

„Förderung von Selbstbestimmung und die Vermeidung von Zwang“

Tagung am 06. und 07. September 2021 in Bremen

„Geschlossene Unterbringung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (in Stuttgart)“

Dr. Klaus Obert

Symposium 1

Die Funktion freiheitsentziehender Unterbringungen in Heimen für das
Hilfesystem

Ausgangslage

Vermittlung von Bedeutung, Aufgabe und Funktion geschlossener Wohnheimplätze im GPV Stuttgart:

- **Einerseits:**

die konkrete Utopie der Verringerung oder gar Vermeidung von Zwang und Gewalt (wo kommen wir her, was sind unsere Utopien?),

- **andererseits:**

das Risiko, die realen Verhältnisse ideologisch zu verschleiern, d.h. die Gründe und Faktoren, die zu geschlossenen Wohnheimplätzen führen – in Verbindung mit der zentralen Aufgabe und Herausforderung im und für den GPV: Die Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart

Netz der Sozialpsychiatrischen Hilfen in Stuttgart:

(608.000 Einwohner*innen – 31.12.2020)

- **8 Gemeindepsychiatrische Zentren**
SpDis, GerBera, Tagesstätten mit Zuverdienst, Aufwind, EX-In und Peer Begleitung, Psychische Pflege, Institutambulanz, Betreutes Wohnen (ehemals ambulant und stationär, insges. 1100 Plätze), Soziotherapie, Trägerschaft der GPZ und Finanzierung
- Personalschlüssel SpDi: **1 : 23.000 Einwohner**
Ca. **4.000** betreute psychisch kranke Menschen insgesamt

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart

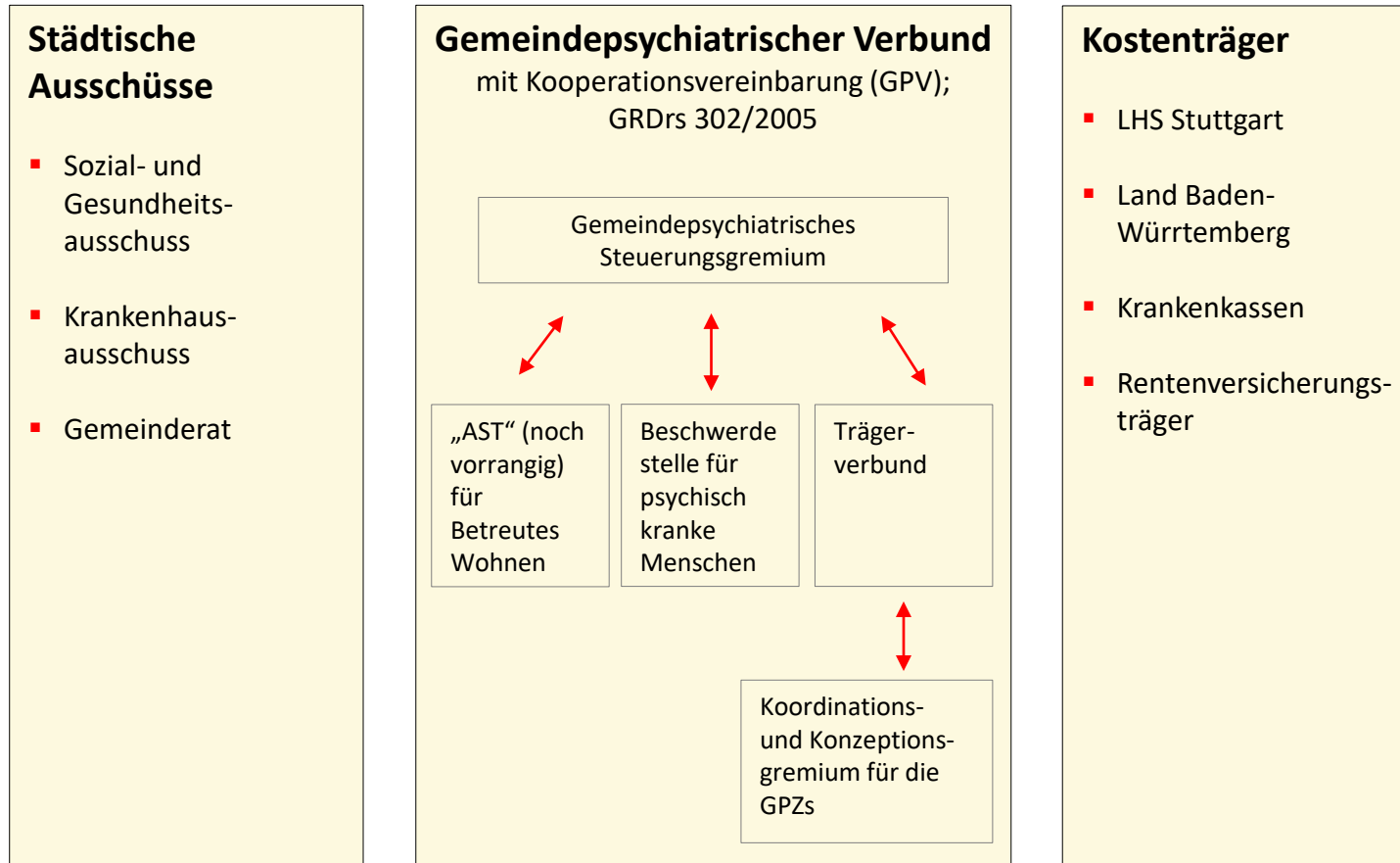
Netz der Sozialpsychiatrischen Hilfen in Stuttgart:

(608.000 Einwohner*innen – 31.12.2020)

- Ca. 450 Mitarbeiter*innen bei insgesamt 8 Trägern
- 2 Psychiatrische Kliniken mit Versorgungsverpflichtung
Stationsäquivalente Behandlung seit Oktober 2018
- Besondere Bedeutung: Selbsthilfe in Stuttgart
- Trägerschaft: 8 Träger, welche den Gemeindepsychiatrischen Verbund bilden
- Versorgungsverpflichtung im GPV

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart

Gremien des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Stuttgart



Geschlossene Wohnheimplätze in Stuttgart

Warum und wie kam es zur Einrichtung geschlossener Wohnheimplätze in Stuttgart?

Eine ambivalente Konstellation (ca.: 2004):

Einerseits: die Festlegung, Regelung und Umsetzung der freiwilligen regionalen
Versorgungsverpflichtung

Andererseits: Aufnahmen außerhalb Stuttgarts gegen den Willen der Betroffenen,
bzw. ohne Alternativen in Stuttgart.

Dieses Faktum sollte endgültig überwunden werden. Gleichzeitig beriefen sich die
umliegenden Kreise mehr und mehr auf ihre eigene Verantwortung beriefen und
erschwerten damit Aufnahmen aus Stuttgart.

Geschlossene Wohnheimplätze in Stuttgart

Gleichzeitig:

Bearbeitung der Schnittstelle... schwieriger Menschen mit komplexen Hilfebedarf in die Wohnungsnotfallhilfe - Forcierung gemeinsamer Projekte von Wohnungsnotfallhilfe und Sozialpsychiatrischen Hilfen

Rückholinitiative aus einer „skandalisierten“ Einrichtung in Hessen mit ca. 20 Stuttgarter*innen beschleunigte die Realisierung der Versorgungsverpflichtung in Stuttgart

Konsequenz:

Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung: Wo sind die sog. Schwierigsten? Geht dies ohne Plätze nach § 106 ? – Wie sieht die Kooperation mit der Forensik aus ? – Indikatoren und Qualitätskriterien für die regionale Versorgungsverpflichtung -

Geschlossene Wohnheimplätze und der GPV

Grundlegende Voraussetzung und Übereinkunft:

Einbindung des Bausteins „geschlossene Wohnheimplätze“ in die Gremien des GPV als sozialpsychiatrisch anerkannte und arbeitende Einrichtung: “Keiner Kanns allein – niemand darf verloren gehen“

Beeindruckend in allen Einrichtungen ist die eindeutige Haltung:

nach „draußen arbeiten“ mit dem entsprechenden sozialpsychiatrischen Verständnis von Erkrankung und Menschenbild

Was heißt eigentlich geschlossen – oder die Ambivalenz der geschlossenen-offenen Tür?

Ausschnitthaft:

Einige grundlegende Facetten aus den Interviews und deren Auswertung (Teilprojekt Stuttgart)

- Frage: Warum nicht offen? - wenn alle bis auf eine Person Ausgang haben - keine allgemein gültige Antwort. Fallbezogene Erarbeitung erforderlich
- Permanente Herausforderung: Welche Gründe lösen jeweils den Beschluss aus und warum keine Alternative erarbeitet werden konnte/kann?
- Aufgabe und Herausforderung für die SpDis, ABW und Besondere Wohnformen: Wohnraumnot, flexible Einzelalternativen, Ressourcenfrage, flexible medizinisch psychiatrische Behandlung, Intensivierung und Insitutionalisierung der Vernetzung mit der Wohnungsnotfallhilfe und den Suchthilfen.

Was heißt eigentlich geschlossen – oder die Ambivalenz der geschlossenen-offenen Tür?

Ausschnitthaft:

Einige Facetten aus den Interviews und deren Auswertung (Teilprojekt Stuttgart)

- Risiko der Gewöhnung an geschlossene Plätze oder die Verringerung der Suche nach individuellen Alternativen, da „es ja die geschlossenen Plätze gibt“
- Einbindung in den GPV: Haltung und Umsetzung der Gleichrangigkeit und Gleichberechtigung aller Bausteine.

Bewohner*innen:

- Bewohner*innen: sich beschützt und sicher fühlen einerseits, intensive kontinuierliche Begleitung aber auch eingegrenzt, eingeschlossen und bevormundet fühlen bis hin zu Einschätzung falsch untergebracht zu sein
- Enge Verbindung und Beziehung zu den Mitarbeiter*innen der geschlossenen Wohnheime, intensivere Auseinandersetzung und Zuwendung, direkte und schnelle, flexible Kontakte, dem Kontakt kann nicht ausgewichen werden (positive Kontrolle?)
- Ergotherapie, Arbeitstherapie, Beschäftigung als notwendige, hilfreiche und erfolgreiche sinnstiftende Tagesstruktur

Strukturelle Anforderungen und weitere Aufgaben zur Vermeidung geschlossener Unterbringungen

- Wie können geschlossene Plätze vermieden werden oder dem „Beschluss zuvorkommen“? (Prävention als Gesamtaufgabe des GPV – das Wohnen allein kann nicht richten – Bedeutung der Sozialpsychiatrischen Dienste forcieren)
- Der „bessere“ Personalschlüssel in den geschlossenen Wohnheimen müsste verallgemeinert werden.
- Weitere Flexibilisierung von geschlossenen und offenen Wohnheimplätzen
- Runde Tische – Institutionalisierung ist noch zu intensivieren
- Bedeutung der Hilfeplankonferenz – auf dem holprigen Weg zur Umsetzung des BTHG (Konstellation beim Leistungsträger aktuell hinderlich und „Webfehler im BTHG“?)

Strukturelle Anforderungen und weitere Aufgaben zur Vermeidung geschlossener Unterbringungen

- Rolle der psychiatrischen Klinik – noch engere Vernetzung erforderlich – Bedeutung dieses Personenkreises in der Kultur der Klinik priorisieren
- Schnittstellenarbeit als Pflichtaufgabe
- Flexible, niederschwellige medizinisch psychiatrische Behandlung: ein permanentes Defizit (Utopie: Behandlungsrecht für die Sozialpsychiatrischen Dienste)
- Bedeutung des GPV konstitutiv und unverzichtbar: stabiles Vertrauen unter den Trägern und trägerübergreifende Zusammenarbeit – Solidarität und gemeinsame Verantwortung
- Enge institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem Leistungsträger: „Wider die gegenseitige Schabigkeitsvermutung“

Schlussbemerkung

- Vermeidung und Verringerung von Zwang und Gewalt im Allgemeinen und die Vermeidung und (langfristige) Verringerung von geschlossenen Plätzen im Besonderen sollte zur vorrangigen Priorität aller Akteure im GPV werden („vom Chefarzt bis hin zum Praktikanten und vor allem auch die Miteinbeziehung der Selbsthilfe – Versorgung ist der sog. Schwierigsten „Chefsache in allen Einrichtungen des GPV!“)
- Die Vermeidung und Verringerung geschlossener Wohnheimplätze ist eine zentrale Aufgabe im GPV und vorrangig eine Haltungsfrage für alle beteiligten Akteure, aus der sich das gemeinsame Handeln ableitet.

Schlussbemerkung

Erwartung und Forderung:

Permanente Diskussion auf allen Ebenen wenn möglich in allen Gremien gemeinsam mit der Selbsthilfe – Die Verringerung von Zwang und Gewalt ist das vorrangige Ziel sozialpsychiatrischer Arbeit und: „Keiner kanns allein und Niemand darf verloren gehen.“

(Siehe Projektbericht im Rahmen des ZVP Projektes aus dem GPV Stuttgart)