

# Schwierige Fragen brauchen mutige Antworten

Erfahrungen mit der gemeindeintegrierten Begleitung einer außergewöhnlichen Frau  
**Von Luciana Degano Kieser, Wolfgang Müller-Molenar, Regina Hübschke, Thomas Floeth, Carsten Marggraf**

Eine außerstationäre integrierte gemeindepsychiatrische Versorgung ist in Deutschland selten möglich. Viele schwer und chronisch psychisch Kranke »fallen« häufig aus den Versorgungseinrichtungen »heraus«. Ein kompliziertes Finanzierungssystem, eine scharfe Trennung zwischen Behandlung und Betreuung sowie zwischen stationärem und außerstationärem Bereich bedingen u.a. die Schwierigkeiten in der Koordination der Hilfen.

Dieser Bericht handelt von Frau M, die aufgrund wiederkehrender Gewaltausbrüche keine Einrichtung in Berlin und Umgebung betreuen konnte bzw. wollte. Wir kannten Frau M. als ehemalige Klientin des Betreuten Wohnens, und um eine Unterbringung in einem psychiatrischen Pflegeheim außerhalb Berlins zu vermeiden, übernahm die Pinel gGmbH im Rahmen der Pflichtversorgung die Betreuung von Fr. M.. Begleitet von großer Skepsis der institutionellen Partner und trägerinternen Auseinandersetzungen wurde eine intensive personenzentrierte Betreuung organisiert.

In der Literatur wird für die ambulante Begleitung von Menschen mit wiederkehrenden, akutpsychotischen Zuständen eine multiprofessionelle und integrierte Intensivbetreuung gefordert, die folgende Merkmale hat:

- multiprofessionelle, mobile und aufsuchende Teams,
- ambulante Settings für die Akutbehandlung, möglichst zu Hause,
- 24-Stunden-Erreichbarkeit,
- Filterfunktion der Krankenhauseinweisungen.

Nach diesen Prinzipien organisierten wir eine Einzelbegleitung rund um die Uhr. Ein multidisziplinäres Team sollte Schutz, Betreuung und Begleitung auch in akuten Phasen außerstationär gewährleisten. Die Leiterin des Teams verfügt über eine langjährige internationale Erfahrung in der außerstationären aufsuchenden Betreuung und Behandlung psychisch Kranker in Form des »Community Mental Health Care«.

## Die Biographie von Frau M.

Die 60-jährige Berlinerin lebte insgesamt mehr als 33 Jahre in einer psychiatrischen Anstalt. Ihren Vater kannte sie nicht, die Mutter hatte Alkoholprobleme und starb an Darmkrebs, als Frau M. 8 Jahre alt war. In der folgenden Zeit lebte sie in mehreren Pflegefamilien. Es folgten zahlreiche Heimaufenthalte und Ausbildungsversuche in verschiedenen Berufen. Mit 15 Jahren wurde Frau M. erstmals wegen »Selbstverletzungen« stationär behandelt.

Im Alter von 20 Jahren begann ein langjähriger stationärer Aufenthalt. Sie lebte unter anderem fast ein Jahrzehnt in der so genannten »Schlangengrube«, der Anstalt, aus der sie insgesamt 77-mal entwich. Die letzte Diagnose lautete »chronisch paranoid-halluzinatorische Schizophrenie«. Ende 1995 zog Frau M. mit ihrem Freund in eine intensiv betreute Wohnung der Pinel-gGmbH. Nach einem Jahr trennte sich ihr Partner von ihr. Darauf reagierte sie mit einer heftigen Verschlimmerung der Psychose. Sie wählte sich mit Gott im Kontakt, hörte »böse« Stimmen, denen sie sich unterwerfen musste. Die Stimmen warnten sie vor anderen Menschen, die sie umbringen wollten. Sie sollte sich verteidigen. Ihr Verhalten wurde immer aggressiver, sie sah ungepflegt aus und war urininkontinent, ihre alltagsrelevanten Kompetenzen und ihr Selbsthilfepotenzial nahmen ab. Enge Beziehungen hielt Frau M. nicht mehr aus, schon auf geringe Belastungen reagierte sie mit Wut und Ärger. Immer wieder griff sie Menschen an; Fingernägel und Tritte waren ihre »Waffen«.

30 stationäre Aufnahmen innerhalb von eineinhalb Jahren und der Verlust des Wohnplatzes waren die Folge. Mehr als 20 Heime sahen sich nicht in der Lage, Frau M. aufzunehmen. Die zuständige Abteilung für Psychiatrie wollte sie nicht länger stationär behandeln. Auch der niedergelassene Arzt, der sich stark für Frau M. engagiert hatte, sah sich außerstande, sie weiter zu behandeln.

## Die Begleitung

Zu diesem Zeitpunkt, August 2001, kam Frau M. zu uns. Ab dem Tage der Entlassung aus der Klinik lehnte sie die Medikamenteneinnahme ab. Deshalb waren die ersten Monate u.a. von einem schweren Benzodiazepinentzugssyndrom beherrscht. Sechs- bis achtmal am Tag kam es zu Gewaltausbrüchen, die mehrere Stunden andauerten. Nach wenigen Wochen war eine einwöchige stationäre Wiederaufnahme notwendig. Es wurde mit einer neuroleptischen Monotherapie begonnen. Seither erhält Frau M. in der Institutsambulanz der zuständigen psychiatrischen Abteilung ein Depotpräparat. Weitere stationäre Aufnahmen waren nicht erforderlich.

Ziele dieser ersten Phase waren vor allem die Vermeidung einer stationären Aufnahme bzw. die Abkürzung ihrer Dauer. Die Betreuungsarbeit konzentrierte sich auf die Krisenbegleitung, Schutz der Mitarbeiter, den Aufbau einer tragfähigen Beziehung und Hilfen zur Bewältigung des aggressiven Verhaltens.

Die Betreuung war am Anfang von Sprachlosigkeit und erheblicher Spannung geprägt. Frau M. war nachts wach und wehrte sich am Tage gegen jede Form der Tagesstrukturierung. Die Auslöser für die tätlichen Angriffe von Frau M. waren nicht nachvollziehbar. Die körperliche Auseinandersetzung war offensichtlich eine »Sprache«, mit der Frau M. Beziehungen gestaltete. Die Situation besserte sich, als Frau M. statt anzugreifen den Raum, meist Türen knallend, verließ, sich zurückzog oder verbal die Wut äußerte. Ab Januar 2002 nahmen Dauer und Intensität der aggressiven Episoden ab. Stattdessen »provozierte« Frau M. in anderer Form. Sie wollte nicht mehr baden, sich nicht mehr die Haare waschen. »Das Mittagessen, das die Mitarbeiter für sie kochten, gelang an viele Orte, nur nicht in ihren Magen«, schrieb ein Mitarbeiter in die Verlaufsdocumentation. Gleichzeitig gewann Frau M. immer mehr an Selbstständigkeit. Ab Mai 2002 reichte die Begleitung während des Tages aus. Sie bekam täglich Geld und ging allein Zigaretten kaufen. Der Tag-Nacht-Rhythmus stellte sich ein. Die Mitarbeiter fanden einen Weg, mit ihr die Auslöser für Gewaltausbrüche zunächst schriftlich und dann auch sprachlich zu benennen.

Im Verlauf des Jahres 2003 wurde Gewalt zu einem untergeordneten Thema. Die Beziehungen normalisierten sich und Frau M. begann soziale Kontakte aufzubauen. Sie ging erstmals mit Begleitung zum Friseur und ins Kino, wünschte sich

einen Zirkusbesuch, badete nach monatelanger Weigerung und blieb stundenweise allein.

#### Das Team

Das Team deckte mehrere Funktionen ab, die in der Regel von verschiedenen Institutionen erbracht werden. Es erfüllte nicht nur die Aufgabe einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung, sondern auch eines aufsuchenden ambulanten Dienstes. Die Leitung und die Mitarbeiter übernahmen die Verantwortung für die Begleitung der Klientin auch in akuten und schwierigen Phasen. Die Betreuung war während des ersten Jahres sehr intensiv (tagsüber 12 Stunden durch 2 Betreuer, nachts eine Nachtwache) und fand auch an Wochenenden und Feiertagen statt. Mit zunehmender Selbstständigkeit von Frau M. zogen sich die Mitarbeiter zurück. Aktuell wird sie im Durchschnitt 7 Stunden am Tag betreut.

Das Team setzte sich aus einer Ärztin, Psychologen, Sozialarbeiter, Pfleger, Studenten und Laienhelfer zusammen. Bis zu 12 Mitarbeiter arbeiteten in Teilzeit oder nur stundenweise im Projekt. Eine wertvolle Unterstützung erfährt Frau M. von einem Mitglied des Vereins »Leben mit Tieren e.V. «und deren Hündin »Carry«, die Frau M. regelmäßig besuchen. Intervention, Auswertung der Arbeit und Feedback über die Umgangsweise der Mitarbeiter finden in den wöchentlichen Teamsitzungen statt, in denen auch die Entscheidungen über das weitere Vorgehen getroffen werden.

#### Methoden der Teamarbeit

Das Team begegnete Frau M. mit der Haltung, nicht im Besitz der »richtigen« Lösung zu sein, aber mit der Bereitschaft, Unterschiedliches auszuprobieren. Auf diese Weise fanden die Mitarbeiter auch allmählich heraus, was in gewalttätigen Situationen hilfreich war: Sofort auf erste Anzeichen einer Gewalteskalation reagieren, die Gefahrenquellen minimieren und den Abstand verändern, zuweilen auch die Situationen verlassen, ohne der inhaltlichen Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen.

Ein wichtiges Merkmal dieses pragmatischen und flexiblen Arbeitsstils war das »Nicht-Festlegen« auf ein Modell. Die Beziehung von Frau M. zu den einzelnen Mitarbeitern war individuell sehr unterschiedlich. Jeder Mitarbeiter nahm auf seine Art mit Frau M. Kontakt auf, wobei die Grundhaltung von Neugier und Re-

spekt geprägt war. Humor und Kreativität boten dabei unschätzbare Möglichkeiten, auch absurde Situationen zu entdramatisieren.

Eine ausführliche Verlaufsdokumentation wurde zur eigenen Reflexion verfasst. Mit Hilfe einer Verhaltens- und Interaktionsanalyse konnten immer mehr Ressourcen sowohl bei der Klientin als auch bei den Mitarbeitern entdeckt werden. Während in der ersten Zeit die Gewalt und deren Deeskalation im Vordergrund standen, rückten mit zunehmender Besserung andere Themen in den Vordergrund, wie z.B. Sauberkeit des Zimmers, Körperpflege, Einkauf und gemeinsame Aktivitäten.

#### Teamerfahrung

Alle Teammitglieder machten vergleichbare Erfahrungen im Kontakt mit Frau M. Aus Vorgesprächen waren sie auf eine provokante, impulsive, aggressive und gewalttätige Frau eingestellt, welcher der Mythos eines »Monsters« anhaftete. Die Nähe löste Angst aus, die Betreuung stellte eine Herausforderung dar. Andererseits war Frau M. sehr aufmerksam und feinfühlig. Sie wirkte wie jemand, der die »wahre Natur eines Menschen erkennen will und hinter die Fassade schauen kann« schrieb eine Mitarbeiterin in der Verlaufsdokumentation. In manchen Momenten wusste Frau M. viel zu erzählen und äußerte klar ihre Meinung. Ihr Wunsch war ein »normales« Leben in einer schönen Wohnung mit Partner und Familie.

In Krisenzeiten wurde die Belastung durch eine Doppelbesetzung auf mehrere Schultern verteilt. Die Mitarbeiter unterstützten sich gegenseitig: Einer blieb im Hintergrund und gab dem anderen Sicherheit.

Wie Frau M. entwickelte sich auch das Team weiter. Mitarbeiter und Frau M. lernten viel voneinander über sich selbst und über den Umgang mit Angst und Gewalt. Schrittweise konnten die Auslöser beschrieben und die Risiken besser eingeschätzt werden. In den vielen Jahren in Heimen und Anstalten hatte Frau M. die Anwendung von Gewalt erlernt, die für sie zu einem wichtigen Ausdrucksmittel geworden war. Das Pendeln zwischen Forderungen einerseits und Kompromissen

andererseits erwies sich als ein wichtiger Baustein der Beziehungsgestaltung.

#### Schlussfolgerungen

Frau M. kann seit nunmehr drei Jahren in der Gemeinde ohne stationäre Aufnahmen menschenwürdig leben mit einer ihr angemessenen Betreuung und einer ambulanten Behandlung. Eine solche Arbeit wäre ohne entsprechende Finanzierung nicht möglich gewesen. Zwischen dem gemeinnützigen Träger, der Abteilung für Psychiatrie, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den Kostenträgern wurde ein außergewöhnliches Budget mit einer Obergrenze vereinbart. Die Eingliederungshilfe nach §39 BSHG und eine Sonderfinanzierung garantieren eine gewisse Kostendeckung, wobei der gemeinnützige Träger einige Risiken, z. B.

bei Kostenüberschreitung, auf sich nahm. Die Kosten waren zunächst etwas höher als die eines Krankenhausaufenthaltes. Sie wurden regelmäßig überprüft und konnten im Laufe der Zeit mit einer veränderten Betreuungsorganisation erheblich reduziert werden.

Die Intensivbetreuung durch das Team war zeitweise Energie zehrend und wäre sicher ohne das außerordentliche Engagement jedes Einzelnen nicht möglich gewesen. Es zeigte sich aber auch, dass schwer Kranke, die durch das konventionelle Netz des komplementären Versorgungssystems fallen, in der Gemeinde begleitet werden können. Die Träger der außerstationären Pflichtversorgung sollten sich dabei nicht mehr als »komplementär«, d. h. »ergänzend«, sondern als aktive, verantwortungsvolle Partner und Alternative des stationären Bereiches verstehen.

Diese Erfahrung wirft für uns auch die weitergehende Frage auf, ob die Zahl der Heimunterbringungen von psychisch kranken Menschen nicht durch adäquate außerstationäre und integrative Strukturen in der Gemeinde drastisch reduziert werden könnte. ■■■

Die Autoren sind Mitarbeiter der Pinel gGmbH, einem gemeinnützigen Träger des komplementären Bereiches.

Kontakt: Pinel gGmbH  
Joachimstalerstr. 14, 10719 Berlin  
Tel. (030) 4848 29 - 0  
Internet: www.pinel.de



Horst Hallensleben, Eine reife Seele