

- Förderung von Forschungsvorhaben im Bereich berufliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen und/oder seelischen Behinderungen.
- Instrumente der Arbeitsförderung, die individuelle Beschäftigungsformen ermöglichen.
- Nachhaltige und ausreichende Förderung von Betrieben, die Arbeit für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung schaffen, wie Integrationsfirmen und Zuverdienstprojekte.
- Weiterentwicklung der Werkstätten für behinderte Menschen, z.B. Ermöglichung von Teilzeitarbeit, ausgelagerte Werkstattplätze; Förderung von Zuverdienstprojekten für Menschen, für die eine Tätigkeit in einem Betrieb oder einer WfB nicht infrage kommt.

Sonderwelten sollten bei der Teilhabe am Arbeitsleben so wenig wie möglich, doch so viel wie nötig zum Einsatz kommen und verfügbar sein. Sie bieten für einen gewissen Zeitraum Schutz- und Freiraum zur psychischen Stabilisierung. Über alle Leistungen und Maßnahmen hinweg sollte eine kontinuierliche, individuelle und professionelle Begleitung ermöglicht werden, die Betroffene sowie Betriebe unterstützt. Hierzu wären z.B. die im Sozialgesetzbuch IX bereits formulierten Ansprüche so auszugestalten, dass sie in der Praxis verfügbar sind.

Das Recht auf Arbeit ist ein Menschenrecht. Die sozialpolitischen Verfahren, gesetzlichen Regelungen und die Angebote zur beruflichen Teilhabe sollten so gestaltet sein, dass dieses Recht für alle Menschen mit psychischen Störungen oder seelischen Behinderungen im erwerbsfähigen Alter entsprechend ihrem individuellen Leistungsvermögen gewährleistet ist.

Die DGSP ist aktiv:

Die DGSP bietet in ihrem Fachausschuss „Arbeit und Beschäftigung“ interessierten Mitgliedern einen berufsfeldübergreifenden Informationsaustausch und die Erarbeitung von Konzepten für „gute Arbeit“. Der Fachausschuss arbeitet dem DGSP-Vorstand zu, erarbeitet Stellungnahmen und organisiert eigene Fachtagungen.

TUWAS – mit der DGSP:

Der DGSP-Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung sucht Mitglieder, die sich aktiv beteiligen am (elektronischen) Informationsaustausch und an den zweimal jährlich stattfindenden Arbeitstreffen teilnehmen.

Für den Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung:

Marc Fesca

E-Mail: marc.fesca@pfeiffersche-stiftungen.org

Quellen:

Aktion Mensch. Kein Aufschwung am Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung. 27.11.2012.

www.aktion-mensch.de/presse/pressemitteilungen/detail.php?id=1494 (22.03.2017)

DAK-Gesundheit. Gesundheitsreport 2013. www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2013-1146388.pdf (22.03.2017)

6. Wer komplexe Probleme hat, hat kaum Alternativen zum Heim, zur fremd organisierten Lebensweise, oder doch?

Daran nehmen wir Anstoß:

Auch heute führen vor allem schwere Beeinträchtigungen und damit verbundene hohe und komplexe Unterstützungsbedarfe häufig dazu, in ein Heim umziehen und damit die eigene Wohnung und die Eigenständigkeit aufgeben zu müssen. Trotz des Ausbaus ambulanter Unterstützungsangebote ist die Zahl wesentlich seelisch behinderter Menschen in Heimen nahezu unverändert geblieben. Leben in einem Heim bedeutet, unter besonderen Umständen die Verantwortung für Teile der eigenen Alltagsgestaltung dem Heimträger bzw. den Mitarbeitenden übergeben zu müssen. Für manche Menschen ist dies hilfreich, strukturgebend und lebenssichernd. Aber auch die Menschen, die eine solche Struktur nicht benötigen, müssen in Heimen eigene Lebensvorstellungen an vielen Stellen den institutionellen Strukturen unterordnen. Eine der Folgen ist der Verlust eigener Kompetenzen und die Schädigung vorhandener persönlicher Ressourcen. Zusätzlich müssen sie fast das gesamte Einkommen und Vermögen einbringen. Wer es noch nicht war, wird arm und vollständig abhängig von Sozialhilfe.

Die Novellierung der Eingliederungshilfe und die Schaffung eines neuen Teilhaberechtes wird u.a. die Trennung von Fachleistung und lebenssichernden Leistungen bringen. Die bisherige strukturelle Unterscheidung von ambulanter und stationärer Hilfeerbringung wird damit obsolet. Sie wird, vermutlich, auch die vorrangige Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger stärken, eine alte Forderung der Gemeindepsychiatrie.

Es ist aber zu befürchten, dass Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und komplexem Hilfebedarf, die bisher vielfach in Heimen leben, davon nicht oder nur wenig profitieren. Eingliederungshilfe wird nicht unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt – das Verarmungsrisiko wird bleiben. Unklar bleibt darüber hinaus, wer zukünftig die für manche Menschen lebensnotwendigen Strukturen sichern wird. Ob mit dieser Gesetzesänderung eine Situation geschaffen wird, in der Hilfe, unabhängig vom Leistungsumfang, wirklich nur noch in eigenem Wohnraum erbracht wird, bleibt abzuwarten. Die vorrangige Zuständigkeit von Pflege- und Krankenkassen kann für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen nur dann eine Chance zur Verbesserung sein, wenn in diesen Systemen die erforderlichen Unterstützungs- und Behandlungsleistungen wirklich vorhanden sind.

Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und umfassendem Unterstützungsbedarf haben so gut wie keinen Zugang zu Wohnraum, bzw. oftmals nur mit Unterstützung von Leistungsanbietern. In Ballungsräumen ist bezahlbarer Wohnraum kaum vorhanden. Dies sind Symptome einer immer noch bestehenden grundsätzlichen gesellschaftlichen Ausgrenzung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Es gilt daher entsprechenden Wohnraum zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig öffentlich zugängliche Räume zu schaffen, in denen Begegnungen von Menschen mit und ohne Behinderung stattfinden können. Der Sozialraum muss so gestaltet werden, dass keine Isolierung in der Lebenssituation als Einzelmietler entsteht, da diese nicht gesundheitsfördernd wirkt. Am-

bulante Unterstützung unterliegt immer noch der Anforderung, billiger sein zu müssen als die Unterstützung in stationären Hilfen. Dies wird im vorliegenden Gesetzesentwurf des Teilhaberechtes nicht entschärft, und das Wunsch- und Wahlrecht wird eingeschränkt. Die UN-BRK setzt aber als Maßgabe, den Wünschen und Rechten, insbesondere dem Wahlrecht der Menschen mit Beeinträchtigung zu entsprechen und dieses zu respektieren. Heime gelten nach der UN-BRK als Sonder-Wohnformen. Der hohe Grad der Institutionalisierung und der Mangel an alternativen Wohnformen in Deutschland wird von der UN deutlich kritisiert.

Nur wenn das zukünftige Teilhaberecht hier eine realisierbare Stärkung umfassender ambulanter Unterstützung ohne Kostenbegrenzung bringt, werden bisherige Heimbewohnerinnen/Heimbewohner wirklich davon profitieren.

Völlig inakzeptabel ist nach wie vor die Unterbringung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen jeden Lebensalters in Pflegeheimen, da ihnen damit die berechtigten Ansprüche auf Teilhabechancen verwehrt werden. Dies wird durch das neue Teilhaberecht weiter verschlechtert, wenn die Vorrangigkeit der Pflege zur Eingliederungshilfe im Bundesteilhabegesetz nicht aufgegeben wird. Der Verweis auf die Vorrangigkeit anderer Sozialleistungen vor dem Teilhaberecht lässt nicht nur Gutes vermuten.

Hintergrund:

Seit der Psychiatrie-Enquete wurden zahlreiche Versorgungsstrukturen im klinischen wie im ambulanten Behandlungsbereich differenziert ausgebaut. Manche nachfolgende Veränderungen in Wohnheimen und gemeindepsychiatrische Unterstützungssysteme (Stichwort: Dezentralisierung, Ambulantisierung) sind gefährdet. Der ökonomische Druck unterstützt die Erhaltung von großen Wohnheimen (Komplexangeboten), weil stationäre Einrichtungen leichter zu organisieren und zu finanzieren sind. Zudem unterliegen ambulante Hilfen dem Mehrkostenvorbehalt des SGB XII, und das Wunsch- und Wahlrecht soll zukünftig auf die billigste Hilfe beschränkt werden. Diese im neuen Teilhaberecht verschärfte Regelung wird die Situation verschlechtern.

Heime werden vom gesamten klinischen und außerklinischen psychiatrischen Versorgungssystem als einfache Lösung für komplexe Unterstützungsbedarfe genutzt. Auch dadurch gibt es keinen Druck, den Mängeln in ambulanten Hilfen und umfassenden Unterstützungsleistungen sowie bei der Bereitstellung von angemessenem Wohnraum konsequent abzuwehren.

Auch die Renaissance geschlossener Wohnheime (SGB XII und XI) zeigt, dass kaum offene Alternativen für die am schwierigsten zu unterstützenden Menschen entwickelt werden. Die Einbindung von Heimen in regionale Versorgungsstrukturen ist nicht überall gesichert. Die kommunale Verpflichtung zur Daseinsvorsorge besteht aber gegenüber allen Bürgern, völlig unabhängig von Erkrankungen oder Behinderungen.

Beispiel:

Bis heute bestehen noch Heime „auf der grünen Wiese“ ohne die Möglichkeit einer Gemeindeintegration. Insbesondere in ländlichen Regionen nimmt deren Zahl wieder zu, weil gute Modelle für die ambulante Versorgung fast nur für Ballungsräume entwickelt werden. Nach einem Aufenthalt in Heimen, die oftmals in einer eher attraktiven Wohnlage liegen, müssen Klientinnen/Klienten motiviert werden, in manchmal auch problematische Wohngebiete zu ziehen, wo überhaupt bezahlbare Wohnungen zur Verfügung stehen. Aber selbst aus diesen relativ gut ausgestatteten Regionen werden Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen in Einrichtungen außerhalb verlegt.

Die DGSP fordert:

- Regionale ambulante Versorgung und Unterstützung muss besonders in ländlichen Regionen ausgebaut und entwickelt werden. Erfahrungen aus den Städten müssen ausgewertet und entsprechend angepasst werden. Ambulante Versorgung muss bedarfsdeckend finanziert werden, ihre Strukturen müssen transparent sein.
- Ein geregeltes, transparentes und partizipatives Hilfeplanverfahren ist insbesondere bei wesentlich seelisch behinderten Menschen anzuwenden und fortzuschreiben; die Zielerreichung ist zu überprüfen.
- Aufenthalte in Wohnheimen (oder komplexen Sonder-Wohnformen) sind grundsätzlich zu befristen; Ziel der Unterstützung muss unabhängig von der Intensität der Betreuung für diese Wohnform immer eine eigenständigere Wohnform sein, auch wenn dieses Ziel nicht immer oder nicht kurzfristig zu erreichen ist.
- Da, wo es noch nicht geschehen ist, müssen sich bestehende Heime zum Wohnquartier hin öffnen und für den einzelnen Menschen Wege zum eigenen Wohnraum ermöglichen. Wohnheime müssen Teil des sozialpsychiatrischen Netzwerkes sein, um „durchlässiger“ zu anderen Angeboten zu werden.
- Die Lebenssituation von wesentlich seelisch behinderten Menschen innerhalb aber auch außerhalb von Heimen muss ein öffentliches Thema werden. Das Unwissen darüber verhindert die Erarbeitung eines Maßnahmenkataloges zur Verbesserung von realen Teilhabechancen und deren Weiterentwicklung.

- Gemeindepsychiatrische Verbände müssen die Verantwortung und die Verpflichtung für die Steuerung der Versorgung erhalten.
- Die Erfahrungen mit Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen wie Pflegewohngemeinschaften, Hausgemeinschaften etc. müssen auch in der Gemeindepsychiatrie genutzt werden. Es gilt, solche Modelle auszubauen und zu stärken. Dazu müssen die Menschen gefragt werden, wie und wo sie leben wollen.
- Ausreichend Unterstützung, Pflege und Behandlung insbesondere für die schwerstbeeinträchtigten Menschen müssen nach dem Wunsch der unterstützten Menschen überall organisiert werden.

Die DGSP ist aktiv:

- Im DGSP Fachausschuss „Menschen in Heimen“ arbeiten Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste aus vielen Bundesländern aktiv mit.
- Der Fachausschuss erörtert die aktuellen Entwicklungen im Bereich Wohnen und Gemeindepsychiatrie, um einen Überblick über die stark differenzierte Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik Deutschland zu erhalten.
- Die gesammelten Erkenntnisse werden über Multiplikatoren in die beteiligten Einrichtungen getragen, somit werden immer wieder Veränderungen auch im Kleinen angeregt.
- Durch Mitwirkung bei Fachtagungen gestaltet der Fachausschuss die öffentliche Diskussion seit Jahren mit.
- Der Fachausschuss sucht die Kooperation mit anderen Verbänden.

TUWAS – mit der DGSP

Wir suchen Kolleginnen und Kollegen, die sich mit diesem Thema beschäftigen und an diesem Zustand etwas ändern wollen und die sich besonders für und mit Menschen mit komplexem Hilfebedarf engagieren wollen.

Für den Fachausschuss Wohnen:

Wolfgang Bayer

E-Mail: wbayer@rauheshaus.de

7. Forensik – „Spiel nicht mit den Schmuttelkindern!“

Daran nehmen wir Anstoß:

Der Staat hat den Auftrag, uns, die Bürger, vor den Gefahren zu schützen, die von krankheitsbedingt gefährlichen Menschen ausgehen. Dies betrifft vor allem solche Personen, die psychisch erkrankt, persönlichkeitsgestört oder in ihrer Intelligenz gemindert sind und die aus ihrer Beeinträchtigung heraus mit ihrer Tat andere Menschen erheblich geschädigt oder gar getötet haben. Wenn die juristisch definierte Krankheit die Ursache der Tat war, werden sie vom Gericht freigesprochen, das heißt, nicht oder jedenfalls milder bestraft. Aber wenn und solange sie als gefährlich erscheinen, werden sie in geschlossenen psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht, im Durchschnitt rund acht Jahre lang. Unterschiedlich intensive Therapieangebote ringen mit eintretenden Hospitalisierungsschäden und Deprivationen.

Dabei stehen heute längst andere Wege zur Behandlung psychischer Krankheiten und zur Reduzierung von Gefährlichkeit zur Verfügung. Die allgemeine Psychiatrie hat sich seit der Enquete-Zeit Mitte der 1970er Jahre zu einem geografisch sowie fachlich und institutionell differenzierten Versorgungssystem entwickelt. Eine funktionierende gemeindepsychiatrische Ausrichtung mit selbst übernehmener Versorgungsverantwortung steht den psychisch beeinträchtigten Bürgern mit Kliniken, Tagesstätten, betreutem Wohnen und vor allem ambulanten Diensten zur Verfügung.

Viele hiervon wird den in der Forensik untergebrachten Personen immer noch mit rechtlichen Atavismen, aus struktureller Beharrlichkeit und vor allem wegen immer wieder auftretender Sicherheitsysterie einer (medialen) Öffentlichkeit, vorenthalten. Es mangelt nicht nur an einer umfassenden Bereitschaft der Gesellschaft, sich auch für ihre krankheitsbedingt gefährlichen Mitglieder verantwortlich zu fühlen, sondern vor allem an Mut und Zivilcourage von politisch und administrativ Verantwortlichen, von den übernommenen Vorgaben des frühen 20. Jahrhunderts Abstand zu nehmen und zu zeitgemäßen, effektiven und würdigen Versorgungs- und Kontrollmöglichkeiten überzugehen.

Hintergrund:

Als vor über 80 Jahren das System des Maßregelrechts in Deutschland eingeführt wurde, kam für die damaligen Machthaber nur ein Wegschluss in Heil- oder Pflegeanstalten infrage. Es ging nicht um Besserung, sondern im Kern um Sicherung, – und in der Folge um Vernichtung.

Nach dem Krieg verblieb die Forensik in einer „absoluten Schlusslichtposition im Versorgungsbereich“, wie die Psychiatrie-Enquete es formulierte. Weder die Große Strafrechtsreform des Jahres 1975 noch die im selben Jahr veröffentlichte Enquete trugen zu einer nachhaltigen Verbesserung bei. Die Forensik wurde „medikalisiert“, Krankenhaus- und arztzentrierte Behandlung von Krankheiten traten in den Vordergrund. Die sozialen und Beziehungsaspekte von Gefährlichkeit, deren Reduzierung eigentlich den Hauptzweck dieser strafrechtlichen Sanktionsform bildet, verschwanden fast gänzlich aus dem Blickfeld der Verantwortlichen. Therapeuten, Sachverständige und Gerichte fokussierten sich mehr auf die individuelle Behandlungsbedürftigkeit der untergebrachten Person, als darauf, in welchem sozialen Kontext und mit welchen gemeinwesen-orientierten strukturell wirksamen Ressourcen die Gefährlichkeit sozialadäquat begrenzt werden könnte.

Ein nach zahlreichen Kindstötungen Mitte der 1990er Jahre einsetzender Sicherheitsdiskurs führte in den folgenden zwei Dekaden zu einer Verdoppelung der strafrechtlichen Unterbringungsanordnungen, zu verzögerten Entlassungen, die überwiegend mit weiterer Behandlungsbedürftigkeit begründet wurden, und dadurch zu einer um das Zweieinhalbfache angestiegenen Inanspruchnahme von stationären, geschlossenen Plätzen in den forensischen Kliniken. Das Sexualdeliktbekämpfungsgesetz, die Aufrüstung bestehender Kliniken zu Hochsicherheitseinrichtungen, Neubauten von Forensiken und die Rekrutierung zusätzlichen Personals (man achte auf den militärischen Sprachgebrauch!) mit den damit verbundenen Kostensteigerungen waren die unvermeidbare Folge. Unter diesen Vorzeichen nimmt es nicht Wunder, dass sich komplementäre oder gar alternative Versorgungs- und Kontrollinstitutionen kaum oder gar nicht herausbilden und entwickeln konnten. Einzig gelang es in einigen Bundesländern oder Teilen davon durch die Initiative und Tatkraft engagierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Forensik erste forensische Ambulanzen zu errichten und – inzwischen erfolgreich – zu etablieren. Und erst recht zögerlich gewinnen teilstationäre Einrichtungen und betreute Wohnformen im Übergang von Langzeitbeurlaubungen zu Bewährungsentlassungen an Bedeutung.

Beispiel:

Ein Teil der langzeituntergebrachten Personen im stationären Maßregelvollzug, insbesondere diejenigen mit Intelligenzmindering seien hier erwähnt, könnte, bei entsprechend vorhandenen Versorgungsstrukturen, in ein außerstationäres, jedoch eng strukturiertes, betreutes und auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen ausgerichtetes Lebensumfeld entlassen werden. Derartige Wohn- und Lebensformen, ausgestattet mit entsprechender forensischer Expertise seitens des Personals, existieren bisher jedoch kaum bis gar nicht.

Die DGSP fordert:

- Maßregelvollzug nicht ausschließlich in einem Krankenhaus: Eine Reform der psychiatrischen Maßregel hat in erster Linie den Verzicht auf eine bisher allein auf die bauliche und organisatorische Struktur des psychiatrischen Krankenhauses festgelegte Zentrierung und Fokussierung zum Ziel.
- Maßregelvollzug als Sozialpsychiatrie: In die künftige Neuausrichtung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB ist die gesamte Breite und Palette der zur Verfügung stehenden sozialpsychiatrischen Versorgungs- und Kontrollmöglichkeiten, möglichst in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund, einzubeziehen.
- Krankenhaus nur soweit wie zwingend erforderlich: Dabei wird das psychiatrische Krankenhaus als „Krankenhaus des Maßregelvollzugs“ seinen Platz für diejenigen behalten (und behalten müssen), die genau einer forensisch-psychiatrischen stationären Krankenhausbehandlung, verbunden mit einer entsprechenden Sicherung, bedürfen. In einem solchen Maßregelvollzugskrankenhaus sind sowohl hochgesicherte, wie geschlossene als auch offene Stationen vorzusehen.