

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Johannes Thome

Systemsprenger in der Sozialpsychiatrie: Versorgungsanalyse und ethische Problemstellung unter besonderer Berücksichtigung des Befähigungsansatzes

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades der Universitätsmedizin

Rostock

Doktor der Medizinwissenschaften (rerum humanum)

Zweitprüfer:

Prof. Dr. Peter Kropp

Institut für Medizinische Psychologie und Soziologie, Universität Rostock

Prof. Dr.med. Jens M. Langosch

Evangelisches Krankenhaus Bethanien gGmbH

Greifswald

vorgelegt von:

Andreas Speck

aus Rostock

geboren am 6.1.1965 in Hannover

Datum der Einreichung: 1. August 2014

Datum der Verteidigung: 12. November 2014

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	4
2	EMPIRISCHE ANALYSE.....	17
2.1	Zentrale Fragestellungen	17
2.2	Methoden.....	18
2.2.1	Quantitative Befragung.....	18
2.2.2	Qualitative Befragung.....	19
3	ZENTRALE ERGEBNISSE	21
3.1	Ergebnisse der quantitativen Studie.....	21
3.1.1	Geografische Verteilung der Einrichtungen.....	21
3.1.2	Auslastung und Kapazität der Einrichtungen	22
3.1.3	Patientenprofil.....	23
3.1.3.1	Verweildauer	23
3.1.3.2	Diagnosen (ICD – 10).....	25
3.1.3.3	Geschlecht und Alter.....	27
3.1.3.4	Wohnsitz	28
3.1.4	Zusatzleistungen: intern und extern.....	29
3.1.5	Zugänge neuer Bewohner und Entlastungen	32
3.1.5.1	Güte der medizinisch – psychologischen Vorabinformationen.....	32
3.1.5.2	Institutionelle Zugänge und Abgänge der Bewohner.....	32
3.1.5.3	Patienten aus der forensischen Versorgung.....	34
3.1.6	Anfragen, Anfrageablehnungen und Antragbewilligungen.....	34
3.1.7	Entlassungsquoten und Entlassungshemmnisse	35
3.1.8	Mehrfachnutzung geschlossener Wohnheime.....	36
3.1.9	Medizinische Versorgung und Krisenintervention	37
3.1.9.1	Begleitende stationäre geschlossene Behandlung	37
3.1.9.2	Ärztliche Versorgung	38
3.1.9.3	Möglichkeiten der Inanspruchnahme aufsuchender Krisenintervention	39
3.1.9.4	Möglichkeiten der Inanspruchnahme externer psychiatrischer Hilfen bei Krisen.....	40
3.1.10	Mitarbeiterqualifikation.....	40
3.1.11	Perspektiven für die Weiterentwicklung der Versorgung	43
3.2	Ergebnisse der qualitativen Studie	46

3.2.1	Perspektive der Klinikärzte	46
3.2.2	Perspektiven der rechtlichen Betreuer	50
3.2.3	Perspektiven der Einrichtungsleiter	52
4.	DISKUSSION	56
4.1	Zur Philosophie sozialer Gerechtigkeit von John Rawls	58
4.2	Zur Kritik an John Rowls durch Amarta Sen: Grundlagen des Capability Approach	63
4.3	Der Befähigungsansatz nach Martha Nussbaum	70
4.3.1	Zur <i>Breite</i> gerechtigkeitsbezogener Forderungen an den Staat	71
4.3.2	Zur <i>Tiefe</i> gerechtigkeitsbezogener Forderungen an den Staat	74
4.3.3	Die starke vage Liste der Grundbefähigungen	76
4.3.4	Zum Paternalismusproblem	80
4.3.5	Weitere Perspektiven des Befähigungsansatzes für die psychiatrische Versorgung	87
5.	ZUSAMMENFASSUNG	90
6.	LITERATUR	92
7.	TABELLENVERZEICHNIS	99
8.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	100

Eidesstattliche Erklärung

Anhang

1. Einleitung

„Schwierige“ Patienten sind seit einigen Jahren ein zentrales Thema der klinisch-psychiatrischen Forschung. Dabei ist die Begrifflichkeit, unter der man diese Patientengruppe untersucht, sehr variantenreich. Sie reicht von „Drehtürpatienten“ über „Frequent-user“ bis hin zu eher despektierlichen Zuschreibungen wie „Bed-blocker“ (vgl. Roick et al. 2002; Fricke et al. 2008). Auch die Operationalisierung der „schwierigen“ Patienten fällt inhomogen aus. Entscheidend ist aber, dass es sich um Patienten handelt, die einen komplexen - durch Multimorbidität und Chronifizierung geprägten - Hilfebedarf zeigen und eine hohe Rehospitalisierungsquote aufweisen. Das Forschungsinteresse an dieser Patientengruppe liegt einerseits in der Frage, wie sich die Beeinträchtigungsschwere der Patienten reduzieren lässt, so dass deren Lebensqualität ein höheres Niveau erreicht. Andererseits stehen aber auch ökonomische Motive im Vordergrund: Nämlich zu erkunden, warum eine spezifische Gruppe von Patienten von dem psychiatrischen Hilfesystem offensichtlich nicht ausreichend profitieren kann und welche anderen Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeit im Einzelfall angemessener und passgenauer wären, um die Inanspruchnahme der klinischen Versorgung deutlich zu reduzieren. Insofern ist die Auseinandersetzung mit „schwierigen“ Patienten eben auch von ökonomischen Aspekten im Sinne der Beanspruchung finanzieller Ressourcen bzw. von mehr oder minder expliziten Vorstellungen einer Verteilungsgerechtigkeit geprägt (vgl. Fricke et al. 2008).

Deutlich wird diese Motivlage in einem anderen Begriff, auf dem immer wieder - und sei es in kritischer Abgrenzung - Bezug genommen wird. Der englische Begriff des „High-utilizer“, der als „häufigen Nutzers“ übersetzbar ist, weist darauf hin, dass hier Menschen die psychiatrische Hilfe intensiv nutzen, ohne dass eine Abkopplung von der Versorgung nachhaltig gelingt. Fachlich muss dies nicht zwingend als Problem gewertet werden. So merkt etwa Roick lapidar an, dass eine hohe Rehospitalisierungsquote ja auch bedeuten könne, dass die betroffenen Menschen die Ressource „Versorgung“ in einer - biographisch vielleicht unterschiedlichen Dosierung - tatsächlich benötigen, um - vor dem Hintergrund einer gravierenden psychiatrischen Erkrankung - eine gewisse Stabilität tatsächlich erreichen zu können (vgl. Roick 2002). Konsequenz zu Ende gedacht, wäre die Problematisierung der „High-utilizer“ unter dieser Perspektive auch dem Umstand zu verdanken, dass die Zielperspektiven für bestimmte Patienten vielleicht deutlich zu hoch angelegt sind. Gleichwohl aber wird in der Literatur immer wieder kolportiert, dass rund 10% -30% der in der Psychiatrie behandelten

Menschen 50% - 80% der Ressourcen eines medizinisch psychiatrischen Versorgungssystems in Anspruch nehmen (vgl. Freyberger et al. 2004). Wie auch immer diese Zahlen sich zusammensetzen mögen und unabhängig davon, ob sie auch heute noch Anspruch auf Aktualität und Validität erheben können: Es entbehrt angesichts einer sehr heterogenen Struktur psychiatrischen Krankheitsausprägungen sicher nicht einer gewissen Logik, dass die Inanspruchnahme der Leistungen eben sehr differenziert und uneinheitlich ausfällt. Auch weist Wienberg darauf hin, dass sich – bei reduzierten durchschnittlichen Verweiltagen - seit dem Jahr 2000 die Fallzahlen in der Akutpsychiatrie von 650 000 Fällen pro Jahr auf rund 800 000 Fälle gesteigert haben und dass gleichzeitig 40% der behandelten Patienten innerhalb eines Jahres und 50% innerhalb von zwei Jahren wieder aufgenommen werden (vgl. Wienberg 2013). Ein klinikübergreifender und wissenschaftlich begleiteter Versuch, über die Etablierung eines systematischen Entlassmanagements die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung effizienter zu gestalten (vgl. Bäuerle et al. 2013) und damit nachweislich die Aufnahmezeiten der „schwierigen“ Patienten zu senken, hat sich jedoch unlängst als wenig erfolgreich erwiesen.

Eine spezifische Subgruppe der „schwierigen“ Patienten weist neben der hohen Rehospitalisierungsquote zudem „ein sehr hohes, die bestehenden Versorgungssysteme auf verschiedenen Ebenen ‘sprengendes’ Störungspotential auf“ (vgl. Freyberger et al. 2004, S.1), so dass Obdachlosigkeit oder forensische Unterbringung drohen kann. Im Rahmen einer umfangreichen qualitativen Studie (vgl. Freyberger et al. 2004) wurden dieser Patientengruppe verschiedene Merkmale zugeordnet: So zeigen sie – neben der biographisch langen Odyssee durch das psychiatrische Versorgungssystem – ein erhöhtes Aggressivitätspotential mit Unangepasstheit und Impulsivität. In den Einrichtungen werden sie schnell als querulantisch und renitent wahrgenommen. Zudem sind sie von delinquenten Tendenzen geprägt, und zwar häufig in Kombination mit dem Konsum von Suchtmitteln. Auch werden ihnen die Tendenz zur Suizidalität sowie manipulative und belästigende Verhaltensmuster zugeschrieben. In den Einrichtungen der Sozialpsychiatrie lösen sie „Irritationen, Verunsicherungen und störende, beunruhigende Reize aus“ (vgl. Schulze-Steinmann et al. 2003, S. 113). Für diese Patientengruppe hat sich die Bezeichnung „Systemsprenger“ (vgl. Freyberger et al. 2004) eingebürgert.

Nach dem Psychiatrieentwicklungsplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Landesregierung Mecklenburg Vorpommern 2011) sind rund 10% - 20% der Menschen mit

psychischen Beeinträchtigungen so belastet, dass sie im Anschluss an eine klinische Behandlung sozialpsychiatrischer Unterstützung bedürfen. Etwa 2% gelten als extrem schwer beeinträchtigt und fallen unter die Kategorie der „Systemsprenger“. Der Umgang mit „Systemsprengern“ ist aber nicht allein ein Thema der klinischen Psychiatrie, sondern auch der komplementären Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie. Gleichwohl hat hier eine empirisch ausgerichtete Forschung - gegenüber einer klinisch psychiatrisch geprägten Wissenschaftslandschaft - generell nur eine geringe Tradition (vgl. Kallert et al. 2005; Kilian 2008). Es fehlen grundlegende Daten, die eine differenzierte Versorgungsdiskussion fundieren könnten und Wirksamkeit und Effizienz sozialpsychiatrischer Praxis belegen (vgl. Steinhart 2013). Auch und gerade hinsichtlich stationärer Angebote sind die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen eher spärlich (vgl. Taylor 2009). Gerade weil im Zuge der Psychiatrie-Enquete und der aktuellen Diskussion über die UN Behindertenrechtskonvention (BRK) die langandauernden Betreuungsverhältnisse ideologisch geradezu unter Generalverdacht gestellt wurden, erscheint diese Forschungslage unzulänglich. Zudem weist Kallert daraufhin, dass zudem auch keine international vereinbarten und verbindlichen Qualitätsstandards verfügbar sind, die konzeptionell der jeweiligen Versorgung vor Ort zugrundeliegen (vgl. Kallert 2013, S. 184). Erschwerend kommt hinzu, dass in der sozialpsychiatrischen Praxis keine abgestimmte und länderübergreifende Basisdokumentation existiert, so dass dadurch eine differenzierte Beschreibung des Patientenprofils in den stationären Wohnformen auf Bundesebene nicht möglich ist.

Um die Situation stationärer Wohnformen in der Sozialpsychiatrie europaweit transparenter zu machen, initiierte die Europäische Kommission ein umfangreiches Forschungsprojekt, um die Qualität der stationären Wohnformen in den europäischen Ländern zu erfassen (vgl. Killaspy et al. 2012). Ziel war es, ein Instrumentarium zu entwickeln, das es erlaubt, die Qualität in den stationären Wohnformen differenziert zu erheben und zu vergleichen. Im Rahmen des Projektes wurden sieben Indikatorengruppen entwickelt und damit 20 Einrichtungen in zehn europäischen Ländern verglichen. Dabei wurde dabei deutlich, dass in der stationären Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen die Berücksichtigung und Förderung ihrer Autonomie einen wesentlicher Wirkfaktor darstellt. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich zuvor in einer Sekundärauswertung vorliegender internationaler Studien (vgl. Taylor et al. 2009): Partizipation bei der Alltagsgestaltung, wahrgenommener Respekt durch das Personal sowie die Wahrung von Autonomie sind zentrale Parameter für die Wirksamkeit

der Betreuung. Auch resümieren die Autoren, dass kleinere und gemeindenahe Einrichtungen mit flexiblen Strukturen und eben einem hohen Maß an respektierter Privatsphäre die wahrgenommene Lebensqualität der Bewohner deutlich beeinflussen. Eine randomisierte Kohortenstudie zum Vergleich ambulanter gegenüber stationärer Versorgung bei Patienten mit chronisch schizophrener Erkrankung (vgl. Kallert et al. 2007) fand heraus, dass stationäre Wohnheime die soziale und kulturelle Teilhabe der Patienten kaum befördern können. So waren bei der Stichprobe in stationären Settings die sozialen Kontakte zumeist auf das Wohnheim beschränkt und auch ihre Kontaktdichte zu Menschen und Institutionen in der Gemeinde vergleichsweise gering. Hier bestätigten sich die Vermutungen, dass stationäre Strukturen in der Sozialpsychiatrie auch institutionelle Abhängigkeiten erzeugen können und dabei die Exklusionstendenzen, denen sich die zumeist chronisch erkrankten Menschen ausgesetzt sehen, eher verstärken. Insofern ist der Verdacht nicht gänzlich auszuschließen, dass sich in den stationären Wohnheimen der Sozialpsychiatrie gerade jene Institutionalisierungsprozesse zeigen, die man eigentlich durch den Abbau der Langzeitunterbringungen in dem medizinisch - psychiatrischen Sektor überwunden zu haben glaubte. Das gilt mit Sicherheit auch für jene hoch - strukturierten Wohnheime in der Sozialpsychiatrie, in denen Patienten im Rahmen freiheitsentziehender Maßnahmen untergebracht werden. Gesetzliche Grundlage (vgl. Marschner 2011) ist dabei entweder die betreuungsrechtliche Unterbringung nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) oder die jeweiligen Psychisch-Kranken Gesetze der Länder (PsychKG). Grundsätzlich fällt bei diesem Versorgungsmodul auf, dass selbst die Datenlage zu betreuungsrechtlichen Unterbringungen unklar ist. Dies wurde auch 2012 deutlich, als die Bundesregierung im Rahmen einer kleinen Anfrage der Opposition über die Situation der Zwangsbehandlungen in Deutschland dem Parlament über die geschlossenen Unterbringungen nach dem § 1906 BGB Auskunft geben musste. So konnte zwar berichtet werden, dass die bundesweiten Zahlen von 35.105 zivilrechtlichen Zwangsunterbringungen im Jahr 2000 auf 57.116 Unterbringungen im Jahr 2011 hochgeschwungen waren. Es musste aber offen bleiben, wo die Menschen untergebracht waren (Altenheime, Sozialpsychiatrie) und aus welchen Gründen eine geschlossene Unterbringung jeweils erfolgte. Auch das Kriterium der Altersstruktur der Patienten (Kinder, Jugendliche Erwachsene, alte Menschen) blieb offen (vgl. Deutscher Bundestag 2012).

Neben der prekären administrativen Datenlage finden sich so in diesem spezifischen Bereich kaum wissenschaftliche Befunde, die eine nähere Analyse der Nutzerstruktur, der

Verweildauern, der Konzeptionen und der Wirkungen erlauben würde (vgl. Speck et al. 2013). Gleichwohl bilden sie die institutionelle Ebene der Systemsprengerproblematik ab. Hatte sich die Forschungsgruppe um Freyberger dem Thema der „Systemsprenger“ aus einer persönlichkeitspsychologischen Perspektive genähert, um diese Subgruppe der „schwierigen“ Patienten differenziert beschreiben zu können, so fehlte - als Ergänzung - die Erfassung ihrer institutionellen Versorgung. Diese Perspektive wurde von einem Forschungsprojekt aus Berlin eingeschlagen: Da geschlossene Wohnheime in der Bundeshauptstadt nicht vorgehalten werden, ist man hier der Frage nachgegangen, wo denn diese „Systemsprenger“ letztlich im Versorgungsbereich bleiben. Dadurch gerieten insbesondere die sogenannten „Geheimen Verstecke“ in den Mittelpunkt des Interesses (vgl. Zimmermann 2010): Nämlich die Einrichtungen der Altenhilfe und der Pflege, die quasi unter Hand die „Systemsprenger“ in ihre Versorgungsstrukturen aufnehmen, ohne allerdings ihre Konzeption darauf abzustellen bzw. abstellen zu können.

Grundsätzlich gilt jedoch, dass eine differenzierte Beschreibung der Versorgungsstruktur für die „Systemsprenger“ noch aussteht. Damit steht die verfügbare Datenlage in einem deutlichen Missverhältnis zur Relevanz der Thematik in den aktuellen sozialpsychiatrischen Diskursen über geschlossene Wohnheime (vgl. Reumschüssel-Wienert et al. 2012). Vielleicht - so kann man vermuten - löst das Thema bei vielen Praktikern in der Sozialpsychiatrie aber auch deshalb Unbehagen aus, weil der Umgang mit jenen Menschen, die das Hilfesystem nach wie vor an seine Grenzen führen, daran erinnert, dass die ursprüngliche Intention der Psychiatrieenquete mit Blick auf die „schwierigen“ Patienten ihr Versprechen kaum einlösen konnte: Nämlich eine ambulant und gemeindenah orientierte Versorgungsstruktur für alle Hilfesuchenden zu entwickeln, die mit der unheilvollen Tradition einer ausgeprägt kustodial ausgerichteten Psychiatrie nachhaltig bricht. Gleichwohl bleibt die Frage der Alternativen. Es wirkt zunehmend fragwürdig, wenn einzelne Bundesländer wie Bremen oder Berlin auf geschlossene Wohnheime aus politischen Gründen verzichten und dabei gleichzeitig ihre „Systemsprenger“ in Altenheimen oder in sozialpsychiatrischen Einrichtungen anderer Bundesländer unterbringen. Auch kann in diesem Zusammenhang auf eine Untersuchung verwiesen werden, die sich mit Patienten der Forensik beschäftigt: In einer regionalen Stichprobe in Nordrhein-Westfalen konnte gezeigt werden, dass 80 % der Patienten im Maßregelvollzug bereits lange Behandlungskarrieren in der Allgemeinpsychiatrie (im Durchschnitt 7,5 Aufenthalte) hinter sich hatten; nur jeder fünfte Straftäter war hingegen im

Monat vor der Straftat in stationärer oder ambulanter psychiatrischer Behandlung. Nur 10 % nahmen nach der ärztlichen Verordnung ihre Medikamente ein. Ihre Straftat, die zur forensischen Unterbringung geführt hatte, war zu etwa 16 % in der Allgemeinpsychiatrie bzw. in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen begangen (vgl. Kutscher und Seifert 2007). Ferner weisen auch Untersuchungen in der Obdachlosenhilfe und Justizvollzugsanstalten (vgl. Wienberg 2013) daraufhin, dass dort viele Betroffene mit gescheiterten Patientenkarrieren versorgt bzw. untergebracht sind.

Mit der empirischen Erhebung der vorliegenden Arbeit soll die Versorgungssituation der sog. Systemsprenger aus Perspektive der Versorgungsstruktur („Geschlossene Wohnheime nach §1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit § 53 Sozialgesetzbuch (SGB)-XII in Mecklenburg-Vorpommern quantitativ erhoben werden; denn auch in Mecklenburg-Vorpommern liegen keine verlässlichen Datensätze vor, die eine differenzierte Analyse „geschlossener Unterbringung“ nach § 1906 BGB Abs. 1 und 2 gewährleisten könnte. Folgt man dem Landesrahmenplan Mecklenburg-Vorpommern, in dem die sozialpsychiatrischen Leistungen nach SGB-XII beschrieben sind, dann ist für dieses Bundesland folgende Zielgruppe für das Versorgungsmodul geschlossener Wohnformen vorgesehen: „Menschen mit wesentlichen psychischen Erkrankungen/Behinderungen oder wesentlichen psychischen Erkrankungen und mehrfachen Behinderungen im Sinne von § 53 SGB-XII und der Eingliederungshilfeverordnung,

- bei denen eine stationäre Versorgung erforderlich ist,
- bei denen Hilfebedarf zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung besteht,
- die volljährig sind,
- die in der Regel Maßnahmen zur tagesstrukturierenden Förderung bzw. beruflichen Förderung erhalten,
- bei denen die Unterbringung im Sinne § 1906 BGB oder § 10 Psychisch-Kranken-Gesetz Mecklenburg Vorpommern (PsychKG M-V) vorliegt,
- bei denen die Notwendigkeit besteht, solche speziellen Wohnbedingungen zum Schutz der Betroffenen oder anderer zu gewährleisten, die im Rahmen einer anderen Wohnform nicht in adäquater Weise geschaffen werden können (vgl. Landesrahmenplan Mecklenburg Vorpommern 2007, S.39).

Konkret waren zu Beginn der vorliegenden Untersuchung weder die Zahl der Plätze und Belegungen verfügbar noch detaillierte Informationen über Einrichtungen und deren

Patientengruppe. Zudem war nicht auszuschließen, dass Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern in andere Bundesländer „exportiert“ oder in klassische geriatrisch ausgerichtete Pflegeheime des SGB-XI abgeschoben werden, wo die Betroffenen in der Regel kaum Zugang zu (sozial)-psychiatrischer Hilfe haben (vgl. Zimmermann 2012). Geschlossene Unterbringungen in der Eingliederungshilfe erweisen sich so unter wissenschaftlicher Perspektive als kaum erforscht. Zentrale Fragen, die gerade für die Bewertung und gegebenenfalls für die Anpassung der Versorgung nützlich sein könnten, lassen sich derzeit nicht beantworten:

- „Wie erfolgreich sind die als »Königsweg« vielfach beschriebenen personenorientierten Komplex-Behandlungs- und Unterstützungspakete tatsächlich, die vorgeblich ohne „geschlossene Wohnformen“ auskommen? Welche Datenlage finden wir hier vor?
- Was wissen wir über die Qualität geschlossener Wohnformen? Unter welchen strukturellen Bedingungen gelingt es, Menschen in den (offenen) Alltag gemeindepsychiatrischer Unterstützung zurückzuführen?
- Welches Wissen haben wir über »Export-Regionen«? Unter welchen Voraussetzungen werden Menschen in geschlossene Einrichtungen extern (d.h. in andere Bundesländer, A.S.) verbracht? Liegt es tatsächlich an einem Mangel verfügbarer gemeindepsychiatrischer Standardangebote in der Heimatregion?“ (Steinhart et al. 2013, S. 7)

Trotz der schlechten Daten- und Forschungslage hat der überörtliche Sozialhilfeträger in Mecklenburg-Vorpommern, der Kommunale Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern (KSV), im Sommer 2010 rund 20 neue geschlossene Plätze in der Region Uecker - Randow ausgeschrieben. Begründet wurde dies mit Bedarfsanmeldungen durch gesetzliche Betreuer. Diese Ausschreibung war konkreter Anlass für die folgende Auseinandersetzung mit den geschlossenen Wohnheimen; denn die Ausschreibung warf die Frage auf, ob es wirklich einen realen Bedarf an geschlossenen Plätzen in Mecklenburg-Vorpommern gab oder ob nicht vielmehr gerade auch Probleme in der Steuerung der vorhandenen Plätze einen Problemdruck erzeugen, der die Nachfrage erst entstehen lässt.

Insofern schien es zunächst dringend geboten, Strukturdaten der bestehenden Einrichtungen zu erheben, um überhaupt einen Überblick über die bestehende Versorgungsstruktur zu bekommen. Dabei musste aufgrund der Datensituation methodisch auf eine quantitative

Institutionsbefragung zurückgegriffen werden. Komplettiert wurde diese Datenerhebung durch qualitative Interviews mit ausgewählten Akteuren der Versorgung, um die Perspektiven der jeweiligen Professionalitäten einzufangen und - mit Blick auf die Steuerungsprobleme - auswerten zu können. Ziel war es, dadurch Hypothesen zu generieren, die zur weiteren Entwicklung der Versorgungsstrukturen beitragen können.

Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Erhebung sollen schließlich auch vor dem Hintergrund ethischer Fragestellungen diskutiert werden. Denn wenn es darum geht, die Versorgung der sog. „Systemsprenger“ zu analysieren und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln, dann berührt dieses Ziel letztlich die Steuerung des Versorgungssystems. Damit sind zunächst Managementsysteme angesprochen bzw. mithin also technisch ausgerichtete Fragen der Organisation der Leistungssysteme. Allerdings lassen sich Steuerungsprobleme nicht auf ihre technischen Aspekte verkürzen. Denn die Diskussion über eine Steuerung impliziert auch ethische Aspekte (vgl. Liegeois et al. 2005): Auf welches Ziel sollte die Steuerung ausgerichtet sein, wo sollten bei Zielkonflikten Prioritäten gesetzt werden? Gerade im Praxisfeld der (Sozial)-Psychiatrie sind die ethischen Konfliktlinien manchmal sehr subtil: Zielt eine bessere Steuerung auf mehr Selbstbestimmung des Patienten, wie es etwa menschenrechtsorientierte Perspektiven nahelegen? Oder geht es eher darum, die Patienten vor sich selbst und/oder anderen zu schützen, so dass hier eine eher traditionell fürsorgliche Versorgung geboten ist, um Überforderungen des Patienten und seine Umfeldes zu vermeiden? Haben die Bürger die Pflicht, sich auch nachbarschaftlich um Menschen mit psychischer Erkrankung zu kümmern oder sollte die Gesellschaft dafür sorgen, dass die Bürger von psychisch erkrankten Menschen durch ein professionelles Hilfeangebot „entlastet“ werden bzw. bleiben? Evident wird die ethische Grundierung der Steuerungsfragen, wenn es um die Verteilung von Ressourcen geht; denn auch die Unterstützung der „Systemsprenger“ beansprucht finanzielle Mittel: z.B. Personalkosten, Unterbringungskosten, Verwaltungskosten. Wie weit sollte, wie weit darf diese Ressourcenallokation gehen? Dies berührt zentral das sozialphilosophische Thema der Verteilungsgerechtigkeit. Was sind wir als Gesellschaft denjenigen schuldig, die chronisch psychiatrisch erkrankt sind? Nach einer Studie der Hans Böckler Stiftung verursachten im Jahre 2008 die psychischen Erkrankungen rund 27 Milliarden € direkte Kosten im Feld der Behandlung, Betreuung, Rehabilitation und Verwaltung. Darüber hinaus wurden indirekte Kosten von 26 Milliarden € als Folge des Produktivitätsausfalls errechnet und 45,4 Milliarden als Ausfall der Bruttowertschöpfung (vgl.

Bödeker et al. 2011). Auch die Ausgaben der kommunalen Eingliederungshilfe (SGB-XII) werden zunehmend zum Problem der Leistungsträger: So weist der Bund-Länder Bericht zum geplanten Bundesleistungsgesetz der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder (ASMK Konferenz) vom November 2013 aus (vgl. Bund-Länder Bericht für die ASMK zu einem Bundesleistungsgesetz 2013), dass die Nettoausgaben der bundesdeutschen Kommunen für die Eingliederungshilfe im Jahr 2011 rund 13 Milliarden Euro betragen. Waren es im Jahr 1991 noch 324.000 Personen, die Anspruch auf Eingliederungshilfe in Anspruch nahmen, erhöhte sich deren Zahl auf mittlerweile 790.000 Personen im Jahr 2011. Seit der deutschen Wiedervereinigung haben sich demnach die Ausgaben für die Eingliederungshilfe behinderter Menschen fast verdreifacht. Gleichwohl sind aber die einsetzbaren Ressourcen auf Bundes- und Länderebene begrenzt und konkurrieren mit anderen Investitionsmöglichkeiten. Insofern scheint es ethisch keineswegs anstößig zu sein, darauf zu verweisen, dass die finanzielle Ausstattung (sozial)-psychiatrischen Handelns auch und gerade in Hinsicht der „Systemsprenger“ begründbar sein muss. Dabei geht es nicht darum, gerade den schwer beeinträchtigten Menschen Hilfe zu verweigern, im Gegenteil. Aber es bedarf hier einer ethischen Fundierung bzw. einer wertbezogenen Begründung, um die Akzeptanz finanzieller Ausgaben bei Politik, Leistungsträgern und Bürgern zu stärken. So haben in einer Studie Johri et al. empirisch herausarbeiten können, dass sich eine öffentliche Debatte über spezifische Prioritätensetzungen in der Gesundheitspolitik dann verändern kann, wenn die Einstellungen der Bevölkerung mit ethischen Kernprinzipien konfrontiert wurden (vgl. Johri et al. 2008). Solche Kernprinzipien wurzeln in der sozialphilosophischen Auseinandersetzung um Gerechtigkeit. Gerechtigkeit ist jedoch schon seit der Antike ein vielschichtiger Begriff. Auf der einen Seite meint Gerechtigkeit (vgl. Höffe 2011, S. 14) eine personale Zuschreibung bzw. Eigenschaft. So hat Platon in seinen ethischen Überlegungen die Gerechtigkeit vor allem als die zentrale „Kardinaltugend“ eines Menschen bestimmt: „Gerecht“ beschreibt hier die Qualität eines individuellen Handelns und/oder individueller Motivlagen (vgl. Hoffmann, 2011). Aristoteles hingegen sieht verschiedene Bezugspunkte einer Gerechtigkeit und erweitert den Begriff auch auf verschiedene Aspekte des sozialen und überindividuellen Zusammenlebens. Dabei hebt er u.a. auch auf die sog. Verteilungsgerechtigkeit (distributive Gerechtigkeit) ab, mithin also auf die Frage, wie zentrale Güter gesellschaftlich verteilt werden sollen. Sollen - holzschnittartig formuliert - gesellschaftliche Güter nach Maßstab einer „Würdigkeit“ zugeordnet werden - wie etwa Aristoteles im fünften Buch seiner Nikomachischen Ethik

betont (vgl. Höffe 2009) - oder gilt die utilitaristische Überzeugung John Stewart Mills, demzufolge die Verteilungsgerechtigkeit vor allem an den gesellschaftlichen Gesamtnutzen zu koppeln ist (vgl. Holzleithner, 2009). Wie immer man „Gerechtigkeit“ in diesem Zusammenhang auch inhaltlich bestimmen mag: Soziale Gerechtigkeit meint grundsätzlich „das höchste normative Prinzip des institutionellen Zusammenlebens des Menschen. Die Gerechtigkeit ist der fundamentale Maßstab und das letzte Kriterium der sozialen Welt: die Gerechtigkeit als Prinzip der Institutionen“ (vgl. Höffe 2011, S. 15). Damit ist Gerechtigkeit eine politische Norm, auf deren Grundlage die Interessens- und Verteilungskonflikte einer Gesellschaft nach Maßgabe bestimmter - als gerecht ausgewiesener - Regeln durchgeführt werden und nicht etwa auf Grund unterschiedlicher Mächtigkeiten. So legen Konzeptionen sozialer Gerechtigkeit nicht nur Ansprüche der Bürger fest, sondern auch Pflichten, die diese bzw. die staatlichen Institutionen zu erfüllen haben. Soziale Gerechtigkeit gilt sozialphilosophisch als unverzichtbarer Bestandteil der politischen Ordnung. Muss sich eine wissenschaftliche Theorie erkenntnistheoretisch am Wahrheitskriterium abarbeiten, so ist - wie Rawls betont - eine demokratisch verfasste Ordnung verpflichtet, sich als sozial gerecht auszuweisen. Anderenfalls verlieren staatliche Organe an Legitimität und laufen Gefahr, die notwendige Loyalität bei der Bevölkerung einzubüßen (vgl. Rawls 2011, S. 19). Was kann aber soziale Gerechtigkeit gegenüber Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bedeuten? Wie lassen sich die notwendigen Investitionen ethisch legitimieren?

Im Kontext der Systemsprenger ist dies aber nur eine wichtige ethische Frage. Ein weiterer Aspekt berührt das Thema der Selbstbestimmung. Psychiatrisches Handeln ist oft zwischen den normativen Fluchtpunkten der Behandlungsbedürftigkeit, der gesellschaftlichen Sicherheitsinteressen und der Bürgerrechten aufgespannt. Der jeweilige Schwerpunkt hängt vermutlich auch davon ab, welche Ausprägung in der jeweiligen gesellschaftlichen Situation normativ favorisiert wird (vgl. Dreßing und Salize 2004). Mit der Ratifizierung der UN Behindertenrechtskonvention (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011) 2006 und den Urteilen des Verfassungsgerichtes etwa zum Maßregelvollzug von 2011 sind aktuell die Bürgerrechte des psychisch erkrankten Menschen stark in den Vordergrund gestellt worden (vgl. Kammeier 2013). So hatte das Verfassungsgericht im März 2011 deutlich gemacht, dass Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie mit erheblichen Eingriffen in zentrale Grundrechte verknüpft sein können, ohne dass die rechtliche Grundlagen als ausreichend betrachtet wurden (vgl. Bundesverfassungsgericht BvR 882/09 vom 23.3.2011, Marschner 2011). Der

Gesetzgeber wurde aufgefordert, den juristischen Rahmen für zwangsbewehrte Eingriffe in der Psychiatrie zu überprüfen und dabei auch den Anforderungen aus der UN BRK gerecht zu werden. Dabei mahnte das Verfassungsgericht im Kern an, die Selbstbestimmung des Patienten zu stärken, alternative Methoden ernsthaft zu prüfen und prozedurale Vorkehrungen zu treffen, um Missbrauch auszuschließen. Auch Patientenverfügungen sollten stärker gewichtet werden, um als „ultima ratio“ nur dann gegen den Willen des Patienten zu handeln, wenn durch die Zwangsmaßnahme eine akute Gefahr für das Leben des betroffenen Menschen abgewendet werden kann. Diese höchste Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung in der Psychiatrie strahlte auch auf die Bewertung bestehender Gesetze zur zivilrechtlichen geschlossenen Unterbringung nach BGB §1906 aus. Im genannten Paragraphen ist die geschlossene Unterbringung im Rahmen der gesetzlichen Betreuung geregelt. Damit sind Erwachsene angesprochen, die der Betreuung unterliegen und gegen ihren Willen behandelt werden sollen. Ziel dieser Behandlung liegt explizit in der Abwendung gesundheitlicher Schädigungen der betroffenen Person. Unter zivilrechtlicher Perspektive stehen damit nicht die Sicherheitsinteressen Dritter im Vordergrund sondern ausschließlich die Gesundheit des unterzubringenden Patienten. Anders als öffentlich-rechtliche Unterbringungen mit dem Anspruch der Gefahrenabwehr gegenüber Dritten nach den jeweiligen Ländergesetzen (PsychKG oder Maßregelvollzug) ist eine zivil- und betreuungsrechtliche Unterbringung nach dem BGB explizit am „Wohl“ der betroffenen Person orientiert. Die Regelungen zur zivilrechtlichen geschlossenen Unterbringung wurden vom Bundesgesetzgeber überprüft und im Januar 2013 neu verabschiedet (vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache17/11513). § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und freiwilliger Gerichtsbarkeit (FamFG) regelt dabei zum einen den Geltungsbereich der Unterbringung und die Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung. Dabei geht der Gesetzgeber davon auf, dass eine Zwangsbehandlung nur innerhalb einer Zwangsunterbringung zulässig ist, also nicht in ambulanten oder offenen Wohnsettings. Zudem mahnt der Gesetzgeber in der Neufassung des BGB §1906, Abs. 2 verschiedene Verfahrensregeln für die Behandlung an, die es zu berücksichtigen gilt: Die durch den gesetzlichen Betreuer zu initiierte und durch das Betreuungsgericht zu legitimierende Unterbringung gilt verfassungsrechtlich dann als legitim, wenn der betreffende Patient auf Grund seiner Erkrankung nicht einsichtsfähig ist, gleichzeitig aber ohne diese Unterbringung einen gravierenden bzw. erheblichen Schaden zu befürchten hätte, der als höheres Rechtsgut

die negativen Konsequenzen der Maßnahme die Selbstbestimmung überwiegt. Dies muss aber ernsthaft überprüft werden. Auch dürfen keine milderen Alternativen zur Verfügung stehen, die die Zwangsbehandlung ersetzen könnten. Desgleichen verlangt der Gesetzgeber, dass zumindest ernsthaft geprüft wird, inwiefern durch intensive ärztliche Gespräche eine Zustimmung der betreffenden Person erwirkt werden kann. Indem sich so der Gesetzgeber bemüht hat, die Selbstbestimmung des psychisch erkrankten Menschen zu stärken, lässt er eine Zwangsbehandlung nur noch als letzte Möglichkeit zu. Bei der Anhörung im Bundestag, hat das Deutsche Institut für Menschenrechte eine Zurückweisung des Gesetzentwurfs empfohlen (vgl. Stellungnahme des Deutschen Institutes für Menschenrechte 2012). Grundsätzlich sei Zwang in der Psychiatrie menschenrechtlich verdächtig und vor dem Hintergrund der UN BRK zurückzuweisen. Stattdessen müsse vielmehr das gesamte Versorgungssystem auf den Prüfstand, weil in den Zwangsbehandlungen das Scheitern der psychiatrischen Hilfe zum Ausdruck käme und weil es menschenrechtlich unzulässig sei, Qualitätsprobleme dadurch zu lösen, dass man den Zwang als letztes Mittel zulasse. Nun scheint es durchaus sinnvoll, die Diskussion über Zwang nicht losgelöst von der Versorgungsqualität zu führen. Und in der Tat spricht einiges dafür, dass hier sowohl pharmakologische als auch strukturelle Weiterentwicklungen vorangetrieben werden müssen, um die Potentiale der medizinischen und sozialpsychiatrischen Hilfen besser auszuschöpfen. Gleichwohl muss es fraglich bleiben, ob so der ethische Konflikt eines Arztes oder eines Psychologen bei „schwierigen“ Patienten im konkreten Alltag ignorieren zu können. Das Beharren auf Selbstbestimmung um jeden Preis bzw. die dogmatische Auslegung der UN BRK erscheint so nicht unbedingt hilfreich, um die Spannung zwischen Selbstbestimmung und Behandlungsbedürftigkeit im Alltag psychiatrischer Kliniken und sozialpsychiatrischer Hilfen sensibel auszutarieren. So liegen zwar Interpretationen der UN Behindertenrechtskonvention vor, die weniger starr sind (vgl. Wunder 2011) und eine eher pragmatische Auslegung mit Blick auf akute Selbst- und Fremdschädigung fordern. Auch lässt sich der Art. 12 der UN BRK durchaus so lesen, dass eine Abwägung der Rechtsgüter in der BRK möglich ist, solange ein Kernbestand geschützt bleibt, der auch durch Dritte im Sinne einer stellvertretenden Entscheidung nicht angetastet werden darf. Dazu gehört etwa das Verbot der Instrumentalisierung psychisch kranker Menschen für Forschungszwecke, das Verbot der Sterilisation sowie Eingriffe, die in die körperliche Unversehrtheit irreversibel und besonders gravierend eingreifen (Marschner 2011). Trotzdem bleibt der Rechtsanspruch auf

Selbstbestimmung – neben der Inklusion - eine zentrale Leitidee der UN BRK, die dadurch eine geradezu perfektionistische Ausprägung bekommt und so eben auf bestimmte ärztliche und sozialpsychiatrische Konfliktsituationen nicht mehr zurückgebunden werden kann. Alle diese Fragestellungen sind fachlich und ethisch sehr komplex angelegt. Insofern wäre es vermessen anzunehmen, sie ließen sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit erschöpfend diskutieren. Gleichwohl aber wird in der Ökonomie und Sozialphilosophie eine Theorieperspektive diskutiert, die sich möglicherweise als fruchtbar erweisen kann, um die oben angerissenen ethischen Fragestellungen in einer Rahmentheorie zusammenzuführen. Diese Theorieperspektive hat sich international unter dem Namen des sog. Capability-approach etabliert. Dieser Ansatz, der im Folgenden in der deutschen Übersetzung als Befähigungsansatz bezeichnet wird, hat sich aus der Kritik an den Überlegungen John Rawls zu den Gerechtigkeitsprinzipien in einer demokratisch-liberalen Gesellschaft entwickelt und ist von dem indischen Ökonomen Amartya Sen und der amerikanischen Rechtsphilosophin Martha Nussbaum grundlegend konzipiert worden. In der Konzeption von Sen ist der Befähigungsansatz eine Rahmenkonzeption empirisch ausgerichteter Sozialwissenschaft, die sich insbesondere in der internationalen Armutsforschung etablieren konnte (vgl. Knecht 2010). In der Variante von Nussbaum wird hingegen ein besonderer Akzent auf ethische Überlegungen gelegt, die sie gerade auch mit Blick auf Menschen mit schweren Beeinträchtigungen entwickelt hat. Der Befähigungsansatz wird in Deutschland aktuell zunehmend in gesundheits- und sozialarbeitswissenschaftlichen Kontexten intensiv diskutiert (vgl. Schröter 2007, Ziegler 2011, Röh 2013). In der Psychiatrie hingegen gibt es derzeit allenfalls sporadisch Bezüge zu den Ideen Sens und Nussbaums (vgl. Hopper 2007, Tetzer 2012, Simon 2013). In der Diskussion soll der Befähigungsansatz in seinen Kernaussagen vorgestellt werden. Entscheidend ist dabei die Frage, ob der Befähigungsansatz eine ethische Rahmenkonzeption psychiatrischen Handelns sein kann, innerhalb dessen entscheidende ethische Fragestellungen zum Umgang mit „schwierigen“ Patienten fruchtbar reflektiert werden können. Da der Befähigungsansatz im Wesentlichen auf der Abgrenzung zu zentralen Überlegungen John Rawls` beruht, sollen zunächst dessen Kernaussagen vorgestellt werden. Anschließend werden die Überlegungen Amartya Sens und Martha Nussbaums herausgearbeitet und auf die ethischen Fragestellungen im Kontext des vorliegenden Themas bezogen.

2. Empirische Analyse

2.1 Zentrale Fragestellungen:

Ein zentrales Ziel der vorliegenden Voruntersuchung war es, ausgewählte Strukturdaten der geschlossenen Wohnheime nach §1906 und §53 ff SGB - XII in Mecklenburg Vorpommern zu sammeln, um eine erste Analyse der aktuellen Versorgungssituation auf deskriptiver Ebene durchzuführen und daraus weitere Forschungsfragen bzw. Forschungshypothesen für eine optimierte Versorgung abzuleiten und zu präzisieren. Folgende zentrale Fragestellungen waren dabei leitend:

- Wie viel Plätze geschlossener Wohnheime gibt es in Mecklenburg-Vorpommern?
- Wie ist das Patientenprofil geschlossener Wohnheime?
- Wie sind die institutionellen Zugänge und Abgänge?
- Wie ist die Anbindung an die ärztliche Versorgung?
- Wie ist die personelle Ausstattung in den Wohnheimen?
- Wie ließe sich die Qualität der Versorgung verbessern?

Aufbauend auf den Vorarbeiten zu den sog. „Systemsprengern“ (vgl. Freyberger et al. 2004) wurde im dritten und vierten Quartal des Jahres 2011 eine quantitative Versorgungsstrukturerhebung durchgeführt. Insgesamt wurden zehn Leistungsanbieter geschlossener Wohnheime der Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern befragt (Stand 2010). Die Daten wurden durch einen schriftlichen Erfassungsbogen ermittelt (vgl. Anhang 1), der von den Befragten selbständig ausgefüllt wurde. Ergänzt wurde diese Institutionsbefragung durch eine qualitative Studie, in der die individuellen Perspektiven zentraler Akteure der Versorgung abgebildet werden sollten. Zu diesem Zweck wurden leitliniengestützte Experteninterviews mit drei Vertretern der Kliniken (drei Oberärzte und ein Klinischer Direktor), drei gesetzlichen Betreuer sowie vier Leitern von Einrichtungen geschlossener Wohnformen vorgenommen. Der inhaltliche Fokus dieser Interviews sollte vor allem auf den Steuerungsprozessen liegen. Konkret ging es dabei um folgende Fragen:

- Wie bewerten die Experten die institutionellen Übergänge neuer Bewohner in die geschlossenen Wohnheime? Wie bewerten die Experten die Übergänge aus den geschlossenen Wohnheimen?
- Wie bewerten die Experten die Strukturqualität geschlossener Wohnheime? Ist die Qualität geeignet, um die Verweildauer so gering wie möglich zu halten?

- Welche alternativen Versorgungsformen könnten geeignet sein, um die Nachfrage nach Plätzen in geschlossenen Wohnheimen zu reduzieren?

Grundsätzlich war es nicht der Anspruch, aus den qualitativ erhobenen Aussagen repräsentative Erkenntnisse abzuleiten. Das wäre auch schon deshalb problematisch, weil die einzelnen Akteure in ganz unterschiedlichen Regionen und somit in ganz unterschiedlichen Strukturen eingebettet sind. Ziel war es vielmehr, weitere Hypothesen zur Steuerung der Zu- und Übergänge zu generieren und zur fachlichen Diskussion zu stellen.

2.2. Methoden

2.2.1 Quantitative Befragung

Für die quantitative Befragung der Einrichtungen wurde in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe „Geschlossene Wohnformen“ des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V. ein umfangreicher Fragebogen entwickelt, in dem u.a. folgende Bereiche erfasst wurden:

- Leistungsangebot der Einrichtung sowie Parameter der Inanspruchnahme,
- Patientenprofil,
- Zugänge neuer Bewohner und Nachsorge,
- ärztliche Versorgung und Krisenintervention,
- Personalstruktur,
- Veränderungswünsche.

Nach der Konzeption des Fragebogens wurde er im Sommer 2011 an alle geschlossenen Wohnheimen für Menschen mit psychischen Erkrankungen verschickt. Bis auf eine Einrichtung, die trotz verschiedener Nachfragen nicht antwortete, nahmen 10 Institutionen an der Befragung teil. Bei der Auswertung der jeweiligen Fragestellungen muss aber berücksichtigt werden, dass nicht immer alle Fragen von allen Einrichtungen beantwortet worden sind. So hatte ein Heim erst im Frühjahr 2011 eröffnet. Da die quantitative Befragung im Sommer 2011 durchgeführt wurde und sich insbesondere bei der Erhebung des Patientenprofils (Alter, geschlechtliche Verteilung, Diagnosen), der institutionellen Zu- und Abgänge, den Anträgen auf einen freien Platz sowie der ärztlichen Versorgung auf den Patientenstamm des Jahres 2010 bezog, konnten in die Auswertung grundsätzlich nur die Informationen von neun Wohnheimen einbezogen werden. Darüberhinaus wurden auch nicht immer alle Fragen des Fragebogens komplett beantwortet. Bezogen sich die Fragen auf die Struktur der Einrichtungen wurde ein gewählter Stichtag (31.5.2011) festgesetzt. Zu diesem

Fragenkomplex konnten prinzipiell alle Einrichtungen antworten. Die Daten wurden als deskriptive Daten mit Excel bearbeitet.

2.2.2 Qualitative Befragung

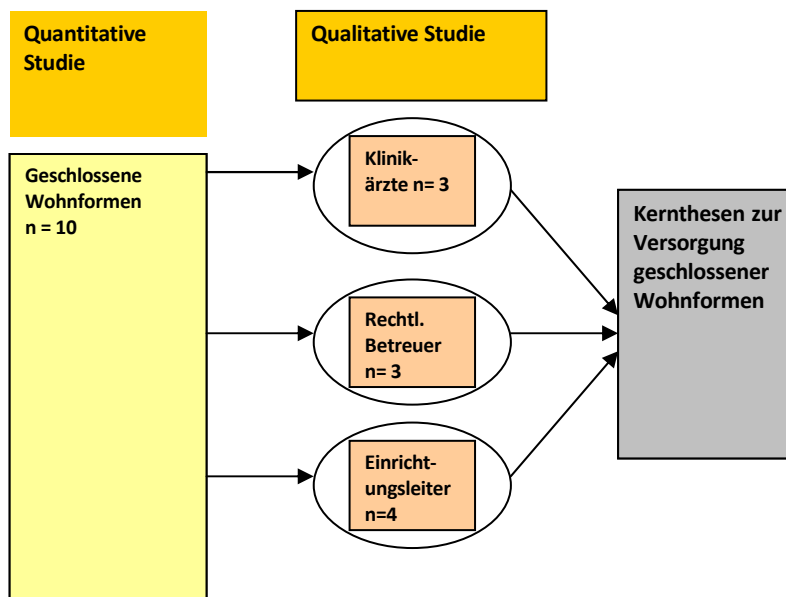
Die Auswahl der Experten in der qualitativen Studie begründete sich dadurch, dass die Fachärzte aus den Kliniken, die Betreuer und natürlich die Leiter der geschlossenen Wohnheimen für die Gestaltung der Zu- und Übergänge in die geschlossenen Wohnheime als maßgeblich angesehen wurden. Es wurden auch zwei Interviews mit Betroffenen geführt. Allerdings gab es keine Genehmigung, die Gespräche aufzunehmen und zu verwenden. Das ist insofern bedauerlich, weil dadurch eine ganz zentrale Perspektive auf die Qualität und Versorgungsstruktur geschlossener Wohnformen fehlt. Auch seitens kommunaler Vertreter (als Leistungsträger) wurde eine Mitwirkung abgelehnt.

Methodisch wurde die qualitative Studie als leitfadengestütztes Experteninterview konzipiert. In der Literatur wird der Wert von Experteninterviews deshalb hoch eingeschätzt, weil sie nicht nur technisches Wissen generieren, sondern zudem auch Aufschluss über interne und tatsächliche Handlungsabläufe der jeweiligen Institutionen geben können (vgl. Meusser et al. 1991, Flick 2002). Experteninterviews beziehen sich konzeptionell „auf klar definierte Wirklichkeitsausschnitte, darüber hinausgehende Erfahrungen, vor allem solcher privater Art, bleiben ausgespart. In ExpertInneninterviews fragen wir nicht nach individuellen Biographien, untersuchen wir keine Einzelfälle, sondern wir sprechen die ExpertInnen als RepräsentantInnen einer Organisation oder Institution an, insofern sie die Problemlösungen und Entscheidungsstrukturen (re)präsentieren.“ (Meusser et al. 1991, S.442) Dabei grenzt sich das Experteninterview von einer qualitativen Befragung einer gesondert gekennzeichneten sozialen Gruppe deutlich ab. Denn dem Experten wird eben nicht nur ein spezifisches Niveau an Fachlichkeit zugeordnet, sondern auch ein bestimmtes Maß an Mächtigkeit: „Das Wissen des Experten, seine Handlungsorientierung, Relevanzen, usw. weisen zudem[...] die Chance auf, in der Praxis, in einem bestimmten organisationalen Funktionskontext hegemonial zu werden, d.h. der Experte besitzt die Möglichkeit zur (zumindest partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. Indem das Wissen des Experten praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem Aktionsfeld in relevanter Weise mit.“ (Bogner et al. 2002, S. 46). Bei der Auswahl der Experten wurde Wert darauf gelegt, dass sie

nicht nur den urbanen Bereich des Landes abbilden (also Rostock und Schwerin), sondern auch in ländlichen Regionen angesiedelt sind.

Auf der Grundlage dieser Fragestellungen wurde ein grober Leitfaden erstellt, der das Gespräch strukturieren sollte. Die Befragungen wurden vor Ort durchgeführt. Drei Gespräche wurden als Telefoninterview geführt. Die Interviews wurden anschließend aufgenommen und transkribiert. Nach den vorgegebenen Kategorien wurden die transkribierten Aussagen inhaltsanalytisch kategorisiert und dadurch relevante Informationen herausgearbeitet. Einige Abschnitte wurden paraphrasiert und nach thematischer Relevanz systematisch geordnet, während andere Interviewpassagen als Zitate herausgeschnitten und entsprechend interpretiert wurden (vgl. Flick 2002; Mayer 2004). Die Interviews fanden im Sommer 2012 statt und hatten jeweils eine Dauer von 30-60 Minuten.

Abb.1: Studiendesign im Überblick



3. Zentrale Ergebnisse:

3.1. Ergebnisse der quantitativen Studie

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es nicht möglich war, alle Anbieter geschlossener Wohnheime einzubinden. In der vorliegenden Untersuchung gaben zwar die neun befragten Einrichtungen an, dass sie im Befragungsjahr 2010 über 113 geschlossene Plätze verfügten. Trotzdem bildet diese Zahl nicht die Gesamtheit der tatsächlichen Plätze ab. Dies liegt insbesondere daran, dass es in Mecklenburg-Vorpommern nicht nur spezialisierte

Einrichtungen der Sozialpsychiatrie gibt, die geschlossene Plätze für psychisch stark beeinträchtigte Menschen anbieten. Im Zuge der Untersuchung wurde deutlich, dass in Einzelfällen auch Einrichtungen einer konzeptionell geriatrisch ausgerichteten Pflege Patienten unter 65 Jahren mit einem zivilrechtlichen Unterbringungsbeschluss betreuen, obwohl das Einrichtungsprofil kaum sozialpsychiatrisch geschärft ist. Da die Landkreise als Kostenträger ihre Teilnahme an der Untersuchung verweigerten, kann aktuell auch nicht bestimmt werden, wie viele Menschen zudem außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns geschlossen untergebracht werden. Tatsache ist allerdings, dass 2011 11 Plätze im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte hinzugekommen sind und 2014 22 Plätze im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Für 2014 kann davon ausgegangen werden, dass in Mecklenburg-Vorpommern für Menschen mit psychischen Erkrankungen nach SGB-XII rund 150 geschlossene Plätze zur Verfügung standen. Gemessen an der Einwohnerzahl Mecklenburg-Vorpommern kommt somit auf 10 000 Einwohner etwa ein geschlossener Platz. Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Bundesländern gibt es nicht.

3.1.1. Geographische Verteilung der Einrichtungen

Abbildung 1 gibt die Verteilung der 10 Einrichtungen im Bundesland Mecklenburg – Vorpommern wieder, in denen 2010 insgesamt 167 Patienten betreut wurden. Entgegen dem sozialpsychiatrischen Anliegen einer gemeindenahen Versorgung stellt sich die geographische Verteilung der Einrichtungen ausgesprochen heterogen dar. So gibt es einige Regionen, in denen kein Angebot vorgehalten wird. Für die kommunalen Gebietskörperschaften in Mecklenburg - Vorpommern sich folgendes Bild:

Abb. 2: Regionale Verteilung der geschlossenen Wohnformen in Mecklenburg - Vorpommern nach Plätzen pro Gebietskörperschaft und bezogen auf die Einwohnerzahl (Stichtag: 31.12.2010)

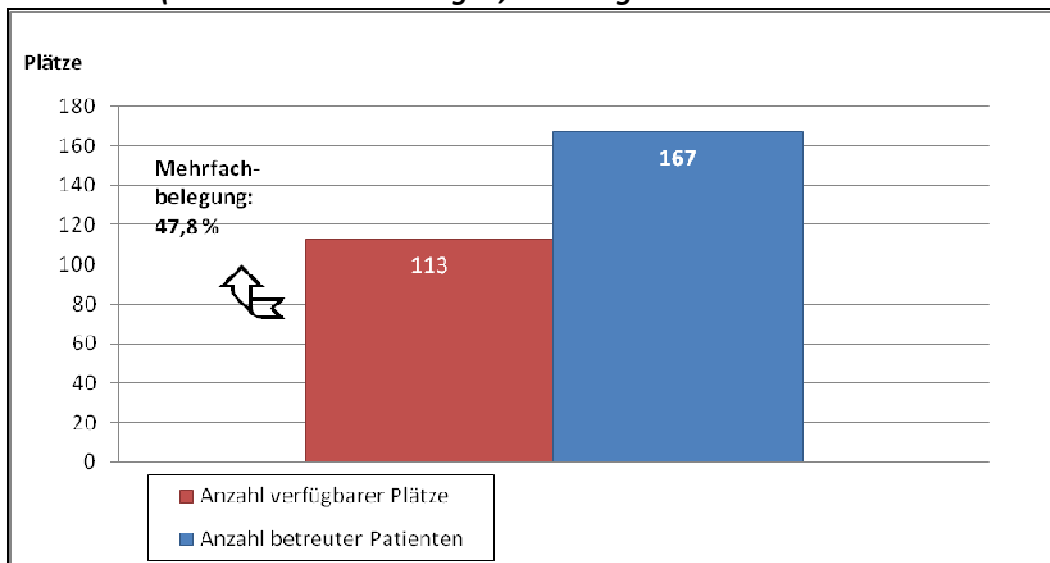
Landkreis / Stadt	Plätze	Einwohner 2010 / pro 100.000
Rostock	8	202.735 4 Plätze pro 100 000
Landkreis Rostock	19	216.189 9 Plätze pro 100 000
Mecklenburgische Seenplatte	7 (ab 2011 plus 11 Plätze in Waren)	272.922 2.5 Plätze pro 100 000
Ludwigslust - Parchim	23	218.362 10.5 Plätze pro 100 000
Vorpommern - Rügen	38	230.743 16.5 Plätze pro 100 000
Vorpommern - Greifswald	8	245.733 3 Plätze pro 100 000
Schwerin	0	95.200
Nordwestmecklenburg	10	160.423 6 Plätze pro 100 000

Die geschlossenen Wohnformen finden sich in ganz Mecklenburg - Vorpommern verteilt, und zwar mit Ausnahme der Stadt Schwerin. Dabei schwankt die Platzzahl von Region zu Region sehr deutlich. Während im Landkreis Vorpommern - Rügen 16,5 Plätze auf 100 000 Einwohner vorgehalten werden, sind es in der Hansestadt Rostock vier Plätze.

3.1.2. Auslastung und Kapazität der Einrichtungen

Die durchschnittliche prozentuale Auslastung der geschlossenen Plätze (vgl. Abb. 3) betrug im Jahre 2010 99,4%. Dabei zeigten sich keine Ausreißer. Alle Werte schwanken leicht um den 100% Bereich und nehmen Werte zwischen 95% und 105% an. Unter Berücksichtigung des bereitgestellten Platzvolumens stellt sich die Situation in den Einrichtungen unterschiedlich dar. Insgesamt standen im Jahre **2010** in den zu der Zeit vorhandenen neun Einrichtungen **113 Plätze** zur Verfügung. Dabei schwankte die Anzahl der Plätze je nach Anbieter zwischen 7 und 20. Dies entspricht einer durchschnittlich vorgehaltenen Platzzahl in Höhe von 12,6 je Einrichtung.

Abb.3: Versorgungsvolumen: Auslastung und Mehrfachbelegung der Einrichtungen in M-V in absoluten Zahlen (n=9 von 10 Einrichtungen, Erhebungszeitraum 1.1.2010 – 31.12.2010)



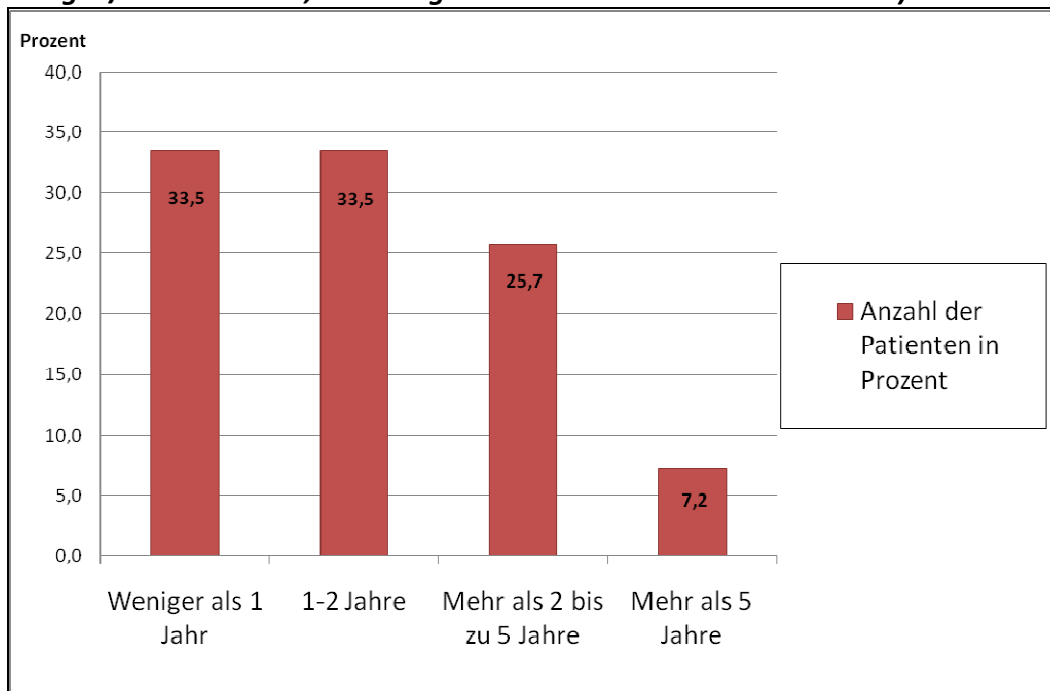
Innerhalb der Einrichtungen wurden in dem Jahr 2010 insgesamt 167 Patienten versorgt, wobei die Anzahl der versorgten Patienten je nach Einrichtung von 10 bis 33 variierte. Damit wurden durchschnittlich 18,6 Patienten je Einrichtung versorgt. Von den insgesamt 113 vorgehaltenen Plätzen waren somit 47,8% (also knapp die Hälfte) und demgemäß 54 Plätze mehrfach belegt. Das bedeutet, dass durchschnittlich 6 Plätze je Einrichtung mehrfach belegt wurden. Schlüsselst man dies entsprechend der Einrichtungen auf, so entspricht dies einem absoluten Volumen zwischen 0 und maximal 13 mehrfach belegten Plätzen. Die prozentualen Mehrfachbelegungen nahmen Extremwerte zwischen 0% und 113% an. Anders ausgedrückt: Es gab auf der einen Seite eine Einrichtung, in der die Anzahl betreuter Patienten mit den zur Verfügung stehenden Plätzen übereinstimmte, auf der anderen Seite war ein Fall vorhanden, in dem die Anzahl versorgter Personen die Platzzahl um mehr als das Doppelte überstieg.

3.1.3. Patientenprofil

3.1.3.1. Verweildauer

Die mittlere Verweildauer der sich im Zeitraum vom 01.01.2006 bis zum 31.12.2010 in den Einrichtungen befindlichen Patienten betrug über alle Einrichtungen hinweg 83,6 Wochen und dementsprechend etwas mehr als 1,5 Jahre (vgl. Abb.4).

Abb. 4: Verweildauer einzelner Patienten nach Jahren in Prozent (n=9 von 10 Einrichtungen/167 Patienten, Erhebungszeitraum 01.01.2010 – 31.12.2010)



Dabei gibt es eine große Streuung zwischen den einzelnen Einrichtungen. Das Minimum betrug 40 Wochen und damit etwa ein dreiviertel Jahr, der maximale Wert nahm eine Größe von 208 Wochen, also umgerechnet vier Jahre an. Somit betrug die Varianz 168 Wochen, also 3,2 Jahre. Bei Unterteilung der im Jahr 2010 versorgten Patienten nach Unterbringungsdauer zeigt sich, dass einrichtungübergreifend bis zum erfragten Zeitpunkt ein Drittel der Patienten eine mittlere Verweildauer von weniger als einem Jahr sowie ein weiteres Drittel von ein bis zwei Jahren hatten. Ein Viertel war durchschnittlich mehr als zwei bis zu fünf Jahre untergebracht. Die übrigen gut 7% hatten eine mittlere Verweildauer von mehr als fünf Jahren. Betrachtet man die einrichtungsinterne Aufschlüsselung, so zeigen die Werte große Varianzen. So gibt es eine Einrichtung (Rostock), deren im Jahre 2010 versorgte Patienten flächendeckend weniger als zwei Jahre untergebracht waren, darunter 75% weniger als ein Jahr. Eine andere Einrichtung hingegen hatte beispielsweise alle Patienten länger als zwei Jahre untergebracht. Aufgrund der zeitlichen Momentaufnahme ist es jedoch nur bedingt möglich, hieraus belastbare Rückschlüsse zu ziehen. Da die Berechnung der Verweildauer auch im Falle des über den 31.12.2010 hinausgehenden Verbleibs letzteren als Endzeitpunkt definiert und längere Inanspruchnahmen nicht berücksichtigt werden, ist das Kriterium empirisch nicht unanfechtbar. So kann es - theoretisch jedenfalls - darüber hinaus auch sein, dass sich die Patientengruppe aus jüngst aufgenommen Personen zusammensetzt oder dass

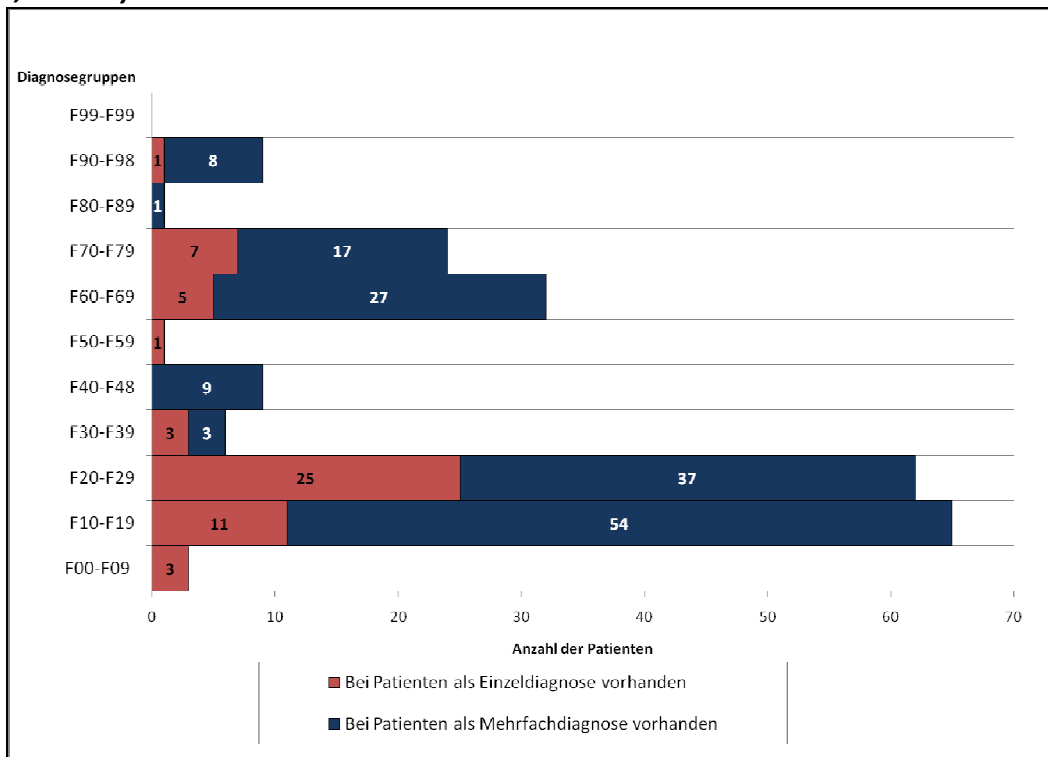
der berücksichtigte Personenkreis nicht den durchschnittlichen Verweildauern der Vorgängerjahre entspricht. Da es sich dabei allenfalls um eine geringe Zahl handeln würde, dürften die Tendenzen davon jedoch unberührt bleiben. Eine bivariate Überprüfung der Patienten anhand der Parameter Geschlecht und Alter erbrachte keine signifikanten und belastbaren Ergebnisse. Dass die Verweildauer in Verbindung mit den Störungsbildern zu bringen ist, drängt sich natürlich auf. Und in der Tat ergaben sich diesbezüglich in der bivariaten Analyse einige signifikante Zusammenhänge: So zeigten sich Einrichtungen mit einer tendenziell geringen Verweildauer deutlich mehr von Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen geprägt als Einrichtungen mit einer mittleren und längeren Betreuungszeit. Hier dominierten eher Symptome aus dem schizophrenen Störungskreis ($r=0.7$). Bei aller Problematik der vorliegenden Daten: Sollte sich dieser Hinweis im Rahmen einer zukünftigen patientenbezogenen (!) Datenerhebung und -auswertung tatsächlich bestätigen, bliebe die Frage im Raum, welcher Zusammenhang zwischen Störungsbildern und Verweildauer besteht. Sind die jeweiligen Störungsbilder als Prädiktoren für Verweildauer tatsächlich allein tragfähig oder ist das sozialpsychiatrische Versorgungsmodul bei bestimmten Störungsbildern passgenauer als bei anderen?

3.1.3.2. Diagnosen (ICD-10)

Insgesamt zeigt sich, dass der überwiegende Teil der betreuten Patienten ein komorbides Krankheitsbild aufwies. So nahmen die Einzeldiagnosen im Vergleich zu den Mehrfachdiagnosen ($n=156$) einen Umfang von etwa einem Viertel ($n=56$) unter den insgesamt verzeichneten Primärdiagnosen ein. Prozentual gerechnet stehen somit 26.5% Einzeldiagnosen 73.5% Mehrfachdiagnosen gegenüber. In die folgende Auswertung flossen nur sieben Einrichtungen ein, da drei Einrichtungen die Diagnosen nicht ausfüllten. Diagnosen der Gruppen F10-F19 sowie F20-F29 waren mit großem Abstand am häufigsten vertreten. Deutlich mehr als die Hälfte aller Diagnosen (59,9%) wurden damit den Kategorien „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (30,7%) und „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (29,2%) zugeordnet. Daneben konnten mit den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) sowie den Intelligenzstörungen (F70-F79) zwei weitere wesentliche Diagnosegruppen ausfindig gemacht werden. Mehr als jede 6. Diagnose (15,1%) konnte der Diagnosegruppe F60-F69 zugeschrieben werden, knapp jede 9. (11,3%) der Gruppe der Intelligenzstörung. Die übrigen Klassifizierungen traten

verhältnismäßig selten auf und nahmen einen Prozentrang zwischen 4,2% und 0,5% ein. Im Konkreten betrifft dies: „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F90-F98) sowie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40-F48) mit jeweils 4,2%, „Affektive Störungen“ (F30-F39) mit 2,8%, „Organische einschl. symptomatischer psychischer Störungen“ (F00-F09) mit 1,4% und jeweils 0,5% bei „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50-F59) und „Entwicklungsstörungen“ (F80-F89).

Abb. 5: Diagnosegruppen in absoluten Zahlen der Patienten (n=7 von 10 Einrichtungen /137 Patienten, Erhebungszeitraum 1.1.2010 - 31.12.2010) nach Einzel- und Mehrfachdiagnose (F 10-F99, ICD 10)

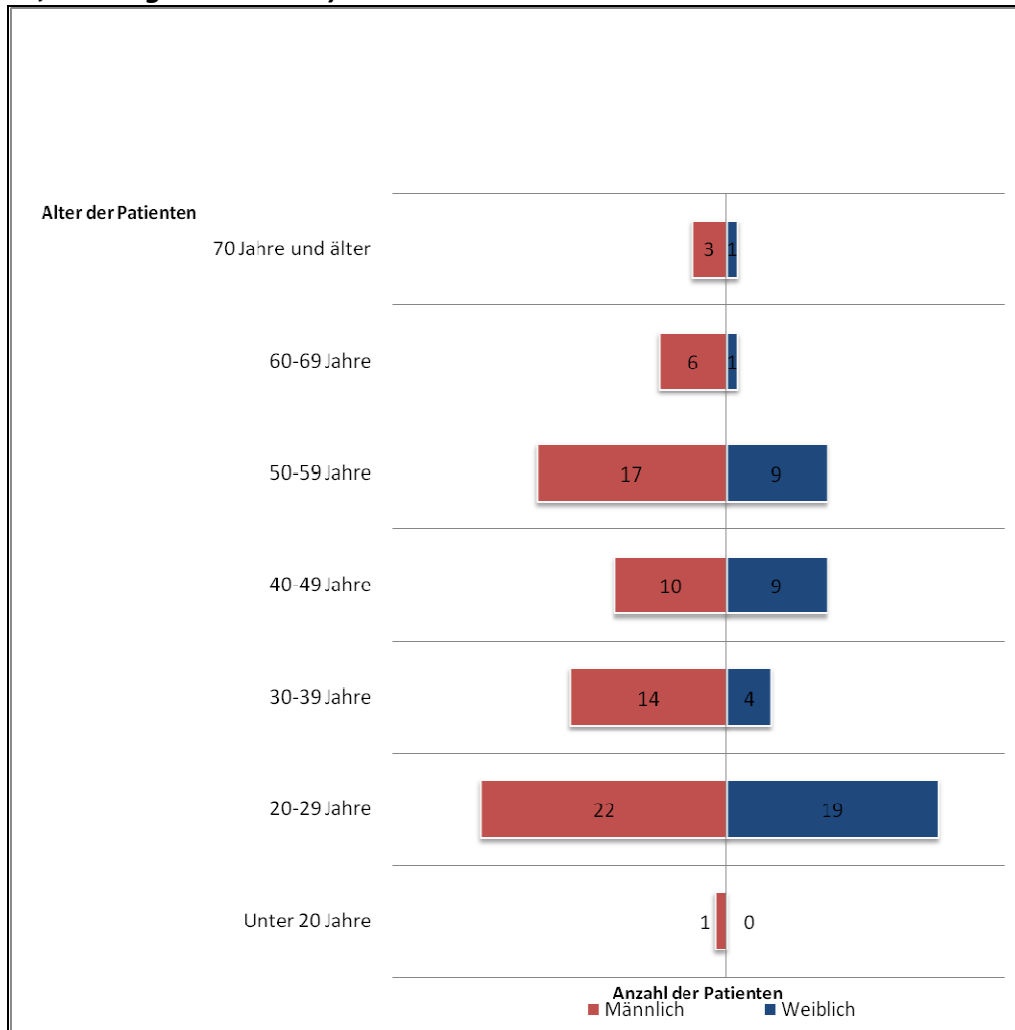


Die Ergebnisse überraschen in der Tendenz wohl kaum: Patienten geschlossener Wohnheime weisen überwiegend komorbide Störungsmuster auf, wobei insbesondere die Erkrankungsbilder aus dem schizophrenen Formenkreis in Kombination mit Suchterkrankungen im Gesamtbild deutlich dominieren. Aber auch Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderungen prägen das Bild. Hier wäre es sicherlich erhellend, in einer weiteren Arbeit die Daten patientenbezogen zu erheben, auch um belastbarere Zusammenhänge zwischen Störungsbildern, Zugängen, Verweildauer und entsprechenden Abgängen zu eruieren.

3.1.3.3. Geschlecht und Alter

Unter den 116 zum Zeitpunkt der 31.05.2011 versorgten Patienten befanden sich mehr Männer als Frauen. Das Geschlechterverhältnis betrug etwa sechs zu vier (m:w). In absoluten Zahlen ausgedrückt standen damit 73 Männern 43 Frauen gegenüber.

Abb. 6: Alterstruktur der Patienten in zehn geschlossenen Wohnheimen Mecklenburg - Vorpommern in absoluten Zahlen und nach Geschlecht (n=9 von 10 Einrichtungen/116 Patienten, Stichtag: 31.05.2011)



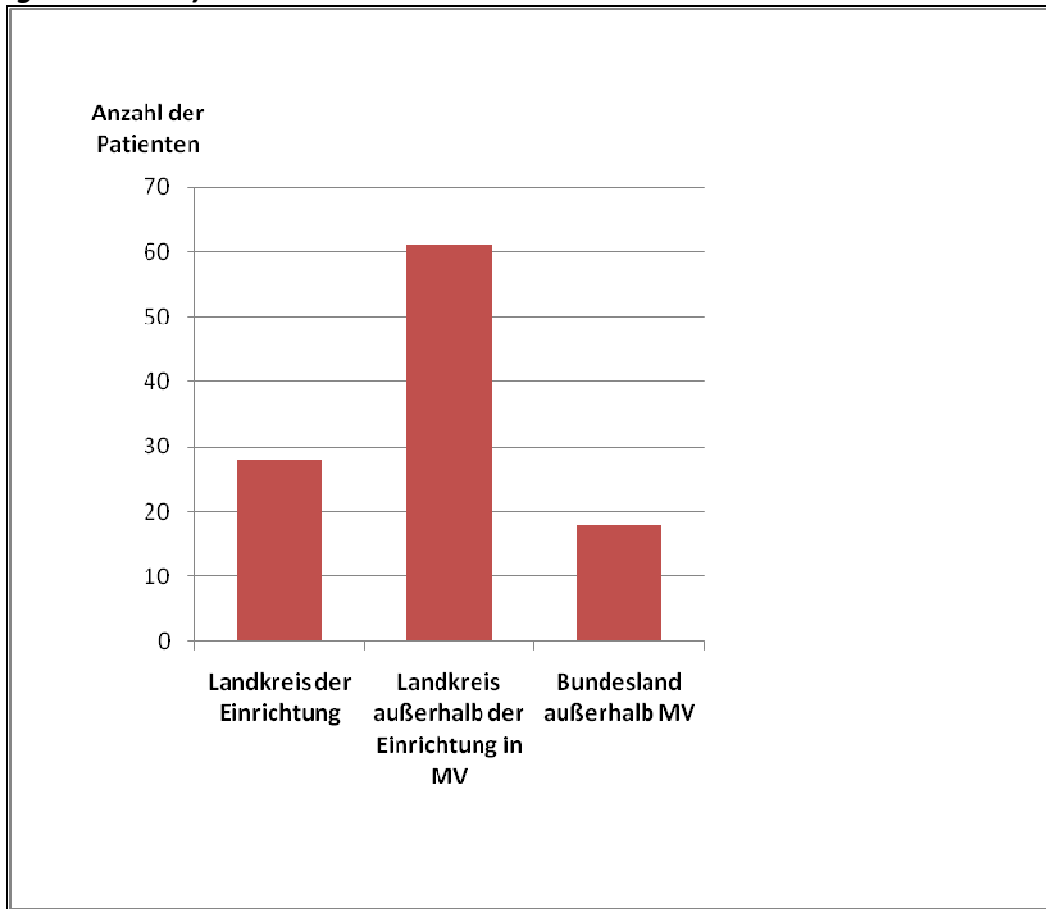
Geschlechterübergreifend zeigt sich, dass nahezu 90% den Alterskategorien 20-59 Jahre zugehörig waren (vgl. Abb. 6). Mit 35,3% stammte dabei mehr als ein Drittel aus der Altersgruppe der 20-29jährigen. Diese Patientenkohorte war damit die am häufigsten vertretene Altersgruppe. Etwas mehr als ein Fünftel (22,4%) war 50-59 Jahre alt. 15,5 % war 30-39 Jahre alt und 16,4 % zählten zu den 40-49jährigen. Nur ca. jede 10. Person lässt sich den übrigen Kategorien zuordnen, war also jünger als 20 Jahre bzw. 60 Jahre und älter. Der gleiche Trend zeigt sich nach geschlechterspezifischer Aufschlüsselung. Hier war ein Großteil der Männer

dem Altersbereich von 20-59 Jahren zuzuordnen. Es fällt auf, dass bei den Frauen eine Altersgruppe (20-29 Jahre) dominierte. So lassen sich 44,2% der Frauen dieser Kategorie zuordnen. Mit Ausnahme dieser Gruppe waren die Frauen - in absoluten Zahlen betrachtet - in jeder Altersgruppe seltener als die Männer vertreten. Der durchschnittliche Anteil der Frauen gegenüber den Männern betrug 36,1%.

3.1.3.4. Wohnsitz

Nimmt man den eingetragenen Wohnsitz vor der Einweisung als Bezugspunkt, stellt sich die Wohnsitzstruktur der zum 31.05.2011 versorgten Patienten wie folgt dar (vgl. Abb.7). 28 Patienten (26,2%) stammten aus dem Landkreis der Einrichtung, in der sie zu diesem Zeitpunkt versorgt wurden. Mit 61 Patienten (57%) hatte der weitaus größere Teil seinen vor der Einweisung eingetragenen Wohnsitz in einem Landkreis innerhalb von Mecklenburg - Vorpommern, aber außerhalb desjenigen, in dem sich die Einrichtung befindet. 18 Patienten (16,8%) hatten vor der Einweisung einen Wohnsitz in einem Bundesland außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern. Folgt man dem zentralen Grundsatz der Psychiatrie-Enquête, nämlich der gemeindenahen Betreuung, dann wird deutlich, dass dieser Grundsatz in Mecklenburg - Vorpommern nur von geringer Praxisrelevanz ist. Lediglich ein Viertel der Patienten in den geschlossenen Einrichtungen kommt aus der jeweiligen Region und ist gemeindenah versorgt! Über die Hälfte kommt aus einem anderen Landkreis Mecklenburg - Vorpommerns. Jeder sechste Patient kommt sogar aus einem anderen Bundesland.

Abb.7: Eingetragener Wohnsitz der Patienten vor der Aufnahme in die geschlossene Wohnform nach Landkreis der Einrichtung, außerhalb des Landkreises M-V und anderes Bundesland außerhalb M-V in absoluten Zahlen (n=9 von 10 Einrichtungen/107 Patienten, Stichtag: 31.05.2011)

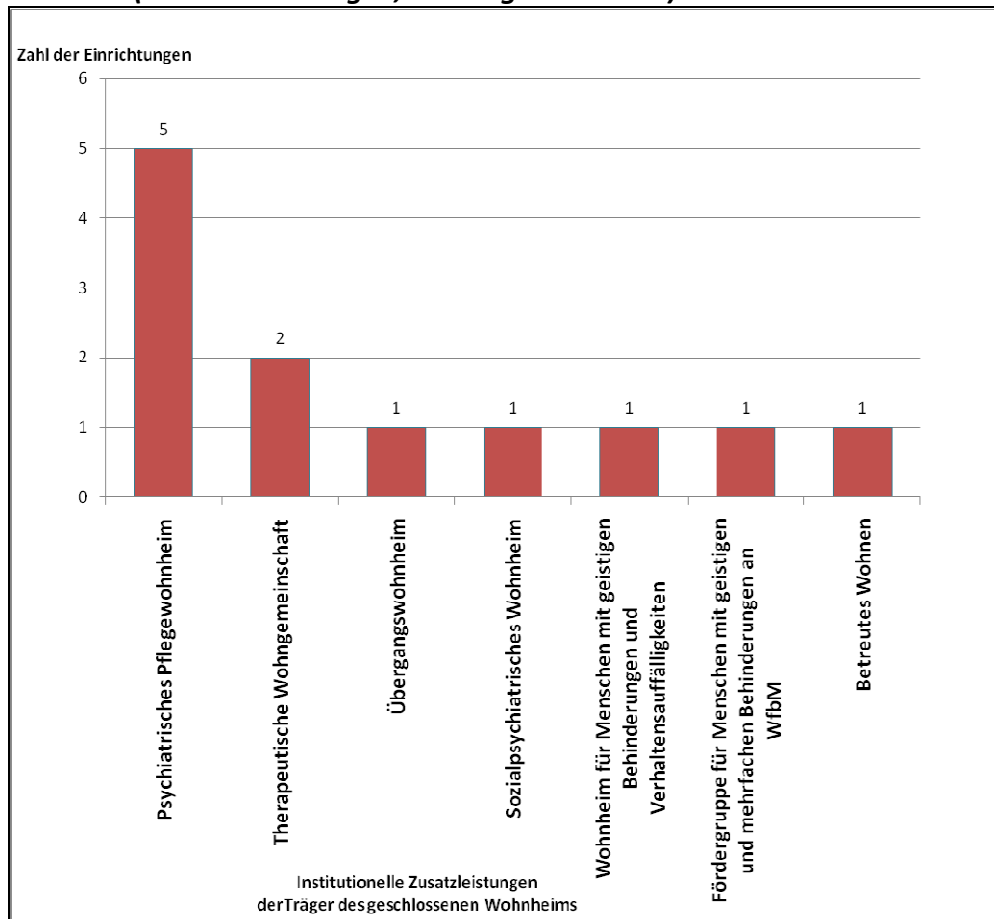


3.1.4. Zusatzleistungen: extern - intern

Bei der Erhebung der Zusatzleistungen ging es darum zu erfahren, ob die Anbieter intern oder extern zusätzliche Angebote bereithalten, um die Betreuung so möglicherweise flexibel handhaben zu können (vgl. Abb.8) Von den zehn befragten Einrichtungen boten acht Anbieter im gleichen Gebäudekomplex auch andere Leistungstypen der sozialpsychiatrischen und/oder der gerontopsychiatrischen Versorgung an. Den Schwerpunkt bildete dabei das Angebot des psychiatrischen Pflerghwohnheims, das in der Hälfte der befragten Einrichtungen zusätzlich offeriert wurde. Darüber hinaus stellten zusätzliche derartige Angebote jedoch nur eine Ausnahme dar und wurden lediglich in vereinzelt Fällen bereitgehalten: darunter zweimal eine therapeutische Wohngemeinschaft und jeweils in einem Fall ein Übergangswohnheim, ein sozialpsychiatrisches Wohnheim, ein Wohnheim für Menschen mit geistigen Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten, eine Fördergruppe für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen an Werkstätten für Menschen mit Behinderungen sowie ein

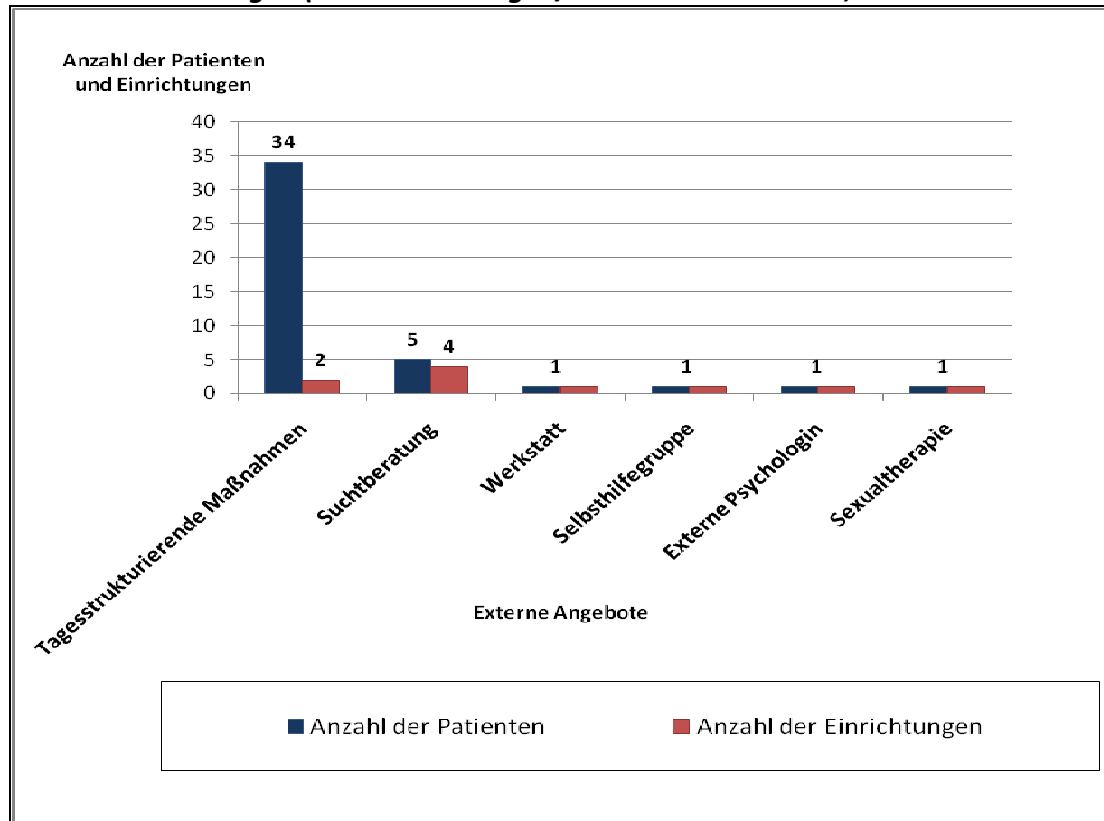
betreutes Wohnen. Das Modul einer Tagesstätte wurde in diesem Kontext nicht aufgeführt. Die Zusatzleistungen verteilten sich dabei wie folgt: Während fünf Anbieter nur ein einzelnes Angebot bereitstellten, wurden von den anderen fünf befragten Einrichtungen jeweils zwei Angebote zur Verfügung gestellt.

Abb.8: Institutionelle Zusatzleistungen der Träger der geschlossenen Wohnheime in absoluten Zahlen (n=10 Einrichtungen, Stichtag 31.05.2011)



Von den neun bereits im Jahre 2010 bestehenden Einrichtungen gaben vier an, dass ihre Patienten auch Leistungen außerhalb der Einrichtung bzw. des Einrichtungskomplexes in Anspruch nahmen. Dabei überwogen die tagesstrukturierenden Maßnahmen (34 Patienten). Da alle diese Patienten aus zwei Einrichtungen kamen, liegt die Vermutung nahe, dass es sich um eine konzeptionelle und verbindliche Angebotsstruktur der beiden Einrichtungen handelt. Aus anderen Einrichtungen machten aber nur verhältnismäßig wenige Patienten von dieser Möglichkeit Gebrauch. Es waren sonst eher einzelne Patienten, die Unterstützung bei der Suchtberatung suchten, in der Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt waren oder Unterstützung bei der Selbsthilfe, bei Psychologen oder Sexualtherapeuten in Anspruch nahmen.

Abb.9: Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen außerhalb der Einrichtung in absoluten Zahlen der Einrichtungen (n= 9 Einrichtungen/49 von 107 Patienten, 1.1.2010 - 31.12.2010)



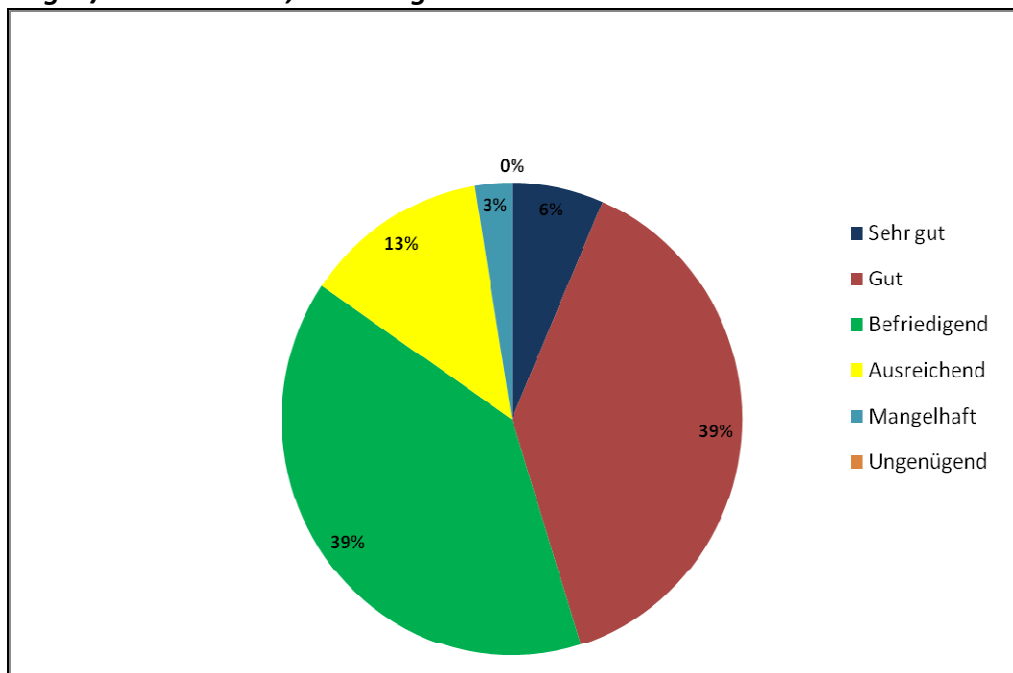
Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die meisten Einrichtungen Zusatzangebote bereithalten und somit zumindest innerhalb der Institutionen die Möglichkeit haben, die Betreuung etwas zu flexibilisieren. Von den Möglichkeiten, auf externe Ressourcen zurückzugreifen, wird nur wenig Gebrauch gemacht: Letztlich sind es vier von neun Einrichtungen, deren Patienten (43 von 87 Patienten der vier Einrichtungen) 2010 auch Angebote außerhalb der Einrichtung zusätzlich in Anspruch nahmen. Zieht man die tagesstrukturierenden Angebote ab, dann ist die Inanspruchnahme externe Angebote eher nur die Ausnahme. Das könnte ein Hinweis sein, dass die Einrichtungen der geschlossenen Wohnheime in ein sozialräumlich strukturiertes Versorgungssystem tatsächlich nur wenig integriert sind.

3.1.5. Zugänge neuer Bewohner und Entlassungen

3.1.5.1. Güte der medizinisch-psychologischen Vorabinformation

Von den berücksichtigten 154 im Jahre 2010 versorgten Patienten lagen zu jeweils 39% der Fälle gute bis befriedigende medizinisch-psychologische Vorabinformationen vor (vgl. Abb. 10). Sehr gute Benotungen kamen in zehn Fällen selten vor. Gute Vorabinformationen wurde häufiger, d.h. in 60 Fällen attestiert. In vergleichbarer Größenordnung, nämlich bei 61 Fällen, liegt die Bewertung bei befriedigend. Als „ausreichend“ wurden 20 Fälle und vier als „mangelhaft“ bewertet. Die Note ungenügend wurde nicht vergeben. Auch wenn die Werte „überwiegend“ bei „zufrieden“ oder besser liegen, scheint es hier doch noch Optimierungspotential zu geben.

Abb. 10: Güte der medizinisch-psychologischen Vorabinformationen in Prozent (n=8 von 10 Einrichtungen/154 Patienten, Erhebungszeitraum 1.1.2010 -31.12.2010)

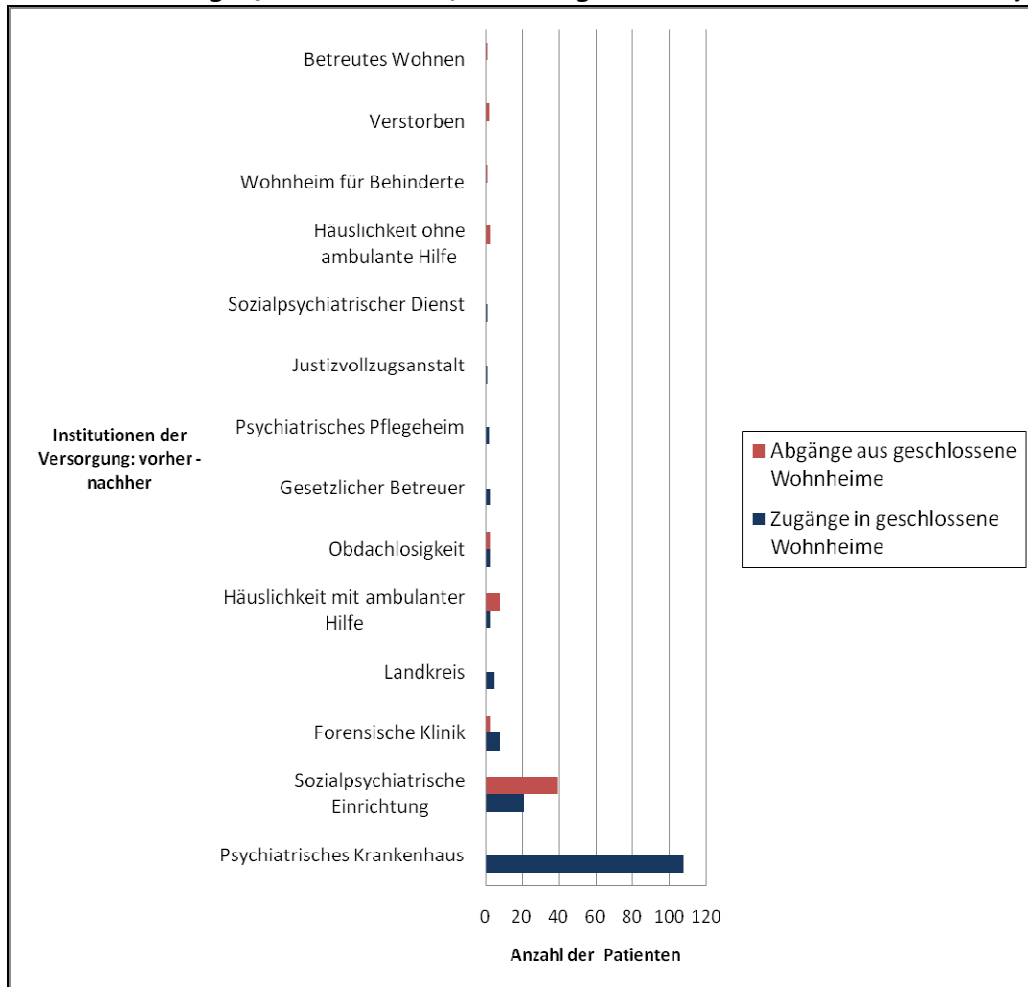


3.1.5.2. Institutionelle Zugänge und Abgänge der Bewohner in geschlossenen Wohnheimen

Die im Jahre 2010 versorgten Patienten der acht berücksichtigten Einrichtungen (n=154) wurden hauptsächlich aus den psychiatrischen Krankenhäusern zugewiesen (vgl. Abb. 11). Darunter entfielen 108 Patienten, was einem Prozentsatz von 69,7 entspricht. Mehr als jeder 7. (13,5%) stammte aus einer sozialpsychiatrischen Einrichtung. Die übrigen Instanzen spielten nur eine marginale Rolle: So wurde beispielsweise ca. jeder 20. (5,2%) von einer forensischen Klinik entsandt und etwa jeder 31. (3,2%) durch einen Landkreis zugewiesen. Dem folgten in absteigender Reihenfolge Häuslichkeit mit ambulanter Hilfe, Obdachlosigkeit und gesetzliche

Betreuung (jeweils 1,9%), psychiatrisches Pflegeheim (1,3%) sowie Justizvollzugsanstalt und sozialpsychiatrischer Dienst mit jeweils 0,6%.

Abb. 11: Institutionelle Zu- und Abgänge der Patienten in den geschlossenen Wohnheimen (n=8 von 10 Einrichtungen/154 Patienten, Erhebungszeitraum 1.1.2010 - 31.12.2010)



Vergleicht man diese Zahlen mit der Struktur der nachfolgenden betreuungs- oder Behandlungseinrichtung, so ergibt sich bezüglich der Häufigkeitsverteilung und in der Art der Einrichtungen ein anderes Bild: Es dominierten die sozialpsychiatrischen Einrichtungen mit einem Anteil von 65 %, mit einigem Abstand gefolgt von der Häuslichkeit mit ambulanter Hilfe (13,3%). Andere Hilfemodule spielten nur eine nachrangige Rolle. In Zahlen ausgedrückt betrifft dies folgende Institutionen: Forensische Klinik, Häuslichkeit ohne ambulante Hilfe sowie Obdachlosigkeit mit jeweils 5%. Gerade der letzte Punkt ist beachtlich: Immerhin wurden – in absoluten Zahlen – 2010 drei Patienten schlichtweg vor die Tür gesetzt! Auch die Tatsache, dass drei Patienten direkt forensisch untergebracht wurde, sollte zumindest nicht ignoriert werden!

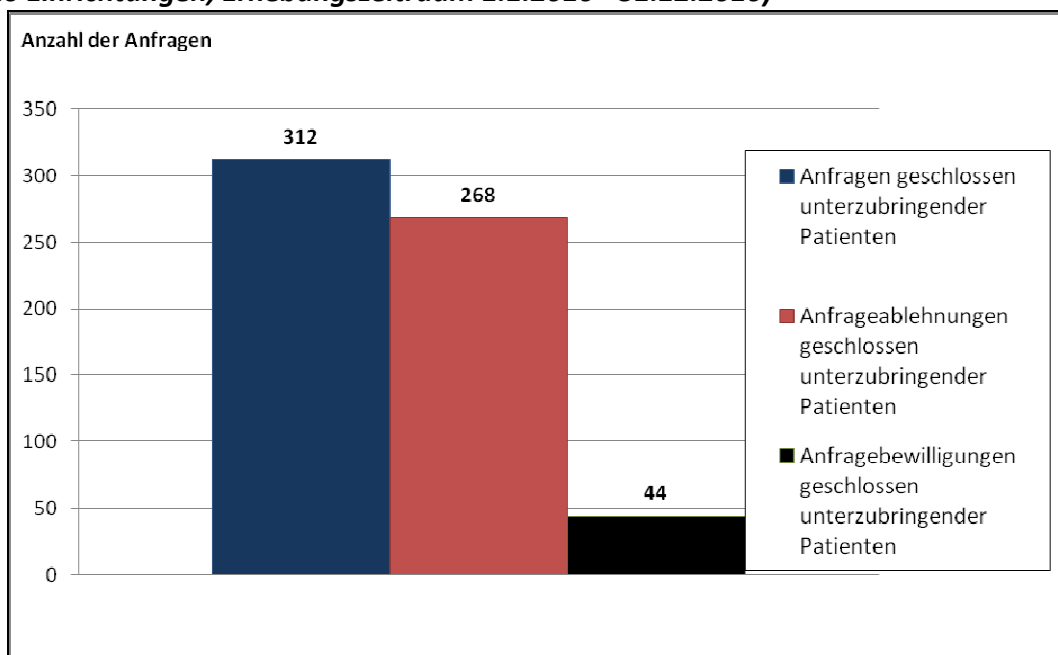
3.1.5.3. Patienten aus der forensischen Versorgung

Lediglich eine der befragten Einrichtungen gab an, im Jahre 2010 Patienten aus der forensischen Versorgung aufgenommen zu haben. Von den 167 insgesamt im Jahre 2010 betreuten Patienten bildet dieser einen Prozentwert von 4,2%. Mit allen sieben der aus dem forensischen Bereich stammenden Patienten konnte ein Probewohnen mit „Rücknahmegarantie“ vereinbart werden. Bei sechs der sieben Patienten gelang ein Probewohnen.

3.1.6. Anfragen, Anfrageablehnungen und Anfragebewilligungen

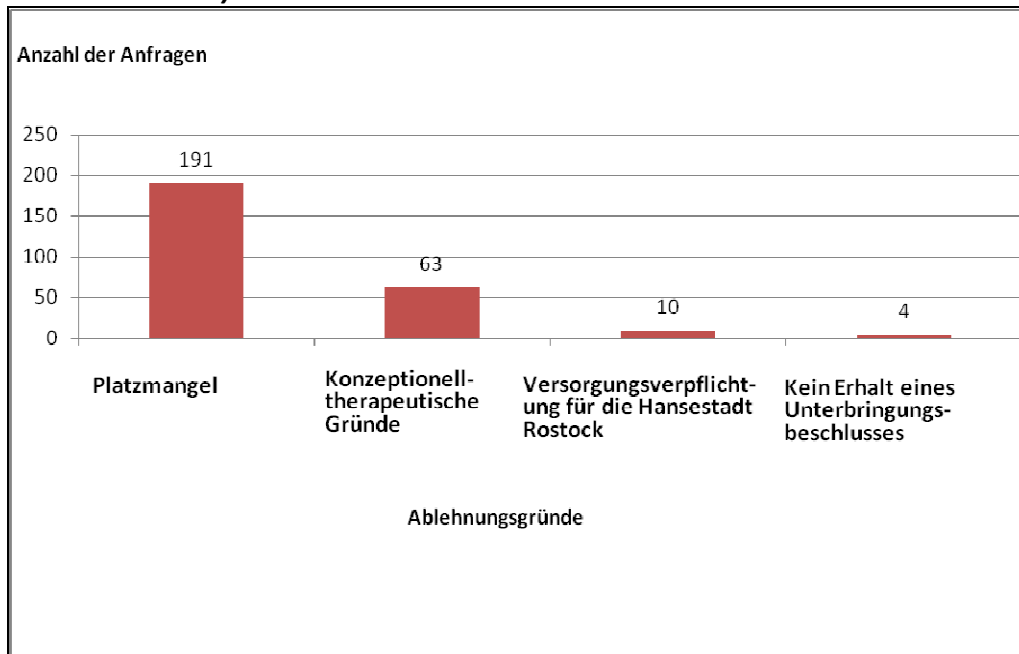
Betrachtet man die Aufnahmesituation des Jahres 2010, so ergibt sich, dass für die insgesamt 103 Plätze der berücksichtigten 8 Einrichtungen 312 Aufnahmeanfragen gestellt wurden (vgl. Abb. 12). Dem standen 268 Ablehnungen gegenüber, so dass 44 der Anfragen und damit ca. jede 7. Anfrage bewilligt werden konnte. Einschränkend muss in diesem Kontext hinzugefügt werden, dass es sich bei den Angaben zumeist um Schätzwerte der Mitarbeiter der Institutionen handelt, da diese nicht in jedem Fall dokumentiert worden sind. Auch muss berücksichtigt werden, dass sich hinter den Anfragen nicht die gleiche Zahl Patienten verbirgt, weil ja vermutlich für einen Patienten gleichzeitig mehrere Anfragen gestellt werden. Dadurch relativiert sich die Zahl und spiegelt nur bedingt die tatsächlichen Bedarfe wider.

Abb.12: Anfragen, Anfrageablehnungen und Anfragebewilligungen in absoluten Zahlen (n=8 von 10 Einrichtungen, Erhebungszeitraum 1.1.2010 - 31.12.2010)



Als Ablehnungsgründe (vgl. Abb.13) werden hauptsächlich Kapazitätsprobleme (71,3%) aufgeführt. Dem folgen an zweiter Stelle (23,5%) konzeptionell-therapeutische Gründe. Selten werden andere Gründe benannt: Dazu gehören: Versorgungsverpflichtung für die Hansestadt Rostock (3,7%) sowie das Nichtvorhandensein eines Unterbringungsbeschlusses (1,5%).

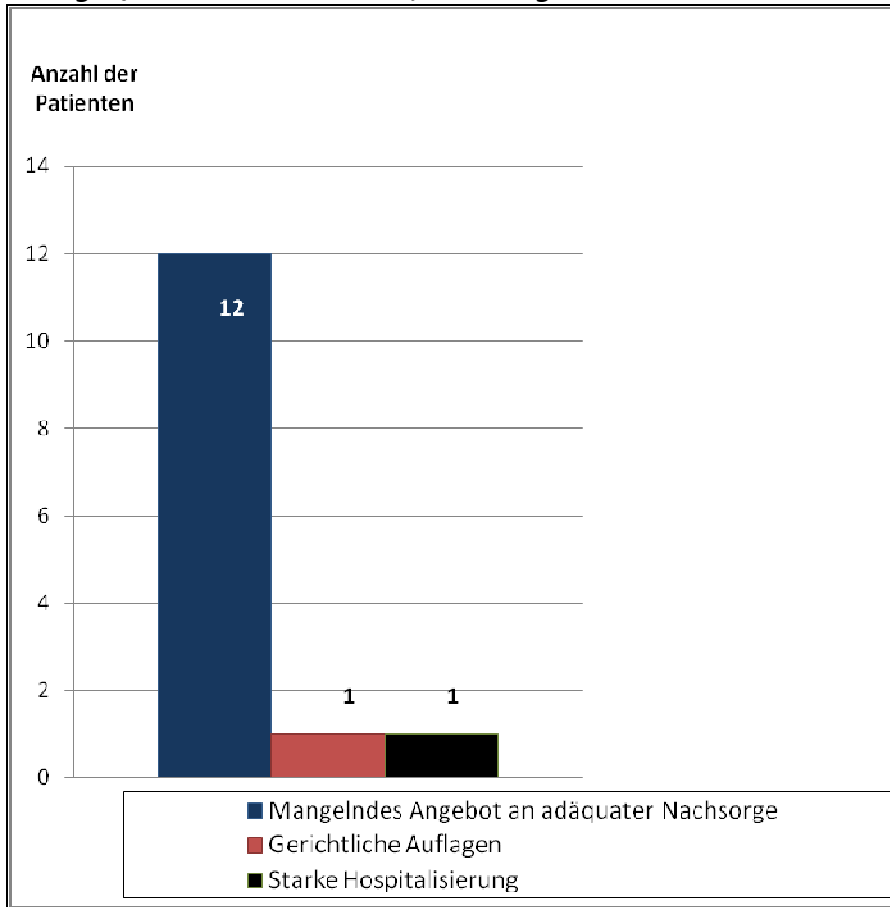
Abb. 13: Ablehnungsgründe in absoluten Werten (n= 8 Einrichtungen, Erhebungszeitraum 1.1.2010 bis 31.12.2010)



3.1.7. Entlassungsquoten, Entlassungshemmnisse

Von den 167 im Jahre 2010 betreuten Patienten sind 60 Personen im selben Jahr entlassen worden (vgl. Abb. 14). Damit lag die jahresspezifische Entlassungsquote bei 35,9%. Insgesamt umfasste in diesem Zeitraum das Klientel entlassungsfähiger, aber nicht entlassener Patienten (n=14) in Relation zur Gesamtzahl betreuter Patienten ca. 9%. Als Entlassungshemmnis fungierte hauptsächlich das mangelnde Angebot an adäquater Nachsorge (85,7%). Vereinzelt werden gerichtliche Auflagen sowie eine starke Hospitalisierung (jeweils 7,1%) genannt. Auch hier finden sich klare Hinweise, dass die Verweildauer und damit der Bedarf an geschlossenen Wohnheimen offenbar auch in einem nicht unerheblichen Maße von einem gelingenden Übergangsmanagement abhängen. Wo das Übergangsmanagement brüchig ist, generiert diese Situation einen Kapazitätsbedarf, der eigentlich unnötig wäre.

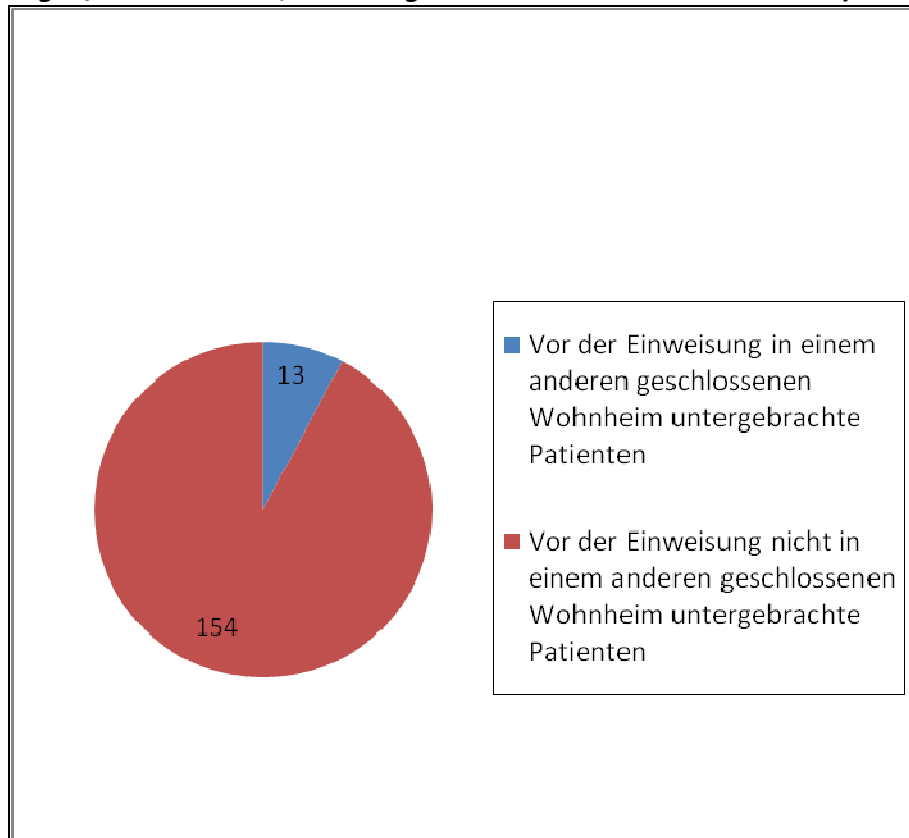
Abb. 14: Gründe, entlassungsfähige Patienten nicht zu entlassen in absoluten Zahlen (n=8 von 10 Einrichtungen/14 von 120 Patienten, Erhebungszeitraum 1.1.2010 - 31.1.2.2010)



3.1.8. Mehrfachnutzung geschlossener Wohnheime

Die Befragten der neun im Jahre 2010 existierenden Einrichtungen gaben an, dass 13 Personen, also umgerechnet 7,8% der im Jahre 2010 betreuten Patienten zuvor in einem anderen geschlossenen Wohnheim untergebracht waren (vgl. Abb. 15).

Abb. 15: Mehrfachnutzung geschlossener Wohnheime in Prozent der Patienten (n = 9 von 10 Einrichtungen/167 Patienten, Erhebungszeitraum 1.1.2010 - 31.12.2010)

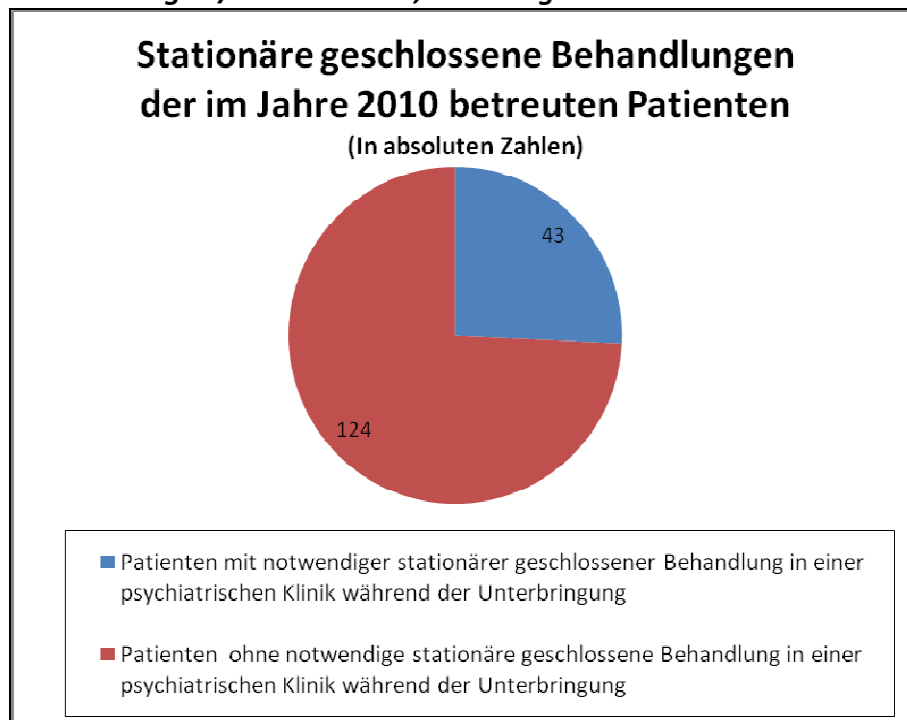


3.1.9. Medizinische Versorgung und Krisenintervention

3.1.9.1. Begleitende stationäre geschlossene Behandlung

Insgesamt wurde bei ca. einem Viertel der im Jahre 2010 betreuten Patienten (25,7%) und demgemäß 43 Personen während der Unterbringung eine stationäre geschlossene Behandlung in einer psychiatrischen Klinik notwendig (vgl. Abb. 16).

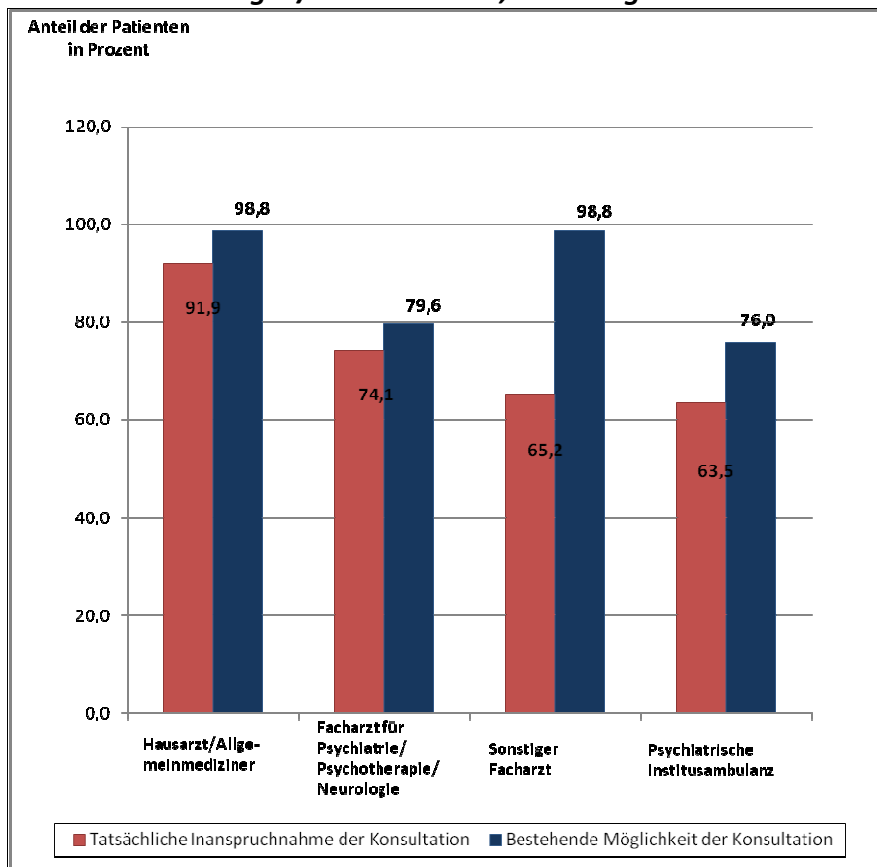
Abb. 16: Stationäre begleitende geschlossene Behandlung in absoluten Zahlen der Patienten (n = 9 von 10 Einrichtungen /167 Patienten, Erhebungszeitraum 1.1.2010 – 31.12.2010)



3.1.9.2. Ärztliche Versorgung

Insgesamt variierte die ärztliche Versorgung der im Jahre 2010 betreuten Patienten in Abhängigkeit von der jeweiligen ärztlichen Fachrichtung (vgl. Abb. 17). Blickt man auf die Zahlen der tatsächlichen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mindestens einmal pro Quartal bestand diese beinahe flächendeckend bei den Haus- und Allgemeinmedizinern sowie den sonstigen Fachärzten. Am höchsten war der hausärztliche sowie allgemeinmedizinische Versorgungsgrad mit 91,9% mindestens quartalsweise tatsächlich erfolgter Konsultation gemessen an der gesamten Patientengruppe. Dem folgten in absteigender Reihenfolge die Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie und Neurologie (74,1%), die sonstigen Fachärzte (65,2%) sowie die psychiatrische Institutsambulanz (63,5%). Sieben der neun berücksichtigten Einrichtungen hatten zum Zeitpunkt der Erhebung die Möglichkeit in Krisensituationen eine aufsuchende ärztliche Intervention zu mobilisieren. Zwei Einrichtungen sahen diese Möglichkeit nicht!

Abb. 17: Tatsächliche Inanspruchnahme und mögliche ärztlichen Versorgung mindestens im Quartal (n= 8 von 10 Einrichtungen/ 116 Patienten, Erhebungszeitraum 1.1.2010 . 31.1.2010)



Gefragt wurde aber auch nach der Möglichkeit mindestens einer quartalsweise erfolgenden Konsultation durch Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie und Neurologie sowie durch eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA). Rund drei Viertel der Patienten hatten jeweils zumindest die Möglichkeit fachärztlicher Betreuung. Dabei kann nicht entschieden werden, ob sich hier Überschneidungen zu den Hausärzten gab. Wenn es tatsächlich so wäre, dann bedeutete dies, dass die ärztliche Versorgung gesichert ist. Gäbe es diese Überschneidungen jedoch nicht, dann sollte der Versorgungsgrad mit Fachärzten und PIA doch deutlich zum Nachdenken anregen.

3.1.9.3. Möglichkeiten der Inanspruchnahme aufsuchender ärztlicher Krisenintervention

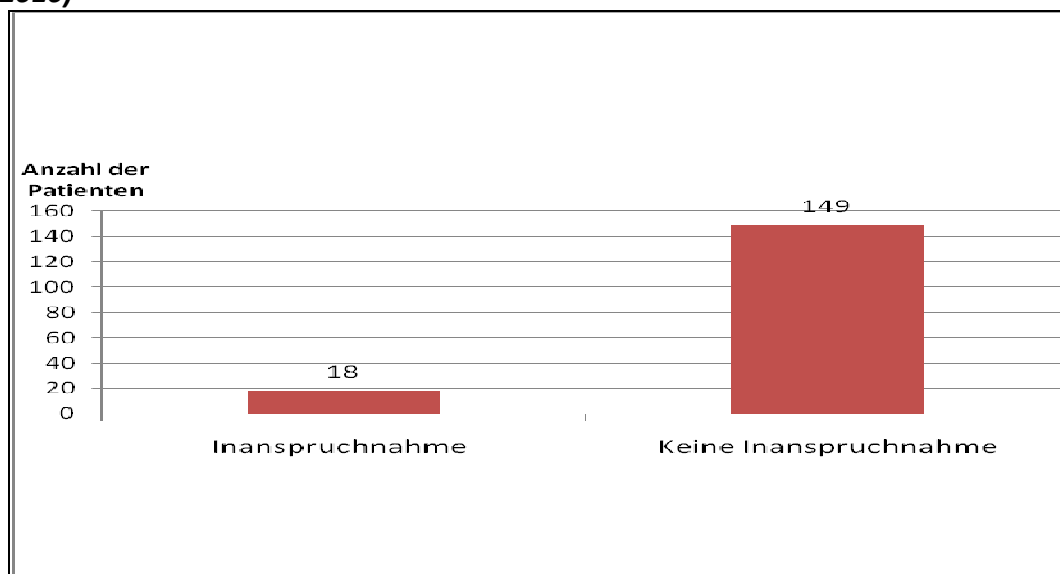
Schwerpunktmäßig bestand die Möglichkeit einer Inanspruchnahme aufsuchender Krisenintervention durch einen Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie/Neurologie (n=4 Einrichtungen) sowie durch die psychiatrische Institutsambulanz (n=3 Einrichtungen). Nur in einer einzelnen Einrichtung konnte diese durch einen Notarzt, Hausarzt oder den sozialpsychiatrischen Dienst aktiviert werden. Darüber hinaus bestand bei lediglich einer Einrichtung die Möglichkeit einer Mobilisierung von mehreren Anbietern (Facharzt für

Psychiatrie/Psychotherapie/Neurologie sowie Psychiatrische Institutsambulanz). Zumindest zeigt sich, dass die geschlossenen Wohnformen mehr oder minder gut medizinisch betreut werden, wobei es schon irritiert, dass zwei Einrichtungen im Falle einer Krisensituation keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können. Auch unabhängig von der Krisensituation: Letztlich ließe sich zumindest diskutieren, ob die Besuchsfrequenz und damit die regelmäßige Versorgung der Patienten tatsächlich ausreichend gewertet werden kann.

3.1.9.4. Möglichkeiten der Inanspruchnahme externer psychiatrischer Hilfen im Falle einer Krisenintervention

Bei 10,8% und somit 18 der im Jahre 2010 betreuten Patienten sahen es die befragten Einrichtungen als notwendig an, eine externe psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Abb. 18). Dies erstreckte sich auf sieben von neun Einrichtungen, wobei dies je Anbieter ein bis vier Patienten betraf.

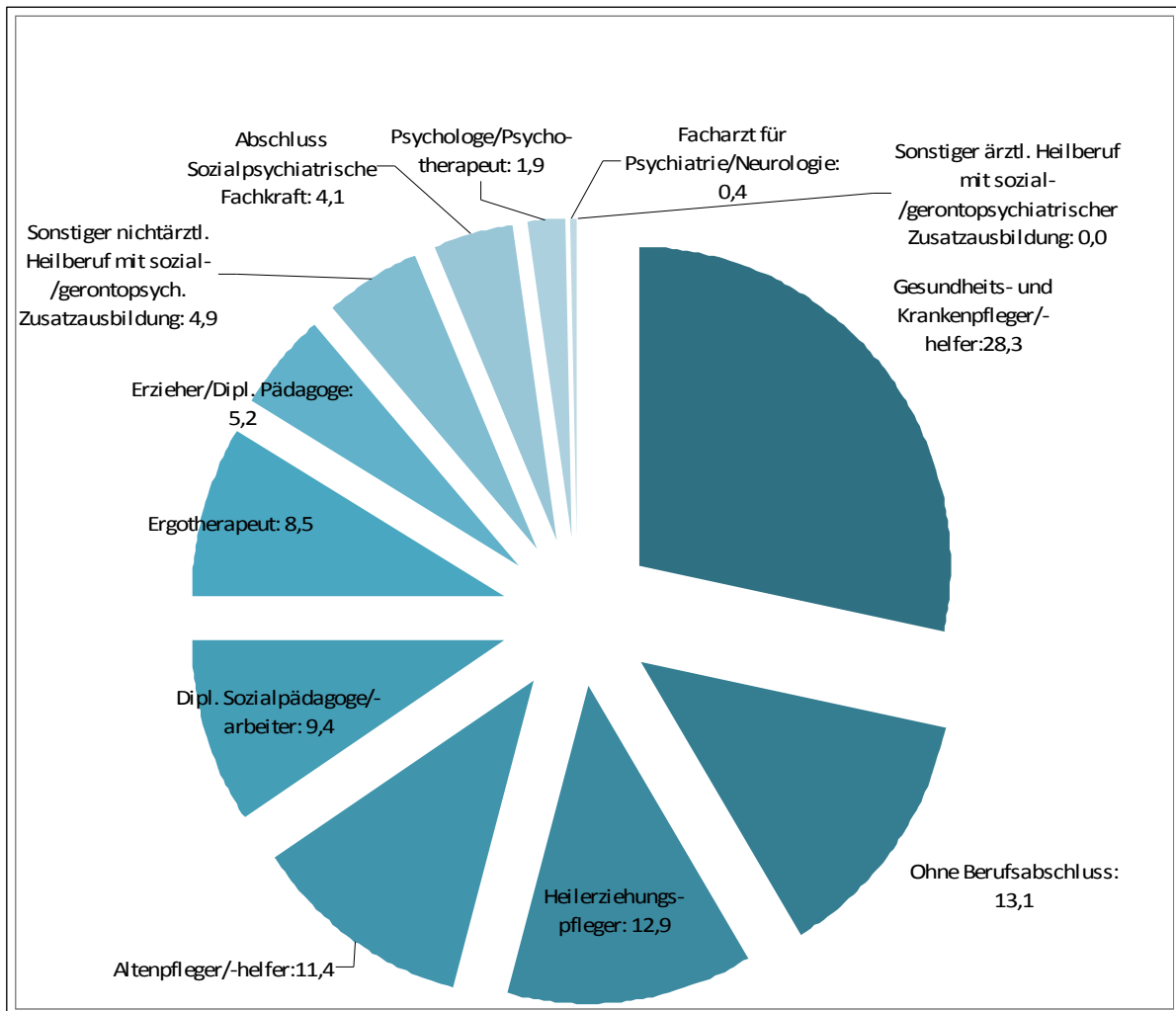
Abb. 18: Inanspruchnahme externer psychiatrischer Hilfen im Falle einer Krisenintervention in absoluten Zahlen (n=9 von 10 Einrichtungen/167 Patienten, Erhebungszeitraum 1.1.2010 – 31.1.2010)



3.1.10. Mitarbeiterqualifikation

Ein zentraler Qualitätsfaktor ist natürlich auch die Mitarbeiterqualifikation. Es kann davon ausgegangen werden, dass gerade in Kontakt mit schwer beeinträchtigten Menschen ein hohes Qualifikationsniveau notwendig ist, um auch entsprechend qualifizierte Arbeit leisten zu können (vgl. Abb.19).

Abb. 19: Mitarbeiterstruktur: Prozentualer Stundenanteil (n=10 Einrichtungen. Stichtag: 31.05.2011)

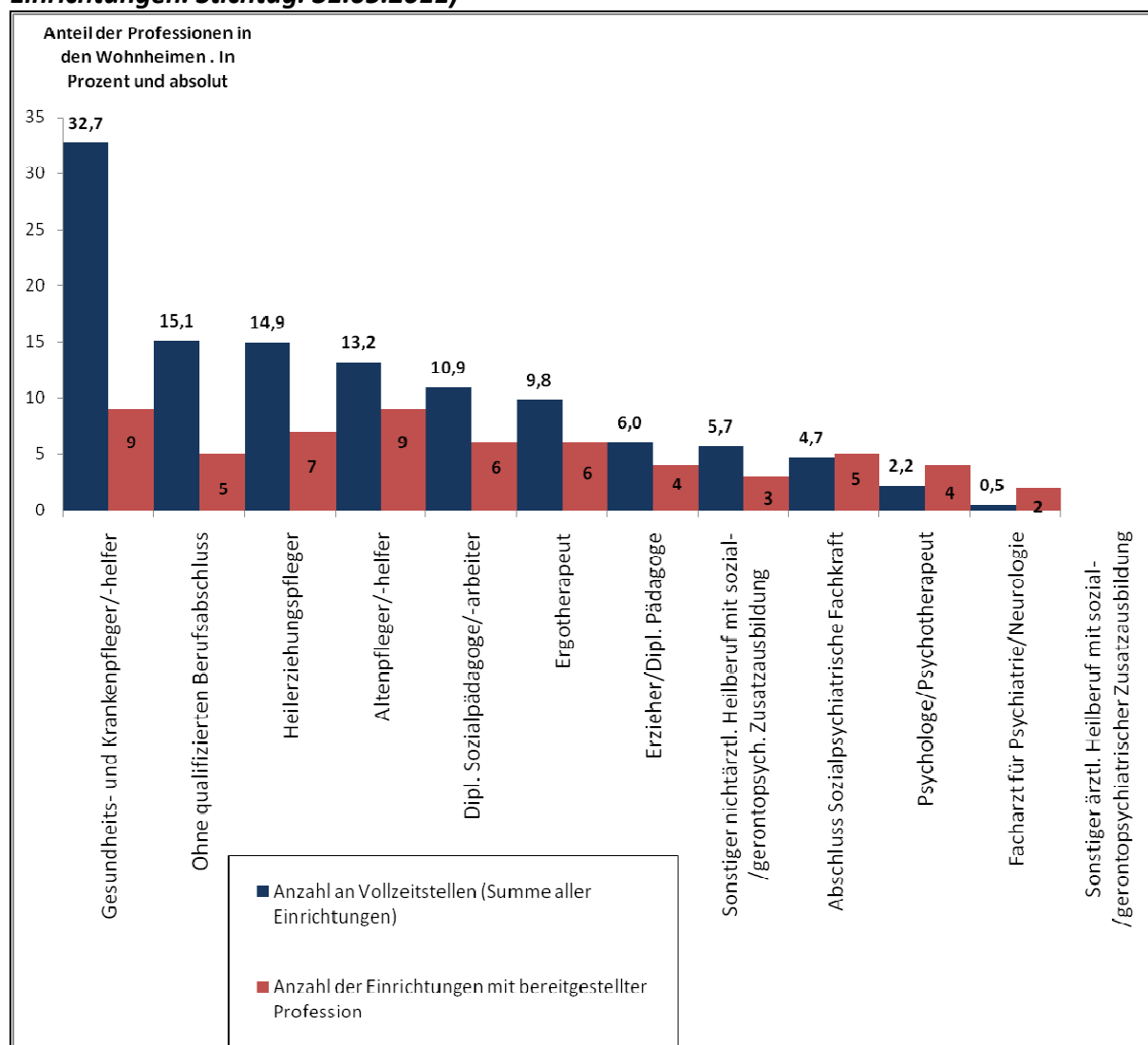


Ein Blick auf das reale Qualifikationsprofil der Einrichtungen wirft zumindest die Frage auf, ob dieses Qualifikationsniveau formal tatsächlich gewährleistet ist.

Nimmt man anstelle der Mitarbeiteranzahl das Stundenvolumen als Bezugspunkt (vgl. Abb. 20), verteilen sich die Mitarbeiterqualifikationen nach ihren prozentualen Anteilen wie folgt: Mehr als die Hälfte der geleisteten Arbeitsstunden (52,6%) kann den Pflege- und Pflegehelferberufen zugeordnet werden, wobei die Gesundheits- und Krankenpfleger mit 28,3% und damit mehr als einem Viertel des Stundenvolumens gemessen am Gesamtanteil aller Professionen mit einem eindeutigen Abstand den vorderen Rang einnehmen. Dahinter folgen mit etwas geringeren, aber gleichsam wesentlichen Prozentanteilen die Heilerziehungs- und Altenpfleger. Besonders auffällig stellt sich der Anteil derjenigen ohne Berufsabschluss dar: Etwas mehr als jede 8 Stunde wird von diesen Personen ausgeübt und nimmt damit einen hohen Stellenwert ein. Vergleichbar ist deren Anteil mit dem Anteil der Sozialpädagogen, Dipl.

Pädagogen und Erzieher mit einem Gesamtwert von 14,6%. Etwa jede zwölfte Stunde wird von ergotherapeutischen Fachkräften geleistet. Knapp jede 9. Stunde wird von Mitarbeitern mit ausgewiesenem psychiatrisch / psychologischen Hintergrund erbracht. Insgesamt nimmt der Anteil an durch medizinisches Personal erbrachten Stunden - gemessen am Umfang der durch nichtmedizinisches/therapeutisches Personal erbrachten Stunden - nur einen äußerst geringfügigen Anteil ein.

Abb. 20: Mitarbeiterstruktur: Stundenvolumen und Verfügbarkeit pro Einrichtung. (n=10 Einrichtungen. Stichtag: 31.05.2011)



Irritierend ist - angesichts der Störungsbilder - sicherlich die vergleichsweise gering ausgeprägte Verfügbarkeit psychologisch - medizinischer Fachkräfte. Das erklärt sich möglicherweise durch die institutionelle Einbindung der Kliniken und niedergelassenen Ärzte. Gleichwohl aber sind auch nur in vier Einrichtungen Psychologen und/oder Psychotherapeuten

angestellt. Das wirft zweifelsohne ein Licht auf das Qualifikationsprofil der Einrichtungen, zumal auch die Anzahl sozialpädagogischer Fachkräfte mit einem Anteil von rund 10 % nicht sehr ausgeprägt sind. So gibt es zwei Einrichtungen, die gar keine Sozialpädagogen beschäftigt haben.

3.1.11. Perspektiven für die Weiterentwicklung der Versorgung

Der Fragebogen enthielt auch eine offene Frage zu den Perspektiven einer konzeptionellen Weiterentwicklung der geschlossenen Wohnheime. Die Hinweise wurden qualitativ ausgewertet, d.h. nach Kategorien zusammengefasst und paraphrasiert:

1. Zum einen wird der Bedarf nach umfassenderen Nachsorgeangeboten sowie einer engmaschigeren Betreuung nach der geschlossenen Unterbringung dargelegt. In diesem Kontext wird auch das Problem einer möglichen Überforderung durch die Konfrontation mit dem „normalen“ Alltag in einem ambulant betreuten Wohnen und eines möglichen Rückfalls in alte Verhaltensmuster beschrieben. Zudem wird der Bedarf nach Einrichtungen für junge Menschen mit Psychose und Sucht sowie nach spezialisierten therapeutischen Angeboten thematisiert. In diesen Verbesserungsvorschlägen wird also davon ausgegangen, dass eine Optimierung des umfassenden regionalen Versorgungssystems die Qualität der geschlossenen Wohnformen nachhaltig fördern kann. Damit ließe sich - wie oben schon geschehen - die These unterstreichen, dass die Bewertung geschlossener Wohnformen nur sinnvoll über eine Analyse der Funktionen und Potentiale des konkreten Versorgungssystems gelingen kann.
2. Darüber hinaus werden von den Einrichtungen aber auch personalbezogene Aspekte aufgeführt. Dies betrifft neben dem Wunsch nach einer besseren Bezahlung der Mitarbeiter, um qualifiziertes Fachpersonal zu akquirieren und zu binden, auch denjenigen nach einem höheren Personalschlüssel. Gerade mit Blick auf die schwierigen Patienten mit hohem Fremd- bzw. Selbstgefährdungspotential (und/oder Systemsprenger) wird diese Forderung plausibel. Ebenso seien für dieses Klientel bessere als die im Landesrahmenvertrag Mecklenburg-Vorpommern vorgesehenen Sicherheitsmaßnahmen erforderlich. Angemahnt wird auch, dass die Kooperation mit den Betreuern nicht immer ausreichend funktioniert.
3. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den kommunalen Leistungsträgern wird beklagt, dass die richterlichen Beschlüsse zur Unterbringung sowie die Kostenzusagen oftmals zu spät vorliegen. Bezüglich der Verlängerung der richterlichen Beschlüssen wird ebenfalls angemerkt, dass diese Information durch die Gerichte oft zu spät erfolgt. Ebenso wird ein

Informationsbedarf hinsichtlich der Diagnosen der aufzunehmenden Patienten aufgeführt. Diese, so wird es dargelegt, würden oft verschwiegen, wobei nicht ersichtlich wird, durch wen diese Informationslücke verursacht wird.

Zusammenfassend zeigt sich in der Erhebung, dass die befragten Einrichtungen tendenziell stark ausgelastet sind. Ob sich daraus aber der Bedarf nach einem Ausbau geschlossener Plätze in Mecklenburg-Vorpommern ablesen lässt oder ob hier nicht vielmehr Probleme im Zuweisungsverfahren oder Defizite in der regionalen Versorgung offenkundig werden, kann auf der Grundlage der bestehenden Daten kaum valide entschieden werden. Gleichwohl wäre es für die zukünftige Diskussion über geschlossene Wohnheime von großer Bedeutung die Hintergründe der Auslastung stärker zu beleuchten. Zudem ist eine weitere These zumindest denkbar: Auch in Mecklenburg-Vorpommern werden die ambulanten Angebote wie etwa das ambulant betreute Wohnen zunehmend ausgebaut. Allerdings folgen sie dabei oftmals eher der Logik der Kosteneinsparung, da die damit verknüpften Fachleistungsstunden zum Teil auf niedrigem Niveau gedeckelt werden und die Angebotsbreite regional kaum ausdifferenziert wird. Die Folge könnte sein, dass das Hilfesystem in Mecklenburg-Vorpommern zunehmend auseinanderdriftet: So stehen auf der einen Seite diejenigen Patienten, deren Störungsausprägung vergleichsweise leicht ist und die aus den stationären Settings in die ambulante Versorgung überführt werden. Dadurch wird aber - nolens volens - in den stationären Einrichtungen eine Massierung schwerer gestörter Patienten generiert, die etwa durch eine andere Personalbemessung oder durch konzeptionelle Differenzierungen nicht aufgefangen wird und so eine verhängnisvolle Dynamik in Richtung weiterer Chronifizierung entfalten kann. Die von den Autoren der Systemsprengerstudie formulierte These (vgl. Freyberger et al. 2004), dass die Konstituierung eines sog. Systemsprengers eine Funktion des Kontextes ist, bekäme dadurch eine neue - versorgungspolitische - Nuancierung.

Darüber hinaus ist die regionale Verteilung ist sehr unterschiedlich. Während in östlichen Regionen die geschlossenen Wohnheime sehr häufig angesiedelt sind, gibt es wiederum andere Regionen (Schwerin, Wismar), wo sich gar keine Einrichtungen befinden. Von einer Regionalisierung der geschlossenen Wohnheime kann also keine Rede sein. Hinsichtlich der Herkunftsverteilung der Patienten zeigt sich, dass nur rund ein Viertel aus den Regionen kommt. Schwerpunkt ist das ganze Bundesland. Rund ein Viertel sind Patienten aus anderen Bundesländern. Was das psychiatrische Störungsprofil der Patienten angeht, so sind sie tendenziell eher männlich, im mittleren Alter und von Komorbidität (Schizophrenie und Sucht)

geprägt. Es sind überwiegend Kliniken, aus denen die Patienten in die Einrichtungen kommen, während die Nachsorge sozialpsychiatrische Angebote sind. Die ärztliche Betreuung ist mehr oder minder gut gesichert. Der Minimalstandard von quartalsmäßiger Konsultation insbesondere durch Fachärzte scheint gesichert. Inwiefern das allerdings ausreichend ist, kann und muss diskutiert werden. Denn das Personalprofil zeigt, dass nur zwei Einrichtungen ärztliches Personal in begrenzter Stundenzahl angestellt haben. Psychologen und Psychotherapeuten sind in den Einrichtungen deutlich unterrepräsentiert. Auch der Anteil der sozialpädagogischen Fachkraft scheint nicht sehr ausgeprägt. Es dominieren die Pflegefachkräfte und die Assistenzberufe. Die meisten Einrichtungen - wenn auch nicht alle - sind institutionell in ein differenziertes Hilfenetz eingebunden. Dadurch können die Leistungen - gerade in Richtung offener Struktur der Wohnheime - möglicherweise flexibler erbracht werden. Auf externe Ressourcen wird allerdings kaum zurückgegriffen, obwohl dies aus fachlicher Sicht vermutlich sinnvoll wäre. Bemerkenswert ist, dass eine Reihe von Patienten nicht entlassen werden kann, weil keine geeignete Nachsorge vorhanden ist. Das wäre auch ein Hinweis darauf, dass die Bedarfe an weiteren Kapazitäten auch einen strukturbedingten Hintergrund haben, der mit einer Kapazitätsausweitung kaum gelöst werden kann. Denn solange die Übergänge auch in die Nachsorge eher brüchig sind, weil geeignete Nachsorgemodule nicht verfügbar sind, würde durch eine Ausweitung bestehender geschlossener Plätze das Nachsorgeproblem eher eskalieren. Die Verweildauer in den Einrichtungen variiert sehr stark. Das mag - wie die bivariate Berechnung gezeigt hat - mit unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsprofilen der Patienten zu tun haben. Denkbar ist aber auch, dass hier die regionale Versorgungsstruktur hineinspielt. Dass eine solche Vermutung Anspruch auf Plausibilität beanspruchen kann, zeigt etwa ein Vergleich der Platzzahlen in Rostock gegenüber den Einrichtungen in den anderen Landkreisen. Auf 200 000 Einwohner kommen hier 8 Plätze. Zudem werden zu weit über 90% aller Patienten innerhalb von zwei Jahren wieder entlassen. Da in Rostock eine Versorgungsverpflichtung besteht, ist die Selektion der Patienten nach Ausmaß des Hilfebedarfs und Krankheitsbildern grundsätzlich ausgeschlossen. Unterstellt, dass innerhalb der geschlossenen Wohnform in Rostock in gleicher Qualität gearbeitet wird wie in den anderen Einrichtungen des Landes, bietet sich als mögliche Erklärung für die geringe Verweildauer und Platzzahl ein entscheidender Parameter an: Nämlich die organisierte Versorgungsstruktur. Durch das regionale Psychriatriebudget kann in Rostock die Hilfe qua System deutlich differenzierter, wohnortnäher und individueller

ausfallen als in den anderen Gebietskörperschaften des Landes. Auch die Versorgungsverpflichtung führt zu einer engeren Verzahnung mit dem Akutkrankenhaus und der psychiatrischen Institutsambulanz. Ebenso sind Hilfeplankonferenzen als Steuerungsinstrument fest verankert. Unabhängig davon wie man die Budgetlösung in Rostock im Detail bewerten mag: Entscheidend scheint zu sein, dass man die Qualität in einzelnen institutionellen Versorgungssegmenten - und damit auch der geschlossenen Wohnheime - nicht ohne Rückgriff auf die Struktur und Steuerungsprinzipien (!) der regionalen Gesamtversorgung analysieren und bewerten kann. Was die Qualität der fachärztlichen Anbindung und fachliche Unterlegung anbelangt, ist eher Skepsis angeraten. Laut Gesetz dient die geschlossene Unterbringung allein dem gesundheitlichen Wohl des Patienten. Kann bei komplexen Hilfebedarfen auf intensive Betreuung durch ärztliches und psychotherapeutisches Personal verzichtet werden? Entsteht hier nicht der Verdacht, dass aus Kostengründen eine günstige Variante der Hilfe entwickelt wurde, um die krankenkassenfinanzierte Versorgung etwa der Akutkrankenhäuser finanziell zu entlasten?

3.2. Ergebnisse der qualitativen Studie

Die Ergebnisse der qualitativen Studie wurden in drei Kategorien unterteilt, und zwar in die Perspektiven der Kliniken, der rechtlichen Betreuer und die der Einrichtungsleiter. Dabei sind die wörtlichen Zitate aus den Interviews kursiv wiedergegeben. Die Angabe zu den Interviewten ist jeweils die Profession. Innerhalb jeder Profession (Klinikärzte, Betreuer und Einrichtungsleiter) wurden Nummern für die Interviewten (1 bis 3 bzw. 4) vergeben.

3.2.1. Perspektiven der Klinikärzte

Viele Bewohner in den geschlossenen Wohnheimen kommen direkt aus dem Versorgungssystem der psychiatrischen Krankenhäuser. In den Gesprächen mit den ärztlichen Vertretern der Kliniken wurde zunächst deutlich, dass die geschlossene Unterbringung nur als „ultima ratio“ betrachtet wird, die dann greift, wenn zuvor alle anderen Maßnahmen der ambulanten und stationären Hilfen ausgeschöpft worden sind: *„Man wird es nicht immer vermeiden können, und es wird sicherlich immer Schwerstkranke geben, wo man nach Ausschöpfung aller Maßnahmen nichts anderes mehr hat. Wo man einfach sagt: Wir haben alles versucht, und es hat nichts gebracht im Endeffekt und wir haben keine andere Möglichkeit“* (Klinikarzt Nr. 1). Trotzdem wird auch angedeutet, dass gerade der „Druck“ der Krankenkassen mitentscheidend ist, ob der Patient noch länger in der Klinik bleibt oder ein Platz in einem geschlossenen Wohnheim

gesucht wird: *„Ich denke einfach, es waren früher auch noch andere Zeiten, wo die Patienten länger in der Klinik bleiben konnten. Ich denke, es ist heute einfach so, dass einfach auch gesagt wird: Okay, der ist jetzt so schwer krank, und er setzt ständig die Medikamente ab und konsumiert irgendwelche Drogen und gefährdet sich und andere. Und na ja, dann wird eben ein Antrag auf geschlossene Unterbringung nach BGB gestellt. Das war früher sicherlich weniger...“ (Kliniker Nr. 2).*

Nun lässt sich kaum konkret ermessen, in welchem Ausmaß hier die verkürzte Verweildauer in den Akutkliniken Einfluss auf die Entscheidung der Ärzte hat. Anzunehmen ist jedoch, dass sich hier jene ökonomischen Zwänge, die durch die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhäuser gesetzt werden, unmittelbar auswirken. *„Als Beispiel: wir haben jetzt einen jungen Mann gehabt, da muss ich sagen: Ich hab den Beschluss, ich kann den entlassen. Der war für mich verlegungsfähig oder entlassfähig sogar. Dann hatten wir einen Platz im geschlossenen Wohnheim, dann war der weg. Nun kann ich den natürlich nicht entlassen, wohin auch... Das macht auch für uns ein Dilemma, weil wir ja dann wieder die Diskussion mit der Krankenkasse haben, und die durchaus sagen: Eigentlich ist jetzt Schluss, weshalb soll der länger hier sein? Also das ist manchmal vier oder sechs Wochen, wo man nach der eigentlichen Behandlung noch Zeit füllen muss...“ (Kliniker Nr. 3).*

Hier zeigt sich, wie sich die Schnittstellenprobleme in der medizinischen Praxis bemerkbar machen: Die Verzahnung zwischen den Akutkliniken und den sozialpsychiatrischen Einrichtungen scheinen offenbar nicht optimal zu sein, da die Logik der unterschiedlichen Systeme Reibung erzeugt: Die sozialpsychiatrischen Einrichtungen sind gezwungen, die Plätze auch kurzfristig auszulasten, während die Kliniken mittelfristig kaum verlässlich angeben können, wann sie einen Patienten haben, der in eine geschlossene Einrichtung übergeleitet werden muss. Die Folge ist, dass sich die Kliniken oftmals auch *„allein gelassen fühlen, eine geeignete Einrichtung“ (Kliniker Nr. 2)* zu finden.

Damit verbunden ist das Problem, dass selbst jene Kliniken, die geographisch und institutionell mit sozialpsychiatrischen Angeboten gut verzahnt sind, überregional belegen müssen, womit ein zentrales Versorgungsproblem benannt wird, nämlich die *„überregionale Verschickung“*: *„Wir produzieren zwei bis fünf Fälle im Jahr. Und etwa die Hälfte der Fälle müssen wir überregional unterbringen, wir kriegen sie hier (in der angebundenen Einrichtung der Sozialpsychiatrie) nicht unter, weil da dann aktuell kein Platz frei ist. Das kann zwar in Einzelfällen positiv sein (...), aber eigentlich ist das ein Desaster: weil das Wissen über die Betroffenen verlorengeht, weil die Sozialarbeit, die Ärzte neu anfangen müssen, Beziehungen aufzubauen und nötige Informationen zu sammeln“ (Kliniker Nr. 3).*

Gerade Patienten geschlossener Wohnformen, die biographisch durch vielfältige Beziehungsabbrüche geprägt sind und in der Regel ein schwieriges Interaktionsverhalten aufweisen, kommt eine Kontinuität in der ärztlichen Beziehung deutlich zugute. So wurde

darauf hingewiesen, dass die Verweildauer bei auswärts untergebrachten Menschen deutlich länger ausfällt und auch die Reintegration schwieriger ist, vor allem weil die sozialen Netzwerke in seiner Abwesenheit sich auflösen und die Rückkehr zu intensiven Einsamkeitserfahrungen führen kann. Allerdings wurde auch hier darauf verwiesen, dass im Einzelfall ein „Psychiatrietourismus“ durchaus sinnvoll sein kann, damit die betroffenen Menschen die Möglichkeit haben, sich „neu zu erfinden“. Ein Dogmatismus empfiehlt sich nach Auffassung des Interviewten jedenfalls nicht. Trotzdem hat gerade die regionale Versorgung deutliche Vorteile für die meisten Patienten auf Grund der besseren Verzahnung medizinisch-klinischer Behandlung und der anschließenden sozialpsychiatrischen Betreuung.

Mit Blick auf weitere kritische Aspekte der Versorgung wurden folgende Aspekte benannt: Zum einen das Qualifikationsniveau der sozialpsychiatrischen Praxis: *„... man muss sich mal vorstellen, dass ja von einer hochintensiven Betreuung in der Klinik - und man geht ja (...) davon aus, dass das die schwerstkranken Menschen sind - fallen die Patienten dann in eine sozialpsychiatrische Einrichtung: Was ist denn an Fachpersonal vor Ort? An Sozialarbeitern, an Psychologen, an Ärzten? Wenig! Die kommen dann doch sehr schnell an ihre Grenzen“ (Kliniker Nr. 3).*

Zudem wird explizit die ärztliche Versorgung in den geschlossenen Wohnformen problematisiert. Dort wo es auf Grund institutioneller und regionaler Verbindungen enge Verzahnungen gibt, lassen sich über psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) intensive Kontakte zwischen Facharzt und Patient organisieren. In ländlichen Regionen sieht das aber oftmals anders aus, weil dort wenig Fachärzte und Psychotherapeuten angesiedelt sind und es kaum enge Kooperationen zwischen Kliniken und Einrichtungen gibt: *„Ich finde, die Einrichtungen müssen immer eng an die Kliniken angebunden sein, einfach auch um die Klinikaufenthalte zwischendrin so kurz wie möglich zu halten und um natürlich auch eine gute Versorgung zwischendurch sicherzustellen...“ (Kliniker Nr. 2).*

Darüber hinaus wird auf ein zentrales konzeptionelles Problem hingewiesen. Nicht immer wird zielorientiert in der geschlossenen Wohnform gearbeitet: *„Wie geht es danach (nach dem Übergang in die geschlossene Wohnform A.S.) weiter: Und das finde ich sehr unbefriedigend. Man weiß, die sind jetzt ein Jahr da. Ja, da denkt aber, so glaube ich, keiner in diesem Jahr daran, ob man den Beschluss vorher aufheben könnte. (...) Was ist eigentlich Ziel und Zweck der Maßnahme?“ (Kliniker Nr. 1).*

Auch hier zeigt sich, dass die einzelfallorientierte Steuerung nicht immer transparent ist. Gerade bei schwersterkranken Menschen wäre zumindest zu erwarten, dass sowohl Ziele als

auch ein Zwischenmonitoring im Sinne von Hilfeplankonferenzen Standard sind. Dies scheint - nach dieser Aussage - aber nicht immer der Fall zu sein.

Mit Blick auf mögliche Alternativen zu den geschlossenen Wohnheimen wurde darauf verwiesen, dass das natürlich im Einzelfall zu prüfen wäre: *„Es gibt Menschen, die im konventionellen Arrangement der Psychiatrie falsch platziert sind, weil sie mit der Kommunikation überfordert sind. Es gibt eine Subgruppe, die einfach Einzelgänger sind, Eremiten, die früher im Wald gelebt haben, in isolierten Bauwagen. Die durch ihr demonstratives Problemverhalten eine irrsinnige Panik verbreiten, die aber unter unkonventionellen Bedingungen gar nicht so schwierig zu halten sind“* (Kliniker Nr. 3).

Hier wäre aber zu fragen, wie solche individuellen Arrangements organisierbar wären, insbesondere unter den starren Bedingungen der SGB-XII Finanzierungen. Allenfalls unter anderen strukturellen Gegebenheiten wie im Rahmen eines regionalen Budgets oder der Integrierten Versorgung sind solche Angebote denkbar. Insgesamt aber wird betont, dass die Perspektive in einer anderen regionalen Gesamtstruktur der Hilfe liegen könnte, das gilt insbesondere für die ländlichen Regionen: *„Dass man im Grunde kleinräumige Zentren mit Anbindung an Kliniken und Sozialpsychiatrie mit abgestuften und niedrighwelligen Versorgungsanteilen entwickelt. Wenn man das hat, kann man die Akteure auch besser zu einer Abstimmung bringen, dann kommt man zu sehr flexiblen Lösungen. Was ich letztlich für sehr ungünstig halte, sind Einrichtungen auf der grünen Wiese, die weit entfernt sind von anderen klinischen Anbietern, weil einfach die Kommunikationsbereitschaft mit anderen Akteuren und die Variabilität des Betreuungsplanes damit nach meiner Erfahrung sinkt“* (Kliniker Nr.1).

Folgende Anregungen zur Veränderung des Hilfesystems wurden von den Befragten - ergänzend zu den oben zitierten Äußerungen - genannt:

- Etablierung einer Besuchskommission in den geschlossenen Wohnheimen zur regelmäßigen Begleitung der Behandlung.
- Zentrale landesweite Steuerung der freien Plätze, um die Organisation eines Platzes zu erleichtern.
- Integration abgestufter Betreuungsmodule (von niedrig strukturiert bis hoch strukturiert) in eine geschlossene Wohnform, um schon während der geschlossenen Unterbringung flexibel reagieren zu können.
- Bessere Verzahnung der sozialpsychiatrischen Leistungserbringer im ländlichen Raum, um differenzierte und institutionell übergreifende Behandlungsmodule gewährleisten zu können.

- Spezialisierte Versorgungs- und Betreuungsmodule im Vorfeld geschlossener Wohnheimen (auch in klinisch-psychiatrischen Settings) als Alternative zu geschlossenen Wohnheimen: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung von Patienten des Borderline-Typs, Doppeldiagnosen, Minderbegabte etc...
- Engmaschige und geographische Anbindung (regionale Versorgungsverpflichtung) der psychiatrischen Klinik mit sozialpsychiatrischen Einrichtungen inklusive geschlossener Wohnheimen.
- Einstellung des Psychiatrietourismus bis auf fachlich begründete Ausnahmen bzw. auf ausdrücklich begründbaren Wunsch des Patienten.
- Hilfeplankonferenzen im Vorfeld, während und zur Vorbereitung der Nachsorge - unabdingbar zur Gewährleistung einer zielorientierten Planung der Behandlung und der Übergänge innerhalb geschlossener Wohnheimen.
- Aufgabe der Teilung der Versorgung in ein „Suchtsystem“ und in ein „Psychiatricsystem“.

3.2.2. Perspektiven rechtlichen Betreuer

Die rechtlichen Betreuer sind bei den Zuweisungen in geschlossenen Wohnheimen von entscheidender Bedeutung. Sie stellen formal den Antrag bei Gericht nach § 1906 BGB und sind u.a. zuständig für die Suche nach freien Plätzen. Die Anregung dazu kommt aber nach eigenen Auskünften fast ausschließlich aus dem medizinischen Sektor, also anlässlich der Klinikaufenthalte der betroffenen Betreuten. Auch die Betreuer erleben sich dabei unter erheblichem „Druck“: *„Also wenn die Leute in der Klinik sind, dann kommt die Zeit, in der die Ärzte an die Adresse der Kliniksozialarbeiter sagen: Sehen Sie mal zu, wo Sie denjenigen, also wie wir ihn loswerden können, wo wir ihn unterbringen. Wir sind als Betreuer natürlich mit an Bord bzw. im Boot, irgendwie `ne Einrichtung zu finden, wenn jemand dann in die geschlossene Wohnform wechseln muss. Das Problem ist, dass es nie, oder sagen wir mal, fast nie irgendwie zum Termin irgendwie `nen Platz gibt. Also es ist so, dass es endlos lange Wartelisten gibt, und zwar gerade wenn es brennt... Es gibt ja so bekannte Fälle, die dann namentlich im ganzen Bundesland bekannt sind, so diese „Einrichtungshopper“ (...), so dass dann die Einrichtungen sagen: nein, den nicht mehr, und so ist in der Klinik eigentlich immer ein Stau von Leuten, die man nicht wieder los wird“ (Rechtlicher Betreuer Nr. 1).*

Deutlich wird an dieser Aussage, dass zumindest in der Wahrnehmung des befragten Betreuers ein systematisches Entlassmanagement mit entsprechender Steuerung kaum vorzukommen scheint. *„Weil, man kann sich eine Menge ausdenken, sich da unter Kollegen*

zusammensetzen und sagen: aus fachlicher Sicht wäre dies oder jenes geboten..., wenn der Betroffene in diese oder jene Einrichtung könnte, die so und so gestrickt ist und jene therapeutischen Angebote vorhält und so...letztlich ist das Fiktion, hat mit der Praxis nichts zu tun, weil wir in der Regel froh sind, überhaupt irgendwo einen Platz zu finden“ (Rechtlicher Betreuer Nr. 1).

Aus der Perspektive eines anderen Befragten hört sich das Problem ähnlich an: *„Ich sag mal: meine Frage ist immer: Gibt es eine passende Einrichtung. Wenn ja, ist da gerade ein Platz frei? Gibt es eine andere Einrichtung, obwohl sie nicht die passende ist? Eigentlich ist es nicht das, was ich mir vorgestellt habe. Das ist immer dieses Dilemma zwischen Wollen und Können. Und damit leben wir alle irgendwie“ (Rechtlicher Betreuer Nr. 2).*

Unter dem Eindruck dieser Aussagen verblasst die sozialpsychiatrische Theorie „passgenauer Hilfen“ immer mehr. Zumal von den Betreuern noch ein weiteres Problemfeld genannt wird: *„Dass man dann, wenn man dann den glücklichen Umstand hat, jemanden unterbringen zu können auf einem geeigneten Platz, dass dann das Sozialamt als Kostenträger das erstmal genau prüfen muss. Und je nachdem wie gut man mit dem zuständigen Sozialamt kann oder wie eilig die das auf dem Zettel haben (was sich manchmal bis zu sechs Wochen hinziehen kann) ist der Platz weg und das Theater geht von vorne los“ (Rechtlicher Betreuer Nr. 1).*

Diese Situation verschärft sich nach Auffassung des Befragten noch dadurch, dass flexible Alternativlösungen zur geschlossenen Unterbringung kaum finanzierbar sind; selbst wenn sich solche Perspektiven entwickeln lassen: Sie fallen in der Regel nicht in den Landesrahmenplan und können - selbst wenn sie wirtschaftlich günstiger sein sollten - nicht umgesetzt werden: *„Ein Problem ist auch, dass es so gewisse Kriterien gibt (d.h. Landesrahmenplan, A.S.), wonach man psychisch Kranke betreuen kann und alles, was so irgendwie auf der Schwelle zum nächsten Bereich ist, fällt dann einfach durch dieses Raster und lässt sich dann durch das Sozialamt nicht einpassen. Das man sagt, man würde die Hilfe bewilligen, aber das was Sie hier an Hilfe aufrufen, deckt sich nicht mit unseren Vorgaben. So kriegt er manchmal gar keine Hilfe oder eben dann die geschlossene Form“ (Rechtlicher Betreuer Nr. 3).*

Hier wird noch mal die strukturelle Konstellation in Mecklenburg-Vorpommern angesprochen: Hilfe nach standardisierten Leistungstypen, und zwar ungeachtet der Frage, was tatsächlich an individuelle Hilfe nötig wäre. So wird von zwei der befragten Betreuer eine hochintensive Einzelbetreuung im Rahmen ambulanter Betreuung zumindest im Einzelfall als eine mögliche Alternative für realistisch gehalten. Gleichzeitig gibt es derzeit kaum eine Möglichkeit, diese Hilfe umzusetzen, denn *„mehr als fünf Stunden ambulante Hilfen genehmigt das Sozialamt nicht“ (Rechtlicher Betreuer Nr. 3).* Gerade beim Übergang von einem hochstrukturierten Setting in die Häuslichkeit wäre eine zunächst intensive Begleitung notwendig, zumal dadurch auch

verschiedene Patienten früher aus den geschlossenen Wohnheimen entlassen werden könnten. Denn die Übergänge vom geschlossenen in die offenen Bereiche werden als brüchig wahrgenommen, so dass der Abbau an Strukturiertheit die Patienten oft überfordert. Hier schließt sich die Forderung an, den Übergang auch durch Maßnahmen abzufedern, die - in offener Form - trotzdem eine hohe Struktur anbieten, aber deutlich personalintensiver arbeiten können als es in herkömmlichen offenen Wohnheimen der Fall ist. Aber solche kreativen Lösungen sind in Mecklenburg-Vorpommern nicht vorgesehen, zumal hier mit den Kommunen als örtlichem Leistungsträger und dem Kommunalen Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern als überörtlichem Leistungsträger faktisch zwei verschiedene Akteure rechtlich zuständig sind, die sich unterschiedlichen Partikularinteressen verpflichtet fühlen.

Konkret wurden folgende weitere Aspekte zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen genannt:

- Unzureichender bzw. zu knapp bemessener Personalschlüssel, der zu einer schlechteren Qualität führen kann;
- Überzogene Verweildauern in geschlossenen - aber auch offenen – Wohnheimen, was dazu führen kann, dass neue Patienten in die stationäre Versorgung nicht aufgenommen werden können;
- Weiterer Ausbau flexibel gehaltener Konzepte in geschlossenen Wohnheimen (Lockerungen, Tagesstruktur, Wechsel in offene Bereiche etc...).

3.2.3. Perspektiven der Einrichtungsleiter

Geschlossene Einrichtungen werden von den interviewten Einrichtungsleitern als vorübergehender Schutzraum definiert, der es den Patienten erlaubt, notwendige Lernerfahrungen zu sammeln und sich so für ein Leben in Selbstverantwortung vorzubereiten. Im Prinzip kann ein geschlossenes Wohnheim so auch als Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes verstanden werden, vorausgesetzt, dass die fachliche Qualität stimmt und die Maßnahme auf eine schnellstmögliche Entlassung zielt: *„Ich glaube letzten Endes, die geschlossene Wohnform in der Eingliederungshilfe ist nichts anderes als eine Verlängerung des Klinikaufenthaltes. Da werden unter anderer Kostenträgerschaft klinische Bedingungen verlängert. Nur was man dem Heim nimmt, ist die ärztliche Betreuung“* (Einrichtungsleiter Nr.4).

Aber auch die ärztliche Einbindung ist für die befragten Einrichtungen ein wichtiges Thema: *„...und da haben wir erlebt, dass die Qualität der Betreuung und auch der Arbeitsbedingungen sich mit Einstieg der PIA für unsere Mitarbeiter und auch für die Bewohner deutlich verbessert haben. Das sehen*

wir einmal an dem massiven Rückgang der stationären Wiederaufnahmeraten in der Klinik aus der geschlossenen heraus. Wir hatten ja vorher, bevor die Klinik die Kooperation mit uns eingegangen ist, das Phänomen, die waren dann ein Jahr untergebracht bei uns und sind dann zwischenzeitlich von uns immer noch mal in die Klinik, weil wir die dann gesundheitlich nicht stabilisieren konnten im geschlossenen Bereich. Der Nervenarzt kam alle 8 Wochen vorbei, aber die haben so diskontinuierliche Krankheitsverläufe, dass du relativ schnell reagieren musst...Das hat sich nun geändert, weil die Klinik die Leute kontinuierlich weiterbehandelt und das kommt unserer Qualität extrem zugute“ (Einrichtungsleiter Nr.4).

Dass es aber gerade im ländlichen Sektor schwierig aber trotzdem möglich ist, eine solche fachärztliche Betreuung sicherzustellen, zeigt sich in folgender Aussage: *„Wir hatten einen Psychiater vor Ort, der hat gesagt: Ich habe 700 Patienten, ich nehme nicht einen von euch. Mittlerweile haben wir aber mit viel Mühe einen Kooperationsvertrag mit einer Klinik hinbekommen, da kommt der Arzt alle vier Wochen zu uns und alle zwei Wochen fahren wir mit Patienten hin...Das ist sehr gut“ (Einrichtungsleiter Nr.4).*

Aus Sicht der befragten Einrichtungen ist fachlich eine regionale Versorgung deutlich zu befürworten. Gerade bei gemeindefernen Unterbringungen sind die Übergänge vom Krankenhaus in die geschlossenen Wohnheime oft von einem akuten Handlungsdruck der psychiatrischen Kliniken geprägt, der den sozialpsychiatrischen Einrichtungen eine angemessene Vorbereitung oft schwierig mache. *„Es sind immer ‘hau-ruck’ Aktionen, die Anfrage an uns wird immer gestellt, wenn die Situation akut ist. Eine andere Situation kenne ich kaum: Das man sich vorher hinsetzt und sagt, wir haben einen Patienten, es könnte sein, dass er mal geschlossen untergebracht wird oder auch noch, lasst uns jedenfalls mal an einen Tisch setzen..., der Anruf kommt: wir haben hier jemanden, der muss unbedingt geschlossen untergebracht werden. Der ist schon vier Wochen hier und die Kasse zahlt nicht mehr“ (Einrichtungsleiter Nr.3).*

Aber nicht nur die nötigen Vorbereitungen gelten oft als unzureichend. Auch leidet die Qualität der Behandlung durch die mangelnde Betreuungskontinuität der behandelnden Ärzte. *„Wenn sie aus der Klinik sind, bricht der Kontakt ab...da fragt keiner mehr nach, nicht der soziale Dienst, nicht der Arzt, definitiv nicht. Na ja es kommt so, dass der soziale Dienst aus dem Krankenhaus anruft und sagt, wir haben da einen und wenn ich weiß, es ist gerade ein Platz frei, dann fahre ich rüber, spreche mit dem Patienten, mit dem Betreuer, dem sozialen Dienst, dem Arzt, sage, ja kann ich mir vorstellen, kläre die Kostenübernahme und sage, jawohl wir nehmen ihn. Dann kommt die eine Frage: Holen Sie ihn selbst oder müssen wir ihn bringen“ (Einrichtungsleiter Nr.1)?*

Unabhängig von solchen Einzelfällen scheitert eine gemeindenahe Unterbringung aber schnell an betriebswirtschaftlichen Zwängen. Es wird immer wieder betont, dass der finanzielle Druck

enorm ist, eine frei werdende Kapazität schnell wieder zu belegen, und sei es mit Patienten aus anderen Bundesländern. Es fehlt hier ein finanzieller Anreiz („Bettenfreihaltgeld“), der es den Einrichtungen erlaube, Betten für Patienten aus der Region freizuhalten, um die regionalen Ressourcen für eine Behandlung wirksam zu nutzen. Nur so ist jedoch dem fachlich problematischen „Psychiatrietourismus“ wirksam entgegenzusteuern. *„...natürlich ist der wirtschaftliche Druck groß, wenn ein Platz eine Woche frei ist, dann kostet es mich hunderte von Euro und wenn er einen Monat frei ist, sind wir bei mehreren tausend Euros. Da zieht mir der Chef die Ohren lang, verständlich...“* (Einrichtungsleiter Nr.2).

Ferner gestaltet sich unter der Bedingung einer auswärtigen Unterkunft ein abgestimmter und flexibler Übergang in die Nachsorge eher schwierig. *„Gerade wenn die Betreuung in einem anderen Bundesland angesiedelt ist, in Brandenburg oder im Berliner Raum, das ist natürlich schwierig, vor allem für die Nachsorge dann. Gerade wenn man auf der Suche ist, im Anschluss an die geschlossene Einrichtung, dann eine adäquate Einrichtung zu finden, das gestaltet sich schwierig, zumal die Einrichtungen aus der Heimatregion sich häufig sperren, weil sie kennen den Patienten ja schon...“* (Einrichtungsleiter Nr.3). Aber auch generell ist die Organisation der Nachsorge schwierig: *“Das Problem ist doch, dass wir uns als Einrichtung alleine fühlen und dass wir als Einrichtung Aufgaben übernehmen, die - so denke ich - so nicht unsere Aufgaben sind, weil ganz klar, in dem Moment, in dem der Klient bei uns ist, sind wir verantwortlich, aber dann wenn der Beschluss ausläuft, dann denke ich schon, dass man auf eine andere Qualität der Kooperation angewiesen ist...wir machen halt die Erfahrung, dass wir schon relativ früh mit dem Patienten durchs Land pendeln und Einrichtungen abklappern und so wie Bittsteller - das muss man so sagen - darauf hoffen müssen, dass uns die Patienten abgenommen werden. Manche Patienten wissen zwei Tage vor Ablauf des Beschlusses nicht, wo es hingeh, das kann es nicht sein und dass dann gerade die hoch psychisch gestörten Patienten sensibel auf so was reagieren ist doch klar“* (Einrichtungsleiter Nr.3). Dies scheint deshalb problematisch, weil gerade der Nachsorge eine herausragende Bedeutung in dem Betreuungsverlauf zugeordnet wird: *„Also dieses Entlassmanagement aus der geschlossenen...ich denke, da werden die Weichen gestellt für jemanden. Die Weichen in Richtung dauerhafte Reintegration oder möglicherweise auf Rückkehr in den geschlossenen Bereich, die wir ja eigentlich vermeiden wollen...“*(Einrichtungsleiter Nr. 4).

Mit Blick auf die eigene Versorgungsqualität wird einer vorbereitenden und begleitenden Hilfeplankonferenz eine hohe Bedeutung zugemessen. Sei es, weil man sie bereits so etablieren konnte und entsprechend als vorhandenes Qualitätsmerkmal schätzt oder sei es, weil ein solcher Steuerungsmechanismus vermisst wird. Es braucht eine intensive Verzahnung von psychiatrischer Klinik und Sozialpsychiatrie, die idealer Weise bereits im Vorfeld eines Beschlusses nach BGB §1906 ansetzen sollte und die sowohl den Behandlungsverlauf als auch

die Organisation der Nachsorge umfasst. Dies gibt es allerdings nur dort, wo bereits eine enge, auch geographisch enge Kooperation zwischen psychiatrischen Krankenhaus und Einrichtung institutionalisiert sei: *„Wichtig ist aber der präventive Blick: was passiert davor, also wie wird eigentlich mit so einem Menschen verfahren und wie wird da auf so eine Zuspitzung der Krankheitssymptomatik reagiert. Das ist letztlich auch eine präventive Frage“* (Einrichtungsleiter Nr.4). In dieser Aussage wird auch ein weiterer zentraler Aspekt angesprochen: Nämlich, dass die Unterbringung in einem geschlossenen Wohnheim eben auch die Qualität des gesamten Versorgungssystems widerspiegelt. Eine geschlossene Unterbringung ist eben auch immer mit dem verknüpft, was an Hilfen bereits im Vorfeld angeboten und geleistet wurde. Insofern muss sich auch das gesamte regionale Versorgungssystem weiterentwickeln, um es erst gar nicht zu einem Beschluss kommen zu lassen. Der Bedarf an geschlossenen Plätzen - so wurde betont - ist eben auch ein deutlicher Hinweis darauf, dass das gesamte Versorgungssystem noch Mängel aufweist und sich weiter differenzieren muss. (z.B. Rückzugsräume, „Weglaufhäuser“, kreative Lernwerkstätten). Die Debatte über die Unterbringung darf eben nicht von der Qualitätsdiskussion des konkreten regionalen Hilfesystems entkoppelt werden. Unabhängig davon werden von den Einrichtungen auch die Personalbemessung und das vorzuhaltende Qualifikationsniveau der MitarbeiterInnen in geschlossenen Wohnformen kritisch diskutiert: *„Nein, wir haben keinen Psychologen, auch einen Sozialarbeiter haben wir nicht, aber wir sind erfahrene Pflegekräfte...“* (Einrichtungsleiter Nr.3). Vielleicht erstaunt es deshalb auch nicht, dass nicht in allen Einrichtungen bestimmte Standards wie Supervision vorausgesetzt werden können: *„Supervision, nein, das wollen meine Leute nicht, wehren sich strikt dagegen, kann man nichts machen“* (Einrichtungsleiter Nr.3). Positiv wird angemerkt, dass sich flexible Einrichtungskonzepte, die eng an offene Bereiche und Trainingsgruppen angeschlossen sind, sehr bewährt haben. Dadurch sind flexible Behandlungsverläufe möglich, die dem Patienten helfen, sich auszuprobieren. Insgesamt müssten aber die Einrichtungen eine verstärkt psychotherapeutische Ausrichtung bekommen, um die Interventionen fachlich besser abzusichern. Aber auch tagesstrukturierende Angebote müssten beispielsweise deutlich ausgebaut werden. *„Nachsorge bedeutet oft, dass wir die Patienten in den angeschlossenen offenen Bereich übernehmen, so dass da erste Gehversuche mit der Freiheit möglich sind...aber wir haben auch schon mal Leute (d.h. Patienten, A.S.) vor die Tür setzen müssen, weil sich der Patient jeder Nachsorge verweigert hat...weiß nicht was aus ihm (d.h. dem Patienten, A.S.) geworden ist...“* (Einrichtungsleiter Nr.1).

Als weitere Aspekte wurden genannt:

- Eine Alternative zum geschlossenen Wohnheim bzw. eine angemessene Nachsorgemaßnahmen kann im Einzelfall auch die personalintensive „Rund-um-die-Uhr“ Betreuung in einem ambulanten Setting sein. Bei Menschen mit einem massiv gestörten Interaktionsverhalten sind ferner auch Arrangements denkbar, die eher kreativ und ungewöhnlich sind (z.B. ein Bauwagen direkt bei der Einrichtung). Solche Lösungen setzen aber auch ihre Finanzierbarkeit voraus.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen (Fixierungen, sog. „Time-out“ Räume) im geschlossenen Wohnheim müssen nicht nur dokumentiert werden, sondern sollten auch auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.
- Politik und Kostenträger sollten gemeinsam die Verantwortung für dezentrale, gemeindenahere Schutz- und Entwicklungsräume übernehmen.

4. Diskussion:

Die vorliegende Untersuchung bestand aus zwei methodischen Zugängen: Einerseits in einer quantitativen Institutionsbefragung und zum anderen in qualitativen Interviews wichtiger Akteure. Was aber folgt aus den Ergebnissen? Die Steuerung in den Zu- und Übergängen der geschlossenen Wohnheime ist stark verbesserungsbedürftig. Das gilt ganz besonders mit Blick auf jene Patienten, die aus anderen Regionen untergebracht werden. Denn gerade hier brechen Kontinuitäten in der ärztlichen Versorgung oftmals weg und auch die Organisation der Nachsorge gestaltet sich schwierig. Gleichwohl bleibt die Frage, ob sich solche „Schnittstellenprobleme“ durch Etablierung von Managementsystemen einfach lösen lassen. Gerade der jüngste Versuch (vgl. Bäuerle et al. 2013), über die Implementierung eines differenzierten Entlassmanagements in Kliniken die Übergänge effektiver zu gestalten, gibt Anlass zur Skepsis. Der Hinweis von Steinert, dass durch solche Interventionen eben nicht die Gesetzmäßigkeiten des Systems ausgehebelt werden und deshalb wirkungslos bleiben müssen, scheint hingegen nicht ohne Plausibilität (vgl. Steinert 2013). Die Interviews konnten auch aufzeigen, wie sehr hier die strukturellen Eigendynamiken der beteiligten Arbeitsfelder eine engere Verzahnung und bessere Steuerung der Übergänge verhindern. Insofern bleibt es ein zentrales Anliegen der Versorgungsforschung, neue Versorgungsmodelle (Regionales Budget mit Pflichtversorgung, Integriertes Versorgung) aufmerksam zu begleiten und sie auf

ihre Wirksamkeit gerade mit Blick auf die Patienten mit hoher Rehospitalisierungsquote zu überprüfen. Große Bedeutung käme dabei einer regionalen Versorgungsverpflichtung zu, um den „Psychiatrietourismus“ weitgehend einzuschränken. Dabei müsste eine regionale Versorgungsverpflichtung auch mit einer Finanzierungsarchitektur einhergehen, die den Leistungserbringern der Wohnheime Anreize schafft, Betten für regionale Patienten freizuhalten. Gleichwohl darf das Handlungsfeld geschlossener Unterbringungen in Heimen der Eingliederungshilfe nicht entkoppelt betrachtet werden von dem gesamten Feld der Versorgung. Der deutliche Hinweis in den qualitativen Interviews auf die Bedeutung präventiver Bemühungen zeigt die Notwendigkeit, mit einem „systemisch“ ausgerichteten Blick die Versorgungsqualitäten in der Region zu betrachten und differenziert zu erweitern. Hier müssten im Rahmen zukünftiger Forschung auch die Vorerfahrungen der Patienten stärker in den Blick geraten, um die „Institutionskarrieren“ der Patienten in den geschlossenen Heimen kritisch zu beleuchten. Was ebenfalls deutlich wurde, ist jedoch, dass die fachliche Qualität in den geschlossenen Heimen ein öffentliches Thema sein sollte. Personalausstattung und ärztliche Versorgung der geschlossenen Wohnformen sollten hinterfragt und weiterentwickelt werden. Es bleibt problematisch, dass - trotz der aktuellen und ideologisch überhöht anmutenden - Diskussion über die Ambulantisierung der Sozialpsychiatrie keine verbindlichen Qualitätsstandards in den stationären Settings der psychiatrischen Hilfen in der Eingliederungshilfe existieren (vgl. Taylor et al. 2009). Gerade mit Blick auf die Schwächsten im System, sollten hier verbindliche Kriterien für eine Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität vorliegen.

Die zwangsweise Unterbringung in geschlossene Wohnheime wirft aber auch zentrale ethische Probleme auf. Wie sind diese ethischen Probleme aber zu bewerten? Im Folgenden soll zunächst der Befähigungsansatz in seinen Kernaussagen vorgestellt werden. Entscheidend ist dabei die Frage, ob der Befähigungsansatz eine ethische Rahmenkonzeption psychiatrischen Handelns sein kann, innerhalb dessen entscheidende ethische Fragestellungen mit Blick auf „Systemsprenger“ differenziert bearbeitet werden können. Da der Befähigungsansatz im Wesentlichen auf der Auseinandersetzung mit der Philosophie John Rawls` beruht, sollen zunächst dessen Kernaussagen präsentiert werden. Die Überlegungen von Amartya Sen und Martha Nussbaum, die den Befähigungsansatz inhaltlich geprägt haben, werden anschließend vorgestellt und auf ihre ethischen Bezüge zur Sozialpsychiatrie diskutiert.

4.1. Zur Philosophie sozialer Gerechtigkeit von John Rawls

Was ist eigentlich eine sozial gerechte Ordnung? Wie muss man sich eine gesellschaftliche Ordnung vorstellen, die dem Anspruch an Gerechtigkeit tatsächlich genügt? (vgl. Rawls 2001, S.25). Diese zentrale Frage prägt das Werk von John Rawls, der mit seiner 1971 (bzw. 1979 in Deutschland) publizierten „Theorie der Gerechtigkeit“, eine Diskussionsgrundlage vorgelegt hat, die eine Vielzahl konstruktiver Erweiterungen und Gegenentwürfen in Philosophie und Politikwissenschaften provozierte. Dabei zielte Rawls nicht darauf ab, zu untersuchen wie soziale Gerechtigkeit von einzelnen Menschen im Lebensalltag praktiziert wird. Die Denkfigur etwa eines gerechten Lehrers oder eines gerechten Richters blieb ausgeklammert. Auch lieferte er keinen umfassenden Katalog, der konkrete und differenzierte Annahmen darüber bereithielt, was denn nun gerechtigkeitsrelevant ist oder nicht. Was ihn hingegen interessierte war hingegen im Kern folgendes: Wenn soziale Gerechtigkeit das zentrale Anliegen sozialer Ordnungen und Institutionen ist und wenn es gleichsam darum gehen soll, bestimmte normative Vorstellungen von Würde und Gleichheit mit einem liberalen Anspruch an bürgerlicher und demokratischer Freiheit zu verkoppeln, wie lassen sich dann allgemeine Prinzipien für staatliche Institutionen entwickeln, die die Verteilung von Grundgütern so regeln, dass sie als gerecht gelten können? (vgl. Rawls 2006, S. 35; Rawls 2001, S. 25) Ausgangspunkt seiner Überlegungen war eine Gesellschaft als ein faires und „langfristig von einer Generation zur nächsten fortwirkenden System der sozialen Kooperation“ (vgl. Rawls 2006, S. 25). Mit einem solchen Gesellschaftskonzept sind drei wesentliche Merkmale verknüpft:

- Die soziale Kooperation wird durch Verfahrensregeln geordnet, die allgemein akzeptiert sind.
- Die soziale Kooperation basiert auf der Idee der Reziprozität bzw.: alle „die gemäß dieser Forderung der anerkannten Regeln ihren Beitrag leisten, sollen einem öffentlichen und übereinstimmend bejahten Maßstab entsprechend ihren Nutzen genießen“ (ebenda S. 26)
- Die motivationale Grundlage sozialer Kooperation ist das legitime Eigeninteresse ihrer Akteure bzw. ihrer Kalkulation eines rationalen Vorteils (vgl. Rawls 2006, S.26f).

Um sich aber als Bürger an einer solchermaßen beschriebenen fairen und kooperierenden Gesellschaft beteiligen zu können, setzt Rawls zwei individuelle „moralische Vermögen“ voraus (vgl. Rawls 2011, S.44): Zum einen nämlich die Fähigkeit, die sozialen Regeln zu verstehen, sie

anzuerkennen und in ihrem Sinne zu handeln („Gerechtigkeitssinn“). Und zum anderen die Fähigkeit „sich eine Vorstellung vom Guten zu machen“, d.h. ein normatives Lebenskonzept zu entwickeln, es rational zu durchdringen und öffentlich zu vertreten. Rawls betont, dass er in seiner Theorie davon ausgeht, dass diese „moralischen Vermögen“ ein Leben lang andauernd sind und somit die lebenslange Basis sozialer Kooperation darstellen (vgl. Rawls 2006, S.45). Dykerhoff macht darauf aufmerksam, dass Rawls in seinem früheren Werk „Theorie der Gerechtigkeit“ die beiden Vermögen noch als Potential beschrieben hat. Später allerdings (so in „Gerechtigkeit als Fairness“) tatsächlich von einer faktischen Fähigkeit ausgegangen ist und damit die Schwelle zum Gerechtigkeitssubjekt sehr hoch anlegt (vgl. Dykerhoff 2001, S. 30). Denn damit werden alle Menschen aus den Gerechtigkeitsüberlegungen ausgeschlossen, die sowohl grundsätzlich nicht über die notwendige Rationalität verfügen sondern auch jene, die - in biographischer Perspektive - nur episodisch an der sozialen Kooperation in der Gesellschaft teilnehmen können. Rawls betont allerdings, dass er Zeiten von Krankheiten und Unfällen schon berücksichtigt. Allerdings möchte er den Umgang mit jenen Menschen, die grundsätzlich in seinem Sinne nicht kooperationsfähig sind, letztlich der konkreten Gesetzgebung überlassen (vgl. Rawls 2011, S. 266). Damit kann aber letztlich Menschen, die auf Grund einer chronisch psychischen Erkrankung in ihren Kompetenzen stark beeinträchtigt sind, in der Konzeption von Rawls ihr Bürgerstatus entschieden beschränkt werden.

Wenn nach Rawls soziale Gerechtigkeit grundsätzlich als Fairness beschrieben und über eine Institutionalisierung der fairen bzw. konsensfähigen Verteilung von Gütern hergestellt wird, dann bleibt zunächst zu klären, welche Güter dies nun eigentlich sind? Letztlich ist jeder Verteilungsfrage - mehr oder minder explizit - automatisch ein „Modell des guten Lebens“ vorgeschaltet bzw. eine Grundkonzeption des gesellschaftlich anerkannten „Guten“. Anders formuliert: Was soll eigentlich verteilt werden? Und was ist an dem, was zur Verteilungsfrage steht, überhaupt gerechtigkeitsrelevant? Es gibt keinen öffentlichen Diskurs darüber, wie in Deutschland beispielsweise „Star Wars“ Sammelkarten verteilt werden; denn dies ist allenfalls für meine kleinen Söhne von (hier aktuell allerdings extremen) Belang, kaum aber für die gesamte Bevölkerung. „Star Wars“ Sammelkarten haben nun mal keinen nachhaltigen Einfluss auf das, was etwa Nussbaum im Anschluss an Aristoteles, das Gute Leben („Flourishing life“) nennt (vgl. Nussbaum 1999, 2011). Rawls hat daher fünf Grundgüter vorgesehen, die er für verteilungsrelevant hält: (1.) Immaterielle Güter wie fundamentale Rechte im Sinne etwa der Gedanken- und Gewissensfreiheit sowie (2.) berufliche Chancen- und Niederlassungsfreiheit,

(3.) Zugangsoptionen zu Machtpositionen und (4.) die soziale Grundlage der Selbstachtung. Aber eben auch (5.) materielle Güter wie Vermögen und Einkommen, die Rawls als Allzweckmittel mit Tauschwert bezeichnet, weil sie zu vielen individuellen Zwecken eingesetzt werden können (vgl. Rawls 2006, S.101ff; aber auch 2011, S. 112ff).

Aber nach welchen Kriterien sollen nun diese Grundgüter verteilt werden? Nach Rawls ist die Verfahrensregel für die immateriellen Güter der Gleichheitsgrundsatz (vgl. Rawls 2001, S.83). Die Moralphilosophie - insbesondere nach Kant - postuliert, dass jeder Mensch Anspruch auf fundamentale Rechte und prinzipiellen Zugang zu wichtigen sozialen Positionen hat (vgl. Menke et al.2007). Damit ist eine liberale Position beschrieben, die in vielen Rechtsdokumenten wie etwa dem bundesdeutschen Grundgesetz oder den UN Menschenrechtskonvention etabliert und in demokratisch verfassten Gesellschaften in der Regel kaum umstritten ist. Was ist aber mit den materiellen Gütern? Wie kann es gelingen, hier Verteilungsprinzipien zu gewinnen, in denen eben nicht die subjektiven Interessenslagen im Vordergrund stehen (bzw. bestehende Machtverhältnisse) sondern auch rational begründbare Aspekte, die über Partikularinteressen hinausgehen? Die Generierung rationaler Verteilungsprinzipien sind für Rawls auch deshalb so entscheidend, weil er sich allein schon mit diesem Anliegen gegen die – in der Wirtschaft und in der Politik nach wie vor wirkungsmächtigen – utilitaristischen Theorien abgrenzen kann (vgl. Rawls 2011, S.40 ff). Denn deren Vorstellung zufolge ist eine gerechte Ordnung dann erreicht, wenn - wie bei Mill - die größte Zahl der Menschen einen größtmöglichen Nutzen aus der gesellschaftlichen Ordnung ziehen. Problematisch ist bei dieser Konzeption nicht allein Frage, wie der Nutzen substantiell bestimmt werden kann. „Gerechtigkeit ist nichts von der Art ‘Nutzen’, so wenig Freiheit oder auch Rechtsgleichheit etwas ‘Nützlich’, also Konditioniertes sind. Das ‘größte Glück der größten Zahl’ dagegen als Gerechtigkeitsprinzip verstanden, ist der Satz, dass das faktische ‘Unglück der kleinstmöglichen Zahl’ gerecht ist“ (vgl. Hoffmann 2011, S.93) So macht auch Rawls darauf aufmerksam, dass diese Konzeption gerade auch in einem demokratischen Gemeinwesen nicht unproblematisch ist. Denn Minderheiten laufen in dieser Konzeption Gefahr, den Interessen der Mehrheit schutzlos ausgeliefert zu sein (vgl. Rawls 2011, S.40ff). Auch die Weiterentwicklung und Differenzierung utilitaristischer Theorieansätze kommen - wie etwa Gutmann zeigte - aus dieser grundsätzlichen Problematik nicht heraus, weil sich etwa die klassische Menschenrechte auf einer rein utilitaristischen Perspektive kaum legitimieren lassen (vgl. Gutmann 2011).

Um zu zeigen, dass Gerechtigkeits – bzw. Verteilungsfragen einer rationalen Klärung zugänglich sind, greift Rawls in der klassischen Tradition der sog. Vertragstheorie auf ein Gedankenexperiment zurück, nämlich auf eine simulierte Vereinbarung zwischen den Bürgern: „Lässt man die Voraussetzung des vernünftigen Pluralismus gelten, können sich die Bürger nicht auf irgendeine moralische Autorität - etwa auf einen heiligen Text, eine religiöse Institution oder Tradition - einigen. Ebenso wenig kann es Übereinstimmung geben hinsichtlich einer moralischen Wertordnung oder bezüglich der von manchen so gesehenen Vorschriften des Naturrechts. Welche bessere Alternative kann es also überhaupt geben als eine unter für alle Beteiligten fairen Bedingungen getroffene Vereinbarung zwischen den Bürgern selbst“ (Rawls 2006, S. 39). Natürlich kann eine solche Vereinbarung nicht bzw. nur bedingt realiter getroffen werden. Man stelle sich aber vor, dass freie, gleiche und vernünftige Bürger zusammenkommen, um sich über die Verteilung der von Rawls genannten materiellen Grundgüter - quasi basisdemokratisch - zu einigen. Natürlich könnte man hier spezifische Diskursregeln aufstellen. Aber vermutlich wäre dadurch nichts gewonnen, weil die konkreten empirischen Ausgangslagen der beteiligten Bürger ungleich wären (Talente, Herkunft, Motive) und nicht auszuschließen wäre, dass ihre subjektiven Vorteilsabwägungen die Kooperationsvereinbarungen letztlich unterliefern. Was aber, wenn diese Bürger in einer fiktiv konzipierten Situation zusammenkämen, noch bevor sie eine Ahnung davon haben, mit welchen Gaben, mit welchen materiellen und sozialen Voraussetzungen und mit welchen psychischen und körperlichen Merkmalen sie sich der komplexen sozialen Realität tatsächlich stellen müssen? Wenn sie also unter der Bedingung des Nicht-Wissens („*veil of ignorance*“) ihre Interessen vertreten müssen? Um Missverständnisse zu vermeiden: Solche sog. vertragstheoretische Erörterungen sind generell nicht willkürlich oder beliebig. Die vertragstheoretisch strukturierte Beweisführung „funktioniert wie der kategorische Imperativ als Prüfinstanz, unter deren Verwendung bestimmte Gesetze ausgeschlossen werden müssen, falls sie die Bedingungen nicht erfüllen“ (vgl. Bedorf 2012, S.51). Die Vertragstheorie versucht also über eine fiktive (aber inhaltlich stringent strukturierte) Verhandlungssituation die Zustimmungsfähigkeit zu den Ordnungsprinzipien des Gemeinwesens herauszuarbeiten. Für Rawls erzeugt die logische Stringenz bzw. Widerspruchsfreiheit der Ordnungsprinzipien eine „intrinsische Vernünftigkeit“ und damit die Notwendigkeit (Idee des „Überlesungs-Gleichgewichtes“), dass die vernunftbegabten Bürger ihr auch zustimmen (vgl. Rawls 2006, S. 61). Anders formuliert: Differenzen in den Gerechtigkeitsvorstellungen der einzelnen Bürger

lassen sich durch ihre logischen Widersprüche auflösen und durch logisch konsistente Kernprinzipien - wie eben die von Rawls - ersetzen.

In dem von ihm vorgeschlagenen Gedankenexperiment (vgl. Rawls 2006, S. 38ff und 2011, S. 34ff), sind die Bürger nicht nur frei von Individualität. Sie sind - wie in der klassischen Spieltheorie - auch nur durch ihr rationales Eigeninteresse motiviert. Jeder beteiligte Bürger ist Sachverwalter ausschließlich eigener Anliegen. Soziale, gar altruistische Erwägungen sind überflüssig, weil es eben nur darum geht, das eigene Interesse in die Waagschale zu werfen und eben darüber zu grundlegenden Vereinbarungen einer zukünftigen Kooperation mit Blick auf die – mäßig knapp veranschlagten – Grundgüter zu gelangen. Insofern ist die Ausgangssituation so strukturiert, dass durch den „Schleier des Nichtwissens“ reale Ungleichheiten ausgehebelt und Menschen quasi unter fairen, weil gleichen Ausgangsbedingungen und zum Zwecke eigener Vorteile in die Verhandlungen eintreten. Dabei sei angemerkt, dass die Motivationslage für eine solche Vereinbarung für Rawls daher rührt, dass in einer komplexen und plural gestalteten Gesellschaft ein bestimmtes Maß an Kooperation zum eigenen Vorteil unerlässlich ist. Die fiktiven Bürger setzen sich also zusammen, weil sie wissen, dass sie in einer modernen, arbeitsteiligen Gesellschaft bis zu einem gewissen Grade aufeinander angewiesen sind, wenn sie denn ihre individuellen Lebenskonzepte tatsächlich umsetzen wollen. Aber sie sind nicht nur genötigt, miteinander zu kooperieren. Sie sind auch auf eine spezifisch verfasste Ausgangsbedingung verwiesen, die ihnen einen Grundbestand an Ressourcen bzw. Grundgütern zur Verfügung stellt. Rawls will also die Pluralität individuell verfasster Lebensentwürfe keineswegs eingrenzen. Im Gegenteil: Zentrales Kernanliegen ist ihm die Freiheit der Bürger. Aber zur Freiheit gehört die institutionelle Rahmung durch bestimmte und konsensfähige Kernprinzipien, die es erlauben, die gegenseitigen unterschiedlichen Ansprüche an den materiellen Gütern zu moderieren und fair auszugleichen. So zeigt sich gerade in der Modellierung der Vertragssituation die „Pointe“ des Gedankenexperiments: Auch ein notorischer Egoist wird so genötigt, in Kategorien der Kooperation und Gerechtigkeit zu denken, um sicherzustellen, dass ihm selbst die soziale Struktur im Falle einer individuell misslichen Realität annähernd gerecht wird.

Aus diesem Gedankenspiel leitet Rawls zwei grundlegende ethische Prinzipien für eine gerechte Gesellschaft ab: Gerechtigkeit bemisst sich also zunächst am Vorrang bürgerlicher Freiheiten und Rechte. Soziale Institutionen müssen so organisiert sein, dass sie die Freiheiten und die Grundrechte ihrer Bürger schützen und gewähren. Dieses Prinzip hat für Rawls

unmittelbare Priorität, weil er damit das Recht gegenüber dem Guten deutlich nuanciert. Der lexikalische Vorrang der Grundfreiheiten vor den materiellen Gütern soll auch sicherstellen, dass ökonomische Überlegungen die Grundrechte nicht dominieren. Das zweite Prinzip ist in Unterpositionen differenziert: Allen Bürgern muss prinzipiell der gleiche Zugang zu Ämtern und gesellschaftlichen Positionen in gleichem Maße offenstehen. Untergeordnet gilt ein weiterer Aspekt des zweiten Prinzips: Ungleichheiten stehen per se nicht im Widerspruch zu Gerechtigkeitsüberlegungen, vorausgesetzt allerdings, dass sich die soziale Ungleichheit so darstellt, dass auch sozial schwache Bürger davon profitieren können (Differenzprinzip). Soziale Ungleichheit ist für Rawls also nicht schlechthin ein Problem der Gerechtigkeit, sondern nur dann, wenn sich auch der Stärkere eben nicht verpflichtet sieht, auch Schwächere an seinem Erfolg – in welchem Ausmaß auch immer - profitieren zu lassen. Damit ist allerdings - wie Wolfgang Kersting anmerkt - kein Sozialstaatsmodell skizziert und ethisch abgeleitet (vgl. Kersting 2008). Denn Gerechtigkeit gilt nur insofern, als der Schwächere an den Tauschbeziehungen tatsächlich teilhat. Rawls lässt sich - wie im Zusammenhang mit dem moralischen Vermögen schon angedeutet - nämlich auch so lesen, dass diejenigen, die in den Kooperationsverhältnissen nichts oder kaum etwas anzubieten haben, aus den Gerechtigkeitsüberlegungen herausfallen. Schwer beeinträchtigte Menschen, die zu einer Kooperationsbeziehung kaum etwas beisteuern können, fallen aus der Vertragssituation heraus und verlieren dadurch ihren subjektiven Gerechtigkeitsanspruch an die Gesellschaft.

4.2. Zur Kritik an John Rawls durch Amartya Sen: Grundlagen des Befähigungsansatzes

Schon früh in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts hat der Ökonom und Nobelpreisträger Amartya Sen in seinen berühmten Essay: „Equality of what?“ (vgl. Sen 1979) seine grundlegenden kritischen Anmerkungen zur Theorie von Rawls formuliert. Die Perspektive, aus der heraus Sen sich mit Rawls auseinandersetzte, war ursprünglich volkswirtschaftlich geprägt. Im Vordergrund stand für ihn die empirisch ausgerichtete Frage, anhand welcher Parameter sich die Lebensqualität in einzelnen Ländern angemessen abbilden ließe. Zentraler Ansatzpunkt seiner Kritik an Rawls war dabei vor allem dessen Metrik bzw. die Fokussierung der Rawls'schen Theorie auf materielle Grundgüter. Nach Sen sollten hingegen weniger die Grundgüter wie Einkommen und Vermögen im Vordergrund gerechtigkeitspolitischer Überlegungen stehen, sondern vordringlich die Chancen, die sich für den einzelnen Bürger für die Verwirklichung der eigenen Vorstellungen eines guten Lebens daraus ergeben (vgl. Sen

1979, S. 200). Auch wenn Rawls später selber betont, dass die Grundgüter nur instrumentellen Charakter haben und keineswegs als intrinsischer Wert gedacht werden dürfen (vgl. Rawls 2006, S. 268f), führt er - nach Auffassung von Sen - diesen schon von Aristoteles geprägten Gedanken nicht überzeugend und konsequent genug zu Ende. Aus der Perspektive Sens läuft Rawls nämlich so Gefahr, eine Informationsbasis zu kreieren, die zur Evaluation sozialer Institutionen und ihrer Gerechtigkeitspraxis kaum geeignet ist; denn „jede substantielle Theorie der Ethik und der politischen Philosophie, vor allem jede Theorie der Gerechtigkeit muss einen Informationsschwerpunkt haben, das heißt, sie muss entscheiden, auf welche Merkmale der Welt wir uns bei der Beurteilung einer Gesellschaft und der Einschätzung von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit konzentrieren sollten“ (Sen 2006, S. 258). Aber will man feststellen (etwa in nationalen Armutsberichten), inwiefern eine politische Ordnung tatsächlich Gerechtigkeitsansprüchen genügt, bedarf es deutlich differenzierterer Angaben als das Ausmaß erwirtschafteter Grundgüter. Allgemeine Vermögensverhältnisse wie etwa das Bruttosozialprodukt - mit dem die allgemeinen Lebensbedingungen in den unterschiedlichen Ländern in der Regel gekennzeichnet werden - spiegeln kaum die Lebenslagen individueller Bürger wider. Denn unter dieser methodischen Engführung drohen soziale Ungleichheiten als differenziertes Bild völlig aus dem Blick zu geraten. Sen illustriert diesen Gedanken anhand seines bekannten Beispiels eines Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen (vgl. Sen 1979, 2005, 2006). Wenn zwei Bürger über das gleiche Vermögen verfügen, bedeutet das noch lange nicht, dass damit auch eine gleichwertige Ressource zur Verfügung steht: Ein Bürger, der beispielsweise auf einen Rollstuhl angewiesen ist, braucht zur Kompensation seiner Beeinträchtigungen deutlich mehr Ressourcen als ein vergleichbarer Bürger, der eben nicht über dieses Handicap verfügt. Welchen Wert also eine wirtschaftliche Ressource tatsächlich hat, ist unmittelbar an die konkrete Lebenslage zurückgebunden und muss aus dieser Perspektive individuell bzw. lebenslagenspezifisch entschlüsselt werden. Wenn – um ein weiteres Beispiel zu bemühen – etwa im Landtag Mecklenburg-Vorpommern darüber gestritten wird, welche Altersarmut zukünftig in Mecklenburg-Vorpommern zu erwarten ist, dann bleibt es ein ziemlich fruchtloses Unterfangen, dies einzig an der jeweilig zu erwarteten Rente und ihrem Geldwert festzumachen. Stattdessen müsste es – folgt man den Gedanken von Sen – hier eher darum gehen, die spezifischen Lebenslagen mit Blick auf Aufwendungen für Gesundheit, Pflege, seniorenrechtliches Wohnen, sozialer Teilhabe etc. herauszuarbeiten und mit den konkreten Einnahmen aus Rente und Vermögen in Beziehung zu setzen. Wer

etwa mit 65 Jahren 1300 € Rente bezieht, kann damit – kein weiteres Vermögen vorausgesetzt – ein immerhin noch bescheidenes Leben führen, zumal wenn er rüstig genug ist, um die Rente mit einem Vertrag für geringfügige Beschäftigung (z.B. Zeitungsaustragen) aufzubessern. Wer aber in dieser Ausgangssituation gesundheitlich stark beeinträchtigt und etwa auf Dienstleistungen angewiesen ist, für den kann sich die Höhe seiner Rente als Desaster erweisen, weil sich so seine Handlungsmöglichkeiten stark limitieren. Analysiert man also die Lebensbedingungen der Menschen in einem Land, sagen Vermögenswerte (also z.B. das erwirtschaftete Bruttosozialprodukt oder die Einkommensverhältnisse) kaum etwas über die tatsächliche Lebensqualität aus. Auch auf den Bereich psychischer Erkrankungen ist das zu übertragen: Wer psychisch erkrankt ist und seine Arbeit verliert, braucht mehr - und andere - Ressourcen, um einen bestimmten Lebensstandard zu erreichen als etwa ein Universitätsabsolvent, der perspektivisch nur jene Zeit auf Unterstützung nach dem SGB-II angewiesen ist, die er braucht, um seine Bewerbungsaktivitäten abzuschließen. Dieser Gedanke bildet den theoretischen Kern des Capability Approach (vgl. Sen 2006, S. 258), der fordert, die Lebensqualität und die tatsächlichen Bedingungen, in den Menschen leben, differenzierter abzubilden. Zentrale Begriffe sind dabei die Befähigungen („capabilities“) und die Funktionsweisen („functionings“). Befähigungen sind demnach die Chancen und Möglichkeiten sich für eine bestimmte und konkrete Handlung frei zu entscheiden. Funktionsweisen hingegen sind die tatsächlich realisierten und verwirklichten Optionen. Funktionsweisen ihrerseits sind aber wiederum die Bedingungen für weitere Befähigungen. Wer Fahrradfahren möchte, muss auf eine Reihe von motorischen, kognitiven Befähigungen zurückgreifen. Sonst geht es nicht, selbst wenn ein fahrtüchtiges Fahrrad vorhanden sein sollte. Je mehr Befähigungen ein Mensch also erworben hat, desto größer sein prinzipieller Handlungsspielraum. Ob diese Befähigungen tatsächlich umgesetzt werden können, ist auch eine Funktion der sozialen Struktur und ihrer darin eingelagerten Gelegenheiten. Insofern fokussiert Sen als Maßstab staatlicher Gerechtigkeitspolitik die Befähigung jedes Bürgers, seine Freiheit nach eigenen Maßstäben zu nutzen. Dabei deckt nach Sen der Befähigungsbegriff - anders als vielleicht seine Konnotation nahelegt - nicht allein personale Kompetenzen ab, sondern ist primär unmittelbar auf die strukturellen Verwirklichungs- bzw. Gelegenheitschancen der jeweiligen Gesellschaft bezogen (vgl. Röh 2013). Dadurch wendet sich Sen gegen jede einseitige Vereinnahmung der Befähigung durch entweder rein individualisierende – oder konträr gedachte – sozialstrukturelle Zugänge. Wenn im Rahmen

eines sozialpsychiatrischen Arbeitsprojekts individuelle Arbeitskompetenzen der Patienten tatsächlich entwickelt werden, gleichzeitig aber keine Möglichkeit besteht, diese auch tatsächlich in einer realistischen Arbeitsstruktur umzusetzen (weil es weder Praktikumsplätze gibt noch eine feste Anstellung), dann können individuelle Befähigungen nicht in realistische Wahlmöglichkeiten transformiert werden. Ob allerdings - in einem günstig gedachten Falle - tatsächlich der Patient entscheidet, die angebotene Arbeit aufzunehmen, bleibt letztlich der Freiheit des Patienten vorbehalten und kann unter Gerechtigkeitsaspekten nicht im Vorfeld entschieden werden. Das mag zynisch anmuten, weil Arbeit gemeinhin als Grundbedürfnis bzw. als Zentrum eines guten Lebens gilt. Anders als – wie zu zeigen sein wird – Martha Nussbaum verweigert sich Sen jedoch zugunsten eines gesellschaftlich-demokratischen Diskurses einer ethisch differenzierten Vorgabe dessen, was letztlich ein qualitatives Leben konkret ausmachen könnte (vgl. Sen 2005, S. 160). Ihm geht es hier insbesondere allein um die Förderung der Freiheit eines Menschen, sich – wie auch immer - zu entscheiden und somit handlungsfähig zu bleiben. Dafür sind allerdings – und auch das macht seinen Gerechtigkeitsanspruch aus – vor allem auch strukturelle Voraussetzungen in Form von materiellen und sozialen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Unabhängig davon sieht Sen eben nicht die je konkreten Handlungsergebnisse („functionings“) oder - wie Rawls - die materiellen Grundgüter als ethische Kernkategorie der Verteilungsgerechtigkeit an, sondern allein die konkreten Befähigungen, die eben optional zu bestimmten Handlungsergebnissen führen und damit zu einem Leben, dass der Person erlaubt, „die Dinge zu tun, die sie mit gutem Grund hochschätzt“ (Sen 2006, S. 259). Die gleiche Ausstattung von Grundgütern kann - um es zu pointieren - eben zu unterschiedlichen Niveaus an Befähigungen führen und damit zu unterschiedlichen Chancen, individuelle Lebenskonzepte zu verwirklichen.

Im Kontext (sozial)-psychiatrischer Praxis erlaubt es diese theoretische Perspektive, jene sozialen Ungleichheiten, denen psychisch schwer beeinträchtigte Menschen ausgesetzt sind, differenziert in den Blick zu nehmen. Verschiedene Studien (vgl. Kilian 2008) haben in einer Übersicht herausarbeiten können, dass chronisch psychische Erkrankungen mit Armut und Marginalisierung deutlich korrelieren. Vor dem Hintergrund des Befähigungsansatzes ließe sich argumentieren, dass entscheidende Ursache dafür die Tatsache ist, dass trotz der möglichen Verfügbarkeit bestimmter Ressourcen, deren Umwandlung für psychisch kranke Menschen in reale Entscheidungsmöglichkeiten stark limitiert ist. Auch wenn sich Sen zum Thema der Behinderungen nur punktuell geäußert hat, betont er etwa die enge Kopplung von Armut und

Behinderungen: „Manchmal sind es vergleichbare Beeinträchtigungen wie Alter oder Behinderung oder Krankheiten, die es nicht nur erschweren, ein Einkommen zu erwerben, sondern - wenn ein Einkommen tatsächlich da ist - es auch in gesellschaftliche Chancen umzusetzen. Ein hoher Anteil von Menschen in den reichen Industrieländern haben genau diese Umwandlungsschwierigkeit: Deswegen ist das Ausmaß an Armut in solchen Ländern oftmals unterschätzt, weil die Kopplung von Einkommenserwerb und Nutzung eines Einkommens zur Erweiterung der Befähigungen übersehen wird.“ (Sen, 1992, S. 113, eigene Übersetzung, A.S.). Dieser Zusammenhang deckt sich mit zentralen Erkenntnissen aus der Gesundheitswissenschaft: Armut ist in westlichen Industriegesellschaften mit beträchtlichen Einschränkungen der Gesundheit verknüpft, weil hier zwar - durch die Sozialgesetzgebung oder einer sehr geringen Entlohnung - kein radikales „income-earning handicap“ vorliegt, aber eben mit der materiellen Basis keine gesellschaftlichen Chancen („Umwandlungs-Handicap“) erreicht werden können (vgl. Sen, 1992, S. 113, aber auch Keupp 2011). Gerade mit Blick auf Menschen mit Behinderungen wird die Abgrenzung gegenüber Rawls so deutlich konturiert: „Indem Rawls der Metrik der Grundgüter eine derart herausgehobene Stellung gibt, spielt er die Tatsache herunter, dass unterschiedliche Menschen aufgrund persönlicher Eigenschaften oder unter dem Einfluss ihrer geographischen und sozialen Umwelt oder durch ihre relative Benachteiligung (...) sehr unterschiedliche Chancen haben, allgemeine Ressourcen (etwa Einkommen oder Vermögen) in Befähigungen, also das, was sie tatsächlich tun oder nicht tun können, umzuwandeln. Die Varianten in den Umwandlungschancen kann man nicht als eine Frage `besonderer` Bedürfnisse abtun, sondern sie sind Ausdruck tiefgreifender, kleinerer, mittlerer und großer Abweichungen in der *conditio humana* und den relevanten sozialen Lebensbedingungen“ (Sen 2006, S. 289). Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Während Rawls seinen Schwerpunkt auf die Verwirklichung eines negativen Aspektes von Freiheit setzt (im Sinne einer Abwehr staatlicher Übergriffigkeit), greift Sen explizit die Bedeutung der positiven Freiheitsaspekte auf, und zwar als Freiheit zur Konzeption und zur Verwirklichung ureigener Lebenspläne. Dem Befähigungsansatz liegt so die zentrale Überzeugung zugrunde, dass „es für Menschen und andere Wesen wertvoll sei, die Freiheit zu haben, ihre angelegten Fähigkeiten zu bilden, und gemäß ihren Fähigkeiten zu leben. Die Freiheit, gemäß seinen Fähigkeiten zu leben, beinhaltet die sozialen, psychologischen und materiellen Grundbedingungen, die es ermöglichen, diese Fähigkeiten zu entwickeln und auszuüben“ (Heinrichs 2004, S. 182). Positive Freiheiten können aber nur als Entscheidungsoptionen dargestellt werden (vgl.

Grundmann 2011). Denn auf der Ebene beobachtbarer Verhaltensweisen lässt sich kaum ad hoc erkennen, ob sie Ausdruck eines wie auch immer definierten Zwanges sind oder tatsächlich aus freien Überlegungen resultieren. Aber nimmt man diese positiven Freiheiten stärker in den Blick, wird deutlich, dass sie ohne sozioökonomische Perspektiven kaum sinnvoll gedacht werden können.

Unterstreicht Sen so die Bedeutung der Befähigungen eines Menschen, dann grenzt er sich nicht nur gegenüber Rawls ab, sondern auch gegenüber den utilitaristischen Theorien. Entscheidender Kritikpunkt Sens an utilitaristischen Ansätzen ist dabei, dass zur Bewertung gesellschaftlicher Zustände - quasi als Informationsbasis - insbesondere auf Präferenzen der Akteure Bezug genommen wird: Handlungsergebnisse werden unter utilitaristischer Perspektive in Form von Zufriedenheitsurteilen als Bewertungskriterien für die Evaluierung sozialer Institutionen deutlich betont. Dies ist allerdings problematisch, da die Gefahr einer sog. adaptiven Präferenzbildung kaum zu verhindern ist und unter diesen Bedingungen Zufriedenheitsbekundungen häufig zur Stabilisierung bestehender (Ungleichheits-)Strukturen führen (vgl. Sen 1999, S. 62ff). Denn Menschen neigen - wie die sozialpsychologische Theorie der kognitiven Dissonanz herausstreicht - unter bestimmten Bedingungen dazu, ihr Aspirationsniveau den gegebenen Bedingungen anzupassen (vgl. Festinger 2012). Wer beispielsweise langjährige Bewohner psychiatrischer Heime auf ihre Zufriedenheit mit der Dienstleistung befragt, wird kaum überrascht sein, wenn die Zufriedenheitswerte eher gut ausfallen. Zumindest besteht die Gefahr, dass trotz vielleicht bestehender Unzufriedenheit des Patienten die Erfahrungen der Hospitalisierung und der damit einhergehenden Reduktion der Selbstwirksamkeitserwartungen zu erheblichen kognitiven Dissonanzen führt, die ihrerseits nur durch eine Aufwertung des Heimaufenthaltes gelöst werden können. Das bedeutet nun im Umkehrschluss nicht, Zufriedenheitsurteile vollständig zu ignorieren. Aber wenn sie das einzige Kriterium sind, bleibt das Risiko, dass zentrale Aspekte von Gerechtigkeit nicht erkannt werden. Insofern ist die Problematisierung subjektiver Zufriedenheitswerte keine Einladung, subjektgebundene Evaluierung grundsätzlich einer mangelnden Authentizität zu verdächtigen. Dies würde ein Ausmaß an paternalistischen Reaktionen heraufbeschwören, die unter liberal-demokratischem Gesichtspunkt inakzeptabel wären. Insofern mahnt Sen letztlich nur an, Zufriedenheitskriterien nicht zu verabsolutieren sondern - sozusagen: korrektiv - den Schwerpunkt bei der Evaluation etwa von psychiatrischen Maßnahmen auch auf individuell ausgeprägte Entscheidungspotentiale und -optionen zu legen. Dadurch wird die

prinzipiell freiheitliche Ausrichtung einer psychiatrischen Intervention sehr viel deutlicher unterstrichen als durch die apodiktische Anwendung eines Zufriedenheitskriteriums.

Wenn aber in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit die Befähigungen rücken, was wären dann die zentralen Aspekte, die diese Befähigungen prägen bzw. die Umwandlungschancen der verfügbaren Ressourcen in substantielle Freiheiten beeinflussen? Sen (vgl. Sen 2006, S.283) formuliert vier Quellen, die zu Variationen in den Befähigungen beitragen: Ungleichheiten persönlicher Merkmale, Unterschiede in den geographischen Umwelten, Varianten im Sozialklima sowie Differenzen in gemeinschaftsbezogenen Perspektiven. Während die persönlichen Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Gesundheit) und auch die geographischen Umwelten als natürliche Rahmenbedingungen einer Gesellschaft plausibel erscheinen, meint Sen mit dem Sozialklima die gesellschaftliche Grundausstattung an Gesundheitsdiensten, an Erziehungsinstitutionen sowie die Standards der Kriminalitätsbekämpfung. Neben solchen öffentlichen Institutionen gehören für Sen aber auch soziale Kontakte und Netzwerke dazu, die mit dem soziologischen Begriff des „Sozialkapitals“ beschrieben sind. Positiv gesehen vermittelt „Sozialkapital“ beispielsweise informelle Unterstützungen und Informationen. Die Schattenseite aber ist die Tatsache, dass daraus Differenzen in gemeinschaftsbezogenen Perspektiven entstehen, die sich als Ab- und Ausgrenzungen gegenüber anderen Gruppen oder Einzelnen verfestigen können. Gerade im Kontext der Psychiatrie lassen sich darunter auch die Stigmatisierungsprozesse fassen, die so die Befähigungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigung nachhaltig begrenzen können (vgl. Schomerus et al. 2013).

Insofern sind es also nicht allein individuelle Parameter, die die Umwandlungschancen beeinflussen. Auch sozialstrukturelle Bedingungen prägen das Ausmaß tatsächlicher Freiheiten nachhaltig. Diese - von Sen als instrumentelle Freiheiten bezeichneten - Bestimmungsgrößen sind jene, „ auf die der Staat, Unternehmen und andere gesellschaftliche Akteure unmittelbar Einfluss nehmen können“ (Arndt et al. 2006, S.11) und die mit den individuellen Potentialen in Wechselwirkung stehen. Unterschreiten diese instrumentellen Freiheiten in einer Gesellschaft ein bestimmtes Niveau, dann sind die Chancen auf eine Umwandlung vorhandener Güter eher beschränkt. Allerdings bleibt hier zu fragen, ob nicht auch ein „zu viel“ an Chancen paradoxerweise die Freiheit einschränken kann, und zwar dann, wenn die Komplexität der Chancen unübersichtlich wird und den einzelnen Bürger in seiner Optionsvielfalt überfordern.

4.3. Der Befähigungsansatz nach Martha Nussbaum

Die Philosophin und Altphilologin Martha Nussbaum hat ursprünglich gemeinsam mit Amartya Sen den Befähigungsansatz konzipiert, aber später einen eigenen Weg der Weiterentwicklung eingeschlagen, indem sie den Befähigungsansatz eher moralphilosophisch zu vertiefen versuchte. Für die psychiatrische Praxis können ihre Arbeiten insofern von Interesse sein, weil sie insbesondere in ihrer Publikation „Grenzen der Gerechtigkeit“ (original 2006, dt. 2011) das Thema schwerer geistiger und psychischer Behinderungen explizit aufgegriffen hat. Dabei fokussiert sie die Frage, wie sich subjektive Gerechtigkeitsansprüche gerade von schwer beeinträchtigten Menschen gegenüber der Gesellschaft begründen lassen? Ihre Kritik an Rawls entzündet sich daran, dass sie in seinen Überlegungen die Situation von Menschen mit Behinderungen komplett ausgegrenzt sieht. Der gesellschaftlichen Problematik des Umgangs mit stark beeinträchtigten Menschen werde das Rawl'schen Denken kaum gerecht (vgl. Nussbaum 2010, S.46). In ihren theoretischen Überlegungen greift sie zunächst auf die anthropologischen Überlegungen von Aristoteles zurück (vgl. Nussbaum 1999, S.86ff). Nach dessen teleologischer Auffassung ist der Mensch ein politisches bzw. soziales Wesen, der seine Ziele nur in der Verzahnung mit den Zielen anderer Menschen umsetzen kann („zoon politikon“). Höchstes und letztes Ziel des Einzelnen wie auch die staatliche Gemeinschaft („polis“) ist dabei die „Glückseligkeit“ („eudaimonia“) (vgl. Hofmann 2011). Reichtum und Güter sind deshalb kein Selbstzweck. Sie sind zwar notwendig, letztlich aber nur instrumentell zu verstehen, um individuelle Vorstellungen eines guten Lebens zu erreichen. Ferner nimmt Aristoteles an, dass „ die Aufgabe des Staates nicht richtig verstanden oder gut erfüllt werden kann, wenn sie nicht auf einer ziemlich umfassenden Theorie des guten Lebens basiert. Die Aufgabe des Staates wird faktisch durch eine solche Theorie definiert.“ (Nussbaum 1999, S. 32). Für Nussbaum ist folglich jeder Diskussion über die Strukturprinzipien einer staatlichen Ordnung immer eine - mehr oder minder explizite - Konzeption eines „Guten Lebens“ zwangsläufig vorgeschaltet. Wie ein Staat verfassungsrechtlich organisiert ist, welche politischen Schwerpunkte rechtlicher oder sozialer Art gesetzt werden, welche Verteilungskriterien der gesellschaftlich erwirtschafteten Güter zum Tragen kommen oder die (heimliche) Struktur der Exklusionskriterien von Menschen mit Behinderungen, bleiben immer an ein normatives Vorverständnis bzw. an das gesellschaftliche Primat des „Guten Lebens“ gekoppelt. Nun ist diese Überlegung von Rawls keineswegs so weit entfernt wie es scheint. Auch er hatte ja ebenfalls über seine Definition der Grundgüter eine Theorie des

„Guten Lebens“ in seine Überlegungen integriert. Für Nussbaum aber ist dessen normative Vorgabe nicht nur zu knapp ausgefallen sondern zudem auch noch falsch konstruiert: Dass Güter kein Wert an sich sind, sondern erst in Rückbindung mit den jeweiligen Lebenslagen der individuellen Bürger ihre Valenz entfalten können, ist Kernaussage des Befähigungsansatzes. Güter sind Mittel zur Umsetzung eines „Guten Lebens“, dürfen somit mit dem „Guten Leben“ selber nicht verwechselt werden. Insofern muss dann auch der subjektive Gerechtigkeitsanspruch des einzelnen Bürgers über die Bereitstellung eines bestimmten Niveaus sozialer Güter hinausgehen (vgl. Nussbaum 1999, S.46ff; 2010, S.182ff). Die Rawl'sche Konzeption von Grundgütern wird diesem Anliegen allerdings kaum gerecht: „In der von den Rawlschen Parteien zusammengestellten Liste der Grundgüter fehlen einige Güter (vor allem das der Versorgung, aber ganz allgemein eine große Bandbreite menschlicher Fähigkeiten), die sowohl für wirkliche Menschen mit 'normalen' Fähigkeiten, die aber dennoch auf andere angewiesen sind, als auch für geistig oder körperlich behinderte Menschen von großer Wichtigkeit zu sein scheinen.“ (Nussbaum 2011, S.199) Insofern reicht die Kritik Nussbaums an Rawls über dessen Konzeption der Grundgüter weit hinaus. So bestimmt Nussbaum im Anschluss an Aristoteles „dass die Aufgabe des Staates sowohl auf die *Breite* als auch auf *Tiefe* angelegt ist. Auf *Breite* insofern, als sie das gute Leben nicht nur einer kleinen Elite, sondern alle Mitglieder im Auge hat. Sie hat das Ziel, die Lebensumstände eines jeden Mitgliedes über eine bestimmte Schwelle hinaus auf eine Stufe zu heben, auf der es ihm möglich ist, ein gutes Leben zu wählen und zu führen. Auf *Tiefe* insofern, als sie es nicht nur mit Geld, Grund und Boden, Chancen und Ämtern zu tun hat, also mit den Gütern, die traditionell vom Staat verteilt werden, sondern mit der Totalität der Fähigkeiten und Tätigkeiten, die das gute menschliche Leben ausmachen“(Nussbaum 1999, S.33).

4.3.1. Zur *Breite* gerechtigkeitsbezogener Forderungen an den Staat

Mit Blick auf die *Breite*, hinterfragt sie die von Rawls konstruierte Ausgangsbedingung seines vertragstheoretischen Gedankenexperiments. Damit die dort strukturierte Situation tatsächlich zu den Kernprinzipien der Gerechtigkeit führt, hatte Rawls die Kooperationsbereitschaft der freien, der gleichen und der rationalen - weil vorteilsorientierten - Bürger vorausgesetzt. Nussbaum stellt hier zwei kritische Fragen: Zum einen setzt die Bedingung einer Kooperationsbereitschaft nach Rawls voraus, dass die beteiligten Bürger einander von Nutzen sein können. Was ist aber mit jenen, die aus dieser Grundsituation schon

deshalb herausfallen, weil sie den anderen Bürgern nicht von Nutzen sein können? Was ist mit jenen, mit denen es für die beteiligten Bürger kaum Vorteile brächte, zu kooperieren? Den Menschen mit schweren geistigen und psychischen Behinderungen zum Beispiel? Welchen Sinn würde es ergeben, aus der Perspektive des Eigeninteresses mit jenen zusammenzuarbeiten, die keinen vordergründigen Nutzen abwerfen (vgl. Nussbaum 2010, S.170ff)? Natürlich kann man dagegen einwenden, dass – wie es in der behindertenpolitischen Leitformel „Teilhabe ist Teilgabe“ heißt – auch Menschen mit schwersten Behinderungen durch positive Lernerfahrungen und durch zivilisatorische Beiträge die Gemeinschaft bereichern können. Aber so selbstevident ist dieser Einwand unter dem Vorzeichen eines streng rationalen und nutzenkalkulierenden Denkens freilich nicht: „Eine vollständige Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen setzt ein weitreichendes und tiefer gehendes Wohlwollen voraus, zu dem die Bereitschaft gehört, nicht nur den eigenen Vorteil zu opfern sondern auch den Vorteil der Gruppe. Man müsste mit bestimmten Menschen kooperieren, obwohl es sowohl möglich als auch vorteilhaft wäre, diesen Menschen die Kooperation zu verweigern“ (Nussbaum 2011, S. 176). Wenn man hier etwa an das Problemfeld der sog. Systemsprenger denkt, wird die Tragweite der Überlegungen deutlich: Warum sollte eine Gesellschaft - nicht gerade geringe - Ressourcen in die Behandlung und Betreuung dieser Menschen investieren, wenn kaum absehbar ist, dass diese Menschen jemals aus der Abhängigkeit sozialer Dienste entlassen werden können und gesellschaftliche Produktivität entwickeln? Wieweit reichen hier subjektive Gerechtigkeitsansprüche der betroffenen Menschen gegenüber der Gesellschaft? Ohne die Ergänzung des Vorteilsdenkens durch ein altruistisch geprägtes Wohlwollen liefe das reine Vorteilsdenken Gefahr, sich als öffentliche Moral zu tarnen und darüber die Gerechtigkeitsansprüche der Starken gegenüber den Schwachen zu verabsolutieren. Allerdings greift Nussbaum so das Fundament der Rawl'schen Überlegungen an. Denn seine kontraktualistische Simulation wurzelt in der Annahme einer Motivation durch ein vorteilsbezogenes Denken der beteiligten Bürger. Damit steht und fällt die Plausibilität dieses Gedankenspiels. Würde man noch andere – nämlich altruistische - Motive berücksichtigen wollen, käme man leicht in einen infiniten Regress, weil man ja nun das voraussetzt, was eigentlich erst das Ergebnis der Simulation sein sollte. Zudem würde es die Ausgangssituation so verkomplizieren, dass nicht mehr sicher wäre, ob sich dann daraus Grundannahmen ethischen Handelns ableiten ließen, die in ihrer Logik und Rationalität auf allgemeine Akzeptanz stießen (vgl. Nussbaum 2010, S.149ff). Dass Rawls der Kritik Nussbaums

so wenig Aufgeschlossenheit entgegenbringen konnte – selbst wenn er ihre grundsätzlich moralische Position auch teilte -, liegt auf der Hand. Er verwies (vgl. Rawls 2006, S.259ff) zum einen darauf, Menschen mit Behinderungen auszuklammern und deren Anliegen in einer zweiten, nämlich konkret juristischen Stufe zu behandeln und Behinderungen als versicherungstechnische Fälle zu behandeln. Beide Ideen sind aber kaum überzeugend. Es wäre ein Widerspruch in sich, wenn die Kernprinzipien sozialer Gerechtigkeit von vornherein exkludierend konzipiert wären. Auch hat es einen „Beigeschmack“, wenn Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen als eine Art von Unfall wahrgenommen werden, gegen die man sich als Gesellschaft nur versicherungstechnisch wappnen müsse. Dadurch wäre ein Menschenbild konstruiert, in dem schwere und chronische Beeinträchtigungen allenfalls nur eine marginale (!) Bedeutung haben. Ein weiterer Kritikpunkt Nussbaums betrifft den impliziten Personenbegriff bei Rawls: Denn die Modulierung der Vertragssituation setzt Bürger voraus, die über ein bestimmtes Niveau an Rationalität verfügen. In seinen Ausführungen zu den moralischen Vermögen hat Rawls dies explizit formuliert. Eine solche Gleichsetzung von Person und Rationalität kann als das klassische Erbe kantischer Moralphilosophie gelten: Um eine anthropologische Abgrenzung gegenüber den Tieren vorzunehmen und moralphilosophisch in seiner fundamentalen Würdekonzeption zentral zu positionieren, hat - besonders wirkungsmächtig - Kant die Vernunft als wesentliches Differenzmerkmal gegenüber tierischen Wesen postuliert (vgl. Menke und Pollmann 2007, Gutmann 2010): „Doch ist in dieser Theorieperspektive der Blick auf die Selbstbestimmungsfähigkeit eingeengt. Andere Eigenschaften und Fähigkeiten von Personen finden nur insoweit Berücksichtigung, als sie zur Ausbildung und Erhaltung der Selbstbestimmungsfähigkeit dienen“ (vgl. Steckmann 2010, S.105). Rationalität und Vernunft werden so als konstituierende Größe des Menschseins bestimmt. Andere Facetten des menschlichen Lebens wie etwa die Sorge um andere oder der emotionale Weltbezug werden dadurch anthropologisch entwertet (vgl. Nussbaum 1999, S. 187ff) und somit auch jene Menschen, deren Zugang zur Welt - zumindest aus der Außenperspektive des „Normalbürgers“ - eher „irrational“ getönt scheint. Dass Rawls so nur mit einem - aus Sicht des Befähigungsansatzes - begrenzten Personenbegriff operiert, ist für Nussbaum kein verzeihliches Randproblem, sondern hat unmittelbare Konsequenzen für die gesamte Gerechtigkeitstheorie: „Alle kontraktualistischen Theorien müssen bestimmte Annahmen über die Rationalität im Verhandlungsprozess machen und alle gehen davon aus, dass die

Vertragsparteien mit jenen Bürgern, für die diese Prinzipien formuliert werden, identisch sind.“ (Nussbaum 2011, S. 100) Mit anderen Worten: Diejenigen Bürger, die kraft ihrer Fähigkeit zur Rationalität die Grundprinzipien entwickeln, sind sie auch nur diejenigen, für die diese Prinzipien schließlich gelten. Die Auswahl bleibt zwangsläufig exklusiv und elitär.

4.3.2. Zur *Tiefe* gerechtigkeitsbezogener Forderungen an den Staat

Der Befähigungsansatz stellt die Forderung in den Mittelpunkt, dass sich die staatlichen Aufgaben unter der Gerechtigkeitsperspektive nicht nur in der Verteilung von Gütern erschöpfen dürfen, sondern darüber hinaus einen – wie auch immer gesellschaftlich definierten - Beitrag zur Verwirklichung des „Guten Lebens“ jeden Bürgers leisten müssen.

Während Sen sich darauf beschränkte, die Befähigungen als Kernprinzipien gegenüber den Grundgütern ethisch deutlich zu markieren, geht Nussbaum weit darüber hinaus: Sie versucht, eine Matrix des „Guten Lebens“ zu definieren. Wie ein „Gutes Leben“ in einem jeweiligen gesellschaftlichen Kontext auszubuchstabieren ist, überlässt Sen hingegen wesentlich den jeweiligen demokratischen Entscheidungsprozessen (vgl. Sen 2005, S.157ff). Auch Rawls hatte sich in seiner Konzeption der Grundgüter als „schwache“ Theorie des Guten bewusst bescheiden gehalten, um demokratischen Institutionen und Diskursprozessen nicht vorzugreifen. Nach Nussbaum müssen aber die normativen Vorannahmen zur Bewertung gerechter Strukturen explizit gemacht werden, damit eine differenzierte Diskussion – als Voraussetzung eines bürgerlichen Konsenses - überhaupt möglich ist. Dabei ist es keineswegs ihr Anliegen, eine für alle Zeiten gültige Konzeption vorzulegen. Es geht ihr vielmehr um die Konturen eines Mindeststandards an Befähigungen, die ein Staat fördern muss, damit er dem Anspruch eines gerechten Gemeinwesens tatsächlich genügen kann. Der Befähigungsansatz im Sinne Nussbaums „ist also keine umfassende moralische Lehre, sondern eine politische Theorie elementarer Ansprüche“(Nussbaum 2011, S.218). Moralphilosophisch begründet sie diese Sollensforderung dadurch, dass sie diese Ansprüche mit einer Würdekonzeption fundiert. Menschliche Würde – so ihr Tenor – entsteht nicht etwa im Kant’schen Sinne durch die personale Autonomie zur allgemeinen Gesetzgebung, sondern ist sehr viel grundlegender anzusiedeln: Nämlich in der totalitären und sozial ausgerichteten Bedürftigkeit des Menschen und in der Verfügbarkeit zentraler Grundbefähigungen (vgl. Nussbaum 2010). In ihrer Würdekonzeption kommt dem Staat die Aufgabe zu, die prinzipielle und differenzierte Vulnerabilität des Menschen anzuerkennen und zu schützen. Nussbaums Vorstellung

menschlicher Würde hebt sich so von jenen eindimensionalen Würdekonzptionen ab, die ihre Substanz vor allem in dem freiheitlichen Vermögen zur produktiven Leistungsfähigkeit, Selbstbestimmung und Rationalität verorten. Dabei leugnet Nussbaum keineswegs, dass diese Attribute Relevanz haben. Aber sie macht darauf aufmerksam, dass der Alltag der Menschen in dieser Konzeption kaum angemessen abgebildet ist. „Denn mit der immer weiter voranschreitenden Verlängerung des Lebens erweist sich die relative Unabhängigkeit, die die Menschen eine Zeitlang genießen, mehr und mehr als ein vorübergehender Zustand, als eine Lebensphase, in die wir allmählich hineinwachsen und die wir nur schnell wieder hinter uns lassen. Selbst in den besten Jahren unseres Lebens erleben viele von uns kürzere oder längere Perioden extremer Angewiesenheit auf andere – etwa nach größeren medizinischen Eingriffen oder schwersten Verletzungen, während einer Depression oder anderen akuten seelischen Belastungen. Auch wenn im Rahmen einer theoretischen Analyse der Versuch gemacht werden kann, solche Phasen im Verlauf eines ‘normalen’ Lebens von einer lebenslangen Beeinträchtigung zu unterscheiden, lassen sich solche Unterscheidungen im wirklichen Leben nur schwer (und zunehmend schwerer) aufrechterhalten“ (Nussbaum 2010, S. 147). Die Bedeutung von Sozialität (im Sinne einer grundsätzlichen Bezogenheit auf die anderen) scheint auch hier wieder auf: Menschliches Leben vollzieht sich in der Theorie von Nussbaum zwischen den Polen der Abhängigkeit und Autonomie, je nach konkretem Lebenskontext und gesundheitlichem Status mal zur einen, mal zur anderen Seite hin ausschlagend. Insofern bewegen sich alle Menschen - zumindest episodisch – in ihrem Leben potentiell in asymmetrischen Konstellationen. So verknüpft Nussbaum „das Moment der Freiheit von Wahl und Entscheidung, einschließlich der Entscheidung für eine bestimmte Lebensform, mit dem von Bezogenheit auf und Gebundenheit an andere“ (List 2010, S.198). Nicht nur die publizierten Daten zur Prognose demographischer Entwicklung und dementieller Erkrankungen unterstützen die Plausibilität dieser Perspektive. Auch die aktuellen Veröffentlichungen zur Verbreitung psychischer Erkrankungen machen deutlich, dass seelische Erkrankungen kein gesellschaftliches Randproblem darstellen (vgl. Wittchen et al. 2011). Man muss aber nicht in eine kommunitaristische Argumentationslogik verfallen, um die zunehmende Bedeutung asymmetrischer Beziehungen auch für die Gesamtbevölkerung anzuerkennen. Wenn aber so die Trennschärfe zwischen Menschen mit schweren Beeinträchtigungen und dem sog. normalen Menschen verschwimmt, werden auch die eher rationalen Menschenbilder - wie sie von Rawls und der liberalen Ökonomie verwendet

werden - der Fragwürdigkeit preisgegeben. Das Anliegen, sich für die Belange auch schwer beeinträchtigter Menschen einzusetzen, kann nach diesem Menschenbild auch nicht mehr durch den Vorwurf eines Partikularinteresse einer Minderheit (der Betroffenen, der Angehörige und/oder der psychiatrischen Institutionen) ausgehöhlt werden. Vielmehr verweist es auf eine existentielle Dimension des Menschseins und seiner Würde. Indem Nussbaum so den Menschen als verletzbares, bedürftiges Wesen konzipiert, rehabilitiert sie aber auch den grundsätzlichen Gedanken der Fürsorge („care“). Anders als etwa in der UN Behindertenrechtskonvention, die diesem Anspruch auf Fürsorge zugunsten der Selbstbestimmung und Inklusion deutlich distanziert gegenübersteht (vgl. Wunder 2012), bestimmt Nussbaum die „Fürsorge“ so als einen wesentlichen Gerechtigkeitsanspruch. Damit ist jedoch nicht die „übergriffige“ Fürsorge einer klassischen Wohlfahrtstradition gemeint, denn dieses wird durch die grundlegende Freiheitskonzeption des Befähigungsansatzes eingeschränkt. Aber dass Menschen aufeinander verwiesen sein können und sich so in asymmetrischen Beziehungsstrukturen bewegen, die nicht per se entwürdigend gedacht werden müssen bzw. den Bürgerstatus anfechten, ist ein zentraler Kerngedanke, der sich durch die ganzen Überlegungen Nussbaums zieht.

4.3.3. Die starke vage Liste der Grundbefähigungen

Was sind nun aber die Gelingensvoraussetzungen des Menschen, um ein Gutes bzw. würdevolles Leben führen zu können? Oder anders formuliert: Welche zentralen Befähigungen müssen von einem Staat gefördert werden, damit seine Institutionen den Anspruch an Gerechtigkeit auch tatsächlich erfüllen? Während die physischen und psychischen Bedingtheiten des Menschen naturwissenschaftlich gut erfassbar sind, sind kulturelle Überformungen menschlicher Lebensformen schwer eindeutig zu erfassen. Nussbaums ursprüngliche Profession als Altphilologin legt ihr vermutlich einen methodisch hermeneutisch geprägten Zugang zu diesem Aspekt nahe: Sie orientiert sich an antiken Mythen und Tragödien, in denen göttliche, animalische und menschliche Wesen so beschrieben sind, dass sich daraus Grenzziehungen herausarbeiten lassen bzw. Merkmale, anhand derer menschliche Wesen eindeutig von göttlichen oder anderen Wesen unterschieden werden können. Nussbaums Idee ist, „dass wir eine vage Idee davon teilen, was es bedeutet, als Mensch in der Welt zu leben, und dass der Übergang in eine ´niedrige` oder ´höhere` Sphäre uns zu Wesen machen würde, die keine menschlichen mehr sind (da wir die artgemäße Identität als ein für

die personelle Identität zumindest notwendiges Element betrachten) –zu Wesen, die nicht mehr wir selbst sind“ (Nussbaum 1999, S.47). Nun scheint es ungewöhnlich zu sein, gerade aus literarischen Zeugnissen und Mythen der Antike die kulturbedingten Kriterien des Menschseins herauszudestillieren. Aber Nussbaums Interesse ist es ja nicht, aus einem philosophischen Elfenbeinturm heraus metaphysische Seinsbestimmungen vorzunehmen, sondern den kulturell fixierten und überlieferten „Selbstbestimmungen“ mit Blick auf die menschlichen Verletzbarkeiten zu folgen. Damit sind keine letzten Wahrheitsansprüche verbunden, sondern selbstbezogene Deutungsschemata menschlicher Existenz, die „vage“ genug bleiben, um revisionsoffen zu sein, aber immerhin noch „stark“ genug sind, um mehr als nur Trivialitäten anzubieten (vgl. Heinrichs 2004). Nussbaum legt dabei folgende Liste vor:

1. **„Leben:** *Die Fähigkeit, ein menschliches Leben von normaler Dauer bis zum Ende zu leben; nicht frühzeitig zu sterben, bevor dieses Leben so eingeschränkt ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.*
2. **Körperliche Gesundheit:** *Die Fähigkeit, bei guter Gesundheit zu sein, wozu auch die reproduktive Gesundheit, angemessene Ernährung und eine angemessene Unterkunft gehört.*
3. **Körperliche Integrität:** *Die Fähigkeit, sich frei zu bewegen; vor Gewalt geschützt zu sein. Gelegenheit zur sexuellen Befriedigung und zur freien Fortpflanzung*
4. **Sinne, Vorstellungskraft und Denken:** *Die Fähigkeit, die Sinne zu nutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu schlussfolgern, und zwar unter Einschluss elementarer Kulturtechniken und unter Wahrung der Meinungs- und religiösen Freiheit; die Fähigkeit, angenehme Erfahrungen zu machen und Schmerz zu vermeiden;*
5. **Gefühle:** *Die Fähigkeit, Bindungen zu Dingen und Personen außerhalb unseres selbst aufzubauen, die Fähigkeit, auf Liebe und Sorge mit Zuneigung zur reagieren und auf Abwesenheit dieser Wesen mit Trauer; die Fähigkeit, an der eigenen emotionalen Entwicklung nicht durch Furcht und Ängste gehindert zu werden. Diese Fähigkeit zu unterstützen heißt auch, jene Arten der menschlichen Gemeinschaft zu fördern, die erwiesenermaßen für diese Entwicklung entscheidend sind.*
6. **Praktische Vernunft:** *Die Fähigkeit, selbst eine persönliche Auffassung des Guten zu bilden und über die eigene Lebensplanung kritisch nachzudenken (Gewissens- und Religionsfreiheit).*

7. **Zugehörigkeit:** A: *Die Fähigkeit, mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen anzuerkennen und Interesse an ihnen zu zeigen, sich auf verschiedene Formen der Interaktion einzulassen; sich in die Lage eines anderen hineinzusetzen (...).* B: *Über die sozialen Grundlagen der Selbstachtung und der Nichtdemütigung zu verfügen; die Fähigkeit, als Wesen mit Würde behandelt zu werden, dessen Wert dem anderer gleich ist. Hierzu gehören die Maßnahmen gegen die Diskriminierung auf der Grundlage ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung, Kaste, Religion und nationaler Herkunft.*
8. **Andere Spezies:** *Die Fähigkeit, in Anteilnahme für und in Beziehungen zu Tieren, Pflanzen und zur Welt der Natur zu leben.*
9. **Spiel:** *Die Fähigkeit, zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen.*
10. **Kontrolle über die eigene Umwelt:** A: Politisch: *Die Fähigkeit, wirksam an den politischen Entscheidungen teilzunehmen, die das eigene Leben betreffen; das Recht auf politische Partizipation, auf Schutz der freien Rede und auf politische Versammlungen zu haben.* B: Inhaltlich: *Die Fähigkeit, Eigentum (...) zu besitzen und Eigentumsrechte auf der gleichen Grundlage wie andere zu haben; das Recht zu haben, eine Beschäftigung auf gleicher Grundlage zu suchen, (...); Die Fähigkeit, als Mensch zu arbeiten, die praktische Vernunft am Arbeitsplatz ausüben zu können und in sinnvollen Beziehungen der wechselseitigen Anerkennung mit anderen Arbeitern treten zu können“ (vgl. Nussbaum 2011, S. 113f, aber auch zum Vergleich die frühere Version 1999, 49ff).*

Es sind diese Grundbefähigungen, in denen nach Martha Nussbaum die Würde des Menschen zum Tragen kommt. Würde versteht sie als dabei als Potentialität des Menschen, mithin also als etwas was im Kern jedem Menschen zukommt, und zwar deshalb, weil er zur Gattung Mensch gehört (vgl. Nussbaum 2010, S.515ff). Die Konzeptionalisierung der Würde als Potentialität weist aber darauf hin, dass nicht jeder Mensch in vollem Maße diese Würde ganz ausschöpfen kann. Sei es weil massive Beeinträchtigungen das Potential des Menschen begrenzen oder sei es, weil entwürdigende Lebensbedingungen seine realen Möglichkeiten beschneiden (vgl. Menke und Pollmann 2007). Gleichwohl aber ist es für Nussbaum ein zentraler subjektiver Gerechtigkeitsanspruch auch des Menschen mit massiven Beeinträchtigungen, dass der Staat dafür Sorge trägt, dass seine Würde grundsätzlich geachtet und das Potential für ein würdevolles Leben entsprechend der Grundbefähigungen

weiterentwickelt wird. Für Nussbaum sind diesbezüglich zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: Zum einen sind alle Grundfähigkeiten prinzipiell nicht kommensurabel, sondern von eigener Qualität. Eine staatlich eingeschränkte Meinungsfreiheit wird von einem hervorragend ausgerichteten Gesundheitssystem nicht kompensiert. Auch wenn Nussbaum zugeben muss, dass sowohl die Kontroll- oder Selbstbestimmungsfähigkeit als auch die Soziabilität die anderen Befähigungen strukturieren und dadurch eine implizite Gewichtung der Liste inhärent ist, beharrt sie auf der Gleichwertigkeit dieser Grundbefähigungen. Zum anderen betrachtet sie diese Liste als Schwellenliste. Damit ist ein Minimum an Befähigungen beschrieben, unter dem die Würde eines Menschen riskiert ist. Was über die Schwelle hinausreicht, ist Angelegenheit des Einzelnen und seiner Freiheit nach eigenen Vorstellungen zu leben. Aber – und dass ist ein entscheidender Hinweis – der Staat hat eben die Pflicht, Menschen, die unter dieser Schwelle leben, darüber hinaus zu heben, möglicherweise auch unter Einschränkung der Selbstbestimmung! Insofern verzahnt sich hier bei Nussbaum freiheitliches Denken mit der fürsorglichen Sorge für die „Schwächsten“ der Gesellschaft. Mit dieser Liste sind – folgt man Nussbaum – auch die Solidaritätspflichten der Gesellschaft umrissen: Als Kernbestand an Würde, der letztlich auch durch eine (Sozial)-Politik nicht ausgehebelt werden darf, die ihre ethische Begründung weitgehend mit den Erfordernissen des Marktes verwechselt. Nussbaum stellt klar, dass ein Staat dann gerecht ist, wenn er diesen Kernbestand an Würde respektiert und fördert. So verbindet Nussbaum Liberalität mit einem grundlegenden und unverhandelbaren Anspruch an Solidarität und Gleichheit. Für eine menschenrechtsorientierte Sozialpsychiatrie wäre es – gerade auch bezogen auf die schwer chronifizierten Menschen – entsprechend konsequent, die Textur dieser Grundliste als Ziele (sozial)-psychiatrischen Handelns zu übernehmen. Die Qualität psychiatrischer Behandlungs- und Betreuungsleistungen müsste sich dann daran bemessen lassen, inwiefern es gelingt, bei den Patienten die vorgegeben Grundbefähigungen zu stärken und gleichzeitig über politische Initiativen die entsprechenden Gelegenheitsstrukturen z.B. in der Gemeinde zu fördern. Dass hier der Befähigungsansatz an die aktuelle Inklusionsdebatte (vgl. Speck 2013) anschließt, liegt auf der Hand. Gerade bei hochstrukturierten Settings mit extrem asymmetrischen Beziehungsgeflechten – etwa in geschlossenen Wohnheimen – bliebe deren Legitimation zentral davon abhängig, ob sie tatsächlich dazu beitragen können, die Grundbefähigungen der Patienten zu fördern. Dabei ist die von Nussbaum vorgelegte Liste natürlich nicht unumstritten. Es gab verschiedene Versuche, diese Liste zu korrigieren oder alternative

Vorschläge zu begründen (vgl. Dykerhoff 2013). Dass sie in dem Kontext der vorliegenden Arbeit aber besonders betont wurde, hängt auch damit zusammen, dass sie mittlerweile auch Eingang in die gesundheitswissenschaftliche Forschung gefunden hat. So wurde in England 2008 ein erstes empirisches Instrument zur Erhebung der Grundbefähigungen im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen entwickelt (vgl. Lorgeley et al. 2008, Anand et al. 2009) und in einem ersten Feldversuch erprobt. In einem weiteren Versuch wurde dieser Fragebogen für die Belange psychiatrischer Forschung überarbeitet, und zwar mit dem Ziel, die Lebenssituation psychisch schwer erkrankter Menschen abzubilden. Das Instrument ist der sog. OxCAP-MH (Oxford CAPabilities questionnaire-Mental Health), der von der Universität Oxford (Department of public health) für die psychiatrische Versorgung konzipiert (vgl. Simon et al. 2013) und mit anderen Instrumenten (z.B. Global assessment of life - GAF; Health-related global quality of life - EQ-5D) verglichen wurde. In diesem Fragebogen werden die 10 Grundbefähigungen - die sich eng an die oben genannte Grundliste Nussbaums anlehnen - in 11 Indikatoren und 22 Fragen transformiert. Eine eigene - allerdings noch nicht validierte - Übersetzung in die deutsche Sprache findet sich im Anhang.

4.3.4. Zum Paternalismusbegriff

Der Befähigungsansatz von Nussbaum weist auf ein Verständnis von Fürsorge hin, das zwar asymmetrische Beziehungen einschließt aber gleichzeitig gegenüber respektloser Übergriffigkeit konzeptionell immunisiert ist. Die aktuelle Diskussion über die UN-Behindertenrechtskonvention mit der dort vorgenommenen starken Fokussierung auf Selbstbestimmung erscheint demgegenüber eher eindimensional, weil sie den Würdebegriff auf Selbstbestimmung und Inklusion verengt (vgl. Bielefeld 2009). Durch die Komplexität der zentralen Grundbefähigungen macht Nussbaum hingegen deutlich, dass die Diskussion über die Legitimität einzuschränkender Selbstbestimmung differenziert gefasst werden muss. Denn der Staat hat die Würde des Menschen dadurch zu schützen, dass er ihn nicht unter ein bestimmtes Niveau der Grundbefähigungen fallen lassen darf. Dieser Hinweis ist jedoch vielfach kritisiert worden (vgl. Graumann 2010). Denn damit werde eine paternalistische Struktur in die Theorie eingezogen, die ethisch bedenklich sei und die die Intentionen der Menschenrechte unterlaufe. Diese Kritik gilt es ernst zu nehmen, doch wie ist sie im Licht des Befähigungsansatzes zu bewerten? Grundsätzlich ist der Befähigungsansatz strikt antipaternalistisch eingestellt. Dass Menschen allein auf Grund ihres vielleicht extravaganten

oder schrägen Lebensstils sanktioniert werden, lässt sich mit den Grundüberzeugungen von Sen und Nussbaum kaum vereinbaren. Gerade im psychiatrischen Sektor sind hier jedoch die Grenzen gelegentlich fließend: Was ist Ausdruck eines - eher devianten - Lebensstils und was ist dabei Ausdruck einer psychischen Erkrankung? Nicht immer lässt sich beides ohne professionelle Exploration auseinanderhalten.

Wenn aber in der Tat der Krankheitsaspekt im Vordergrund steht: Ist hier Paternalismus prinzipiell zulässig? Unter Paternalismus versteht man grundsätzlich die Einwirkung staatlicher Macht auf den einzelnen Bürger (vgl. Fateh-Moghadam 2010). In der - gerade medizinethisch ausgerichteten - Diskussion kennt man verschiedene Varianten des Paternalismus, je nachdem, von welchem Rationalitätsstatus des Patienten ausgegangen wird. So wird etwa von hartem Paternalismus gesprochen, wenn der Arzt eine Therapie gegen den Willen eines Patienten durchsetzt, obwohl dieser rational fähig ist, eine eigene Entscheidung zu treffen. Im psychiatrischen Kontext wäre eine Handlung dann paternalistisch, wenn sie „einen Eingriff in die aktuelle oder durch eine Patientenverfügung dokumentierte kompetente Entscheidung eines Patienten darstellt, und zwar mit dem Ziel, das Wohl des Patienten zu fördern oder Schaden abzuwenden“ (vgl. Breitsamer 2011, S.62). Mit anderen Worten: Paternalismus liegt immer dann vor, wenn sich der Arzt gegenüber der Willensäußerung letztlich durchsetzt, und sei es auch mit Mitteln des sanften Zwanges, der Überredung und - wenig wohlmeinend formuliert - der Manipulation. Ein solcher harter Paternalismus muss ethisch fragwürdig bleiben - wobei allerdings auch hier gelegentlich kritisch angemerkt wird, dass damit eine ideale Rationalität auf Seiten des Patienten unterstellt wird, die es - gerade unter den Bedingungen einer krankheitsbedingten Vulnerabilität - de facto ja kaum gibt. So betont Gutmann: „Deskriptiv orientierte Entscheidungstheorien weisen darauf hin, dass Personen in tatsächlichen Wahlsituationen meist darauf verzichten, optimale Ergebnisse zu finden, und vielmehr versuchen, unter Bedingungen beschränkter Rationalität bei möglichst geringen Aufwand eine heuristische Lösung zu finden, die allenfalls zu akzeptablen, nicht aber optimalen Ergebnissen führt“ (vgl. Gutmann 2011, S. 15) Trotzdem ist ein harter Paternalismus freilich immer problematisch, weil jede gute Begründung dafür ein Einfallstor für unbegrenzte Zugriffe wäre. Unabhängig davon ist aber für den psychiatrischen Kontext aber das Phänomen des sogenannten weichen Paternalismus entscheidend, d.h. wenn also die Urteilsfähigkeit eines Patienten aktuell und langfristig getrübt und eingeschränkt ist. Gerade in psychischen Krisen sind Patienten oftmals in einem Zustand, in dem die rationale Entscheidungsfähigkeit -

zumindest vorübergehend - deutlich außer Kraft gesetzt ist. Setzt man hier die klassischen Kriterien der Nicht-Einwilligungsfähigkeit an, so zeigt sich in solchen Situationen häufig, dass

- die Informationen des Arztes vom Patienten nicht adäquat verarbeitet werden können,
- keine Einsicht in die Krankheit besteht,
- nicht sicher gestellt ist, dass die aktuellen - und möglicherweise wahnhaft verzerrten - Ziele des Patienten tatsächlich biographisch stimmig sind,
- auf authentische Wertkonzepte des Patienten nicht mehr zurückgegriffen werden kann (vgl. Maio 2005).

Referenzpunkt ethischer Legitimität eines solchen paternalistischen Eingriffs ist hier die mangelnde Verfügbarkeit rationaler Kompetenz. Das „Wohl“ des Patienten wird so zum interpretativen Auftrag des behandelnden Arztes. In der Regel wird hier eine Intervention durch die prinzipielle Zustimmungsfähigkeit des Patienten gerechtfertigt. Wie Ulrich Steckmann ausführt, wird entweder „davon ausgegangen, dass a) der Eingriff (bzw. die Maßnahme, A.S.), der faktisch in paternalistischer Weise durchgeführt wird, unter der Voraussetzung vollständiger Zustimmungsfähigkeit auch gewollt würde, dass b) die betreffende Person nach Maßgabe ihrer bekannten Wünsche der paternalistischen Intervention vermutlich zugestimmt hätte, oder man versucht c) darzulegen, dass der (Patient, A.S.) nach Erreichen des Mündigkeitszustandes den Eingriff (bzw. die Maßnahme, A.S.) für gerechtfertigt erklären würde“. (vgl. Steckmann 2010, S. 110). Die - von philosophischer Seite - gelegentlich betonte ethische Irrelevanz weicher paternalistischer Verhaltensweisen (vgl. Mayr 2011) hilft als Position nicht weiter. Denn die Begründung, dass bei mangelnder Rationalität eines Patienten infolge psychischer oder neurologischer Erkrankungen eine ärztliche Übergriffigkeit kein moralisches Problem sei, zeugt eher von Ignoranz und mangelnder Sensibilität gegenüber den Belangen psychisch erkrankter Menschen und den Konfliktsituationen behandelnder Ärzte und anderer Berufsgruppen. Das gilt umso mehr, wenn in diesem Atemzug psychiatrisches Handeln mit „Gehirnwäsche“ gleichgestellt wird (vgl. Mayr 2011, S.53).

Unter der Perspektive des Befähigungsansatzes von Nussbaum dürfte jedoch die von Steckmann beschriebene prozessuale Struktur konsensfähig sein, wobei Nussbaum - nicht im Widerspruch zu den gesetzlichen Bestimmungen - anmerkt, dass solche Formen der Zwangsbehandlung nur „ultima ratio“ sein dürften. Paternalismus stellt also das letzte Mittel dar: „Sofern paternalistische Beeinflussungen unternommen werden, optiert sie (i.e. Martha

Nussbaum, A.S.) in der Regel weniger für Zwang, sondern für das Bereitstellen akzeptabler Alternativen, die gleichwohl offensiv beworben werden können.“ (vgl. Bittermeyer und Ziegler 2010, S. 47) Insofern ist hier die eingezogene Schwelle zunächst auch so auslegbar, dass es weniger um - im engen Sinne - paternalistische Maßnahmen geht, als vielmehr um die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit eines niedrigschwelligen und qualitativ hochwertigen Versorgungssystems, das sich der Wahrung der Würde verpflichtet sieht. Schon darin nimmt der Staat zentrale Verantwortung wahr. Insofern wäre hier ein wichtiger Punkt gesetzt, um die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit zu stellen. Denn der - grundsätzlich liberal ausgerichtete - Staat hat in der Gerechtigkeitskonzeption von Martha Nussbaum die Pflicht, gerade für diejenigen einzustehen, die ein Mindestmaß an Würde (definiert über die Grundbefähigungen) nicht verwirklichen können. Dabei kann es nicht um ein Verwehren in Sonderwelten gehen. Denn den subjektiven Gerechtigkeitsansprüchen der „Schwächsten“ ist eben auch eine Zieldimension eingeschrieben, die sich in dem Katalog der Grundbefähigungen differenziert ausdrückt. Damit wird das, was der Staat etwa auch den „Systemsprengern“ schuldet, qualitativ anspruchsvoll und differenziert. Kernaufgabe des sozialpsychiatrischen Hilfesystems ließe sich darin sehen, Menschen dabei zu unterstützen, über die Entwicklung der Grundbefähigungen die Mindeststandards an differenzierter (!) Würde zu verwirklichen. Allerdings bleibt natürlich die Frage im Raum, wie sich - wenn alternative und weniger invasive - Behandlungsmethoden nicht greifen können, ein solcher weicher Paternalismus rechtfertigen lässt, und zwar in Situationen, in denen eine stark deformierte Selbstbestimmung vorliegt und gleichzeitig durch ein psychiatrisches Nicht-Handeln das Wohl des psychisch kranken Menschen stark beeinträchtigt werden kann. Dabei kann es letztlich im Kontext der Arbeit nicht nur um den rechtlichen Aspekt eines konkreten zivilrechtlichen Beschlusses zur geschlossenen Unterbringung nach §1906 BGB gehen. Denn gerade auch das Leben in einem geschlossenen Wohnheim ist durch eine komplexe Asymmetrie geprägt: So ist dabei nicht nur an das „Heimregime“ zu denken, das mit seinen institutionellen Regelungen nicht nur den Tagesablauf, das Ausmaß an Privatsphäre oder die Kontaktdichte nach außen stark beeinflusst. Auch sind die Betreuer sanktionsmächtig, so dass Regelverletzungen mit „time-out“ Phasen, verringerter Freigang oder gar Fixierungen bestraft werden können. Lassen sich solche Asymmetrien mit dem Befähigungsansatz vereinbaren? Ein zentraler Gedankengang Martha Nussbaums ist bei der Beantwortung entscheidend. Selbstbestimmung ist ja nicht nur lediglich ein negatives Recht, so dass dadurch allein eine staatliche oder

ärztliche Übergriffigkeit ethisch diskreditiert ist (vgl. Nussbaum 2006, Bobbert 2011). Selbstbestimmung ist vielmehr auch ein positives Recht. Es gibt also auch einen Anspruch darauf, in seiner Selbstbestimmung gefördert zu werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Selbstbestimmung einerseits als Norm formuliert werden kann und andererseits eine empirisch diagnostizierbare Fähigkeit beschreibt. Beides kann realiter extrem auseinanderfallen. Oberhalb der von Nussbaum skizzierten Schwelle kann das Auseinanderdriften ethisch nicht von Relevanz sein, weil gesellschaftliche Verantwortungen zugunsten der Freiheit nicht greifen, solange ein bestimmter rechtlicher Rahmen eingehalten wird. Jeder hat das Recht, auch unkluge Entscheidungen zu treffen. Aber unterhalb der Schwelle schon: Steht hier die Fähigkeit im - würdeverletzenden - Missverhältnis zur Norm, dann erzeugt das die gesellschaftliche Verpflichtung, Selbstbestimmung soweit zu fördern, dass die Norm lebbar wird. Paternalistische Zugriffe gerade bei akut psychisch erkrankten Menschen wären also im Sinne des Befähigungsansatzes dann ethisch legitim, wenn sie nachweislich der Selbstbestimmung zu Gute kommen. Aber - auch darauf weist Ulrich Steckmann hin - ein solcher sog. autonomiemaximierender Paternalismus wirft aber seinerseits ein Problem auf. So konnte Gutmann aufzeigen (vgl. Gutmann 2011), dass eine solche Argumentationsfigur ein hohes Missbrauchspotential entfalten kann. Mit Hinweis auf zukünftige Freiheitsgrade lässt sich quasi jedes Handeln rechtfertigen. Letztlich seien nämlich auf der Zeitschiene verschiedene Freiheitszustände nicht logisch verrechenbar: Denn jede Intervention in der Gegenwart verändere den Freiheitshorizont in der Zukunft auf nicht prognostizierbare Art und Weise. Insofern sei Selbstbestimmung nur gegenwartsbezogen zu haben, nicht aber als zukunftsbezogener Referenzpunkt: „Das sowohl durch Antizipationen als auch durch Erinnerungen konstituierte aktive, evaluative Selbstverhältnis, das je die Persönlichkeit konstituiert, besteht immer im *Jetzt*. Ein gehaltvoller Begriff individueller Autonomie setzt deshalb ebenso wie das Prinzip des Respekts vor Personen voraus, je gegenwärtige Personen in ihrem Selbstbestimmungsrecht zu achten und sie nicht zu instrumentalisieren - auch nicht zugunsten ihrer (ohne nur probabilistisch zu erfassenden) zukünftigen Lebensphasen.“ (vgl. Gutmann 2011, S. 21). Aus diesem Problem kommt sicherlich auch der Befähigungsansatz nicht heraus, wobei allerdings eingewendet werden kann, dass ein präsentistisches Verständnis des Willens vor dem ethischen Konflikt der Folgenabschätzung im psychiatrischen Kontext nicht schützt. So weist Maio darauf hin, dass jede Zwangshandlung von den Betroffenen häufig tragisch erlebt wird, jedoch umgekehrt auch die Folgen einer

Unterlassung ebenfalls tragische Konsequenzen auslösen kann, weil sie die Menschen ihrer Not überlässt. Genau das aber sei mit dem ethisch angemessenen Respekt unvereinbar (vgl. Maio 2004). Ferner überzeugt Gutmanns Argumentation auch deshalb nicht, weil sie etwas weltfremd anmutet: Denn damit wäre zum Beispiel auch jedes pädagogische Handeln grundsätzlich ethisch fragwürdig, weil ja jedes Erziehen auf zukunftsbezogene Zustände zielt und dadurch aktuelle Willensbekundungen eines Kindes oder Jugendlichen gelegentlich ignorieren werden müssen. Natürlich kann Erziehen scheitern, weil - selbst wenn es „technisch“ erfolgreich ist - der Zustand in der Zukunft sich schließlich weniger wünschenswert darstellt als ursprünglich gedacht. Diese Erfahrung ist trivial. Wer genötigt wurde, sich in der Schule mit altphilologischem Spracherwerb abzumühen, mag schließlich die Erfahrung machen, dass Lateinkenntnisse beim BWL Studium wenig Vorteile verschaffen. Gleichwohl ist dadurch ein Möglichkeitsraum entwickelt worden, der zumindest nach dem Abitur Wahloptionen erlaubt hatte. Das Kernproblem ist nämlich, dass Freiheit immer auch gleichzeitig als potentielle Unfreiheit gedacht werden muss. Wer eine Fremdsprache lernt, muss sich auf die Unfreiheit des Grammatiklernens einlassen, um schließlich dadurch eine andere Freiheit zu erwerben: Ovid im Original zu lesen oder sich im Ausland in der dort üblichen Sprache zu verständigen. Ob er sie schließlich nutzt oder nutzen kann, steht auf einem anderen Blatt. Jeder Freiheit ist somit die Unfreiheit prinzipiell eingeschrieben, anderenfalls gehen Optionen auf eine freiheitlich gestaltete Zukunft verloren (vgl. Hoffmann 2011) Am Beispiel Psychiatrie: Wer als Patient darauf verzichten will, sich medikamentös einstellen zu lassen, läuft eben unter bestimmten Bedingungen eben auch Gefahr, dadurch existentiell bedeutsame (!) Handlungsmöglichkeiten in der Zukunft zu verspielen. Allerdings ist in der Argumentation Gutmanns jedoch ein weiteres Problem von Bedeutung. Wenn er betont, dass auch ein autonomiemaximierender Paternalismus den Personen qua Person den Respekt versagt, weil deren konkrete Entscheidungen durch heteronom zugeschrieben ersetzt werden, dann setzt er Respekt mit Selbstbestimmung gleich. (vgl. Gutmann 2011, S. 21). Die Frage ist, inwiefern eine solche Engführung überhaupt handlungsleitend sein kann. Gerade mit Blick auf diese Verzahnung hat ja der Befähigungsansatz argumentativ den Vorteil, dass er zwar der Selbstbestimmung als wichtiges Merkmal der Würde große Bedeutung zumisst, aber - anders etwa als die aktuelle Rechtsprechung und die UN Behindertenrechtskonvention vorgeben - eben nicht darin aufgeht; denn die mit der Liste vorgegebenen Grundbefähigungen sind nicht alle funktional mit Selbstbestimmung verknüpft und trotzdem für das Menschsein

konstitutiv: „Selbstbestimmung setzt bei Personen eine gewisse Entfaltung ihrer Naturanlagen voraus, wobei diese Entfaltungen nicht selbst wieder vollständig Gegenstand individueller Entscheidungen sein kann. Aber auch im Hinblick auf Eigenschaften, die nicht konstitutiv sind für die Selbstbestimmungsfähigkeit, ist ein bestimmtes Basisniveau sicherzustellen, bevor eine Person sinnvollerweise über eine weitere Realisierung entscheiden kann. In einigen Fällen muss es daher als berechtigt angesehen werden, unmittelbar die Ausbildung von functionings zu bewirken“ (vgl. Steckmann 2010, S.109). Keine Frage, Selbstbestimmung bleibt zentral, aber letztlich sind auch diejenigen Grundbefähigungen legitime Ziele psychiatrischen Wirkens, die eben andere Würdeaspekte (bzw. würderelevante Funktionsweisen) betreffen und unter Umständen nicht anders als durch paternalistische Eingriffe zu erreichen sind. Insofern plädiert der Befähigungsansatz - in der Fassung von Nussbaum - dafür, Würde nicht auf Selbstbestimmung zu reduzieren und in der ethischen Reflexion etwa der Zwangsproblematik in der Psychiatrie die Reduzierung des Personbegriffs auf eine eindimensionale Betrachtungsweise aufzugeben. Ein komplexerer Begriff von Würde und von Persönlichkeit erlaubt möglicherweise eine deutlich fruchtbarere Diskussion über den ethischen Umgang mit deformierter Selbstbestimmung als es aus der verengten Perspektive reiner Autonomiewahrung möglich ist. Auch ließe sich dadurch ein tragfähiger Fürsorgebegriff rekonstruieren, der die Selbstbestimmung nicht aushöhlt, sondern - trotz notwendiger Eingriffe - die verschiedenen Facetten der Würde des Patienten zu schützen und zu fördern weiß. So ließen sich hier auch jene Entfaltungen des Selbstbestimmungsrechtes umsetzen, die Bobbert (vgl. Bobbert 2011) im Kontext der Pflege formuliert hat:

- Das **Recht auf informierte Zustimmung** als Anspruch, dass auch Patienten der geschlossenen Wohnformen bei einschränkenden Entscheidungsprozessen eingebunden werden.
- Das **Recht auf Selbstbestimmung** in Bezug auf das Eigenwohl als Anspruch auf Ermutigung, eigene mittelfristige Lebensvorstellungen auch in hochstrukturierten settings zu entwickeln, auch wenn sie den Erwartungen und Normen des Betreuungspersonals widersprechen.
- Das **Recht auf Wahl zwischen Alternativen** als Anspruch, dass auch im Alltag der geschlossenen Wohnformen Alternativen präsentiert werden, die die Entscheidungsfähigkeit des Patienten fordert.

- Das **Recht auf möglichst geringe Einschränkungen des Handlungsspielraumes** als Gewährung möglichst großer Privatsphäre und Unabhängigkeit.

4.3.5. Weitere Perspektiven des Befähigungsansatzes für die psychiatrische Versorgung

Der Befähigungsansatz macht so deutlich, dass die Diskussion über die zwangsweise Unterbringung in einem geschlossenen Wohnheim in einen differenzierten normativen Kontext gestellt werden muss. Ob eine zwangsweise Unterbringung legitim ist, entscheidet sich eben auch über die Funktion der konkreten Versorgung. Wenn eine geschlossene Unterbringung tatsächlich dazu beitragen kann, die Grundbefähigungen der Menschen zu fördern, dann kann es bei den schwer beeinträchtigten Menschen durchaus angemessen sein, ihre Selbstbestimmung vorübergehend einzuschränken. Damit verzahnt sich die Diskussion über Zwang auch mit dem Thema der Qualität etwa der geschlossenen Wohnheime. Facharztstellen und psychotherapeutisches Personal in geschlossenen Wohnheimen oder etwa eine verbesserte Kooperation mit anderen Institutionen wie Krankenhäusern kosten jedoch finanzielle Ressourcen. Wie ließen sich solche Investitionen ethisch begründen? Auch hier kann der Befähigungsansatz deutlich machen, dass in einem liberal strukturierten Gemeinwesen Investitionen in die „Schwächsten“ ethisch geboten ist.

Unabhängig davon aber bleibt die Frage, ob der Befähigungsansatz für die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung wichtige Impulse setzen kann. Grundsätzlich betont er die Freiheit des einzelnen Bürgers, ohne gleichzeitig den Gerechtigkeitsanspruch (als Gleichheit in den Verwirklichungschancen) zu vernachlässigen. Wenn Sen darauf abzielt, die Pluralität der Lebensentwürfe normativ abzusichern und die Bürger nicht auf ein spezifisch geprägtes normatives Set zu verpflichten, dann verlangt diese Ausrichtung an individueller Autonomie und Entscheidungsfähigkeit die unbedingte Einbindung des Bürgers bei Angelegenheiten, die seinen Lebensentwurf betreffen. Das muss dann folgerichtig auch für Menschen gelten, die psychisch schwer beeinträchtigt sind. Partizipation in der assistierten Auseinandersetzung mit den eigenen Lebensplänen wird gerade vom Befähigungsansatz deutlich nahegelegt - allerdings mit den oben diskutierten Einschränkungen. Ferner wirft der Befähigungsansatz auch die Frage auf, wie sich die Befähigungen für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen generell erweitern lassen. Dabei spielen vor dem Hintergrund des Befähigungsansatzes insbesondere makroökonomische Aspekte, wie z.B. Armut, in der Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung eine wesentlich deutlichere Rolle als

beispielsweise in dem Modell der International classification of functioning (ICF). Gleichwohl aber weist der Befähigungsansatz der sozialpsychiatrischer Versorgung eine bestimmte Funktionalität zu : Nicht eine unklar definierte Hilfe ist Anliegen der Versorgung, auch nicht die Anpassung des Patienten an gesellschaftliche Normalitätsforderungen, sondern vielmehr die Unterstützung des Patienten bei der Umwandlung verfügbarer Ressourcen entsprechend seiner eigenen Vorstellungen eines „Guten Lebens“ (sog. substantielle Freiheit im Sinne Sen). Damit bekommt die Sozialpsychiatrie einen deutlich politischen Akzent, ohne aber – wie es beispielsweise die UN Behindertenrechtskonvention mit ihrem ausgeprägt sozial pointierten Behinderungsbegriff nahelegt (Dykerhoff 2013) – auch psychische Erkrankung einseitig auf soziale Normierungs- und Definitionsprozesse zurückzuführen (vgl. Schramme 2003). Denn letztlich ist ein Krankheitsmodell, das auch die zentrale Bedeutung etwa molekularpsychiatrisch bedingter Dysfunktionalitäten neurologischer Prozesse (vgl. Thome 2005) berücksichtigt, mit dem Befähigungsansatz kompatibel. Unabhängig davon lässt sich ein – seit der Psychiatriereform – zentrales Arbeitsprinzip aus dem Befähigungsansatz heraus logisch ableiten: die sog. Personenzentrierung. Der bisher skizzierte Theorierahmen unterstreicht die Notwendigkeit, bestimmte soziale Leistungen etwa der Eingliederungshilfe konkret und flexibel auf die jeweilige individuelle Lebenssituation des Patienten zu beziehen, ohne sie auf Interessen der Versorgungseinrichtungen zu beziehen. Standardisierte Leistungstypen - wie sie etwa im Landesrahmenvertrag Mecklenburg-Vorpommern niedergelegt sind - entsprechen hier eher dem Verständnis eines Rawl'schen Grundgutes. Dadurch läuft die soziale Dienstleistung Gefahr, die differenzierten Lebenswirklichkeiten der Patienten auszublenden und die Überführung bestehender Güter in erweiterte Lebenschancen zu blockieren. Auch lässt nur eine personenzentrierte Steuerung - im Sinne eines partizipativen Aushandelns individueller Betreuungsziele mit dem Patienten - tatsächlich erkennbar werden, ob eine soziale Dienstleistung tatsächlich dazu beitragen kann, die Handlungsmöglichkeiten eines Menschen mit chronisch psychischen Beeinträchtigungen hinsichtlich eigener Vorstellungen eines guten Lebens zu entfalten. Die Bewertung standardisierter Leistungen hingegen – weil sie den subjektiven Gerechtigkeitsanspruch der Patienten mit einem pauschalen Leistungstyp gewährt sieht – wird so in einer nur eingeschränkten Informationsbasis verankert sein und eher die Parameter von Zufriedenheit und Nutzen evaluativ heranziehen. Gerade Rawls betonte ja auch deshalb die Bedeutung der Grundgüter,

weil er sie für statistisch messbar hielt und seine Theorie darüber an die gängigen ökonomischen Ansätze anschlussfähig halten wollte (vgl. Nussbaum 2001).

Zudem zeigt der Befähigungsansatz, dass sich das Ziel sozialpsychiatrischer Praxis nicht allein in Zufriedenheitskriterien abbilden lässt oder in der Verfügbarkeit rein materieller Ressourcen oder Dienstleistungen. Der Erfolg sozialpsychiatrischer Praxis wird nach Maßgabe der skizzierten Theorie vor allem daran zu messen sein, ob es gelingt, für die betreffenden Menschen Entscheidungsspielräume zu erweitern, die seinen Vorstellungen eines guten Lebens entsprechen. Allerdings machen hier Sen und Nussbaum mit dem Hinweis auf das Problem der adaptiven Präferenzen eines deutlich: Die vielfache Forderung, dass sich die psychiatrische Versorgung auf die Rolle assistierter Freiheit (vgl. Graumann 2010) verkürzt, kann problematisch sein. Denn wenn sich die Hilfe der Selbstbestimmung des Patienten unreflektiert unterordnet, läuft sie so Gefahr Entfremdungserfahrungen der Patienten zu vertiefen anstatt sie aufzulösen. Ein dogmatisch „subjektorientierter“ Ansatz in der Psychiatrie (vgl. Haselmann 2010) kann der Frage freilich nicht ausweichen, wie mit dem Phänomen adaptiver Präferenzen umgegangen werden soll. Umgekehrt bleibt bei Sen die Frage offen, woran sich die Adaptivität geäußerter Präferenzen erkennen lassen. Es braucht letztlich eines plausiblen Maßstabes, an dem erkennbar wird, dass Freiheit tatsächlich verfehlt wird. Anderenfalls liefe der Vorwurf, eine bestimmte Handlung oder Unterlassung sei Ausdruck adaptiver Präferenzen ins Leere. Sen liefert diesen Maßstab jedoch nur in - allenfalls - vagen Umrissen, weil er dies bewusst den demokratischen Diskursen überlassen will. Nussbaum liefert hier eine Liste, die sicherlich des Diskurses und schließlich auch der Präzisierung bedarf, aber Orientierung anbietet.

Wenn vor dem Hintergrund des Befähigungsansatzes psychische Erkrankungen als eingeschränkte Befähigungen restrukturiert werden, bleiben insbesondere stationäre Angebote der Eingliederung stark legitimationsbedürftig. Denn sie organisieren - gerade bei längeren Verweildauern - die Lebenswirklichkeit der betroffenen Menschen je nach Ausmaß ihrer Strukturiertheit allein um das Merkmal der psychischen Erkrankung (vgl. Taylor et al. 2009). Kontakte etwa finden - mehr oder minder ausgeprägt - nur in der Einrichtung statt. Auch die jeweilige Tagesstruktur ist eng an die Einrichtung gekoppelt. Dadurch fehlen Ressourcen (wie etwa das Sozialkapital, Zugänglichkeit zur Arbeit, gesundheitliche Versorgung), die es den schwer beeinträchtigten Patienten erlauben würden, Entscheidungspräferenzen zu generieren, die über diese Sonderwelt der Einrichtung

hinausweisen. Allerdings mag das in abgeschwächter Form natürlich auch für ambulante Angebote gelten („Sozialpsychiatrisches Ghetto“): Hier wie dort muss es darum gehen, ihr Handlungskonzept verstärkt an den Befähigungen der Patienten auszurichten, was eine inklusive und lebensweltliche Ausrichtungen und Durchlässigkeit zwingend erforderlich macht. Insofern betont etwa Hopper, dass es bei chronisch psychisch erkrankten Menschen im Sinne des Befähigungsansatzes nicht darum gehen kann, das Leben um die Krankheit zu organisieren, sondern das Leben so zu arrangieren, dass die Krankheit in das Leben des Patienten hineinpasst (vgl. Hopper 2007).

Grundsätzlich sei abschließend aber auch angemerkt, dass der Befähigungsansatz nicht ohne Schwächen ist. Wenn etwa Nussbaum die Grundbefähigungen definiert, bleibt sie damit auch einem hohen Abstraktionsniveau, dessen Präzisierung Letztlich ist ihre Liste der Grundbefähigungen eher Reflexionsbegriffe als konkrete Handlungsempfehlungen. Ihre Anwendbarkeit setzt voraus, dass diese Begrifflichkeiten konkretisiert werden, zumal daran auch die gesellschaftlichen Investitionen gekoppelt sind. Ferner erhebt der Befähigungsansatz den Anspruch sowohl empirische als auch ethische Fundierungen der Praxis anzubieten. Gerade die Weiterentwicklung der empirischen Perspektiven wäre hier zwingend notwendig. Denn – wie ausgeführt – ist ja die ethische Perspektive darauf angewiesen, dass die Unterbringung in einem Wohnheim die Befähigungen der Patienten tatsächlich fördert: Im Sinne einer Kontrolle der Wirkung sind diesbezüglich Instrumente zu entwickeln und umzusetzen, die auch den Nachweis führen können, dass die geschlossenen Wohnheime diesem Anspruch auch tatsächlich genügen können.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung konnte herausgearbeitet werden, dass Ende 2010 im Rahmen der Eingliederungshilfe 113 Plätze vorgehalten wurden. 2011 wurde die Kapazität um 11 Plätze erweitert (Waren) und 2014 (Ueckermünde) erneut um 22 Plätze. Somit kommt aktuell auf 1000 Einwohner ein geschlossener Platz. Vergleichszahlen zu anderen Bundesländern fehlen. Im Befragungszeitraum 2010 stammten 25 % der Patienten aus der Region der jeweiligen Einrichtung, 65% aus Mecklenburg - Vorpommern und 15% aus anderen Bundesländern. Es konnte nicht herausgearbeitet werden, wie viele Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern ihrerseits in anderen Bundesländern im Jahr 2010 untergebracht sind. Hinsichtlich des Krankheitsbildes dominierte bei den Patienten geschlossener

Wohnheime die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ sowie „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“. 75% der Patienten wiesen eine Mehrfachdiagnose auf. Die Zuweisung erfolgte zu 70% aus den psychiatrischen Akutkrankenhäusern. Bei 10% der Patienten konnte keine frühzeitige Entlassung erfolgen, weil keine Nachsorgeeinrichtung zur Verfügung stand. Die Verweildauern der Patienten in den Wohnheimen variierten sehr stark. Die Ergebnisse der Untersuchungen weisen darauf hin, dass sowohl in der internen Struktur als auch in den kooperierenden Bezügen der geschlossenen Wohnheime erhebliche Potentiale zur Verbesserung der Betreuungsqualität liegen können. Eine empirische Annäherung an das Thema Qualität in den geschlossenen Wohnheimen scheint auch deshalb angezeigt zu sein, weil - nicht zuletzt durch die UN Behindertenrechtskonvention - die Legitimität geschlossener Unterbringung in der Politik und Fachkreisen sehr kontrovers diskutiert wird. Deswegen wurde in der Diskussion mit dem Befähigungsansatz ein sozialphilosophischer - und ethisch ausgerichteter - Ansatz vorgestellt, anhand dessen die ethischen Probleme im Umgang mit den „schwierigen“ Patienten und geschlossener Unterbring reflektiert wurden. Es konnte gezeigt werden, dass der Befähigungsansatz - insbesondere in der Variante von Martha Nussbaum - mit Blick auf die Frage nach den Grenzen und Chancen einer Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen als auch hinsichtlich der Legitimation finanzieller Investitionen in die Betreuung schwer beeinträchtigter Menschen differenzierte Reflexionen erlaubt.

6. Literatur:

Anand,Paul; Hunter,Graham; Carter,Ian; Dowding,Keith; Guala,Francesco; van Hees, Martin . The development of capability indicators. Journal of Human Development and Capabilities, 10/2009, S. 125–152

Arndt, Christian; Volkerts, Jürgen: Armatya Sens Capability Approach. Ein neues Konzept der deutschen Armuts- und Reichtumsberichterstattung. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 75/2006, S. 7-29

Bäuler, Susanne; Loos, Sabine; Grempler, Julia; Freyberger, Harald; Spießl, Hermann; Jansen, Birgit; Becker, Thomas: Eine bedarfsorientierte Entlassplanungsintervention bei Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems: Qualität der Umsetzung und Verbesserungsmöglichkeiten. Psychiatrische Praxis 40/2013, S. 271-277

Bedorf, Thomas: Andere. Ein Grundbegriff der Sozialphilosophie. Bielefeld 2011

Bielefeldt, Heiner: Das Innovationspotential der UN Behindertenrechtskonvention. Berlin 2009

Bieri, Peter: Eine Art zu leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde. München 2013

Bittlingmayer, Uwe; Ziegler, Holger: Public Health und das gute Leben. Der Capabilities Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? Discussion Paper SP I 2012–301. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2012

Bödeker, Wolfgang; Friedrichs, Michael: Kosten der psychischen Erkrankungen und Belastungen in Deutschland. In: Kamp, Lothar; Pickshaus,Klaus (Hrsg.): Regelungslücke psychische Belastungen schließen. Düsseldorf 2011, S. 69-85

Bogner, Alexander/Menz, Wolfgang : Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander/Littig,Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen 2002, S.33-70.

Breitsamer, Christoph: Autonomie und Fürsorge - zwei gegensätzliche Prinzipien? In: Breitsamer, Christoph (Hrsg): Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Stuttgart 2011, S. 60 - 79

Bund-Länder Bericht für die ASMK zu einem Bundesleistungsgesetz 2013. Unveröffentlichtes Dokument. Berlin 2013

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn 2011

Bundesverfassungsgericht, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011

Degener, Theresia: Die UN Behindertenrechtskonvention als Inklusionsmotor. Recht der Jugend und des Bildungswesens (RdJB) 2/ 2009, S. 200 - 219

Dreßing, Harald; Salize, Hans Joachim: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. In: Rössler, Wulf; Hoff, Paul: Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg 2005, S. 119-145

Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode: Drucksache 17/10712 vom 17.9.2011: Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr Ilja Seifert, Diana Golz, weitere Abgeordnete und der Fraktion DIE LINKE: Zwangsbehandlung in Deutschland(17.9.2012). (Abgerufen unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/107/1710712.pdf> am2. August 2013)

Deutscher Bundestag,17. Wahlperiode: Beschlussempfehlung und Bericht zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmassnahme. Drucksache 17/11513

Dykerhoff, Valentin: Behinderung und Gerechtigkeit. Working Paper Nr. 2. Arbeitsbereich Politische Theorie und Ideengeschichte. Freie Universität Berlin 2013

Fateh-Moghadam, Bijan: Grenzen des weichen Paternalismus. Blinde Flecken der liberalen Paternalismuskritik. In: Fateh.Moghadam,Bijan, Sellmaier,Stephan; Vossenkuhl, Wilhelm: Grenzen des Paternalismus. Stuttgart 2010, S.21-48

Festinger,Leon: Theorie der kognitiven Dissonanz. Bern 2012

Flick, Uwe: Qualitative Befragung. Reinbek bei Hamburg 2002

Freyberger, Harald; Ulrich, Ines; Dudeck, Manuela; Barnow, Sven; Kelinwort, Kordula; Steinhart, Ingmar: Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg Vorpommern. Manuskriptfassung vom 16.01.2004 für die Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen.

Frick, Ulrich; Frick, Hannah: Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie „Heavy User“. Forschungsprotokoll 5. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchatel 2008

Galuske, Michael: Fürsorgliche Aktivierung – Anmerkungen zu Gegenwart und Zukunft sozialer Arbeit. In: Bütow, Birgit; Chasse, Karl August; Hirt, Rainer (Hrsg.): Soziale Arbeit nach dem Sozialpädagogischen Jahrhundert. Opladen 2008, S. 9-29

Graumann, Sigrid: Assistierte Freiheit. Autonomie und Gerechtigkeit für behinderte Menschen. In: List, Elisabeth; Stelzer, Harald: Grenzen der Autonomie. Göttingen 2010, S. 215-235.

Gutmann, Thomas: Würde und Autonomie. Überlegungen zur Kantischen Tradition. Preprints of the Centre for Advanced Study Bioethics. Münster 2/2010

Gutmann, Thomas: Paternalismus und Konsequentialismus. Preprints of the Centre for Advanced Study Bioethics. Münster 17/2011

Heinrichs, Jan-Hendrik: Grundbefähigung. Zum Verhältnis von Ethik und Ökonomie. Dissertation Universität Duisburg - Essen 2004

Haselmann, Sigrid: Die neue Hilfeplanung in der Psychiatrie. Soziale Arbeit zwischen alten Spannungsfeldern und aktuellen Kontroversen. In: Michel-Schwartz, Brigitta (hrsg.): „Modernisierungen“ methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden 2010, S. 231 - 278

Höffe, Otfried: Aristoteles. Tübingen 2009

Hoffmann, Sören Thomas: Einführung in die praktische Ethik. FernUniversität Hagen 2011

Höffe, Otfried: Persönliches Glück und politische Gerechtigkeit. FernUniversität Hagen 2011

Holtleithner, Elisabeth: Gerechtigkeit. Wien 2009

Hopper, Kim: Rethinking Social Recovery in Schizophrenia: What A Capabilities Approach Might Offer. In: Social Science Medicine 65/2007, S.868 – 879

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf 2004

Johri, M.; Damschroder, L.J.; Zikmund-Fisher,B.J.; Kim,S.Y.H.; Ubel,P.A.: Can a moral reasoning exercise improve response quality to surveys of healthcare priorities?.In: Journal of Medical Ethics. 2009, S. 57 -64

Kallert, T.W.; Leiße, M.: Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. Journal of Public Health. 15/2007,S. 29-42

Kallert, Thomas W.: Formen des betreuten Wohnens - Datenlage und praktische Aspekte. In: Rössler,Wulf; Kawohl, Wolfgram (hrsg.): Soziale Psychiatrie. Stuttgart 2013,S. 182 - 192.

Kammeier, Heinz: Zukunftspsychiatrie - eine Psychiatrie fast ohne Zwang!? In: Soziale Psychiatrie 02/2013, S. 34 - 38

Kammeier, Heinz: Patientenrechte in der Behandlung stärken - Rechtslagen und Reformbedarf, in: Aktion Psychisch Kranke (hrsg.): Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. In: Tagungsdokumentation Berlin, 6./7. November 2012. Bonn 2013, S. 183-191

Kersting, Wolfgang: John Rawls zur Einführung. Hamburg 2001

Keupp, Heiner: Wie zukunftsfähig ist die Sozialpsychiatrie im globalen Netzwerkkapitalismus? Soziale Psychiatrie, 02/2011, S. 4-9

Killaspy, Helen; White, Sarah; Wright, Christine; Taylor, Tatiiana; Turton, Penny; Kallert, Thomas; Schuster, Miriam; Cervilla, Jorge; Brangier, Paulette; Raboch, Jiri; Kalisova, Lucie; Onchev, Georgi; Alexiev, Spiridon; Mezzina, Roberto; Ridente, Pina; Wiersma, Durk; Visser, Ellen; Kienja, Andrezei; Piotrowski, Patryk; Ploumpidis, Dimitries; Gonidakis, Fragiskos; Caldas-de-Almeida, Jose; Cardoso, Graca; King, Michael: Quality of longer term mental health facilities in Europe: Validation of the quality indicator for rehabilitation care against service users' view. PLOS One, 7/2012; e38070

Kilian, Reinhold: Die Bedeutung der Soziologie psychischer Gesundheit und Krankheit im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. In: Soziale Probleme. 19/2008, S. 136-149

Knecht, Alban: Lebensqualität produzieren. Wiesbaden 2010

Kutscher, S.; Seifert, D.: Zur aktuellen Situation schizophrener Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen, In: Saimeh, N. (hrsg.) Maßregelvollzug in Zeiten ökonomischer Begrenzung. Bonn 2007, S. 130-137.

Landesregierung Mecklenburg Vorpommern (hrsg.): Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen. Schwerin 2011

Liegeois, A.; van Audenhove, C.: Ethical dilemmas in community mental health care. Journal Medical Ethics 31/2005, S. 452 - 456)

List, Elisabeth: Nicht autonom, und doch Person. „Geistige Behinderung“ als Frage der Moralphilosophie. In: List, Elisabeth; Stelzer, Harald: Grenzen der Autonomie. Göttingen 2010, S. 187 - 215

Loggelly, PK; Lorimer, K.; Fenwick, E.; Briggs, AH: The Capability Approach: developing an instrument for evaluating public health interventions. Final report. University of Glasgow, Section of Public Health Policy. Glasgow 2008

Maio, Giovanni: Ethische Reflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In: Rössler, Wulf; Hoff, Paul: Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg 2005, S. 147-163

Mazouz, Nadia: Gerechtigkeit. In: Düwell, Marcus; Hübenthal, Christoph, Werner, Micha (hrsg.): Handbuch Ethik. Stuttgart 2011, S. 371 - 377

Marschner, Rolf: Aktuelles zur Zwangsbehandlung. In welchen Grenzen ist sie noch möglich? In: Recht und Psychiatrie. 3/2011, S. 160-167

Mayer, Horst: Schriftliche Befragung und Interview. München 2004

Mayr, Erasmus: Grenzen des weichen Paternalismus. Zwischen Harm-Principle und Unvertretbarkeit. In: Fateh. Moghadam, Bijan, Sellmaier, Stephan; Vossenkuhl, Wilhelm (hrsg.): Grenzen des Paternalismus. Stuttgart 2010, S. 48-72

Menke, Christoph; Pollmann, Arnd: Philosophie der Menschenrechte. Hamburg 2007

Mitra, Sophie: The Capability Approach and Disability. In: Journal Of Disability Policy Studies. 4/2006, S.236 - 247

Mittag, Matthias: Die verfassungsrechtlichen Anforderungen an psychiatrische Zwangsbehandlungen im Betreuungsrecht. In: Recht und Psychiatrie.4/2012, S. 197 - 206

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike: ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur Methodendiskussion. In: Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (hrsg): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1991, S. 441-471.

Nussbaum, Martha: Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Frankfurt/Main 1999

Nussbaum, Martha: Die Grenzen der Gerechtigkeit. Frankfurt 2010

Otto, Hans-Uwe; Scherr, Albert; Ziegler, Holger: Wie viel und welche Normativität benötigt Soziale Arbeit. Neue Praxis, 2/2010, S. 137 - 163

Piontek K., Kutscher S.U., König A., Leygraf N. .: Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. Ein Vergleich mit schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Der Nervenarzt. In Druck 2013

Rawls, John: Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt 1975

Rawls, John: Gerechtigkeit als Fairness. Ein Neuentwurf. Frankfurt/Main 2006

Reumschüssel-Wienert, Christian; Crefeld, Wolf: Geschlossen psychiatrische Wohnheime. Psychiatrische Praxis 39/2012, S.4-6

Röh, Dieter: Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Wiesbaden 2013

Roick, Christiane: Heavy User - Geheimnisvolle Forschung. Psychiatrische Praxis 29/2002, S. 331-333

Roick, Christiane; A. Gärtner; S. Heider, Matthias Angermeyer: Heavy User psychiatrischer Versorgungsdienste. Psychiatrische Praxis 29/2002, S. 334-342

Schomerus, Georg; Angermeyer, Matthias: Psychiatrie - endlich entstigmatisiert? Psychiatrische Praxis. 40/2013, S. 59-61

Schramme, Thomas: Psychische Behinderung: Natürliches Phänomen oder soziales Konstrukt? In: Cloerkes, Günter (hrsg.): Wie man behindert wird. Heidelberg 2003, S. 53 - 83

Schröter, Mark: Soziale Arbeit als Gerechtigkeitsprofession, Zur Gewährleistung von Verwirklichungschancen. Neue Praxis, 1/2007, 3-28. In: Schulze-Steinmann,L; Heimler,L.;Classen,J.; Cordshagen,H.(hrsg.): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Bonn 2003

Sen, Amartya: Equality of what. Tanner lecture 1979. (Abgerufen unter: <http://www.tc.umn.edu/ston0235/3301/readings/sen.pdf> am 30. Oktober 2013)

Sen, Amartya: Inequality reexamined. Oxford 1992

Sen, Amartya: Development as Freedom. New York 1999

Sen, Amartya: Human Rights and Capabilities. Journal of Human Development 6/2 2005

Sen, Amartya: Die Idee der Gerechtigkeit. München 2012

Speck, Andreas; Steinhart, Ingmar; Freyberger, Harald: Wieder einmal alles gesagt...zur Black Box der geschlossenen Heime? In: Psychiatrische Praxis 40/2013,S.49-51

Speck, Andreas: Inklusion und organisationales Lernen. Zeitschrift für Inklusion. 2 /2013 (<http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/view/223/198>)

Steckmann, Ulrich: Autonomie, Adaptivität und das Paternalismusproblem - Perspektiven des Capability Approach. In: Otto, Hans Uwe; Ziegler Holger (Hrsg.): Capabilities – Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft. Wiesbaden 2010, S. 90 - 115

Simon, Judith; Anand,Paul; Gray,Alastair; Rugkasa,Jorun; Yeeles,Ksenija; Burn,Tom: Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research studies. Social Science & Medicine 98/2013, S. 187 - 196

Steinert, Tilman: Management bessert klinische Ergebnisse nicht. In: Psychiatrische Praxis 40/2013, S. 102-105

Steinhart, Ingmar: Inklusion – Herausforderung für die Sozialpsychiatrie von morgen. In: Evangelische Stiftung Alsterdorf, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (Hrsg.): Enabling Community. Hamburg 2010, S. 203 - 215

Steinhart, Ingmar; Speck, Andreas; Freyberger, Harald: Black Box geschlossener Heime. Perspektiven in Mecklenburg Vorpommern. Psychosoziale Umschau. 1/2013, S. 6-9.

Steinhart, Ingmar: Inklusion ist unteilbar. Exklusionsprävention als Strategie sozialpsychiatrischer Unterstützungssysteme. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Rostock 2013

Steinhart, Ingmar;Höptner,Anja: Wirkungskontrolle der Eingliederungshilfe in Rostock. Unveröffentlichtes Manuskript. Rostock 2013

Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte am 10.Dezember 2012 im Rahmen der 105.Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages zum „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“.(<http://www.institut-fuer-Menschenrechte.de/de/aktuell/news/meldung/archive/2012/december/html?> Abgerufen am 31. Juli 2013)

Tetzer, Michael: Sozialpädagogische Theorieperspektive und der Capabilities Approach. In: Schmid, Marc; Tetzer, Michael; Rensch, Katharina; Schlüter-Müller, Susanne: Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen 2012, S. 58 - 78

Thome, Johannes: Molekulare Psychiatrie. Bern 2005

Taylor, Tatiiana; Killaspy, Helen; Wright, Christine; Turton, Penny; Kallert, Thomas; Schuster, Miriam; Cervilla, Jorge; Brangier, Paulette; Raboch, Jiri; Kalisova, Lucie; Onchev, Georgi; Alexiev, Spiridon; Mezzina, Roberto; Ridente, Pina; Wiersma, Durk; Visser, Ellen; Kienja, Andrezej; Piotrowski, Patryk; Ploumpidis, Dimitrios; Gonidakis, Fragiskos; Caldas-de-Almeida, Jose; Cardoso, Graca; King, Michael: A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. BMC Psychiatry. 9/2009, S.55-61.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (hrsg.): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn 2011

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P, Lieb, R, Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. European Neuropsychopharmacology, 21/2010, S. 655-679.

Wienberg, Günther: 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland. Auf dem Weg in die Drei-Klassenpsychiatrie. Unveröffentlichtes Manuskript. Bielefeld 2013

Wunder, Michael: Fürsorglicher Zwang - eine ethische Herausforderung in der psychiatrischen Praxis. Soziale Psychiatrie 03/2012, S. 4-8

Zimmermann, Ralf Bruno: Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe. Soziale Psychiatrie 02/2012, 28-31.

Zimmermann, Rolf-Bruno: Heimliche Verstecke – Empirische Hinweise auf die Exklusion von „schwierigen“ Patienten aus der Gemeinde. In: Evangelische Stiftung Alsterdorf, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (hrsg.): Enabling Community. Hamburg 2010, S. 226 – 238.

7. Tabellenübersicht:

Abb. 1: Studiendesign im Überblick

Abb. 2: Regionale Verteilung der geschlossenen Wohnformen in Mecklenburg - Vorpommern nach Plätzen pro Gebietskörperschaft und bezogen auf die Einwohnerzahl

Abb. 3: Versorgungsvolumen: Auslastung und Mehrfachbelegung der Einrichtungen in MV

Abb. 4: Verweildauer einzelner Patienten nach Jahren

Abb. 5: Diagnosegruppen (ICD-10)

Abb. 6: Alterstruktur der Patienten in zehn geschlossenen Wohnformen Mecklenburg - Vorpommern in absoluten Zahlen und nach Geschlecht

Abb. 7: Eingetragener Wohnsitz der Patienten vor der Aufnahme in die geschlossene Wohnform nach Landkreis der Einrichtung, außerhalb des Landkreises M-V und anderes Bundesland außerhalb M-V

Abb. 8: Institutionelle Zusatzleistungen der Träger geschlossener Wohnheime

Abb. 9: Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen außerhalb der Einrichtung

Abb. 10: Güte der medizinisch-psychologischen Vorabinformationen

Abb. 11: Institutionelle Zu- und Abgänge der Patienten in den geschlossenen Wohnheimen

Abb. 12: Anfragen, Anfrageablehnungen und Anfragebewilligungen

Abb. 13: Ablehnungsgründe

Abb. 14: Gründe, entlassungsfähige Patienten nicht zu entlassen

Abb. 15: Mehrfachnutzung geschlossener Wohnheime

Abb. 16: Stationäre begleitende geschlossene Behandlung

Abb. 17: Tatsächliche Inanspruchnahme und mögliche ärztlichen Versorgung mindestens im Quartal

Abb. 18: Inanspruchnahme externer psychiatrischer Hilfen im Falle einer Krisenintervention

Abb. 19: Mitarbeiterstruktur: Prozentualer Stundenanteil

Abb. 20: Mitarbeiterstruktur: Stundenvolumen und Verfügbarkeit pro Einrichtung

8. Abkürzungsverzeichnis:

ASMK	Arbeit- und Sozialministerkonferenz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
ICD-10	International classification of diseases
ICF	International classification of functioning
KSV M-V	Kommunaler Sozialverband Mecklenburg - Vorpommern
M-V	Mecklenburg - Vorpommern
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PSYCH-KG M-V	Landes - Psychisch - Krankengesetz Mecklenburg-Vorpommern
SGB	Sozialgesetzbuch
UN BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WfBM	Werkstatt für behinderte Menschen

Eidesstattliche Erklärung:

Hiermit versichere ich, dass ich die eingereichte Dissertation selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und andere als von mir angegebene Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe. Wörtlich oder inhaltlich entnommene Textstellen sind als solche kenntlich gemacht.

Andreas Speck, im August 2014