



Zwang und Unterbringung

1. Einführung

Die beste Unterbringung ist m.E. die vermiedene. Daher möchte ich zunächst aus meinen Erfahrungen berichten, was dazu beitragen kann, Zwang und Gewalt schon im Vorfeld zu vermeiden, und erst im 2. Teil auf Zwang und Unterbringungsmaßnahmen auch anhand eines Fallbeispiels eingehen.

Vor 25 Jahren begann in Bochum alles mit einer „Krise“ der Psychiatrischen Versorgung. Gemeindepsychiatrische Einrichtungen waren nicht vorhanden, ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD) existierte noch nicht. Stattdessen dominierten am Gesundheitsamt Kontroll- und Zwangsmaßnahmen.

In gemeinsamer Abstimmung von Betroffenen und Fachleuten, Politik und Verwaltung, öffentlichem Gesundheitsdienst und Freien Trägern wurden in Bochum ambulante sozial-psychiatrische Hilfen entwickelt, die insbesondere die Krisenprävention und -vermeidung in den Fokus rückten.

Bereits zu Beginn der 80-er Jahre handlungsleitend waren die Leitlinien:

- Jeder Bochumer Betroffene soll, wenn er es wünscht, ein für ihn passendes Angebot in Bochum erhalten.
- Priorität haben insbesondere chronische Klienten und Klienten mit besonders komplexer sozialer und psychiatrischer Problematik.
- Krisenvermeidung soll Vorrang haben vor Krisenintervention.
- Die Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes (später des GPV) sollen Alternative zur Langzeithospitalisierung bzw. Drehtürpsychiatrie sein.
- Niedrigschwelligkeit der Angebote soll auch „krankheitsuneinsichtige Klienten“ zur Nutzung motivieren

2. Niedrigschwelligkeit

Statt eines zentralen Dienstes für ganz Bochum (knapp 400 000 Einwohner) findet sich seit Anfang die räumliche Sektorisierung des SpD mit drei Sektoren (West, Mitte, Ost). Die Beratungsstellen sind also dezentral, es finden sich für die Betroffenen kurze Wege. Auf der anderen Seite sind die Teams in ihren Stadtbezirken präsent, kennen die psychiatrischen und sonstigen Hilfsangebote und arbeiten eng vernetzt mit ihnen zusammen.

Zur räumlichen Niedrigschwelligkeit tritt die inhaltliche Niedrigschwelligkeit. Die Beratungsstellen haben überwiegend nach dem „Prinzip der offenen Tür“ einen großen Aufenthalts- und Gruppenraum, der für Besucher ohne Voran-

meldung nutzbar ist. Hier halten sich Betroffene auf, um der Einsamkeit zu entfliehen, um sich mit Gleichgesinnten zusammenzuschließen, Kaffee zu trinken, Gesellschaftsspiele zu machen, sich zu unterhalten. Als „Eintrittskarte“ müssen keine therapeutischen Gespräche geführt werden, diese ergeben sich eher nach einer Annäherung über „Tür- und Angel-Gespräche“.

Über Mund-zu- Mund Propaganda der Betroffenen kommt es zur Annäherung an das Hilfesystem ohne hohe Schwellen. Die hohe Selbstmeldequote von Betroffenen und sehr niedrige Abbruchquote führen wir auch auf diese Niedrigschwelligkeit der Angebote zurück.

3. **Teilhabe und Stärkung der Ressourcen**

In akuten Krisensituationen steht oft zunächst die Sicherung der Lebensgrundlagen im Vordergrund (gesundheitliche Grundlagen, finanzielle Grundlagen, Sicherung der Wohnung). Stellt sich danach heraus, dass weitere Schritte zur Rehabilitation oder zur Vermeidung erneuter Krisen erforderlich sind, werden entsprechende Hilfen gemeinsam mit den Betroffenen geplant. Dabei ist es wichtig, nicht nur auf die Defizite und Problembereiche zu schauen, sondern auch bei den gesunden Anteilen anzusetzen, um entsprechende Ressourcen wieder zu stärken.

Hilfen werden nicht mehr, wie in der Ära vor der Zeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes Aangedroht und angeordnet, sondern Grundlage ist eine gemeinsame Entwicklung mit den Betroffenen („verhandeln statt behandeln“). Neben den Einzelgesprächen haben hier die Gruppen eine ganz wichtige Funktion. Durch die Teilnahme kommt es zum sozialen Lernen, oft jahrelange Isolation wird wieder aufgebrochen, Kontakte werden neu geknüpft und intensiviert. Auch die Tatsache, anderen Betroffenen selbst weiterhelfen zu können und selber wieder geben zu können, trägt sehr zur Stärkung des Selbstbewusstseins und zur Stabilität bei.

Als wesentliche Bereicherung und Besonderheit sind in den Beratungsstellen auch ergotherapeutische Angebote aufgebaut worden. Hier kommt es über das gemeinsame Tun nochmals zu einer ganz anderen Ebene der sozialen Kontakte als bei den rein verbalen Angeboten. Der Tag und die Woche bekommt wieder eine neue Struktur, für viele Klienten kommt es hier zur neuen Sinn- und Hobbyfindung. Neben gemeinsamen Projektgruppen werden auch Dinge für den Eigenbedarf und andere Auftraggeber hergestellt. Sich selbst wieder produktiv zu erleben und vielleicht das Selbstproduzierte verkaufen zu können, hat für die Betroffenen, die oft seit vielen Jahren ohne Arbeit sind, eine erhebliche Bedeutung. Wertschätzung für die eigene Leistung wird oft nach Jahren erstmals wieder erzielt.

Auch hier ist ein für uns zunächst überraschender Nebeneffekt aufgetreten. Nämlich die äußere Struktur hat sich auch in erneuten Krisenzeiten als sehr hilfreich für die innere Struktur entwickelt, so dass über dieses Konzept und eine starke Einbindung auch Krankenhausaufenthalte vermieden werden konnten.

Über diese Arbeits- und Beschäftigungsangebote mit stufenweiser Steigerung der Anforderungen gelingt es Jahr für Jahr, einen Teil der KlientInnen wieder in den Arbeits- und Rehabilitationsprozess einzugliedern.

Es ist Ziel, dass nicht in der Gemeinde ein neues psychiatrisches Ghetto entsteht, sondern die Teilhabe über den Psychatriebereich hinaus wieder möglich wird. Für viele sind gerade die offenen Angebote und Gruppenangebote ein Lernfeld, in dem sie üben, wieder auf Menschen zuzugehen, Ängste zu überwinden. In einem zweiten Schritt folgt, zunächst unter Begleitung der MitarbeiterInnen und anderer Betroffener, die Wiedereroberung der nicht psychiatrischen Angebote (z.B. VHS, Kirchengemeinde, Sport, kulturelle Angebote). Im dritten Schritt ist dann häufig wieder so viel Sicherheit gewonnen, dass diese nicht psychiatrischen Angebote Vorrang vor den psychiatrischen Hilfen haben und auch alleine genutzt werden können. Sehr wichtig für die Wiedereingliederung ist auch die jährlich stattfindende 10-tägige Rehabilitationsmaßnahme im Selbstversorgerhaus mit intensiveren Trainingsmöglichkeiten.

4. **Priorität für die Schwächsten**

Die Kapazitäten des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bochum sollen vor allem den Mitbürgern mit besonders komplexer sozialer und psychiatrischer Problematik und chronischem Verlauf zugute kommen. Die Diagnosestatistik ist seit vielen Jahren geprägt durch die Pflichtversorgung mit Dominanz der chronisch schizophrenen Psychosen und der chronischen Abhängigkeitserkrankungen. Die Dauer der psychischen Erkrankungen der Klienten seit Erst-erkrankung findet sich im Mittel bei 10 bis 20 Jahren, Betreuungszeiten neben über 30 Prozent Erstkontakten verteilen sich relativ gleichmäßig auf die Gruppen 1 bis 2 Jahre, 3 bis 5 Jahre, 6 bis 10 Jahre und mit immerhin über 15 Prozent auf über 11 Jahre. Überdurchschnittlich häufig kam es unter den Betreuten in der Vergangenheit zu stationären Aufenthalten, oft auch unter Zwangsbedingungen.

Nach unserer Erfahrung benötigen chronische Klienten auch Achronische Mitarbeiter. Gerade für sie ist es wichtig, nicht zwischen einzelnen Mitarbeitern und einzelnen Berufsgruppen hin und her geschoben zu werden, sondern sie brauchen klare Orientierung und eine klare persönliche Beziehung. Daher arbeitet der Sozialpsychiatrische Dienst jeweils nach dem Bezugspersonensystem, bei dem jeder Klient langfristig einem Mitarbeiter zugeordnet wird. Er begleitet die Betroffenen ggf. zu anderen Berufskollegen aus dem eigenen Team oder weiteren Institutionen. Alle Wege, die der Klient geht, führen letztlich zum Bezugstherapeuten zurück.

Gerade für Langzeitklienten ist ein großes Maß an Selbststeuerungsmöglichkeiten und somit Flexibilität des Betreuenden wichtig. Entsprechend passt sich die Betreuungsintensität an und schwankt zwischen sehr häufigen Kontakten in Krisenzeiten, abwechselnd mit unsystematischen und langgestreckten Kontakten in besseren Zeiten. Dennoch ist es wichtig, dass der „Rapport“

nicht abreißt und ein „Kontakt an der langen Leine“ oft über lange Zeit bestehen bleibt, der im Krisenfall dann sehr schnell wieder intensiviert und genutzt werden kann.

Wichtig gerade für die Schwächsten ist ein ganzheitliches Angebot mit unterschiedlicher Nutzungsmöglichkeit. Hinter ein und derselben Eingangstür verstecken sich ganz verschiedene Leistungen (Einzelberatung von Betroffenen und Angehörigen, Familienberatung, medikamentöse Behandlung, ambulante Ergotherapie, Beratung in Sozialangelegenheiten, Kontaktfindung, usw.). Je nach Notwendigkeit und Situation können diese Angebote von den Nutzern ganz unterschiedlich in Anspruch genommen werden. Hier findet sich ein breites Spektrum von gezieltem Nutzen einzelner Angebote bis hin zu einer umfassenden Hilfe im Sozialpsychiatrischen Dienst. So stellte eine Nutzerin sich mir kurz nach Amtsantritt mit Worten "ich habe hier eine 30-Stunden-Stelle" vor. Ohne die intensive Nutzung wäre sie sicherlich in den ganzen Jahren dauerhaft Wohnheimbewohnerin gewesen.

5. Alternativen zur Hospitalisierung

Es ist wichtig, die Hilfen, die ansonsten stationär angeboten würden, durch den Sozialpsychiatrischen Dienst auch ambulant bereitstellen zu können. Wie erwähnt, ist die Problemlage gerade der Schwächsten oft äußerst komplex, so dass die ambulanten Hilfsangebote entsprechend komplex und oft berufsgruppenübergreifend sein müssen. Nach unseren Erfahrungen lässt sich ein solches Angebot nicht nur mit den klassischen Berufsgruppen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, wie SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen, erreichen, sondern weitere berufsspezifische Kenntnisse müssen hinzugezogen werden. So kommen neben diesen Berufsgruppen zu den Teams des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten und zum Teil Psychologen. Zum einen kann so der spezifische Hilfebedarf der Betroffenen noch exakter erfüllt werden, zum anderen kommt es im multiprofessionellen Team zur wechselseitigen Kompetenzerweiterung der einzelnen Berufsgruppen.

Gerade die schwächsten Klienten lassen sich mit dem medizinischen Fachbegriff der nicht wartezimmerfähigen Patientinnen und Patienten mit eingeschränktem Hilfesuchverhalten beschreiben, das heißt, sie sind in der Regel nicht bereit oder in der Lage, sich regelmäßig an die Hilfen der Regelversorgung, z.B. niedergelassene Nervenärzte, zu wenden. Die Folge davon sind häufig erneute Exacerbationen und anschließende stationäre Behandlungsbedürftigkeit, oft unter Zwangsbedingungen.

Durch eine Vereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen hatte der Bochumer SpD seit 1992 die Möglichkeit, zur Krisenintervention gerade dieses Personenkreises auch medikamentös zu behandeln. Vor Ort konnte in einer akuten Notsituation in der Regel im Hausbesuch eine Beziehung aufgebaut werden und direkt auch behandelt werden. Damit wurden Krankenhausbe-

handlungen vermieden. Auch bei typischen „Drehtürpatienten“, die immer wieder zuvor nach Krankenhausbehandlung die Medikation absetzten, kurzfristig wieder dekompenzierten und oft zwangsweise wieder eingeliefert werden mussten, bestand diese Behandlungsmöglichkeit des SpD. Darüber entstanden zum Teil über 10jährige krankenhaushausfreie Zeiten, nachdem es zuvor regelmäßig wenigstens einmal pro Jahr zu stationären Aufenthalten gekommen war. Auch hier hat sich die Niedrigschwelligkeit als sehr wichtig herausgestellt, so dass z. B. die größte Depotsprechstunde zeitlich mit dem größten Kontaktclubangebot verknüpft wurde. Dieses sehr erfolgreiche Modell, das für viele Klienten den entscheidenden Schritt zur Wiedereingliederung ins normale Leben dargestellt hat, kann leider mit den meisten Krankenkassen aus formalen Gründen nicht mehr fortgesetzt werden.

6. Krisenvermeidung vor Krisenintervention

Wie erwähnt, sehen wir unsere Aufgabe vor allem in der Krisenvermeidung. Daher bemühen wir uns besonders um die Betroffenen, bei denen in der Vergangenheit häufig Krisen aufgetreten sind. Durch die intensive Begleitung, die Einbindung in Gruppen, die Schaffung neuer Kontaktmöglichkeiten und wenn möglich und nötig, die medikamentöse Behandlungsmöglichkeit, sind Krisen bei diesem Personenkreis erheblich zurückgegangen. Inzwischen wurde für die meisten Betroffenen ein gutes Selbsthilfenetz geknüpft, so dass sich für das Wochenende untereinander verabredet wird und mögliche Wochenendkrisen und Sorgen darüber bereits im Vorfeld besprochen werden und Lösungsmöglichkeiten gefunden werden.

Treten trotz der beschriebenen Hilfsmöglichkeiten dennoch Krisen auf, ist die personelle Vertrautheit zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besonders wichtig. Hier wird auf gemeinsame Erfahrungen zurückgegriffen, an gesunde Anteile kann angeknüpft werden. Bei guter gegenseitiger Kenntnis können häufig in Krisensituationen Lösungen gefunden werden, oft flexibel und unbürokratisch.

Die besondere Möglichkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes, auch ohne besonderen Auftrag tätig zu werden und Hausbesuche durchzuführen, bietet gute Möglichkeiten, mit den gerade bei psychotisch erkrankten Betroffenen oft vorzufindenden Ambivalenzen die Begleitung und Hilfe wieder aufzunehmen. Daher findet ein großer Teil unserer Tätigkeit auch in Hausbesuchen statt. Manchmal ist es für uns eine Situation wie bei einem Vertreter, der einen passenden Einstieg sucht (beispielsweise Lachs, Kaviar, Champagner). Ein in meinen Augen schöner Begriff hierfür ist Aliebevolle Aufdringlichkeit, für die es in der Regel nach Bewältigung der Krisen positive Rückmeldungen der Betroffenen gibt.

Natürlich können nicht alle Krisen im Vorfeld vermieden werden, insbesondere nicht bei uns noch unbekanntem Klientinnen und Klienten. Fremdmeldungen des sozialen Umfeldes, anderer Betreuungseinrichtungen oder auch der Polizei, bitten häufig um Hilfe bei akuten Krisen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung. Hier halten alle Teams des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu den Dienstzeiten jeweils einen Bereitschaftsdienst vor, der umgehend telefonische oder persönliche Beratung anbietet, im Bedarfsfall jedoch auch zu Kriseninterventionen sofort zum Hausbesuch kommt. Diese Krisenintervention geschieht in der Regel unter Beteiligung der ärztlichen Kolleginnen. Ambulant vor Ort gelingt es in der weit überwiegenden Zahl, Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und Zwangsunterbringungen zu vermeiden. Weniger als 10 Prozent der Krisen führen zu Zwangseinweisungen. Anders ausgedrückt, über 50 000 Betreuungskontakte im Jahr stehen ca. 10 PsychKG-Einweisungen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst gegenüber. Hier zeigt sich deutlich die Priorität der Hilfen.

Das Bündel der Krisenprävention und Krisenintervention in Kooperation mit den anderen Trägern der psychosozialen Versorgung in Bochum hat dazu geführt, dass die PsychKG-Einweisungsrate in Bochum die niedrigste in einer Stadt in NRW ist (zuletzt 28 Einweisungen bezogen auf 100 000 Einwohner). Sie beträgt ein Viertel der durchschnittlichen Einweisungsrate in NRW. Im Gegensatz zum Landestrend ist es in Bochum geglückt, die ohnehin schon sehr niedrige PsychKG-Einweisungsrate noch deutlich weiter zu senken.

6. **Zwang und Unterbringungssituationen**

Trotz all dieser Bemühungen und positiven Erfahrungen lässt sich Zwang nicht immer vermeiden. M.E. ist es wichtig, dann auch dazu zu stehen und die Verantwortung zu übernehmen. Es kann doch nicht ernsthaft gemeint sein, dass jemand der erkrankungsbedingt nicht in der Lage ist, ausreichend für sich selbst Sorge zu tragen, sich selbst überlassen bleibt und sich selbst und andere sogar schädigen kann, nur weil er das vordergründig krankheitsbedingt will. Wie ist das in Einklang zu bringen mit dem im Grundgesetz verankerten Grundsatz, dass die Würde des Menschen unantastbar ist. Gerade hier ist ein großer Spannungsbogen zwischen Würde und Wohl des Betroffenen und manchmal dem Willen des Betroffenen. Es kann in meinen Augen nicht sein, einseitig auf den Willen des Betroffenen zu fokussieren, der krankheitsbedingt Hilfen nicht oder noch nicht annehmen kann.

Insbesondere hier gilt es doch, mit diesen besonders schwer Erkrankten die Verantwortung für oft mühevoll und kleinstschrittige Veränderungen nicht abzugeben, sondern für das, was nach Abwägung aller Gesamtumstände als richtig erkannt worden ist einzustehen, ob es sich um Hilfen oder schlimmstenfalls auch um einschneidende Maßnahmen, wie Unterbringung oder Behandlung zunächst gegen den Willen, handelt. Wichtig scheint mir eher zu sein, dass diese Entscheidungen nicht leichtfertig getroffen werden, sondern wohl besprochen und auch nicht nur auf den Schultern eines Einzelnen, sondern auf möglichst vielen breiten Schultern aller Kooperationspartner getragen werden. So habe ich auch von Betroffenen Vorwürfe bekommen, mit Zwang zulange gewartet zu haben, bis sie ihre sozialen Lebensbezüge zerstört hätte.

7. Fallbeispiel

Ein tragischer Fall im Dschungel zwischen den Systemen ist Herr T., Herr T war dem Sozialpsychiatrischen Dienst seit 1988 bekannt wegen einer Psychose und Suizidabsichten. Da er sich den ambulanten Betreuungsversuchen entzog und wohnungslos wurde, wurde über den Sozialpsychiatrischen Dienst damals eine Gebrechlichkeitspflegschaft eingerichtet und eine Behandlung in der psychiatrischen Klinik durchgeführt. Herr T. floh vor der Pflegschaft (seit 1992 Betreuung) in eine Nachbarstadt, die Akten wurden an diese Stadt abgegeben und waren nicht mehr auffindbar. In der Folgezeit erreichten den Sozialpsychiatrischen Dienst viele Meldungen, dass er weiter obdachlos sei, ständig im Selbstgespräch, für Außenstehende unzugänglich, sehr verängstigt und vor jedem Kontakt flüchtend. Eine Kommunikation war nicht möglich, er war nicht in der Lage, für sich zu sorgen, so dass erneut in Kooperation vom Sozialpsychiatrischen Dienst und der Wohnungslosenberatungsstelle ein Betreuungsverfahren eingeleitet wurde. Dieses wurde wegen Zweifel an der Betreubarkeit von Herrn T. eingestellt, da er sich Hilfsangeboten bislang immer entzogen habe.

Er hatte keinen Kontakt zur sonstigen Obdachlosenszene, war durchgängig psychotisch, bezog seit 1990 keine Sozialhilfe, obwohl er dazu berechtigt wäre, war nicht krankenversichert, war insgesamt ein schwerst psychisch kranker Mensch, der aufgrund seiner Erkrankung keine Hilfe suchte und Verlust von Arbeit, Wohnung und Einkommen und sämtlichen sozialen Kontakten zu beklagen hatte.

Es wurde vom Sozialpsychiatrischen Dienst erneut eine Betreuung angeregt, da er selber in einer lebensbedrohlichen Erkrankung aufgrund seiner Psychose kein Krankenhaus aufsuchen würde, sondern die Sorge bestand, ihn tot an seinem Schlafplatz aufzufinden. Da er sich auch uns und allen Menschen aus Angst entzog, wurde eine stationäre Begutachtung angeraten. Diese wurde von der zuständigen RichterIn abgelehnt, da eine Vorführung zu einer Begutachtung nicht in Betracht komme, da solche Maßnahmen angedroht werden müssten, was mangels postalischer Erreichbarkeit bei einem Obdachlosen nicht möglich sei. Dieser Beschluss war vermutlich juristisch einwandfrei, vom Ergebnis kam keine Hilfe, Herr T. wurde, wie im Betreuungsantrag gefürchtet, tot an seinem Schlafplatz aufgefunden.

Es gilt immer abzuwägen zwischen unangemessene Eingriffe in eigene Bewältigungsversuche, auch wenn sie anders sind als die von den Professionellen befürworteten, und dem notwendigen Eingreifen zur Wiederherstellung eines früheren stabilen Zustandes. Auch die Vorgeschichte (Vorerfahrungen mit Behandlungen usw.) hilft oft, die Gefahren, aber auch Erfolgsaussichten einer Behandlung abzuwägen. Die folgenden Kriterien können insbesondere zur Beurteilung der Auswirkungen einer psychischen Erkrankung herangezogen werden:

- Verlust der Fähigkeit zur Sorge für sich selbst (Nahrung, Kleidung, Gesundheit, Wohnraum usw.)
- Ausgeprägter Rückzug, Isolation

- Starker Leidensdruck bei psychotischer Symptomatik
- Zum Opfer anderer werden (Hilflosigkeit, auffälliges Verhalten, Desorganisation, mangelnde Willensbildung)
- Selbstschädigende, teils unberechenbare Fehlhandlungen (z.B. Manipulation von Elektroleitungen und Gefährdung im Straßenverkehr usw.)
- Selbstverletzung, Selbsttötungsabsichten
- Selbstschädigung durch Chronifizierung der Erkrankung

8. Fazit

Die Erfahrungen der letzten 25 Jahre zeigen, dass meistens Alternativen zu Zwang und Unterbringung bestehen. Die Krisenprävention und -vermeidung hat Vorrang vor der Krisenintervention. Auch Betroffene mit eingeschränktem Hilfesuchverhalten können durch Niedrigschwelligkeit der Angebote zur Nutzung motiviert werden.

In 25 Jahren kam es bei 30.000 Betroffenen zur intensiveren Begleitung, Betreuung und manchmal Behandlung. Die Zahl langfristiger stationärer Unterbringungen ist auf 1/5 reduziert worden, die Zwangseinweisungsrate für eine Großstadt ausgesprochen niedrig.

Diese Resultate zeigen, dass Zwang und Unterbringungssituationen bei einem guten Netzwerk der Krisenprävention und Krisenhilfe eine Seltenheit sind (10: 50.000).

Andererseits gibt es wenige Situationen, wo trotz allem Engagement keine Alternativen zu Zwang als ultima ratio gefunden werden, um psychisch erkrankte Menschen zu schützen. Dann ist es wichtig, auch diese Verantwortung zu tragen und nicht weiterzudelegieren. Wichtig scheint mir zu sein, dass diese Entscheidungen auf möglichst vielen breiten Schultern aller Kooperationspartner getragen werden. Nur so können wir Zwang und Gewalt bei der janusköpfigen Rolle von Psychiatrie und Betreuung im Sinne der Betroffenen wirklich auf ein Minimum reduzieren.