

Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll

Wohnheime zwischen Zwangsvergemeinschaftung und therapeutischem Milieu

Wolfgang Bayer

Ein Beitrag aus der Tagung:

Wirksame Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen

Ergebnisse der Forschung – Perspektiven aus der Praxis

Bad Boll, 7. – 8. März 2006, Tagungsnummer: 411006

Tagungsleitung: Dr. Günter Renz, Gerlinde Barwig, Dr. Jürgen Armbruster, Georg Schulte-Kemna,
Manfred Schöninger

Bitte beachten Sie:

Dieser Text ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers/der Urheberin bzw. der Evangelischen Akademie Bad Boll.

© 2006 Alle Rechte beim Autor/bei der Autorin dieses Textes

Eine Stellungnahme der Evangelischen Akademie Bad Boll ist mit der Veröffentlichung dieses Textes nicht ausgesprochen.

Evangelische Akademie Bad Boll
Akademieweg 11, D-73087 Bad Boll
E-Mail: info@ev-akademie-boll.de
Internet: www.ev-akademie-boll.de

Wohnheime zwischen Zwangsvergemeinschaftung und therapeutischem Milieu

Wolfgang Bayer

Die Beschäftigung mit der im Vortragstitel angedeuteten Unvereinbarkeit oder vielleicht sogar dem Widerspruch von therapeutischem Milieu und einer Zwangsgemeinschaft, bietet die Gelegenheit, Überlegungen zu den drei Begriffen des Vortragstitels anzustellen: zum Thema Gemeinschaft und Zwang mit den Fragen ob es eine zwanglose Psychiatrie gibt, ob Zwangsgemeinschaft im Heim nicht nur das Gegenstück zur Zwangsvereinsamung im Betreuten Wohnen ist, zum Thema des therapeutischen Milieus am Beispiel therapeutische Wohngemeinschaften und zu der Frage, was eigentlich ein Wohnheim ist. Daran anknüpfend folgen zwei unserer Beispiele für Wohnhilfen, die unterschiedliche Antworten auf die Frage nach Gemeinschaft darstellen und abschließend unsere Überlegungen zum versuch aus dem bisherigen zu lernen und eine andere Hilfe zu entwickeln.

Zum Zwang in der Psychiatrie

Gibt es also eine Psychiatrie, in der eine Gemeinschaft (wessen auch immer) zwanglos, aus freien Stücken, möglicherweise ja aus Sympathie, zusammenkommt, um das Leben gemeinsam zu meistern? Ich denke nicht, dass es sie gibt, schränke aber ein, dass der Grad, die Art und der Umfang des Zwanges in psychiatrischen Einrichtungen unterschiedlich sind. Zwang ist nicht auszuschließen, allein schon weil Menschen dazu fähig sind Zwang auszuüben und er ist Teil des psychiatrischen von uns mitgestalteten Hilfesystems. Die jeweilige Form von Zwang und Gewalt im gesamten Hilfesystem der Psychiatrie ist „unauflösbar mit ihrem gesellschaftlichen Auftrag und ihrer sozialen und therapeutischen Funktion verknüpft (Wienberg 1998) Die Psychiatrie steht dabei in Abhängigkeit von der je historischen Umwelt, in der sie und die entsprechenden „Unterbringungssysteme“ eingebettet sind. Dies gilt sowohl für die heutigen Betreuungs- und Behandlungssettings wie für die historischen früheren, wie Narrentürme, Zuchthäuser usw., auf die ich hier nicht eingehe.

Schaut man sich die heutige Betreuungslage für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Institutionen der Versorgung an, so lassen sich holzschnittartig drei unterschiedliche Arbeitsfelder ausmachen (der klinische Bereich, das ambulante Feld und die Heime), die unter dem Aspekt des jeweiligen Zwangscharakters unterschiedlich wahrgenommen werden. Daneben gibt es noch die im Zusammenhang des Wohnens zunächst nicht so relevanten Gebiete der Arbeitsgelegenheiten, der Reha-Maßnahmen etc. auf die ich hier ebenfalls nicht eingehe. Dabei scheint es so, als ob der, der Psychiatrie immer immanent gewesene Doppelauftrag des Heilens und Verwahrens (Siemen 2002), in der heutigen Struktur auseinander gefallen sei. Es gibt die einen, die heilen, begleiten, menschlich entwickeln, Freiheit verschaffen und erhalten und die anderen, die immer noch nur verwahren und dies auch tun wollen.

Blickt man auf die Zuständigkeiten und die impliziten Bewertungen, so lassen sich diese m. E. pointiert so charakterisieren:

Die Psychiatrischen Kliniken und die Bereiche, die heute über das SGB V finanziert werden, haben sich tendenziell zu Zwang freien Hilfen entwickelt. Sie dienen der Behandlung akuter, erstmaliger und auch langfristiger Behandlung, aber nicht der Lebensbegleitung. In Folge der Psychiatrie-Enquete von 1975 und der daraus resultierenden Öffnung und schließlich weitgehenden Abschaffung der – wohl-gemerkt – klinischen Langzeitbereiche, konnte sich dieser Bereich differenzieren und bildet mit Tageskliniken, Ambulanzen, und der häufigen Abschaffung der geschlossenen Aufnahmestationen einen wesentlichen Teil der ohne oder mit wenig Zwang auskommende Psychiatrie. Diese Einschätzung wird untermauert und verstärkt durch die verschiedenen Behandlungskonzepte, -vereinbarungen und z.B. dialogischen, Gesprächsrunden und Psychoseseminaren. Ausgeblendet werden m. E. z. B. die systemimmanenten Zwänge der Finanzierung (Behandlungsdauer) und die fachlich begründeten Zwänge (Kann man sein Recht auf Behandlung verwirken, wie in manchen psychiatrischen Kliniken praktiziert wird?)

Auch die komplementäre ambulante Versorgung, also Betreutes Wohnen nach SGB XII, Tagesstätten, Kontaktstellen, usw. ist geprägt von offenen Strukturen, einem Klima von Empowerment, dem Anspruch, auch psychisch erkrankte Menschen seien nur Bürger eines Gemeinwesens, mit den gleichen Rechten wie alle anderen. Hier wird der psychisch kranke Mensch als Mieter, als Rechtsperson, als Vertragspartner etc. als Klient ernst genommen. Werden sie aber auch als erkrankte Menschen mit Beeinträchtigungen ernst und Ihnen Verantwortung abgenommen, wenn es nötig ist? Die freie Persönlichkeit und Meinung wird hoch geschätzt und sie wird scheinbar nicht durch institutionelle Regeln unbotmäßig eingeschränkt. Dies gilt auch für Wohngemeinschaften, die ambulant betreut werden, wenn gleich hier auch Zwänge wirken, z.B. durch die Verknüpfung von Miet und Betreuungsverträgen.

Allein die stationären Einrichtungen, die Wohnheime stehen so scheint es in der Tradition der psychiatrischen Anstalten. Sie stehen auch heute für Entmündigung, Bevormundung, strukturelle Gewalt, für Zwangsgemeinschaften. Hier herrscht, so wird manchmal behauptet, bestenfalls des 20. Jahrhunderts. In Heimen bestimmen allein institutionelle Regeln das Leben der Klienten, hier steht Verwahrung und Absonderung von der Gesellschaft wie seit der Gründung der Heil und Pflegeanstalten im 19. Jahrhundert im Mittelpunkt der Arbeit.

Doch stimmt dies überhaupt und lassen sich die Felder hier unter dem Aspekt des Zwangs so voneinander trennen? Muss man nicht viel mehr das Zusammenspiel dieser Bereiche anschauen und kommt dann zu einem andern Schluss?

Noch einmal zurück zur Psychiatrieenquete und deren Konsequenzen. Die Enquete offenbarte und skandalisierte die katastrophalen Zustände in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Kliniken. Bettensäle, Zwangsgemeinschaften ohne Intimsphäre, Fixierungen, lebenslange geschlossene Unterbringung und das völlige Fehlen von Lebensperspektiven waren die Normalität. (Goffman) In einer Gesellschaft, die geprägt war von einer Aufbruchsstimmung, zusammengefasst in dem Motto der sozialliberalen Koalition unter Willy Brandt des „Mehr Demokratie wagen“, war dies gesellschaftlich nicht mehr zu vertreten. Auch wenn die Enquete keine Stunde Null der Psychiatrie war (vgl. Porter), so ist ihr Verdienst ohne Zweifel, dass in ihrer Folge die in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Anstalten vorhandenen Langzeitbereiche weitgehend aufgelöst und dem Ausbau der komplementären Dienste, ambulanter Behandlungsmöglichkeiten etc. hohe Priorität gegeben wurde. All das, was heute die Gute Seite der Psychiatrie repräsentiert, die ambulante Gemeindepsychiatrie, die wohnortnahe oder in das Gemeinwesen integrierte Psychiatrie, die freiwillige psychiatrische Behandlung ist ohne die Enquete nicht vorstellbar. Aber sieht sie noch ihre Zwänge?

Die Öffnung der o.a. Langzeitbereiche war zwei weiteren Besonderheiten geschuldet. Erstens boten die mittlerweile entwickelten Psychopharmaka neue und scheinbar gewaltfreiere Behandlungs- und Heilungsoptionen. Dies vereinfachte sicher den Schritt der Öffnung der Anstaltstore und den Ausbau ambulanter psychiatrischer Behandlungen. Dabei geriet aber eine kritisch distanzierte Betrachtung der Behandlung mit Neuroleptika und deren gewalttätigen Spätfolgen beinahe völlig aus dem Blick (Forster 2000). Zum Zweiten wurden, und dies ist auch für die heutige Versorgungs- und Institutionsstruktur von wesentlicher Bedeutung, durchaus im größeren Stil Patienten aus den Kliniken in neu entstandene oder einfach umetikettierte Heime umgesiedelt, ohne dass sich an der konkreten Lebenssituation unbedingt etwas verbesserte. Die strukturelle Gewalt dieser Umetikettierung wurde aber ebenso verdrängt, wie die bis heute zutreffende Aussage, dass es sich bei Heimen vielfach um Institutionen handelt, „die sich um Menschen kümmern, die sonst keiner haben will oder mit denen es sonst niemand aushalten kann.“ (Böcker 2005) Das also hier, auch und vor allem in stationären Wohngemeinschaften das Thema der „Systemsprenger“ hoch im Kurs steht ist nicht verwunderlich. (Freyberger 2003)

Hier drängt sich eine Parallele zur Entstehung psychiatrischer Universitätskliniken in der Mitte des 19. Jahrhunderts auf. Griesinger, einer der Urväter der Psychiatrie, forderte seinerzeit die Schaffung von Stadtasylen, in denen wohnortnah eine kurzfristige Behandlung erfolgen sollte. Lediglich die gefährlichen Patienten und die, deren Behandlung nichts fruchtete, sollten weiterhin in „Pflegeanstalten auf dem Land versorgt werden“ (Luderer 2003). Wenn also Menschen mit psychischen Erkrankungen aus bestimmten Versorgungsstrukturen z.B. wegen herausforderndem aggressiven oder unkooperativem Verhalten vom Hilfesystem als Systemsprenger herausdefiniert werden, so ist dies eine der Ursachen für die zu Recht kritisierten Lebensumstände der Menschen in den Bereichen der Wohnungslosenhilfe, der Heime oder auch der Forensik. Die scheinbar gewaltfreie psychiatrische Welt (s.o.), konstruiert über ihre impliziten Strukturen und Ansprüche auch die Heimwelt mit all ihren Zwängen. Es handelt sich also um verschiedene Seiten derselben Medaille.

Therapeutische Wohngemeinschaften

Wohngemeinschaften stehen wieder hoch im Kurs. Sie scheinen für Menschen mit ganz unterschiedlichen Bedarfen (z.B. Senioren) erstrebenswert zu sein. erinnert man sich der 60er und 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts, so wird der enorme gesellschaftlicher Wandel deutlich. Kommunen und Wohngemeinschaften galten in den 60er und 70er Jahren als Ort linker, politisch radikalierter Menschen, die mit der Moral und Wertvorstellung der Nach-Adenauer-Ära nicht übereinstimmten. Daher wurden sie, wenn überhaupt eine öffentliche Auseinandersetzung damit stattfand, als gefährliche, nicht zu tolerierende Lebensauffassung gebrandmarkt. Vielleicht ist diese Änderung aber auch lediglich dem Umstand geschuldet, dass die 68er allesamt nun im Rentenalter sind.

Wesentliche Vorläufer für viele heutige Therapeutische Wohngemeinschaften sind in zwei Feldern zu finden: in der Selbsthilfebewegung und in therapeutischen WGs in denen sich Helfer und Klienten gemeinsam entwickeln. Frühe prägende Felder Sozialer Arbeit sind in den 60er Jahren die Jugendhilfe mit ihrer politisierten Heimkampagne und später die Drogenhilfe die „Release-Wohngemeinschaften“, die sich als Selbsthilfegemeinschaften verstanden. Aus dem psychiatrischen Bereich bildete zum Beispiel das amerikanische Modell der „therapeutic community (1952)“ von Maxwell Jones die Basis für den Aufbau ähnlicher Modelle in Deutschland. Ein anderes Modell von Jones hatte drei Prämissen für seine Arbeit in und mit einer therapeutischen Wohngemeinschaft:

- „1.) Die Patienten werden zu gegenseitigen Therapeuten.
- 2.) An die Stelle der vorgegebenen hierarchisch-institutionellen Krankenhausordnung tritt eine demokratische.
- 3.) Es soll eine *therapeutische* Tradition gepflegt werden. Dazu wird das Verhalten aller Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft (Patienten wie Mitarbeiter) durch alle auf seinen Motivgehalt hin reflektiert.“ (Vormann/Heckmann S. 28)

Diesem Modell lag die Annahme zugrunde, dass psychisch erkrankte Menschen durch „Diskussion der Probleme“ mit gleichermaßen Betroffenen (Vormann/Heckmann S.24) lernen, gesünder mit sich und ihrer Erkrankung umzugehen. Es pädagogischer Zugang zur Lebenswelt. Darüber hinaus vertrat Jones die Auffassung, dass ein Teil der psychischen Erkrankung erst durch die Art der Behandlung verursacht oder dadurch verstärkt und erhalten wird. (z.B. Hospitalisierung) Er zog den Schluss, dass die neuerliche Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben gesundend und förderlich stabilisierend wirkt. Das Verlassen der Anstaltsterritorien und die eigenständigere Gestaltung alltäglicher Lebensvollzüge wie Einkaufen etc. wurden als die Gesundheit stabilisierende Faktoren erkannt und definiert. Das Leben in kleineren Gruppen wirkt normalisierend, wie Mosher/Burti es der Gemeindepsychiatrie ins Stammbuch schrieben: „klein ist schön, effektiv, erträglich, handhabbar, überschaubar und üblich. Unterm Strich: Klein ist normalisierend“ (Mosher/Burti S. 146)

Allerdings wurden schon 1980 Zweifel am nicht-hospitalisierenden Charakter von therapeutischen Gemeinschaften formuliert (z.B. Ahrbeck), da einerseits in den WGs auch Versorgung stattfindet (also Fremdbestimmung und Entmündigung) und es andererseits schwierig sei, angesichts schlechterer sozialer und ökonomischer Lebensverhältnisse außerhalb der WG, Menschen zum Auszug zu motivieren (diese also auf Grund mindestens externer Zwänge hospitalisierend wirkt).

Dennoch lesen sich auch heute Konzepte mancher therapeutischer Gemeinschaften, so als ob diese Frage keine Rolle spiele, und therapeutische Gemeinschaften frei von Zwängen und Hospitalisierungsgefahren sein könnten.

Ich zitiere exemplarisch aus zwei aktuellen Konzepten psychiatrischer Einrichtungen (und sicherlich gibt es auch völlig andere): „Die Stationen sind nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft organisiert. Es wird versucht, möglichst viel Gemeinschaftsgefühl und Kommunikationsmöglichkeiten zu erzeugen, um den therapeutischen Wert des Zusammenlebens und des gegenseitigen Verständnisses zu fördern. Bestimmte Veranstaltungen dienen diesem Ziel, z.B. gemeinsame Mahlzeiten, Stationsversammlungen, gemeinsame Ausflüge der Patienten einer Station, Lesegruppe (z.B. gemeinsame Zeitungslektüre), gemeinsame Freizeitaktivitäten jeglicher Art. Für die Gestaltung der Atmosphäre auf der Station und für die Durchführung der stationsbezogenen Gemeinschaftsaktivitäten sorgen insbesondere die Mitarbeiter des Pflegepersonals.“ (Konzept Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München)

Und zum zweiten:

„Therapeutisches Milieu bedeutet eine vorübergehende Lebensgemeinschaft von Menschen, die durch die schicksalhafte Entwicklung ihrer Krankheit zusammengeführt worden sind. Die Gestaltung wird den Bedürfnissen der einzelnen Person angepasst. Der Lebensraum innerhalb der Abteilung soll geprägt sein von Wärme und Geborgenheit, Freundlichkeit und mitfühlender Anteilnahme. Im Miteinander soll Offenheit und Klarheit zum Tragen kommen, die es erlaubt, Ängste, Konflikte und Enttäuschungen anzusprechen und gemeinsam zu bewältigen.“ (Klinik Sonnenhalde AG, Schweiz)

Trotzdem sich die äußeren Lebensbedingungen für chronisch erkrankte Menschen heute weiterhin kompliziert darstellen (Zusammenhang von chronischer Erkrankung und Armut) wird hier an ein Ideal angeknüpft, das sich durchaus in der aktuellen Gemeindepsychiatrischen Diskussion und z.B. in dieser Tagung wiederfinden lässt. Die Suche nämlich nach individuellen Hilfen, nach gemeinsamen Aktivitäten und einer mitmenschlichen Begleitung durch professionelle Helfer. Es bleibt allerdings offen, wieso Zwang und dessen Vergemeinschaftung nur im Kontext eines Wohnheims diskutiert wird. Und was ist das eigentlich ein Wohnheim?

Was ist ein Heim?

Die Betrachtung der Wohnheime in Deutschland ergibt ein höchst uneinheitliches Bild. Sie existieren neben dem ambulanten Hilfesystem, und es lässt sich feststellen, dass je länger eine Erkrankung dauert, je größer der Bedarf an umfassenden Hilfen ist, umso größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass diese in stationärer Form geleistet wird.

Heime sind also in aller erster Linie Ausdruck einer bestimmten Haltung: wer viel Hilfe braucht, der muss seine Wohnung verlassen und zieht in ein Heim. Wie diese Begleitung dann geleistet und organisiert wird, ist z.B. abhängig von regionalen Gegebenheiten, wie der Trägerstruktur, dem Grad des Ausbaus ambulanter Hilfen, den Behandlungsmöglichkeiten und dem Grad der Unterstützung durch die jeweils zuständigen politischen und sozialpolitischen Gremien. Sie wird in Heimen der Eingliederungshilfe oder in Pflegeversicherungsheimen geleistet. Heime reichen vom Großheim mit 3- oder 4-Bett-Zimmern mit zentraler Versorgung, bis hin zu dezentralen Wohngruppenheimen und einer unterstützten Selbstversorgung. Es sind Klinikähnliche Gebäude mit 300 Plätzen aber auch Kleinstheime mit nur 10 Wohnplätzen auf dem Lande. Sie sind mitunter verknüpft mit therapeutischen Arbeitsgelegenheiten und Angeboten der Tagesstruktur, sie sind Teil gemeindepsychiatrischer Verbünde und bisweilen sogar Träger ambulanter Dienste. Manchmal sind sie auch solitär. In NRW kann Wohnheimbetreuung auch in der eigenen separaten Wohnung unter dem Namen Dezentrales Einzelwohnen im Heim stattfinden. Sie heißen: Wohnheime, Heim für Behinderte, Übergangswohnheime, therapeutische Wohngruppen, dezentrale Wohngruppen, usw.

Zusammenfassend kann man sagen: Heim ist alles Mögliche, und es gibt kein Bundesland, das nicht auch auf Heime in irgendeiner Form zurückgreift, um die Betreuung von chronisch psychisch erkrankten Menschen mit komplexen Hilfebedarfen zu gewährleisten und zu organisieren. Unabhängig von der Frage wer der Kostenträger dieser Leistung ist, der örtliche oder der überörtliche Sozialhilfeträger oder die Pflegeversicherung und unabhängig davon ob die Wohnraummiete im Pflegesatz enthalten ist oder separat erstattet wird, ist allen Heimen das eine gemein: Wohnen und Betreuung sind eng miteinander verbunden.

Für die Klienten, die Heimbewohner, hat dies mehrere einschneidende Konsequenzen: Die Klienten (meistens Sozialhilfeempfänger) verfügen meistens nur über das vom Sozialhilfeträger finanzierte Taschengeld (Barbetrag). Die Verfügungsgewalt über die finanziellen Mittel, die das Leben und die Betreuung kostet, liegt nicht bei Ihnen (kein Persönliches Budget). Ihr Wohnrecht ist abhängig von einem Bedarf an Unterstützung, der oftmals nicht von ihnen selber, sondern von den professionellen Helfern formuliert wird. Wer diese Hilfe nicht mehr braucht, läuft Gefahr auch seinen Wohnraum zu verlieren. Dies fördert nicht unbedingt die positive Nutzung der eigenen vorhandenen Ressourcen. Es ergibt sich aber auch ein eingegrenzter Zugriff auf diesen Wohnraum im Hinblick auf Ungestörtheit,

Privatheit und die Nutzungsrechte. Nicht die Heimbewohner allein bestimmen ob und wie lange sie dort wohnen, nicht allein sie bestimmen mit wem sie dort wohnen. Dies ist abhängig von den Mitarbeitenden des jeweiligen Trägers, von deren Bereitschaft und fachlicher Kompetenz, die Interessen der aktuellen Nutzer zu berücksichtigen, sie in den Mittelpunkt zu stellen. Dies ist auch abhängig von der Frage, wie denn die regionale Nachfrage nach solchen Wohnheimplätzen ist, davon ob der Träger eine Versorgungsverpflichtung übernommen hat und einen anfragenden Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf aufnehmen muss, was vielleicht gut ist für den „Neuen“ möglicherweise aber kompliziert für den derzeitigen Heimbewohner.

Heime sind also auch eine unvollkommene Antwort auf vorhandene Problemlagen. Sie sind auch Asyl für Menschen, die z.B. auf Grund massiver krankheitsbedingter Beeinträchtigungen die eigene Versorgung nicht mehr gewährleisten können, die 24 Stunden am Tag Ansprechpartner brauchen (was derzeit nicht als ambulante Leistung finanziert wird). Sie sind auch eine Zuflucht für Menschen, die ein normales Wohnumfeld nicht aushalten und deren Auffälligkeiten vom Umfeld auch nicht ausgehalten werden. Sie sind oftmals die Alternative zum Leben in Obdachlosenunterkünften oder zur Straße und dienen der Überlebenssicherung. Und insofern sind dies natürlich auch Zwangsgemeinschaften, ist das Wohnen in einem Heim auch ein fremdbestimmtes, dessen Gestaltung eine hohe fachliche Kompetenz der dort Tätigen erfordert.

Ausgehend von diesen Überlegungen will ich Ihnen nun zwei unterschiedliche Bielefelder Modelle derzeitiger stationärer Versorgung/Unterbringung vorstellen, die verschiedene Probleme in sich bergen und insofern keine Ideallösungen, sondern nur Modelle sein können.

Dezentrales Wohngruppen-Heim

Mit der Auflösung von drei geschlossenen psychiatrischen Großeinrichtungen in Bielefeld (ab 1990) entstand ein umfangreiches Netzwerk verschiedener Wohngruppen und Einzelwohnungen. Dieser Auflösung lag nur in wenigen Fällen der ausdrückliche Wunsch der Bewohner zu Grunde. Er folgte der Idee und der Erkenntnis und dem Plan der Professionellen, dass das Leben in diesen Einrichtungen weder der Gesundheit noch der Normalisierung von Menschen dient. Bei der Wahl des zukünftigen Wohnortes waren die Bewohner beteiligt, formulierten aber vielfach Ängste vor der Fremde, Ängste, das ihnen Bekannte zu verlieren. Wir installierten Wohngruppen weil wir der Auffassung waren und es unserem eigenen Leitbild entsprach, dass es für diese Klienten (überwiegend langzeithospitalisierte Menschen) besser ist, in einer Gruppe zu leben als allein. Die Einschätzungen der Mitarbeitenden, welche der aktuellen Bewohner wohl gut „zusammenpassen“ spielte bei der Belegung der Gruppen ebenfalls eine Rolle.

Auch die Mitarbeitenden hatten erhebliche Vorbehalte, ob denn die Bewohner nach jahrzehntelanger Hospitalisierung überhaupt in der Lage seien, diesen Anforderungen gerecht zu werden, ob sie nicht weiterhin besser rundum versorgt würden. Dies schlug sich in vielerlei Strukturen der Arbeit nieder (z.B. in der geforderten zentralen Wäscheversorgung) und zeigte, dass auch sie enthospitalisiert werden mussten, was mindestens so mühselig war, wie die Enthospitalisierung der Bewohner. Wir gingen davon aus, dass die Gruppen kleiner sein sollten als die alten Stationen und es entstanden Gruppen von 4 – 8 Personen, entweder in angemieteten oder erworbenen Wohnungen oder in Einfamilienhäusern. Im Laufe der Zeit zeigte sich in den Wohngruppen das große Bedürfnis vieler Wohngruppenbewohner nach eigenem ungestörtem Wohnraum. Die in den Großinstitutionen entstandenen Bezie-

hungen zwischen den Gruppenmitgliedern waren unter normalen Bedingungen „draußen“ vielfach weit weniger tragfähig, als sich die Bewohner dies gewünscht und erhofft hatten. Sie erlebten nun die Gemeinschaft mit den anderen Klienten sehr viel störender, weil die offenere Wohnform auch neue Konflikte, z.B. mit Nachbarn brachte. Wir trugen diesem Wunsch Rechnung, in dem wir weiteren Wohnraum anmieteten und als dezentrale Wohnheimplätze über stationäre Pflegesätze finanzierten. Dabei entstanden auch ein paar wenige Wohngemeinschaften, allerdings diesmal auf der Basis von Überlegungen und Wünschen einzelner Bewohner. Die zunächst stationären Wohnheimplätze gaben wir nach unterschiedlich langen Zeiträumen an die Bewohner als Mieter ab. In einzelnen Fällen war es ebenfalls möglich in einer Wohnung auch wieder einen formalen Heimplatz einzurichten, wenn der Betreuungsbedarf des dort lebenden Menschen sich deutlich erhöhte. Wir konnten damit den Betreuungsumfang ohne Wohnungsverlust verändern.

Heute besteht nur noch etwa die Hälfte der Wohngruppen, die wir zwischen 1990 und 1996 außerhalb des klassischen Anstaltsgeländes eröffneten. Es zeigte sich, dass manche Gegenden, in denen die WGs angesiedelt waren, für „neue“ Klienten (ohne Hospitalisierungserfahrung) völlig unattraktiv waren. Fehlende Infrastruktur (Geschäfte, Anbindung an den ÖPNV) waren dafür ein Grund, die gefühlte Distanz zum Stadtzentrum war ein anderer. Schließlich war die Zusammensetzung der Bewohnerschaft der Wohngruppen immer wieder Anlass für Aus- und Umzüge.

Heute, nach 15 Jahren, trauert keiner der ehemaligen Langzeitbewohner der alten geschlossenen Großinstitution hinterher. Die Zahl der Neuaufnahmen hat sich wegen der Begrenzung auf Bielefelder Bürger und des Ausbaus ambulanter Hilfen verringert. Manche Wohngemeinschaften werden auch deshalb nicht nachgefragt, weil diese Wohnform trotz eines eigenen Schlüssels, eines Einzelzimmers etc. manchmal als zu eng wahrgenommen wird. Positiv wird insgesamt beurteilt: eine starke Binnendifferenzierung, die Schaffung separater kleinerer Wohnbereiche, so dass sich der Umfang alltäglicher Konflikte erheblich verringert. Die Aufenthaltsdauer ist heute verkürzt und die Menschen können ihre Potentiale weit einfacher für ihre individuelle Entwicklung nutzen.

Appartement-Heim

Bei der Auflösung einer weiteren größeren Einrichtung vor ca. 8 Jahren beschritten wir, nach mehreren Jahren Erfahrung mit den Schwierigkeiten von Wohngruppen, einen anderen Weg. Aus der Schilderung der Probleme im Zusammenleben und dem vielfachen Wunsch nach eigenem, von anderen beeinträchtigten Menschen unabhängigem Wohnraum entstand die Idee ein Wohnangebot nur mit Appartements zu schaffen. Es entstand ein Neubau mit 24 Einzelappartements und war gedacht für chronisch psychisch erkrankten Menschen (Schwerpunkt ehemalige Langzeitbewohner), die sich selber versorgen und eine intensive Eingliederungshilfe benötigen. Das Motto könnte man so beschreiben „eigener Herd ist Goldes wert“. Für jeden Bewohner entstand ein Appartement mit eigenem Sanitärbereich, einer Kochzeile und einem angemessen großen Wohnraum. Die Personalstruktur und -ausstattung war darauf ausgerichtet, dass die dort lebenden Menschen in den alltäglichen Dingen zwar Anleitung benötigen, aber nicht versorgt werden müssen, eher Individualisten denn Gruppenwesen sind. Das Konzept folgte der Einschätzung von uns Professionellen und der von uns implizit formulierten Leitidee „Der Mensch ist ein Individuum“. Eine bestehende Angebotslücke, intensiv betreutes stationäres Einzelwohnen, sollte mit diesem Neubau geschlossen werden. Nun, auch dies hat nur begrenzt funktioniert. Zunächst ja, aber mit der sich ändernden Bewohnerschaft wurden Probleme dieses Wohnmodells deutlich. Im Rahmen der Pflichtversorgung für Bielefeld nahmen wir

Klienten mit massiven psychischen Beeinträchtigungen auf, deren Fähigkeit und Bereitschaft einen eigenen Haushalt zu führen begrenzt ist und die dennoch alleine wohnen wollen. Wir nahmen auch Menschen auf, die zwar viel Rückzugsraum brauchen, aber ebenso die Gelegenheit für Kontakte, für gemeinsame Aktivitäten oder gemeinsame Mahlzeiten. Dies war in der Planung nur am Rande vorgesehen so dass es nur wenige Begegnungsräume gibt und die mit dem eigenen Appartement verbundene soziale Abgeschlossenheit manche Bewohner irritiert. Die Konflikte, die wir durch den Wegfall von Zwangsgemeinschaften eingrenzen wollten, brachen sich in bisweilen ungehemmten Egoismen ihre Bahn. Zentraler Mangel aber ist, dass uns die bei dieser Wohnstruktur besonders notwendige Einbindung in das soziale Umfeld nicht richtig gelungen ist. Die ausufernden und öffentlich zu bemerkenden Auffälligkeiten führten zu einer wachsenden Ausgrenzung von besonders herausfordernden Bewohnern. Hinzu kommen heute erheblich praktische Versorgungsprobleme, weil doch immer mehr Menschen (auch aus dem Belegungszwang einer stationären Einrichtung heraus) eingezogen sind, die aber nur wenig in der Lage sind hauswirtschaftliche Tätigkeiten auszuüben.

Für manche der dort lebenden Menschen, auch dies muss erwähnt werden, ist das Konzept Appartement genau richtig. Wer die Nähe mit anderen auffälligen Menschen nicht aushält, wem die eigenen Ängste und Halluzinationen schon bedrängend genug sind, der braucht nicht noch das enge Zusammenleben mit anderen Menschen, die ebenfalls unter solchen Bedingungen leiden. Wer aber Gemeinschaft braucht, neben der Rückzugsmöglichkeit, wer elementar auf Begegnungsräume angewiesen ist, für den kann es einsam werden, wenn es nicht gelingt, außerhalb des Wohnfeldes soziale Kontakte zu initiieren und zu stützen.

Zukunftsvision

Welche Konsequenzen ziehen wir aus dem widersprüchlichen Ergebnis der beiden Beispiele? Es scheint mir so richtig wie banal, dass wir und unsere Formen der Hilfe möglichst variabel sein müssen um sich beständig ändernden Anforderungen anzupassen. Die von uns heute ersonnenen Hilfeformen reflektieren auf heute bestehende Anforderungen und die morgigen kennen wir noch nicht. Zwei grundlegende Vorhaben sind aus unserer Sicht die Basis für alle weiteren Detailplanungen. Erstens ist der Umfang des stationären Hilfeangebotes für psychisch erkrankte Menschen in Bielefeld in den nächsten kontinuierlich zu reduzieren, um weitere Hospitalisierung zu vermeiden. Zum zweiten müssen auch die intensiven Hilfen in der Stadt und nicht mehr in den abgeschiedenen Anstaltsgebieten Bethel und Eckardtsheim vorhanden sein. Das heißt, wir verlagern in den nächsten Jahren auch diese Hilfen in die Stadt Bielefeld. Darauf aufbauend planen wir ein variables System von Hilfen, das unterschiedlich intensive Hilfen im Wohnumfeld (von ganz wenig ambulant bis fakultativ schließbar) als auch Hilfen bei der Tagesstruktur, der Arbeit und der Teilhabe am Leben im Gemeinwesen beinhaltet.

Variabel sein heißt, dass die Trennung zwischen dem heutigen ambulanten und dem stationären Bereich muss mindestens verringert, besser noch aufgegeben werden muss, denn sie zwingt uns und den Klienten unnötige Sachzwänge auf. Variabel sein heißt, Hilfen so individuell ausrichten, wie es geht und sie so personenbezogen wie nur möglich planen und umsetzen. Hier helfen Hilfeplankonferenzen und Instrumente wie z.B. der IBRP. Wir Profis müssen beweglicher sein als die Klienten. Variabel sein heißt auch, wir sollten wenig Geld in Neubauten stecken, da das hier gebundene Kapital auch unsere Fachlichkeit und Phantasie bindet. Variabel sein heißt, es sollten Wohnhilfen sein, die Individualität und Gruppenzusammenhang ermöglichen, die Begegnungsräume bereit halten und vorsehen, die wir morgen auch für anderes nutzen können.

Bei all dem bleibt eines unverändert, egal wie wir auch immer die Hilfen und die Unterstützung für die Schwierigsten organisieren: Die Variabilität ist begrenzt, z. B. bei der Regelung einer Nachtversorgung aber auch aus nachvollziehbaren ökonomischen Gründen. Wenn es auch für die allermeisten chronisch psychisch erkrankten Menschen möglich ist, angemessene Hilfen in der eigenen Wohnung zu erhalten, so wird es dennoch eine Zielgruppe geben, die um Hilfe zu erhalten ihre eigene Wohnung zeitweilig aufgeben müssen. Es sind die, die nicht alleine wohnen wollen und kein eigenständiges Netzwerk bildet/bilden können oder die, die auf Grund der psychischen Beeinträchtigung umfangreiche Unterstützung und Strukturierung benötigen.

Zum Abschluss ein Zitat von Ulla Schmalz, die das „Hotel Plus“ in Köln leitet. Sie schreibt: „Ich bin unsicher geworden in der Sicherheit, dass es eine Wohnform gibt, die für alle Menschen als richtig zu bezeichnen ist. Ich halte es für unerlässlich, dass es viele verschiedene Angebote für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten gibt und dass es eine Alternative sein kann, in einem Wohnheim mit einem ordentlichen Versorgungsangebot zu leben. Auch dort ist es möglich, ein Leben in Würde mit den Einschränkungen der Krankheit zu gewährleisten.“

Literatur:

- Berger, Heinrich/Braun, Ute (Hg) – Psychiatrie in der Konkurrenzgesellschaft, Bonn 1990
- Böcker, Felix – Kommunale Psychiatrie und die Zukunft der Heime, in: Krankenhauspsychiatrie, Heft 16 2005, S. 18 – 24
- Bezirksamt Lichtenberg von Berlin – Konzept des Bezirksamtes Lichtenberg zur Gemeinwesenentwicklung, Berlin 5.8.2004 (Entwurfssfassung)
- Dörner, Klaus/Plog, Ursula – Irren ist menschlich, Bonn 1984
- Forster, Rudolf - Zur Gewalt in der Psychiatrie – Vortrag im Rahmen des Kongresses „In welcher Gesellschaft leben wir? Wien 2000
- Kebbel, Johann/Pörksen, Nils APK (Hg) – Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie Tagungsberichte Band 25, Köln 1998
- Lehmann, Peter – Gemeindepsychiatrische Wirklichkeit. Kritik der modernen Sozialpsychiatrie, in: Störfaktor – Zeitschrift kritischer Psychologen und Psychologinnen (AU), Heft 9/10, 1989 S. 6 – 19
- Lüttig, Andreas – Die Machtbalancen verlagern sich, in: Altenheim, Heft 8/2001, S. 21 – 25
- Mannsdorff, Peter – Das verrückte Wohnen, Freiburg i. Br. 1994
- Mosher, Loren/Burti, Lorenzo – Psychiatrie in der Gemeinde, Bonn 1994
- Petzold, Hilarion/ Vormann, Gernot –Therapeutische Wohngemeinschaften, München 1980
- Porter, Roy – Wahnsinn, Zürich 2005
- Schmalz, Ulla – Kann denn ein Wohnheim ein Zuhause sein? In: Siemen, Hans-Ludwig (Hg) S. 67 – 72
- Siemen, Hans-Ludwig (Hg.) – GeWOHNtes Leben, Neumünster 2002
- Weber, Prof. Dr. Wolfgang med. – Psychiatrie und Integration in den Grenzen des Sektors, Schweizerische Ärztezeitung Nr. 35 2000, S. 1950 – 1954

Wolfgang Bayer

Wohnheime zwischen Zwangsvergemeinschaftung und therapeutischem Milieu



Wienberg, Günther – Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion, in: Keibel/Pörksen, S. 69 – 81

Wildcat - Beschwerdezentren – 10 Jahre gegen die Psychiatrie, in wildcat Nr. 44 und Nr. 45 1988