

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Geschichte der Sozialpsychiatrie	4
2.1	Geschichte der psychiatrischen Versorgung.....	4
2.2	Verständnis der Sozial- und Gemeindepsychiatrie.....	7
3	Die Bedeutung des Teilhabebegriffs	9
3.1	Definitionsversuch ‚Teilhabe‘	9
3.2	Die UN-BRK und das BTHG	11
4	Grundlagen geschlossener Wohnformen	14
4.1	Struktur geschlossener Wohnformen in Deutschland.....	14
4.2	Rechtliche Grundlagen	16
4.3	Personengruppe	17
5	Geschlossene Wohnformen und Teilhabe	20
5.1	Datenlage geschlossener Wohnformen	20
5.2	Teilhabeforschung in stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe.....	23
5.3	Vereinbarkeit von Zwang und Menschenrechten	26
6	Methodisches Vorgehen	28
7	Prüfung der Ziele sozialer Teilhabeleistungen aus drei Perspektiven	29
7.1	Prüfung auf personeller Ebene	30
7.2	Prüfung auf gesellschaftlicher Ebene	33
7.2.1	<i>Standpunkt der Gesellschaft</i>	33
7.2.2	<i>Stigmatisierungen</i>	35
7.3	Prüfung auf struktureller Ebene.....	39
7.3.1	<i>Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems</i>	39
7.3.2	<i>Re-Institutionalisierung der Versorgung</i>	43
8	Lösungsansatz	47
9	Fazit	51
10	Inhaltsverzeichnis	55
	Eidesstattliche Erklärung	67

Abkürzungsverzeichnis

Abs	Absatz
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V, Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTHG	Bundesteilhabegesetz
EGH	Eingliederungshilfe
GG	Grundgesetz
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
ICF	International Classification of Functioning
KVJS	Kommunalverbund für Jugend und Soziales
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
SGB	Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WieWohnen	Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe
ZIPHER	Zwangmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem - Erfassung und Reduktion
ZVP	Vermeidung von Zwangmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem

1 Einleitung

Wohnen gilt als ein wichtiger Baustein in der Realisierung eines von Autonomie und Selbstbestimmung geprägten Lebens (vgl. Höptner 2018: 65). Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) misst dem Wohnen eine maßgebliche Rolle bei der Erreichung einer „unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ (vgl. § 19 UN-BRK) bei. Dazu zählt unter anderem das gleichberechtigte Recht von Menschen mit seelischen Behinderungen auf eine freie Wohnortswahl. Folglich besteht bei Leistungsberechtigung keine Verpflichtung mehr in einer besonderen (ehemals stationären) Wohnform der Eingliederungshilfe (EGH) zu leben (vgl. § 19 Abs. 1 UN-BRK). Im Zuge dessen müssen Hilfen an den selbstgewählten Wohnort der Klient*innen angepasst werden (vgl. Konrad/Görres 2017: 10f.), da eine ambulante Versorgung die Selbständigkeit in höherem Maße fördert als eine stationäre Wohnform (vgl. BMAS 2016: 260). Auch in der Literatur besteht der Konsens, dass Selbstbestimmung und die Übernahme von Verantwortung langfristig nicht in einem fremdbestimmten Kontext, wie dem einer stationären Wohnform, entwickelt werden kann (vgl. Konrad/Görres 2017: 10; BMAS 2021: 339). Trotzdem lebten in Deutschland im Jahr 2019 ca. 60.000 Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung in Wohnheimen (vgl. BAGüS 2019: 6-7), wo sie sich den Regeln der Einrichtung anzupassen haben (vgl. Konrad/Görres 2017: 10). Bundesweit existieren keine Zahlen bezüglich der in geschlossenen Wohnformen untergebrachten Menschen (vgl. Jenderny et al. 2021: 61f.). Das verdeutlicht, dass eine hinreichende Thematisierung insbesondere in der Politik bislang noch nicht erfolgte.

Fraglich ist, weshalb diese Thematik bisher unzulänglich erforscht worden ist, obwohl seit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes im Jahr 2016 die Rechte von Menschen mit Behinderungen gestärkt werden sollten und insbesondere das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Vordergrund aller Maßnahmen der EGH steht (vgl. Rosemann 2018: 9). Widersprüchlich erscheint demgegenüber die Tatsache, dass die Nachfrage an geschlossen geführten Wohnheimplätzen für Menschen mit erheblicher Selbstgefährdungsfahr in den letzten Jahren gestiegen ist (vgl. Giertz 2016b: 3). Diese Form der Unterbringung basiert auf der Rechtsgrundlage des § 1906 Abs. 2 S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)¹. Bis heute gelten diese jedoch auf Grund ihrer exkludierenden Funktion als besonders umstritten und als massiver Eingriff in die Grundrechte des Menschen (vgl. Eink 2017: 52;

¹ Wird ab 01.01.2023 im Zuge der Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts im § 1831 BGB ‚Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen geregelt‘ (vgl. Institut für Menschenrechte o.J.: 14).

Deutscher Bundestag 2017: 1f.), weshalb der deutsche Staat insbesondere seit der Ratifizierung der UN-BRK im Jahr 2009 in der Pflicht steht, Zwangsmaßnahmen weitestgehend aus dem Behandlungskonzept zu beseitigen (vgl. Gutmann 2019: 142; Rosemann/Konrad 2017a: 14).

Auch wenn schwere psychische Erkrankungen in jedem Altersabschnitt auftreten können, liegt der Fokus in dieser Arbeit auf der Personengruppe im Alter der Erwachsenenpsychiatrie zwischen achtzehn und fünfundsechzig Jahren. Innerhalb dieser Personengruppe gibt es Menschen, die durch besonders herausforderndes Verhalten auffallen und nicht ausreichend von den Hilfen des Versorgungssystems profitieren können. Sie sind besonders gefährdet in geschlossenen geführten Wohnformen untergebracht zu werden (vgl. Giertz 2016a: 6).

Um die unzureichende Versorgungs- und Teilhabesituation der Personengruppe verbessern zu können, ist es unumgänglich damit im Zusammenhang stehende Defizite zu analysieren. Aus diesem Grund wird im Zuge dieser literaturbasierten Arbeit, diskutiert, wieso der Bedarf nach geschlossenen Wohnheimplätzen für schwer psychisch erkrankte Menschen trotz des Rechts auf Teilhabe bestehen bleibt. Diese Arbeit soll dazu dienen, grundlegende Probleme bezüglich der Erreichung des Ziels der EGH der gleichberechtigten Teilhabe für schwer psychisch erkrankte Menschen mit herausforderndem Verhalten darzulegen.

Durch die Betrachtung auf der personellen, gesellschaftlichen und strukturellen Ebene, wird der Änderung des Behinderungsbegriffs gefolgt, welcher besagt, dass Behinderung „das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen individuellen Fähigkeitseinschränkungen und Umweltbedingungen“ (Rosemann/Konrad 2017a: 22) ist. Auf Grund des Mangels an bundesweiten repräsentativen Studien und Informationen über die Stellung geschlossener Wohnformen und deren Zwangsnutzer*innen im Hilfesystem, fließen relevante Projekterkenntnisse aus einzelnen Bundesländern an gegebener Stelle ein, ohne den Forschungsstand als eigenes Kapitel darzustellen.

Zur Beantwortung der Leitfrage ein historischer Rückblick zur Entstehung der Sozialpsychiatrie notwendig. Es sind Spuren der damaligen Versorgungsstrukturen im Aufbau des heutigen psychiatrischen Hilfesystems, sowie im gesellschaftlichen Denken vorhanden, die den Umgang mit schwer psychisch erkrankten Menschen beeinflussen. Deshalb wird im zweiten Teil der wissenschaftlichen Arbeit auf die Geschichte der Sozialpsychiatrie eingegangen. Der Teil ist thematisch in Ereignisse bezüglich der psychiatrischen Versorgung ab den 1960er Jahren gegliedert, sowie in Bezug stehende relevante Entwicklungen, wie das Konzept der Gemein-

depsychiatrie. Dies stellt bis heute eine wichtige Grundlage für die psychiatrische Versorgung dar. Im dritten Kapitel geht es um den Teilhabebegriff. Zunächst wird eine Begriffsdefinition vorgenommen. Es folgt die sozialpolitische Bedeutung dessen, welche im Zuge des Bundes-
teilhabegesetzes (BTHG) zum Ziel der EGH geworden ist. Das Kapitel dient als Basiswissen für den weiteren Verlauf, denn durch das Ziel, gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe auch für Menschen mit seelischen Behinderungen zu ermöglichen, stellt er nicht nur für die EGH, sondern auch für diese Arbeit einen Schlüsselbegriff dar.

Des Weiteren werden im vierten Teil einige Grundlagen zu geschlossenen Wohnformen dargestellt. Die besonderen Merkmale und Voraussetzungen der mit Freiheitsentzug verbundenen geschlossenen Wohnformen in Deutschland müssen bekannt sein, um sich kritisch mit der Leitfrage auseinandersetzen zu können. Zudem wird auf die rechtlichen Grundlagen eingegangen, die dieser Wohnform zugrunde liegen. Außerdem wird sich mit der Personengruppe auseinandergesetzt, welche von der Unterbringung im geschlossenen Wohnheim bedroht oder betroffen ist, sowie den Problemlagen, welche die Klientel in der Regel mitbringen.

Darauf aufbauend wird im fünften Teil zunächst auf die prekäre Datenlage bezüglich geschlossener Wohnformen eingegangen. Es folgt die Kombinierung der Aspekte Teilhabe und geschlossene Wohnformen, indem untersucht wird, was über die Teilhabesituation der Bewohner*innen von geschlossenen Einrichtungen bekannt ist. Hierbei wird sich auf eine Studie bezogen, welche die Teilhabechancen in offenen Wohnheimen untersucht hat, dessen Erkenntnisse in Relation zu geschlossenen Wohnformen gesetzt werden. Dies dient der Abgleichung von Chancen und Grenzen der Wohnformen in Bezug auf Teilhabe. Schließlich wird unter rechtlicher Einbeziehung geprüft, inwieweit Zwang und Menschenrechte im sozialpsychiatrischen Kontext vereinbar sind. Daraus geht die Notwendigkeit hervor, sich mit der Fragestellung zu beschäftigen, weshalb geschlossene Wohnformen trotz des Rechts auf Teilhabe weiterhin Bestand haben.

Im sechsten Kapitel wird die methodische Vorgehensweise zur Beantwortung der Leitfrage beschrieben. Gleichzeitig wird die Frage aufgeworfen, ob die Reformen des BTHGs die von einer freiheitsentziehenden Maßnahme betroffene Klientel überhaupt erreichen können.

Zur Beantwortung der Frage, werden im siebten Teil Faktoren auf der personellen, gesellschaftlichen und strukturellen Ebene in Verbindung mit den Zielen des BTHGs, der personenzentrierten, gemeindenahen und selbstbestimmungsstärkenden Hilfen zur Ermöglichung der gesellschaftlichen Teilhabe gesetzt. Es wird analysiert, ob diese Faktoren die Umsetzung die-

ser Ziele behindert. Es werden die Themen der Benachteiligungen in Folge der Erkrankung, der Standpunkt der Gesellschaft, Stigmatisierungen, die Fragmentierung des Versorgungssystems, sowie das Thema der Re-Institutionalisierung beleuchtet. Die Prüfung der Bereiche beginnt auf der Mikroebene, der Person und verläuft über die Mesoebene, der Gesellschaft hin zur Makroebene, der Struktur. Anhand dieser Vorgehensweise soll der Einfluss der äußeren Umstände auf die Leitfrage, wieso geschlossene Wohnformen trotz des Rechts auf Teilhabe beständig bleiben, verdeutlicht werden. Im Zuge dieser Arbeit kann die Frage jedoch lediglich skizzierend beantwortet werden, da die Komplexität des Themas den Rahmen übersteigen würde. In Teil acht erfolgt die grobe Beschreibung eines Lösungsansatzes und in Teil neun werden in Form des Fazits die wesentlichen Aspekte dieser Arbeit aufgegriffen und auf die zentrale Fragestellung eingegangen. Zudem wird ein Ausblick auf den weiteren Forschungsbedarf der Thematik gegeben.

2 Geschichte der Sozialpsychiatrie

Ein Einblick in die Geschichte der Sozialpsychiatrie dient dem besseren Verständnis der Struktur des heutigen psychiatrischen Versorgungssystems und der Position psychisch erkrankter Menschen in der Gesellschaft in Deutschland. Insbesondere der Ursprung von geschlossenen Wohnformen soll vermittelt werden, denn die Anwendung von exkludierenden Maßnahmen hat eine lange Tradition in der Versorgung langanhaltend psychisch erkrankter Menschen. Thematisch bedeutende Begriffe und Entwicklungen werden erläutert.

2.1 Geschichte der psychiatrischen Versorgung

Vor dem Jahr 1975 bestand die psychiatrische Versorgungslandschaft in Deutschland für schwer psychisch erkrankte Menschen aus Großkrankenhäusern, sogenannten Anstalten und Heimen, wo Betroffene oft ihr Leben ohne therapeutische Behandlung verbrachten. In den 1960er und 1970er Jahren gerieten die Einrichtungen vermehrt in die Kritik, welche Anlass für die Psychiatriereform im Jahr 1975 unter dem Namen ‚Psychiatrie-Enquete‘ war (vgl. Eink 2017: 51). Fraglich ist jedoch, wie es dazu kam und welche Begriffe bis heute in Verbindung mit der Reform stehen.

Die Zeit vor der Psychiatrie-Enquete ist heutzutage durch den Begriff des Institutionalismus geprägt, welcher seinen Ursprung in der Soziologie hat. Der Soziologe Goffman hat im Jahr

1961 in seiner Erstausgabe des Werks ‚Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen‘ den Begriff der ‚totalen Institution‘ für psychiatrische Krankenhäuser etabliert (vgl. Goffman 1972: 11). Unter ‚totalen Institutionen‘ verstand er Einrichtungen, die alle Bereiche des Lebens abdecken, also allumfassend oder ‚total‘ sind. Menschen außerhalb einer Institution verbringen ihren Tag eingeteilt in drei Lebensbereiche, wie Arbeit, Wohnen, Freizeit, welche an unterschiedlichen Orten mit unterschiedlichen Menschen stattfinden. In einer ‚totalen Institution‘ würden alle diese Bereiche an einem Ort mit den gleichen Menschen vonstattengehen. Auch die Tagesstruktur innerhalb der Institution sei vorgeschrieben und statisch (vgl. Goffman 1972: 11). Goffman fasst eine ‚totale Institution‘ wie folgt zusammen: „Eine totale Institution läßt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen.“ (ebd.) Als vergleichendes Beispiel zu psychisch Erkrankten in einer totalen Institution nennt Goffman Gefängnisinsass*innen, wodurch er die These aufstellt, dass mit ersteren ähnlich umgegangen wird, wie mit Menschen die gegen das Gesetz verstoßen haben (vgl. ebd.: 11f.). Die Folgen institutionalisierter ‚Versorgung‘ wurden zwischen den 1960er und den 1970er Jahren aufgedeckt (vgl. Kunze 2015: 21). Patient*innen in den Großkrankenhäusern hatten „keine Alltagskompetenz, keine Perspektiven, keine Klagen und keine Wünsche nach Veränderung, bei einem total fremdbestimmten Leben unter armseligen Verhältnissen.“ (ebd.) In den psychiatrischen Anstalten wurden „die chronisch erkrankten Patienten jahrzehntelang hospitalisiert“ (Konrad/Görres 2017: 9) und durch die zwangsweise Anpassung an die Institutionsstrukturen von ihnen abhängig gemacht. Laut Konrad und Görres kann diese Dynamik als Hauptmerkmal der Anstaltspsychiatrie gesehen werden (vgl. ebd.: 9f.). Anstaltspatient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen wurden als ‚unheilbar‘ abgestempelt und die Psychiatrien konstruierten ein Bild des Asyls, also des Schutzes für Betroffene in der Gesellschaft. Hinzu kam das Fehlen alternativer Behandlungsmöglichkeiten, sowie die unwürdigen und Patient*innen verobjektivierenden Zustände in den Anstalten. Im Laufe der Zeit stellte sich heraus, dass diese Art der Verwahrung erst zu den Krankheitssymptomen führte, welche man der Erkrankung zuschrieb und zu behandeln versuchte (vgl. Dörr 2005: 140–142). Nicht nur diese Zustände ließen Zwangscharakter entstehen, auch direkter Zwang war in der Anstaltspsychiatrie verankert, so lebten drei Viertel der Patient*innen auf geschlossenen Stationen (vgl. Eink 2017: 51).

In einem Bericht im Jahr 1971 wurden die Verhältnisse in den Institutionen dargelegt, welcher als Grundlage für die Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 diente (vgl. Deutsches Ärzteblatt

2001: 301). Kritisiert wurden die Größen der Anstalten, da zwei Drittel der Betten in Einrichtungen mit über 1000 Betten platziert waren. Im Bericht der beauftragten Expert*innenkommission wurde auf die schlechten baulichen Zustände, die Entfernung der Unterbringung zum Wohnort, die geringe oder schlechte Ausbildung des Personals sowie den Personalschlüssel aufmerksam gemacht, welcher bei Psycholog*innen oder Sozialarbeiter*innen im Schnitt 1:550 Patient*innen betrug (vgl. Eink 2017: 51). Die Kommission forderte eine weitreichende Veränderung in der Versorgungsstruktur, welche bis dahin Großteils auf der „Verwahrspsychiatrie“ (vgl. Giertz/Gervink 2017b: 20) beruhte. Zu den Hauptforderungen gehörte der Abbau psychiatrischer Betten bzw. die Schließung der Großkliniken. Es wurde der Ausbau von ambulanten und zur Klinikversorgung komplementären Versorgungsdienste in der Gemeinde gefordert und. Gleichzeitig wurde Koordination und Kooperation der Versorgungsdienste gefordert, sowie die Gleichstellung von psychischen und mit somatischen Erkrankungen. Im Zuge dessen sollten die Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen ausgestattet werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2001: 302).

Das Ziel dieser Forderungen und somit der Reform bestand insbesondere darin, Langzeitpatient*innen aus den Großkrankenhäuser in die Gesellschaft zu integrieren und somit der ambulanten anstelle der institutionellen Versorgung den Vorrang zu gewähren, um die selbstbestimmte Lebensführung Betroffener zu fördern (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2001: 302; Dörr 2005: 15). Dieser Prozess ging zunächst als Enthospitalisierung, und später als Deinstitutionalisierung in die Versorgungsgeschichte ein (vgl. Eink 2017: 51f.).

In der Umsetzung stellten sich jedoch im Verlauf Schwierigkeiten heraus, da eine schnelle Lösung für den Verbleib der ehemaligen Langzeitpatient*innen gefunden werden musste. In Deutschland wurden komplementär zu den Krankenhäusern Einrichtungen geschaffen, wobei es sich zum Teil wiederum um geschlossene Heime handelte. Viele dieser Einrichtungen wurden auf dem ehemaligen Klinikgelände oder in deren Nähe angesiedelt (vgl. Richter/Hoffmann 2016: 12). Auch diese Einrichtungen zählten teilweise achtzig Plätze, obwohl man sich von den Großeinrichtungen verabschieden wollte. Das Prinzip der sogenannten Transinstitutionalisierung stellte sich in den 1990er Jahren heraus und meint die Verlagerung eines beträchtlichen Teils der ehemaligen Anstaltspatient*innen in eine meistens ebenfalls hochstrukturierte Heiminstitution (vgl. Eink 2017: 52; Röh 2020: 5). Auf die Strömung wird im Abschnitt 6.3.2 vertieft eingegangen. Die Wissenschaftler*innen Konrad und Görres sehen den mit Zwang verbundenen Institutionalismus bis heute in den Strukturen des Versorgungs-

systems weiterbestehen, was in den Abschnitten 6.1.1 und 6.1.2 verdeutlicht wird (vgl. Konrad/Görres 2017: 9).

So hat die Ausübung von Freiheitsentzug eine lange Tradition in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Es zeigt sich, dass durch beschriebene Prozesse geschlossene Wohnformen auch nach der Reform nicht aus dem psychiatrischen Versorgungssystem verschwunden sind und sie weiter ‚notwendig‘ erscheinen.

2.2 Verständnis der Sozial- und Gemeindepsychiatrie

Die beschriebenen Veränderungen führten zu einem Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung und mündeten im Konzept der Sozialen Psychiatrie (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 11). Bis heute stellt die Soziale Psychiatrie „ein umfassendes Konzept mit dem Ziel [dar], die Lebenssituation psychisch erkrankter Menschen zu verstehen, zu respektieren und, wenn möglich und gewünscht, zu verbessern.“ (ebd.: 12) Außerdem steht sie für Vermeidung von gesellschaftlicher Exklusion und der Ermöglichung des Lebens in der Gemeinschaft, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung (vgl. ebd.: 11).

Die Sozialpsychiatrie geht demnach anders als die medizinisch-dominierte Psychiatrie von der sozialen Dimension psychischer Erkrankungen aus. Die Grundlage der Sozialpsychiatrie besteht aus dem Verständnis, dass das Bild von psychischer Gesundheit und Krankheit veränderbar ist und deshalb in einem gesellschaftlichen Konsens bestimmt werden muss. Psychische Erkrankungen werden erst in sozialen Interaktionen sichtbar, sobald dabei Verhaltensweisen als von der Mehrheitsgesellschaft abweichend bemerkt werden. Sie können durch soziale Lebensbedingungen ausgelöst werden und/oder sich in diesen festigen. Im Umkehrschluss können psychische Erkrankungen ebenfalls die soziale Lebenswelt und Beziehungen beeinflussen (vgl. Priebe/Hoffmann 2012: 617).

Als Teil der Sozialpsychiatrie kann das gemeindepsychiatrische Verständnis betrachtet werden, denn eine entscheidende Aufgabe der Sozialpsychiatrie besteht aus dem Ausbau und der Weiterentwicklung der gemeindenahen Versorgung aller psychisch erkrankter Menschen (vgl. ebd.: 619). Dazu gehört bis heute die Vermittlung der gesellschaftlichen Verantwortung und Aufgabe, die psychisch erkrankten Bürger*innen zu integrieren (vgl. Dörr 2005: 16; Röh 2020: 4). Das Konzept ist darauf ausgelegt, dass alle psychisch erkrankten Menschen unabhängig von der Schwere der Erkrankung innerhalb ihres sozialen Umfelds Unterstützungsleistungen zu einem möglichst selbstbestimmten Leben erhalten können (vgl. Kunze 2015: 24).

Zur Erlangung einer langanhaltenden Besserung der Gesundheit geht die Gemeindepsychiatrie davon aus, dass eine Behandlung im gewohnten Lebensumfeld stattfinden muss. Soziale Faktoren wie Arbeits-, Wohn-, und sonstige Lebensverhältnisse innerhalb der Gemeinschaft sind ein elementarer Teil bei Fragen nach der Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen und müssen gleichermaßen berücksichtigt werden. Daraus folgt der Vorrang von ambulanten und teilstationären Leistungen gegenüber institutionellen. Um den bis heute geltenden Grundsatz von „ambulant vor stationär“ (Kunze 2015: 23) realisieren zu können, wurde das Hilfesystem mit den Zielen der Bedarfsdeckung und Gemeindenähe ausgebaut, wodurch wiederum die Kontinuität der Versorgung gesichert und die Zusammenarbeit der Angebote gefördert werden sollte. In den Wohnvierteln sind Versorgungsverpflichtungen, sogenannte Sektoren entstanden, die für eine koordinierte und sichere Planung der Hilfen sorgen sollen, um insbesondere die Lebenssituationen schwer und langanhaltend Erkrankter zu verbessern, da diese ohne bestehende Pflichtversorgung auf Grund gering eingeschätzten Behandlungserfolge vermehrt benachteiligt werden würden. Bei konsequenter gemeindepsychiatrischer Durchführung müsste jeder Sektor so viele passende Institutionen anbieten, wie es benötigt, um den Bedarf der dort lebenden Bevölkerung abdecken zu können. Durch die Bildung von Fach- und Steuerungsgremien soll eine koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsinstitutionen im Sektor gewährleistet werden, um Institutionsübergreifend individuelle Hilfen zu ermöglichen. Eine ähnliche Funktion haben Gemeindepsychiatrische Verbände, auf welche zu einem späteren Zeitpunkt dieser Arbeit eingegangen wird (siehe Teil 8). Durch diese Versorgungsstruktur soll neben engmaschiger Koordination auch die Kontinuität der Behandlung gewährleistet werden (vgl. Priebe/Hoffmann 2012: 622f.). Im Zuge der Versorgung innerhalb der Gemeinschaft und der vermehrt ambulanten Anbindung, sollte die Personenzentrierung, also die Orientierung der Unterstützungsausrichtung an den Bedürfnissen der Klient*innen umgesetzt werden, flexibel an die Lebenswelt angepasst werden und „auf eine positive Beeinflussung der gesamten Lebenssituation der Betroffenen [...]“ (ebd.: 624) abzielen. Der personenzentrierte Ansatz war als Ersatz für das institutionszentrierte Denken vorgesehen. Das bedeutet, dass die am individuellen Bedarf angepasste Hilfeleistung, die Anpassung der Klientel an die Gegebenheiten einer Institution ablösen sollte (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2016: 28). Außerdem sollte durch die Umstellung die Koordinierung der verschiedenen Versorgungsdienste verbessert werden, um Schnittstellenprobleme bei Veränderung des Hilfebedarfs zu vermeiden (vgl. Kunze 2015: 32, 33). Ziele der beschriebenen Prinzipien der Gemeindepsychiatrie waren die Verhinderung von Hospitalisierungseffekten und die Ermöglichung einer selbstständigen und würdevollen Lebensführung für Betroffene

innerhalb der Gemeinschaft (vgl. Dörr 2005: 17). Die beschriebenen Ausrichtungen der Versorgung in der Gemeinde, Personenzentrierung und die selbstständige Lebensführung bilden erneut die Grundlage für Reformen, auf welche im folgenden Teil eingegangen wird.

3 Die Bedeutung des Teilhabebegriffs

Der dritte Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Teilhabebegriff. Zunächst erfolgt eine Heranführung an das Verständnis von Teilhabe. Folgend geht es um die sozialpolitische Bedeutung von Teilhabe, die in den letzten Jahren durch die UN-BRK und das die Reform der EGH im Zuge des BTHGs stark an Bedeutung gewonnen hat.

3.1 Definitionsversuch ‚Teilhabe‘

Eine explizite Definition des Teilhabebegriffs existiert bislang nicht (vgl. Gutmann 2019: 138), weshalb im Folgenden verschiedene fachliche Perspektiven herangezogen werden, um den weitgefassten Begriff mit Bedeutung zu füllen (vgl. Röh/Meins 2021: 57).

Um dem Begriff der Teilhabe näher zu kommen, ist es sinnvoll ihn neben dem politisch und medial präsenten Begriff der Inklusion zu betrachten. Das lateinische Wort ‚inclusio‘ bedeutet ‚Einschluss‘/ ‚Einschließung‘, welches wothistorisch eher negativ besetzt ist (vgl. Röh/Meins 2021: 54). Kastl definiert Inklusion als „strukturelle Einbeziehung von Individuen in gesellschaftliche Zusammenhänge.“ (Kastl 2017: 101) Damit ist gemeint, dass Zugänge zu sozialen Systemen für Personen gegeben sein sollen, welche durch Rechte, Rollen und Ressourcen verlässlich gewährleistet sind. Menschenrechte, Grundrechte, Bürgerrechte und anknüpfende Rechtsnormen wie z.B. das Sozial- oder Zivilrecht regeln in vielen Gesellschaften soziale Zugänge. Um diese Rechte wahrnehmen und anwenden zu können, benötigt es Rollenbilder, wie Mitglied einer Krankenkasse, Berufstätige, etc. Insbesondere sozial benachteiligte Personengruppen benötigen zur Wahrnehmung der Rechte und Rollen zusätzliche personen- und umweltbezogene Ressourcen, wie Bildung und Kompetenzen, Geld und Wohnung, eine barrierefreie Umgebung und eine Infrastruktur, welche die notwendigen Voraussetzungen für die benötigte Versorgung abdeckt (vgl. Kastl 2017: 101f.).

Einen weiteren Definitionsansatz liefert die Bundesregierung, in dem sie Inklusion damit beschreibt, „dass Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an gemeinsam in allen

Lebensbereichen selbstbestimmt leben und zusammenleben.“ (BMAS 2021: 19) Demnach stellt Inklusion einen hohen Anspruch dar (vgl. Röh/Meins 2021: 56f.).

Was kann daran anknüpfend unter Teilhabe verstanden werden? Eine Definition dessen könnte sein, ein gutes Leben durch gesellschaftlich garantierte Verfügbarkeiten an Ressourcen und Partizipationsmöglichkeiten zu realisieren. Das impliziert, dass Zugänge zu den Lebensbereichen, wie Wohnen, Arbeit, Kultur, Politik etc. geschaffen werden müssen. Teilhabe meint, dass alle gleichermaßen die Möglichkeit haben, bei Angelegenheiten des Lebens zu partizipieren. Also die garantierten Ressourcen und Partizipationsmöglichkeiten durch subjektive Handlungskompetenzen nutzen zu können (vgl. Röh/Meins 2021: 58). Röh und Meins betiteln das mit „teilnehmen können“ (ebd.). Voraussetzung dafür ist, dass ein gesellschaftlicher Möglichkeitsraum geschaffen wird, in dem Benachteiligungen vermieden werden, Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und ein Zugang zu diesen gestaltet wird (vgl. ebd.). Dies definieren sie mit „teilnehmen lassen“ (ebd.).

Hinzufügend bezieht sich Teilhabe auf die positiven Aspekte der Teilnahme an sozialen Kontexten, die gesellschaftlich und sozial als erstrebenswert gelten, wie Selbstverwirklichung, soziale Anerkennung, politische Mitbestimmung etc. (vgl. Kastl 2017: 104).

Teilhabe ist ein weitgefasster Begriff und bezieht sich auf viele Bereiche des Lebens, wie sozialer Beziehungen, Kultur und Politik, Bildung und Beschäftigung, Freizeit und Wohnen. Dem Wohnen wird dabei eine zentrale Bedeutung zugeschrieben, denn durch die Art des Wohnens kann die selbstbestimmte alltägliche Lebensführung gefördert werden und andere Teilhabeaspekte beeinflussen (vgl. Höptner 2018: 65). Auch Kunze geht davon aus, dass eine eigene Wohnung ein menschliches Grundbedürfnis sei und die entscheidende Voraussetzung für psychische Stabilität und personale Identität, sowie der Dreh- und Angelpunkt für die Entwicklung von Teilhabe in den anderen genannten Bereichen des Lebens sei (vgl. Kunze 2015: 35). Aus diesem Grund wird in den Leistungen zur sozialen Teilhabe impliziert, dass das Wohnen die Basis der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bildet. Es wurden einige wichtige Veränderungen etabliert, um die menschenrechtlichen Prinzipien der UN-BRK zu erfüllen (vgl. Konrad/Rosemann 2017a: 15; Rosemann 2018: 56). Auf diese wird im Folgenden eingegangen.

3.2 Die UN-BRK und das BTHG

Die Forderungen der Psychiatrie-Enquete können trotz erheblicher Verbesserungen in der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen als noch nicht vollständig umgesetzt angesehen werden (vgl. Steinhart/Wienberg 2017: 22). Eine psychische Erkrankung wird gemäß der S3-Praxisleitlinien für Psychiatrie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) als schwer bezeichnet, wenn sie mindestens zwei Jahre anhält bzw. behandelt wird und durch die Erkrankung eine erhebliche Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens, sowie des sozialen Funktionsniveaus besteht, durch welche das Behandlungs- und psychosoziale Hilfesystem vermehrt intensiv genutzt wird (vgl. Gühne et al. 2019: 7f.). Neue Anreize hat die Debatte um betroffene Personen durch das „Übereinkommen über die Rechte für Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen“ (UN-BRK) bekommen, welches durch den Beitritt Deutschlands im Jahr 2009 hierzulande vorgeschriebenes Recht ist. Die Gesetze müssen seitdem von allen staatlichen Stellen umgesetzt werden, welche regelmäßig von einer entsprechenden Kommission geprüft werden (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2022b).

Ziel ist die Stärkung der Rechte von Menschen, die „langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in der Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018: 8).

Die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Behinderung ähnlich. Auch dort wird Behinderung als Konsequenz aus Gesundheitsproblemen in Interaktion mit kontextuellen Umweltfaktoren gesehen und ergänzt damit das gemeindepsychiatrische Verständnis, dass eine psychische Erkrankung in der Gesellschaft entsteht (vgl. Forstner 2019). Diese neue Definition des Behinderungsbegriffs soll ein Umdenken aller Beteiligten bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bewirken, da er sich vom psychiatrisch-defizitorientierten Verständnis trennt und Umweltfaktoren einbezieht. Im gesamten Bereich der Psychiatrie sollen die Bedingungen für die Klient*innen menschenrechtskonform eingerichtet und eingehalten werden, womit die UN-BRK den Menschenrechtsschutz ausgeweitet hat (vgl. Aichele 2016: 20, 21). Entscheidend ist der in § 5 UN-BRK normierte Grundsatz des gleichen Rechts vor dem Gesetz und der Nichtdiskriminierung, wodurch anerkannt wird, dass die Menschenrechte für jeden gelten (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2022a). Diese rechtliche Stär-

kung für Menschen mit seelischer Behinderung legt die Tatsache nahe, dass die Konvention die Praxis des Zwangs in der psychiatrischen Versorgung kritisiert und dafür sorgt, dass die Zulässigkeit von Zwang rechtlich genauer geprüft wird (vgl. ebd.: 18).

Eine besondere Bedeutung kommt in der UN-BRK der Inklusion zu. Trotz oder gerade wegen den damit verbundenen hohen Erwartungen an eine Veränderung, stellt der Begriff, einen wichtigen Impuls für den gesamtgesellschaftlichen Kontext dar (vgl. Rieck/Pomowski 2018: 7; Kastl 2017: 100). Um den damit einhergehenden Anforderungen der gleichberechtigten Teilhabe am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben in Deutschland realisieren zu können, wurde im Jahr 2016 das Bundesteilhabegesetz, BTHG eingeführt (vgl. Kunze 2015: 134; Rosemann/Konrad 2017a: 16).

Die schrittweise Umsetzung hat im Jahr 2020 ihren Höhepunkt erreicht als die Eingliederungshilfe als eigenes Teilhaberecht ins SGB IX überführt und aus der Sozialhilfe SGB XII gelöst wurde (vgl. Rosemann 2018: 15). Seit dem Jahr 2020 entfällt die Trennung von ambulanten und stationären Wohnformen. Alle stationären Wohnformen, auch die ehemaligen (geschlossenen) Wohnheime, werden unter dem Begriff der besonderen Wohnform gefasst (vgl. Borbé et al. 2021a: 936). Rechtlich ist die besondere Wohnform nicht durch die Eingliederungshilfe definiert, sondern durch die Sozialhilfe, wo sie als solche bezeichnet wird, wenn ein allein oder zu zweit bewohnter persönlicher Raum mit zusätzlichen Gemeinschaftsräumlichkeiten wie Sanitärräume und Mensen bewohnt wird und, in Verbindung mit Fachleistungen der Eingliederungshilfe steht (vgl. Deutscher Bundestag 2021: 3).

Auch hier wurde der Behinderungsbegriff im Zuge des BTHGs (§ 2 Abs. 1 SGB IX) an die Definition der UN-BRK und der ICF angepasst. Teilhabe ist das Ziel sozialer Eingliederungshilfeleistungen und ist ein Rechtsanspruch (vgl. Speck 2018b: 12). Mit dieser Zielsetzung wurde Teilhabe in der gesamten fachlichen Welt ein hoher Stellenwert eingeräumt, denn letztlich sollen die neuen Gesetze und Leistungen nicht nur zu einer Verbesserung der Verwirklichungs- und Teilhabechancen von psychisch erkrankten Menschen führen. Sie sollen außerdem Veränderungen schaffen, um sich von ausgrenzenden und stigmatisierenden Bedingungen zu entfernen und sich auf eine inklusive, diverse Gesellschaft hinzubewegen mit Rahmenbedingungen, in denen alle Menschen gleichermaßen teilhaben können (vgl. Riek/Pomowski 2018: 7 f.).

Der § 90 Abs. 5 SGB IX bestimmt es als Aufgabe der EGH, Leistungsberechtigten die gleichberechtigte soziale Teilhabe in der Gemeinschaft zu erleichtern oder zu ermöglichen. Dazu

sind in § 102 Abs. 1 die Leistungsbereiche der EGH geklärt, welche sich auf die medizinische Rehabilitation (Nr. 1), Teilhabe am Arbeitsleben (Nr. 2), Teilhabe an Bildung (Nr. 3) und Leistungen zur sozialen Teilhabe (Nr. 4) beziehen. Für diese Arbeit sind die Leistungen zur sozialen Teilhabe relevant, welche in § 113 Abs. 2 SGB IX spezifiziert werden. Nummer 1 des Artikels beinhaltet die Leistungen für Wohnraum (vgl. § 113 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX). Der Gedanke der Selbstbestimmung nimmt in den Neuerungen des SGB IX einen hohen Stellenwert ein und wird in § 90 Abs. 1 SGB IX weiter ausgeführt, indem es zur Aufgabe der EGH gemacht wird

„Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistungen sollen sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können“ (§ 90 Abs. 1 SGB IX).

Um die Aufgabe zu, wird in § 104 SGB IX geregelt, dass Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalls zu erbringen sind und sofern zumutbar, den Wünschen bei der Gestaltung der Leistung (Abs. 2) nachzukommen, sowie das Wohnen im selbstgewählten Wohnraum zu ermöglichen ist (Abs. 3). Gegebenenfalls mit benötigten Unterstützungsleistungen (vgl. § 113 Abs. 1 Nr. 2). In § 104 Abs. 3 SGB IX ist bestimmt, dass bei bestehender Möglichkeit der Versorgung außerhalb der besonderen Wohnform, diesem der Vorzug zu gewähren ist. Der Erhalt von Fachleistungen ist demnach nicht mehr an das Wohnen in einer besonderen Wohnform gekoppelt, und die Länder haben „auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken [...]“ (§ 94 Abs. 3 SGB IX).

Diese Artikel sollen Berechtigten der Leistungen zur sozialen Teilhabe eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Lebensführung in der Gemeinschaft ermöglichen. Das gleiche Recht auf die freie Wohnortswahl, eine an den Bedarfen orientierte, also personenzentrierte Versorgung soll gewährleistet werden (vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe o. J.), wodurch die Richtlinien der Gemeindepsychiatrie (siehe 2.2) rechtlich verankert werden.

Mithin ist fraglich, wie sich diese theoretischen Rahmenbedingungen in der Praxis für Menschen anwenden lassen, die davon bedroht oder betroffen sind, geschlossen untergebracht zu werden.

4 Grundlagen geschlossener Wohnformen

Im Vordergrund des vierten Teils steht zunächst der Überblick der Strukturen geschlossener Wohnformen. Anschließend wird erläutert, welche rechtlichen Grundlagen in Bezug auf die geschlossene Unterbringung relevant sind.

In der Literatur wird häufig noch der Begriff des Heimes, sowie der stationären Einrichtungen verwendet. Diese werden heutzutage unter dem Begriff der besonderen Wohnformen gefasst. Im Zuge dieser Arbeit wird sich der literarischen Begriffsnutzung angeschlossen, um eine Abgrenzung der geschlossenen Wohnform von anderen Wohnformen zu schaffen und sich den zeitlich zurückliegenden Erkenntnisständen anzupassen (vgl. BMAS 2021: 339; Borbé et al. 2021: 936).

4.1 Struktur geschlossener Wohnformen in Deutschland

In Deutschland gibt es nicht nur in psychiatrischen Krankenhäusern die Möglichkeit Menschen geschlossen unterzubringen, sondern zudem auch in Wohneinrichtungen die geschlossen geführt werden (vgl. Deutscher Bundestag 2017: 1). Eine Unterbringung schließt die selbstbestimmte Wohnortswahl auf Grund der auf Unfreiwilligkeit beruhenden Begrifflichkeit bereits faktisch aus (vgl. Aichele 2016: 28).

Diese Wohnformen bieten ein hohes Maß an Tagesstruktur und ein hochstrukturiertes Versorgungsangebot innerhalb der Einrichtung. Sie bieten zudem eine höhere Personalkapazität als offen geführte Wohnformen (vgl. Deutscher Bundestag 2017: 1). Die personelle Ausstattung beläuft sich hauptsächlich auf Mitarbeitende des Pflegepersonals und Pflegehelfer*innen. Zudem sind sozialpädagogische Berufe häufig vertreten. Es kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass eine kleine Gruppe an Mitarbeitenden über keine Berufsausbildung verfügt. Es ist ebenfalls ein geringer Anteil an ergotherapeutischem Personal vertreten, die am wenigsten vertretenen Berufsgruppen sind Ärzt*innen und Psycholog*innen (vgl. Jenderny et al. 2020: 261).

Neben den Einrichtungen mit ausschließlich geschlossenen Plätzen gibt es auch Einrichtungskonzepte mit sogenannten fakultativ geschlossenen Plätzen (vgl. GPV Stuttgart 2019: 153). Das bedeutet ein Teilbereich der offenen Einrichtung wird für Menschen mit einem richterlichen Beschluss vorbehalten, wodurch eine „umfassende, durchlässige und individualisierte Leistungserbringung für die betreuten Personen“ (ebd.) geboten werden soll. Bei Beendigung der Unterbringung, muss die Einrichtung nicht erneut gewechselt werden und auch das ge-

wohnte Team bleibt für den gesamten Ablauf bestehen (vgl. ebd.). Die Anzahl und Konzeption geschlossener Wohnformen unterscheiden sich innerhalb der Bundesländer massiv voneinander. Einigen Bundesländern stehen keine Wohneinrichtungen mit der Möglichkeit zum Freiheitsentzug zur Verfügung, was zu einer starken Ungleichverteilung und zur bundesweiten Nutzung vorhandener Heime führt. Die Einrichtungen unterscheiden sich auch in Bezug auf die Größe und Platzanzahl sowie der Struktur, was die personelle Ausstattung oder die Fachlichkeit beinhaltet (vgl. Borbé et al. 2021: 935; DGPPN 2020: 22). Eine Unterbringungs-genehmigung kann für ein Jahr und im Höchstfall für zwei Jahre ausgesprochen werden. Es besteht jedoch die Möglichkeit diesen zu verlängern, wodurch es weiterhin zu Langzeitunterbringungen kommen kann (vgl. BAG GPV 2020: 39), welche, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, im Zuge der Reform ab dem Jahr 1975 abgeschafft werden sollten.

Die DGPPN hat einen Teilhabekompass für die soziale Integration von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erstellt, worin festgeschrieben ist, dass Bewohner*innen eines geschlossenen psychiatrischen Wohnheims so viel Autonomie wie möglich erhalten bleiben soll. In den Bereichen Freizeit und Tagesgestaltung sind Teilhabemöglichkeiten zu schaffen, indem Sport- und Ausflugsangebote, kulturelle Angebote usw. gewährleistet werden (vgl. DGPPN 2021). Diese können hausinterne Arbeits- und Beschäftigungsangebote oder Therapien beinhalten (vgl. GPV Stuttgart 2019: 154). Der Tagesablauf ist durch die Einrichtung strukturiert, bei Angelegenheiten des täglichen Lebens sind strenge Absprachen vorgesehen, unter denen auch täglicher Ausgang stattfinden kann (vgl. ebd.). Es bestehen keine verpflichtenden Kontrollen oder Informationen bezüglich der Einhaltung dessen (vgl. BAG GPV 2020: 11).

Folglich finden in einer geschlossenen Wohneinrichtung die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit an ein und demselben Ort statt. Bewohner*innen sind für die Zeit der Unterbringung von dem Rest der Gemeinschaft abgetrennt und verbringen ihre Zeit mit Menschen eines ähnlichen Schicksals. Gemäß Goffman weist eine geschlossene Wohnform demnach die Merkmale einer ‚totalen Institution‘ auf.

Formal soll durch Zwangswohnform das Ziel der EGH verfolgt werden, was in dem Sinne die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe für Klient*innen bedeutet (vgl. Rosemann/Konrad 2017b: 278). Erreicht werden soll das Ziel durch die Teilnahme der Betroffenen an therapeutischen Programmen in der geschlossenen Einrichtung, wodurch Verhaltensänderungen der Klient*innen erreicht werden sollen. Auch das Fernhalten von einem gewohnten ggf. schädlichen Umfeld kann gewollt sein (vgl. ebd.: 277). Ob die Lösung dafür jedoch das (zeitweise)

Wohnen in einer geschlossenen Unterbringung darstellt, ist fraglich und die Betreuungsrichterin Loer gibt zu bedenken, dass es sich um einen Freiheitsentzug handle „d.h. Einsperren, und zwar nicht als Sanktion für rechtswidriges Verhalten sondern als Schutz bei Eigengefährdung, den die Betroffenen selbst gar nicht wollen.“ (Loer 2012: 4) Zum Verständnis dieser Aussage, benötigt es eine Auseinandersetzung mit den rechtlichen Grundlagen.

4.2 Rechtliche Grundlagen

Aus rechtlicher Perspektive handelt es sich bei der geschlossenen Wohnform um eine durch die Eingliederungshilfe (SGB IX) finanzierte Leistung, welche auf Basis des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) § 1906 Abs. 1 ausschließlich zum Wohl der Person vorgenommen werden darf und vom Betreuungsgericht genehmigt werden muss (vgl. § 1906 Abs. 2 BGB). Eine zivilrechtliche Unterbringung in einer geschlossenen Wohnform nach § 1906 BGB im Interesse Dritter oder auf Grund von Fremdgefährdung ist nicht zulässig (vgl. Loer 2012: 5). Das heißt eine Unterbringung ist rechtlich ausschließlich auf Grund massiver Selbstgefährdung legitim. Dadurch kann eine Abgrenzung zur Rechtsgrundlage des ‚Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten‘, kurz ‚Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG)‘ vorgenommen werden (vgl. Mrozyński/Müller 2019: 725). Diese öffentlich-rechtliche Unterbringung hat das Anliegen „[...] den Bedürfnissen des Schutzes der öffentlichen Sicherheit und Ordnung Rechnung [zu]tragen, zum anderen jedoch auch in verstärktem Maße die Fürsorge für die Betroffenen zum Anliegen zu haben“ (ebd.). Auf Grundlage dessen, ist die Unterbringung in eine geschlossene Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses wegen Fremd- sowie, Eigengefährdung geregelt.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der freiheitsentziehenden Maßnahme in einem geschlossenen Wohnheim auf der Rechtsgrundlage des § 1906 BGB. Es wird sich auf die freiheitsentziehende Maßnahme bezogen, durch welche die betroffene Person durch bauliche Sicherungs- und Abgrenzungsvorrichtungen auf einem bestimmten Raum festgehalten wird. Auch Fixierungen eines Menschen in einem Bett/Stuhl, durch einen Gurt, unüberwindbare Bettgitter oder die Isolierung in einem Raum zählen zu den FEM und dürfen in Deutschland ausschließlich mit Zustimmung eines Gerichts angewandt werden (vgl. Rosemann/Konrad 2017b: 276f., 280). Auf dieser wird nicht näher eingegangen.

Eine FEM gegen den Willen der betroffenen Person geht bei fehlender Einstimmung der Person mit Zwang einher. Zwang bedeutet in diesem Zusammenhang sich über den Willen der

adressierten Person hinwegzusetzen (vgl. Deutscher Ethikrat 2018: 8). Aus rechtlicher Sicht ist das legitim, wenn die Person über keinen ‚freien‘ Willen im Sinne des §1896 BGB Abs. 1a verfügt. Das bedeutet, dass ein Mensch auf Grund einer psychischen Erkrankung keine Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit einer freiheitsentziehenden Maßnahme hat oder er nicht nach dieser handeln kann (vgl. Brosey et al. 2013: 154).

Voraussetzung für eine zivilrechtliche Unterbringung ist, dass eine rechtliche Betreuung für die betroffene Person besteht oder es eine bevollmächtigte Person gibt, welche die Zwangsmaßnahme beim zuständigen Betreuungsgericht beantragt. Durch die Unterbringung muss die Gefahr des Suizids oder der Zufügung eines erheblichen gesundheitlichen Schadens abgewandt werden, was durch keine mildere Alternative möglich ist (vgl. § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB). Das Gericht muss dies prüfen. Dafür müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Die Maßnahme muss einen legitimen Zweck verfolgen, ist also zum Wohl der betroffenen Person,
2. Die Maßnahme muss geeignet zur Abwendung der festgestellten Gefahr sein,
3. Die Gefahr kann durch mildere Mittel nicht abgewendet werden,
4. Die Verhältnismäßigkeit ist zu prüfen, das heißt, die Vorteile müssen die Nachteile überwiegen. Der voraussichtliche Nutzen der Unterbringung muss größer sein, als die Belastung durch die FEM (vgl. ebd.: 153).

Nur unter diesen Voraussetzungen darf eine Unterbringung in ein Wohnheim stattfinden, denn ausschließlich das Vorliegen einer Erkrankung oder Behinderung darf keine Unterbringung rechtfertigen (vgl. Loer 2012: 5). Die Maßnahme ist unverzüglich zu beenden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind (vgl. §1906 BGB Abs. 3). In der Praxis ist häufig jedoch nicht trennscharf zu erkennen, wann eine Fremd- und wann eine Eigengefährdung vorliegt, was sich zum Teil in der Umsetzung von geschlossenen Unterbringungen widerspiegelt. Dadurch wird die Wichtigkeit der Verhältnismäßigkeit und der Abwägung von milderem Mitteln unterstrichen (vgl. Aichele 2016: 33; Deutscher Ethikrat 2018: 8; Steinhart/Bethel 2017: 6).

4.3 Personengruppe

Innerhalb der Bevölkerungsgruppe mit schweren psychischen Erkrankungen, gibt es einen Anteil, der durch langanhaltende, schwere psychische Erkrankungen, schwerwiegende Ein-

schränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen erleben. Die Menschen benötigen häufig eine komplexe medizinische und psychosoziale Versorgung (vgl. GPV Stuttgart 2019: 157; Gühne et al. 2019: 5). Es ist von einem hohen Wert der F2-Diagnosen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen auszugehen, sowie Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Giertz 2016b: 7; Jenderny et al. 2021: 64).

Jedoch weisen viele Betroffene Komorbiditäten bzw. Multimorbidität auf und bringen eine individuell geprägte Lebens- und Krankheitsgeschichte mit, was die Eingrenzung auf ein homogenes Krankheitsbild erschwert (vgl. Große/Gahleitner 2021: 96f.; Speck 2014: 26).

Durch multiple Problemlagen, herausfordernden Verhaltensweisen und/oder normabweichende Lebensentwürfe, ist eine Integration derer in vorhandene psychiatrische Hilfeleistungen erschwert. Einrichtungskonzepte und Mitarbeitende geraten an ihre Grenzen oder auch darüber hinaus. Häufige Einrichtungswechsel sind die Folge, was durch fehlende Kontinuität wiederum dazu führt, dass die Klientel wenig von den Hilfen profitieren kann. Die Klientel ‚sprengt‘ somit das System (vgl. Giertz 2016a: 6), weshalb sich in der Literatur der Begriff des ‚Systemsprengers²‘ durchgesetzt hat. Die Bezeichnung ist jedoch kritisch zu hinterfragen, denn sie impliziert, dass die Problematik von dem/der Klient*in ausgeht (vgl. Konrad/Rosemann 2016: 147). Freyberger et al. haben in ihrer Studie zur ‚Systemsprenger-Problematik‘ in Mecklenburg-Vorpommern 2008 anhand einer Faktoranalyse vier Faktoren identifiziert, welche sich dafür eignen, die Verhaltensweisen der Personengruppe einzuschätzen. Diese sind ‚Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität‘, ‚Suizidalität‘, ‚Delinquenz und Konsum‘ sowie ‚Manipulation und Belästigung‘. Die Studiengruppe konstituierte, dass unter den 96 von 115 angefragten Einrichtungen 137 Betreute als ‚Systemsprenger‘ anhand der dargelegten Kategorien identifiziert werden konnten. 34,3 Prozent waren arbeitslos und 45,3 Prozent waren frühberentet (vgl. Freyberger et al. 2008: 5, 6, 7). Im Zuge der Studie zur ‚Systemsprengerproblematik‘ wurde in Berlin durch den VIA Perspektiven e.V. innerhalb der zum Verein zugehörigen Einrichtungen herausgefunden, dass im Jahr 2015 42 Menschen von insgesamt 506 Klient*innen betreut wurden, die der Personengruppe ‚Systemsprenger‘ zuzuordnen waren, was einen Prozentsatz von 8 ergibt. Die Hälfte der identifizierten Klient*innen bezogen Sozialhilfe gemäß SGB XII, 22 Prozent bezogen Arbeitslosengeld gemäß SGB II und 13 Prozent solches des SGB III (vgl. Giertz 2016b: 6), wodurch aus beides Ergebnissen geschlossen werden kann, dass die Arbeitslosenquote eklatant ist.

² ‚Systemsprenger‘ wird wissentlich nicht gegendert, um die Begrifflichkeit durch eine Personalisierung nicht anzunehmen (vgl. <https://www.grin.com/document/1143922>).

Freyberger et al. stellten außerdem fest, dass es keine zuverlässigen Kriterien dafür gibt, wann jemand als ‚Systemsprenger‘ zu identifizieren ist, woraus sie schließen, dass eine Identifizierung als dessen, weniger von personengebundenen Merkmalen abhängig sei als vielmehr von kontextuellen Faktoren. Dazu können die Interaktionsmustern in der Einrichtung oder der Strukturierungsgrad der Hilfe gehören (vgl. Freyberger et al. 2008: 10). Diese Erkenntnis unterstützt die Kritik an der Begrifflichkeit, dass eine Verortung der Problematik innerhalb der Klientel nicht angemessen ist, um die Problematik zu beschreiben und vielmehr vorherrschende Versorgungsstrukturen einbezogen werden müssen.

Dasselbe gilt für weitere Bezeichnungen. Auch die der ‚Hard-to-reach‘-Klientel ist weitestgehend etabliert, wer jedoch von wem schwer zu erreichen ist, „wird nicht mittels kontextueller Faktoren der Hilfesysteme untersucht – z.B. juristische und strukturelle Barrieren, gesellschaftliche Stigmatisierung, kommunikative Probleme -, sondern in den Klientinnen und Klienten verortet.“ (Giertz et al. 2021: 17) Weitere Begriffe wie ‚die Schwierigsten‘ werden oft verwendet, wobei es bis heute keine einheitliche Definition davon gibt, was genau die Klientel zum ‚Schwierigsten‘ macht (vgl. Giertz 2016a: 6).

Die beschriebenen Problematiken und Verhaltenscharakteristika der Klientel führen dazu, dass die Personen nicht selten bereits viele Hilfen des Versorgungssystems in Anspruch genommen hat, jedoch von kaum einer langfristig profitieren konnten (vgl. ebd.).

Unter anderem gehen Giertz und Gervink davon aus, dass ein Mangel an unzureichenden personenzentrierten Hilfeleistungen und regionalen ambulanten Behandlungsangeboten dazu führe, dass die Klientel aus dem bestehenden, gemeindenahen Versorgungssystem herausfalle (vgl. Giertz/Gervink 2017: 108). Dazu zählen insbesondere die Faktoren Impulsivität, Non-Compliance und Störungen im gruppenbezogenen Verhalten, wodurch Einrichtungen an ihre Grenzen kommen. Die Folge können vermehrte Klinikeinweisungen, Kündigungen der Betreuung, Institutionswechsel oder die Veranlassung einer geschlossenen Wohnheimunterbringung sein (vgl. Giertz/Gervink 2018: 43).

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf Grund der Heterogenität der Personengruppe und den zum Teil kritisch zu hinterfragenden aufgeführten Begriffen, hauptsächlich über psychisch erkrankte Klientel mit komplexem Hilfebedarf bzw. herausfordernden/abweichenden Verhaltensweisen geschrieben.

5 Geschlossene Wohnformen und Teilhabe

Die folgenden Kapitel schaffen einen Überblick über die Quantität und Qualität des Wissensstandes bezüglich geschlossen geführter Wohnheime in Deutschland. Der Qualität wird sich anhand von Lebenslagenbefragungen durch zwei Studien genähert. Darauf aufbauend wird die rechtliche Kompatibilität aufgezeigt. Die Inhalte dieses Teils dienen der Grenzen- und Chancenaufzeigung in Bezug auf die Vereinbarkeit von geschlossenen Wohnformen und Teilhabe. Die Herstellung eines Bezugs zwischen den rechtlichen Grundlagen der Zwangsmaßnahme einer geschlossenen Unterbringung im Wohnheim den Menschenrechten und dem Teilhabeanspruch soll verdeutlichen, weshalb eine Auseinandersetzung mit der Leitfrage notwendig ist.

5.1 Datenlage geschlossener Wohnformen

Die bundesweite Datenlage bezüglich zivilrechtlicher Unterbringungen in Wohnheime ist prekär (vgl. Jenderny et al. 2020: 261). Im Bericht des Deutschen Bundestages im Jahr 2017 konnte dargelegt werden, dass die Zahl der zivilrechtlichen Unterbringungen in eine geschlossene Einrichtung zwischen den Jahren 2006 und 2015 kontinuierlich angestiegen sind (vgl. Deutscher Bundestag 2017: 5). Veröffentlichte Daten wie beispielsweise die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe (BAGüS) oder des Deutschen Bundestags, werden nicht separiert von den ebenfalls nach dem § 1906 BGB möglichen Unterbringungen aufgelistet, welche sich auf psychiatrische Kliniken, Pflegeheime und Wohnheime beziehen (vgl. Giertz/Gervink 2018: 38; Jenderny et al. 2021: 61). Somit ist keine differenzierte Betrachtung möglich (vgl. Jenderny et al. 2021: 61).

Im Folgenden wird auf Projekte eingegangen, dessen Werte oftmals auf Schätzungen beruhen, die anhand ermittelter Informationen erhoben wurden. Es wird trotzdem Bezug auf sie genommen, um die Entwicklungen zu verdeutlichen. Außerdem wird auf Projekte aus einzelnen Bundesländern bezuggenommen, auch wenn diese nicht die bundesweiten Entwicklungen abbilden.

Das Projekt ‚Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem – Erfassung und Reduktion‘ (ZIPHER), ist durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegeben worden und wurde im Zeitraum von 2016 bis 2019 durchgeführt (vgl. Deutscher Bundestag 2017: 3). Das Projekt verfolgte das Ziel mehr Transparenz in der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Bezug auf geschlossene Wohnheime zu schaffen. Die Projektgruppe hat eine Schät-

zung von mindestens 6000 geschlossenen Wohnheimplätzen in Deutschland vorgenommen. Diese Zahl ergibt sich aus der Anzahl von 60.400 bundesweiten Heimplätzen, welche durch das BAGüS übermittelt wurden, sowie dem durch Stichproben ausgewerteten Anteil von 10 Prozent der Gesamtanzahl an geschlossenen Plätzen (vgl. Jenderny et al. 2020: 261).

Jenderny et al. betonen jedoch, dass die Zahl vermutlich im höheren Bereich liegt, da einige große Leistungsanbieter nicht an den Untersuchungen teilgenommen haben (vgl. ebd.: 265).

Im Jahr 2010 wurden in Mecklenburg-Vorpommern bereits Institutionsbefragungen durch das Institut für Sozialpsychiatrie durchgeführt, welche im Jahr 2017 im Zuge des ZIPHER-Projektes wiederholt wurden. Durch die Vergleichswerte aus den Ergebnissen von 2010 und 2017 konnte herausgefunden werden, dass zwischen den genannten Jahren ein Zuwachs von drei geschlossenen Einrichtungen und 34 spezialisierten und geschlossenen Plätzen zu verzeichnen war. Die Gesamtzahl betrug elf Einrichtungen mit insgesamt 147 Plätzen für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Jedoch lässt sich vermuten, dass die Zahl von geschlossen untergebrachten psychisch erkrankten Menschen unter 65 Jahren auf Grund von Fehlplatzierungen in Alters- und Pflegeheimen höher ist (vgl. Jenderny et al. 2021: 62f.).

Im Jahr 2011 wurde in Baden-Württemberg eine empirische Untersuchung zur Erfassung der Situation von psychisch erkrankten Menschen unter 65 Jahren in Pflegeheimen durchgeführt. Es nahmen 14 von 44 Landkreisen an der Erhebung teil. Im Zuge dessen konnten 1463 Menschen unter 65 Jahren im Pflegeheim ermittelt werden, bei denen 70 Prozent eine psychische Erkrankung als Hauptdiagnose aufwiesen (vgl. Blankenfeld et al. 2017: 48 f.). Auf diese Situation wird im Abschnitt 6.3.2 vertieft eingegangen.

Im selben Zeitraum wie die ZIPHER-Studie untersuchte die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) in Baden-Württemberg die bundesweite Durchführung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem und entwickelten Instrumente zur Vermeidung dessen (vgl. BAG GPV 2020: 5). Initiiert wurde es ebenfalls durch das BMG (vgl. Deutscher Bundestag 2017: 3). Das Projekt lief unter dem Namen ‚Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem‘ (ZVP) (vgl. BAG GPV 2020: 5). Aus dem Gesamtprojekt sind Projekte der einzelnen GPV zu spezifischen Themen im Bereich der Zwangsmaßnahmen entstanden. Der GPV Stuttgart hat sich im Zuge dessen, mit dem Thema ‚Geschlossene Unterbringung im Wohnheim nach § 1906 BGB‘ beschäftigt (vgl. GPV Stuttgart 2019: 148). Das Projekt erhebt zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität und wissenschaftliche Evidenz (vgl. GPV Stuttgart 2019: 154). Im Rahmen des Projektes wurden

Interviews mit Betroffenen geschlossener Wohnheimunterbringungen geführt (vgl. ebd. 154). In dem Endbericht des Projektes wurde für das Land Baden-Württemberg im Jahr 2017 eine Gesamtzahl von 262 Unterbringungen in geschlossene Wohnformen aufgeführt, welche durch den Kommunalverbund für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) im Zuge einer bundeslandweiten Dokumentation zur Versorgungssituation psychisch erkrankter Menschen erfolgte (vgl. GPV Stuttgart 2019: 153).

Für Stuttgart ergab sich bis Mitte des Jahres 2018 eine Anzahl von 58 geschlossener Plätze verteilt auf drei geschlossen geführte Einrichtungen. Seit Ende des Jahres 2018 hat ein offen geführtes Wohnheim vierzehn Plätze mit der Möglichkeit zur freiheitsentziehenden Unterbringung vorzuweisen (vgl. GPV Stuttgart 2019: 153).

Die Projekte ZIPHER und ZVP konnten darstellen, wie schwierig die Datenerhebung in Bezug auf geschlossene Wohnformen ist. Es gibt weder regional noch bundesweit einheitliche Dokumentationssysteme für § 1906 BGB Unterbringungen, ebenso wenig wie die Dokumentations- und Kontrollvorschriften, welche in den Bundesländern entweder unzureichend oder ebenfalls nicht geregelt sind (vgl. BAG GPV 2019: 12; Jenderny et al. 2020: 265).

Es besteht des Weiteren eine Wissenslücke bezüglich der Wünsche von betroffenen Menschen. Dazu konnten die Sozialwissenschaftler Richter und Hoffmann einen Überblick schaffen. Sie haben eine Analyse von 32 Studien zur Qualität verschiedener Wohnformen, einschließlich geschlossener Wohnformen, unter Betrachtung der Dimensionen Wohnindikation, Soziale Integration, Gesundheitsstatus, subjektive Evaluation und Kosten durchgeführt. Diesbezüglich zeigte sich, dass das unabhängige Wohnen den institutionellen Settings unter Betrachtung genannter Faktoren „ebenbürtig oder sogar überlegen“ (Richter/Hoffmann 2017: 24) war.

Auch die Wohnpräferenz von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wurde untersucht. 84 Prozent von über 3100 befragten Menschen mit psychischer Erkrankung gaben an, das selbstständige Wohnen dem eher institutionellen Wohnen vorzuziehen (vgl. Richter/Hoffmann 2017: 23). „Also allein, mit Personen nach Wahl oder mit der eigenen Familie“ (ebd.). Zu hinterfragen ist, inwieweit Bewohner*innen hochstrukturierter Einrichtungen trotzdem Selbstbestimmung und Teilhabe erfahren.

5.2 Teilhabeforschung in stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe

Der Staat hat sich dazu verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu entwickeln, um Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zu Menschenrechten und Grundfreiheiten zu ermöglichen. Um diesen Verpflichtungen nachzukommen, muss erforscht werden, an welchen Stellen und aus welchen Gründen der Zugang zur Teilhabe an der Gesellschaft für Betroffene verwehrt bleibt oder eingeschränkt ist (vgl. BMAS 2021: 19). Angestoßen durch die UN-BRK sind in den letzten Jahren immer mehr Studien im Bereich der Teilhabeforschung entstanden (vgl. Schmachtenberg 2018: 33), „die der Verwirklichung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Partizipation von Menschen mit Behinderungen verpflichtet ist.“ (ebd.: 36) Defizite weisen die Studien im Bereich der hochstrukturierten Wohnformen auf. Um die Wissenslücke zu minimieren, hat sich der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. der Studie ‚Bewertung aktueller Entwicklungen der sozialpsychiatrischen Versorgung auf Basis des Capabilities Approachs und der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen‘ (BAESCAP) gewidmet, durch welche sie die Teilhabesituation von Leistungsberechtigten mit schweren psychischen Erkrankungen in Wohnformen der EGH ermittelt haben (vgl. Rieck/Pomoski 2018: 7). Anhand von Lebenslagenbefragungen wurden zwischen den Jahren 2015 und 2016 die Teilhabechancen und -barrieren von der Personengruppe in den Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Teilen von Westfalen und Baden-Württemberg: GPV Ravensburg mittels Stichprobenbefragungen ermittelt (vgl. Höptner/Daum 2018: 48). Lebenslagenbefragungen von Bewohner*innen psychiatrischer Wohnformen stellen eine neue Errungenschaft im Forschungsbereich dar (vgl. ebd.: 40f.). Obwohl es in der Studie nicht explizit um Bewohner*innen geschlossener Wohnheime geht, kann vermutet werden, dass insbesondere Ergebnisse, die auf den hohen Grad an Strukturiertheit zurückzuführen sind, auch auf die Teilhabesituation in geschlossenen Wohnformen zu projizieren sind.

Die Befragungen ergaben, dass Heimbewohner*innen die niedrigschwellig erreichbaren Unterstützungsmöglichkeiten durch Mitarbeitende, sowie die direkten Kontaktmöglichkeiten zu anderen im Heim schätzten. Es wurde eine höhere Zufriedenheit mit der Gesundheit, Freizeit und dem Lebensstandard im Gegensatz zu ambulant Betreuten Wohnformen festgestellt, was auf den erleichterten Zugang zu Gesundheitsleistungen, strukturierte Freizeitangebote und ein innerhalb der Institution gegebenes soziales Netz zurückzuführen ist (vgl. Daum 2018: 131; Höptner 2018: 72 f., 75 f., 79, 81 f.). Heimbewohner*innen fühlten sich zwar weniger gesellschaftlichen Stigmatisierungen ausgesetzt, was aus Klient*innenperspektive zunächst für das

Wohnen im Heim sprechen kann. Dies würde jedoch gegen die Ziele des BTHGs sprechen, eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gemeinschaft durch das selbstständige Wohnen innerhalb derer zu ermöglichen (vgl. § 90 SGB IX). Auf die Auswirkungen von Stigma wird im Abschnitt 7.2.2 vertiefend eingegangen. Ein Gegensatz besteht auch zu den Erkenntnissen, dass Selbstständigkeit langfristig nicht in einer Heimumgebung geschaffen werden kann (vgl. BMAS 2016: 260). Dem geringen Stigmatisierungserleben gegenüberstehend, bewerten nur 39 Prozent die Mitbestimmung der Alltagsgestaltung, sowie die Selbstbestimmung der Lebensführung als positiv (vgl. Höptner 2018: 78). Außerdem haben sie deutlich weniger soziale Kontakte außerhalb der Wohnform. 28,2 Prozent gaben an nie Besuch zu bekommen bzw. andere zu besuchen (vgl. ebd.: 79). Die Ergebnisse stellen eine unzureichende Realisierung von Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe auf Grund des Mangels an Kontakten innerhalb der Gemeinschaft dar.

Im Zuge der Teiluntersuchung ZVP des GPV Stuttgart wurde sich mit dem Thema ‚Geschlossene Unterbringung im Wohnheim nach § 1906 BGB‘ beschäftigt. Es wurden zwölf Interviews mit Bewohner*innen geschlossener Wohnformen durchgeführt. Die Befragungen bezogen sich ausschließlich auf den Bereich Stuttgart und schließen nur ein paar Meinungen zu geschlossenen Wohnheimen ein, wodurch die Interviewergebnisse keinen Anspruch auf Repräsentativität haben (vgl. GPV Stuttgart 2019: 159). Die Betroffenen wurden unter anderem zu den Hilfen und Unterstützungen im Wohnheim befragt. Zehn von zwölf Befragte bewerteten die Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten positiv. Insbesondere der vereinfachte Kontakt zu Bewohner*innen und zu Mitarbeitenden wurde wertgeschätzt. Auch die Alltagsstruktur in Form von Beschäftigungs- und Arbeitsangeboten waren für viele sehr hilfreich (vgl. GPV Stuttgart 2019: 164), wodurch Parallelen zu der BAESCAP-Befragung dargestellt werden können.

Aus den Ergebnissen beider Befragungen konnte herausgestellt werden, dass das Recht auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von Bewohner*innen in Einrichtungen mit hohem Institutionsfaktor nicht ausreichend erreicht wird. Außerdem bleibt offen, wie sich die Situation von Klient*innen verändert, wenn sie in eine weniger strukturierte oder sogar eigene Wohnform umziehen. Denn durch fremdbestimmte Kontrollen oder Vorgaben in der Einrichtung, institutionell bestimmte Tagesabläufe und Zeitpläne, wie sie in hochstrukturierten Institutionen etabliert sind, wird die Selbstständigkeit und die Selbstbestimmung beeinträchtigt (vgl. Stiftung Bethel 2021: 10). Kunze gibt zu bedenken, dass Menschen mit langanhaltenden psychischen Erkrankungen in Einrichtungen langfristig abhängig von der künstlichen sozialen

Umgebung werden würden und bestehende Beziehungen aus dem vorherigen Leben abnehmen würden. Eine erreichte Stabilität könne kaum in das reale Leben übertragen werden, wodurch die Wiedereingliederung in die Gesellschaft schwerfallen würde (vgl. Kunze 2015: 33 f.). Je institutionalisierter eine Wohnform ist, desto weniger Teilhabechancen bestehen durch die vorherrschenden Strukturen (vgl. Steinhart/Höptner 2017: 38). Anknüpfend kann festgestellt werden, dass je länger sich an die institutionellen Rahmenbedingungen gehalten werden muss, desto schwieriger lässt sich die Überleitung in eine selbstständige Wohnform gestalten (vgl. Konrad/Rosemann 2016: 151; Kunze 2015: 34).

Für ein selbstbestimmtes Leben ist die Wahlfreiheit der Wohnform von großer Bedeutung, denn der Bereich Wohnen stellt eine hohe Relevanz für die selbstbestimmte Lebensführung auch in anderen Bereichen des Lebens dar (vgl. Höptner 2018: 65; Kunze 2015: 35). Zudem konnte in der bereits erwähnten Analyse von Richter und Hoffmann aus dem Jahr 2017 dargestellt werden, dass die Wohnpräferenz im selbstständigen und unabhängigen Wohnen anstelle einer institutionalisierten Wohnform lag (vgl. Richter/Hoffmann 2017: 23). Dem Willen der Menschen sollte in der heutigen Zeit unter den menschenrechtlichen Bedingungen und dem Ziel der Teilhabe der höchste Stellenwert eingeräumt werden (vgl. Steinhart/Höptner 2017: 38). Außerdem haben Untersuchungen ergeben, dass die Möglichkeit des selbstständigen Wählens der Wohnform positive Effekte bei den Betroffenen auslösen kann. Darunter können Verminderung psychopathologischer Symptomatik und eine erhöhte Lebensqualität fallen. Die Wahlfreiheit stellt zudem eine hohe Relevanz für Betroffene dar (vgl. Höptner 2018: 78; Richter/Hoffmann 2017: 23). Trotzdem werden vermehrt Menschen geschlossen in Wohnformen untergebracht, wodurch ihnen die Wahl des Wohnorts und der Art des Wohnens abgesprochen wird.

Unter Berücksichtigung der Präferenz des unabhängigen Wohnens psychisch Erkrankter und der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts muss hinterfragt werden, wie es der Sozialpsychiatrie gelingen kann, die positiv bewerteten Aspekte des Heimes, wie die vereinfachten Kontaktmöglichkeiten, eine hohe Strukturierung des Alltags etc. für Menschen im ambulanten Wohnen erreichbar zu machen (vgl. Daum 2018: 131). Auch für solche, die einen besonders hohen Hilfebedarf aufweisen, müssen Angebote etabliert werden, durch die es den Menschen möglich ist, ihr Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung mit Hilfe engmaschiger Unterstützung vollziehen zu können (vgl. Steinhart/Höptner 2017: 38). Zurzeit ist die Diskrepanz zwischen dem Anspruch der Durchsetzung des Ziels gleichberechtigter gesellschaftlicher

Teilhabe für alle und die Realität der Umsetzung noch groß. Dies verdeutlicht das folgende Kapitel.

5.3 Vereinbarkeit von Zwang und Menschenrechten

Die Bestrebungen der EGH den Menschenrechtsanforderungen der UN-BRK nachzukommen und das im Grundgesetz (GG) festgeschriebene Recht auf ein selbstbestimmtes Leben (§ 2 Abs. 1 GG) auch für Menschen mit Behinderungen geltend zu machen, soll durch eine personenzentrierte Bedarfsermittlung und eine, nach Wunsch, vorrangig gemeindenahere Unterstützung im eigenen Wohnraum erreicht werden (vgl. Rosemann/Konrad 2017a: 16f.). Dem gegenüber steht die Nutzung der freiheitsentziehenden Unterbringung in einer geschlossenen Wohnform.

In § 2 GG ist verankert, dass jeder Mensch das Recht auf Freiheit und eine freie Entfaltung hat. In dieses Grundrecht darf gemäß § 2 Abs. 2 GG nur durch eine ausdrückliche Gesetzgebung eingegriffen werden. Diese liegt in Form des § 1906 BGB zwar vor, trotzdem gelten geschlossene Unterbringungen als ein schwerwiegender Eingriff in das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung (vgl. Loer 2012: 4f.). Folglich darf eine betreuungsrechtliche Unterbringung ausschließlich als letzte Instanz angewandt werden, wenn die betroffene Person nicht zur Selbstbestimmung fähig ist und zum Wohle der Person gehandelt wird (vgl. §1896 BGB Abs. 1a; §1906 Abs. 1 BGB). Dies kann kritisch hinterfragt werden, da in § 12 UN-BRK normiert ist, dass Menschen mit Behinderungen die gleiche Anerkennung mit anderen vor dem Recht genießen, wodurch der rechtliche Ansatz in Frage gestellt wird, einer psychisch erkrankten Person ihren freien Willen abzusprechen und auf Grund der Behinderung weniger Selbstbestimmung zu gewähren (vgl. Aichele 2016: 23f.).

Brisanz besteht auch durch die Formulierung der „Freiheit zur Krankheit“ (vgl. Rosemann/Konrad 2017b: 276), welche das Bundesverfassungsgericht vorgenommen hat, um zu verinnerlichen, dass es zum Recht des Menschen gehört eine Behandlung abzulehnen (vgl. Aichele 2016: 22; Rosemann/Konrad 2017b: 276).

Beim Berufen auf die Handlung ‚zum Wohle der Person‘ bleibt außerdem eine Definition vom ‚Wohl‘ aus. Im Fachbereich wird auf Grundlage des Gesetzesartikels auch vom ‚wohlätigen Zwang‘ gesprochen, also dem Zwang, der angewandt wird, um eine Selbstschädigung der/des Betroffenen zum Wohle deren abzuwenden. Der Begriff stellt jedoch eine Kontroverse aus dem Grund dar, dass die Zusammensetzung der Wörter, die Bedeutung des Zwangscha-

rakters abzuschwächen scheint (vgl. Deutscher Ethikrat 2018, 8f.; Steinhart/Bethel 2017: 4). Der Deutsche Ethikrat wirft im Zuge der Diskussion in einer Stellungnahme die Frage auf, ob „[...] ein Akt des Zwangs, der sich über den Widerstand des Gezwungenen hinwegsetzt, jemals aus dessen Sicht als Wohltat empfunden werden [kann], selbst wenn er nur dessen Wohl dienen soll?“ (Deutscher Ethikrat 2018: 9). Wer darüber entscheidet, was zum Wohle der Person am besten ist und wie diese Entscheidung vorzunehmen ist, lässt die Gesetzgebung offen. Ebenso wie die Betrachtung der Kehrseite des Zwangs, denn auch negative Folgen einer Zwangsmaßnahme können eintreten bzw. die erhoffte Zustandsverbesserung ausbleiben. Die Effekte einer Zwangsmaßnahme sind meistens nicht abschätzbar (vgl. Deutscher Ethikrat 2018: 32). Dazu können Traumatisierungen gehören oder auch ein zerstörtes Vertrauensverhältnis zwischen der betroffenen Person und in den Hilfeprozess eingebundenen Personen, was eine zielführende Versorgung stören kann (vgl. Aichele 2016: 35; Große/Gahleitner 2021: 96).

Am Prozess der geschlossenen Unterbringung in eine geschlossene Wohnform bewegen sich alle Beteiligten zwischen ‚fürsorglichem‘ Paternalismus, also dem zum Wohle und Schutz der Person angewandten Zwang und des Grundrechts der Autonomie eines jeden Menschen, was es auf Grundlage der Verhältnismäßigkeit abzuwägen (vgl. Gutmann 2019: 38; Loer 2012: 5). Das Menschenrecht der freiheitlichen Selbstbestimmung wird in der Ausübung von Zwang durch Sozial- und Gesundheitsberufe häufig mindergewertet als die Sorge für das vermeintliche Wohlergehen der betroffenen Person (vgl. Deutscher Ethikrat 2018: 10). Folglich kann es mitunter dazukommen, dass „gesetzliche Normvorgaben großzügig ausgelegt werden“ (vgl. Osterfeld/Zinkler 2016: 11). Selbstbestimmung meint die unabhängige Lebensführung, jedoch nicht zwangsläufig das eigenständige Leben, wie es bei Menschen mit Behinderungen der Fall sein kann. Auch ein Leben mit Unterstützungen kann von Selbstbestimmung geprägt sein (vgl. Röh/Meins 2021: 74; Schneider/Toyka-Seid o. J.).

Eine Zwangsunterbringung kollidiert mit dem Recht auf seelische und körperliche Unversehrtheit (§ 17 UN-BRK), eine solche Unterbringung bedeutet einen beträchtlichen Eingriff in das seelische Leben einer Person, da laut Rosemann und Konrad Freiheitsentzug zu Demütigung, Resignation und Gefühlen des Ausgeliefertseins führen könne (vgl. Konrad/Rosemann 2016: 151; Rosemann/Konrad 2017b: 278).

Die Voraussetzungen für eine Unterbringung scheinen in den letzten Jahren jedoch vermehrt zuzutreffen, obwohl die Gesetzgebung seit der UN-BRK und dem BTHG vorschreibt, dass das gleiche Recht auf die Wahl des Aufenthaltsorts für alle Menschen gilt. Im Zuge dessen ist

formuliert, dass keine Pflicht des Wohnens in einer besonderen Wohnform besteht. Unterstützungsleistungen sind gemeindenah und bedarfsorientiert zu gewährleisten. Laut Richter und Steinhart würde dies konsequent zu Ende gedacht bedeuten, dass Unterbringungen gegen den Willen Betroffener in Heime nicht mehr anzuwenden seien (vgl. Richter/Steinhart 2017: 262). Dies entspricht bislang noch nicht der Realität, denn die Wartelisten der geschlossenen Heime sind lang (vgl. Rosemann/Konrad 2017b: 276). Es entsteht folglich ein Spannungsverhältnis zwischen etwaigen Grundrechten, sowie dem § 1906 BGB.

Der Staat bezieht sich innerhalb der Diskussion um geschlossene Unterbringungen auf den Schutzauftrag (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 GG), durch welchen Zwangsunterbringungen in geschlossene Wohnformen nicht vollständig aus der psychiatrischen Versorgung wegzudenken sind (vgl. Deutscher Bundestag 2017: 2). Konrad und Rosemann erläutern, dass es jedoch nicht logisch zu erklären sei, wie die Durchführung von Freiheitsentzug Betroffenen Schutz bieten könne und verweisen auf einen möglichen Zusammenhang des Gedankens der Anstaltspsychiatrie als geschlossene Institutionen gesellschaftlich als Asyle galten (vgl. Konrad/Rosemann 2016: 150). Trotz den Spannungsverhältnissen beinhaltet die UN-BRK auch kein konkretes Verbot von freiheitsentziehenden Maßnahmen (vgl. Gutmann 2019: 142). Solange dies der Fall ist und gleichzeitig zu wenig mildere Alternativen zur Verfügung stehen, wird es geschlossene Einrichtungen geben und es kann davon ausgegangen werden, dass die Praktik weiterhin angewandt wird. Mildere Alternativen inkludieren alle Maßnahmen, die ohne Zwang möglich sind. Die Versorgungsrealität für schwer psychisch Erkrankte mit herausfordernden Verhaltensweisen ist prekär auf Grund fehlender gemeindenahen und bedarfsgerechten Hilfeleistungen (vgl. Aichele 2016: 34).

6 Methodisches Vorgehen

Bei der Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zur Teilhabe an der Gemeinschaft kann die Art des Wohnens als Ausgangspunkt der Lebensführung eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Kunze 2015: 35). Es gibt bisher keine Studien, die die Wirksamkeit von geschlossenen Wohnformen belegen, das heißt, ob durch Freiheitsentzug die gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung hergestellt werden kann. Kritiker*innen verneinen dies, denn zunächst bedeutet eine Unterbringung in einem Wohnheim Ausschluss von der Gesellschaft und auch die Selbstbestimmung wird für die Zeit der Unterbringung ausgesetzt (vgl. Rosemann/Konrad 2017b: 278.).

Bisher konnte festgestellt werden, dass es zwar durch neue Gesetze eine Stärkung der Rechte von Menschen mit seelischer Behinderung gab, die Personengruppe mit zusätzlichem komplexem Hilfebedarf jedoch vermehrt in geschlossenen Wohnformen untergebracht werden, was einen Eingriff in die Menschenrechte darstellt. Daraus lässt sich die Frage ableiten, ob die Personengruppe von der formalen Reformierung der EGH überhaupt erreicht wird. Mit dieser Frage wird sich im weiteren Verlauf der Arbeit, unter Berücksichtigung der Informationen aus den ersten drei Teilen, sowie anhand von Kriterien auf der personellen, gesellschaftlichen und strukturellen Ebene beschäftigt. Die Erkenntnisse führen dazu, die Leitfrage zu beantworten, wieso geschlossene Wohnformen trotz des Teilhaberechts weiterhin bestehen können.

Nach dem Laufe der Recherche zum Thema der geschlossenen Wohnformen zur aktuellen Zeit der nach Menschenrechten und Teilhabeförderung strebenden Sozialpsychiatrie, kann angenommen werden, dass verschiedene Faktoren existieren, die hindernd auf die Umsetzung des Rechtsanspruchs der Teilhabe von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen einwirken. Es wird geprüft, ob diese These zutrifft.

Die Faktoren beziehen sich sowohl auf personelle Lebenslagen als auch auf gesellschaftliche Defizite. Dazu gehört die Struktur der Gesellschaft und Stigmatisierungen, sowie schließlich strukturelle Problemlagen. Hierzu zählen die Fragmentierung des Versorgungssystems und Strömungen, welche in Richtung einer Re-Institutionalisierung gehen, also die vermehrte Anwendung von institutionalisierten Versorgungsmöglichkeiten. Somit wird die Betrachtung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene vorgenommen, wodurch ein ganzheitlicher Ansatz zur Beantwortung der Leitfrage vorgenommen wird. Die herausgearbeiteten fünf Faktoren sollen im weiteren Verlauf in Relation zu den wichtigsten Zielen des BTHGs der Personenzentrierung, Selbstbestimmung, insbesondere bei der Wohnortswahl und gesellschaftlichen Teilhabe für genannte Klientel gesetzt werden. Am Ende der Abschnitte wird die Bedeutung für die oben genannte Fragestellung resümiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die ausgewählten Aspekte sich gegenseitig bedingen und nicht trennscharf voneinander abzugrenzen sind.

7 Prüfung der Ziele sozialer Teilhabeleistungen aus drei Perspektiven

Im siebten Teil dieser Arbeit werden die Ziele der EGH, Personenzentrierung, Selbstbestimmung, insbesondere bei der Wohnortswahl und gesellschaftliche Teilhabe mit kritischen Fak-

toren auf der personellen, gesellschaftlichen und strukturellen Ebene verglichen und geprüft, ob diese Ziele trotzdem erreichbar sind.

7.1 Prüfung auf personeller Ebene

In Kapitel 4.3 wurde ein Versuch vorgenommen, die heterogene Personengruppe der von geschlossenen Wohnformen betroffenen bzw. bedrohten Menschen zu beschreiben. Auffällig ist, dass sie oftmals multiple existenzielle Problemlagen mitbringen und häufig bereits mehrfach Leistungen verschiedener Hilfesysteme in Anspruch genommen haben, von denen sie nicht profitieren konnten (vgl. Giertz et al. 2021b: 15f.). Auf dieser Grundlage wird geprüft, ob daraus für die Person weitere Nachteile in der gleichberechtigten Lebensführung entstehen, welche womöglich sogar die Chancen auf Selbstbestimmung und Teilhabe einschränken könnten.

Teilhabe umfasst den wichtigen Bereich der sozialen Beziehungen, welche eine zentrale Bedeutung für die Stabilisierung psychischer Gesundheit und die Lebensqualität darstellen (vgl. BMAS 2021: 92). Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und herausfordernden Verhaltensweisen, weisen meistens ein ausgeprägtes Krankheitsbild sowie einen komplexen Bedarf auf der psychosozialen und existenziellen Ebene auf (vgl. Giertz et al. 2021b: 15). Menschen, die bereits einen komplizierten Krankheitsweg durchlaufen haben und häufig an Grenzen gestoßen sind, haben nicht selten bereits Beziehungs- und Vertrauensverletzungen erlebt, welche bei wiederholtem Vorkommen zu Enttäuschungen und Misstrauen auf Seiten aller Beteiligten führen können (vgl. Große/Gahleitner 2021: 95, 98). Der Rückzug aus sozialen Beziehungen kann als Folge resultieren (vgl. ebd.: 97). Auf Grund ausgeprägter Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebenslagen ist die genannte Personengruppe selten in konstruktive soziale Netzwerke eingebunden, von denen sie profitieren könnten. Familiäre oder freundschaftliche Anbindungen existieren häufig nicht oder nicht in ausreichendem Maße (vgl. Gahleitner/Große 2021: 116). Fehlt diese Ein- und Anbindung in soziale Netzwerke, fehlt oft auch das Gefühl von Anerkennung und Vertrauen, wodurch Betroffene in Belastungssituationen häufig auf sich allein gestellt sind und wenig Unterstützung erfahren (vgl. ebd.). Der Mensch ist jedoch auf Anerkennung und Vertrauen durch andere Menschen angewiesen, um selbstwirksam handeln zu können (vgl. Große/Gahleitner 2021: 98). Im Bericht des KVJS Baden-Württemberg der Studie ‚Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe‘

(WieWohnen) wurde aus Betroffeneninterviews ersichtlich, dass Merkmale wie ein ausgeprägtes Krankheitsbild, sowie schwere Krankheitsverläufe, als Barrieren für die Wiederherstellung von Selbstständigkeit der Betroffenen wirken können (vgl. KVJS Baden-Württemberg 2020: 53). Auch Menschen, denen es infolge von Vertrauensmissbräuchen wie zum Beispiel den Eingriff in die Lebensführung in Form einer Zwangsunterbringung (vgl. Große/Gahleitner 2021: 97), schwer fällt Beziehungen aufzubauen, sind benachteiligt im Wiedererlangen der Selbstständigkeit (vgl. KVJS Baden-Württemberg 2020: 53).

In der Allgemeinbevölkerung leben 80 Prozent der Menschen in fester Partnerschaft. Gegenätzlich dazu leben nur 24 Prozent der Leistungsbeziehenden der EGH mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in einer solchen Beziehung (vgl. Daum 2018a: 56). Im Zuge der BAESCAP-Studie konnte herausgefunden werden, dass bei bestehenden Partnerschaften das Gefühl der sozialen Unterstützung wesentlich stärker ausgeprägt ist, als bei psychisch Erkrankten, die nicht in beständigen Paarbeziehung lebten (vgl. Daum 2018a: 59). Außerdem wurde herausgefunden, dass fast jede vierte Eingliederungshilfeleistungen beziehende Person keine engen freundschaftlichen oder familiären Beziehungen pflegt (vgl. Daum 2018a: 58). Im dritten Teilhabebericht der Bundesregierung wurde konstatiert, dass wenn eine gesellschaftliche Teilgruppe einen Mangel an sozialen Beziehungen und nennenswerten Freundschaften aufweist, sie als benachteiligt gelten kann (vgl. BMAS 2021: 94). Zusätzlich zu den Auswirkungen der psychischen Erkrankungen, gehen demnach noch Benachteiligungen bezüglich des sozialen Netzes einher, durch welches es der Personengruppe auf Grund biografischer Verletzungen erschwert ist, Vertrauen, Anerkennung und Unterstützung zu erfahren. Diese Prozesse wirken negativ auf die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe ein, könnten aber durch intensive Assistenz und Beziehungsarbeit möglicherweise kompensiert werden (vgl. Große/Gahleitner 2021: 100f.).

Schwere langanhaltende psychische Erkrankungen betreffen nicht selten die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit Betroffener. Die Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen des Staates erhöht sich enorm (vgl. Kunze 2015: 137). Im Jahr 2020 waren psychische Erkrankungen mit 42 Prozent der häufigste Grund für eine Frühberentung (vgl. DGPPN 2022: 3). Dies konnte durch die Studie um Freyberger et al. im Jahr 2008, sowie durch die VIA Perspektiven e.V. im Jahr 2016 in Zahlen gefasst werden, die zumindest einen Richtwert für die jeweiligen Bundesländer geben können. In Mecklenburg-Vorpommern waren im Jahr 2008 34,3 Prozent der als ‚Systemsprenger‘ identifizierten Personen arbeitslos und 45,3 Prozent frühberentet (vgl. Freyberger et al. 2008: 5, 6, 7). In Berlin bezogen 2015 die Hälfte derer

Sozialhilfe gemäß SGB XII, 22 Prozent bezogen Arbeitslosengeld gemäß SGB II und 13 Prozent solches des SGB III (vgl. Giertz 2016b: 6). Die ökonomische Situation der Personengruppe ist demnach prekär und geht häufig mit einem erhöhten Armutsrisiko einher (vgl. Kellmann 2017: 42). Neben einer verschlechterten finanziellen Lage, kann ein Ausschluss aus der Erwerbstätig bzw. -fähigkeit weitere Folgen haben.

Ein Arbeitsverhältnis kann als wichtiger Faktor auf psychologische, soziale und materielle Lagen einwirken. Sie kann sich durch Erfolgserlebnisse, soziale Kontakte und Zugehörigkeit zur sozialen Rolle des/der Arbeitstätigen im Ausgleich zur Rolle der psychisch erkrankten Person ausdrücken, woraus ein positiver Effekt auf das Wohlbefinden resultieren kann (vgl. Kunze 2015: 154). Fällt dies weg, hat das nicht selten weitere psychosoziale Folgen für die Betroffenen, wie das Gefühl des ‚Verlustes‘ eines sozialen Status oder der sozialen Identität (vgl. ebd.).

Auf Basis dieser Einblicke kann davon ausgegangen werden, dass die Personengruppe allein durch individuelle Beeinträchtigungen besonders benachteiligt im Zugang zu Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe ist. Armut und ein fehlendes soziales Netzwerk werden als Teilhabebarrrieren festgestellt (vgl. Daum 2018a: 59; Kellmann 2017: 43; KVJS Baden-Württemberg 2020: 54, 55), durch welche die Personengruppe marginalisiert wird (vgl. von Kardoff 2017: 7). Der Personengruppe stehen nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung, die es benötigt, um die eigenen Rechte einzufordern und partizipieren zu können (vgl. Röh/Meins 2021: 58). „Je schwerer Menschen psychisch krank sind, mit Beeinträchtigungen im privaten und beruflichen Umfeld, umso mehr sind sie vulnerabel für Vernachlässigung [...]“ (Kunze 2015: 15). Vernachlässigend wirkt, dass das Hilfesystem eher für Menschen ausgelegt ist, welche in der Lage sind, ihre Bedürfnisse einzufordern und Hilfe selbstständig in Anspruch zu nehmen. Diese Fähigkeit besteht jedoch umso weniger, desto schwerer die Erkrankung ausgeprägt ist (vgl. Konrad/Görres 2017: 12). Zudem kann die Unterbringung in einer geschlossenen Wohnform als Vernachlässigung gewertet werden, wenn man Briegers Annahme unterstützt, nach welcher es bei ‚schwierigen‘ Klient*innen und ‚Systemsprengern‘ dazu kommen kann, dass „man sie einem therapeutischen Nihilismus [überlässt] und akzeptiert, ‚dass man nichts für sie tun kann‘.“ (Brieger 2014: 8)

7.2 Prüfung auf gesellschaftlicher Ebene

Der neu definierte Behinderungsbegriff spricht von Behinderung als Resultat aus der Wechselwirkung zwischen individuellen Beeinträchtigungen, gesellschaftlichen und umweltbedingten Barrieren (vgl. Rosemann/Konrad 2017a: 22). Dadurch kommt der Gesellschaft bei der Realisierung der Ansprüche des BTHGs eine wichtige Rolle zu, insbesondere wenn es um die Themen gesellschaftliche Teilhabe und gleichberechtigtes Wohnen in der Gemeinschaft geht, welche eng miteinander verknüpft sind (vgl. Rosemann 2018: 19; Rosemann/Konrad 2017a: 15). Zu untersuchen ist somit, ob die vorherrschende Gesellschaft eine gemeindenaher und inklusive Versorgung aller psychisch erkrankten Menschen ermöglichen kann. Sollte dem nicht entsprechen, könnte angenommen werden, dass gesellschaftliche Strukturen eine Hürde in der Realisierung des BTHGs darstellen, wodurch ein Grund für das Weiterbestehen von geschlossenen Wohnformen resultieren kann.

7.2.1 Standpunkt der Gesellschaft

In der neuen Auslegung des Behinderungsbegriffs wird davon ausgegangen, dass eine Behinderung durch die Wechselwirkung der Funktionsstörung einer Person und der räumlichen und gesellschaftlichen Umwelt entsteht. Durch die Aufnahme der einstellungsbedingten Barrieren, wie Vorurteile oder Ängste in die Behinderungsdefinition, wird der Einfluss der Gesellschaft anerkannt (vgl. Rosemann/Konrad 2017a: 17; Rosemann 2018.: 19f).

Die meisten schwer psychisch erkrankten Menschen leben nicht gleichberechtigt innerhalb der Gemeinschaft (vgl. (Rosemann/Konrad 2017a: 15), sondern in „Nischen der Gesellschaft“ (ebd.) oder „ambulanten Ghettos“ (Röh/Meins 2021: 73). Das führt dazu, dass sie wenig am öffentlichen Leben teilnehmen, wodurch sie in gesellschaftlichen Diskursen unterrepräsentiert sind und die gesellschaftliche Relevanz sinkt (vgl. Groenemeyer 2010: 15). An dem Umstand der gesellschaftlichen Exklusion, konnten auch die Ansprüche der gemeindepsychiatrischen Versorgung bisher wenig verändern (vgl. Röh/Meins 2021: 73). Dadurch kann festgestellt werden, dass das Recht auf Teilhabe in der Fachwelt mittlerweile zwar faktisch vorausgesetzt wird, die praktische Umsetzung in Bezug auf Menschen mit seelischer Behinderung jedoch unzureichend ist (vgl. Rosemann/Konrad 2017a: 15). Dies gilt insbesondere für Menschen die von der Unterbringung in eine geschlossene Wohneinrichtung betroffen oder bedroht sind. Ohne eine gesellschaftliche und politische Thematisierung dessen, sowie konkret erarbeitete

Handlungsregeln und Haltungen, wird der Handlungsraum der Unterbringungen (vgl. Aichele 2016: 28f.; Obert 2017: 198) „schleichend zum Niemandsland.“ (Obert 2017: 198)

Gewalt und Zwang werden mittlerweile in den meisten Bereichen der Gesellschaft, wie z.B. in der Ehe nicht mehr akzeptiert und strafrechtlich verfolgt. Geht es jedoch um sozialpsychiatrische Klient*innen werden Zwangsmaßnahmen gesellschaftlich wenig hinterfragt (vgl. Osterfeld/Zinkler 2016: 10f.). Dies kann damit in Verbindung gebracht werden, dass bis heute wenig wahrheitsgetreues Wissen über die Lebenssituationen von schwer psychisch erkrankten Menschen besteht (vgl. Finzen 2013: 100).

Eine vermehrt gemeindepsychiatrische Versorgung ist zwar vorzufinden, die gesellschaftliche Einbeziehung und Inklusion ist dadurch jedoch nicht gelungen. Zur Realisierung dessen, braucht es mehr als gemeindepsychiatrische Bemühungen zur Verbesserung der Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen durch die räumliche Integration. Es werden zusätzlich gesellschaftlich und institutionell unterstützende Rahmenbedingungen benötigt, um soziale Integration zu schaffen (vgl. Röh/Meins 2021: 72f.). Forderungen und Gesetze reichen für die Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe nicht aus (vgl. Aichele 2016: 29; Fornefeld 2019: 5). Sie kann nicht theoretisch vollzogen werden, sondern geschieht im Leben der Menschen und ihren sozialen Zusammenhängen (vgl. Fornefeld 2019: 5). Durch die Ratifizierung der UN-BRK und das in dem Zuge entstandenen BTHG, konnte die Kontroversität (siehe 5.3) in Fachkreisen zwar mehr Aufsehen bezüglich geschlossener Heimunterbringung erzeugt werden (vgl. Giertz/Gervink 2018: 38), jedoch blieb das gesellschaftspolitische Aufsehen aus (vgl. Aichele 2016: 28f.). Gegensätzlich wird sogar der Aus- und Aufbau geschlossener Wohnformen gefordert (vgl. Steinhart/Höptner 2017: 37).

Die Sozialwissenschaftler*innen Röh und Meins gehen davon aus, dass die Gesellschaft (noch) nicht bereit sei, die Ansprüche für eine inklusive Gesellschaft zu erfüllen, um das Ziel der „vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe“ (§ 90 SGB IX) für alle Bürger*innen zu realisieren (vgl. Röh/Meins 2021: 57). Die Forschungsgruppe der Studie ‚Wie-Wohnen‘ in Baden-Württemberg unterstützt diese Annahme mit der Begründung, dass das Ideal der Inklusions- und Teilhabeverwirklichung für alle, mit dem Funktionssystem der Gesellschaft und den Bedürfnissen nicht psychisch erkrankter Bürger*innen kollidieren würde (vgl. KVJS Baden-Württemberg 2020: 31f.). „Die Inklusionsbereitschaft der Bevölkerung sei begrenzt [...]“ (ebd.: 31). Aus den Erkenntnissen resultiert, dass insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und herausfordernden Verhaltensweisen die Realisierung der gesellschaftlichen Teilhabe, durch die Diskrepanz innerhalb der Lebensent-

würfe der erkrankten und den nicht erkrankten Bürger*innen, erschwert ist. Die räumliche Verortung von Einrichtungen in der Gesellschaft wird daran nichts verändern können.

Gesellschaftliche Einstellungsbarrieren sind demnach bis heute ein Faktor dafür, dass die vermehrte Verortung der Versorgung in der Gemeinde, nicht gleichzeitig das Ziel der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft von psychisch erkrankten Menschen bedeutet. Insbesondere bei der Personengruppe, welche auf Grund ihrer abweichenden Verhaltensweisen mit vorherrschenden Gesellschaftsstrukturen kollidiert, kann davon ausgegangen werden, dass das Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe durch eine gemeindenahere Versorgung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf vorerst nicht erreicht werden kann. Folglich bestehen hochstrukturierte Einrichtungen für diese Klientel weiterhin abgeschnitten von der Gemeinde.

7.2.2 Stigmatisierungen

Im vorherigen Abschnitt wurde bereits erörtert, dass die gesellschaftlichen Teilhabechancen von schwer psychisch erkrankten Menschen durch vorherrschende Gesellschaftsstrukturen beeinträchtigt werden. Stigmatisierungen sind ein gesellschaftlicher Prozess, von dem schwer psychisch erkrankte Menschen in vielfacherweise betroffen sind (vgl. Gühne et al. 2019: 60). Fraglich ist, ob die Auswirkungen dessen zu einer Diskrepanz zwischen dem Anspruch der gemeindeorientierten Versorgung bzw. der gesellschaftlichen Teilhabe und der Bezugsgruppe dieser Arbeit führt. Des Weiteren, wird geprüft, ob die Gesellschaft durch das Produzieren und Reproduzieren von Stigmata dazu beiträgt, dass geschlossene Wohnformen existieren.

Wenn eine psychisch erkrankte Person von der in § 1906 BGB normierten freiheitsentziehenden Unterbringung betroffen oder bedroht ist, hat sie mit großer Wahrscheinlichkeit bereits Erfahrungen mit Vorurteilen, Diskriminierung und Stigmatisierung machen müssen (vgl. Finzen 2013: 9). Wie stehen diese Begriffe in Beziehung zueinander?

Vorurteile und Diskriminierung sind als Vorstufen von Stigmatisierung zu betrachten. Erstere entstehen aus Wahrnehmungen und Beobachtungen (vgl. Finzen 2013: 26). Während des Beobachtens und Wahrnehmens wird ein Unterschied zwischen ‚normalem Verhalten‘ oder ‚normabweichendem Verhalten‘ festgestellt. Diese Vorstellungen von ‚Normalität‘ von Verhaltensweisen, sowie den Abweichungen davon, haben für den Menschen eine Strukturierungs- und Orientierungsfunktion in sozialen Konstruktionen. Deshalb bildet der Mensch sich, ohne viel drüber nachzudenken ein Vorurteil aus den wahrgenommenen Abweichungen, welches fortan in deren Wertewelt besteht. Laut Gaebel et al. würden Vorurteile zur Abgren-

zung vom ‚Fremden‘ dienen, um Orientierung und Sicherheit innerhalb sozialer Gefüge zu bewahren. Sie würden aber auch der Legitimierung der Macht der Mehrheit sowie der Ausgrenzung von Minderheit dienen (vgl. Gaebel et al. 2005: 2). Aufbauend auf den entstandenen Vorurteilen entsteht Diskriminierung (vgl. Finzen 2013: 26). „Diskriminierung ist die Umsetzung abwertender Vorurteile in Handlungen.“ (ebd.) Verfestigen sich Vorurteile und Diskriminierungen, können Stigmatisierungen entstehen, die zum Leid der Stigmatisierten ausgelebt werden (vgl. ebd.). Finzen bezeichnet die sozialen Auswirkungen von Stigmatisierungen in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen als „zweite Krankheit“ (Finzen 2013: 17), da sie so tiefgreifende soziale Auswirkungen auf Betroffene haben können (vgl. ebd.).

Stigmatisierungen können in drei Ausprägungstypen unterteilt werden: Es gibt die öffentliche Stigmatisierung, welche sich im Kontakt mit Menschen zeigt. Das strukturelle Stigma spiegelt sich in Strukturen und Regeln des vorherrschenden Systems wider, die diskriminierend wirken. Gühne et al. beschreiben das Beispiel der Benachteiligung von schwer psychisch Erkrankten bei der Anbindung an eine ambulante Psychotherapie (vgl. Gühne et al. 2019: 61). Gemeint ist damit, dass psychotherapeutische Praxen sich auf Grund der hohen Nachfrage, Patient*innen regelrecht aussuchen können. Klient*innen mit schwerwiegenden Krankheitsbildern werden vermehrt abgewiesen (vgl. Melchinger 2015: 78). Zur Selbststigmatisierung kann es kommen, wenn durch eine auftretende psychische Erkrankung die betroffene Person mit den eigenen Vorurteilen gegenüber der Erkrankung konfrontiert ist und diese mit ihrer Identität in Einklang bringen muss (vgl. Finzen 2013: 45; Gühne et al. 2019: 60). Diese können zur Minderung des Selbstwertgefühls und Rückzug führen. Aus Scham oder Angst vor der Diagnose können Stigmatisierungen die Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfen verhindern oder verzögern, wodurch sich die Gefahr einer Festigung der Erkrankung erhöht (vgl. Gühne et al. 2019: 60f.; Speck 2018a: 103). Öffentliches Stigma kann dadurch erfahren werden, wenn das Verhalten und die Lebensentwürfe der Menschen aus Sicht der Mehrheitsgesellschaft nicht in das vorherrschende gesellschaftliche Wertesystem passen. Fornefeld schildert, dass die Personengruppe für viele nicht in das Bild der teilhabefähigen, gleichberechtigten Gesellschaft passen würde. Die Andersheit würde als negativ, sogar defizitär betrachtet werden (vgl. Fornefeld 2019: 5). Schwer psychisch erkrankte Menschen werden häufig als ‚unberechenbar‘ und ‚gewalttätig‘ stigmatisiert, wodurch sie noch heute oft den Status einer Gefahr für die Öffentlichkeit haben (vgl. Gaebel et al. 2005: 3).

Die aus Stigmatisierung resultierenden Beeinträchtigungen können vielfältige Formen annehmen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht alle beleuchtet werden können. Im Zusammen-

hang dieser Arbeit sind die Auswirkungen von Stigmatisierungen auf die Ziele der gemeindepsychiatrischen Versorgung entscheidend. Daten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung haben ergeben, dass zwischen den Jahren 1990 und 2011 nur 25 Prozent der Menschen angaben, dass sie gemeindepsychiatrische Einrichtungen in der eigenen Nachbarschaft unterstützen würden. Gühne et al. beschreiben diese Haltung als ‚Not In My Backyard‘-Syndrom, welche die Abwehr durch Bürger*innen von Einrichtungen für diskriminierte Minderheiten in ihrer Nachbarschaft bedeutet. Weiter wird erläutert, die Menschen würden befürchten durch die Anwesenheit der Personengruppe in ihrem Lebensalltag beeinträchtigt zu werden. Dieses Phänomen sei bei der Etablierung von psychosozialen Einrichtungen für schwer psychisch erkrankte Menschen regelmäßig ein Problem (vgl. Gühne et al. 2019: 61). „Es gibt in unserer Gesellschaft nicht deshalb Heilanstalten, weil Aufseher, Psychiater und Pfleger einen Arbeitsplatz brauchten; es gibt sie deshalb, weil eine Nachfrage nach ihnen besteht.“ (Goffman 1972: 365) Diese Stellung bezog Goffman bereits in der Erstausgabe seines Werks ‚Asyle‘ im Jahr 1961 und macht damit den Zusammenhang zwischen den Haltungen und Forderungen der Mehrheitsgesellschaft, welche nach abgrenzenden psychiatrischen Institutionen verlangen würden und der Umsetzung dessen deutlich. In ähnlicher Meinung schließt sich Dörr an, indem sie sagt, dass „Institutionen soziale Abläufe (re-)präsentieren, wodurch Phänomene zu sozialen Tatsachen werden.“ (Dörr 2005: 129) Dörr schließt daraus, dass anhand des Grats der Institutionalisierung ein Rückschluss auf den vorherrschenden gesellschaftlichen Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu ziehen sei (vgl. ebd.), da die Psychiatrie in einem gewissen Maße ebenso ausführende Kraft der Gesellschaft sei (vgl. Gutmann 2019: 58). Wechselwirkend führt wiederum insbesondere die Anwendung exkludierender Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen zu Stigmatisierungen, wie die einer geschlossenen Unterbringung von Menschen, da sie suggeriert in der Versorgung einer bestimmten Personengruppe erforderlich zu sein. Gutmann beschreibt, dass Zwang gegenüber psychisch erkrankten Menschen auf diese Weise legitimiert und als notwendig verbreitet werden würde (vgl. ebd.). Um diese Strukturen zu verändern, stellt der Abbau von Barrieren in den Köpfen der Menschen einen wichtigen Aspekt dar. Dies muss nicht nur in der Allgemeingesellschaft, sondern auch in den Denkstrukturen der psychiatrisch Tätigen, Politiker*innen etc. geschehen (vgl. ebd.: 21).

Einen gegenteiligen Effekt bewirken mediale Darstellungen und Berichterstattungen. Der Fokus der Berichterstattungen liegt Großteils auf strafrechtlichen Problemen, wobei Stigmatisierungen ungefiltert produziert, reproduziert und/oder innerhalb der Konsument*innenschaft gefestigt werden. Mediale Darstellungen fokussieren ihre Berichterstattungen von psychisch erkrankten Menschen häufig auf gewalttätiges Verhalten, wodurch eine starke Verallgemeine-

rung stattfindet (vgl. Finzen 2013: 101f.). Sehr viel weniger wird thematisiert, dass psychisch erkrankte Menschen oftmals selbst Opfer von Gewalt geworden sind. Diese Erfahrungen können nicht nur Auslöser für spätere Gewaltanwendungen sein, sondern auch den Auslöser für die psychische Erkrankung darstellen (vgl. Steinert et al. 2019: 5). Eine undifferenzierte Berichterstattung bei Gewalttaten, in denen alle psychischen Erkrankungen vermengt werden, führt zum Vorurteil, alle psychisch erkrankten Menschen würden eine Gefahr darstellen (vgl. ebd.: 7). In einigen internationalen Untersuchungen zum Zusammenhang von psychischer Krankheit und Gewalt, ergaben sich wiederkehrend die gleichen Tendenzen, dass „Psychisch Kranke [...] nicht häufiger, aber auch nicht seltener gewalttätig [waren] als die Durchschnittsbevölkerung“ (Finzen 2013: 87).

Die Änderung des Behinderungsbegriffs im BTHG erkennt an, dass Stigmatisierungen negativ auf die Teilhabe einwirken, was durch „einstellungsbedingte Barrieren“ (Rosemann 2018: 19) definiert ist. Durch die Aufnahme dessen in das SGB IX wird der Abbau von Stigmatisierungen zu einer wichtigen Aufgabe (vgl. ebd. 19f.). Die Wichtigkeit dieser Aufgabe wird durch die Ergebnisse der BAESCAP- Studie gestärkt. Im Zuge derer, wurde konstatiert, dass Stigmatisierungen als einer der stärksten Einflussfaktoren auf die Teilhabechancen schwer psychisch erkrankter Menschen wirken. Weiter wurde festgestellt, dass die Realisierung von Teilhabe erhöht einzuschätzen ist, wenn keine Erfahrungen mit gesellschaftlicher und individueller Zurückweisung erfolgt sind (vgl. Daum 2018: 129). Betroffene empfinden das Stigmaerleben in Heimen geringer als in ambulant betreuten Wohnformen, was wie in Kapitel 5.2 dargestellt, zunächst für stationäre Wohnformen zu sprechen scheint. Diese Wohnformen sind um die Thematik psychischer Erkrankungen gestaltet, wodurch oft reale Wissensbestände über psychische Erkrankungen aus direktem Kontakt und/oder Fachwissen existiert. Dies macht jedoch die Konstruiertheit der Gemeinde innerhalb der Wohnform deutlich, was nicht mit der Teilhabe an der Allgemeingesellschaft vergleichbar ist. Die Erkenntnisse des höheren Stigmatisierungserlebens in ambulanten Settings können unter vorherrschenden gesellschaftlichen Bedingungen als problematisch für gemeindenaher Versorgung betrachtet werden. Schließlich soll die möglichst gesellschaftsintegrierte Versorgung die Lebensqualität verbessern und nicht zusätzlich belastend auf Betroffene wirken (vgl. Speck 2018a: 109).

Es ist festzustellen, dass Stigmatisierungen gegenüber psychischen Erkrankungen und sogar Abwehr gegenüber psychosozialen Einrichtungen innerhalb der Nachbarschaft, negativ auf das Ziel der gemeindenaher Versorgung und gesellschaftliche Teilhabe einwirken. Zudem kann angenommen werden, dass die Einstellungen der Gesellschaft gegenüber schwer psy-

chisch erkrankten Menschen Anteil daran haben, dass geschlossene Institutionen nicht aufgelöst werden. Die Tatsache, dass Zwang in der psychiatrischen Versorgung angewandt wird, wirkt stigmatisierend. Die entstandenen Stigmatisierungen lassen die Öffentlichkeit annehmen, dass geschlossene Institutionen auf Grund der suggerierten Gefahr für die Öffentlichkeit notwendig seien. Demzufolge werden sie auch bei Auflösung solcher Einrichtungen weitergefordert werden, denn die Stigmatisierungen sind bereits in den Wertevorstellungen verankert. Dieser Kreislauf wirkt als Barriere auf den Abbau geschlossener Wohnformen, sowie auf die Umsetzung der gesellschaftlichen Teilhabe von schwer psychisch erkrankten Menschen.

7.3 Prüfung auf struktureller Ebene

Auch auf der strukturellen Ebene, auf der Aufstellung und Ausstattung des psychiatrischen Versorgungssystems, können Faktoren festgestellt werden, die gegensätzlich zu den Zielen der EGH zu stehen scheinen. Die personenzentrierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen, insbesondere der schwer erkrankten, stellt durch die Umsetzung des BTHGs wiederholt eine wichtige Anforderung zur Erreichung des Ziels der gesellschaftlichen Teilhabe dar (vgl. Kunze 2015: 134f.)

7.3.1 Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems

Der Ursprung des deutschen psychiatrischen Versorgungssystems wie wir es heute kennen, liegt in der Vergangenheit, auf welche in Kapitel 2.1 eingegangen wurde. Das Versorgungssystem ist auf den Bausteinen des Anstaltsdenkens und des damaligen Sozialsystems errichtet worden, welches zwischen ‚unheilbaren‘ und ‚heilbaren‘ Patient*innen unterschied. Letztere lebten über Jahrzehnte, zum Teil bis ans Lebensende abgeschottet von der Gesellschaft in Anstalten und auf Grund der Ansicht des ‚unheilbaren‘ oft ohne jegliche psychiatrisch-therapeutische Hilfe (vgl. Kunze 2015: 17).

Auf diesen Denk- und Systemstrukturen wurde im Jahr 1975 zur Zeit der Psychiatrie-Enquete versucht ein neues Sozialsystem, nach den bis heute gültigen Forderungen der gemeindenahe, bedarfsgerechten und personenzentrierten Versorgung aller psychisch erkrankten Menschen zu etablieren (vgl. ebd.: 13, 18). Die Versorgungslandschaft wurde vielfältig ausgebaut, wodurch ambulante und komplementäre Versorgungsmöglichkeiten in der Gemeinde geschaffen wurden. Jedoch entstand jede neue wohnortnahe Hilfe als eigene Institution, wodurch

Kooperationen unter den Trägern vernachlässigt wurden (vgl. Kunze 2015: 32). Durch Abgrenzungen innerhalb der neu entstandenen einzelnen Hilfsangebote, welche jeweils einen bestimmten Bedarf abdecken sollten, entstand das Konzept der ‚therapeutischen Kette‘. Ziel dessen war ursprünglich die Abschaffung des Institutionalismus in den Anstalten und die Anpassung an den Bedarf der Klient*innen, welcher im entsprechenden Glied der therapeutischen Kette erfolgen sollte. Dementsprechend wurden die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten in Bedarfsgruppen eingeteilt, die sich nach dem Grad der nötigen Unterstützung berechneten und aufeinander aufbauten. Die Folge war jedoch, dass jede Etappe eine Standardversorgung bereithielt, an welche die heterogene Personengruppe von Klient*innen ihre Bedarfe anpassen musste. Bei Veränderungen des Hilfebedarfs wurde die Person entweder in ein Kettenglied mit weniger oder mehr Unterstützung verlegt, wo eine andere statische Versorgung stattfand (vgl. Kunze 2015: 33). Die Kettenabfolge stationär – teilstationär – ambulant, war lange Zeit die Norm (vgl. Rosemann/Konrad 2017a: 21). Die beschriebene Vorgehensweise wurde unter anderem durch das Inkrafttreten des BTHGs und der damit einhergehenden Trennung von fach- und existenzsichernden Leistungen versucht aufzubrechen und Klient*innen müssen sich somit nicht mehr an Angebote des Trägers, sondern der Träger ihre Angebote an den individuellen Bedarf des/der Klient*in anpassen (vgl. Rosemann 2018: 10f.)

Geschlossene Wohnheime sind davon jedoch bisher weitestgehend ausgeschlossen, denn die Zwangsmaßnahme ist an die Institution gebunden. Nur vereinzelt gibt es Entwicklungen, in denen Einrichtungen fakultativ geschlossene Wohnplätze anbieten, wie beispielsweise in Stuttgart (vgl. GPV Stuttgart 2019: 153).

Insbesondere bei Personen mit komplexem Hilfebedarf kann es bereits vor der Anwendung des Ultima Ratio der geschlossenen Wohnunterbringung zu Problemen in der koordinierten und kooperativen Hilfeplanung kommen, dessen Fehlschlag ggf. erst zur Unterbringung führt. Der Aufbau des Sozialsystems weist in Bezug auf eine personenzentrierte Versorgung insbesondere für Menschen mit komplexem Hilfebedarf einige strukturelle Defizite auf. Dies beruht hauptsächlich auf der Versäulung bzw. Fragmentierung der einzelnen Hilfesysteme (vgl. Kunze 2015: 13f.). Psychisch erkrankte Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen lassen sich auf Grund multipler existenzieller Problemlagen nicht in ausschließlich ein Unterstützungssystem integrieren, sondern benötigen ein koordiniertes und engmaschiges Versorgungsnetz aus den Leistungen der verschiedenen SGBs. Die bedarfsgerechte Koordinierung fällt dadurch häufig nicht leicht (vgl. Giertz et al. 2021b: 16). Das Sozialsystem besteht aus Leistungsträgern, deren Handlungsrahmen im entsprechenden Sozialgesetzbuch geregelt ist

(vgl. Giertz et al. 2021a: 12). Die Hauptaufgaben in der Versorgung übernehmen die Leistungen der Krankenkasse aus dem SGB V, wie die ärztlich-psychiatrischen und psychologischen Hilfen. Als ebenbürtig können die gemeindepsychiatrischen Leistungen zur Ermöglichung sozialer Teilhabe betrachtet werden, dessen Leistungsträger gemäß des SGB IX die EGH ist (vgl. Kunze 2015: 45). Wie in Kapitel 5.1 dargestellt, sind zuzüglich außerdem existenzsichernde Leistungen der Sozialhilfe aus dem SGB XII bzw. der Agentur für Arbeit gemäß SGB II/SGB III relevant (vgl. Giertz 2016b: 6). Die Strukturen innerhalb der Träger sind unterschiedlich aufgebaut und dementsprechend unterschiedlich in ihrer Anwendung, wodurch die Kombinierung derer häufig durch künstlich administrative Grenzen behindert wird (vgl. Salize 2017: 13). Innerhalb der Leistungsträger herrschen Regeln, Interessen und Arbeitskonzepte, welche sie an die Leistungserbringer weitergeben. Die Leistungserbringer sind jedoch nach eigenen Zuständigkeiten, Regeln, Interessen und Arbeitskonzepten strukturiert (vgl. Kunze 2015: 40). Das kann sich in der Umsetzung wie folgt äußern:

„Jeder Leistungsträger sieht sich gesetzlich verpflichtet [...], nur die Kosten für die Maßnahmen zu übernehmen, für die er sich selber nach seiner Rechtsauslegung für zuständig hält, und nur so lange, wie die Maßnahmen nach seiner Beurteilung notwendig erscheinen. Da Merkmale wie Schwere der Krankheit, Behandlungsbedarf usw. nicht objektiv messbar, sondern fachlich zu beurteilen sind, gibt es jede Menge Anlässe für interessengeleiteten Streit [...]“ (Kunze 2015: 47).

Die auf den jeweiligen SGBs basierenden Leistungsträger und Leistungserbringer mit ihren jeweils eigenen Arbeitsstrukturen, Anforderungen, institutionellen Eigenlogiken und Zielen, erschweren die Kombinierung der Leistungen aus den verschiedenen Bereichen und können eine personen- und bedarfsorientierte Versorgung behindern (vgl. Giertz et al. 2021a: 12; Kunze 2015: 47). Das Resultat ist eine fehlende Kompatibilität und Kontinuität der Hilfen, sowie eine zeitintensive Planung und Auseinandersetzung mit im Prozess involvierten Trägern und Personen. Insbesondere in Bezug auf langanhaltend schwer psychisch erkrankte Menschen können diese Hürden beim Wechsel von Institutionen zu therapeutisch notwendigen Beziehungsabbrüchen führen (vgl. Kunze 2015: 40). Außerdem kann es vereinfacht zu Behandlungsabbrüchen kommen, wenn nicht nahtlos nach beispielsweise einer Krankenhausbehandlung an eine Weiterversorgung angeknüpft werden kann und Betroffene sich ggf. selbst um eine Anbindung kümmern müssen (vgl. ebd.: 33). Je öfter Beziehungs- und Leistungsabbrüche entstehen, desto weniger besteht seitens der Klient*innen Vertrauen in soziale Beziehungen und professionelle Hilfen (vgl. Große/Gahleitner 2021: 95), was sich wiederum auch auf personeller Ebene negativ auswirken und zum Rückzug der Person führen kann (siehe 6.1). Die selbstständige Anbindung an soziale und sozialpsychiatrische Hilfeleistungen ist mit nicht unbeträchtlichen Hürden verbunden, da es ein hohes Maß an Eigeninitiative erforder-

dert, welche durch den Charakter einer schweren psychischen Erkrankung meistens nicht gegeben ist (vgl. Jenderny et al. 2021: 96; Konrad/Görres 2017: 12). Wiederholte Versorgungsabbrüche führen insbesondere für die Bezugsklientel dieser Arbeit dazu, dass sie immer wieder durch die Lücken des Versorgungsnetzes fallen, die durch die Zergliederung des Hilfesystems entstehen und oft unzureichend überbrückt werden können (vgl. Giertz/Gervink 2018: 38). Bei fehlender Kontinuität oder zu später Inanspruchnahme von Hilfeleistungen durch Zugangshürden können Erkrankungen sich festigen und sich zuspitzen (vgl. Speck 2018a: 102). Der Aufbau des Systems ist geprägt durch die Institutionszentrierung, bei der auf Grund struktureller Defizite, die individuellen und persönlichen Bedarfe der betroffenen Person trotz des BTHGs aus dem Mittelpunkt geraten (vgl. Jenderny et al. 2021: 62; Kunze 2015: 32). Die Projektgruppe um Freyberger et al. stellte in ihrer Studie die These auf, dass „das System selbst durch seine Konfiguration und seine partielle Unfähigkeit, den Hilfe- und Strukturierungsgrad individuell anzupassen sog. Systemsprenger produziert.“ (Freyberger et al. 2008: 9)

Besonders problematisch gestaltet sich die institutionszentrierte Versorgung bei den gemäß § 1906 BGB Unterbringungen in Wohneinrichtungen außerhalb des beheimateten Bundeslandes, was in der Fachliteratur als „Psychiatrietourismus“ (Jenderny et al. 2021: 65) bezeichnet wird. Unter besonderer Betrachtung stehen die Auswirkungen auf die Person, für die eine Unterbringung außerhalb der Heimatregion das Abbrechen von wichtigen Kontaktpersonen im privaten, wie auch aus der vorherigen Hilfe bedeutet. Jenderny et al. berichten, dass infolgedessen die Betreuungsqualität negativ beeinflusst werden würde. Zentrale Informationen der ärztlichen Behandlung sowie von Einrichtungen oder der sozialpsychiatrischen Dienste würden verspätet übermittelt werden oder verloren gehen (vgl. Jenderny et al. 2021: 65). Auch bei der Entlassung kann angenommen werden, dass sich ähnliche Szenarien wiederholen, wodurch bei der Qualität der Wiedereingliederung in das beheimatete Hilfesystem, sowie das soziale Umfeld Einbußen hingenommen werden würden (vgl. ebd. 65f.). Obwohl in manchen Fällen eine Abgrenzung vom bisherigen sozialen Umfeld hilfreich sein kann, ist anzunehmen, dass auch bei Klient*innen bei denen dies nicht notwendig ist, ein Abbruch des sozialen Netzes stattfindet. Folglich kann dies bei der Rückkehr vermehrt Einsamkeit auslösen, wodurch eine Reintegration erschwert wird (vgl. Speck 2014: 48). Auf Grund der Eingriffe in die Grundrechte gilt es bei einer FEM, diese ausschließlich im notwendigen Rahmen anzuwenden und auf die mildeste Art und Weise durchzuführen (vgl. Mrozyński/Müller 2019: 724).

Es wird deutlich, dass die Unterbringung in eine geschlossen geführte Wohnform außerhalb des beheimateten Bundeslandes, durch die aufgezeigten Hürden, die Entkräftigung der Rechte des Menschen, wie das Recht auf freie Wohnortwahl und das Selbstbestimmungsrecht in tieferer Weise verletzt als bei einer Unterbringung im beheimateten Bundesland. Diese kontroverse Praktik resultiert, daraus, dass es mehr Beschlüsse für Unterbringungen in geschlossenen Wohnformen gibt als vorhandene Plätze, worauf im folgenden Abschnitt vertiefend eingegangen wird. Für im System Tätige wird es durch die Fragmentierung und die damit einhergehenden Abgrenzungen der Leistungsträger, Leistungserbringer etc. weiterhin einfacher und schneller, institutionalisierte Hilfen für Klient*innen zu erreichen. Es konnte dargestellt werden, dass die personenzentrierte und ambulante Umsetzung eines komplexen und individuellen Hilfebedarf, bestehend aus Leistungsüberschneidungen der einzelnen SGBs, massiv erschwert zu realisieren ist. Es bedarf ein hohes Maß an Kooperation und Koordination der beteiligten Akteur*innen, welche durch Interessenverschiedenheiten, Strukturbarrieren etc. behindert werden können. Die fehlende Personenzentrierung führt dazu, dass geschlossene Wohnformen besonders bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit komplexem Hilfebedarf weiterhin einen Nutzen darstellen. Es wird deutlich, dass die Fragmentierung des Versorgungssystems einen Grund dafür darstellt, dass die Bezugsklientel dieser Arbeit nicht gleichberechtigt mit anderen, Zugang zu einer personenzentrierten Hilfeleistung im Sinne des BTHGs hat.

7.3.2 Re-Institutionalisierung der Versorgung

Zwar besteht nicht zuletzt durch das Inkrafttreten des BTHGs verstärkt der Konsens, dass alle Leistungsberechtigten für Leistungen zur sozialen Teilhabe möglichst gemeindenah und personenzentriert versorgt werden sollen, um ihnen gleichberechtigte Teilhabechancen mit anderen zu gewährleisten. Zeitgleich fordert ein Teil des Fachpersonals jedoch mehr Plätze in geschlossenen Wohneinrichtungen (vgl. Steinhart/Höptner 2017: 37). Wie bereits festgestellt, sind Unterbringungen in eine solche Wohnform durch starke Eingriffe in die Grundrechte des Menschen geprägt, sowie durch Institutionszentrierung gekennzeichnet. Somit lässt sich eine gegensätzliche Strömung in der heutigen Zeit feststellen. Fraglich ist, ob diese einen Einfluss auf die erfolgreiche Umsetzung des BTHGs auch für schwer psychisch erkrankte mit komplexem Hilfebedarf hat.

Die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung sollte den Institutionalismus in Deutschland beseitigen. Infolge des Bettenabbaus in den Krankenhäusern, der verkürzten Behandlungszeiten und der Verlagerung psychiatrischer Angebote in die Gemeinde, sollten psychisch erkrankte Menschen dort versorgt werden, wo die Erkrankung entsteht und sichtbar wird (vgl. Dörr 2005: 15). Lange Zeit sah es so aus als würde es gelingen auch schwer psychisch erkrankte Menschen durch weniger institutionalisierte, dafür mehr gemeindepsychiatrische Leistungen zu versorgen. Heutzutage gibt es jedoch wieder eine Bewegung in die institutionelle Versorgung, was am Beispiel der vermehrten Forderungen nach geschlossen geführten Wohnformen deutlich wird. Für die betroffene Personengruppe wird wieder vermehrt eine institutionalisierte und längerfristige Versorgungsform gefordert (vgl. Steinhart/Höptner 2021: 37). Um dieses Paradoxon zu verstehen, müssen die Zustände in den psychiatrischen Krankenhäusern betrachtet werden.

Im Jahr 1973 betrug die Anzahl psychiatrischer Betten in den Kliniken noch ca. 110.000, welche bis 2005 um etwa die Hälfte auf ca. 53.000 halbiert wurde (vgl. Eink 2017: 52). Für das Jahr 2019 betrug die Bettenanzahl etwas mehr als 57.000 (vgl. DGPPN 2022: 2), wodurch sich ein leichter Anstieg feststellen lässt. Dies deutet auf einen erhöhten Bedarf in der Akutversorgung hin. Auch die Aufenthaltsdauer hat sich nach dem Jahr 1991 von 67 Tagen auf 22 Tage im Jahr 2010 verkürzt (vgl. Eink 2017: 52). Auch hier ist wieder ein leichter Anstieg zum Jahr 2019 zu verzeichnen, in dem sich die Durchschnittsaufenthaltsdauer in einer psychiatrischen Klinik auf 24,7 Tage belief (vgl. DGPPN 2022: 2), was Steinhart und Wienberg jedoch nicht abschließend als negativ bewerten. Eine immer kürzer werdende stationäre psychiatrische Behandlung, kann zur Annahme der unzureichenden Versorgung führen, wodurch Patient*innen womöglich schneller erneut klinisch behandelt werden müssen. Die Autoren beschreiben diesen Prozess mit „die Drehtür dreht sich immer schneller.“ (Steinhart/Wienberg 2017: 23) Ob der leichte Anstieg der Verweildauer automatisch eine längere und dadurch ausreichende Behandlung bedeutet, ist nicht zu ermitteln. Dieser Prozess der steigenden Bettenanzahl in den psychiatrischen Kliniken, sowie geschlossenen Wohnformen wird im Fachbereich seit einiger Zeit mit dem Gedanken der Re-Institutionalisierung verbunden (vgl. Brieger 2014: 8). Auch in Einrichtungen des Maßregelvollzugs steigen die Plätze für psychisch erkrankte straffällig gewordene Menschen (vgl. ebd.: 8). Auf letztere Entwicklung wird im weiteren Verlauf nicht eingegangen, da dies einen eigenen Themenbereich darstellt.

Der Blick in die psychiatrischen Kliniken ist entscheidend für die Thematik der Beständigkeit geschlossener Wohnformen, da im Zuge des ZIPHER-Projektes im Jahr 2017 für Mecklen-

burg-Vorpommern herausgefunden wurde, dass knapp 80 Prozent der Klient*innen in geschlossenen Wohnformen anschließend an einen vorherigen Klinikaufenthalt untergebracht worden sind (vgl. Jenderny et al. 2021: 65). Daran anknüpfend kann sich die Wahrscheinlichkeit erhöhen in einer geschlossenen Wohnform untergebracht zu werden, wenn es sich krankheitsbedingt um schwierig vermittelbare Patienten*innen handelt, bei denen nach der Akutbehandlung im Krankenhaus weiterhin der Bedarf einer intensiven Versorgung besteht (vgl. Giertz/Gervink 2018: 43; Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2019: 36f.). Aus einigen Beiträgen (vgl. Speck 2014: 47; Zimmermann 2012) kann entnommen werden, dass Klinikpersonal unter dem Druck steht, eine Weiterversorgung außerhalb der Krankenhausleistungen zu finden. Es ist festzustellen, dass in den Kliniken auch ein ökonomischer Druck der Kostenträger auf das Personal wirke, wie aus zwei Befragungen in den Jahren 2012 und 2014 hervorgeht. Durch die gesetzlich verkürzten Aufenthaltsdauern würden die Krankenkassen bei kostenintensiven Patient*innen Entlassungsdruck ausüben, da sie nicht länger zahlen wollen (vgl. Speck 2014: 46f.; Zimmermann 2012). Wenn keine bedarfsgerechte Lösung für Patient*innen gefunden werden kann, steigt das Risiko der Entlassung in die Obdachlosigkeit, die Zwangsunterbringung in eine geschlossene Wohnform oder in ein Pflege- oder Altenheim (vgl. Giertz 2016b: 3).

Speck ermittelte im Zuge seiner Dissertation 2014 zum Thema ‚Systemsprenger in der Sozialpsychiatrie: Versorgungsanalyse und ethische Problemstellung unter besonderer Berücksichtigung des Befähigungsansatzes‘, dass im untersuchten Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2010 268 Platzanfragen für die geschlossene Wohnform abgelehnt werden mussten, da ‚nur‘ 103 Plätze verfügbar waren (vgl. Speck 2014: 34f.).

Der Ausbau in einigen Bundesländern kann demnach auf die vermehrten Anfragen nach geschlossenen Wohnplätzen zurückzuführen sein. In Stuttgart wurden 2018 vierzehn neue fakultativ geschlossene Plätze geschaffen (vgl. GPV Stuttgart 2019: 153), was ebenfalls auf einen erhöhten Bedarf hinweist. Auch in Hamburg habe sich die Situation in den letzten Jahren verschärft. Auf Grund fehlender hochstrukturierter Plätze, wurden zwischen den Jahren 2010 und 2014 ca. 80 Personen außerhalb Hamburgs untergebracht. Seit dem Jahr 2015 seien es über 100 Klient*innen pro Jahr (vgl. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2019: 37).

Eine weitere Verschiebung aus der Klinikversorgung kann in Alten- und Pflegeheime vermerkt werden. In den letzten Jahren werden vermehrt Klient*innen unter 65-Jahren mit psychiatrischer Diagnose in Alten- oder Pflegeheime untergebracht. Bis auf zwei Studien in Berlin und Baden-Württemberg gibt es keine genauen Daten dazu. Die Forschungsgruppe um

Blankenfeld et al. in Baden-Württemberg berichtet über die Vermutung, dass insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen mit herausforderndem Verhalten davon bedroht sind in ein Pflegeheim deplatziert zu werden, wenn „[...]sich kein fachlich geeignetes betreutes Wohnangebot im Rahmen der EGH [...]“ (Blankenfeld et al. 2017: 50) finden lässt. Ähnliche Ergebnisse konnte auch eine Untersuchung zwischen den Jahren 2003 und 2006 zur Situation von psychisch erkrankten Pflegeheimbewohner*innen in Berlin darlegen. In Bezug auf die Vorgehensweise konnte kein systematisch fachliches Prinzip ermittelt werden, eine Unterbringung im Pflegeheim resultierte vielmehr aus der Not heraus, da die Klient*innen nicht anderweitig vermittelt werden konnten. Zimmermann bezeichnet dieses Phänomen als ‚Schattenpsychiatrie‘, da die Klient*innen vom Radar der Eingliederungshilfe verschwinden und die Erfassung von Daten in diesem Bereich massiv erschwert ist (vgl. Zimmermann 2012).

Aus den Erkenntnissen lässt sich schließen, dass im Zuge der Deinstitutionalisierung und damit einhergehenden Bettenanzahl- und Verweildauerkürzungen in den psychiatrischen Kliniken, die institutionalisierte Versorgung auf andere hochstrukturierte Einrichtungen verlegt wurde (vgl. Giertz/Gervink 2017b: 21; Stiftung Bethel 2021: 13). Die Verlegung der Versorgung, die sogenannte Transinstitutionalisierung, impliziert wiederum, dass das Hilfesystem für schwer psychisch erkrankte Menschen qualitativ noch ausbaufähig ist. Es fehlt an bedarfsorientierten Angeboten und Hilfeleistungen, die eine engmaschige Begleitung bei Menschen mit komplexem Hilfebedarf auch außerhalb einer Institution gewährleisten können (vgl. Daum 2018: 131; Jenderny et al. 2021: 66). Die bisher ausbleibende Realisierung dessen für Menschen mit sehr schweren psychischen Beeinträchtigungen, lässt den Aufbau des Behandlungs- und Betreuungssystems hinterfragen, was durch die mittlerweile verbreitete Annahme bestärkt wird, dass für eine geschlossene Unterbringung weniger bestimmte Verhaltensweisen der Klient*innen verantwortlich sind als vielmehr die gering vorhandenen personenzentrierten Angebote, durch welche die Personengruppe ohne Freiheitsentzug versorgt werden kann (vgl. Giertz/Gervink 2018: 43).

Zur Umsetzung dieses Anspruchs muss entsprechendes Fachpersonal vorhanden sein. Ausreichendes Personal ist in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf ein wichtiger Indikator bezüglich des Gelingens bedarfsge rechter Hilfestaltung. Auch bei der Vermeidung von FEM ist eine ausreichende Personaldichte wichtig. Wenn Personalmangel herrscht, besteht Zeitdruck und kann bei Mitarbeitenden, insbesondere bei ‚schwierigen‘ Klient*innen, zu vorschnellen Beschlussbeantragungen führen. Mildere Maßnahmen und alternative Versorgungsmöglichkeiten bedürfen Zeit (vgl.

Gutmann 2019: 96). Eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft legte dar, dass im zwölf-Monats-Durchschnitt von Juli 2021 bis Juli 2022 der größte Personalmangel in Berufen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik mit bundesweit 26.500 offenen Stellen herrschte. Aber auch im Gesundheitswesen insbesondere im Pflegebereich besteht ein massiver Fachkräftemangel. Aus zehn der Berufe mit den größten Fachkräftelücken, stammten fünf aus dem Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Institut der deutschen Wirtschaft 2022: 1).

In Bezug auf die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und herausfordernden Verhaltensweisen kann festgestellt werden, dass diese auf Grund mangelnder personenzentrierter Versorgungsangebote schneller an stationäre bzw. wenn diese mehrmals gescheitert sind, an geschlossene Wohnformen angebunden werden. Solange dieses Defizit der fehlenden Alternativen nicht beseitigt ist, besteht Grund zur Annahme, dass Wohneinrichtungen mit der Möglichkeit zum Freiheitsentzug beständig bleiben. Die Kliniken haben nicht genügend Kapazitäten und auf Grund der verkürzten Behandlungszeiten stehen sie unter dem Druck, Patient*innen entlassen zu müssen, auch wenn weiterhin ein hoher Behandlungsbedarf besteht. Dieser ist durch die alternativen Möglichkeiten oftmals nicht gegeben. Das führt dazu, dass geschlossene Wohnformen weiterhin benötigt werden.

8 Lösungsansatz

Lösungswege müssen insbesondere auf der gesellschaftlichen und strukturellen Ebene geschaffen werden. Es müssen flexible, an den Bedarf der Klient*innen angepasste Versorgungsmöglichkeiten etabliert werden, durch welche geschlossene Wohnformen nicht mehr aus Überforderung des Systems heraus stattfinden, sondern tatsächlich als Ultima Ratio für Klient*innen bei denen ein abgeschiedenes Umfeld Schutz vor massiver Eigengefährdung bieten kann (vgl. Rosemann/Konrad 2017b: 281).

Der Abbau von Stigmatisierungen in der Gesellschaft, kann Möglichkeiten für mehr Inklusion schaffen, denn nur mit Unterstützung von der Gemeinschaft in der die Menschen leben, kann gleichberechtigte Teilhabe realisiert werden (vgl. Finzen 2013: 92).

Finzen und Rüesch plädieren dabei jedoch nicht für Großkampagnen, die das Ziel haben, die breite Öffentlichkeit zu Erreichen und über psychische Erkrankungen aufzuklären. Zielführender sei die Herstellung von direktem Kontakt im Sozialraum und die Fokussierung auf Gruppen der Gesellschaft, wie Nachbarschaften, die Polizei etc. (vgl. Finzen 2013: 9; Rüesch 2005: 205f.)

Rüesch nennt dabei verschiedene Faktoren, auf die bei der Herstellung von Interaktion zwischen Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen geachtet werden sollte. Erstens sollten die Interaktionspartner einen vergleichbaren sozialen Status mitbringen, zweitens muss ein kooperativer Kontext für die Begegnung geschaffen werden, um drittens den Aufbau von Intimität zu ermöglichen. Viertens ist die Begegnung in der ‚realen Welt‘ sinnvoller als in konstruierten Settings (vgl. Rüesch 2005: 206).

In einigen Regionen haben sich Leistungserbringer zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden zusammengeschlossen, um insbesondere Menschen mit komplexem Hilfebedarf durch eine verbindliche Kooperation, eine gemeindenahе und bedarfsgerechte Unterstützung bieten zu können (vgl. Greve/Floeth 2017: 117). Die Verbände verfolgen das Ziel der Einhaltung von definierten Versorgungs- und Qualitätsstandards, welche für die Mitglieder verbindlich gelten. Sie berufen sich auf die regionale Versorgungsverpflichtung, explizit für psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Durch ihre Arbeit ermöglichen sie eine Einrichtungs- und Sozialgesetzbuch übergreifende kontinuierliche Behandlung und Betreuung. Dies ist von besonderer Bedeutung bei der Versorgung von Menschen mit langanhaltenden schweren psychischen Erkrankungen und herausforderndem Verhalten, um eine erfolgreiche Unterstützungsleistung zu etablieren, von welcher die Klientel profitieren kann (vgl. BAG GPV 2020: 26). Ein Anschluss möglichst aller gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer an den bezirksbezogenen GPV ist daher wünschenswert (vgl. Borbé et al. 2017: 290; Kunze 2015: 145). Die Arbeit der GPV löst zwar die Fragmentierung des Hilfesystems nicht auf, sie bietet allerdings einen guten Beitrag zur Überwindung der konstruierten Grenzen und kann ein Netz über die durch die Fragmentierung entstehenden Versorgungslücken spannen. Für schwer vermittelbare Klient*innen kann dadurch womöglich eine betreuungsrechtliche Wohnheimunterbringung vermieden werden.

Wichtig zur Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Versorgungssystem ist zudem die Etablierung von ‚milderen Mitteln‘, also Angebote, welche nicht so massiv in die Persönlichkeitsrechte eines Menschen eingreifen. „Ein System, das keine Alternativen hat oder diese nicht wirklich nutzt, glaubt sich letzten Endes immer befugt, auf Zwangsmittel zurückzugreifen“ (Aichele 2016: 34). Dieses Zitat verdeutlicht die Wichtigkeit von nutzbaren Alternativen in Bezug auf Zwangsvermeidung in der psychiatrischen Versorgung. Um die Versorgungslücke für Erkrankte mit herausfordernden Verhaltensweisen zwischen der Klinikversorgung und den komplementären Angeboten der EGH zu füllen, müssen mehr Forschungsgelder investiert werden, um mehr repräsentatives Wissen über die Teilhabebarrrieren und -chancen aufzude-

cken. Daraus müssen Bedarfe abgeleitet werden, um neue Angebote schaffen zu können (vgl. Steinhart 2018: 146f.). Auch die Lebenslagen der Menschen in geschlossenen Wohnformen müssen transparenter dargelegt werden. Dazu benötigt es zunächst eine bundesweite und differenzierte Dokumentationspflicht für die Anwendung von FEM gemäß § 1906 BGB, in welche die Art der Institution integriert sein muss, für welche die Unterbringung gilt – das Psychiatrische Krankenhaus, die Geschlossene Wohnform, oder das Pflege- oder Altenheim. Die Arbeitsgruppe des ZVP schlägt die Einführung eines Zwangsregisters mit bundeseinheitlichen Kriterien vor (vgl. BAG GPV 2020: 26). Bezüglich der betreuungsrechtlichen Unterbringung in eine geschlossene Wohnform muss zusätzlich ersichtlich werden, welche Maßnahmen ergriffen wurden, um die geschlossene Unterbringung zu vermeiden und weshalb diese gescheitert sind. Ferner muss das Ziel der Maßnahme deutlich werden, welches gemäß der EGH die Ermöglichung sozialer Teilhabe ist, sowie das Ziel durch die Maßnahme ermöglicht werden kann (vgl. GPV Stuttgart 2019: 157; Konrad/Rosemann 2016: 150, 153–154). Eine verpflichtende differenzierte Dokumentation und das Weiterleiten dessen an die zuständigen Behörden ist die Voraussetzung für eine nötige Auswertung der Daten, um mehr Transparenz zu schaffen (vgl. BAG GPV 2020: 34-36). Das Monitoring-System zur Vermeidung von Zwang des BAG GPV ist ein Anfang, welches diese Punkte vereint und dazu dienen soll Zwang zu vermeiden sowie die Selbstbestimmung Betroffener zu stärken (vgl. Fröhlich 2019: 42). Es empfiehlt sich in offen geführten Wohneinrichtungen Plätze für geschlossene Unterbringungen vorzuhalten, damit auf diese Weise sichergestellt werden kann, dass es nicht Behandlungs- und Kontaktabbrüche kommt (vgl. GPV Stuttgart 2019: 153). Ein enger Verbund von verschiedenen Wohnmöglichkeiten, die auf dem Recht der Wahlfreiheit beruhen sollen, können zu einer Reduzierung von Heimplätzen führen (vgl. Richter/Steinhart 2017: 273).

In manchen Fällen kann es trotzdem zur Unterbringung in einer geschlossenen Wohnform kommen, wenn mildere Maßnahmen erprobt worden sind und einrichtungsübergreifend, sowie Strategien zu Zwangsvermeidung fehlgeschlagen sind (vgl. Rosemann/Konrad 2017b: 286). Damit freiheitsentziehende Maßnahmen ausschließlich im Fall des Ultima Ratio angewandt werden, muss es strenge Kontrollmechanismen geben (vgl. Deutscher Bundestag 2017: 1). Diese müssen jedoch definierten, qualitativen und kontrollierten Standards folgen, um Fehlplatzierungen auf Grund von zum Beispiel fehlenden niedrigschwelliger Anschlussversorgung zu vermeiden. Eine Initiierung durch die Politik ist hier erforderlich (vgl. Giertz 2016b: 3).

Projekte und Studien können dazu beitragen die Situation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf transparenter werden zu lassen. Verschiedene zum Zwang alternative Ansätze müssen in Zukunft untersucht und evaluiert werden (vgl. Richter/Steinhart 2017: 261). Nur so können Gesetze und Richtlinien an die Bedarfe der Klient*innen und die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden, sodass auch sie von den Reformen profitieren können.

Stationsäquivalente Behandlungen (StäB) (§ 39 Abs. SGB V) haben bisher nur einen geringen Einfluss auf die Versorgung im deutschen psychiatrischen Hilfesystem, obwohl diese in Deutschland seit 2018 im Rahmen des ‚Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)‘ durch den Gesetzgeber im SGB V (§115d) verankert sind (vgl. GKV-Spitzenverband et al. 2021: 1). In Anbetracht der Bezugsklientel dieser Arbeit haben sie ein hohes Potenzial, denn durch eine multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung können stationäre Aufenthalte und Behandlungsabbrüche verringert werden und eine höhere Zufriedenheit Betroffener hergestellt werden (vgl. Gühne et al. 2019: 99). Studien haben zudem eine höhere Kosteneffektivität der Alternativen aufweisen können, welche durch die geringere Anzahl an Klinikaufhalten entstand. Das Assertive Community Treatment kann durch die intensive multiprofessionelle Begleitung innerhalb der Gemeinde positive Auswirkungen auf die Teilhabechancen im Bereich Wohnen haben (vgl. ebd. 2017: 48). Es existieren bisher wenige Studien, die die Wirkungsweisen von Community Treatments/StäB untersuchen, welche ausschließlich aus Großbritannien stammen. In den bisherigen Studien wurden Community Treatment gegenüber herkömmlichen ambulanten/stationären nicht multiprofessionellen Behandlungen gestellt. Auch wenn die Forschungsergebnisse nur eine geringe Erhöhung der Betroffenzufriedenheit und Kosteneffektivität der alternativen Ansätze darstellen (vgl. Gühne et al. 2019: 101), können sie einen wichtigen Beitrag für eine personenzentrierte und gemeindenahe Versorgung für schwer psychisch erkrankte Menschen darstellen (vgl. Niemann-Mirmehdi/Montag 2019: 840). Durch die Einbeziehung der sozialen Strukturen und Kontakte im Lebensumfeld, können die Teilhabechancen erheblich gesteigert werden (vgl. Daum 2018: 129) und eine unabhängige Lebensführung unterstützt werden. Sie sind personenzentriert angelegt, erleichtern die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Führen zu einer reduzierten Krankenhausaufenthaltsdauer (vgl. Niemann-Mirmehdi/Montag 2019: 840).

Das Hometreatment als eine gemeindenahe Akutintervention und das Assertive Community Treatment als eine teambasierte, gemeindenahe Behandlungsalternative zum Wohnen im

Heim, können gute Alternativen zu herkömmlichen Behandlungsformen bieten (vgl. Gühne et al. 2019: 96). So besteht die Möglichkeit auch schwer psychisch erkrankte Klient*innen mit einem komplexem Hilfebedarf früher zu versorgen, wenn diese eine stationäre Betreuung ablehnen. Die Behandlung innerhalb des gewohnten Umfelds und der Gemeinde, kann langfristig zu höheren Teilhabchancen führen. Die Person wird von Anfang an in einem stabilen Netz inmitten der Gesellschaft mit dem Ziel versorgt, herausfordernde Verhaltensweisen abzubauen und freiheitsentziehende Maßnahmen überflüssig zu machen (vgl. Heim et al. 2019: 806f.).

Chancen zeigen StäB darin auf, dass erzielte Behandlungserfolge nicht erst nach der stationären Akutbehandlung in das alltägliche Leben integriert werden müssen, was nicht selten mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Zudem können StäB auch dazu beitragen, Stigmatisierungen abzubauen und ein Standpunkt setzen, dass psychische Erkrankungen keine Gefahr für die Öffentlichkeit darstellen und daher innerhalb der Gemeinde versorgt werden können. Grenzen der alternativen Versorgungsmöglichkeit, werden jedoch durch den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen aufgezeigt, sowie den damit einhergehenden Zeitmangel. Diese Alternativen fordern ein hohes Maß an individualisierter Versorgung und Flexibilität. Es stellt sich die Frage inwieweit StäB sich gegenüber der Regelversorgung im Krankenhaus durchsetzen werden können.

9 Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Reform der Psychiatrie-Enquete Mitte der 1970er Jahre in Deutschland die Versorgung von langanhaltend schwer psychisch erkrankten Menschen verbessern sollte, welche zuvor zwangsweise zum Teil lebenslang in psychiatrischen Krankenhäusern ‚verwahrt‘ wurden. Im Zuge der Deinstitutionalisierung sollten die Menschen zurück in die Mitte der Gemeinschaft geholt und dort versorgt werden. Trotz des damaligen Ziels es allen Menschen unabhängig von der Schwere der psychischen Erkrankung durch bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen zu ermöglichen, einen gleichberechtigten Zugang zum Leben in der Gemeinschaft zu haben, sind Menschen mit besonderer Schwere der Erkrankung oftmals weiterhin in abgeschiedenen und zum Teil geschlossenen Einrichtungen exkludiert worden. Um den Zielen der Psychiatriereform erneut Nachdruck zu verleihen, wurden durch die UN-BRK und das BTHG die Rechte der Menschen mit Behinderungen

gestärkt. Das Ziel der EGH ist fortan durch personenzentrierte Hilfeleistungen die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit seelischen Behinderungen an der Gesellschaft zu ermöglichen, sowie ein durch Selbstbestimmung geprägtes, in der Gemeinde verankertes Leben zu fördern. Konsequenterweise würden Zwangsmaßnahmen, wie die FEM nicht mehr mit den Menschenrechten vereinbar sein. Trotzdem werden Maßnahmen der Unterbringung in geschlossenen geführten Wohnformen bis heute durchgeführt, denn ausdrücklich verboten sind Unterbringungen solcher Art durch die neuen Gesetze nicht. Auf Grund der schwerwiegenden Eingriffe in die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte des Menschen gelten sie jedoch als besonders kontrovers. Unterbringungen in geschlossene Wohnformen sind ausschließlich im Fall des Ultima Ratio bei massiver Selbstgefährdungsfahr legitimiert, wenn alle vorhergegangenen mildereren Maßnahmen diesen Zustand nicht abwenden konnten. Im Falle dessen, beruft der Staat sich auf seinen im GG verankerten Schutzauftrag. Alles in allem wurde festgestellt, dass in der Umsetzung jedoch häufig andere Faktoren dazu führen, dass eine Unterbringung in ein Wohnheim gemäß § 1906 BGB vorgenommen wird. Diesem Prozess gegenüber stehen die Gesetze zur Stärkung der Rechte von Menschen mit Behinderungen, welche genannter Personengruppe eine unabhängige Lebensführung (§ 19 UN-BRK) ermöglichen sollen, sowie die volle und wirksame Teilhabe am öffentlichen Leben (§ 29 UN-BRK), sowie das gleiche Recht vor dem Gesetz wie andere (§ 5 UN-BR). Somit gilt für sie gleichberechtigt das Freiheits- und Selbstbestimmungsrecht. Hinzu kommt die ermittelte Wohnpräferenz von psychisch erkrankten Menschen, welche eindeutig das unabhängige Wohnen dem Wohnen in einem institutionellen Setting vorziehen. Das BTHG, welches das zentrale Ziel des Rechts auf gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe hat, soll diese Ansprüche in Deutschland realisieren.

Aus diesem Spannungsverhältnis resultiert die Frage, wieso geschlossenen geführten Wohnheime für schwer psychisch erkrankte Menschen trotz des Rechts auf Teilhabe beständig bleiben. Diese Frage wurde unter einer ganzheitlichen Betrachtung auf der personellen, gesellschaftlichen und strukturellen Ebene erörtert. Im Zuge dessen konnte festgestellt werden, dass die Ziele der EGH die Menschen mit langanhaltend schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf durch verschiedene Barrieren kaum erreichen können. Die Ziele sind gekennzeichnet durch eine personenzentrierte, gemeindenahere Versorgung, wodurch die selbstbestimmte und an der Gesellschaft teilhabende Lebensführung von Menschen mit Behinderungen ermöglicht werden soll. Es konnte herausgearbeitet werden, dass schwer psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Hilfebedarf durch ihre schweren psychosozialen und existenziellen Problemlagen eine benachteiligte und vernachlässigte Stellung im System

einnehmen. Auf Grund der oft fehlenden Einbindung in ein konstruktives, stabiles soziales Netzwerk sowie das erhöhte Armutsrisiko der Betroffenen, fehlen ihnen personelle Ressourcen um von ihren Rechten Gebrauch zu machen. Die Kombination des hohen Hilfebedarfs sowie herausfordernden Verhaltensweisen und den fehlenden Ressourcen, wirken exkludierend und können schneller zu geschlossenen Unterbringungen führen.

Außerdem kann zu dem Schluss gekommen werden, dass gesellschaftliche Einstellungsbarrieren bewirken, dass das Ziel der UN-BRK von einer inklusiven Gesellschaft auch trotz formaler Regelungen (noch) nicht erreicht werden kann. Um die Lebensbedingungen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen innerhalb der Gemeinde verbessern zu können, bedarf es der Unterstützung und Zusammenarbeit aller Menschen. Jedoch besteht seitens der Gesellschaft ein Mangel an Inklusionsbereitschaft, wodurch auch Zwangsmaßnahmen wenig hinterfragt werden. Dies ist nicht zuletzt auf die bestehende Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen zurückzuführen. Stigmatisierungen führen zu gesellschaftlicher Exklusion von betroffenen Minderheiten, wodurch angenommen werden kann, dass die gesellschaftliche Ansicht besteht, FEM sind für eine bestimmte Personengruppe notwendig. Wechselwirkend suggeriert die weiterbestehende Anwendung von solchen Maßnahmen der Gesellschaft, dass diese einen Nutzen in der Versorgung darstellen, wodurch ein Teufelskreis entsteht. Schwere psychische Krankheiten werden als Gefahr für die Öffentlichkeit stigmatisiert. Es ist ein langer Entwicklungsprozess nötig ist, um das Wertebild der Bevölkerung zu verändern, damit geschlossene Wohnformen weitestgehend aufgelöst werden können.

Zudem verhindern strukturelle Defizite, wie die Fragmentierung des Hilfesystems und der damit einhergehende Mangel an Kompatibilität und Kontinuität der Leistungen aus den verschiedenen SGBs, die Gestaltung einer personenzentrierten Hilfe. Die fehlende Anpassung des Systems an die Bedürfnisse der Klientel kann zu einer geschlossenen Wohnheimunterbringung führen, was zum Teil außerhalb der beheimateten Region bzw. des Bundeslands geschieht. So werden Personen nicht nur gegen ihren Willen untergebracht, sondern auch aus ihrem gewohnten Umfeld herausgenommen. Neben der vermehrten Nachfrage an geschlossenen Wohnheimplätzen, steigt auch die Zahl der Klinikbetten, was auf eine Re-Institutionalisierung der psychiatrischen Versorgung hinweist. Vorgaben für die verkürzte Verweildauer in den Akutkliniken führen zu einem Entlassungsdruck seitens des Personals. Besteht infolge der Akutbehandlung weiterhin ein intensiver Behandlungs- und Betreuungsbedarf, wird oftmals auf die Beantragung einer freiheitsentziehenden Wohnheimunterbringung zurückgegriffen. Des Weiteren lässt sich feststellen, dass es zusätzlich eine Verschie-

bung der Klinikbetten unter Anderem in Pflege- und Altenheime gibt, wo Betroffene nicht die notwendige Behandlung bekommen können. Diese Entwicklungen lassen sich auf eine Lücke im Hilfesystem für Menschen mit komplexem und intensivem Bedarf zurückführen. Schließlich ist noch der massive Fachkräftemangel im Gesundheits- und Sozialwesen festzustellen, durch welchen die Erbringung einer komplexen Hilfeleistung erschwert wird. Die genannten Faktoren führen dazu, dass die Ziele der EGH insbesondere die genannte Personengruppe nicht in ausreichendem Maß umgesetzt und erreicht werden können. Es drängt sich der Gedanke auf, dass das mangelhafte Versorgungssystem und Gesellschaftssystem dazu führen, dass zu Lasten der Freiheit und Autonomie von Menschen geschlossene Wohnheime weiterhin fester Bestandteil in der psychiatrischen Versorgung sind.

Lösungsansätze wie mehr Transparenzbestrebungen bezüglich geschlossener Wohnformen, insbesondere durch die Politik, die Schaffung bundesweit einheitlicher und differenzierter Dokumentationspflichten von § 1906 BGB Unterbringungen, verbindliche Zusammenschlüsse zu GPV sowie die vermehrte Anwendung von StäB sind ein Anfang, zur Verbesserung der Versorgungssituation. Sie können jedoch nicht die Gesellschaft und das System von Grund auf verändern. Die Strukturen des Hilfesystems sind fest installiert und eine schnelle, simple Lösung kann es nicht geben. Möglicherweise müssen für die gleichberechtigte Realisierung des Teilhaberechts für alle, sowie der Versorgung innerhalb der Gemeinschaft zunächst neue geschlossene Wohnformen in den Regionen geschaffen werden. Insbesondere, um außerhalb der eigenen Region bzw. des Bundeslandes untergebrachte, sowie Menschen unter 65 Jahren mit einer psychiatrischen Diagnose in Pflege- und Altenheimen zurückzuholen und diese Vorgehensweise abzuschaffen. Darauf aufbauend sollte ermittelt werden, welche Bedarfe die Personengruppe hat, woraufhin Strategien entlang der Ziele der EGH entwickelt werden können, durch welche auch langanhaltend schwer psychisch erkrankten Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen bedarfsgerecht und ohne Freiheitsentzug versorgt werden können. Festzustellen ist, dass zu der beschriebenen Thematik trotz bisheriger Transparenzbemühungen, weiterhin themenzentrierter Forschungsbedarf besteht, um die Komplexität des Themas zu durchdringen.

10 Inhaltsverzeichnis

Aichele, Valentin (2016): Menschenrechte und Psychiatrie. In: Zinkler, Martin/Laupichler, Klaus/Osterfeld, Margret (Hg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag, 18-40.

Beauftragter der Bundesregierung für Belange von Menschen mit Behinderungen (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Demokratie braucht Inklusion. Online unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf. (Zugriff am: 22.11.2022).

Blankenfeld, Christine/Haug-von Schnakenberg, Dorothee/Konrad, Michael (2017): Menschen mit psychischen Erkrankungen unter 65 Jahren im Pflegeheim, Eine empirische Untersuchung in Baden-Württemberg. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 47. Jg. (4), 47-52.

Borbé, Raoul/ Steinhart, Ingmar/ Wienberg, Günther (2017): Von den Modellen zur Regelversorgung. Strategien zur regionalen Umsetzung des Funktionales Basismodells. In: Steinhart, Ingmar/Wienberg, Günther (Hg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag, 278-298.

Borbé, Raoul/ Rosemann, Matthias/ Nienaber, Andre/ Steinhart, Ingmar/ Heinz, Andreas (2021): Gemeindepsychiatrische Ansätze zur Vermeidung der Unterbringung in geschlossenen Heimen. Eine Positionsbestimmung. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00115-021-01136-7.pdf> (Zugriff am: 22.11.2022).

Brieger, Peter (2014): Re-Institutionalisierung? Transinstitutionalisierung? Post-Psychiatrie? Zum schwierigen Verhältnis von forensischer und Sozialpsychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 44. Jg. (4), 8-10.

Brosey, Dagmar/ Osterfeld, Margret/ Bosshard, Marianne/ Ebert, Ursula/ Lazarus, Horst/ Becker, Manfred (2013): Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte und Vorkehrungen zu ihrem Schutz. In: Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch. 5., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 152-168.

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbund e.V. (BAG GPV) (2020): Bericht für das Projekt: Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem

(ZVP). Online unter: https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/ZVP_Gesamtbericht_final.pdf. (Zugriff am: 22.11.2022).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Forschungsbericht 492. Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Zwischenbericht. Online unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-492-repraesentativbefragung-behinderung.pdf?__blob=publicationFile&v=1. (Zugriff am: 22.11.2022).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Online unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (Zugriff am: 22.11.2022).

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2019): 20. Zusammenfassender Bericht der Aufsichtskommission gemäß § 23 Absatz 4 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) über ihre Tätigkeit in den Jahren 2016 und 2017. Online unter: https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/68325/20_zusammenfassender_bericht_der_aufsichtskommission_gemaess_23_absatz_4_des_hamburgischen_gesetzes_ueber_hilfen_und_schutzmassnahmen_bei_psychische.pdf (Zugriff am: 22.11.2022).

Clausen, Jens/ Eichenbrenner, Ilse (2016): Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfenformen. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Daum, Marcel (2018a): Teilhabechancen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. In: Speck, Andreas/ Steinhart, Ingmar/ Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 55–64.

Daum, Marcel (2018b): Welche Befähigungen eröffnen sich Menschen in der Eingliederungshilfe? In: Speck, Andreas/ Steinhart, Ingmar/ Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 111–131.

Deutsches Ärzteblatt (2001): Psychiatrie-Reform. Auf halben Weg stecken geblieben. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/25936/Psychiatrie-Reform-Auf-halbem-Weg-stecken-geblieben> (Zugriff am: 22.11.2022).

Deutscher Bundestag (2017): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Ruffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen. Online unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/116/1811619.pdf> (Zugriff am 22.11.2022).

Deutscher Bundestag (2021): Aufsicht über besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe. Online unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/850870/891991eb230d792660588d1dd830b057/WD-6-049-21-pdf-data.pdf> (Zugriff am: 22.11.2022).

Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehung im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Online unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf> (Zugriff am: 22.11.2022).

Deutsches Institut für Menschenrechte (2022a): Artikel 5 UN-BRK (Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung)/ Article 5 UN-CRPD (Equality and non-discrimination). Online unter: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsschutz/datenbanken/datenbank-fuer-menschenrechte-und-behinderung/detail/artikel-5-un-brk> (Zugriff am: 22.11.2022).

Deutsches Institut für Menschenrechte (2022b): UN-Behindertenrechtskonvention. Online unter: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/die-un-brk> (Zugriff am: 22.11.2022).

Deutsches Institut für Menschenrechte (o.J.): Synopse BGB. Betreuungsrecht. Zum Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts vom 4.5.2021 (BGBl. I, S. 882). Online unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Sonstiges/Materialiensammlung_MR_in_betreuungsrechtlicher-Praxis/Synopse_BGB_-_Betreuungsrecht.pdf (Zugriff am: 22.11.2022).

DGPPN (2022): Basisdaten. Psychische Erkrankungen. Online unter: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/be8589427bb02b67f5592b73cbb4d32cde26d0be/Factsheet_Kennzahlen%202022.pdf (Zugriff am: 22.11.2022).

DGPPN (2021): Leistungen im Bereich Wohnen. Teilhabekompass. Online unter: <https://www.teilhabekompass.de/teilhabekompass-2/leistungen-im-bereich-wohnen.html> (Zugriff am: 10.09.2022).

Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Eink, Michael (2017): Glanz und Elend der Psychiatriereform am Beispiel der „Heimdebatte“. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 47. Jg. (3), 51–55.

Ernst, Lena (2021): „Systemsprenger“. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Phänomen und sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten. Online unter: <https://www.grin.com/document/1143922> (Zugriff am: 22.11.2022).

Finzen, Asmus (2013): Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Fornefeld, Barbara (2019): Teilhabe ist Gabe. Zum Verständnis von Teilhabe im Kontext von Erwachsenen und alternden Menschen mit Komplexer Behinderung. In: Teilhabe. Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe, 58. Jg. (1), 4–9.

Forstner, Matthias (2019): ICF. Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit DISTA. Online unter: <https://dista.uniability.org/glossar/icf-internationalen-klassifikation-der-funktionsfaehigkeit-behinderung-und-gesundheit/> (Zugriff am 31.10.2022).

Freyberger, Harald/Ulrich, Ines/Barnow, Sven/Steinhart, Ingmar (2008): Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen. Eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. Online unter: https://www.researchgate.net/publication/245790294_Am_Rande_sozialpsychiatrischer_Versorgungsstrukturen_-_eine_Untersuchung_zur_Systemsprengerproblematik_in_Mecklenburg-Vorpommern (Zugriff am: 22.11.2023).

Fröhlich, Katharina (2019): Entwicklung eines Monitoring-Systems zur Vermeidung von Zwang. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie, 37. Jg. (1), 42–43.

Gaebel, Wolfgang/Möller, Hans-Jürgen/Rössler, Wulf (2005): Einführung. In: Gaebel, Wolfgang/Baumann, Anja (Hrsg.), Stigma - Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer, 1–6.

Gahleitner, Silke Birgitta/Große, Lisa (2021): Soziale Unterstützung und Millieuarbeit in der Arbeit mit Hard-to-reach-Klientel. In: Giertz, Karsten/Große, Lisa/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.), Hard to reach. Schwer erreichbare Klientel unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag, 116–127

Giertz, Karsten (2016a): Die psychiatrische Versorgungsforschung von problematischen Patientengruppen in der BRD. Eine Übersicht zum aktuellen Stand der Heavy-User-Forschung, psychiatrischen Obdachlosenforschung und sogenannten Systemsprenger-Forschung. Online unter:

https://www.researchgate.net/publication/322129465_Die_psychiatrische_Versorgungsforschung_von_problematischen_Patientengruppen_in_der_BRD_Eine_Ubersicht_zum_aktuellen_Stand_der_Heavy-User-Forschung_psychiatrischen_Obdachlosenforschung_und_sogenannten_Systemsprenger-Forschung. (Zugriff am: 22.11.2022).

Giertz, Karsten (2016b): Die „Systemsprenger-Problematik“ als Indikator für fehlende Innovation in der gemeindepsychiatrischen Versorgung? Erste quantitative Zwischenergebnisse. Online unter:

https://via-perspektiven.de/site/assets/files/6992/giertz_2016_die_systemsprenger-problematik.pdf (Zugriff am: 22.11.2022).

Giertz, Karsten/ Gervink, Thomas (2017a): „Systemsprenger“ oder eher PatientInnen mit einem individuellen und komplexem Hilfebedarf? Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Erkenntnissen der Forschung zur „Systemsprenger-Problematik“ für die psychiatrische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung? Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00729-017-0104-0.pdf> (Zugriff am: 22.11.2022).

Giertz, Karsten/ Gervink, Thomas (2017b): „Man wird sich seinen eigenen gesunden Menschenverstand nicht dadurch beweisen können, dass man seinen Nachbarn einsperrt.“ Kritik am Auf- und Ausbau geschlossener Heiminstitutionen. Online unter: https://www.researchgate.net/profile/Karsten-Giertz/publication/322129530_Man_wird_sich_seinen_eigenen_gesunden_Menschenverstand

[nicht dadurch beweisen können dass man seinen Nachbarn einsperrt Kritik am Auf- und Ausbau geschlossener Heiminstitutionen/links/5a465cefaca272d2945ea0d3/Man-wird-sich-seinen-eigenen-gesunden-Menschenverstand-nicht-dadurch-beweisen-koennen-dass-man-seinen-Nachbarn-einsperrt-Kritik-am-Auf-und-Ausbau-geschlossener-Heiminstitutionen.pdf](#) (Zugriff am: 22.11.2022).

Giertz, Karsten/Gervink, Thomas (2018): Die „Systemsprenger-Problematik“ in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen. Erste Untersuchungsergebnisse aus Berlin. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 48. Jg. (3), 38–43.

Giertz, Karsten/Große, Lisa/Gahleitner, Silke Birgitta (2021): Hard-to-reach-Klientel, Menschenrechte und Soziale Arbeit. In: Giertz, Karsten/Große, Lisa/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.): Hard to reach. Schwer erreichbare Klientel unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag, 14–30.

GKV-Spitzenverband/Verband der Privaten Krankenversicherung e. V./Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V (2021): Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V. Online unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2021-12-23_BERICHT_UEBER_DIE_AUSWIRKUNGEN_DER_STATIONSAEQUIVALENTEN_BEHANDLUNG.pdf. (Zugriff am: 22.11.2022).

Goffman, Erving (1972): Asyl: über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 22. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) Stuttgart (2019): Endbericht Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) Stuttgart zum Thema „Geschlossene Unterbringung im Wohnheim nach § 1906 BGB“. Online unter: https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/ZVP_Gesamtbericht_final.pdf. (Zugriff am: 22.11.2022).

Greve, Nils/Floeth, Thomas (2017): Sektorengrenzen überwinden. Integrierte Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Steinhart, Ingmar/Wienberg, Günther (Hg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag, 116–132.

Groenemeyer, Axel (2010): Doing Social Problems. Doing Social Control Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme in institutionellen Kontexten. Ein Forschungsprogramm. In:

Groenemeyer, Axel (Hg.): Doing social problems. Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme und sozialer Kontrolle in institutionellen Kontexten. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13–18.

Große, Lisa/Gahleitner, Silke Birgitta (2021): Hilfeprozesse bei Hard-to-reach-Klientel beziehungsorientiert ermöglichen. In: Giertz, Karsten/Große, Lisa/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.): Hard to reach. Schwer erreichbare Klientel unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag, 95–104.

Gühne, Uta/Weinmann, Stefan/Riedel-Heller, Steffi G./Becker, Thomas (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-58284-8.pdf> (Zugriff am: 22.11.2022).

Gutmann, Jonathan (2019): Humane Psychiatrie. Psychosoziale Versorgung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Heim, Susanne/ Heißler, Matthias/ Prins, Sibylle/ Zechert, Christian (2019): Spielräume (Ökologie der Selbst- und Fremdhilfe). In: Dörner, Klaus/ Plog, Ursula/ Bock, Thomas/ Brieger, Peter/ Heinz, Andreas/ Wendt, Frank (Hg.): Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 751–821.

Höptner, Anja (2018): Fokus Wohnen. „Ambulant (immer) vor stationär?“ In: Speck, Andreas/Steinhart, Ingmar/Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 65–82.

Institut der deutschen Wirtschaft (IW) (2022): Die Berufe mit den aktuell größten Fachkräftelücken. Online unter: <https://www.iwkoeln.de/studien/helen-hickmann-filiz-koneberg-die-berufe-mit-den-aktuell-groessten-fachkraefteluecken.html> (Zugriff am: 22.11.2022).

Jenderny, Sarah/Speck, Andreas/Giertz, Karsten/Steinhart, Ingmar (2021): Psychisch erkrankte Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen. Geschlossene Unterbringung als No-Go? In: Giertz, Karsten/Große, Lisa/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.): Hard to reach. Schwer erreichbare Klientel unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag, 61–69.

Jenderny, Sarah/Schreiter, Julia/Steinhart, Ingmar (2020): Psychiatrische Wohnheime in Deutschland. Transparenz und Strukturen. In: Psychiatrische Praxis, 47. Jg. (5), 260–266.

von Kardoff, Ernst (2017): 40 Jahre gesellschaftspolitisches Projekt “Psychiatriereform“. Was ist daraus geworden? Mit einer kritischen Bilanz der Psychiatriereform in Deutschland wurde

die DGS P-Jahrestagung 2016 in Berlin eröffnet. Online unter: https://sds-apo68hh.de/wp-content/uploads/2021/10/Kardorff_40_Jahre_gesellschaftspolitisches_Projekt_Psychiatriereform.pdf (Zugriff am: 22.11.2022).

Kastl, Jörg Michael (2017): Inklusion, Integration und Teilhabe. In: Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (Hg.): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. 2., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 100–111.

Kellmann, Markus (2017): Teilhabenichtse. Von der Wiederkehr der „armen Irren“ und wie das BTHG die Zweiklassengesellschaft unter psychisch kranken Menschen festigt. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 47. Jg. (4), 42–45.

Konrad, Michael/Görres, Birgit (2017): Vorwort des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. In: Steinhart, Ingmar/Wienberg, Günther (Hg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag, 9–13.

Konrad, Michael/Rosemann, Matthias (2016): Betreutes Wohnen. Mobile Unterstützung zur Teilhabe. Köln: Psychiatrie Verlag.

Kunze, Heinrich (2015): Psychisch krank in Deutschland. Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Stuttgart: Kohlhammer.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) (2020): Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WieWohnen-BW). Online unter:

https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/Forschung/Aktuelle_Vorhaben/Unterstuetztes_Wohnen/Forschungsbericht_WieWohnen.pdf. (Zugriff am: 22.11.2022).

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (o. J.): Das Bundesteilhabegesetz kurz erklärt. Online unter: <https://www.bthg2020.lwl.org/de/das-bundesteilhabegesetz-kurz-erklart/#was-sind-die-ziele-des-bthg> (Zugriff am 7.11.2022).

Loer, Annette (2012): Die gerichtliche Genehmigung einer geschlossenen Heimunterbringung. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 42. Jg. (3), 4-7.

Melchinger, Heiner (2015): Verwerfungen in der ambulanten psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung. In: Kunze, Heinrich (Hg.): Psychisch krank in Deutschland. Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Stuttgart: Kohlhammer, 76-80.

Mrozyński, Peter/Müller, Sabine (2019): Recht und Gerechtigkeit. In: Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Bock, Thomas/Brieger, Peter/Heinz, Andreas/Wendt, Frank (Hg.): Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 715–750.

Niemann-Mirmehdi, Mechthild/Montag, Christiane (2019): Umwelttherapeutische Techniken. In: Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Bock, Thomas/Brieger, Peter/Heinz, Andreas/Wendt, Frank (Hg.): Irren ist menschlich: Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 823–852.

DGPPN (2020): Patientenautonomie im Blick. Menschenrechte und psychiatrisches Handeln. Online unter:

https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/6fae81e9ed5838d300e2a656f30b40b20c9d5a45/DGPPN_Dossier_2020.pdf (Zugriff am: 22.11.2022).

Obert, Klaus (2017): Selbst- oder Fremdbestimmung. Der ständige Seiltanz im Betreuten Wohnen. In: Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (Hg.): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. 2., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 197–208.

Osterfeld, Margret/Zinkler, Martin (2016): Einführung. Gewalt, Macht und Zwang ein ungelöstes Problem. In: Zinkler, Martin/Laupichler, Klaus/Osterfeld, Margret (Hg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag, 10–16.

Priebe, Stefan/Hoffmann, Karin (2012): Sozialpsychiatrie und gemeindenahere Versorgung. In: Freyberger, Harald J./Schneider, Wolfgang/Stieglitz, Rolf-Dieter/Ahrens, Bernd (Hg.): Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin. 12., überarbeitete Auflage. Bern: Huber, 617–634.

Richter, Dirk/Hoffmann, Holger (2016): Die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung ist nicht gelungen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 46. Jg. (2), 11-13.

Richter, Dirk/Hoffmann, Holger (2017): Psychiatrische Wohnforschung. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 47. Jg. (2), 21–25.

Richter, Dirk/Steinhart, Ingmar (2017): Wahlfreiheit beim Wohnen. Forschungsstand und praktische Erfahrungen. In: Steinhart, Ingmar/Wienberg, Günther (Hg.): Rundum ambulant.

Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag, 261–276.

Rieck, Sandra/Pomoski, Kristin (2018): Vorwort. In: Speck, Andreas/Steinhart, Ingmar/Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 7–9.

Röh, Dieter (2020): Psychische Prozesse geschehen immer im sozialen Kontext. Zur Entwicklung der (Sozial-)Psychiatrie und zur Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland in diesem Arbeitsfeld. In: Klinische Sozialarbeit, 16. Jg. (1), 4-6.

Röh, Dieter/Meins, Anna (2021): Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Rosemann, Matthias (2018): BTHG: die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (2017a): Die UN-BRK, das BTHG und die Herausforderungen für die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Wohnen. In: Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (Hg.): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. 2., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 14–37.

Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (2017b): Teilhabe hinter verschlossenen Türen? In: Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (Hg.): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. 2., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag, 276–287.

Rüesch, Peter (2005): Überwindungsversuche. In: Gaebel, Wolfgang/Baumann, Anja (Hg.): Stigma - Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer, 196–218.

Salize, Hans Joachim (2017): Versorgungsrealität und Versorgungsgerechtigkeit in der Psychiatrie. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 48. Jg. (4), 8–18.

Schmachtenberg, Rolf (2018): Politik braucht Informationen. Zahlen, Daten, Fakten und die Sicht Betroffener. In: Speck, Andreas/Steinhart, Ingmar/Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 33–39.

Schneider, Gerd/Toyka-Seid, Christiane (o. J.): Selbstbestimmung. Online unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/das-junge-politik-lexikon/321117/selbstbestimmung/> (Zugriff am 9.11.2022).

Speck, Andreas (2014): Systemsprenger in der Sozialpsychiatrie. Versorgungsanalyse und ethische Problemstellung unter besonderer Berücksichtigung des Befähigungsansatzes. Online unter: https://rosdok.uni-rostock.de/file/rosdok_disshab_0000001262/rosdok_derivate_0000021913/Dissertation_Speck_2014.pdf. (Zugriff am: 22.11.2022).

Speck, Andreas (2018a): Fokus Stigma: Ein Teilhaberrisiko? In: Speck, Andreas/Steinhart, Ingmar/Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 103–110.

Speck, Andreas (2018b): Von der Teilhabe zur Befähigung. In: Speck, Andreas/Steinhart, Ingmar/Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 10–32.

Steinert, Tilman/Hirsch, Sophie/Gerlinger, Gabriel (2019): Verhinderung von Zwang: Praxisversion der S3-Leitlinie. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-58972-4.pdf> (Zugriff: 22.11.2022).

Steinhart, Ingmar (2018): „Ein gutes Leben“ für schwer psychisch kranke Menschen in Deutschland. Sieben Thesen. In: Speck, Andreas/Steinhart, Ingmar/Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag, 144–156.

Steinhart, Ingmar/Bethel, Stiftung (2017): Anhörung „Wohltätiger Zwang“ in der Psychiatrie. Online unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/anhoerung-23-02-2017-fragenkatalog-steinhart.pdf> (Zugriff am: 22.11.2022).

Steinhart, Ingmar/Höptner, Anja (2017): Spot an. Psychiatrische Wohnheime in Deutschland. ZIPHER: Erste bundesweite wissenschaftliche Studie. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie, 35. Jg. (3), 37-40.

Stiftung Bethel (2021): Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen. Online unter: http://wiewohnen.de/wp-content/uploads/2022/10/Abschlussbericht_WiEWohnen-4.pdf. (Zugriff am: 22.11.2022).

Zimmermann, Ralph-Bruno (2012): Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe. Fehlplatzierung psychisch erkrankter Menschen. Konsequenzen einer Untersuchung der Situation in Berlin. Online unter: <http://www.schattenblick.de/infopool/medizin/psychiat/m6be0417.html> (Zugriff am: 22.11.2022).

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum Unterschrift