworden ist und es nicht beabsichtigt ist, diese Pflegeheime für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Problemen aufzulösen.

Die Enthospitalisierung erfolgte überwiegend gruppenweise (71%), Wahlmöglichkeiten, soweit diese genutzt werden können, bestanden für die Bewohner kaum. Ein Teil der Bewohner fühlt sich in der neuen Umwelt unterfordert. Diese Gruppe kann anspruchsvollere Beschäftigungen und einen selbständigeren Lebensstil realisieren und konnte das zum Teil auch in der Psychiatrie (z. B. sich frei bewegen auf dem Gelände, Gänge in die Stadt, selbständigere

Zeiteinteilung). Die Ausgliederung hätte mehr auf den Einzelnen abgestimmt werden müssen (Individualisierung). Hier sind häufig institutionelle Grenzen gesetzt: Ein Wohnpflegeheim hat beispielsweise keinen WfB-Platz zu bieten, was für einige Bewohner als mittelfristige Lösung aber durchaus denkbar wäre. Hier liegt der Vorzug mehrgliedriger Einrichtungen, die im Rahmen ihres größeren Angebotes flexiblere Lösungen bieten, häufig aber nicht berücksichtigt wurden. Dies hat seine Ursache nicht in der mangelnden Bereitschaft der Einrichtungen, sondern liegt in der Tatsache begründet, dass die zuständigen Bezirksverwaltungen in aller Regel privaten Anbietern den Vorzug geben, da diese oft kostengünstigere Pflegesätze anbieten.

Die Gruppenzusammensetzung wird überwiegend mit 'heterogen' angegeben, obwohl die Clusteranalyse (ein statistisches Verfahren zur Zusammenfassung von Personen mit ähnlichen Kompetenzen und Verhaltensproblemen) teilweise dagegen spricht.

Die aufnehmenden Einrichtungen sind überwiegend Pflegeheime (30%) und Wohnpflegeheime (32%). Träger sind zu einem Viertel die Kommunen, fast ebenso häufig die Caritas, zu einem Drittel jedoch privat-gewerbliche Träger, deren Konzepte sehr unterschiedlich sind, so dass man sie kaum als eine Gruppe zusammenfassen kann.

Die räumliche Situation hat sich verbessert: Gegenüber der Unterbringung in Mehrbettzimmern (BKH und mehrgliedrige Einrichtungen) werden nun überwiegend Zweibettzimmer (55%) und Einbettzimmer (21%) angeboten, Dreibettzimmer aber immerhin noch zu 23%. Zwei Drittel der befragten Einrichtungen hielten diese Situation für günstig. Es werden auch weitere Räume für Therapie und Gruppenaktivitäten angeboten, so dass sich die Situation gegenüber derjenigen im BKH in den meisten Fällen verbessert hat.

Die personelle Situation hat sich nicht in jedem Fall verbessert, sie ist zum Teil sogar schlechter geworden (siehe oben). Durch die Einführung der Pflegeversicherung wird verstärkt auf das Konzept der Pflege gesetzt, was sich auch im Einsatz des Personals niederschlägt. Einige Anbieter versuchen, spezielle Pflegesätze genehmigt zu bekommen für eine sog. 'Sozialtherapeutische Wohngruppe' oder eine 'Heilpädagogisch-therapeutische Wohngruppe', was bei Kostenträgern auf Widerstand stößt.

3.4 Fazit

Als zusammenfassendes Fazit kann festgestellt werden:

- Der zeitliche Rahmen der Enthospitalisierung war sehr eng. Nach einer langen Phase des Recherchierens und der Klagen über unzureichende Verhältnisse wurde ein Zeitplan vorgegeben, der der Komplexität des Verfahrens nicht gerecht werden konnte. Dennoch ist es gelungen, den weit überwiegenden Teil der ehemaligen Patienten in Wohneinrichtungen zu vermitteln; bei einem Großteil der noch in einem Pflegeheim auf Klinikgelände lebenden Menschen steht die Enthospitalisierung kurz bevor oder wird zur Zeit durchgeführt.
- Die Durchführung der Enthospitalisierung ist von vielen Beteiligten mit so viel Engagement betrieben worden, dass selbst unter wenig günstigen strukturellen Bedingungen teilweise eine deutliche Verbesserung der Lebenssituation für die Betroffenen erreicht werden konnte. "Das Personal machte alles in allem einen relativ engagierten Eindruck. Obwohl es überwiegend aus Pflegekräften bestand, wurde durchaus versucht, pädagogisch zu wirken (durch die Aufforderung zur Mithilfe bei Haushaltstätigkeiten wie Wäsche zusammenlegen, Hilfe in der Küche, ..., bei der Morgentoilette sowie durch genaue Absprachen über Verbote und Regeln, ...). Jeder Bewohner hat eine feste Bezugsperson. Wenn genug Zeit ist, werden Spiele oder Bastelarbeiten gemacht."
- Schwierigkeiten und mangelnde Konzepte sind aber ebenfalls festzustellen: "Der sonstige Umgang mit den Leuten bleibt weiterhin ein Problem, nach Ansicht Hildes hat sich in diesem Bereich rein gar nichts getan. In Teamsitzungen werden jetzt die einzelnen Bewohner besprochen und Meinungen zu Problemverhalten gesammelt. Strategien gibt es weiterhin keine."

- In einigen Regionen ist die Zusammenarbeit zwischen den Wohneinrichtungen und psychiatrischen Kliniken verbessert worden. Aus diesen Regionen wird übereinstimmend berichtet, dass die Versorgung besonders schwieriger Bewohner bei entsprechender Kooperation und fachlicher Unterstützung gelingt. Allerdings ist das Vorhandensein von Spezialambulanzen und Kriseninterventionsstationen für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und psychiatrischen Problemen unabdingbar.
- Es ist teilweise eine gewandelte Sicht von psychischen Störungen oder schweren Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung festzustellen: Trotz erschwelter Betreuungsbedingungen wird hier versucht, einen am Normalisierungsprinzip orientierten Alltag zu gestalten: therapeutische Angebote, tagesstrukturierende Maßnahmen, zweiter Lebensbereich.
- Auf der anderen Seite sind Strukturen des Klinikalltags, restriktive Verhaltensmuster der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnern und Priorisierung des Pflegekonzepts vorzufinden, die eine veränderte Lebensqualität manchmal nur marginal erkennen lassen. So wird in Krisensituationen in 95% der zuständige Arzt konsultiert, in 88% eine 'Notmedikation' vorgenommen, aber auch in 55% noch fixiert. Bis auf ein Wohnpflegeheim (privat) verabreichen die Einrichtungen relativ viele Medikamente: von 123 Personen erhielten 123 Neuroleptika, 41 Antiepileptika und 26 Tranquilanzien.
- Die notwendige Abstimmung der Maßnahmen über Regionalkonferenzen fand nur in Ansätzen statt, womit das grundsätzliche Problem der mangelnden Kooperation in Bezug auf schwierige Bewohner bestehen bleibt. Ausgenommen sind hier allenfalls die Bezirke Schwaben, Oberbayern und Oberfranken, aus denen Berichte über gelungene Kooperation vorliegen. Teilweise wurde jedoch berichtet, dass die Wohneinrichtungen 'keinerlei Rückhalt' durch die zuständigen psychiatrischen Kliniken finden.
- Bewohner und Personal wurden häufig nicht adäquat vorbereitet. Vor allem beim Personal waren Befürchtungen zu hören, den Arbeitsplatz zu verlieren, Kritik an der bisherigen Arbeit und fehlende Anleitung führten zu Reibereien in den Teams, die 'schlechte Stimmung' führte häufig zu einer mangelnden Akzeptanz der Enthospitalisierung.
- Hieraus resultierte gelegentlich eine mangelhafte Vorbereitung der Bewohner, ebenso eine unzureichende Information der aufnehmenden Einrichtungen, deren Aufgabe dadurch erschwert wurde. Teilweise entstand der Eindruck, die Übernahme werde durch das Personal der Kliniken erschwert, um zu beweisen, dass die Enthospitalisierung scheitern müsse, und um dadurch die Rechtfertigung der eigenen Arbeit zu erhalten. Dies geschah ungeachtet eines grundsätzlichen Interesses am Wohlergehen und großer Anteilnahme am Schicksal der Bewohner und ist nur durch die starke psychische Belastung des Personals zu erklären. Die mangelnde Vorbereitung der Bewohner erschwerte die Enthospitalisierung in unterschiedlicher Weise: Eine Normalisierung der Lebensverhältnisse auf der Station hätte manche strukturellen Veränderungen (z. B. bei den Mahlzeiten, bei der Pflege) vorwegnehmen können. Viele Bewohner hielten ihren Aufenthalt im neuen 'Zuhause' für Urlaub und brauchten dadurch wesentlich mehr Zeit, um sich auf die neue Situation einzustellen. Krisen traten dann auf, wenn der 'Langzeitcharakter' der Situation deutlich wurde.
- Über die Information und Bitte um Einverständniserklärung der Betreuer hinaus fand teilweise keine Vorbereitung der Angehörigen statt. Ein — allerdings extremes — Beispiel für die Folgen fehlender Vorbereitung ist ein versuchter Mord einer Mutter an ihrer geistig behinderten Tochter mit anschließendem Selbstmordversuch. Auch andere Betreuer/Eltern äußerten die Hoffnung eines vorzeitigen Todes anstelle des Umzugs ihrer Betreuten (s. a. Shavelle u. Strauss 1999).

4. Grenzen der Untersuchung

Zur Frage der Lebensqualität, die wir uns stellten, trat ein bekanntes Problem auf: Das Konstrukt Lebensqualität besteht aus einer subjektiven und einer objektiven Komponente, wobei neuere Untersuchungen darauf hinweisen, dass die subjektive Einschätzung ausschlaggebend ist. Die Lösung der daraus entstehenden methodischen Probleme für die Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit eingeschränkten verbalen Ausdrucksmöglichkeiten steht aber noch am Anfang und sieht sich zudem immer dem Vorwurf der Beeinflussbarkeit durch Interviewer oder Betreuungspersonen ausgesetzt. Ein derartiges Vorgehen ist zudem sehr zeitaufwendig und kann daher nur exemplarisch durchgeführt werden. Aus einigen Fallbeispielen lassen sich aber interessante Aspekte extrahieren.

Der Schwerpunkt der Untersuchung lag daher auf der Abfrage von leicht und 'zuverlässig' zu ermittelnden Daten, was auf den ersten Blick verlässlichere Ergebnisse verspricht. Dass dies oft nicht zutreffend ist, soll an zwei Beispielen illustriert werden: Eine Wohneinrichtung, die im Vergleich mit anderen die meisten Freizeit- und Beschäftigungsangebote bietet und angibt, diese Angebote allen Bewohnern zu machen, hat zugleich einen Personalschlüssel, der eine regelmäßige Beschäftigung kaum möglich erscheinen lässt. Eine andere Einrichtung, die angibt, alle Bewohner besuchen die Fördergruppe, muss dies aus Personalmangel so handhaben; während der Dauer der Fördergruppe müssen sich alle Personen dort aufhalten, so dass eine Aussage über die angemessene Tagesstrukturierung, wie sie mit der Frage erhoben werden sollte, ad absurdum geführt wird.

Was nur zum Teil miteinander in Beziehung gesetzt werden konnte, sind Aussagen aus dem Wohnheimfragebogen und dem Bewohner-/Patientenfragebogen, da letzterer nicht in allen Einrichtungen durchgeführt werden konnte (Zeit- und Ressourcenproblem). Die Nachfragen bezüglich ambulanter und/oder stationärer Krisenintervention für Menschen mit geistiger Behinderung wurden nur teilweise beantwortet. Hier liegt noch Klärungsbedarf vor.

Einzelausgliederungen fanden vereinzelt in Wohnheimen und in mehrgliedrige Einrichtungen statt, aus denen auch vereinzelt über Trainingswohnen zur Vorbereitung größerer Selbständigkeit und geplante Übergänge in offenere Wohnformen berichtet wird. In der Untersuchung kam die Betrachtung dieser Punkte zu kurz, da das Augenmerk vor allem auf den Umzügen größerer Gruppen und auf 'Ist-Stands-Beschreibungen' anstelle von mittelfristigen Entwicklungen lag. Hier müsste dringend weitergearbeitet werden, um den Erfolg der Enthospitalisierung angemessen einschätzen zu können. Eine leitende Fragestellung an Einrichtungen in ca. drei Jahren sollte die weitere Individualisierung der Lebensformen und die gesamte Weiterentwicklung der ehemaligen Patienten sein.

5. Ausblick

Die Enthospitalisierung der Menschen mit geistiger Behinderung aus den Bezirkskrankenhäusern Bayerns scheint zumindest teilweise gelungen zu sein, vielfach blieb sie in halbherzigen Lösungen stecken, in manchen Fällen muss konstatiert werden, dass sie gescheitert ist (lediglich 'Umhospitalisierung'). Die Zeit war sehr knapp, die strukturellen Umwälzungen im Bereich der Finanzierung ließen fundierte Konzepte häufig auf der Strecke, es sind noch sehr viele Probleme zu bewältigen. "Nicht daß alles gelöst werden könnte. Aber die Bitterkeit der nicht gelingenden Lösung muß erhalten bleiben und darf weder theoretisch noch praktisch entsorgt werden" (Jantzen 1996, S. 262).

Wie kann es weitergehen? Drei Aspekte sollen zum Schluss herausgestellt werden:

- der Aufenthalt von Personen mit geistiger Behinderung in einer psychiatrischen Klinik ist auf eine unumgängliche Krisenintervention zu beschränken,

- ansonsten sollen diese Personen in pädagogisch ausgerichteten Heimen und Wohngruppen leben,
- dazu ist aber eine Zusammenarbeit mit psychiatrischen Fachdiensten notwendig: Beratung, Konsiliarwesen, Prävention, ambulante medizinisch-psychiatrische Langzeitbehandlung, ambulante und stationäre Krisentherapie (nach Uchtenhagen 1992, S. 38).

“Die Bezirke (Sozialverwaltungen) sollten umgehend mit den freigemeinnützigen und privaten Trägern vor Ort in Zusammenarbeit mit den betroffenen Bezirkskrankenhäusern und unter Beteiligung der jeweiligen Regierung regionale Konzepte zur außerklinischen Versorgung der geistig Behinderten entwickeln”, wird im Rahmenkonzept der Bayerischen Bezirke gefordert. Dieses Gesamtkonzept ist weitgehend noch nicht realisiert, muss aber für eine tragfähige Arbeit von fachlichen und nicht von fiskalischen Gesichtspunkten her entwickelt und getragen werden. Viele Träger und auch einige Bezirke haben dazu schon Vorstellungen entwickelt, die im folgenden zusammengefasst werden sollen.

Wohnpflegeheime — Heilpädagogisch-sozialtherapeutische Heime

Der Personenkreis Erwachsener mit schwerer geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten erfordert spezielle konzeptionelle Rahmenbedingungen hinsichtlich der Qualität und Quantität der fachlichen Betreuung, der Räumlichkeiten und der Ausstattung eines Heimes.

Als Ziele der Arbeit eines solchen Heimes werden öfter genannt:

- Hilfen und Unterstützung im lebenspraktischen Bereich
- Hilfestellung zur Integration in das Gemeindeleben
- Förderung bei der Gestaltung der individuellen Lebens- und Wohnsituation (Gestaltung des Wohnbereiches) zur Beheimatung, Wohlbefinden und Verbesserung der Lebensqualität
- Förderung von Alltagskompetenzen, wie Umgang mit Zimmerschlüssel, Übernahme von Verantwortung für den individuellen und gemeinsamen Lebensbereich, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Nahrungszubereitung, Umgang mit Geld
- Bewohnerbezogene Tagesstrukturierung (Aufstehen, Rückzugsmöglichkeiten, Ruhepausen, Zubettgehen, Besuchszeiten etc.), bzw. Hilfen zu einer möglichen Mitgestaltung der Tagesabläufe und dem pädagogischen Wochenarbeitsplan
- Unterstützung und Pflege einer individuellen und gemeinsamen Freizeitgestaltung
- Basale Kommunikation und Stimulation, Snoezelen, Ansätze einer sensorischen Integration, psychomotorische und motopädagogische Elemente
- Verbesserung des Selbstwertgefühls durch Schaffung von Erfolgserlebnissen durch Beschäftigung und sinnvolle, aktive Freizeitgestaltung
- Aufbau von angemessenen sozialen Fertigkeiten und Abbau von Verhaltensauffälligkeiten
- Akzeptanz von Teilleistungsdefiziten.

Inwieweit solche Ziele verwirklicht werden konnten, lässt sich aus den Berichten der Begleituntersuchung ablesen. Es ist aber auch ersichtlich, dass mit knappen Personalressourcen auf diesen Personenkreis nicht angemessen eingegangen werden kann und dass dazu auch nicht Personal ohne fachliche Ausbildung fähig ist.

In einer 'Arbeitsgruppe Wohnen' der Unterfränkischen Behinderteneinrichtungen wurde bereits 1996 als Personalbedarf “eine permanente Doppelbesetzung mit mindestens 75% Fachpersonal” gefordert (Konzept ...1996). Arbeits- und beschäftigungstherapeutische Angebote sollen gruppenübergreifend angeboten werden, ebenso soziotherapeutische Betreuung. Eine Nachtwache und Fachkräfte für die Nachtbereitschaft sind nötig.

Langfristig besteht hinsichtlich der Wohnpflegeheime das grundsätzliche Problem, dass der Anteil pädagogischer Kräfte sich voraussichtlich weiter verringern wird. Auch pflegebedürftige

behinderte Menschen sollen von pädagogischen Kräften betreut werden, was auch die Wohnpflegeheime, die wir befragten, so beurteilen. Teilweise werden hier Regelungen zu treffen versucht, die trotz der Leitung durch eine Pflegefachkraft, wie sie gesetzlich vorgeschrieben ist, ein interdisziplinäres Leitungsteam zu installieren versuchen. Das widerspricht aber dem 'Zweck der Einrichtung'. "Ein Aufpfropfen der Zielsetzungen der Eingliederungshilfe auf die originären Ziele von Pflegeeinrichtungen steht somit im Widerspruch zu den Vorgaben des Gesetzgebers. Ob die Pflegekassen diesen Widerspruch auf Dauer mittragen werden oder ob angesichts der Finanznot der Sozialhilfeträger die Eingliederungshilfe auf Dauer zu den Pflegeleistungen gewährt wird, ist ungeklärt" (Seifert 1999, S. 227). Wenn Wohnpflegeheime einen Teil der Versorgung geistig behinderter Menschen langfristig übernehmen sollen, ist hier eine weitere Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben oder eine Änderung dahingehend notwendig, dass eine ganzheitliche Betreuung weiterhin gewährleistet ist und nicht nur 'zusätzlich' geleistet wird. Die Qualität der Betreuung kann nicht der besonderen Initiative einzelner Wohnpflegeheime überlassen werden.

"Zentrales Ziel aller therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen ist der Aufbau eines breiteren Verhaltensspektrums bei den Bewohnern als Alternative zu derzeit bestehenden aggressiven, autoaggressiven und destruktiven Verhaltensmustern" (Konzept eines privaten Trägers). Als Massnahmen hierzu werden genannt:

- Fachdienst und Heimleitung stellen gemeinsam die Kooperation mit der Kriseninterventionstation für geistig Behinderte des BKH sicher
- Hilfen werden gegeben zur Strukturierung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit,
- Entwickeln von Krisenbewältigungsstrategien, Krisenintervention
- Hilfen zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Kompetenzen sowie Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit
- Systematisches Training lebenspraktischer, motorischer, sensorischer und kognitiver Fähigkeiten durch individuelle Therapie- und Pflegeplanung aus ganzheitlicher Sicht
- Körpertherapie, Musik- und/oder Reittherapie.

Die Gruppen sollten nicht mehr als 6 bis 8 Personen umfassen. Jede Wohngruppe ist für sich eine selbständige Einheit, die Sicherheit und das Gefühl von 'zu Hause sein' vermitteln soll. Ein gemeinsamer Wohn- und Essbereich sollte großzügig bemessen sein, um sowohl Rückzug als auch gemeinsames Erleben und Tun zu ermöglichen. Wenn irgend möglich, sollten die Wohngruppen einen direkten Zugang zu einem Gartengelände haben.

Zweiter Lebensbereich

Die Forderung des "Arbeitskreises Wohnen" in Unterfänkischen Behinderteneinrichtungen, für alle diese Menschen mit geistiger Behinderung sei das Angebot eines sog. zweiten Lebensbereiches (Werkstätte, Förderstätte, Seniorenbetreuung) notwendig, muss dahingehend ergänzt werden, dass für einige dieser Personen auch 'niedrigschwellige Angebote' vorgesehen werden sollen, die sie zeitweise wahrnehmen können, wenn sie (noch) nicht kontinuierlich in einer Förderstätte arbeiten können. Für einen Großteil des beschriebenen Personenkreises kommt als zweiter Lebensbereich eine Förderstätte in Frage, deren Inanspruchnahme in unterschiedlichem zeitlichem Ausmaß möglich sein muss und die von den meisten sicherlich nicht ganztags in Anspruch genommen werden kann.

Ein Wechsel zwischen Förderstätte und Werkstatt für Behinderte muss möglich sein. In einer Eingewöhnungs- und Stabilisierungsphase wird zusätzlicher Personalbedarf notwendig sein.

Krisenintervention

"Gute räumliche und personelle Ausstattung wird zwar die Häufigkeit von Krisensituationen vermindern, ... aber sicherlich nicht ganz vermeiden können" (Konzept ...1996). UCHTENHAGEN

schlägt vor, prophylaktisch "eine Art Verhaltensregeln für den Hausgebrauch zu erarbeiten, ausgehend von konkreten Krisen und Konfliktsituationen" (1992, S. 40). Eine Hilfe dafür ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Fachberatung, die in Fortbildungen notwendiges Fachwissen vermittelt. Eine weitere Unterstützung ist in Hilfestellungen im Einzelfall zu sehen, wobei in Fallbesprechungen Problemsituationen und schwierige Verhaltensweisen von Bewohnern problematisiert werden. Aber auch die Probleme der Betreuer müssen thematisiert werden, wozu (externe) Supervision angeboten werden sollte.

In den Bezirkskrankenhäusern müssen Spezialambulanzen für Menschen mit geistiger Behinderung errichtet werden, soweit das noch nicht geschehen ist. "Dabei muß es sowohl möglich sein, daß diese Personen die Ambulanz aufsuchen, aber auch ..., daß die Mitarbeiter der Ambulanz die Menschen mit geistiger Behinderung in den entsprechenden Einrichtungen aufsuchen. Auf diese Art und Weise könnte es gelingen, psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit früher zu erkennen, adäquat zu behandeln und krisenhafte Zuspitzungen zu vermeiden oder, soweit sie eintreten, aufzufangen" (Konzept ...1996). Es soll dadurch vermieden werden, im Sinne von "Drehtüreffekten" häufigere Wiedereinweisungen wegen massiver Probleme in den dafür zum Teil nicht ausreichend personell und fachlich ausgestatteten Heimen notwendig zu machen.

Beispiele hierzu:

- Xaver S. kam aus dem Pflegeheim der Klinik Deberg nach Astadt zum Probewohnen. Nach 7 Tagen, in denen er die Nahrungsaufnahme verweigerte, kam er zurück ins Pflegeheim der Klinik.
- Otto F. kam aus dem BKH Elling, nach 103 Tagen verlor er auf Grund starker Fremdaggressionen seinen Heimplatz; nachdem er eine Mitarbeiterin mit dem Messer angegriffen hatte, wurde er ins BKH Elling zurückverlegt, wo er sich derzeit im Akutbereich befindet.
- Franz B. wurde aus dem Krankenhaus aufgenommen, es wurde lediglich eine Übergangslösung für ihn gesucht, im Juni 1997 zog er in seine eigene Wohnung.
- Elisabeth T. kam aus dem Pflegeheim der Klinik Deberg nach Astadt. Sie fand sich im Haus nicht zurecht, fühlte sich nicht angemessen untergebracht und kam nach 16 Tagen wieder nach Deberg ins Pflegeheim.
- Manfred U. kam aus dem BKH Elling. Auf Grund starker Aggressionen verlor er seinen Heimplatz, nachdem er die Haustür herausgerissen hatte und abgehauen war. Er musste polizeilich gesucht werden. Er kam deshalb nach 45 Tagen ins BKH Elling zurück, wo er sich derzeit im Akutbereich befindet.
- Peter Z. kam vom BKH Deberg ins BKH Elling und von dort aus nach Astadt. Im November 1997 verlor er nach 310 Tagen seinen Heimplatz und kam erneut ins BKH Deberg, wo er sich derzeit im Akutbereich befindet. Er hatte sich offensichtlich im Haus nicht wohl gefühlt und nützte seine Freiheiten (arbeitete auf dem benachbarten Hof und kam häufig nicht heim) zu sehr aus.
- Lusie D. kam aus dem Heimbereich des BKH Elling. Im Februar 1998 verlor sie nach 390 Tagen ihren Heimplatz auf Grund wiederholten Suizidversuches und lebt nun wieder im BKH.
- Edeltraud K. verstarb nach 435 Tagen in Astadt.
- Verena H. kam aus dem BKH Elling nach Astadt. Nachdem sie bereits einmal zur Krisenintervention im BKH gewesen war, verlor sie nach 51 Tagen ihren Heimplatz. Sie fühlte sich nicht angemessen untergebracht und zeigte dies durch vermehrte Aggressionen.

Erfahrungen haben gezeigt, dass eine gute Konsiliartätigkeit des psychiatrischen Fachkrankenhauses die Einweisungsquote erheblich reduzieren kann.

Es wird aber immer wieder Situationen geben, wo eine stationäre Behandlung nötig ist. Dazu sind die 'allgemeinen' psychiatrischen Akutstationen meist nicht eingerichtet, es müssen also spezielle Akutstationen für Menschen mit geistiger Behinderung bereitgestellt werden.

Unter dem Stichwort "Kurzfristiger Aufbau einer Spezialambulanz für geistig Behinderte in den Bezirkskrankenhäusern" fordert das Rahmenkonzept der Bayerischen Bezirke "einige wenige (max. 12) Krisenbetten. Aufgabe der Spezialambulanz ist die Begleitung der Enthospitalisierung geistig Behinderter, die fachliche Beratung freier Träger sowie die Krisenintervention für geistig Behinderte mit schweren Verhaltensauffälligkeiten und Psychosen. Sie trägt dazu bei, eine Hospitalisierung von neu aufgenommenen geistig Behinderten in den psychiatrischen Krankenhäusern künftig zu vermeiden".

Gesamtkonzept

Wie schon mehrfach gefordert, hätten auf regionaler Ebene oder auf der Ebene der Regierungsbezirke koordinierte Konzepte der Versorgung von langzeithospitalisierten Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten entwickelt werden müssen. Dies ist leider nur in Ansätzen gelungen, die Installation einer Koordinierungsgruppe könnte jedoch noch weitere Entwicklungen initiieren. Es geht ja darum, flexiblere Lösungen zu finden und nicht überwiegend auf die Errichtung von Pflege- oder Wohnpflegeheimen nach dem Zufallsprinzip zu setzen. Am Beispiel Bremens lässt sich dieses Vorgehen sehr gut studieren, auch wenn die Situation in einem Stadtgebiet natürlich einfacher zu organisieren ist. Es wurden dort in einer 'Versorgungseinheit'

- eine Tagesstätte mit beschäftigungstherapeutischen Trainings- und Arbeitsmöglichkeiten errichtet,
- eine Betreuungseinheit für schwerstbehinderte und pflegebedürftige Patienten,
- eine Betreuungseinheit für geistig und psychisch Behinderte mit schweren Verhaltensstörungen wie Aggressivität und Autoaggressivität mit einem Schwerpunkt auf Training und Rehabilitation,
- Wohnheimgruppen für in der Lebensführung unselbständige, aber gut tagesstättenfähige Menschen in räumlicher Nähe zur Tagesstätte,
- Übergangswohnheime,
- Betreute Einzelwohnungen und Wohngemeinschaften mit geringerem Betreuungsaufwand (Kruckenberg u. Gromann 1987, S. 252).

Die Schaffung von Versorgungsstrukturen unter Einschluss der Kliniken und der Wohneinheiten in allen Bezirken ist daher als zentrale Aufgabe anzusehen, um die bisher erreichten Erfolge abzusichern und auszubauen. Dabei ist die überregionale Zusammenarbeit in der Konzeptentwicklung notwendig, um die bereits vorhandenen Erfahrungen zu nutzen. In Bezirken, deren räumliche Ausdehnung zu groß ist, um die ambulante Versorgung durch die psychiatrische Fachklinik zu gewährleisten, sollten mittelfristig 'Gesundheitszentren' für Menschen mit geistiger Behinderung geschaffen werden, die multidisziplinär besetzt sein sollten. Das Positionspapier 'Gesundheit' der vier Fachverbände könnte hier Anregungen geben. Dieser Punkt fällt zwar nicht in die Zuständigkeit der hier direkt betroffenen Institutionen und des Sozialministeriums, ist aber unseres Erachtens von großer Bedeutung für die Arbeit der hier betroffenen Partner. Die bisherige Betreuung vieler Menschen mit geistiger Behinderung und ambulanten psychiatrischem Behandlungsbedarf ist nicht adäquat gelöst, da ein großer Teil der niedergelassenen Nervenärzte nicht über diagnostische Kompetenzen bei geistiger Behinderung verfügt. Auch die Einführung einer Zusatzqualifikation, ähnlich wie in der Gerontopsychiatrie, wäre denkbar.

Insgesamt sollten die Reflexionen über weitere Entwicklungen das Konzept der Verbesserung der Lebensqualität für Menschen mit geistiger Behinderung im Blickpunkt haben.

“Entscheidend ist nicht so sehr, wo man gerade steht, wie der aktuelle Zustand zu bewerten ist. Entscheidend ist, ob man sich in der richtigen Richtung weiterentwickelt” (Lebenshilfe Wien 1994, S. 7).

Literatur

BERICHT über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1975. - JANTZEN, W.: Enthospitalisierung und institutioneller Kontext. In: BHP 1996, S. 268–275. - KLEIN, F.: Editorial: Heilpädagogische Hilfe für Menschen mit schweren Behinderungen. In: Geistige Behinderung 1992, S. 89-91. - KONZEPT zur Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung in den Bezirkskrankenhäusern Unterfrankens. Unveröffentl. Manuskript 1996. - KRUCKENBERG, P., GROMANN, P.: Aus der Langzeitpsychiatrie in den Stadtteil. In: Dreher, W., Hofmann, T., Bradl, C.: Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn 1987, S. 247-260. - LEBENSHILFE Wien: Sicherung von Qualität. Wien 1994. - LINDMEIER, B., STRAßMEIER, W.: Enthospitalisierung geistig Behinderter aus psychiatrischen Kliniken. In: Geistige Behinderung 1998, S. 178-180. - MAGDEBURGER APPELL: Psychiatrische Krankenhäuser, Pflegeheime und Einrichtungen der Altenhilfe: Kein Ort zum Leben für Menschen mit geistiger Behinderung. Verantwortung übernehmen für menschenwürdiges Leben. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Wohnen heißt zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg/Lahn 1995, S. 111-112. - RAHMENKONZEPT der Bayerischen Bezirke vom 17.5.1995. - SEIFERT, M.: Qualität und Verantwortung. In: Jantzen et. al (Hrsg.): Qualitätssicherung und Enthospitalisierung. Berlin 1999, S. 217–231. - SHAVELLE, R., Strauss, D.: Mortality of Persons With Developmental Disabilities After Transfer Into Community Care: A 1996 Update. In: Am. Journal on Mental Retardation 1999, S. 143-147. - UCHTENHAGEN, A.: Wie könnte die psychiatrische Versorgung bei geistig Behinderten aussehen? In: Bonderer, E., Egli, J. (Hrsg.): Von der Verwahrung zur sozialen Integration. Luzern 1992, S. 35-45.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Straßmeier (Universität Würzburg, FB Geistigbehindertenpädagogik),
Wittelsbacherplatz 1, 97074 Würzburg

* * *

Quelle:

Walter Straßmeier: Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus den Bezirkskrankenhäusern Bayerns — Gut gemeint oder gut gemacht?

Erschienen in: BEHINDERTENPÄDAGOGIK, 39. Jg., Heft 4/2000, Seite 351-368

[bidok](#) - Volltextbibliothek: Wiederveröffentlichung im Internet

<ftp://ftp.uibk.ac.at/pub/uni-innsbruck/bidok/bhp/bhp4-00-enthospitalisierung.zip>

(RTF-Version)

<http://bidok.uibk.ac.at/bhp/bhp4-00-enthospitalisierung.html> (HTML-Version)

Stand: 01.Mai 2001