

25 Jahre Luisenhaus in Vorra

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begehen heute das 25-jährige Jubiläum des Luisenhauses in Vorra, einem Langzeitwohnheim für psychisch kranke Menschen, dazu herzlichen Glückwunsch!

Der Titel meines Vortrages lautet:

„Vollstationäre Einrichtungen gestern – heute – morgen“

Ein Langzeitwohnheim gestern?

Aber es heißt ja Gott sei Dank nicht Langzeitwohnheime gestern – heute und morgen, sondern vollstationäre Einrichtungen.

Das Gestern der vollstationären Einrichtungen beginnt letztendlich im Mittelalter mit der Errichtung von Domspitälern, in denen neben Armen und anderweitig Hilfsbedürftigen auch psychisch kranke Menschen aufgenommen wurden.

Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des kirchlichen Versorgungssystems damals war die Tätigkeit einiger Ordensgemeinschaften. Klösterliche Werte wie Gehorsam, Armut und Keuschheit wurden in diesen Häusern zum Prinzip des Umgangs mit den Patienten. Arbeit, Einsamkeit und Gebete zu zentralen Elementen der Therapie. Parallel zu den kirchlichen entwickelten sich seit dem Spätmittelalter auch weltliche Institutionen der „Irrenfürsorge“. Soziale Verpflichtung der freien Reichsstädte in Deutschland führte vielerorts zur Gründung von Städtischen Bürgerhospitälern, in denen neben Armen und Alten auch „harmlose Irre“ aufgenommen wurden.

Unruhige und aggressive Kranke wurden allerdings in die Stadttore gesperrt oder vor die Stadt in eigens dafür aufgestellte Holzkisten verbracht.

Parallel dazu entwickelte das christliche Mittelalter auch noch andere Formen der psychischen Beeinflussung. Neben dem Exorzismus war dies vor allem der Glaube an wunderwürdige Reliquien. Ein zentraler Wallfahrtsort war der kleine Ort Gheel in Belgien. dort liegt Dymphna begraben, eine irische Königstochter, die nach der Legende von ihrem Vater sexuell belästigt wurde. Sie verfiel in geistige Umnachtung, floh nach Gheel, wurde dort von ihm eingeholt und enthauptet.

An ihrem Grab flehten die Pilger um Hilfe für ihre geisteskranken Angehörigen. Sie übernachteten bei Bauern in der Umgebung. Schließlich begann man, die Kranken gegen Entgelt bei den Bauern zu lassen, damit sie möglichst nahe bei den Reliquien leben konnten. Die Kranken erwiesen sich als gute Einnahmequelle, denn die meisten waren durchaus in der Lage, bei der Feldarbeit zu helfen. Hier liegen die Wurzeln für die auch heute wieder praktizierte psychiatrische Familienpflege und vielleicht auch für die Arbeitstherapie.

In der beginnenden Neuzeit wurden die psychisch Kranken durch Ausbleiben der Lepra- und Pestepidemien im 16. – 17. Jahrhundert in den Pesthäusern untergebracht. Ein Beispiel hier in unserer Nähe ist das bekannte Julius-Spital in Würzburg, in dem seit 1589 auch psychisch kranke Menschen betreut wurden.

In Zeiten des Absolutismus und der Aufklärung entstanden in Frankreich und Deutschland so genannte Zucht- und Tollhäuser. Wer allerdings in einem solchen Zucht- und Tollhaus ankam, hatte kaum eine Chance wieder lebend herauszukommen. Gewalt war an der Tagesordnung und unruhige und gefährliche Patienten wurden in Ketten gelegt und geprügelt.

In der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert waren erste Bemühungen um menschenwürdige Behandlung von psychisch Kranken zu beobachten. Die Wurzeln hierfür liegen vor allem in England und basierten im Wesentlichen auf dem Ideal der heilsamen ländlichen Einsamkeit. In den dort gegründeten „madhouses“ wurde offenbar erstmals auf den Einsatz von Ketten und Zwangsjacken verzichtet.

Auch in Deutschland setzte sich Wilhelm Griesinger für die gewaltfreie Behandlung von psychisch kranken Menschen ein. Gewalt war in den damaligen deutschen Zucht- und Tollhäusern in der Form von Schlägen mit Ruten, Sturzbädern mit kaltem Wasser, Zwangsstehen oder Einreiben der Kopfhaut mit Brechweinstein an der Tagesordnung.

Griesinger setzte sich sehr für die Einführung von zwangsfreien Behandlungen ein und forderte zusätzlich die Einrichtung von Stadt-Asylen zur kurzfristigen wohnortnahen stationären Behandlung.

Nach seinen Vorstellungen entstanden in den folgenden Jahren an vielen Orten neue Stadt-Asyle fast immer in Form von Universitätskliniken (z.B. Heidelberg 1878, Freiburg 1887). Überall wurden seit 1870 neue Anstalten gebaut, die in aller Regel noch heute in Gebrauch sind.

Bevorzugte Architekturform war die Unterbringung in aufgelassenen Klöstern im Pavillionstil: malerisch in einem Park verteilte Villen, in denen die Patienten teilweise ausgesprochen komfortabel untergebracht waren.

All diese Errungenschaften wurden durch den Beginn des 1. Weltkrieges zunichte gemacht. 140.000 Menschen starben in Deutschen Anstalten an unzureichender Heizung, Unterernährung und Tuberkulose.

Nach dem 1. Weltkrieg erholte sich die deutsche Psychiatrie langsam wieder, vor allem Hermann Simon und Gustav Kolb setzten sich für eine „aktivere Krankenbehandlung“ und für eine offene „Irrenfürsorge“ in Gütersloh und in Erlangen ein.

Vor allem bei Gustav Kolb in Erlangen finden sich im Rahmen der offenen Irrenfürsorge Elemente, die auch in der heutigen psychiatrischen Versorgung eine Rolle spielen. Er setzte sich vor allem für die Erleichterung von Aufnahmen und Entlassungen ein, sorgte für Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Er befürwortete die Einrichtung von „Irrenschutzgerichten“ zur Kontrolle der Anstaltsbetriebe sowie den Aufbau von Kinderabteilungen, Trinkerheilstätten und - hier ist der Begriff das erste Mal genannt – von Altenheimen. Als wichtigste Maßnahme, die einer Überfüllung der Anstalten entgegenwirken kann, sah Kolb die Organisation von Fürsorgemaßnahmen außerhalb der Anstalt an. Diese richtungweisende Entwicklung, die bis in den heutigen Tag wirkt, wurde dann vom dunkelsten Kapitel der Psychiatrie unterbrochen, nämlich der Psychiatrie im Nationalsozialismus.

Die Aktivitäten dieser Zeit setze ich als reichlich bekannt voraus. Mit der Systematik einer Maschinerie schaffte es der Nationalsozialismus über 150 000 psychisch kranke Menschen planmäßig zu töten. Ein Verbrechen an den psychisch kranken Menschen, das vor allem in der Nachkriegszeit von niemand so richtig zur Kenntnis genommen werden wollte.

Bis Ende der 70er Jahre fanden Bücher über die Psychiatrie im Nationalsozialismus keinen Verlag oder wurden nicht beachtet.

Überhaupt wurde die Situation psychisch kranker Menschen von Politik und Öffentlichkeit in der Nachkriegszeit kaum zur Kenntnis genommen.

1970 wies der Mannheimer Psychiater Häfner auf gravierende Mängel der psychiatrischen Versorgung hin.

1971 erteilte der Deutsche Bundestag einer Expertenkommission den Auftrag, einen Bericht zur Lage der Psychiatrie anzufertigen. Diese erste Erhebung kam zu den erwartenden alarmierenden Ergebnissen.

Einige Beispiele seien hier nur genannt,

- dass mehr als 70 % aller Patienten gegen ihren Willen in den Landes- und Bezirkskrankenhäusern behandelt wurden,
- dass bei 80 % der Patienten die Behandlung in geschlossenen Stationen erfolgte,
- dass es in der gesamten Bundesrepublik lediglich 1200 niedergelassene Nervenärzte gab,
- die Bausubstanz der Krankenhäuser war veraltet,
- 40 % der Patienten waren in Schlafsälen untergebracht,
- die durchschnittliche Größe der Großkrankenhäuser lag bei 1200 Betten,
- auf 64 Patienten kam ein Arzt,
- die Patienten durften keine eigene Kleidung tragen.

Die Kommission erhob eine Reihe von Forderungen, wie z. B.

- die Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken,
- die Verkleinerung der Großkrankenhäuser,
- die Schaffung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern,
- die Bildung kleinerer Versorgungsgebiete und die Spezialisierung der stationären Einrichtungen.

Im Abschlussbericht der Sachverständigenkommission von 1975 wurden Vorschläge zur Personalentwicklung gemacht mit dem Ziel der Verbesserung der Relation Arzt – Patienten bzw. Pflegepersonal – Patienten und der Einstellung von Mitarbeitern anderer therapeutischer Berufsgruppen wie Diplompsychologen, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten.

Und auf diese Vorschläge der Expertenkommission möchte ich meine kurze Beschreibung des **Heute** in den vollstationären Einrichtungen beziehen.

Seitdem hat sich die psychosoziale Landschaft durchgreifend verändert;

Die Geschichte der Psychiatrie nach 1975 ist eine Geschichte von Erfolgen.

Das System der psychiatrischen Versorgung wurde immer weiter differenziert.

Es umfasst die Bereiche der stationären und teilstationären Behandlung, der ambulanten Behandlung und Beratung und der komplementären Einrichtungen.

Die stationäre und teilstationäre Behandlung wurde von den psychiatrischen Kliniken, den Universitätskliniken, den Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern und den Tageskliniken sichergestellt.

Die ambulante Behandlung und Beratung erfolge durch niedergelassene Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, den Institutsambulanzen und Polikliniken sowie durch Sozialpsychiatrische Dienste.

Zu den komplementären Einrichtungen zählen die Einrichtungen des Betreuten Wohnens (Wohngemeinschaften, Betreutes Einzel- und Paarwohnen und Heime) und die Hilfen am Arbeitsplatz, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, Werkstätten für psychisch Behinderte und Firmen für psychisch Kranke.

Man höre:

der Begriff des Heims hat Einzug als fester Bestandteil der komplementären vollstationären psychiatrischen Versorgung gefunden und zwar erst nach 1975.

25 Jahre Luisenhaus - 1983 gegründet.

Es wird wohl eines der Ersten gewesen sein, zumindest für den Bezirk Mittelfranken ist dies zu bestätigen.

Aber schon heute - 25 Jahre nach der Gründung - und dies auch nach meiner persönlichen Erfahrung als Heimleiter, eines ebenfalls kleinen Wohnheims für psychisch kranke Menschen, steht dieses Versorgungselement in Frage.

Es steht in Frage aus gutem Grund:

- es beeinträchtigt den Menschen in seiner Autonomie,
- es sieht die Institution vor der Person,
- es ist teuer, teurer als ambulante Maßnahmen,
- es ist in vielen Fällen nicht gemeindenah.

Diese Aussagen der negativen Beurteilungen von Heimen lassen sich so oder in ähnlicher Form ohne Mühe fortsetzen und es hat Auswirkungen auf die Politik.

Bisweilen fühlt man sich als Verantwortlicher eines Heimes im Zentrum eines Prozesses, der gekennzeichnet ist von so gegensätzlichen Aussagen wie beim „Blütenblätterpflücken“: es darf sie geben – es darf sie nicht geben – es darf sie geben usw.

Ich will nun über einen Artikel von Christian Zechert berichten. Christian Zechert ist Soziologe und Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie Deutschland.

Im Jahr 2004 veröffentlichte er in der „Gemeinde & Psychiatrie“, dem Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., einen Artikel zum Thema: „Wie Heimbewohner leben wollen“.

Dem Artikel vorausgegangen war eine Befragung von 110 psychisch kranken Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in 5 Bundesländern, deren Ergebnis ich kurz vorstellen will:

- 72 % sagen, einer Alternative zum Heim hätte es für sie nicht gegeben,

- 62 % haben sich das Heim, in dem sie leben, nicht selbst ausgesucht,
- 60 % wollen nicht in einer Institution, sondern privat wohnen,
- 60 % nehmen Medikamente ein, auch wenn sie es nicht wollen,
- 50 % können nicht ungestört telefonieren,
- 90 % teilen sich ein Bad, auch wenn sie keine Partnerschaft haben,
- 40 % teilen sich ein Zimmer ohne Partnerschaft,
- 94 % schlafen in einem Bett, das nicht ihr Eigentum ist,
- 31 % möchten in diesem Heim wohnen bleiben.

Die Grenzen des Heimes sind deutlich:

Dies kann bereits mit der Auswahl der Einrichtung beginnen, es kann das fehlende eigene Badezimmer sein, die mangelnde Möglichkeit ungestört zu telefonieren oder schlicht der Sachverhalt, dass nur 6 % in einem Bett schlafen, welches ihnen auch gehört.

Aber, warum funktioniert das „System Heim“?

Wenn es, wie in dieser Befragung oder ähnlichen Untersuchungen gezeigt werden konnte, tatsächliche oder nur so empfundene Schwächen oder gar skandalöse Missstände im „System Heim“ gibt, so ist noch immer nicht die Frage geklärt, warum die Heime trotz ihrer Schwächen und Restriktionen so gut funktionieren.

Die Frage ist zu stellen, was die tatsächlichen Wirkfaktoren ihres „Erfolges“ sind.

Es leuchtet nicht ein, dass ca. 15 000 Menschen mit seelischer Behinderung in ihnen wohnen bleiben, weil sie juristisch oder wie auch immer dort „festgehalten“ werden.

- Warum bleiben sie, wenn 60 % von ihnen mit mehr oder weniger subtilen Zwang ihre Medikamente einnehmen müssen?
- Wenn 40 % sich das Zimmer und 90 % das Bad mit Fremden teilen müssen?

Alles nur Zwang?

Was das Heim letztlich noch immer zum „Sieger“ über die alternativen Betreuungsformen macht, sind offensichtlich ganz andere Faktoren.

Der Verdacht drängt sich auf, dass trotz aller Restriktionen im „System Heim“ Einflüsse am Werke sind, die nicht gut sichtbar, aber durchschlagend sind.

Es dürfte sich für Menschen mit psychischem Handicap um Faktoren handeln, die mit der Qualität und Intensität der menschlichen Beziehung zu tun haben.

Faktoren, die eher informell organisiert sind und deren Auftreten, Wirkung und Beschreibung sich dem Leistungskatalog des SGB XII § 75 ff entziehen.

Es könnte trotz aller Schwächen der Institution Heim seine „heimliche“ Überlegenheit ausmachen und Teil der wirklichen Substanz des Heimes sein, nämlich

Bindung, Zuverlässigkeit, Kommunikation.

Neben der Erfüllung von Grundbedürfnissen wie Essen und Trinken dürften diese menschlichen Qualitäten von Heimen der Behindertenhilfe ihr eigentliches Kapital sein.

Damit arbeiten sie trotz ihrer Mängel und Defizite erfolgreich.

Denn:

- Wo finden Menschen mit leidvoll erfahrener Desintegration aus gesellschaftlichen Teilsystemen wie Arbeit, Familie, Freundeskreis leichter neue Bindungen als im Heim?
- Wo stellt man sich konzeptionell auf ihre Individualität ein? (zumindest sollte es so sein.)
- Wo erleben Menschen, die infolge ihrer Erkrankung immer wieder Instabilität und Beziehungsabbrüche erfahren haben, zuverlässige Bezugspersonen? (falls man nicht wegen mangelnder Heimfähigkeit rausfliegt.)
- Wo kann man mit anderen Menschen leichter kommunizieren, wenn man keinen Arbeitsplatz, keine Familie und keine Freunde hat als im Heim? (wenn man überhaupt so viel Nähe aushält.)

Fast könnte man meinen: Heime? Ja das sind totale Organisationen, aber das ist gerade das Gute an ihnen, weil sie alles bieten, was der Mensch als soziales Wesen braucht:

Bindung, Zuverlässigkeit, Kommunikation
und mit etwas Glück auch noch Wertschätzung.

Natürlich können alle diese Qualitäten in ihr Gegenteil umschlagen:

- Bindungen können einen freiwilligen Freiheitsverzicht fördern, eine innere Mauer errichten, die Menschen in Heimen oder anderen Institutionen festhält,
- Zuverlässigkeit kann übertrieben werden, wenn statt ihrer, Routine dominiert,
- Kommunikation darf nicht einseitig und nicht hierarchisch sein: Hausordnungen ersetzen kein Gespräch,
- die Erfüllung von Grundbedürfnissen wie Essen und Trinken darf nicht zu einem hastig in das Zimmer rein gereichten Tablett degenerieren.

All dies passiert – nicht überall, nicht immer, aber an zu vielen Orten und zu häufig. Das sollte uns jedoch nicht daran hindern, die besonderen Qualitäten, Erfahrungen und Kompetenzen von Heimen wahrzunehmen.

Individuellere Betreuungen wie das Betreute Wohnen müssen diese Qualitäten im gleichen Umfang sicherstellen, wenn sie in wirkliche Konkurrenz zu den Heimen treten wollen. Nur wenn sie die urmenschlichen Bedürfnisse der Menschen nach Bindung, Zuverlässigkeit, Kommunikation und Wertschätzung erfüllen, dann haben sie eine reale Chance, die überlegenere Wohnform zu werden.

In diesem Sinne wünsche ich dem Luisenhaus alles Gute und der kleinen Einrichtung und allen anderen kleinen Einrichtungen dieser Form ein waches Auge für ihre Zukunftsfähigkeit und ein waches Auge zur Erhaltung ihrer Werte.

Michael Schubert