Nervenarzt 2021 · 92:941–947

<https://doi.org/10.1007/s00115-021-01141-w>

Angenommen: 24. April 2021

Online publiziert: 3. August 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Ingmar Steinhart^{1,2} · Sarah Jenderny¹ · Michael Wassiliwizky³ · Andreas Heinz⁴¹ Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., An-Institut, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland² von Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel, Bielefeld, Deutschland³ DGPPN Geschäftsstelle Wissenschaftlicher Dienst, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., Berlin, Deutschland⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité, Campus Charité-Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Personenzentrierte Hilfen, aber geschlossen untergebracht? Zur Situation der geschlossenen Heime in Deutschland

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, herausforderndem Verhalten und hohen Unterstützungsbedarfen zeigen dem gemeindepsychiatrischen System immer wieder seine Grenzen auf. Noch immer werden Menschen aufgrund fehlender passgenauer Angebote fernab ihrer Heimat z. T. geschlossen untergebracht. Warum gelingt es der Sozialpsychiatrie nicht, auch die „Schwierigsten“ in der Heimatregion zu versorgen? Ist die geschlossene Unterbringung alternativlos? Der folgende Beitrag sucht Antworten im Ansatz der Personenzentrierung und in aktuellen Daten zu geschlossenen Wohnheimen in Deutschland.

Hintergrund

Seit über 20 Jahren gilt das Konzept der personenzentrierten Hilfen als der Goldstandard in der Psychiatrie, insbesondere für Menschen mit schweren

psychischen Erkrankungen, die einen hohen Unterstützungsbedarf in verschiedenen Lebensbereichen aufweisen. Die Umsetzung der Personenzentrierung setzt ein Hilfesystem voraus, das sich am spezifischen Bedarf des Individuums orientiert und sich über institutionelle Grenzen unterschiedlicher Leistungserbringer und -träger hinwegsetzt. Denn nicht die bestehende Einrichtung, sondern der individuelle Bedarf des Menschen bestimmt die Hilfe. Mit der Implementierung des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung war die Hoffnung verbunden, dass hoch protektive und exkludierende Angebote insbesondere in Form abgeschlossener Anstalten und (großer) Einrichtungen bzw. Heime reduziert werden. Im Mittelpunkt stand die Integration von Menschen mit seelischen Behinderungen durch ein flexibles Versorgungssystem in der Gemeinde, um nicht zuletzt der grundlegenden Forderung nach Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe nachzukommen. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und seine Orientierung an der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) bekräftigte die Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen, ihren Aufenthaltsort selbst zu wählen und nicht in besonderen Wohnformen leben zu müssen, auf

rechtlicher Ebene [1, 6]. Gleichzeitig zeigt sich, dass der Anteil von Menschen mit seelischen Behinderungen im stationär betreuten Wohnen in den vergangenen Jahren bei ca. 60.000 Plätzen konstant geblieben bzw. leicht gestiegen [3, 4] und der Ruf nach mehr geschlossenen Heimplätzen oft deutlich vernehmbar ist. Insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit sog. herausforderndem Verhalten und hohen Hilfebedarfen befindet sich die Psychiatrie in einem Spannungsfeld zwischen diesem Ruf nach mehr Institutionalisierung einerseits und der Realisierung personenzentrierter Versorgung in den Lebenswelten der Betroffenen andererseits. Bundesweit werden für dieses Spannungsfeld unterschiedliche Lösungen eingesetzt. In einzelnen Bundesländern wie z. B. Bremen oder Berlin ist eine geschlossene Unterbringung in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe explizit kein Teil der psychiatrischen Versorgung. Ob und inwiefern die komplexen Unterstützungsbedarfe von Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen stattdessen durch die Gemeindepsychiatrie bedient werden, ist jedoch unklar. Fest steht: Während sich die ambulante psychiatrische Versorgungslandschaft weiter ausdifferenziert, werden auch noch 46 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête die „Schwierigsten“

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

und „Schwächsten“ mitunter fernab ihrer Heimat in geschlossenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege untergebracht. Notwendig ist an dieser Stelle ein fachlich und empirisch fundierter und vor allem transparenter und enttabuisierter Diskurs um die geschlossene Unterbringung angesichts der Ansprüche personenbezogener Hilfen.

Zum Zusammenspiel geschlossener Einrichtungen mit dem regionalen psychiatrischen Versorgungssystem in der Eingliederungshilfe sind bundesweit wenige und regional vereinzelt verlässliche Daten verfügbar [2, 10], zur Situation erwachsener Personen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeheimen ist die Datenlage noch dünner. Auf Grundlage der aktuell verfügbaren Daten zur Situation der geschlossenen stationären Einrichtungen (heute besondere Wohnformen) der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch [SGB] XII alt bzw. SGB IX neu) wird den Fragen nachgegangen:

1. Wie kann die derzeitige Rolle der geschlossenen Wohnformen im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem beschrieben werden?
2. Von welchen Faktoren wird die geschlossene (Fremd-)Unterbringung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen begleitet und inwiefern kann das Konzept der Personenzentrierung zu einer Lösung beitragen?

Methode

Im Folgenden werden Studienergebnisse zur Thematik der geschlossenen Wohnheime zusammengeführt, die vom Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (M-V) e. V. in den Jahren 2010 und 2017 erhoben wurden. Hierfür werden zum einen unveröffentlichte Ergebnisse der ZIPHER-Studie (2017; „Zwangsmaßnahmen im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion“) präsentiert und zum anderen ausgewählte Ergebnisse herangezogen, die bereits an anderer Stelle veröffentlicht wurden und durch entsprechende Quellenangaben gekennzeichnet sind.

Im Jahr 2017 führte das Institut für Sozialpsychiatrie M-V e. V. im Rahmen der bundesweiten „ZIPHER“-Studie eine

quantitative Befragung der stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (SGB XII alt bzw. SGB IX neu) für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen inklusive Suchterkrankungen durch [7, 13–15]. Hierfür wurden die Einrichtungsleitungen der offenen und geschlossenen stationären Wohneinrichtungen per E-Mail vom wissenschaftlichen Team kontaktiert und um ihre Teilnahme an der eigens dafür entwickelten umfangreichen Onlinebefragung gebeten. Die Erhebung setzte eine intensive eigene Recherche der Adressdaten voraus, die zwar in enger Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) erfolgte, sich aber aufgrund der in vielen Bundesländern mangelnden Datenlage als sehr aufwendig erwies. Insgesamt wurden 1875 stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe angeschrieben, von denen sich 389 an der Befragung beteiligten (Rücklauf: 20,7 %).

Im Jahr 2010 realisierte das Institut für Sozialpsychiatrie M-V e. V. eine Totalerhebung der geschlossenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern [12, 16], die im Abschnitt „Verlauf der Fremdbelegung in Mecklenburg-Vorpommern“ in Bezug zu den ZIPHER-Ergebnissen (2017) gesetzt wird.

Ergebnisse

Situation der geschlossenen Wohnheime im gemeindepsychiatrischen System

In der ZIPHER-Stichprobe (2017) konnten 17 ausschließlich geschlossene sowie 39 offen und geschlossen kombinierte Wohneinrichtungen erfasst werden, die laut Leistungsvereinbarung 2017 insgesamt 1268 geschlossene Plätze vorhielten. Aus den Daten der Studie, hochgerechnet auf das bundesweite Angebot, sind bundesweit mindestens 6000 geschlossene Heimplätze im System der Eingliederungshilfe verfügbar [7]. Um ihre Rolle im gemeindepsychiatrischen System zu ermitteln, sind die zuweisenden und weiterführenden Einrichtungen von Bedeutung: Mehr als zwei Drittel (67,6 %)

der geschlossen untergebrachten Personen werden direkt aus einer psychiatrischen Klinik bzw. Fachabteilung vermittelt [15]. Blickt man auf das Wohnsetting vor dem psychiatrischen Klinikaufenthalt bzw. vor dem Einzug in die geschlossene Einrichtung, kommen knapp die Hälfte der Bewohnenden aus der eigenen Wohnung (ohne ambulante Hilfen 25,3 %, mit ambulanten Hilfen 23,6 %) oder einem offenen Wohnheim der Eingliederungshilfe (17,2 %). Weitere vorangegangene Wohnsettings sind offene und geschlossene Pflegeheime (8,2 %), andere geschlossene Wohnheime (7,5 %) und forensische Fachkliniken (6,3 %). Weniger häufig stammen geschlossen untergebrachte Personen aus der Obdachlosigkeit (3,7 %), Suchtnachsorgeeinrichtungen (2,5 %), Einrichtungen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (2,3 %), teilstationären Einrichtungen (1,4 %) und sonstigen Settings (2,0 %; [15]).

Knapp die Hälfte der untergebrachten Personen verbleibt bis zu 2 Jahre in der geschlossenen Wohnform, 22,1 % bis zu 5 Jahren und 29,6 % länger als 5 Jahre. Nach ihrer geschlossenen Unterbringung ziehen die Bewohnenden am häufigsten in offene Wohnheime (34,1 %), in die Häuslichkeit mit ambulanten Hilfen (19,3 %) oder ohne ambulante Hilfe (15,9 %). Ein geringerer Anteil der Bewohnenden wird in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus/-abteilung (4,7 %), in ein anderes geschlossenes Wohnheim (4,2 %) oder in offene/geschlossene Pflegeheime (3,6 %) entlassen. Eine untergeordnete Rolle spielen bei den Anschlusssettings teilstationäre Einrichtungen (2,5 %), Suchtnachsorgeeinrichtungen (2,5 %), Einrichtungen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (1,3 %) sowie forensische Fachkliniken (1,5 %) und sonstige Settings (3,6 %). 2,1 % der Bewohnenden werden in eine unklare Wohn-/Lebenssituation entlassen, 3,2 % sind verstorben [15].

Insgesamt konnten 15,6 % der geschlossen untergebrachten Menschen nicht aus der Einrichtung entlassen werden, weil für sie kein passendes Anschlussangebot vorlag. Darüber hinaus gaben 42,6 % der geschlossenen Ein-

I. Steinhart · S. Jenderny · M. Wassiliwizky · A. Heinz

Personenzentrierte Hilfen, aber geschlossen untergebracht? Zur Situation der geschlossenen Heime in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) und das Bundesteilhabegesetz (BTHG) stärken das Menschenrecht, den Aufenthaltsort selbstbestimmt wählen können. Die passgenaue und gemeindenähe Versorgung stößt bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und intensiven Unterstützungsbedarfen jedoch auf institutionelle Grenzen. Wie kann das Konzept der Personenzentrierung zur Lösung beitragen? **Ziel der Arbeit.** Beschreibung der Situation der geschlossenen Wohnheime im gemeindepsychiatrischen System sowie Erörterung des personenzentrierten Ansatzes als Lösung.

Methodik. Zusammenfassung aktueller Kenntnisse zu Struktur- und Prozessdaten geschlossener Wohnheime in Deutschland, die im Rahmen der „ZIPHER“-Studie (Zwangsmaßnahmen im Psychiatrischen Hilfesystem – Erfassung und Reduktion) ermittelt wurden. **Ergebnisse.** Die Daten weisen auf einen hohen Bedarf zur gemeindenahen Versorgung der Zielgruppe und einen gleichzeitigen Mangel an alternativen Unterstützungsangeboten zur geschlossenen Unterbringung hin. Am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns wird die Notwendigkeit regionaler Versorgungsverpflichtungen deutlich.

Diskussion. Die Vermeidung und Reduktion geschlossener Unterbringung kann primär durch individuelle Arrangements im Rahmen einer personenzentrierten und flexiblen Angebotslandschaft gelingen. Dafür müssen sich die Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe inkl. der psychiatrischen Kliniken für die Versorgung aller Menschen in ihrer Region verpflichten. Es ist auch eine entsprechende Begleitung und Refinanzierung durch den Leistungsträger notwendig.

Schlüsselwörter

Psychiatrie · Zwang · Wohnheim · Unterstütztes Wohnen · Quantitative Studie

Person-centered care but living in a closed setting? The situation of closed residential facilities in Germany

Abstract

Background. The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Federal Participation Act state that all human beings have the right to choose where to live. This human right is compromised by the institutional limitations of the community psychiatric system, where persons with severe mental illnesses and with intensive support needs are often housed in closed (i.e. physically locked) living contexts. How can the concept of person-centered care help to solve this conflict? **Objective.** Description of the nationwide situation of closed residential facilities and discussion of the person-centered approach

as a solution to the problem of closed living contexts.

Methods. Summary of current knowledge on the structural and procedural data of closed residential facilities in Germany, which were collated within the framework of the “Coercive measures in the psychiatric care system—Collation and reduction” (ZIPHER) study.

Results. The empirical data indicate a great need for regionally based care of the target group and a lack of individual arrangements as alternatives to closed living contexts. The necessity for regional care obligations is highlighted by the example of Mecklenburg-Western Pomerania.

Conclusion. The avoidance and reduction of closed accommodation can primarily be achieved by individual arrangements within the framework of person-centered and flexible proposal landscapes. For this the service providers of integration assistance, including the psychiatric hospitals, must be committed to the care of all people in their region. An appropriate accompaniment and refunding by the service provider are also necessary.

Keywords

Psychiatry · Coercion · Residential facility · Supported housing · Quantitative study

richtungen an, dass in den vergangenen 12 Monaten bei ihnen Personen untergebracht waren, für die ihrer Einschätzung nach eine andere Form der Hilfe als die geschlossene Unterbringung geeigneter gewesen wäre [15].

Die psychiatrischen Kliniken als häufigste Zuweisende in geschlossene Wohn-einrichtungen beurteilen den Bedarf an geschlossenen Plätzen in ihrer Region anders als die geschlossenen Einrichtungen selbst (Abb. 1). Fast 90 % der psychiatrischen Kliniken schätzt den regionalen Bedarf an geschlossenen Heimplätzen

als nicht gedeckt ein, bei den geschlossenen Wohneinrichtungen teilen knapp 60 % diese Auffassung. Insbesondere bei der Beurteilung des Mangels an einer größeren Zahl geschlossener Plätze geht die Bedarfseinschätzung zwischen Klinik und Wohnheimbetreibern um 18 % auseinander.

Verlauf der Fremdbelegung in Mecklenburg-Vorpommern

Mit einer wiederholten Totalerhebung der geschlossenen Einrichtungen der

Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern ist es gelungen, Daten aus dem Jahr 2010 [12, 16] mit der ZIPHER-Erhebung aus dem Jahr 2017 zu vergleichen [9]. Im Zeitverlauf wurde in Mecklenburg-Vorpommern eine Steigerung der geschlossenen Plätze von 113 auf 147 verzeichnet. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern liegt im Jahr 2017 der Wohnort der in M-V untergebrachten Menschen vor ihrer Aufnahme deutlich häufiger in einem anderen Bundesland. Bundesweit stammen 6,5 % der Menschen in geschlossenen Wohnbe-

Abb. 1 ▲ Einschätzung zum regionalen Bedarf an Plätzen in geschlossenen Wohnformen von psychiatrischen Kliniken und von geschlossenen Wohnformen in den Jahren 2016/17. Die Aussagen der psychiatrischen Kliniken wurden zur Verfügung gestellt vom ZIPHER („Zwangmaßnahmen im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion“)-Teilprojekt „Kliniken“ des LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe)-Forschungsinstituts für Seelische Gesundheit, Institut für Präventions- und Versorgungsforschung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im LWL-Psychiatrieverbund Westfalen

Abb. 2 ◀ Wohnsitz der Bewohnenden vor Aufnahme in besondere Wohnformen in Mecklenburg-Vorpommern 2010 und 2017

reichen aus einem anderen Bundesland, in M-V sind es 30 %. Im Landkreis der Einrichtung wohnten bundesweit zuvor 48,9 %, in M-V sind es lediglich 30 %. Aus einem Landkreis innerhalb des jeweiligen Bundeslandes stammten 43,1 % der Bewohnenden, in M-V sind es 40 %. Bei 1,5 % der geschlossen untergebrachten Personen konnte bundesweit der vorherige Wohnort den Bewohnendenunterlagen nicht entnommen werden, in M-V war dies nie der Fall.

Die wiederholte Vollerhebung in M-V ermöglicht darüber hinaus Aussagen über die Entwicklung der Fremdbelegung im Zeitverlauf. Der Anteil der Personen, die vor ihrer Aufnahme in einem anderen Bundesland als M-V lebten, verdoppelte sich von 15 % im Jahr 2010 auf 30 % im Jahr 2017 (Abb. 2).

Im Vergleich mit den bundesweiten Daten wird ein weiterer Unterschied zu M-V deutlich: Geschlossene und offene Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern verfü-

gen weniger häufig über eine Vereinbarung zur vorrangig regionalen Aufnahme von Bewohnenden (Abb. 3). Knapp drei Viertel der Wohnheime in M-V besitzen keine Vereinbarung, lediglich bei 3,2 % besteht eine Vereinbarung im regionalen Verbund.

Abb. 3 Vereinbarung eines vorrangig regionalen Einzugsgebiets zur Aufnahme von Bewohnenden in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) und bundesweit im Jahr 2017 (offene und geschlossene Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe)

Diskussion

Geschlossene Wohnheime als Teil der gemeindepsychiatrischen Angebotslandschaft?

Bereits 1994 wiesen die konzeptionellen Väter des personenzentrierten Ansatzes darauf hin, dass dieser für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen sowohl die Zielsetzung der Reintegration aus Anstaltskontexten als auch die Minimierung der Ausgliederung in Heimeinrichtungen verfolgt [11]. Bezogen auf die beschriebene Situation geschlossener Plätze bedeutet dies entweder deren Anzahl durch individuelle Arrangements im Rahmen eines personenzentrierten Konzeptes zu reduzieren oder zumindest den weiteren Ausbau zu verhindern. Die Ergebnisse der ZIPHER-Untersuchung legen nahe, dass diese Entwicklung nicht allein von den Angeboten der geschlossenen Einrichtungen abhängig ist. Die Aufnahme- und Entlassungssettings der geschlossen untergebrachten Personen zeigen, dass für geschlossene Einrichtungen sowohl die ambulanten und stationären Hilfen der Eingliederungshilfe als auch Pflegeheime und insbesondere psychiatrische Kliniken wichtige Schnittstellenpartner sind. Bei einer geplanten Reduktion geschlossener Plätze ist daher zu berücksichtigen, welche Rolle geschlossene Wohnheime im gemeindepsychiatrischen System insgesamt einnehmen: Mehr als zwei Drittel der Bewohnenden in geschlossenen Einrichtungen der Ein-

gliederungshilfe wurden direkt aus einer psychiatrischen Klinik bzw. Fachabteilung überwiesen und stellen somit ein relevantes Setting im Anschluss an die medizinisch-therapeutische Behandlung dar. Gleichzeitig schätzen fast 90 % der psychiatrischen Kliniken den Bedarf an geschlossenen Wohnheimplätzen in ihrer Region als nicht gedeckt ein. Um der Frage nachzugehen, ob und wie geschlossene Wohnheimplätze reduziert werden können, darf also nicht vernachlässigt werden, welchen Zweck sie derzeit möglicherweise erfüllen. Möglich ist, dass die Kliniken aus Mangel an passgenauen Alternativen auf die geschlossene Unterbringung zurückgreifen oder der protektive Charakter der Einrichtung für einige Bewohnende gerade die passende Hilfe darstellen soll. Die Diskussion um Steuerung und Alternativen müssen die Akteure der Gemeindepsychiatrie inklusive der psychiatrischen Kliniken gemeinsam führen.

» Aus Mangel an geeigneten Angeboten sind viele Menschen im geschlossenen Setting fehlplatziert

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass zwar die Mehrheit der geschlossenen Wohnheime den regionalen Bedarf an geschlossenen Plätzen ebenfalls als ungedeckt einschätzt, aber immerhin 43 % keinen Bedarf an wei-

teren Plätzen in ihrer Region sieht. Die Ursachen für die divergierenden Einschätzungen zum Bedarf geschlossener Plätze können mit dem vorliegenden Datenmaterial nicht abschließend geklärt werden, implizieren aber umso mehr die Notwendigkeit einer lösungsorientierten Auseinandersetzung der regionalen Versorgungsklinik und der regionalen Heimanbieter. Eine Abklärung über die Möglichkeiten der Schaffung individueller, zu einer geschlossenen Unterbringung alternativer Arrangements im Einzelfall und ggf. unterschiedliche Haltungen oder abweichende Rollenverständnisse müssen in der Versorgungsregion z. B. im Psychiatriebeirat oder im Gemeindepsychiatrischen Verbund unter kommunaler Moderation erfolgen. Nach den Untersuchungsergebnissen scheint eine nicht unbeträchtliche Anzahl an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im geschlossenen Setting aus Mangel an geeigneten (Anschluss-)Angeboten fehlplatziert zu sein.

» Auf Einrichtungen mit ausschließlich geschlossenen Plätzen sollte verzichtet werden

Keine gute Strategie scheint zu sein, geschlossene Einrichtungen regional kategorisch abzulehnen und bei hohen Unterstützungsbedarfen, die regional nicht gedeckt werden können, stattdessen auf verfügbare geschlossene Plätze

in anderen Regionen Deutschlands auszuweichen und so einen „Psychiatrietourismus“ zulasten der „Schwächsten“ und „Schwierigsten“ im System zu befördern. Das Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns hat verdeutlicht, dass sich der Anteil fremduntergebrachter Personen innerhalb weniger Jahre in einem Bundesland auf 30 % verdoppeln kann. Aus Bayern werden Zahlen in der Größenordnung von über 30 % an Fremdunterbringungen aus anderen Bundesländern berichtet [2]. Angesichts dieser Entwicklung erscheint es sinnvoll, nach sehr individuellen Arrangements für jeden Einzelfall in der Heimatregion zu suchen, geschlossene Unterbringungen nach Möglichkeit zu vermeiden, und nur – falls dennoch notwendig – wenige hoch protektive, ggf. geschlossene Plätze (3–4 geschlossene Plätze/100.000 Einwohnende) für zeitlich befristete und regelhaft überprüfte Unterbringungen in der Gemeindepsychiatrie einer jeden Region vorzuhalten [9]. Diese sollten direkt in Einrichtungen mit offenen Plätzen angesiedelt sein, sodass die geschlossene Unterbringung nur solange wie absolut nötig erfolgt und umstandslos auf einen offenen Platz gewechselt werden kann. So kann dann auch im Übergang die Unterstützungskontinuität aufrechterhalten werden. Auf Einrichtungen mit ausschließlich geschlossenen Plätzen sollte zukünftig verzichtet werden.

Konsequente Personenzentrierung ermöglicht Alternativen zur geschlossenen Unterbringung

Der Grundgedanke der inklusiven Gesellschaft, nach dem alle Menschen selbst bestimmen können, mit wem und wo sie leben möchten, steht im Widerspruch zur geschlossenen Unterbringung und dem nachgewiesenen „Verschiebetourismus“ in der Praxis. Das Konzept der Personenzentrierung liefert in ihrer konsequenten Umsetzung die Lösung für diese Problematik: Die Hilfe muss sich am Menschen ausrichten, nicht an der Einrichtung – und in der Folge entstehen „refinanzierte individuelle Arrangements vor Ort“. Das bedeutet für ein gemeindepsychiatrisches System, dass sich alle Beteiligten – d. h. sowohl die

Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe als auch die psychiatrischen Kliniken – verpflichten, den regionalen Versorgungsauftrag mit möglichst passgenauen Lösungen für den Einzelfall gemeinsam umzusetzen. Auch die Leistungsträger der Eingliederungshilfe müssen diesen Auftrag annehmen und die Leistungsanbieter bei der Realisierung unterstützen. Die Ergebnisse der ZIPHER-Studie haben jedoch gezeigt, dass Vereinbarungen zur regionalen Aufnahme von Bewohnenden bundesweit nicht der Standard sind und in einzelnen Regionen Deutschlands, z. B. Mecklenburg-Vorpommern, kaum vorhanden sind. Um die verfügbaren Kapazitäten vorrangig regional einzusetzen (an Stelle einer raschen überregionalen Platzbelegung) brauchen Leistungsanbieter mehr Flexibilität, z. B. durch die Möglichkeit regionale (Krisen-)Plätze freihalten zu können.

» Auch offene Angebote sollten mit einer 7 Tage/24 h-Versorgung ausgestattet sein

An die Umsetzung der Personenzentrierung sind aber auch noch weitere Rahmenbedingungen geknüpft, die die Leistungsanbieter nicht allein bewältigen können. Als Beispiel sei hier die Mitarbeitendenstruktur und Ausstattung mit Nachtdiensten angeführt, die sich in offenen und geschlossenen Wohnkontexten auch dahingehend unterscheiden, dass in geschlossenen Wohnheimen deutlich häufiger (Fach-)Personal rund-um-die-Uhr zur Verfügung steht [7]. Der Grund zur Aufnahme in ein geschlossenes Wohnheim darf nicht allein darin bestehen, dass regional nur ein geschlossenes Wohnheim (Fach-)Personal rund-um-die-Uhr vorhält. Auch hier sind Leistungsanbieter und Leistungsträger gefordert, offene Angebote – ob in einer besonderen Wohnform oder in anderen Arrangements – mit einer entsprechenden Personalausstattung (7 Tage/24 h) so auszugestalten, dass geschlossene Unterbringungen weitestgehend vermieden werden.

Transparenz und offener Diskurs in der Eingliederungshilfe

Nicht zuletzt hat die vorliegende Untersuchung verdeutlicht, dass ein fachlicher Diskurs auf Grundlage empirischer Daten zur Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie dringend erforderlich ist. Die Ergebnisse der ZIPHER-Studie konnten einen Einblick in die geschlossenen Wohnheime und ihr Zusammenspiel mit den Akteuren des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Querschnitt, sozusagen als Schnappschuss für das Jahr 2017, gewähren, sind aber nicht erschöpfend und langfristig keineswegs ausreichend. Auffällig ist auch, dass die regelmäßigen Berichte der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger keinerlei Angaben zu den geschlossenen Angeboten in der Eingliederungshilfe enthalten – geschlossene Heime bleiben auch heute noch in der offiziellen Statistik verborgen. Daher ist es umso dringender, dass die Entwicklung in jeder Versorgungsregion durch eine regionale Sozial- und Gesundheitsberichterstattung begleitet und regelmäßig evaluiert wird. Wie einfach ein regionales Monitoringtool zur Dokumentation geschlossener Unterbringung in Kliniken und Heimen unter Federführung der Amtsgerichte angewendet werden kann, haben wir an anderer Stelle beschrieben [8]. Um der Tabuisierung des Themas der geschlossenen Unterbringung entgegenzuwirken, ist eine regionale, systematische, kontinuierliche und transparente Datengrundlage auch für Unterbringungen nach § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erforderlich, wie sie in Baden-Württemberg für Unterbringungen in den Kliniken in einem Fallregister erfolgt [5].

Beschränkungen

Die Tatsache, dass über die Quantität der geschlossenen Wohnheime bundesweit wenig bekannt ist und die Vermutung, dass möglicherweise große und gleichzeitig für die Erhebung relevante Einrichtungen in bestimmten Regionen Deutschlands nicht an der Umfrage teilgenommen haben, wirken als limitierende Faktoren für die vorliegende

Untersuchung. Ein Abgleich zwischen der konkreten Ausgangslage und der in der Untersuchung erfassten Einrichtungen ist demzufolge nicht ohne weiteres möglich, sodass die Repräsentativität der Ergebnisse begrenzt wird.

Fazit für die Praxis

Der sich aus dem personenzentrierten Ansatz ergebende Anspruch, den weiteren Ausbau der Heimlandschaft und insbesondere der geschlossenen Angebote zu stoppen und nach Möglichkeit in offene ggf. deutlich selbstbestimmtere Wohnformen umzuwandeln, kann nur dann erreicht werden,

- wenn sich die Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe entschließen, gemeinsam mit den Kliniken den regionalen Versorgungsauftrag verpflichtend mit möglichst individuellen Lösungen für den Einzelfall umzusetzen,
- wenn die Leistungsträger der Eingliederungshilfe diesen Auftrag ebenfalls annehmen, statt den Personenkreis überregional in Deutschland zu verteilen und
- wenn parallel das Vorhalten weniger hoch protektiver, aber dennoch ggf. geschlossener Plätze in Einrichtungen mit offenen Plätzen erfolgt und transparente Berichterstattung in jeder Versorgungsregion zum Standard gehört und enttabuisiert wird.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ingmar Steinhart
Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., An-Institut, Universitätsmedizin Greifswald
Ellernholzstr. 1-2,
17489 Greifswald,
Deutschland
Ingmar.Steinhart@sozialpsychiatrie-mv.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. I. Steinhart, S. Jenderny, M. Wasiliwizky und A. Heinz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Die UN-Behindertenrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein (22.11.2018). https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=45. Zugriffen: 12. Jan. 2021
2. Bezirk Oberbayern. Qualitätsbericht 2017 für geschlossen geführte Heimeinrichtungen der Psychiatrie und Suchthilfe in Oberbayern (20.02.2019). https://www.bezirk-oberbayern.de/output/download.php?file=/media/custom/2378_4528_1.PDF. Zugriffen: 12. Jan. 2021
3. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: Bericht 2017 (15.03.2019). http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/images/berichte/2019-04-08%20BAGS%20Bericht%202017_barrierefrei_final.pdf. Zugriffen: 12. Jan. 2021
4. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2020. Berichtsjahr 2018. https://www.lwl.org/spur-download/bag/Endbericht%202018_final.pdf. Zugriffen: 12. Jan. 2021
5. Flammer E, Steinert T (2019) Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem badenwürttembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzept und erste Auswertungen. Psychiatr Prax 46:82–89
6. Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) Vom 23. Dezember 2016 (29.12.2016) Bundesgesetzblatt 2016, 66: 3232–3340. https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Bundesgesetzblatt_BTHG.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Zugriffen: 12. Jan. 2021
7. Jenderny S, Schreiter J, Steinhart I (2020) Psychiatrische Wohnheime in Deutschland – Transparenz und Strukturen. Psychiatr Prax 47:260–266
8. Jenderny S, Schreiter J, Steinhart I (2021) Zwangsunterbringungen – ein elementarer Teil regionaler Psychiatrieberichterstattung. Erprobung eines regionalen Monitoringtools in Mecklenburg-Vorpommern. Recht Psychiatr 39(2):85–90. https://doi.org/10.1486/RP-2021-02_85
9. Jenderny S, Speck A, Gieritz K, Steinhart I (2020) Psychisch erkrankte Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen: geschlossene Unterbringung als No-Go? In: Gieritz K, Große L, Gahlleitner SB (Hrsg) Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln, S 61–69
10. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg Dokumentation Gemein-

depsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg 2017/18. Ergebnisse einer Datenerhebung bei den Stadt- und Landkreisen zum 31.12.2017 (29.01.2019). https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2019-02-04_GPV-Doku.pdf. Zugriffen: 12. Jan. 2021

11. Kunze H (1994) Personenzentrierte Organisation von Hilfen. In: Kruckenberg P, Jagoda B, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg) Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutionen- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation. Aktion Psychisch Kranke, S 95–107
12. Speck A, Steinhart I, Freyberger HJ (2013) Wieder einmal alles gesagt zur „Black Box“ der Geschlossenen Heime? Psychiatr Prax 40:49–45
13. Steinhart I, Höptner A (2017) Spot an: Psychiatrische Wohnheime in Deutschland. ZIPHER: Erste bundesweite wissenschaftliche Studie. CBP-Info 4:14–16
14. Steinhart I, Höptner A (2017) Spot an: Psychiatrische Wohnheime in Deutschland. ZIPHER: Erste bundesweite wissenschaftliche Studie. Kerbe 35(3):37–29
15. Steinhart I, Jenderny S, Schreiter J (2020) (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? Psychiatr Prax 47:370–375
16. Steinhart I, Speck A, Freyberger HJ (2013) Blackbox geschlossene Heime. Psychosoz Umsch 1:6–8