

"Advances in Mental Health and Intellectual Disability"

## **Der Institutionen-Verbund. Ein Modell zur Sicherstellung der institutionellen Grundversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten.**

Jakob Egli

Meine sehr geehrten Damen und Herren

Einleitend schildere ich ein aktuelles Beispiel.

### **Einleitendes, aktuelles Beispiel**

*Herr S. ist zirka fünfzig Jahre alt und lebt in einem Wohnheim in unmittelbarer Nähe der Psychiatrieklinik. Er ist in nicht präzise erfasstem Umfang geistig behindert und zeigt psychische Auffälligkeiten. Zwischen einer starken vitalen Komponente und einer an seinen sprachlichen Äusserungen ablesbaren, sehr starken Gewissensinstanz bleibt ihm wenig Möglichkeit zur Selbststeuerung. In Konfliktsituationen, die äusserlich nicht immer ablesbar sind, neigt er zu Blockaden und aggressivem Verhalten. Seit Jahren schlägt er in Überforderungssituationen gelegentlich gezielt ins Gesicht erreichbarer Betreuungspersonen. Mehrmals wurden - vor allem Betreuerinnen - hart getroffen und auch verletzt. Er wurde deshalb bereits mehrfach in die Psychiatrische Klinik eingewiesen. Beim jüngsten Vorfall erlitt eine Betreuerin einen doppelten Nasenbeinbruch und fiel für längere Zeit aus. Die aktuelle Klinikweisung führte zu einer höheren Dosierung der Medikamente, zum Tragen eines mit Manschetten für beide Handgelenke versehenen Bauch - Gurtes zur Reduktion seines Schlagpotentials und zu einem rigiden verhaltenstherapeutisch orientierten Regime mit 24 - Stunden - Isolation bei aggressivem Fehlverhalten. Im Heim drohte ein grosser Teil des Betreuungsteams mit Kündigung, sollte Herr S. wieder zurückkehren. Die Klinik hält Herrn S. für fehlplaziert und drängt auf Rücknahme, da es sich um eine agogische Problemstellung handelt. Das Heim verweigert die umgehende Rücknahme und sieht sich frühestens in einigen Monaten wieder fähig, den Mann mit einem neuen Team zu betreuen und zurückzunehmen.*

Soviel zur Illustration des uns beschäftigenden Problemfeldes. Nun einige Präzisierungen zum Thema.

### **Präzisierungen zum Thema**

Wie das einleitend vorgestellte Beispiel deutlich macht, bezieht sich dieser Beitrag auf Menschen mit Behinderungen, die stets Gefahr laufen, zwischen Disziplinen und Institutionen in problematische Lagen zu geraten. Kliniken und Heime schieben sich manchmal in unschöner Art gewisse behinderte Personen zu. Ein Zuschiesbespiel mit zum voraus feststehenden Verlierern, den Menschen mit geistiger Behinderung und der aufnahmeverpflichteten Psychiatrieklinik. Auf den Punkt gebracht: Dort, wo die Probleme am ehesten angegangen werden könnten, nämlich in den Heimen, kann man sich selbst von der Aufgabe dispensieren. Dort wo die Probleme unabwendbar anfallen, - in den Psychiatriekliniken - verfügt man zwar über gewisse diagnostische und therapeutische Kompetenzen, es herrschen aber für Menschen mit geistiger Behinderung problematische Lebensbedingungen.

Die sich auf diese Weise manifestierenden Probleme lassen sich nur unter Berücksichtigung verschiedener Dimensionen und Ebenen erfassen. Aufgrund langjähriger Erfahrung haben wir versucht, die Probleme so zu analysieren und zu ordnen, dass weder der Blick aufs Ganze, noch unsere Handlungsfähigkeit verloren geht.

Die immer wieder zu grossen Auseinandersetzungen und Nöten führenden Fälle sind stets in ihrer Einmaligkeit zu erfassen und entsprechen oft keinem Klassifikationsschema oder Krankheitsbild. Psychiatrische und agogische Aspekte sind häufig nicht klar zu trennen. Mit zunehmender Dauer unseres Engagements wurde immer deutlicher, dass in vielen Fällen die aktuellen Problemlagen klare Folgen ungelöster struktureller, institutioneller und interdisziplinärer Fragestellungen sind.

## **Das Problem - Menschen im Abseits**

Ausgangslage für die "Fachstelle Lebensräume" war die in den Achzigerjahren noch schlimme Situation von Menschen mit geistiger Behinderung und normabweichendem Verhalten, die in Psychiatriekliniken untergebracht waren. Aus den privat getragenen Heimen wurden sie, aus Gründen der Überforderung, aus dem Wunsch nach Entlastung oder ruhigem Betriebsverlauf und nicht selten unter mehr oder weniger billigen Vorwänden ausgegrenzt und der aufnahmeverpflichteten Psychiatrie zugewiesen. Es ist die Personengruppe derer, "die niemand haben will". Die Psychiatrie behalf sich mit medikamentöser Sedierung, Isolation, Fixierung, rigiden Strukturen, nicht selten mit Hirnoperationen und bis vor wenigen Jahren auch Kastrationen, um mit der überfordernden Situation zu Rande zu kommen.

Durch Besuche in allen Kliniken der Schweiz konnte ich mir zwischen 1988 und 1990 von den belastenden Verhältnissen, sowohl für Menschen mit geistiger Behinderung als auch für das pflegerische und ärztliche Personal der Kliniken persönlich ein Bild machen. Therapeutische Intentionen waren kaum zu beobachten, agogische Versuche mit Aktivierung und Beschäftigung schon eher. Verständlicherweise oberstes Ziel war jedoch, um jeden Preis die Kontrolle in den zugleich deprivierenden und stressenden Strukturen zu behalten. Obwohl Hunderte der früheren Langzeitpatienten mit geistiger Behinderung in den letzten zehn Jahren aus den Klinikstrukturen ausgegliedert wurden, wirken bei Neueintritten - wie auch das einleitend geschilderte Beispiel zeigt - in Regionen ohne tauglichen Institutionen - Verbund nach wie vor die gleichen Mechanismen.

## **Die Entstehung und der Aufbau der Fachstelle "Lebensräume"**

1987 riefen die Eltern eines jungen Mannes mit autistischen Zügen und unklarer geistiger Behinderung, der unlängst in die Psychiatrie eingewiesen worden war, zusammen mit Professor Andreas Bächtold vom Institut für Sonderpädagogik der Universität Zürich einen "Arbeitskreis zur Verbesserung der Lebenssituation für Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Kliniken" ins Leben. Nebst den Initianten engagierten sich Heilpädagoginnen, Psychiater, Vertreter von Organisationen der Behindertenhilfe und Pflegepersonal in diesem Arbeitskreis.

Bereits 1988 konnte ich als Projektleiter in Teilzeitanstellung die Arbeit an der nicht unbedeuten gewählten Aufgabe beginnen, der Verbesserung der Lebenssituation für Menschen mit geistiger Behinderung in allen Psychiatriekliniken der Schweiz. Im Laufe der Jahre konnten die zeitlich begrenzten Projekte in eine permanente "Fachstelle Lebensräume" umgewandelt und personell etwas aufgestockt werden. Nach anfänglicher Orientierung an den Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituationen in den Kliniken, trat mit der Zeit die Ausgliederung aus den Klinikstrukturen und die Vermeidung neuer Daueraufenthalte immer mehr in den Vordergrund. Während die grossenteils auf Klinikareal realisierten Wohnheime lange als notwendige und einzig realisierbare Entwicklungsmöglichkeit forciert wurden, wurde schliesslich mit dem Modell " Institutionen - Verbund zur Sicherstellung der Grundversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten" die Lösung des strukturellen Problems angestrebt und im Zürcher Oberland auch realisiert. Das heutige Fachstellenteam ist bestrebt, dieses Modell in möglichst vielen Regionen der Schweiz einzuführen und leistet nach wie vor in Einzelfällen beratende Unterstützung.

Nur andeutungsweise werden nun verschiedene Aspekte angesprochen, die dazu beitragen, das Modell "Institutionen - Verbund zur Sicherstellung der Grundversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten" zu entwickeln.

### **Analytische Aspekte**

Um in den stets sehr komplexen Situationen handlungsfähig zu bleiben, mussten wir verschiedene Zusammenhänge für uns sichtbar machen und auch gesellschaftspolitische Positionen beziehen. Durch die handlungs- und wirkungsorientierte Form unseres Ansatzes konnten wir uns nicht immer in wünschbarer Weise in Teilaspekte vertiefen. Wir waren stets bestrebt, in den sich ergebenden Situationen einen begehbaren Weg für die behinderten Personen, die Mitarbeitenden, die Institutionen und die politischen Instanzen zu finden. Neben fachlichem Wissen half uns in unseren Aktionen auch ein klarer Positionsbezug zugunsten der Schwachen und damit einer solidarischen und gerechten Gesellschaft.

#### *Geistige Behinderung*

Die Stellung von Menschen mit geistiger Behinderung in einer modernen Gesellschaft ist eine besondere. Zwischen den unsere gesellschaftlichen Verhältnisse prägenden Rationalisierungstendenzen und den Menschen mit geistiger Behinderung, die dazu den direkten Kontrapunkt verkörpern, entfaltet sich ein herausforderndes Spannungsfeld. In diesem Zusammenhang schlage ich vor, Geistige Behinderung nicht nur als Unfähigkeit zu sehen, aus Gründen intellektueller Einschränkung den Lebensunterhalt selber zu erzielen, wie dies das Eidgenössische Invalidenversicherungs-Gesetz tut, sondern auch als Unfähigkeit, sich trotz ausreichendem Erwerbsersatz durch Rente selber in dieser Gesellschaft einzurichten. Positiv formuliert sind Menschen mit geistiger Behinderung auf angebotene, konkrete Lebensräume (Soziotope) angewiesen. Unter dieser juristisch - ökonomisch - soziologischen Sichtweise gewinnt die politische Frage an Bedeutung, wer zur Bereitstellung der Lebensräume oder Soziotope für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigem Verhalten verpflichtet ist. In der Schweiz ist die Frage der Verantwortlichkeit auch heute noch nicht hinlänglich geklärt. Nur die Psychiatriekliniken sind mit einer Aufnahmeverpflichtung belegt. Ein grosser Teil der geistig behinderten Personen finden allerdings im freien Angebot an Heimplätzen eine passende Lösung. Die hier angesprochene Personengruppe hat im freien Markt um Plätze jedoch praktisch keine Chance. Unbestritten ist einzig, dass die aufnahmeverpflichteten Psychiatriekliniken für Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten keine tauglichen Wohnorte sind.

#### *Soziotop: Lebensräume als konkrete Soziotope oder abstrakte Sphären.*

Den Begriff des Soziotops verwende ich um darauf hinzuweisen, wie weit sich die Ansprüche moderner Menschen einerseits, und den Personen mit geistiger Behinderung andererseits, hinsichtlich ihrer Erwartungen an taugliche Lebensräume unterscheiden. Viele Menschen bewegen sich heute in Lebensräumen, die losgelöst von Ort, Anwesenheit und Zeit durch kognitive Konzepte, Agenden und elektronische Kommunikationsmittel zusammengehalten werden. Demgegenüber sind Menschen mit geistiger Behinderung sehr an den Ort, die anwesenden Personen und die übrige materielle Umgebung gebunden. Mit Soziotop ist ein überlappender sozialer und materieller Raum gemeint. Ein Soziotop ist zugleich erlebbare Gemeinschaft und konkrete Wohnung. Vergleichbare Ansprüche an Lebensräume wie Menschen mit geistiger Behinderung stellen beispielsweise kleine Kinder. Bis diese in der Lage sind, sich in abstrakten Lebensräumen, Sphären, zu bewegen, sind sie auf die Institution Familie angewiesen, die ihnen als Soziotop dient. Während sich nicht geistig behinderte Bürgerinnen und Bürger im Erwachsenenalter selbst einzurichten verstehen, sind Menschen mit geistiger Behinderung auf institutionell angebotene Soziotope angewiesen. Mit dem Bezug auf die Ansprüche kleiner Kinder an ihre Lebenswelten wird die Wahrnehmung und Anerkennung von geistig behinderten Personen als Erwachsene natürlich in keiner Weise in Frage gestellt.

### *Wohnung und Behandlung*

Zwei Aufgaben in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen werden manchmal in unguter Weise vermengt. Die Bereitstellung eines institutionell abgesicherten Lebensraumes oder Soziotopes ist eine Aufgabe, die sich bei Menschen mit geistiger Behinderung unabhängig vom psychischen Gesundheitszustand und vom Verhalten stellt. Menschen mit geistiger Behinderung sind aufgrund ihrer Einschränkungen unabdingbar auf Soziotope angewiesen in denen sie mit ihren Fähigkeiten und Einschränkungen ein gutes Leben führen können. Die Gestaltung solcher, auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten Soziotope ist zugleich Verpflichtung und Rechtfertigung für Einrichtungen der Behindertenhilfe. Je abhängiger und hilfebedürftiger ein Mensch mit geistiger Behinderung ist, desto klarer wird sein Anspruch auf eine institutionell abgesicherte Wohnung und auf Integration in eine sozialpsychologisch betrachtet noch funktionsfähige Gruppe. Diese Aufgabe haben meiner Meinung nach Heime für alle Menschen mit geistiger Behinderung zu erfüllen. Wer denn sonst?

Die Behandlung psychischer Erkrankungen - natürlich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung - ist Aufgabe der Psychiatrie. Auch wenn eine kategorisierende Diagnosestellung schwierig, oft sogar unmöglich ist, steht die Notwendigkeit psychiatrischer Hilfestellungen in manchen Fällen ausser Frage. Sie macht aber nur dann wirklich Sinn, wenn die betreffende Person in ein Lebensfeld integriert ist, das weder permanent unterfordernd, noch Stress verursachend oder gar krankmachend ist. Sehr ähnliche Verhaltensweisen können je nach Person und Situation Ausdruck von berechtigter Auflehnung gegen missliche Lebensbedingungen, Hinweise auf psychische Schwierigkeiten oder Formen einer angemessenen Lebensführung bei geistiger Behinderung sein.

Bedeutsam ist besonders die Frage des adäquaten Einsatzes der Psychiatrie. Da Personen mit geistiger Behinderung nur ausnahmsweise fähig sind, die Rolle des behandlungsbedürftigen Spital -Patienten zu spielen, führt eine Klinikeinweisung leicht zu zusätzlichen Belastungen. Fremde Personen, unbekannte Räume, undurchschaubare unvertraute Abläufe führen beinahe zwangsläufig zu zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten. Wie im Beispiel des Herrn S. zu beobachten war, kann damit eine unselige Eskalation im Spiel zwischen Massnahmen und sogenanntem Fehlverhalten in Gang kommen. Die Strategie muss deshalb wohl sein, wenn immer möglich das psychiatrische Wissen und Können zum psychisch erkrankten behinderten Menschen zu bringen und nicht diesen in die Psychiatrieklinik einzuweisen. Diese Strategie setzt voraus, dass einerseits die Behinderteninstitutionen bereit und verpflichtet sind, sowohl Menschen mit schwierigen Verhaltensweisen weiter zu betreuen als auch rechtzeitig psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Andererseits kann diese Zusammenarbeit nur Früchte tragen, wenn Psychiater bereit sind, Patienten in den Heimen zu behandeln und Teams fachlich zu beraten, also in den Institutionen tätig zu werden. Während dies bei manchen Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung ein freiberuflich tätiger Psychiater sein kann, empfiehlt sich bei den anspruchsvolleren Fällen direkt zwischen Regionalklinik und Heim zu kooperieren.

Gemäss der hier skizzierten Aufgabenteilung hätten Menschen mit geistiger Behinderung, die therapeutisch begründet oder aufgrund einer Krisenintervention hospitalisiert wurden, ein Recht darauf, nicht nur nach erfolgreicher Behandlung, sondern auch nach Ausschöpfung der psychiatrischen Möglichkeiten und anhaltender Problematik, in ihren institutionell abgesicherten Lebensraum zurückzukehren. Die Anpassungsleistung muss dann primär von der Institution erbracht werden.

### *Kommunikative Schwierigkeiten zwischen Psychiatrie und Heim, die auf strukturelle Mängel verweisen*

Schon in der Annäherung an solch ausserordentliche Situationen fallen gewisse Argumentationsmuster von Heimpersonal und Psychiatriemitarbeitenden auf. Von Psychiatrieseite wird mit einer gewissen Verbitterung auf die schwierigen räumlichen, betrieblichen und sozialen Bedingungen auf den entsprechenden Abteilungen hingewiesen. Gerne werden Vergleiche mit den Heimen angestellt, in denen kleinere Gruppen, mehr Mitarbeitende und schönere Wohnungen die Regel sind und in denen sie auch entsprechende Fachkompetenz vermuten.

Der Umstand, dass mit den verhaltensoriginellen Menschen auf der Klinikabteilung doch zu Rande gekommen werden muss, rechtfertigt aus Sicht der Psychiatrie den Einsatz hoher Medikationen, Isolation sowie Fixation. Das Wissen um die eigene Verpflichtung zur Lösung der Aufgabe wird zurecht in direkten Zusammenhang mit der Möglichkeit der Heime gestellt, behinderten Bewohnerinnen und Bewohnern zu kündigen oder sie auf dem ärztlichen Weg in die Klinik einweisen zu lassen. Die Versuchung, bei Platzierungsversuchen aus der Klinik heraus Mogelpackungen zu schnüren, das heisst bestimmte Informationen über behinderte Personen zurückzuhalten, um nicht umgehend abgewiesen zu werden, ist recht gross und nachvollziehbar.

In den Heimen hingegen sieht man sich eher einer Zielgruppe verpflichtet und neigt dazu, das Bedürfnis von Bewohnern und Mitarbeitern auf einen ruhigen Verlauf höher zu gewichten, als die Ansprüche der als "Störer" wahrgenommenen Personen. Je schwieriger die Verhältnisse im sozialpädagogischen Feld werden, desto höher veranschlagen die Sozialpädagogen die Potentiale der Psychiatrie. Mit Medikamenten und psychiatrischen Therapien müsste das sozialpädagogisch nicht Leistbare durch die Psychiatrie zu erbringen sein. "Das ist ein Psychiatriefall!", lautet dann die Formulierung. Nur ungern gestehen Heime ein, auch gewisse sozialpädagogische Probleme durch Ausgrenzung zu lösen. Die Tendenzen, Verhaltensauffälligkeiten instrumentell zu dramatisieren und Prozesse zwar unbewusst aber trotzdem gezielt zur Eskalation zu bringen um eine Kündigung oder Klinikeinweisung zu erreichen, werden selbst kaum wahrgenommen.

Ausgehend von der Annahme, auf beiden Seiten versuchten Fachpersonen ihr Bestes einzubringen, kann nur der Verdacht aufkommen, in solchen Situationen lassen sich in direkten Gesprächen kaum gute Lösungen finden, weil im Hintergrund fragwürdige Strukturen erschwerend wirksam sind.

#### *Zielgruppen und Restmenge*

Die Institutionen des Behindertenwesens in der Schweiz wurden in der Phase der Spezialisierung und Professionalisierung zunehmend auf engere Zielgruppen ausgerichtet. Dieser Prozess der Homogenisierung führte unzweifelhaft auch zu Errungenschaften wie fachlicher Weiterentwicklung. Problematisch wird es allerdings für Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigem Verhalten, die zudem noch häufig mehrfachbehindert sind. Sie bilden keine fachlich vertretbare Zielgruppe, sondern die Menge derer, "die keiner haben will". Unter sich sind sie nicht in der Lage, sozialpsychologisch funktionsfähige Gruppen zu bilden. Diese Menschen sind für jede Gruppe und jede Institution Zumutung und ökonomisch schlechtes Risiko zugleich. Zusammengefasst in eine Gruppe entstehen sozial, fachlich und ökonomisch betrachtet höchst problematische Konstellationen. Eine Massierung solcher Problemfälle sollte möglichst vermieden werden. Wenn es dazu noch eines Beweises bedarf, verweise ich auf die früheren, zum Teil auch heute noch anzutreffenden Zustände auf Oligophrenenabteilungen der Psychiatriekliniken. Ziel muss sein, diese Personen in möglichst vielen heterogenen Gruppen zu betreuen. Damit bleiben die Aufgaben eher in einem Rahmen, der Lösungen noch ermöglicht. Die Zielgruppenorientierung der Institutionen der Behindertenhilfe sollte ergänzt werden um einen Beitrag zur Sicherstellung der klinikexternen Grundversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten.

#### *Integration und Ausgrenzung*

Integration und Ausgrenzung sind Prozesse, die wohl gleichen Gesetzmässigkeiten folgen, jedoch in entgegengesetzter Richtung verlaufen. Die Prozesse haben mindestens eine soziale und eine topologische Komponente. Ich verwende aus diesem Grund gerne die bereits vorgestellte Wortschöpfung "Soziotop". Sowohl was die Gruppenbildung als auch was das Verbleiben im Lebensraum anbelangt, halte ich die Machtfrage für zentral. In sozialen Integrations- und Ausgrenzungsprozessen verfügen beide Seiten, die Gruppe und der Einzelne, über bestimmte Anpassungspotentiale. Diese Potentiale beziehen sich - orientiert an

Piagets Terminologie - beidseitig auf die Fähigkeiten zur Assimilation und Akkommodation. Lässt man der Natur den freien Lauf, gibt es nur in bestimmten Fällen eine Rettung für den Schwächeren. Die Gruppe - und das Betreuungsteam - muss deshalb von übergeordneter Stelle wissen, dass im Falle einer Entweder - Oder Situation der Schwächere resp. der Behinderte bleibt und der Stärkere resp. das Personal gehen muss. Allein diese Deklaration von Seiten der Institution bewirkt in der Regel ein frühzeitiges Ernst-Nehmen der Probleme und ein Bestreben um Eskalationsvermeidung bei Personal und Mitbewohnern. In der Behindertengruppe sind auch andere Verläufe zu beobachten und werden andere Ressourcen aktiviert, wenn bei Unverträglichkeit der Austritt resp. ein Übertritt der Stärkeren, Kompetenteren und Normen- Kompatibleren zur Diskussion steht. Diese Position sollte natürlich nicht überstrapaziert werden, sie setzt aber ein klares Gegengewicht zu natürlichen und weit verbreiteten utilitaristischen Praktiken. Immer wieder werden trotzdem Grenzen des Zumutbaren überschritten. In diesen Fällen kann es angezeigt sein, ein neues Soziotop für die Person mit ausgeprägten psychosozialen Schwierigkeiten aufzubauen. Wenn die Räume und Strukturen genügend auf die bestimmte Person abgestimmt sind, bestehen gute Chancen auf eine positive Verhaltensänderung. Solche Räume können jedoch auch für andere behinderte Personen attraktiv werden, weil darin beispielsweise ein guter sozialer Status erreichbar ist, in der Kleingruppe viel Zuwendung der Mitarbeitenden in Aussicht steht und Kleingruppen überschaubarer und beeinflussbarer sind. Das Zusammenleben in einem solchen Soziotop mit einer Person die anspruchsvolles Verhalten zeigt, darf nicht nur Zumutung sein, sondern muss auch positive Aspekte aufweisen. Der Hinweis auf die hohen Kosten solcher Lösungen ist durchaus berechtigt. Eine Gesellschaft, in der alle einen Anspruch auf einen angemessenen Raum geltend machen können, ist jedoch nicht zum Niedrigtarif zu bekommen. Zieht man aber in die Beurteilung mit ein, wie teuer und ätzend alternative Nicht - Lösungen auf Dauer sein können, rechtfertigt sich eine entsprechende Investition auch unter ökonomischem Aspekt.

#### *Strategische Richtung in der Problemlösung*

In der hier thematisierten Frage des Umgangs mit geistig behinderten Menschen mit massiv auffälligem Verhalten führt die Diskussion immer wieder zur Grundfrage, ob unser Ziel das grösst mögliche Glück für die grösst mögliche Zahl ist, dann werden Verluste bewusst in Kauf genommen, oder ob gerade die sperrigsten und schwächsten Mitmenschen unserer Hilfe und Zuwendung besonders bedürfen. Daraus erwächst uns die Verpflichtung, für sie taugliche Lebensräume zur Verfügung zu stellen. Erst wenn angemessene Lebensbedingungen geschaffen sind, macht es Sinn, auffällige Verhalten therapeutisch anzugehen. Viele der als störend und krankhaft angesehenen Verhalten sind unbeholfene, sich meist kontraproduktiv auswirkende, möglicherweise aber im Kern gesunde Formen der Auflehnung gegen unangemessene Lebensbedingungen. Lassen sich für solch extreme Herausforderungen vertretbare Lösungen realisieren, können vor diesem Hintergrund leichtere Situationen auch positiv beeinflusst werden. An dieser Stelle möchte ich auf die grosse Zahl von Menschen mit geistiger Behinderung hinweisen, die in Heimen und Anstalten gerne gesehen sind, deren Überangepasstheit und resignativer Rückzug die Qualität psychischer Krankheit aufweist. Wie kommen diese stillen Dulder und Leider zu ihrem Recht?

#### *Rolle der Begleitenden, Beratung und Fortbildung*

Die hier angesprochenen besonderen Personen und besonderen Situationen erfordern auch besondere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ausgehend von den Bedürfnissen, den Fähigkeiten und der Verletzlichkeit dieser als geistig behindert bezeichneten Menschen muss nach Wegen jenseits der gewohnten, standardisierten Umgangsformen gesucht werden. Oft muss eine besondere Institutionsform neu entwickelt werden. Dazu sind Mitarbeitende erforderlich, die nicht nur über methodisch - handwerkliches Können verfügen, sondern auch bereit sind, mit Beratern zusammen Strategien zu entwickeln und in deren Rahmen kreativ zu handeln. In der Fortbildung müssen neben methodisch - technischen Themen auch immer wieder die Rolle behinderter Menschen in unserer Gesellschaft, Behinderungsbegriffe, die Stellung und

die Aufgaben der Institutionen und eigene Haltungen thematisiert werden. In Verbund - Regionen sind gemeinsame Fortbildungen für Psychiatrie- und Heimpersonal besonders ertragreich.

### **Die verschiedenen Ebenen und weshalb die Lösung des strukturellen Problems als vordringlich erachtet wurde.**

In jedem Einzelfall fokussieren sich eine ganze Menge von verschiedenen Fragen und Problemen. Ausgehend von der konkreten Situation und den Fragen nach dem Essen, der Begleitung, der Kontrolle und der Zuständigkeit zeigen sich bei genauerem Hinsehen zwiebelartig Schichten von Bedingungen, die entweder als hilfreich oder störend erlebt werden. Art und Einrichtung der Räume, Anzahl und fachliche Qualität sowie Haltung der Mitarbeitenden, betriebliche Strukturen oder Institutionskonzepte sind Faktoren unter anderen.

Da Einzelfälle niemals nur als Beispiele oder Exemplare einer sich zeigenden Struktur, einer Behinderung oder eines Krankheitsbildes gesehen werden können, muss stets die Bereitschaft bestehen, auf die jeweilige Einmaligkeit und Einzigartigkeit einzugehen. Durch die Orientierung an den Bedürfnissen des einzelnen Menschen werden Abläufe, Regeln, Gewohnheiten und andere Verfestigungen regelmässig gestört. Damit gilt es einen guten Umgang zu finden. Es gilt Ausnahmen zu machen und der Versuchung zu widerstehen, daraus gleich wieder neue Regeln zu generieren. Das ist erfahrungsgemäss sehr anspruchsvoll. In den von uns analysierten Einzelfällen war hingegen ersichtlich, dass im Hintergrund Strukturen bestehen, die geradezu ursächlich an den Schwierigkeiten beteiligt waren. Strukturelle Mängel neigen dazu, eine Vielzahl von Einzelproblemen hervorzubringen. Als schwerwiegendste strukturelle Probleme erkannten wir:

- Mangelnde Klärung der Zuständigkeit / Kein Anspruch geistig behinderter Personen auf einen klinikexternen Wohnplatz.
- Massierung von Problemfällen in Institutionen, die weniger therapeutischen Überlegungen als gesellschaftlichen Entsorgungsimpulsen entsprang.
- Mogeleyen statt Kooperation zwischen Heimen und Psychiatrie.
- Ungeklärte Grenze zwischen Markt und Service Public.

Aus diesen Erkenntnissen heraus wurde das Modell des Institutionen - Verbundes entwickelt. Von Beginn weg war uns klar, dass auch nach Klärung der erkannten Strukturprobleme immer wieder Fälle auftreten werden, die uns alle an oder über die Grenze des Machbaren führen werden. Mit vermeidbaren Folgen von Strukturproblemen wollten wir uns hingegen nicht mehr länger abfinden.

### **Die Idee des Institutionenverbundes und deren Umsetzung**

Die Psychiatriekliniken sind Kompetenzzentren und Behandlungsorte, für Menschen mit geistiger Behinderung jedoch keine Wohnorte. Menschen mit geistiger Behinderung müssen ausserhalb der Kliniken einen Anspruch auf einen Wohnplatz geltend machen können.

Die Heime sind, da privat getragen, frei in der Wahl ihrer Zielgruppe. Mit einem qualitativ möglichst guten Angebot sind sie bestrebt, sich im Markt der Heimplätze zu behaupten. Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigem Verhalten sind jedoch unternehmerisch schlechte Risiken. Sie aufzunehmen erfordert eine von aussen auferlegte oder selbst gewählte Verpflichtung. Da sich die staatlichen Organe scheuen, die gemeinnützige Leistungen erbringenden Heime mit Verpflichtungen zu verärgern, blieb uns nur der Weg über eine Selbst-Verpflichtung aus Einsicht in übergeordnete Zusammenhänge und aus moralisch - ethischen Überlegungen.

Die Kooperation zwischen Psychiatrie und Sozialpädagogik muss auf der Basis stehen, dass Heime für die Bereitstellung von tauglichen Lebensräumen verpflichtet sind, die Psychiatrie im Falle von psychischen Erkrankungen ihre Angebote ambulant behandelnd, beratend oder stationär erbringt. Sind die Behandlungsmöglichkeiten erschöpft, kann die Klinik Menschen mit geistiger Behinderung auch dann an ihren Wohnort entlassen, wenn weiterhin massive Verhaltensprobleme bestehen.

## **Die Umsetzung**

Von der Fachstelle Lebensräume aus streuten wir die Idee des "Institutionen - Verbundes zur Sicherstellung der Grundversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten" sehr breit. Insbesondere an Tagungen der Fachstelle wurde die Thematik dargestellt und diskutiert sowie nach Möglichkeiten der Umsetzung gesucht. Dabei hat sich gezeigt, dass am Bestehen des Problems nur Wenige zweifelten. Auch bestand breite Übereinstimmung über die Notwendigkeit einer Lösung. Lediglich in der Frage, wer denn die Lösung realisieren sollte, stand für viele fest, dass dies nicht sie selber sein können.

Für den ersten konkreten Realisierungsversuch wählten wir das Zürcher Oberland. Nebst einer relativ hohen Heimdichte spielten die vielen persönlichen Kontakte ebenso eine Rolle wie einzelne Beispiele, in denen sich die Fachstelle bereits engagiert hatte.

Auf Initiative der Fachstelle Lebensräume fassten gegen Ende des Jahres 1995 einige Leiter von privat getragenen Institutionen der Behindertenhilfe im Zürcher Oberland den Beschluss, gemeinsam eine Lösung anzustreben.

Als Einzugsgebiet für den Verbund wurde die Psychiatrieregion übernommen, da bei Klinik-einweisungen der gesetzliche Wohnsitz ausschlaggebend ist. Die Region Zürcher Oberland zählt zirka 195'000 Einwohner, die in 31 Gemeinden leben, von denen die kleinste 350 Einwohner zählt, die grösste 25'000. Die acht Heime für Menschen mit geistiger Behinderung in der Region bieten insgesamt 550 Plätze an. Die kleinste Einrichtung weist 5, die grösste 220 Plätze auf.

Von Beginn weg waren sich alle Beteiligten einig, dass nur eine klare Zuordnung von Gemeinden und Institutionen in Frage kommt. Die Vorarbeiten lassen sich in drei Schritte zusammenfassen:

1. Diese erste, provisorische Aufteilung der Gemeinden auf die Institutionen ermöglichte es den Leitungen und Trägerschaften, sich ein Bild der zu übernehmenden Aufgabe zu machen. Ängste, es könnten pro Jahr mehrere solcher "Spezialfälle" zur Aufnahme anstehen, spielten dabei eine grosse Rolle.

Der erste Versuch einer Zuteilung der Gemeinden zu den Institutionen konnte nur provisorisch erfolgen, da lange ungewiss war, welche Einrichtungen sich am Verbund schliesslich beteiligen werden. Je grösser die Zahl der teilnehmenden Heime, desto kleiner wurde die Zahl der zugeteilten Gemeinden.

In den Institutionen versuchte man auch die Konsequenzen zu erfassen, die sich daraus ergeben, dass die Einrichtung sich nun nicht mehr nur zielgruppenorientiert im Markt bewegen wird, sondern durch den Verbund auch einen Beitrag zur Sicherstellung der Grundversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Schwierigkeiten zu leisten hat.

Auf den Versuch, diese behinderten Personen wieder in fachliche Kategorien zu fassen, wurde bewusst verzichtet. Es handelt sich um die geistig behinderten Einwohnerinnen und Einwohner des Zürcher Oberlandes, die aufgrund ihres Verhaltens aus ihren angestammten Lebensfeldern ausgegrenzt werden und in der Psychiatrie landen oder zu landen drohen.

Einweisungen in die Psychiatrieklinik sind bei entsprechender Indikation weiterhin möglich. Der Aufenthalt in der Klinik dauert allerdings nur solange, bis die Klinik eine weitere Hospitalisierung für nicht mehr angezeigt hält. Für die Heime stellt sich die Aufgabe,



durch frühzeitigen Beizug psychiatrischer Hilfe Hospitalisierungen möglichst zu vermeiden.

2. Die Ergebnisse der institutionsinternen Diskussionen wurden durch die Heimleiter wieder in die Runde zurückgetragen. Genügend Trägerschaften waren bereit, das Projekt umzusetzen. Als zusätzliches Thema wurde die Frage nach der Abgeltung dieser Leistung durch den Kanton aufgeworfen. Dazu muss festgehalten werden, dass in der Schweiz die Finanzierung von Heimaufenthalten grundsätzlich durch die Eidgenössische Invalidenversicherung geleistet wird. Da sich die Beiträge am behinderungsbedingten Mehraufwand bemessen, führt die Betreuung einzelner aufwendiger Fälle allein noch nicht zu Finanzierungsproblemen. Die Kantone leisten vergleichsweise nur bescheidene Beiträge. Die Lösung lag nun grundsätzlich vor, nur war noch immer unklar, welche Heime nun mitmachen werden.
3. Ausschlaggebend dafür, dass acht Institutionen am 9. September 1996 dem Verbund beitraten, war unter anderem ein Votum der zuständigen Regierungsrätin. Sollte das Geld für Soziales einmal knapp werden, würden von Seiten des Kantons die Institutionen des Verbundes, die ja auch eine Leistung für den Kanton erbringen, bevorzugt behandelt. Da sich gegebenenfalls niemand ganz hinten in die Kolonne der Geldbezüger stellen wollte, waren nun alle bereit, sich am Verbund zu beteiligen. Dadurch wurde nicht nur das Ziel einer maximalen Dezentralisation erreicht, sondern auch die Aufgabe für jede sich beteiligende Institution relativ klein gehalten.

## **Die Vereinbarung**

Die am 9. September 1996 beschlossene Vereinbarung umfasst folgende 12 Punkte:

1. *Regelung der institutionellen Zuständigkeit*  
Alle Gemeinden des Zürcher Oberlandes (Psychiatrieregion) werden den beteiligten Institutionen zugeordnet. Die grundsätzliche Wahlmöglichkeit aller betroffenen behinderten Personen bleibt unangetastet. Der Verbund bietet denen einen Platz an, die sonst "keiner haben will". Für Institutionen besteht die Verpflichtung nur für die bestimmten Behinderten aus dem ihr zugeordneten Einzugsgebiet.
2. *Flexibilität der Institutionen*  
Gegebenenfalls muss das institutionelle Angebot auf die besonderen Ansprüche einer behinderten Person ausgerichtet werden.
3. *Verzicht auf Ausgrenzung*  
Die beteiligten Institutionen verzichten darauf, bei Behinderten mit Wohnsitz im Zürcher Oberland von ihrem Kündigungsrecht Gebrauch zu machen. Institutionswechsel im gegenseitigen Einvernehmen sind selbstverständlich möglich.
4. *Gegenseitige Hilfestellung*  
Die am Verbund Zürcher Oberland beteiligten Institutionen verpflichten sich in schwierigen Fällen zu gegenseitiger Hilfestellung.
5. *Ambulante psychiatrische Unterstützung*  
Alle Institutionen bemühen sich, möglichst frühzeitig erforderliche ambulante Hilfestellungen durch die Psychiatrie, insbesondere jene der Psychiatrischen Klinik Schlössli Oetwil, in Anspruch zu nehmen.
6. *Rücknahmeverpflichtung nach Klinikaufenthalt*  
Sollte eine stationäre psychiatrische Behandlung angezeigt sein (akute psychische Erkrankung oder Krisenintervention), verpflichtet sich die Institution zur Rücknahme der betroffenen Person, sobald die Psychiatrie eine Entlassung für angezeigt hält.
7. *Koordinationskonferenz*  
Auftauchende Probleme werden in regelmässigen Koordinationskonferenzen besprochen und innert Monatsfrist gelöst.

8. *Zusammenarbeit Kanton, Institutionen des Verbundes und psychiatrischer Regionalklinik Oetwil*  
Zu den Koordinationssitzungen werden auch die zuständigen kantonalen Verwaltungsstellen ( Fürsorge- und Gesundheitsdirektion) und die Regionalklinik eingeladen.
9. *Angebot der Fachstelle Lebensräume für Menschen mit geistiger Behinderung*  
Die mitinitiierende Fachstelle ist in der Aufbauphase mitbeteiligt und bietet ihre Unterstützung an.
10. *Erprobungsphase und Auswertung*  
Die Erprobungsphase erstreckt sich auf die Jahre 1997 und 1998. Die gemachten Erfahrungen werden durch die Fachstelle ausgewertet. Über die Weiterführung des Verbunds ab 1. Januar 1999 wird Mitte 1998 entschieden.
11. *Anerkennung der Leistungen durch den Kanton*  
Behinderteninstitutionen, welche sich dem regionalen Verbund anschliessen, werden gemäss den Ausführungen der zuständigen Direktorin des Fürsorge- und Gesundheitsdepartements im Kanton Zürich finanziell prioritär behandelt.
12. *Informationen*  
(Hier werden alle zu informierenden Stellen wie Gemeinden, Schulen und Beratungsstellen aufgeführt.)

### **Die Auswirkungen der Verbund - Lösung**

- Jede Person mit geistiger Behinderung und anspruchsvollen Verhaltensweisen hat ausserhalb der Psychiatrie einen Wohnplatz, der ihr nicht gekündigt werden kann und an den sie immer wieder zurückkehren darf.
- Die Institutionen der Behindertenhilfe wissen genau, bei welchen Personen eine Problemlösung durch Ausgrenzung nicht machbar ist. Dies führt dazu, dass sich Institutionen über allfällige Verbund - Fälle in ihrem Einzugsgebiet kundig machen und diese direkt nach der Schule oder aus der Familie übernehmen, um Heim - Karriere - Schäden, die ihre Arbeit später sehr erschweren würden, gar nicht entstehen zu lassen. Zudem wird ambulante und konsiliarische Hilfe durch die Psychiatrie frühzeitig angefordert, da Eskalationen und Hospitalisationen die Fortsetzung der Arbeit massiv belasten können.
- Für Angehörige und gesetzliche Vertreter entfällt die Suche nach der besten Lösung nicht, sie können jedoch im Problemfalle auf eine aufnahmeverpflichtete Institution zählen. Entsprechende Kontakte können schon Jahre vor dem Schulaustritt oder dem Rückzug der Familie aus der täglichen Betreuung gepflegt werden.
- Aus fachlich - agogischer Sicht sind diese sehr anspruchsvollen Aufgaben am ehesten lösbar, wenn sie als Einzelfälle in einem ansonsten sozial funktionierenden Umfeld, einem Soziotop, angegangen werden können. Ob eine Integration in eine bestehende Gruppe möglich und zumutbar ist, oder ob um diese Person herum ein neues Soziotop aufgebaut werden muss, bleibt im Einzelfall zu entscheiden.
- Für Bewohnerinnen und Bewohner der Institutionen kann die weitere Betreuung oder gar die Neuaufnahme eines Menschen mit massiv auffälligem Verhalten eine arge Zumutung darstellen. In einem gewissen Ausmass soll man dazu auch stehen. Mit dem Hinweis darauf, dass die Institution primär den Hilfebedürftigsten verpflichtet ist, kann ein Wechsel für die sich gestört fühlenden angepassteren Gruppenmitglieder ins Auge gefasst werden. Diese haben in der Regel bessere Chancen, einen angemessenen neuen Wohnplatz zu finden. In Fällen, die nicht mehr zumutbar sind, hat die Integration in der Weise zu erfolgen, dass um die Person mit schwierigem Verhalten herum ein Soziotop aufgebaut wird, welches auch für andere attraktiv sein kann. Für leichter behinderte Menschen können solche Soziotope interessant werden, da sie beispielsweise eine gute soziale Position oder viel Betreueraufmerksamkeit bieten.
- Die aufnahmeverpflichtete Psychiatrieklinik kann sich auf ihre fachliche Aufgabe konzentrieren und muss nicht mehr befürchten, von Heimseite werden ihr durch Psychiatrisierung sozialer und agogischer Schwierigkeiten Menschen mit geistiger Behinderung zur Verwahrung zugeschoben. Hat die Psychiatrie ihre Möglichkeiten ausge-

schöpft, geht der Patient mit geistiger Behinderung an seinen institutionell abgesicherten Wohnort zurück, auch dann, wenn sich keine Besserung des Zustandes ergeben hat.

## **Fazit**

Der Verbund entfaltete eine so starke präventive Wirkung, dass nach den ersten ein bis zwei Jahren schon an der Notwendigkeit der Verbund - Lösung gezweifelt wurde. Es wird Sache der noch ausstehenden Auswertung durch die Fachstelle sein, die Gründe für den unspektakulären Verlauf zu eruieren. Einleuchtend sind aber folgende Zusammenhänge:

- Behinderte Personen aus den Verbund-Gemeinden werden spontan aufgenommen und werden so nicht zum aufgedrängten Verbund - Fall.
- Menschen mit geistiger Behinderung die hospitalisiert werden, kehren selbstverständlich wieder in ihre Institution zurück und werden so ebenfalls nicht zum Verbund - Fall.
- Verschiedene Institutionen ziehen Psychiater aus der Regionalklinik konsiliarisch bei und gemeinsam wird nach der besten Lösung gesucht.
- In einem Heimen werden in einer anhaltenden Belastungssituation, die sich bisher auch mit externer Beratung nicht befriedigend lösen liess, auch Stimmen laut, die gerne zu früheren Praktiken zurückkehren würden.
- Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für Psychiatrie- und Heimpersonal eröffneten Einblick in die jeweils andere Position.
- Die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Heimen wurde dank der Klärungen der Aufgaben durch den Verbund entspannter.

Vor allem Vergleiche mit andern Regionen zeigen, welche Schwierigkeiten ohne Verbund immer wieder auftreten.

Herr S. aus dem einleitenden Beispiel ist in einer Region zu Hause, in welcher zwar ein Verbund mit Ehrencodex, aber ohne klare Regelung der Zuständigkeiten besteht . Während sich für Herrn S. in der Zwischenzeit eine Lösung abzeichnet, bestehen in der gleichen Klinik für einige andere hospitalisierte Menschen mit geistiger Behinderung keine konkreten Perspektiven.

Ich danke für ihre Aufmerksamkeit.

Jakob Egli  
Unterdorf 10  
CH - 9044 Wald

*Tf.: 071 877 35 31*  
*E-Mail: egli.wald@solnet.ch*