

# Dezentrale Heimversorgung

Ein Weg zurück in die Gemeinde für Langzeitpatienten

Von **Michael Konrad, Sabine Schock und Joachim Jaeger**

**D**ie Rückgabe der Verantwortung für das eigene Leben von den professionellen Helfern an die Betroffenen ist seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts die dominierende Tendenz in der psychiatrischen Versorgung. Das dazugehörige Schlagwort ist der »personenzentrierte Ansatz«. Dieser will den Betroffenen in die Lage versetzen, die Auswahl für notwendige Hilfen selbst zu treffen. An die Stelle von einfachen Lösungen treten differenzierte Entscheidungsprozesse, in denen das Aushandeln des richtigen Weges eine wesentliche Rolle spielt.

Für die differenzierten Formen personenzentrierten Handelns ist in der traditionellen Heimversorgung jedoch kein Platz. Heimversorgung steht vielmehr immer noch für Rigidität, Anpassung, Einheitlichkeit. Gleichwohl benötigt ein Teil der chronisch psychisch kranken Menschen die Intensität der Heimbetreuung, insbesondere diejenigen mit einer langen Hospitalisierungsgeschichte. Der Widerspruch zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung kann nur dann aufgehoben werden, wenn er in der Heimversorgung selbst zum Thema wird; das aber heißt, die Prinzipien des personenzentrierten Ansatzes auf die Heimversorgung anzuwenden und die Auflösung der alten, verkrusteten Heimstrukturen aktiv zu betreiben.

In der Region Bodensee-Oberschwaben haben wir vor sechs Jahren damit begonnen, die Heimfunktionen als dezentrales Standardangebot der vollstationären Versorgung einzuführen. Der gesamte Bereich des Wohn- und Pflegeheims am Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau, der für die Versorgung der mobilen chronisch psychisch kranken Klienten zuständig ist, wurde nach und nach in Wohnungen der Städte Ravensburg, Friedrichshafen und Wangen verlagert.

## Konzept

Das Programm der dezentralen Heimversorgung ist nicht mehr und nicht weniger als die Verlagerung eines Heims oder von Teilen eines Heims in die Gemeinde, also die Auflösung einiger großer Wohneinheiten in eine Vielzahl von kleinen Wohngruppen. Das Heim wird nicht aufgelöst, sondern die Betreuung der Heim-

bewohner wird an einem Ort erbracht, der nicht künstlich geschaffen wurde, sondern auch der Lebensort der Betroffenen ist, wenn sie keinen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Die dezentralen Wohneinheiten sind Mietwohnungen in unterschiedlichen Nachbarschaften. Eine Konzentration der Wohneinheiten wurde von vorneherein ausgeschlossen, da dies erneut zur Ghettobildung führen würde.

Das Ziel der dezentralen Heimversorgung ist die Ermöglichung eines Lebens in einer eigenen Wohnung mit ambulanter Betreuung je nach Bedarf. Durch die Formulierung eines Ziels außerhalb des Heims wird die Erstarrung der Heimversorgung aufgelöst. Das Heim wird zu einem personenzentrierten Hilfeangebot, das die Hilfen für den Bewohner so lange anbietet, wie er sie benötigt. Wenn er die Hilfen nicht mehr braucht, ist die Entlassung aus dem Heimstatus indiziert. Bei dieser Entlassung ist es gerade für chronisch psychisch kranke Menschen hilfreich, wenn sie ihr gewohntes Umfeld nicht verlassen müssen. In der Phase, in der sie weniger Hilfen erhalten, benötigen sie die Sicherheit, ihre Lebensgewohnheiten beibehalten zu können. Durch den Übergang vom Heimwohnen in die eigene Häuslichkeit arbeitet die dezentrale Heimversorgung zwangsläufig in Richtung Ambulantisierung der Gesamtversorgung. Die dezentrale Heimversorgung arbeitet daher ausschließlich mit Mietwohnungen. Immobilien machen immobil, eine spätere Umwidmung von – möglicherweise finanziell geförderten – Wohneinheiten ist meistens nicht möglich.

## Wohnungssuche

Die Dezentralisierung erfolgt sinnvollerweise in Etappen, bei denen in ca. zweijährigem Abstand die Wohngruppen sukzessive ausgelagert werden. Die Wohnungssuche im Rahmen der Dezentralisierung stellt das Heim bei der Auslagerung einer Wohngruppe somit vor drei Probleme:

- Es müssen mehrere Wohnungen für denselben Zeitpunkt gefunden werden.
- Die Zeit für die Wohnungssuche ist knapp bemessen, da man nicht zu früh mit der Suche anfangen kann.

■ Vermieter haben häufig große Vorbehalte, an eine Einrichtung zu vermieten, die psychisch kranke Menschen betreut. Die Zusammenarbeit mit städtischen Behörden ist bei der Anmietung von Wohnungen Erfolg versprechend. Hier sollten in der Hierarchie durchaus direkt die oberen Ränge angesprochen werden, sprich am besten der zuständige Bürgermeister. Es hat sich in vielen Fällen als wichtig herausgestellt, die politisch Verantwortlichen von der Sinnhaftigkeit des Projektes zu überzeugen. Dies kann auf unterschiedlichen Ebenen gelingen: Einmal passt es zum sozialen Image der Stadt, ein anderes Mal werden die neu in die Stadt ziehenden Bewohner als zusätzliche Konsumenten betrachtet.

Da Dezentralisierungen am Ende wohl doch immer unter zeitlichen Druck geraten, kann man bezüglich Lage und Ausstattung der Wohnungen nicht besonders wählerisch sein. Es gilt, pragmatisch zu bleiben. Bei unserer ersten Auslagerung konnten wir mit 20 Bewohnerinnen und Bewohnern fünf Wohnungen beziehen. Dazu gehörten:

- ein modernes Doppelhaus mit je fünf Bewohnern in jeder Hälfte, Erstbezug, Lage in einer kleinteiligen Nachkriegs-siedlung mit Reihenhausbauung, zwei nahe liegende Bushaltestellen zum Zentrum für Psychiatrie;
- eine 4-Zimmer-Wohnung für drei Bewohner im Wohnblock mit fünf weiteren Parteien. Lage in der Vorstadt, gemischtes, vielschichtiges Wohngebiet, fünf Busminuten vom Stadtzentrum;
- eine geräumige 5-Zimmer-Altbauwohnung (über Kleingewerbebetrieb) für vier Bewohner, Lage am Rand der Kernstadt, ruhiges zentrales Gewerbe- und Wohngebiet;
- eine 4-Zimmer-Wohnung für drei Bewohner im Altbau-Wohnblock mit fünf weiteren Parteien, Stadtrandlage mit hohem Ausländeranteil.

Bei der Suche haben wir darauf geachtet, dass Bushaltestellen und Einkaufsmöglichkeiten in unmittelbarer Nähe, d.h. in maximal fünf Gehminuten zu erreichen sind, so dass die Bewohner bestimmte Besorgungen möglichst unabhängig von Hilfen erledigen können. Alle Wohnungen wurden vor dem Bezug mit Einbauküchen inklusive Geschirrspüler sowie Waschmaschine und Trockner ausgestattet.

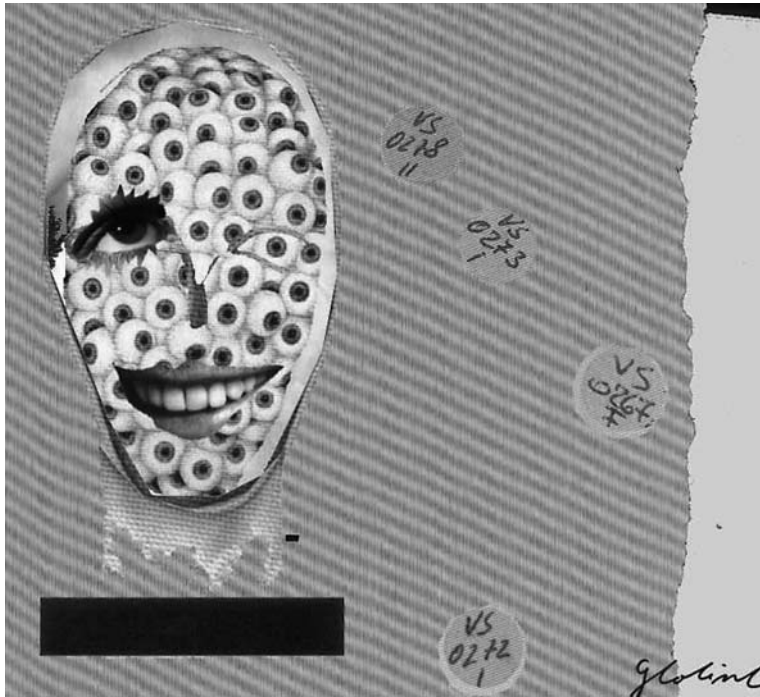
## Nachbarschaftliche Einbindung

Die meisten Nachbarn interessierten sich nicht besonders für das Projekt als solches. Sie nahmen zur Kenntnis, was wir

ihnen erzählt, und waren zufrieden, wenn wir in ihren Augen glaubhaft machen konnten, dass von »unseren« Bewohnern keine Gefahr ausgehen würde und wir im Falle von Störungen oder Belästigungen jederzeit erreichbar wären, um Abhilfe zu schaffen. Menschen, die sich explizit gegen eine Integration psychisch behinderter Menschen in die Gemeinde aussprechen und die es durchaus gab, haben wir mit unseren Maßnahmen nicht erreicht. Wir waren hauptsächlich mit drei Reaktionsmustern konfrontiert:

- offene Ablehnung, Weigerung, überhaupt mit uns zu sprechen (»Wir kaufen nichts!«);
- Desinteresse (»Nett, dass Sie mit uns gesprochen haben, auf Wiedersehen«);
- Wohlwollen (»Das finden wir gut, dass sich jemand um diese Menschen kümmert«).

Wir erlebten keinen aktiven Widerstand etwa in Form von Eingaben an die kommunale Verwaltung oder organisierter Initiativen. Vermutlich hat das damit zu tun, dass unsere Wohnungen eher in kleinstädtischen Umgebungen liegen. Dort wohnen kaum Menschen, die es gewohnt sind, sich als Meinungsführer zu exponieren und sich an die Spitze organisierter Protestes zu stellen. Allerdings trafen wir auch nicht auf überschwängliche Be-



geisterung, niemand bot uns spontan Unterstützung oder Mithilfe an.

#### Alltag als Therapie

Die dezentrale Heimversorgung funktioniert nach dem Prinzip »Alltag als Therapie«. Psychiatrische Kliniken und Heime sind eigene Welten, in denen andere Regeln gelten als in der Gemeinde. Um die wesentlichen Dinge des Tagesablaufs muss man sich nicht kümmern. Bei Langzeitpatienten führt die Entlastung von den Verrichtungen des täglichen Lebens zum Verlernen der selbstverständlichsten Handgriffe; nach einer längeren Zeit in der psychiatrischen Anstalt richten sie nicht

einmal mehr ihr eigenes Zimmer ein, sondern bewohnen einen sterilen, funktional eingerichteten Raum mit kahlen Wänden. Sie haben schlichtweg das Interesse am Alltag verloren. Deshalb sind Trainingsmaßnahmen innerhalb der Institution zum Wiedererlernen lebenspraktischer Fähigkeiten meistens nutzlos. Sie werden nur von wenigen Klienten wirklich angenommen und haben daher keinen nachhaltigen Effekt.

In kleinen dezentralen Wohngruppen gehört die Erledigung von hauswirtschaftlichen Verrichtungen zum alltäglichen Leben. Was sich die Bewohner in

Trainings auf der Rehabilitationsstation oder im Heim nicht aneignen konnten, ist dort Notwendigkeit und wird zur Selbstverständlichkeit. Normalität und Selbstverständlichkeit erzeugen in der dezentralen Wohngruppe einen Druck, die alltäglichen Verrichtungen zu erledigen, der die Mitarbeiter davon entlastet, Druck auszuüben. Ihre Unterstützung bei der Bewältigung des täglichen Lebens bekommt dadurch eine emotional positive Tönung und fördert den Lernprozess der Klienten.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es einem Teil der Klienten im dezentralen Wohnen gelingt, Fähigkeiten zu erlernen bzw. wieder zu erlernen, die entweder im Heim nicht gebraucht wurden

## Die Rückgabe von Verantwortung

Nicht alles geht, aber doch eine ganze Menge: ein Beispiel

Herr Mai (35) und Herr Scheubeck (30) bezogen eine kleine Wohnung in der Ravensburger Innenstadt. Beide waren schon in der Jugend an Schizophrenie erkrankt, Herr Scheubeck ist zusätzlich wegen einer Geburtskomplikation leicht geistig behindert. Weil beide nie selbstständig gelebt hatten, waren ihnen Tätigkeiten wie Putzen, Aufräumen oder Wäschewaschen fremd geblieben. Die krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen trugen zum hohen Ausmaß des Hilfebedarfs bei. Herr Mai arbeitet in der Werkstatt für behinderte Menschen und braucht seine ganze Freizeit inklusive Wochenende zum Aus-

ruhen. Herr Scheubeck hatte jahrelang im Rahmen der Arbeitstherapie die unterschiedlichsten Arbeitsplätze ausprobiert, aber es kam nirgendwo zu einem dauerhaften Arbeitsverhältnis, weil er schlicht viel zu »wurschtig« ist. Er hat viele Interessen (Heavy Metal, Reptilien, Horrorfilme, elektronische Geräte, Kleidung) und keine Probleme mit Langeweile. Er lebt einfach sehr beschäftigt in den Tag hinein. Die beiden jungen Männer sind bei den Mitarbeitern beliebt, weil sie meistens sehr freundlich sind, sich über jeden Besuch freuen und im Grunde alles tun, was man ihnen sagt. Im Jargon der Mitarbeiter heißen sie »die Buben von der Kernergasse«. Und wie Buben sind, muss man ihnen manches eben öfter oder eindringlicher sagen. Einkaufen und Mahlzeiten zubereiten können sie leidlich, beim Putzen, Wäsche waschen, Müll ent-

sorgen und Aufräumen brauchen sie aber intensive Hilfe.

Nachdem jahrelang mit sehr mäßigem Erfolg, aber viel Energie versucht wurde, ihnen die notwendigen häuslichen Fähigkeiten inklusive Motivation beizubringen, mussten wir feststellen, dass wir sie zu mehr Engagement nicht bewegen konnten, wir merkten aber auch, dass sie mit ein bisschen Unterstützung eigentlich ganz gut selbst zurecht kamen. Wir beschlossen, sie in das ambulante Betreute Wohnen zu entlassen. Das Sozialamt bezahlt eine zusätzliche Pauschale zur »Aufrechterhaltung des eigenen Haushalts«, die ausreicht, die entsprechenden Hilfen zu bezahlen. Herr Mai und Herr Scheubeck unterstützen sich gegenseitig und kommen auch mit der reduzierten personellen Unterstützung zurecht. ■

oder noch nie gelernt worden waren. Diese haushaltstechnischen Fähigkeiten sind aber für das dezentrale Wohnen gar nicht unbedingt erforderlich, weil sie zum Beispiel in Wohngemeinschaften von Mitbewohnern kompensiert oder als professionelle Dienstleistung eingekauft werden können. Unserer Erfahrung nach wird bei der Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen die Bedeutung der »harten« Aspekte des Bereichs Selbstsorge tendenziell überschätzt, während die »weichen« Aspekte Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Bewältigung der Erkrankungsfolgen, Sinnfindung eher vernachlässigt werden. Ob die Wohnung dreckig ist, sieht man, wenn eine Person sich länger nicht gewaschen hat, riecht man es. Die Kenntnisse und Fähigkeiten, die nötig sind, um Abhilfe zu schaffen, hat man und kann sie einsetzen. Dagegen ist es viel schwieriger, sich mit einem aggressiven, unglücklichen, verängstigten oder unter sozialer Isolierung leidenden Menschen auseinander zu setzen und ihn bei der Suche nach Auswegen und Perspektiven zu unterstützen.

#### Umsetzung der Versorgungsverpflichtung

Wer auf die klassische zentrale Heimversorgung verzichten möchte, muss aber auch für diese Klienten einen Weg in die Gemeinde finden. Die Frage ist also, ob tatsächlich alle heimbefürchtigen Klienten dezentral versorgt werden können und die Übernahme einer Versorgungsverpflichtung realistisch ist. Damit rückt die Gruppe der so genannten Systemsprenger in den Blick. Gemeint sind psychisch kranke Menschen, bei deren Versorgung besondere Risiken – entweder für sie selbst, für Mitbewohner und Mitarbeiter der Einrichtung oder für die Nachbarschaft – unterstellt werden. Man geht gemeinhin davon aus, dass diese Risiken im Rahmen des klassischen Heimsettings durch verstärkte Kontrolle minimiert werden können. Üblicherweise wird diese Kontrolle mit Begriffen wie »schützenswerter Rahmen« oder »engmaschige Betreuung« beschrieben und mit der Betreuungsform der ständigen personellen Präsenz assoziiert.

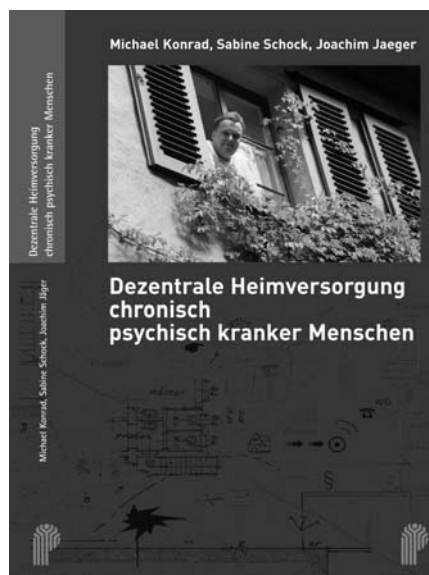
Schlagwortartig werden besondere Risiken meist folgenden Klientengruppen zugeschrieben, nämlich Klienten

- mit aggressiven Durchbrüchen;
- mit schweren Angststörungen;
- mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte;
- mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht;

- die ehemals forensisch untergebracht waren;
- die gebrechlich und/oder verwirrt sind;
- die sich häufig selbst verletzen;
- die sich nicht an Absprachen halten können;
- mit starken Defiziten bei der Selbstversorgung.

Es hat sich gezeigt, dass die Frage der Risiken bei der dezentralen Heimversorgung mit zunehmender praktischer Erfahrung an Brisanz verliert. Die Lernprozesse mit der personenzentrierten Betreuung in den dezentralen Wohngruppen führen zu ständigen Neubewertungen der Möglichkeiten. Dezentrale Heimversorgung muss sich mit denselben Alltagsproblemen auseinandersetzen wie die klassische Heimversorgung; die aus dem Heimalltag bekannten Konflikte verschwinden nicht durch die dezentrale Versorgung, werden aber auch nicht größer.

Der Vorzug der dezentralen Heimversorgung besteht in der erzwungenen Anpassungsfähigkeit. Probleme in der Gemeinde können nicht ignoriert werden. Wenn die Nachbarn sich z.B. beschweren, muss man etwas unternehmen, am besten auf der Stelle. Die Öffentlichkeit der Probleme, die von den Klienten produziert werden, zwingt dazu, Lösungsmöglichkeiten zu finden. In der Institution besteht immer der Ausweg nach innen. Die Anstalt schluckt alles. In den Augen der Öffentlichkeit lässt sich wenig verbergen. Insofern erklärt sich der Begriff des Systemsprengers aus seiner institutionellen Einbindung. Systeme werden dort gesprengt, wo sie einengend wirken und dem Individuum keine Luft zum Atmen geben. In einer offenen Atmosphäre gibt es nichts zu sprengen; hier gibt es nur Konflikte und Konflikte können gelöst werden.



#### Integration ist machbar

Bei der Konfliktlösung kommt es darauf an, den Fokus weniger auf die Probleme als vielmehr auf die Stärken (Ressourcen) und die Selbstbefähigung (Empowerment) der Bewohner zu richten. Durch die Stärkung (noch) vorhandener Potenziale und die Ermutigung zu ihrem Ausbau werden die Klienten bei der (Rück-)Gewinnung ihrer Entscheidungs- und Wahlfreiheit unterstützt und zur Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit motiviert. Die Wiedergewinnung von Autonomiepotenzial führt dazu, über erlebte und selbst gesetzte Grenzen hinauszugehen.

Die Erfahrung mit der dezentralen Heimversorgung hat gezeigt, dass die Frage nach Einschluss und Ausschluss in keiner Phase des Dezentralisierungsprozesses zufriedenstellend beantwortet werden kann. Es existieren keine gesicherten Prognosekriterien, welche Klienten mit einem bestimmten Milieu zurechtkommen und welche nicht, vermutlich wird es solche Kriterien auch nie geben. Die Prognosen des Teams haben sich häufig als falsch erwiesen; Klienten, bei deren Integration in die Gemeinde größte Probleme erwartet wurden, hatten diese real nicht, während Klienten, bei denen ein hohes Ressourcenpotenzial vermutet worden war, sich durch kleinste Unregelmäßigkeiten irritierbar zeigten. Klienten, die bei der Auslagerung der ersten Wohngruppe wegen der Bedenken des Teams auf eine zentrale Wohngruppe verlegt wurden, konnten zu einem späteren Zeitpunkt oder bei der Auslagerung der zweiten Wohngruppe ohne Probleme in eine dezentrale Wohnung integriert werden. Es zeigt sich hier, dass die erfolgreiche Integration von individuellen Konstellationen abhängt, die durch Faktoren wie Gruppengröße und -zusammensetzung, Aspekte der Nachbarschaft, Haltung des Betreuungspersonals u.a. bestimmt werden. Diese Faktoren kann man beeinflussen, aber nicht gänzlich kontrollieren und das muss man auch nicht. Wenn etwas nicht klappt, funktioniert vielleicht etwas anderes. Wichtig ist, dass man bereit bleibt, neue Lösungen zu suchen. ■■■

Michael Konrad ist Leiter des Wohn- und Pflegeheims am Zentrum für Psychiatrie in Weißenau (Ravensburg), in dem Sabine Schock als leitende Pflegefachkraft und Joachim Jaeger als Diplompsychologe arbeiten. Alle drei haben das Konzept der dezentralen Heimversorgung ausführlich beschrieben in: M. Konrad, S. Schock, J. Jaeger: Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie, Psychiatrie-Verlag 2006.