

Michael Buscher

Die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen

Kinder und Jugendliche mit schweren Verhaltensproblemen und
Intelligenzminderung im Gestrüpp der Institutionen

Sehr geehrte Damen und Herren,

meinen Vortragstitel für heute verdanke ich nicht nur Aschenputtel, sondern auch Prof. Kurt Heinrich, dem in diesem Jahr verstorbenen ehemaligen Chef der Düsseldorfer Psychiatrie. Heinrich, der nicht gerade als sozialrevolutionär galt, wies unter diesem Titel auf erhebliche Versorgungsungleichgewichte in der Psychiatrie hin. Meine Promotion in Düsseldorf hatte die Kanäle psychiatrischer Versorgung im Blick - mit all den damals (?) bestehenden Ungleichgewichten:

mehr Zwangseinweisungen aus ärmeren Stadtgebieten, größte Ärztedichte in privilegierten Stadtteilen, weit weg von den Regionen, wo der größte Teil der von schwereren psychiatrischen Störungen betroffenen Menschen lebte.

Menschen mit Intelligenzminderungen dürften die Verlierer der Reformpsychiatrie gewesen sein: mit der sogenannten „Enthospitalisierung“ – ein wie ich finde nahezu gruseliger terminus technicus - haben die Kliniken sich zumindest vorübergehend weitgehend ihrer Verantwortung für diese Menschen, die wesentlich häufiger von sogenannter psychiatrischer Morbidität betroffen sind als andere, entledigt.

Dabei ist unbestritten, dass viele Betroffene, die damals Jahre in der Psychiatrie lebten, dort nicht unbedingt hingehörten, ihre Lebensbedingungen sich in vielen Fällen außerhalb der Kliniken verbessert haben. Dennoch muss man Zweifel haben, ob bei dieser Radikalkur nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wurde. Es mangelt an psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten, wengleich sich auch hier in den letzten Jahren einiges getan hat und aktuell manches tut.

Wir leben in Zeiten des Sommermärchens Inklusion, das entgegen der UN-Behindertenrechtsresolution jede Spezialisierung für obsolet hält und in seinen Zuspitzungen allen Stigmatisierung vorwirft, die spezialisiertes Wissen haben.

Die politische Elite sucht zur eigenen Behandlung gern Brust-, Herz- oder Neonatalzentren auf – die Guten ins Töpfchen. In der Psychiatrie gilt jedoch das Gießkannenprinzip – die Schlechten ins Kröpfchen.

Es ist also die hohe Zeit der Totengräber spezialisierter Angebote, selbst wenn diese Angebote letztlich der Inklusion derer dienen, die sie in Anspruch nehmen.

Allerdings erfuhren wir gerade aus dem Schulministerium, dass man dort zurückrudert, eine Auflösung der Förderschulen wird es gerade im Bereich geistige Entwicklung nicht geben. Und ich bin sehr froh, über die vermehrte Aufmerksamkeit, die die Diskussion in unserem Dezernat findet und die Offenheit für ein sowohl als auch: sowohl Gemeindenähe als auch, dort wo notwendig Spezialisierung.

Vollkommen unstrittig ist ja, dass es inklusive Bemühungen geben muss, gleichwohl aber neben regionalen Angeboten spezialisierte Kliniken, die möglicherweise in naher Zukunft zerschlagen sein könnten.

Es würde zu weit führen, die Notwendigkeit spezialisierter Hilfen eingehend darzustellen; wir haben dies an vielen Stellen getan. Offensichtlich herrscht der politische Glaube, dass allein Inklusion gesund mache. Und so sollen dann Kinder und Jugendliche, die bislang doch weitgehend spezialisiert beschult werden, in Psychiatrien zusammen mit anderen sehr belasteten Altersgenossen einen Crash-Kurs Inklusion machen, bevor sie dann wieder an ihre Förderorte mit homogeneren Peergruppen entlassen werden. Welch verrückte Situation!

Und so sei Watzlawik zur Lektüre empfohlen, beschreibt er doch das Schlechte vom Guten und gut Gemeinten.

Es kann doch gar keine Frage sein, dass auch psychiatrisch-/psychotherapeutische Angebote nah bei den Familien sein sollten. Auch erscheint die leider auch bei einem größeren Teil von Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Profession vertretene Position, die Menschen mit Intelligenzminderungen aus welchen Gründen auch immer von ihren Angeboten auszuschließen, unakzeptabel.

Nur nebenbei: wir bilden als Zentrum einen größeren Teil der Kolleginnen und Kollegen aus, die später in den Regionen psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen, ihren Familien und auch den Einrichtungen begleitend zur Seite stehen.

Und natürlich sollte es auch gemeindenah stationäre Angebote geben. So bieten alle Kinder- und Jugendpsychiatrien im Rheinland Krisenintervention und ambulante Hilfen.

Dennoch – so unsere Position – benötigt man mit den Regionen vernetzte spezialisierten Zentren mit breiten psychotherapeutischen Angeboten.

Und, meine Damen und Herren, ich komme gleich darauf zurück, man benötigt auch spezialisierte Angebote in der Behindertenhilfe.

Folgt man dem Titel der Tagung, in dem es um Jugend- und nicht um Behindertenhilfe geht -, bin ich mir nicht ganz sicher, ob ich hier mit meinem Thema inkludabel bin.

Als einer der drei Viersener Chefärzte stehe ich für eine Abteilung mit sehr unterschiedlichen Schwerpunkten, auch enger Zusammenarbeit mit vielen Trägern der Jugendhilfe, will auch nicht verhehlen, welchen Respekt ich vor den vielen dort tätigen Kolleginnen und Kollegen habe, die sich in schwierigen Lagen, die oft ihre personellen und emotionalen Ressourcen überschreiten, behaupten müssen, ohne die hierfür notwendige gesellschaftliche Anerkennung zu finden.

Gott sei Dank sind heute solche Dinge wie der Entzug des Heimplatzes mit Aufnahme in die Psychiatrie die absolute Ausnahme, weil Einrichtungen, selbst wenn sie sich von Bewohnern trennen, doch so lange in der Verantwortung bleiben, bis eine Alternative gefunden ist. Die wenigen Ausnahmen bleiben empörend schmerzhaft.

Selbstverständlich gilt der genannte Respekt auch der Behindertenhilfe und vielen ihrer Einrichtungen. Noch gerade sahen wir einen Jugendlichen, der - selbst traumatisiert - nach verschiedenen Beziehungsabbrüchen trotz aller Bemühungen seiner Helfer sich Sicherheit damit verschafft, fremdenfeindliche Nazigruppen zu verehren und seine Betreuer immer wieder, wenn ihm etwas nicht passt, mit Gewalt zu bedrohen und diese auch tätlich anzugreifen. Es ist schon erstaunlich, wie lange die Einrichtung den Jugendlichen trägt, was man sich noch alles einfallen lässt – um

die schwierige Geschichte wissend und selbst ein hohes persönliches Risiko eingehend.

Passager haben wir entlastet, Kriseninterventionen vereinbart, den Austausch aller relevanten Bezugspersonen moderiert, auch psychopharmakologisch unterstützt allerdings ist das aggressive Muster schon so fixiert, dass wir zweifeln, ob die akute Stabilisierung bestand hat. Wir haben in dem Fall getan, was selten passiert: nämlich diskutiert, ob eine forensische Unterbringung nicht hier der sinnvollere Weg und für den Jugendlichen die entlastendere, weil ihn letztlich tragende Alternative sein könnte. Ich halte diesen Nebenaspekt für nicht ganz so nebensächlich. Unsere Mitarbeiter werden angegriffen, teils verletzt. Und für Einrichtungen sind diese Verletzungen oft der Anlass der Krisenvorstellungen in der Klinik.

Menschen mit Intelligenzminderungen, das ist hinreichend belegt und bereits gesagt, geraten erheblich häufiger als ihre nicht von Behinderung betroffenen Altersgenossen in psychische Krisen, sie haben erheblich erhöhte Raten psychiatrischer Morbidität. Deren Einschätzung und Behandlung werden erschwert durch kommunikative Hemmnisse, durch Überlagerungen von Phänomenen, die die Behinderung induziert, und solchen die primär der psychischen Belastung oder Störung geschuldet sind.

Ganz offensichtlich gibt es eine Vielzahl von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit besonders schwerwiegender psychiatrischer Symptomatik, aber auch mit besonders schwerwiegendem herausforderndem Verhalten, das andere als psychiatrische Konzepte erfordert.

Ich bin nicht ganz sicher, ob unsere Position zu diesem Thema Grund meiner Einladung zu dieser Tagung war:

Immer wieder erleben wir, dass angemessene Wohnheimplätze für Kinder und Jugendliche nicht zeitnah zur Verfügung stehen. Das gilt besonders bei jenen, die besonders expansives Verhalten zeigen. Offensichtlich scheinen gravierende Problemlagen auch in der Behindertenhilfe zuzunehmen. Die Rede ist von sogenannten Systemsprengern oder den jungen Wilden.

Auf den Wartelisten der Einrichtungen verschlimmert sich die Symptomatik, um schließlich zu sogenannter „psychiatrischer Erkrankung“ zu gerinnen – bei völlig erschöpften Eltern. Jeder weiß das, die Träger verweisen auf lange Wartelisten.

Wir haben mit den Einrichtungen – einschließlich derer des Landschaftsverbandes - zusammen gesessen und nach Lösungen gesucht: je konkreter die Fragestellung wurde, desto weniger Einrichtungen waren noch im Boot.

Recht schnell wurde deutlich, dass tragfähige Angebote – auch solche zur Krisenintervention – nur von wenigen Einrichtungen leistbar sein würden, die dieser Aufgabe nur durch zusätzliches besonders auszubildendes Personal gerecht werden könnten. Sorge bestand darum, dass diese Kinder und Jugendlichen auf lange Sicht nicht vermittelbar seien. Auch gebe es viel zu selten Übergänge in Erwachseneninstitutionen.

Versorgungsdiskussionen finden auf dem Hintergrund politischer Priorisierung statt und haben diesen zu folgen. Die Schaffung von weiteren Plätzen gilt als obsolet, darf selbst wenn nötig nicht gefordert werden. Mit Inklusion hat das nichts zu tun, eher mit Ausgrenzung besonders schwieriger Klientengruppen, für die keine Alternative bereit steht oder bereit gestellt werden soll. Von außen betrachtet sind die Manöver auf allen Seiten schwer durchschaubar. Man setzt sich relativ schnell in die Nesseln oder

man gerät in Warteschleifen, deren Anrufbeantworter immer wieder „legen Sie doch bitte mal Zahlen vor“ repetiert, obwohl die längst bekannt sind.

So kommt es dazu, dass normal begabte Kinder und Jugendliche auf eine deutlich größere Vielfalt von Hilfen bauen können als ihre Peers mit Intelligenzminderungen.

Auch der Landschaftsverband, der mit den heilpädagogischen Heimen eine Infrastruktur hätte, die ein solches Angebot schaffen könnte, dies für die Erwachsenen ja bekanntlich auch tut, hält sich unter Berufung auf das Subsidiaritätsprinzip in mir – vielleicht bin ich, liebe Kolleginnen und Kollegen, zu sehr Laie - unverständlicher Weise zurück: es macht doch sonst keiner: wohinter soll man denn zurücktreten?

Spannend finde ich übrigens auch, dass es Spezialisierungen auch in Bereichen der heilpädagogischen Heime gibt mit Schwerpunkten für besondere Bewohner. Wir hätten uns gut drei Zentren im Rheinland an großen Einrichtungen vorstellen können, die eng vernetzt mit den regionalen Versorgern mit auch ambulanten Teams aufsuchende Kriseninterventionen durchführen können und ebenfalls über stationäre Plätze verfügen.

Gern würden diesen Zentren eine kinder- und jugendpsychiatrische Kooperation anbieten, gern auch in Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen anderer Kliniken.

Ich bin nicht sicher, wie lange sich die in vielerlei Hinsicht unglückliche Trennung zwischen Behinderten- und Jugendhilfe aufrechterhalten lässt; auch bin ich nicht sicher, ob die zentralistischen Strukturen der Behindertenhilfe in dieser Form Bestand haben: für die Schaffung von Zentren könnten sie vielleicht doch hilfreich sein. Allerdings nur, wenn gelingt, innerhalb des großen Versorgungsapparates deutlicher Interessen von Kindern und Jugendlichen zu fokussieren.

Lassen Sie mich, meine Damen und Herren noch zu einigen allgemeineren Punkten in unseren Kooperationen kommen.

In den zwischen Jugend- und Behindertenhilfe kritischen Fällen geht es häufig um den Streit, wer nun denn eigentlich für das Problem zuständig sei – vor allem, wenn es ein schweres und expansives ist.

Tatsächlich sind die Zuständigkeitsgrenzen von Psychiatrie und Jugend- bzw. Behindertenhilfe weitaus unklarer, als dies von den jeweiligen Duellanten behauptet wird. Die Jugend- und Behindertenhilfe sehen sich allerdings in der misslichen Lage, weit weniger Zuständigkeiten ausschließen zu können, als dies die Kinder- und Jugendpsychiatrie tun kann. Sicher auch nicht immer gut nachvollziehbar – wenn auch gesetzlich geregelt - ist die Haltung der Kliniken, die Indikation ihrer Nutzung selbst stellen zu können: Indikationsstellung hat natürlich Kriterien zu folgen, bleibt aber ein sehr subjektiver Prozess.

Spätestens nach den Studien über eine verglichen mit einer üblichen Ambulanzpopulation höhere psychiatrische Morbidität bei Heimkindern, dürfte klar sein, dass es mehr auf Vernetzung denn auf Abgrenzung ankommt.

Für uns Kliniker sehe ich nach Ablehnung von Aufnahmen die Notwendigkeit, mit denjenigen, die Kinder und Jugendliche vorstellen in Kontakt zu bleiben, zeitnah einen zweiten Termin, einen weiteren Austausch, eine nochmalige Sicht anzubieten.

Diagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderungen ist nicht einfach: Was sind pädagogische bzw. heilpädagogische Fragestellungen? Welche Besonderheiten

resultieren aus der Behinderung und welche weisen auf eine im Kern psychiatrische – sofern es so etwas überhaupt gibt – Problematik hin.

Noch in diesen Tagen kam eine Jugendliche mit einer Intelligenzminderung zu uns: Sie war zu Hause aggressiv eskaliert, hatte u.a. die Mutter gebissen, war sich selbst sicher, in die Psychiatrie zu müssen, initiierte das dann – auch nach Instruktion des Jugendamtes selbst - , machte gewissermaßen einen Zwischenstopp in der regionalen Pädiatrie, um dann gegen Mitternacht ohne die geringste psychiatrische Symptomatik, aber müde und mittlerweile mit einem Wechsel aus Trauer und Wut bei uns aufgenommen zu werden.

Wir haben in diesem Fall – vermutlich wegen der nächtlichen Stunde – zwar aufgenommen, aber Aggressivität, um den Willen der Mutter gegenüber durchzusetzen, ist eben hier kein in die psychiatrische sondern tatsächlich in die pädagogische Zuständigkeit fallendes Phänomen.

Würde allerdings die vermehrte Aggressivität in Zusammenhang mit einer Traumatisierung stehen, oder die Jugendliche sich verfolgt fühlen, erschiene doch eine psychiatrische Begleitung sinnvoll und je nach Hintergrund auch dringlich.

Ich will auch nicht leugnen, dass wir manches Mal mit der Ablehnung einer psychiatrischen Notfallindikation falsch gelegen haben und die Kolleginnen und Kollegen der Jugend- oder Behindertenhilfe mit dem Impuls „da stimmt doch etwas nicht, das ist nicht nur pädagogisch“ recht behielten.

Ob es zu einvernehmlichen Lösungen kommt, hängt ganz wesentlich von gegenseitigem Vertrauen und Respekt ab.

Wir wären in den Kliniken schlecht beraten, wenn wir nicht wertschätzend mit den Kompetenzen unserer Kolleginnen und Kollegen außerhalb der Psychiatrie umgehen. Dazu benötigen wir kurze und effiziente regionale Kooperationen, nicht unbedingt Arbeitskreise, die sich gern um sich selbst drehen. Ziel muss sein, dass die unmittelbare Zusammenarbeit der jeweiligen Fallführenden auf Augenhöhe gelingt.

Was die Jugendhilfe betrifft, sind wir für eindeutige Positionierungen Familien gegenüber durchaus dankbar, erst recht, wenn Familien den Kolleginnen und Kollegen lange bekannt sind. Was wir kaum erfüllen können, wären verdeckte Gutachtenaufträge über Eltern, die doch – teils aus nachvollziehbaren Gründen – an uns herangetragen werden. Für hilfreicher hielten wir, wenn Erwartungen an Eltern deutlich formuliert werden.

In der Zusammenarbeit mit Einrichtungen glaube ich übrigens nicht, dass sich unsere Erfahrungen immer auf die dortigen Bedingungen übertragen lassen. Allein eine so triviale Tatsache wie die Größe unserer Flure, die mehr Bewegungsspielräume lässt, kann einen relevanten Unterschied ausmachen. Für zielführend halte ich den schon angesprochenen Dialog auf Augenhöhe, in dem diejenigen, die unseren Rat suchen, selbst entscheiden, was für sie richtig ist.

Bislang unerwähnt blieb der Austausch mit den Heimatschulen, den wir, wenn eben möglich, suchen. Auf Grenzen stoßen wir allerdings, wenn Eltern Kontakte zu Kooperationspartnern ablehnen.

Bitte überschätzen Sie nicht die Fähigkeiten der Psychiatrie: wie Sie erleben auch wir, dass sich trotz aller Bemühungen zumindest kurzfristig keine Änderung ergibt. Gern stellen wir Ihnen aber all unsere Erfahrungen und unser Wissen zur Verfügung.

Erwähnt sei, dass wir in Viersen jetzt auch bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen auf die Familien und die regional relevanten Institutionen aufsuchend zugehen wollen. Leider fehlt noch eine angemessene Gegenfinanzierung.

Ein kleiner Schritt in Richtung verbesserter Kooperation sind auch gegenseitige Hospitationen von Kolleginnen, die wir bislang erst mit den Jugendämtern vereinbart haben. Wir können uns gut vorstellen, gegenseitige Besuche u.a. bei Einrichtungen auszuweiten.

Von Zuweisern erbitten wir frühzeitige Kontaktaufnahmen und die Einbeziehung aller relevanten Partner in den Aufnahmeprozess. Für klinische Behandlungen benötigen wir die aktive Präsenz der Sorgeberechtigten, auch wenn diese schriftlich Aufgaben an Institutionen delegiert haben. Wir sind überzeugt, dass Verantwortlichkeiten vor Aufnahme geklärt sein sollten. Dabei sind wir uns durchaus darüber im Klaren, welche schwierige Lagen sich ergeben können, wenn Gerichte Eltern im Sorgerecht halten, die aber diese Aufgabe gar nicht wahrnehmen können. Nicht selten sehen wir Triangulationsmuster zwischen Eltern, Einrichtungen und Jugendlichen, die es zu klären gilt.

Schwer tun wir uns mit einem Teil sogenannter „Diagnostikaufträge“. Gelegentlich sind wir darüber verwundert, dass nach Jahren jugendhilflicher Begleitung so zurückhaltend Position bezogen oder entschieden wird, obwohl beispielsweise Gefährdungen deutlich erkennbar sind. Auch derartige Phänomene sind nicht generalisierbar: sowohl in ihren als auch in unseren Reihen gibt es viele unterschiedliche Akteure. Lassen Sie mich Ihnen aber versichern, dass alle Kolleginnen und Kollegen meiner Abteilung sehr offen sind für Kooperation. Wir wissen was Sie leisten!

In Situationen, in denen Sie, die Vertreterinnen und Vertreter der Jugendhilfe, an Kindesgefährdungen denken; würden wir uns Offenheit wünschen. Für uns ist hilfreich, wenn beispielsweise die Jugendhilfe klar Position bezieht und damit unsere Arbeit erleichtert. Wir würden anraten, in gutachterlichen Belangen auch frühzeitig Sorge- oder Umgangsrechtsbegutachtungen zusammen mit den Gerichten herbeizuführen, weil sie, was die Perspektiven von Kindern in Konfliktsituationen angeht, hilfreicher sein können als viele Therapien.

Erlauben Sie mir abschließend eine Forderung und verschiedene Wünsche zu äußern:

1. Es muss für Familien mit von Intelligenzminderung betroffenen Kindern leicht zugängliche Kriseninterventionsangebote ambulant, aber auch stationär geben. Sinnvoll wäre ein gemeinsames Nachdenken über auch aufsuchende Krisenteams.
2. Wir Akteure müssen uns sinnvoll vernetzen, benötigen aber auch finanzierte Strukturen und Rahmenbedingungen.
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte nicht zum Ort heimlicher Begutachtung gemacht werden. Viel sinnvoller sind klare Positionierungen derer, die für das Kindeswohl zuständig sind.
4. In den Regionen sollten wir gemeinsame Fachtage anregen, die alle Akteure zusammenführen und Verständigung erleichtern. Gegenseitige Hospitationen erscheinen wünschenswert.
5. Kompetenzzentren sind u.E. unumgänglich, vielleicht könnten wir sie gemeinsam gestalten mit der Selbsthilfe, Mitarbeiterinnen von Jugend- und Behindertenhilfe, im Rahmen der Inklusionsberatung auch mit den Schulen,

später dann Vertretern der beruflichen Integration ebenso wie mit solchen aus der KJP.

6. Familien sollten regionale Anlaufstellen für psychische Notlagen haben und ein transparentes, in jedem regionalen Amt abrufbares Angebot von Ansprechpartnerinnen und -partnern.
7. Therapeutinnen und Therapeuten sollten sich (unabhängig von ihrer beruflichen Herkunft) verbindlich und aktiv Menschen mit Behinderungen öffnen.
8. Regionale „Behindertenbeauftragte“ sollten regelmäßig den Stand der Versorgung kritisch prüfen.
9. Jugend- und Behindertenhilfe sollten zusammenrücken und dabei prüfen, inwieweit sie durch zentralistische Organisationsstrukturen Freiräume verlieren oder gewinnen.

Schönen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.