

Geschlossene Einrichtungen der Eingliederungshilfe als ein No-Go in der sozialpsychiatrischen Arbeit?

Erfahrungen und Hintergründe

ODER: Keinen abweisen, (wie) geht das ?

Bremen, 9. April 2019

Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.
An-Institut der Universität Greifswald

v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel



Unser Umfeld, in dem wir uns bewegen:

James Tudor Hart, englischer Mediziner (1971):

„The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served“.

Auch heute gilt in Deutschland:

Je schwerer die Erkrankung und je komplexer die psychosozialen Folgeprobleme, umso geringer sind die Chancen der Betroffenen, die für sie notwendige Unterstützung zu bekommen.

Zwangsunterbringung Rechtliche Grundlagen

Unterbringung nach PsychKG

- Landesrecht
- öffentlich-rechtliche Unterbringung

Das **Psychisch-Kranken-Gesetz** bezeichnet die Gesetze der einzelnen Bundesländer, die die freiheitsentziehende Unterbringung psychisch kranker Menschen **in einem psychiatrischen Krankenhaus** regeln. Sie erfolgt primär aufgrund eines Beschlusses des jeweils zuständigen Amtsgerichts und kann sowohl **bei akuter Eigen- als auch Fremdgefährdung** angewandt werden.

Unterbringung nach dem Betreuungsrecht (BGB § 1906)

- Bundesrecht
- zivilrechtliche Unterbringung durch Betreuer

Die **Unterbringung nach Betreuungsrecht** ist eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung des Betreuten in einem **Krankenhaus**, einem **Heim** oder einer **sonstigen Einrichtung**. Sie ist nur bei **Eigengefährdung** zulässig.

Beschränkung im Vortrag auf BGB § 1906 und Eingliederungshilfe

Unterbringung nach dem Betreuungsrecht (BGB § 1906)

- Bundesrecht
- zivilrechtliche Unterbringung durch Betreuer

Die **Unterbringung nach Betreuungsrecht** ist eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung des Betreuten in einem **Krankenhaus**, einem **Heim** oder einer **sonstigen Einrichtung**. Sie ist nur bei **Eigengefährdung** zulässig.

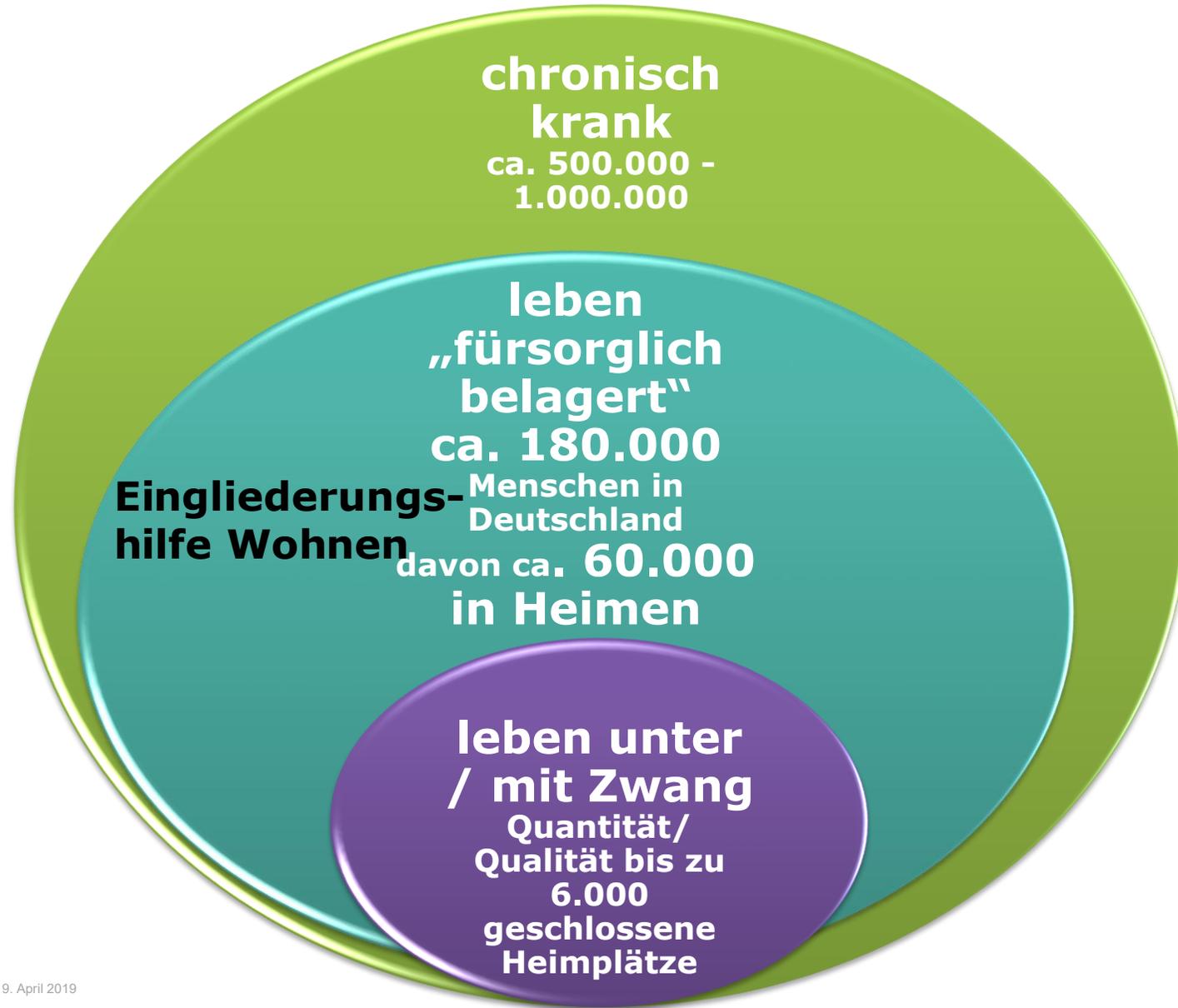
ZIPHER - Zwangsmaßnahmen Im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion

Teilprojekt: Menschen in Heimen

HEIME IN DEUTSCHLAND

Ausgangslage

PERSPEKTIVE WOHNEN schwer psychisch kranker Menschen 18 bis 65 Jahre



HEIME IN DEUTSCHLAND

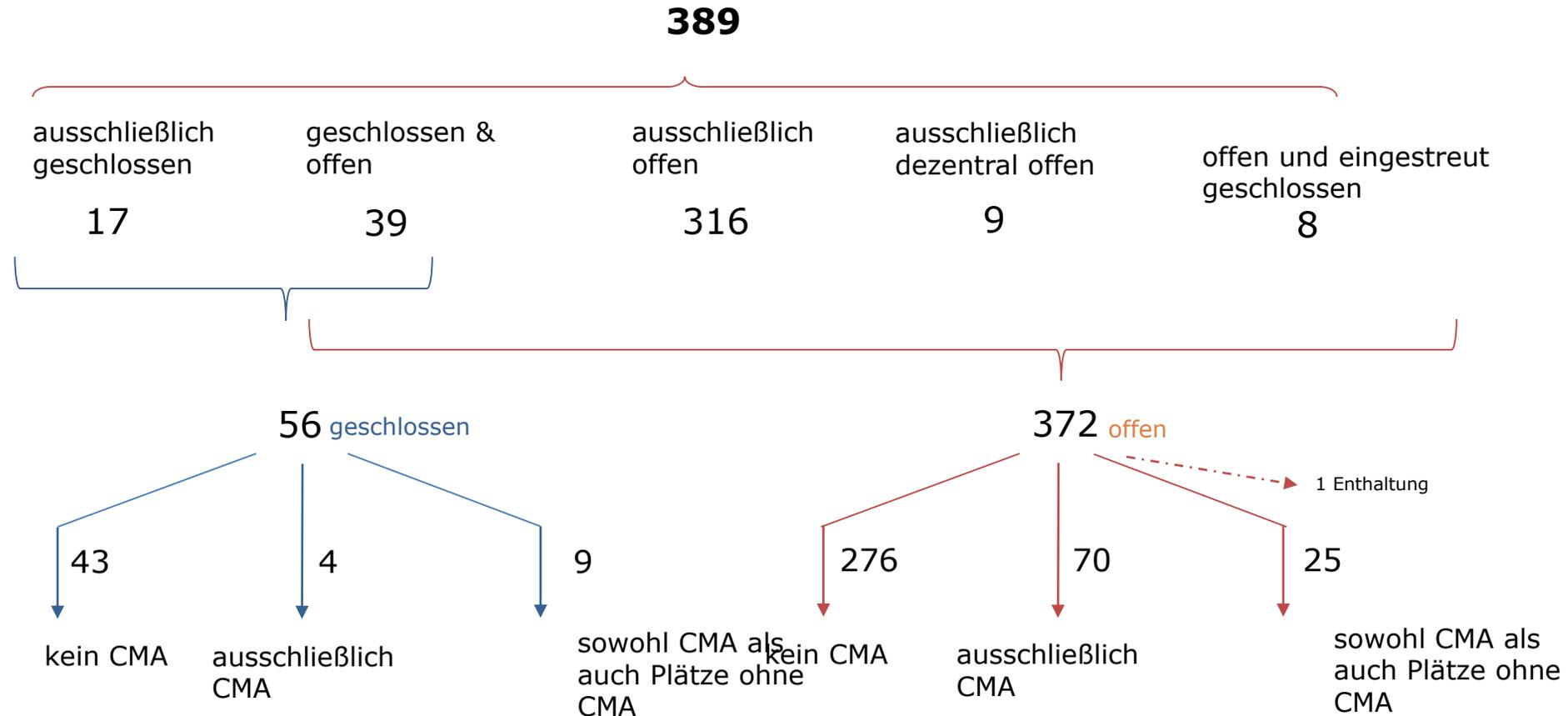
Studie: *Menschen in Heimen*

- **Ziel:** Beschreibung der bundesweiten Unterstützungslandschaft für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und sehr hohen Hilfebedarfen, die in **offenen und geschlossenen stationären Einrichtungen (inkl. CMA) der Eingliederungshilfe** unterstützt werden.
- **Zielgruppe: Einrichtungsleitungen** aller offenen und geschlossenen Wohnheime sowie aller stationären Einrichtungen für Menschen mit chronischen mehrfachen Abhängigkeitserkrankungen (SGB XII) in Deutschland.
- **Forschungsmethodik:** Bundesweite quantitative Befragung mittels **Online-Fragebogen** (Struktur- und Prozessdaten).
- **Kooperation: mit BAGüS und Spitzenverbänden** der Freien Wohlfahrtspflege.

HEIME IN DEUTSCHLAND

Stichprobe

Insgesamt wurden 1875 Einrichtungen aufgefordert, an der Umfrage teilzunehmen.
389 Einrichtungen (20,7%) sind unserer Bitte nachgekommen:



HEIME IN DEUTSCHLAND

Versorgungsvolumen

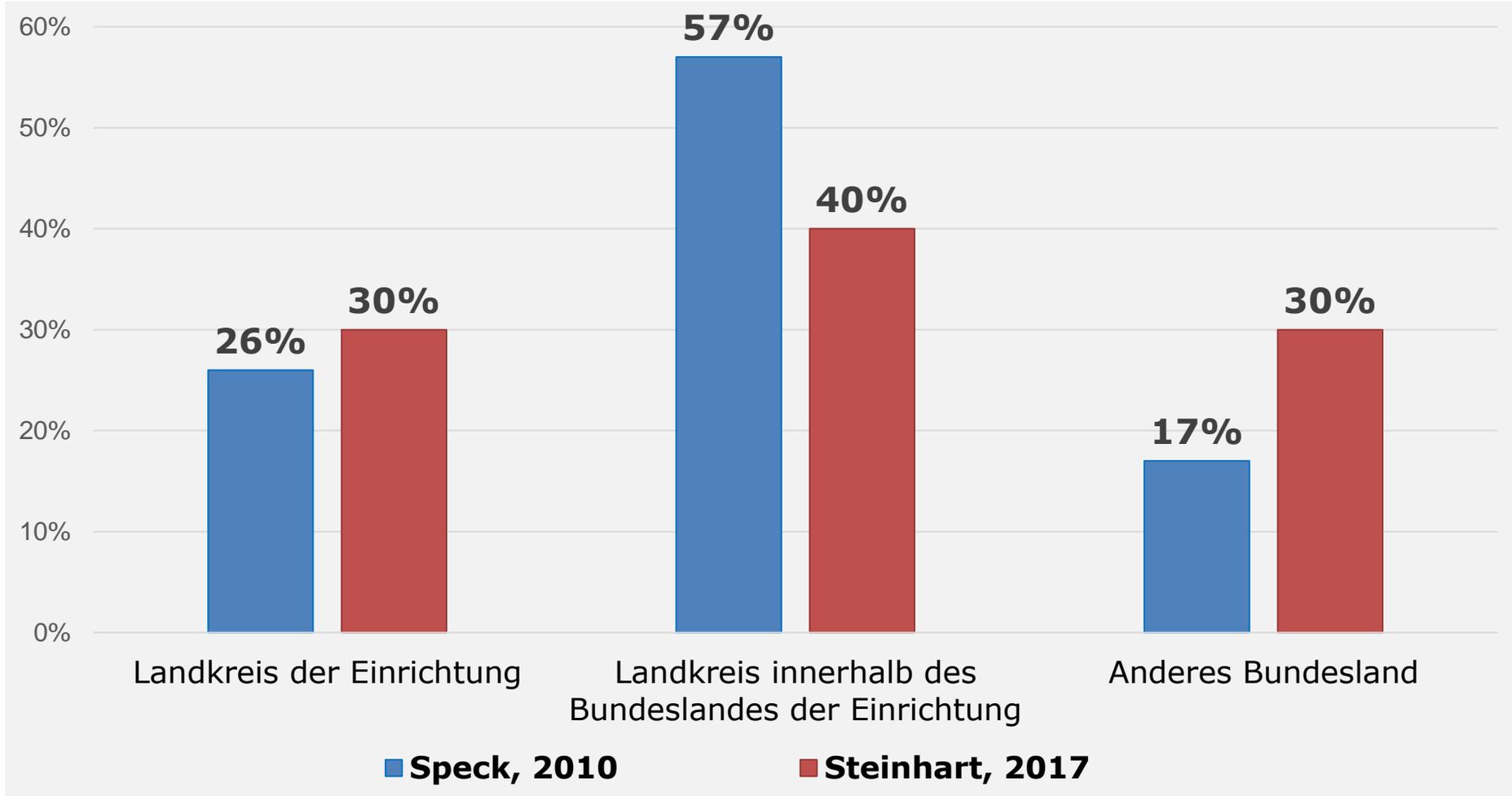
Anzahl verfügbarer Plätze nach Leistungsvereinbarung 2017

Platzzahl gesamt in Deutschland ~ 60.000 = 100 %
Eingeschlossene Plätze 13.149 = 22.4 %

		Anzahl
Offene Plätze	Gesamt	11.881 (n=369)
	Mittelwert	32,2 (Min.: 4, Max.: 263, Median: 26)
Davon ggf. eingestreut geschlossene Plätze	Gesamt	89 (n=9)
	Mittelwert	9,9 (Min.: 1, Max.: 25, Median: 8)
Geschlossene Plätze	Gesamt	1.268 (n=56)
	Mittelwert	23,2 (Min.: 2, Max.: 117, Median: 15)

ca. 9 - 10 % aller Wohnheimplätze

Geschlossene Wohnheime – Vollerhebung in Mecklenburg-Vorpommern Eingetragener Wohnsitz vor Aufnahme



n=9 Einrichtungen (107 KlientInnen)

n=11 Einrichtungen (142 KlientInnen)

**Die Daten sind vom BMG
noch nicht freigegeben,
daher aktuell leider nicht
mehr
aus der ZIPHER-Studie!
mehr demnächst ...**

BLACK BOX

Geschlossene Wohnformen
nach § 53 SGB XII



Landesverband
Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V.



Institut für Sozialpsychiatrie M-V

Psychosoziale Umschau 01/2013 Blackbox geschlossene Heime

Psychisch kranken Menschen übergangsweise ein hoch strukturiertes Milieu anzubieten, kann in Einzelfällen sinnvoll sein. Aber was wissen wir über die Qualität geschlossener Heime und unter welchen Bedingungen gelingt der Übergang zur ambulanten Unterstützung?

Fakten und Perspektiven am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns

von Ingmar Steinhart, Andreas Speck, Harald Freyberger (†)

Psychiat Prax 2013; 40 Wieder einmal alles gesagt ... zur "Black Box" der Geschlossenen Heime? Ein Zwischenruf aus Mecklenburg-Vorpommern

von Andreas Speck, Ingmar Steinhart, Harald Freyberger (†)

Einige Ergebnisse

- Mecklenburg-Vorpommern: ca. 1.600.000 EinwohnerInnen
- Die Zahl der im SGB XII vorgehaltenen spezialisierten geschlossenen Plätze betrug in 2017 ca. 142
- Weiter steigende Tendenz!
- Geschlossene Wohnheime -> eigener Leistungstyp im LRV
- Aufenthaltsdauer variiert über die Einrichtungen
- Wie viele jüngere psychisch kranke Menschen in anderen Einrichtungen wie z. B. Altenheimen geschlossen untergebracht sind, verschließt sich jeder Statistik.
- Die Verteilung der geschlossenen Wohnformen im Land stellt sich eher heterogen dar!
- In der Hansestadt Rostock wird eine kontrollierte Vollversorgung für 200.000 Einw. mit 4-6 geschlossenen Plätzen sichergestellt.

Schlussfolgerungen I

- Die Unterbringung in geschlossenen Bereichen stellt sich eher als „preiswerte verlängerte (stationäre) Behandlungsepisode“ (SGB V) dar, ohne dass die Krankenhausbehandlung weiter finanziert oder eine Einbindung eines langfristig angelegten Behandlungskonzepts in die Leistungen der Eingliederungshilfe im Sinne einer Komplexleistung erkennbar würde.

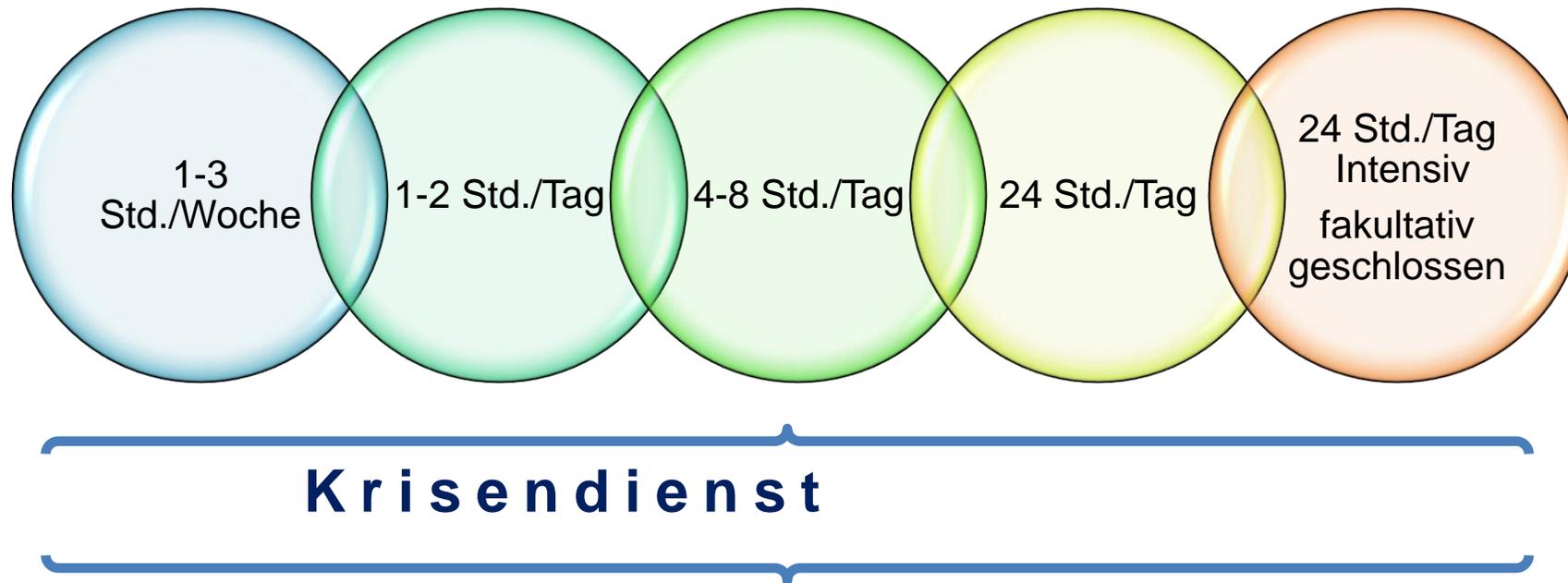
Schlussfolgerungen II

- Würde man stattdessen den Aufenthalt in einer geschlossenen Wohneinrichtung als Teil eines Teilhabeplanes verstehen, so würde dies eher den passagären Teil der geschlossenen Unterbringung betonen, bei der die (gedankliche) rehabilitative Vorbereitung der Entlassung in ein offenes Setting bereits bei der Aufnahme in ein geschlossenes beginnt und die Behandlungsleistungen vor, während und nach dem Aufenthalt Teil eines abgestimmten Gesamtkonzeptes sind.
- Die Frage des Entlassungsmanagements in Kliniken und der Teilhabeplanung in den Regionen würde sich mit einem solchen Blickwinkel anders stellen.

Schlussfolgerungen III

- Alle in Mecklenburg-Vorpommern gewonnenen Daten zusammen betrachtet zeigen an, dass das aktuelle **Modell „Geschlossener Heime“ als eigenständiger Leistungstyp im Sinne des Landesrahmenvertrages kein Erfolgsmodell ist und zu einer stetigen quantitativen Zunahme geschlossener Wohnangebote führt.**
- Hier sind beide Leistungsträger des SGB V und SGB IX gefordert.
- **STATTDESSEN:**
Die Möglichkeit als Teil eines wohl abgestimmten individuellen Teilhabeplanes für einen befristeten Zeitraum psychisch kranken Menschen ein hochstrukturiertes Milieu anzubieten, sollte in jeder Region als Teil einer differenzierten regionalen Hilfestruktur inklusive intensiver SGB V Leistungen und Psychotherapie gegeben sein (2-3(max. 4) Pl./100.000 Einw.).

Bricht man die qualitativen Anforderungen an Standards für eine Region auf die Funktion „Wohnunterstützung“ passgenau und individuell herunter, dann müssen alle Intensitäten von Unterstützung möglich sein und diverse Orte zum Wohnen:

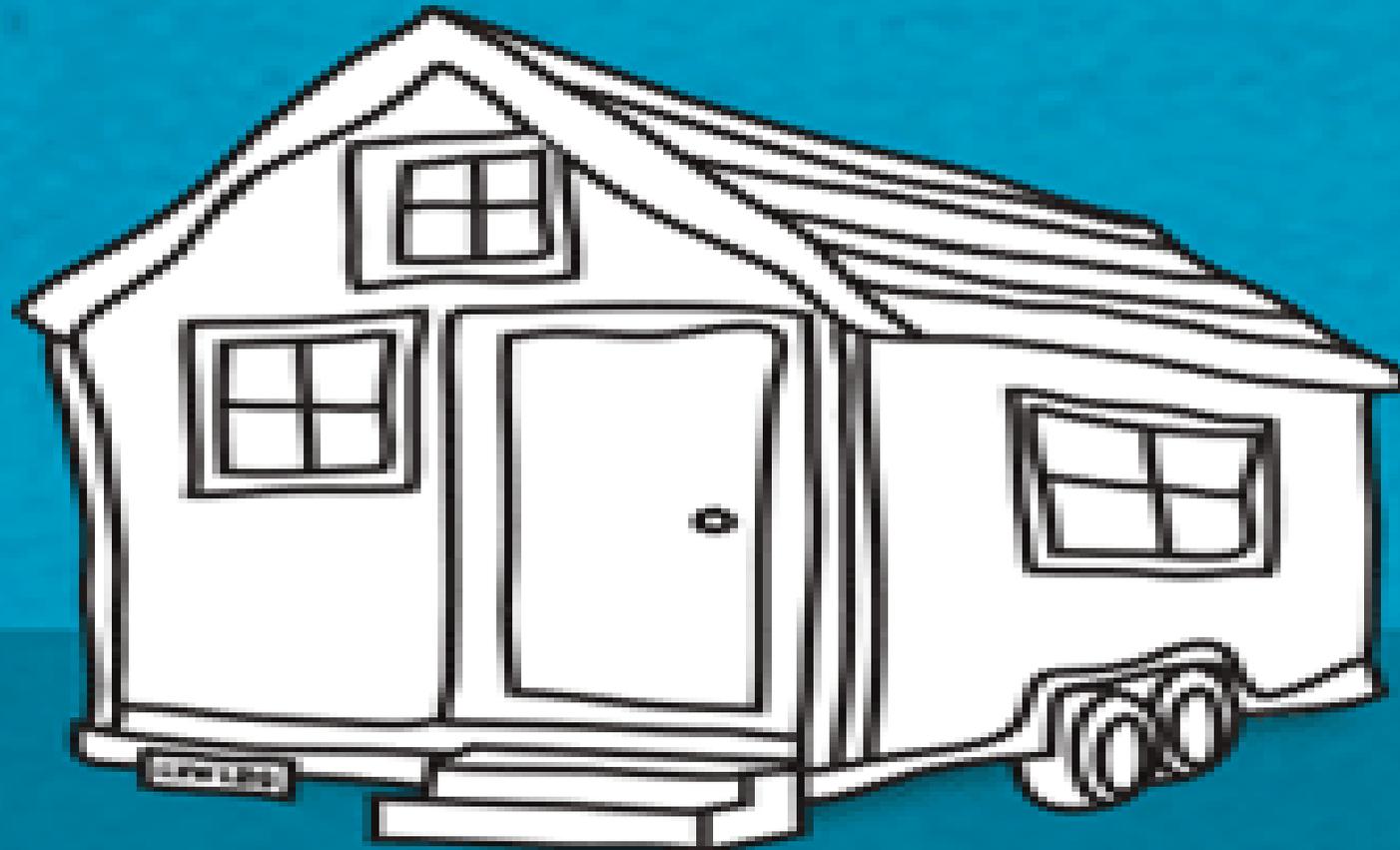


Auch außerhalb der Klinik: -> Unterstützungspflicht für alle Bürger_innen einer definierten Region

**Lösungen / Beispiele
Personen orientiert
und
strukturell.**

SMALL is

Beautiful





Individuell passende Alternativen zum (geschlossenen) Wohnheim als erstes suchen – hier ein Beispiel für eine Möglichkeit: Aufstellen von Wohncontainern u.a. für Menschen, die intensivere Unterstützung und „Gruppen“ nicht aushalten können/wollen.

**Beispiel
eines
Angebotes
im
Ruhrgebiet:**

**Luther Str. Lünen 2 x 4 WG
angeschlossen an Wohnheim mit
12 Apartments und einer 4er Wohngruppe**



**Fakultativ Geschlossene Angebote
Herausforderungen:**

- 1. alle Beteiligten insbesondere die Leistungsträger von der Notwendigkeit der hohen Qualität in der Architektur, Personalausstattung etc. zu überzeugen -> hoher Preis/Platz**
 - 2. Hohe Qualität in der gemeinsamen Behandlung + psychosozialen Unterstützung zwischen PIA(Klinik) und Eingliederungshilfe zu schaffen und auf diesem Niveau zu halten.**
- Ist nur möglich durch kontinuierliche enge Abstimmung!**

Westricher Str. 9 D (DO) 8 Plätze in zwei Wohngruppen angeschlossen an ein Wohnheim mit 16 Apartments



Wohnangebot Dortmund Oberfeld



Haus Oberfeld

Eröffnet am 01.04.2002

24 Plätze

12 Einzelapartments

3 Wohngruppen à 4 Personen

I-U-A Huckarde

Eröffnet am 01.10.2011

8 Plätze

2 Wohngruppen à 4 Personen

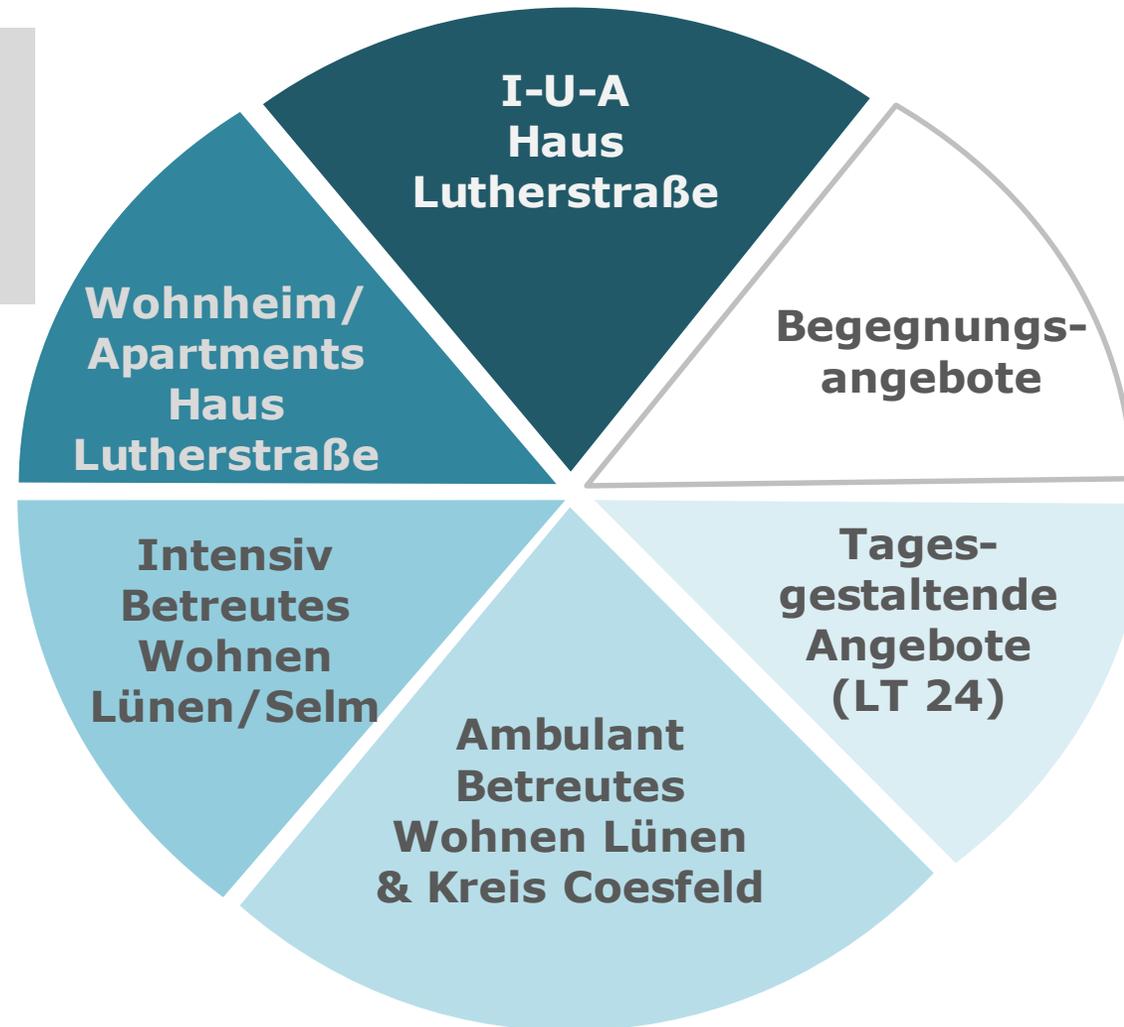


Fakultativ geschlossene Einheiten im Ruhrgebiet in Dortmund und Lünen

1. Fakultativ geschlossene Unterstützungsangebote sind eingebettet in ein Wohnunterstützungssystem mit differenziertem Portfolio.
2. Die Einheiten sind angegliedert an offene Wohnangebote mit 16-24 Plätzen mitten in den Sozialräumen von Dortmund und Lünen. Personalunterstützung bei Krisen/Notfällen von dort, technische Anbindung zwischen den Angeboten.
3. „Ambiente ist wichtig“: Die „8er“ - Wohngruppen haben 2 x 4 Wohnplätze in Wohngruppenform, also Einzelzimmer mit Nasszelle und Küche/Wohnzimmer für 4 Personen, gemeinsamer geschützter Außenbereich.
4. Angegliedert sind Räume für die (geschlossene) Tagesgestaltung. Ebenfalls kann die Tagesgestaltung der offenen Bereiche genutzt werden.
5. Die 8er – Gruppen sind personell gut ausgestattet:
 - Tagdienst: 1:1 – zusätzlich Team vom Wohnheim bei Krisen(hohe technische Ausstattung)
 - zusätzlich: eine Nachtwache
 - Personal zur Tagesgestaltung
 - Anteil Psycholog*innen
6. Adäquate finanzielle Ausstattung: „Paketpreis“ pro Tag knapp 300,00 €
7. Beispiel „Lünen-Verbundsystem“

Wohnverbund Lünen(Nordkreis Unna)

144 Klienten*innen gesamt
ca. 43 VK
Eine Gesamtleitung
Leistungsvereinbarungen



Aufteilung der 144 Klient*innen

**Ambulant Betreutes
Wohnen Lünen & Kreis
Unna
52 Klienten*innen**

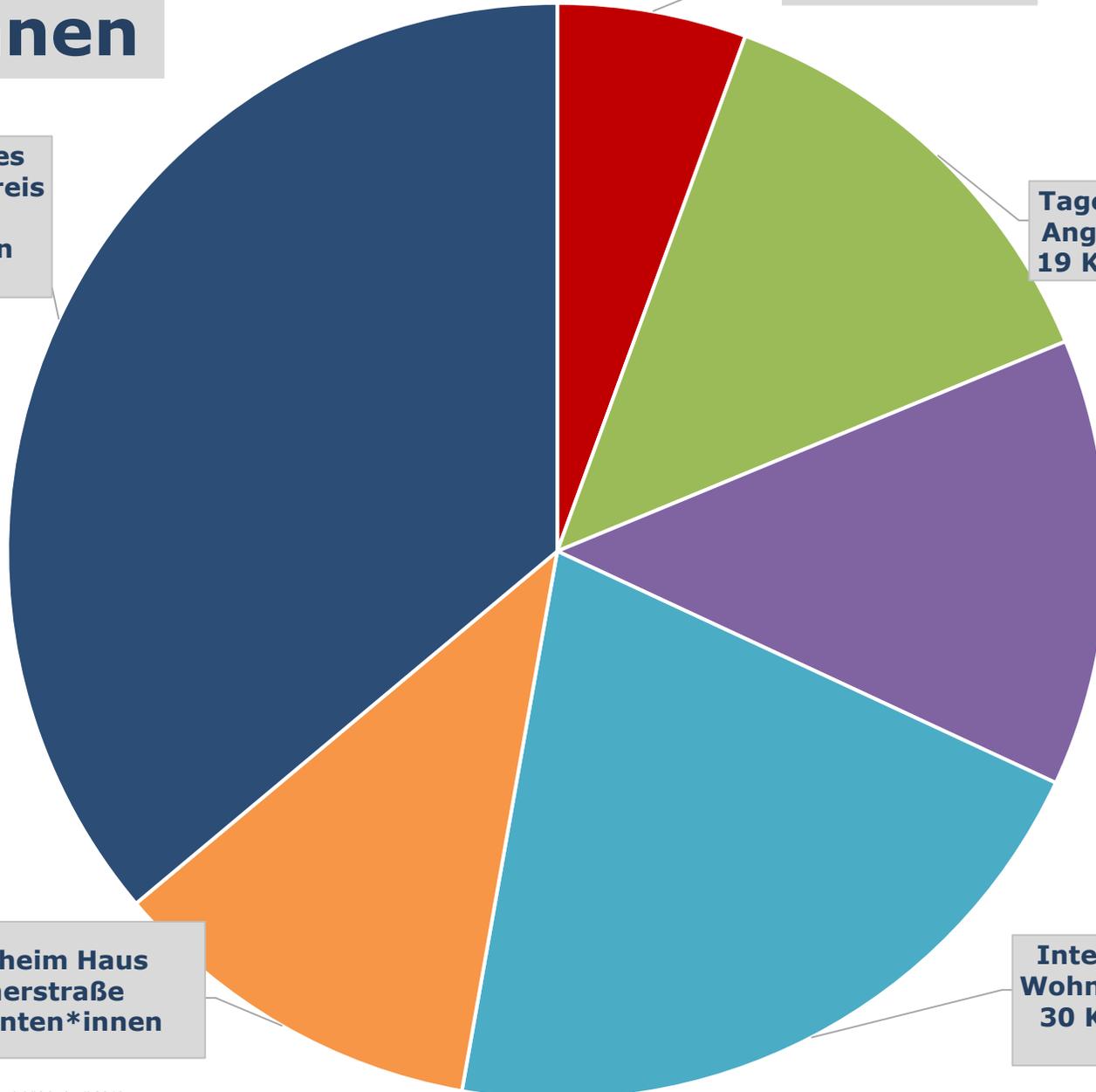
**I-U-A Haus
Lutherstraße ;
8 Klienten*innen**

**Tagestrukturende
Angebote (LT 24)
19 Klienten*innen**

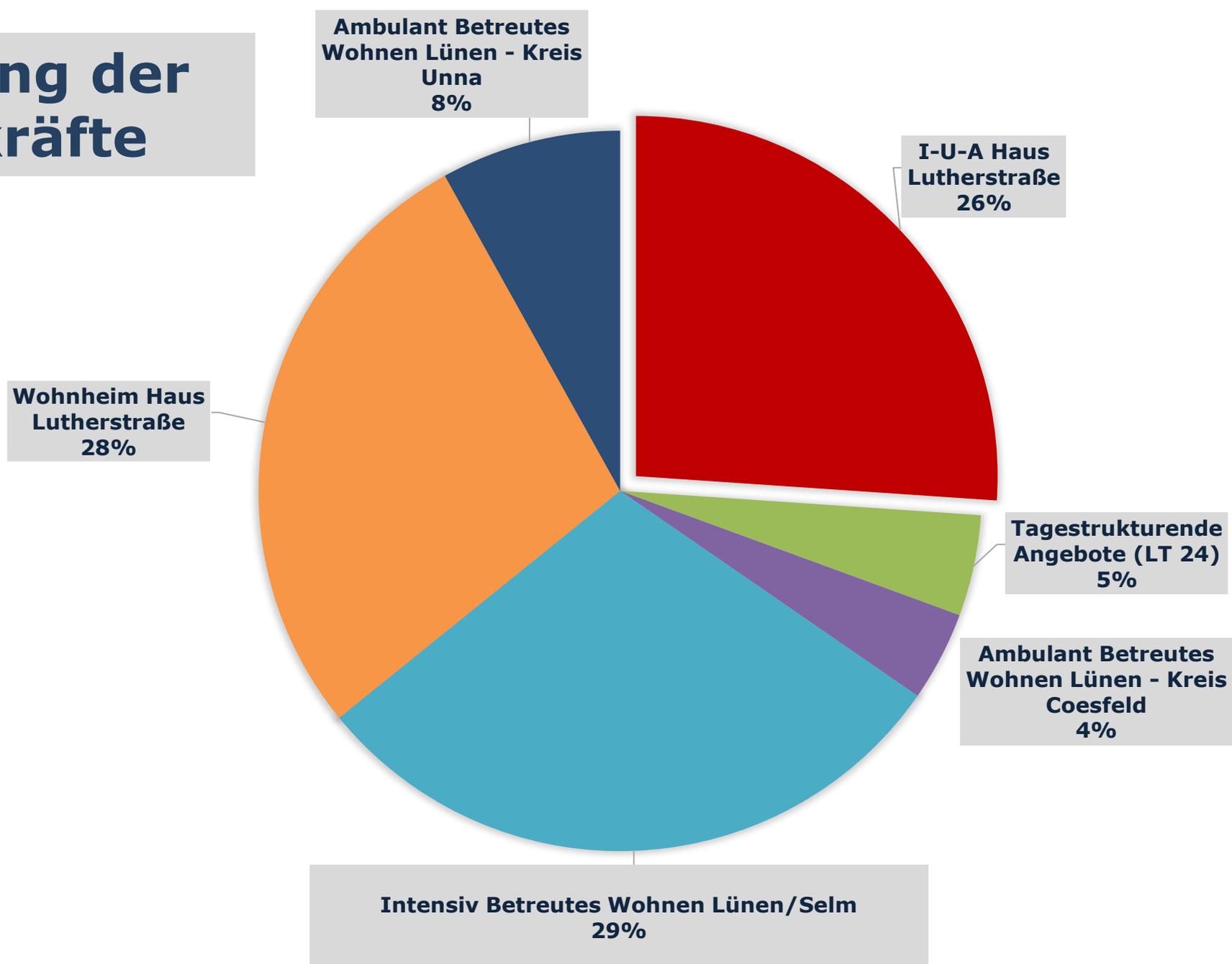
**Ambulant Betreutes
Wohnen Lünen & Kreis
Coesfeld
19 Klienten*innen**

**Wohnheim Haus
Lutherstraße
16 Klienten*innen**

**Intensiv Betreutes
Wohnen Lünen/Selm
30 Klienten*innen**



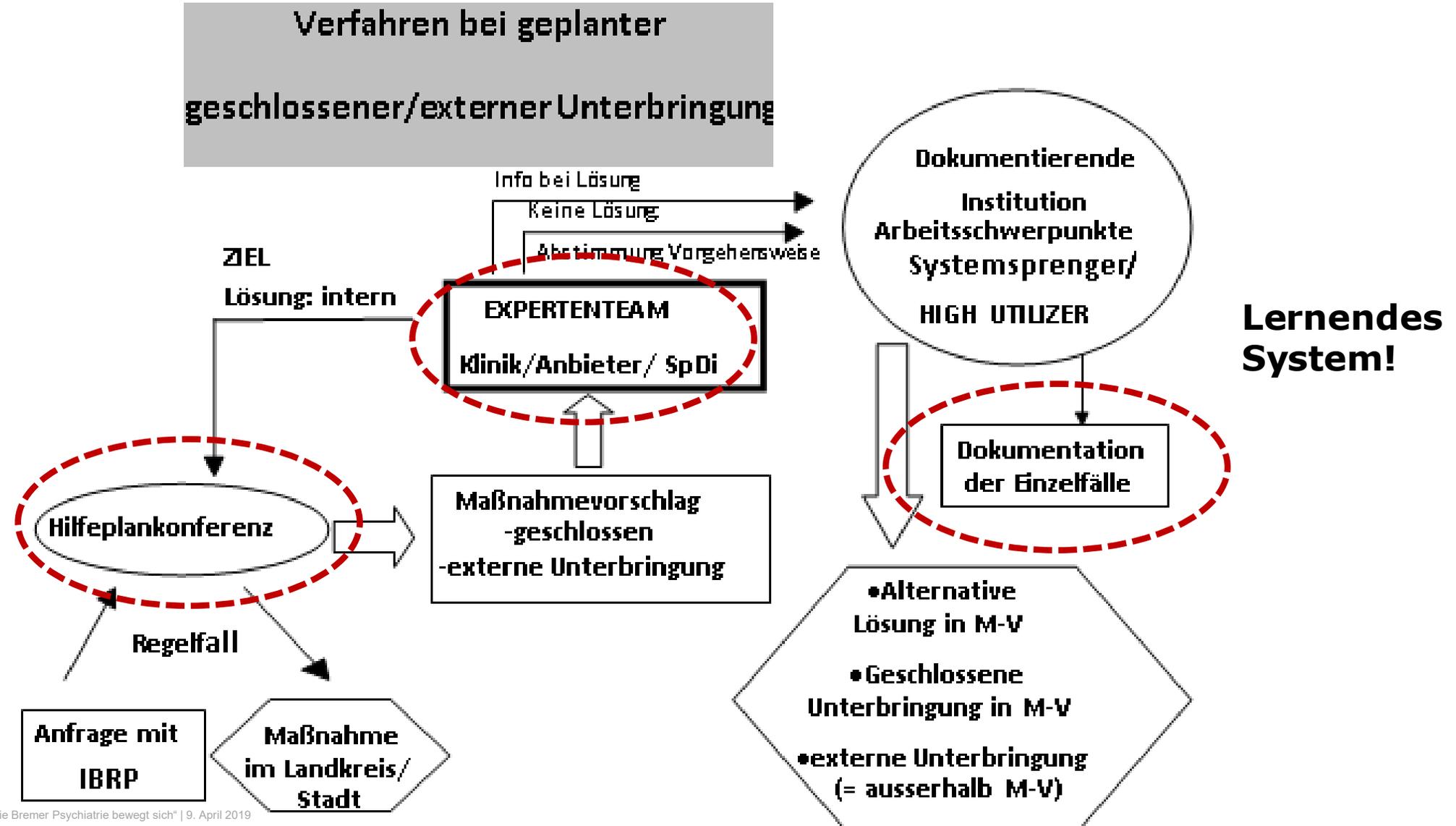
Aufteilung der 43 Vollkräfte



Generelle Aussagen über diesen Angebotstyp aus der Anfangszeit:

- Aufnahmen primär aus der Region
- Diagnosen fast ausschließlich F2
- 50 % der Bewohner_innen haben während der Unterbringung einen psychiatrischen Krankenhausaufenthalt
- Unterbringung zu 60 % BGB § 1906
Unterbringung, 40 % Forensik LZU
- Wege führen nach 2-3 Jahren auch wieder in offene Angebote heraus ...

LÖSUNGSANSÄTZE ZUR UNTERBRINGUNGSVERMEIDUNG: 1. EXPERTEN-TEAM UND 2. SCHWELLE ERHÖHEN 3. DOKUMENTATION 4. KLEINES ANGEBOT MIT DIREKTEM REGIONALBEZUG



**Lösungsvorschlag, der in MV auf Basis eines wissenschaftlichen Projektes und der Expertenmeinungen entwickelt wurde !
Er wurde so in den immer noch geltenden Psychiatrieplan übernommen.**

**DAS WAR DIE SICHT
DER WISSENSCHAFT
UND DES OFFIZIELLEN
LANDESPSYCHIATRIEPLANES
IN WAHRHEIT NIE UMGESETZT,
DA KEINE REFINANZIERUNG
VON EXPERTENTEAMS UND
DOKUMENTATION/AUSWERTUNG**

1 VORHER:

1. Verbindliche Regionale Steuerung -> GPZ + neue Form eines GPV_2.0
2. Task Force, Runder Tisch, Konsulententeams etc.
3. Ideen entwickeln im ambulanten Setting:
statt fürsorglicher Belagerung -> offene Intensivangebote im Sozialraum
4. Einbindung psychotherapeutischen Wissens, Methoden
5. Einbindung der Forensik: Forensische Präventionsambulanz(Ansbach)
6. Begrenzung der Kapazitäten
-> ca. 2 bis max. 4 „Angebote“ geschlossener Unterbringung / 100.000 Einw.

2. NACHHER:

1. Qualifikation der Mitarbeitenden / Safe-Ward Konzeptionen/ Fürsorge für die Mitarbeitenden
2. Einbindung des Know-Hows von Intensiv-Unterstützungs-Erfahrenen
3. Monitoring regional / überregional
4. Lernendes System! -> Dokumentation von gelungenen/nicht gelungenen Lösungen und wissenschaftliche Aufarbeitung

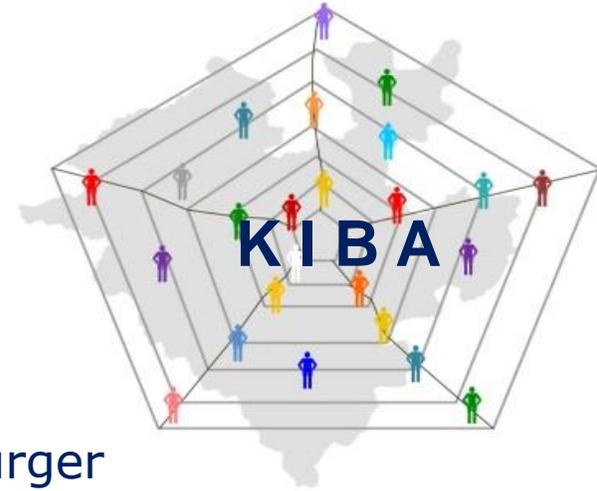
3. BEGLEITEND:

1. Veränderung des Angebotssystems(mind. SGB V + SGB IX) mit einem Standard für schwer chronisch psychisch kranke - > „rundum ambulant“ Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung
2. Kompetenznetzwerke transregional / bundesweit

Future

NEXT EXIT 

15 years later



1. Der Bundestag hat den Rechtsanspruch auf Unterstützung in der eigenen Wohnung auch bei sehr intensiven Bedarfen präzisiert!
2. Die Kommunen haben sich für die Unterstützung aller Bürgerinnen und Bürger verantwortlich erklärt.
3. Die Wohnheimbetreiber haben sich 2033 zu einer Auflösung der noch bestehenden Heime („verkleidet als besondere Wohnformen“) binnen 10 Jahren selbstverpflichtet.
4. Multiprofessionelle und spezialisierte Teams aus den besten und am besten trainierten Mitarbeitenden sind regional in der Behandlung und Unterstützung tätig. Sie werden von Krankenkassen und Kommunen refinanziert. Ihr Gehalt ist überdurchschnittlich.
5. Ihr Methodenkoffer wird durch eine Verbindung von Wissenschaft und Praxis ständig erweitert.
6. Neue Berufsbilder sind entstanden mit gut ausgebildeten Mitarbeitenden.
7. Personenbezogene Hilfenetze sind geknüpft.
8. Eine Bundesarbeitsgemeinschaft „Kompetenz-Netzwerk für Intensiv Betreute Angebote“ (KIBA.netz) ist seit 2019 gegründet und regionale Kompetenznetzwerke sind entstanden.

Kontakt:

Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Institut für Sozialpsychiatrie M-V
An-Institut der Ernst-Moritz-Arndt-
Universität Greifswald

Außenstelle Rostock:

Carl-Hopp-Straße 19a

D-18069 Rostock

E-Mail: ingmar.steinhart@sozialpsychiatrie-mv.de

v. Bodelschwingsche Stiftungen

Bethel

Vorstand

Königsweg 1

D-33617 Bielefeld

E-Mail: ingmar.steinhart@bethel.de

Vielen Dank!

Regionale Standards der Versorgung für schwer psychisch kranke Menschen Wissenschaftliche Evaluation der Prozesse



Frühling 2019