

## 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

Das Thema der geschlossenen Heime ist in der letzten Zeit kontrovers diskutiert worden. Anlässe gibt es viele: die UN-Behindertenrechtskonvention, diverse Urteile, die überfüllten forensischen Kliniken und nicht zuletzt die Nöte vieler Kommunen, sogenannte »schwierige Menschen« in den Grenzen der Versorgungsregion und ihren gemeindepsychiatrischen Angeboten unterzubringen. Vieles in der Praxis läuft gleichwohl geradeaus. So zeigte sich der Kommunale Sozialverband in Mecklenburg-Vorpommern als überörtlicher Leistungsträger der Sozialhilfe sowohl von der bundesweiten Diskussion als auch von den differenzierten Empfehlungen des aktuellen Psychiatrieentwicklungsplanes der eigenen Landesregierung unbeeindruckt. Er schrieb eine weitere geschlossene Heimeinrichtung unter den Leistungserbringern aus. Die wesentlichen Vergabekriterien waren nicht die Einbindung in die Hilfestrukturen der Region oder fachliche Standards, entscheidend war offenkundig ausschließlich der Preis.

Um solchen Entwicklungen etwas entgegenhalten zu können, wären harte Fakten erforderlich. Das Thema »geschlossene Unterbringung in Heimen der Eingliederungshilfe« erweist sich jedoch als Blackbox: Wir wissen darüber wenig bis nichts.

- Wie erfolgreich sind die als »Königsweg« vielfach beschriebenen personenorientierten Komplex-Behandlungs- und Unterstützungspakete tatsächlich, die vorzüglich ohne »geschlossene Wohnformen« auskommen? Welche Datenlage finden wir hier vor?
- Was wissen wir über die Qualität geschlossener Wohnformen? Unter welchen strukturellen Bedingungen gelingt es, Menschen in den (offenen) Alltag gemeindepsychiatrischer Unterstützung zurückzuführen?
- Welches Wissen haben wir über »Export-Regionen«? Unter welchen Voraussetzungen werden Menschen in geschlossene Einrichtungen extern verbracht? Liegt es tatsächlich an einem Mangel verfügbarer gemeindepsychiatrischer Standardangebote in der Heimatregion?

Wir nahmen uns vor, die aktuelle Versorgungssituation zu beschreiben und gleichzeitig weitere Forschungsfragen bzw. -hypothesen abzuleiten. So konnten alle zehn Leistungsanbieter in Mecklenburg-Vorpommern, die geschlossene Heimplätze für psychisch beeinträchtigte Menschen anbieten, in eine schriftlich standardisierte Befragung eingebunden werden. Darüber hinaus wurden mehrere Interviews mit Ärzten, rechtlichen Betreuern und Einrichtungsleitern durchgeführt, um die unterschiedlichen institutionellen Perspektiven der beteiligten Akteure abzubilden.

### Blick in die Blackbox

Die von uns befragten Einrichtungen verfügten im Befragungsjahr 2010 über 113 geschlossene Plätze, die – im Jahresgesamtmittel – von 167 Klienten belegt waren. Wir schätzen, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern für psychisch kranke Menschen insgesamt rund 150 – 160 Plätze zur Verfügung stehen. Gemessen an der Einwohnerzahl von Mecklenburg-Vorpommern kommt somit auf 10.000 Einwohner etwa ein geschlossener Heimplatz. Aufgrund fehlender vergleichbarer Statistiken kann diese Zahl bundesweit nicht eingeordnet werden.

Erwähnenswert ist weiter, dass sich die geografische Verteilung der Einrichtungen ausgesprochen heterogen darstellt. Die geringste Zahl an Plätzen bei gleichzeitigem Vollversorgungsanspruch findet sich in der Hansestadt Rostock bei acht Plätzen auf ca. 200.000 Einwohner. Diese landesweite disparate Platzierung erschwert die gemeindenahen Übergänge in und aus den geschlossenen Wohnformen erheblich. Auch der Blick auf die Herkunft der Klienten bestätigt das Bild, dass die Unterstützung in geschlossenen Wohnformen eher außerhalb des gewohnten Lebensumfeldes erfolgt. So stammten 2010 nur 25 % der betreuten Klienten aus der jeweiligen Region, in der die geschlossene Wohnform etabliert ist, 60 % immerhin aus Mecklenburg-Vorpommern und rund 15 % stammen aus anderen Bundesländern.

Und: Dieser Psychiatrietourismus floriert auch in die andere Richtung: Zahlen darüber, wie viele Bürgerinnen und Bürger aus Mecklenburg-Vorpommern ihrerseits in anderen Bundesländern untergebracht worden sind, sind zentral nicht verfügbar. Wir vermuten – extrahiert aus Berichten einzelner Sozialämter und Kliniken –, dass es sich dabei aber um eine ähnliche Größenordnung handelt wie bei den externen Klienten, also um ca. 15 – 20 %.

Hinsichtlich des Krankheitsbildes dominierte bei den Bewohnern geschlossener Wohnformen im Jahr 2012 die Diagnose »Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen« sowie »Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen«. 75 % der Klienten wiesen dabei eine Mehrfachdiagnose auf.

Die Zuweisung erfolgt zu 70 % aus den psychiatrischen Krankenhäusern. Nur ca. jeder siebte Klient wird über eine sozialpsychiatrische Einrichtung direkt in eine geschlossene Wohnform überführt. Hinsichtlich der Nachsorge werden 65 % der Klienten in die sozialpsychiatrische Versorgung entlassen. Die eigene Häuslichkeit mit ambulanter Betreuung war 2010 nur für 6 % der Klienten eine realistische Perspektive. Rund 10 % der Klienten konnten nicht frühzeitig entlassen werden, weil keine geeignete Nachsorgeeinrichtung gefunden wurde.

Bei der Unterbringungsdauer zeigt sich, dass einrichtungsübergreifend bis zum erfragten Zeitpunkt ein Drittel der Klienten eine mittlere Verweildauer von weniger als einem Jahr sowie ein weiteres Drittel von ein bis zwei Jahren hatten. Ein Viertel war durchschnittlich mehr als zwei und bis zu fünf Jahre untergebracht. Die übrigen gut 7 % waren schon mehr als fünf Jahre in einer geschlossenen Wohnform. Anzumerken ist dabei, dass zwischen den Einrichtungen die Verweildauer stark variierte. Da wir keine gravierenden Unterschiede in der Klientel fanden, erklären sich diese Unterschiede wohl primär aus dem Reha- und Entlassmanagement der jeweiligen Einrichtung.

Acht der zehn befragten Einrichtungen im Land boten im gleichen Gebäudekom-

plex auch andere Leistungstypen der sozialpsychiatrischen Versorgung an. Häufig sind offene Wohnbereiche an den geschlossenen Teil angeschlossen.

### Perspektive der psychiatrischen Kliniken

Das ärztliche Versorgungssystem in den Krankenhäusern ist das zentrale Zugangsetting. Die Krankenhausärzte sehen eine gemeindeferne Unterbringung – bis auf begründete Einzelfälle – prinzipiell äußerst problematisch, da damit der Kontakt des Klienten und der Einrichtungen zu den in der Klinik behandelnden Ärzten automatisch abreiße. Viele Informationen über den Klienten und die Therapieanbahnung gingen verloren und blieben für die Behandlungsplanung ungenutzt. Gerade Klienten geschlossener Wohnformen, die biografisch durch vielfältige Beziehungsabbrüche geprägt seien und in der Regel ein schwieriges Interaktionsverhalten aufwiesen, komme eine Kontinuität in der ärztlichen Beziehung deutlich zugute. Auch seien einzelfallbezogene Steuerungsinstrumente, die sich unmittelbar positiv auf die Behandlungsqualität auswirken könnten – wie etwa eine akteurübergreifende Hilfeplankonferenz – unter solchen Umständen nicht durchzuführen; überhaupt sei in diesen Fällen die Behandlung oftmals wenig zielorientiert. Dadurch werde die Nachsorge schwierig und die Entlassung verzögere sich.

Um die Qualität der geschlossenen Unterbringung zu verbessern, wird ein verbessertes Qualifikationsprofil der Mitarbeiter gefordert, zudem die Etablierung von Besuchskommissionen, eine landesweite Steuerung der Plätze, die Integration abgestufter Betreuungsmodulen in das Gesamtkonzept der Einrichtung sowie die weitere Ausdifferenzierung der sozialpsychiatrischen Versorgung im Vorfeld geschlossener Wohnformen. Bemerkenswert ist auch der Hinweis aus den Kliniken, dass die klinische Indikation zur geschlossenen Wohnform auch der äußeren kollegialen Supervision bedarf, also auf den Punkt gebracht: keine Unterbringung in einer geschlossenen Wohnform ohne zweiten Blick.

### Perspektiven der rechtlichen Betreuer

Die rechtlichen Betreuer sind bei den Zuweisungen in geschlossene Wohnformen von entscheidender Bedeutung. Sie stellen formal den Antrag bei Gericht und sind u.a. zuständig für die oft zeitraubende Suche nach freien Plätzen. Dabei fühlen sie sich



Foto: Frank Fiedler

fachlich kaum in der Lage, eine differenzierte Einschätzung der psychiatrischen Situation ihres Mandanten vorzunehmen. Die Legitimation geschlossener Wohnformen wird hier eher aus der Blickrichtung einer »sozialen Unverträglichkeit« des Klientenverhaltens abgeleitet (Verwahrlosung, Aggressivität). Auch die Betreuer fordern eine engere – einzelfallbezogene – Verzahnung und Abstimmung der verschiedenen Akteure. Ferner wurde bemängelt, dass es zu wenig und zu wenig qualifiziertes Personal in den Einrichtungen gebe. Auch betonen die Betreuer, dass die Klienten beim Übergang von geschlossene in offene Bereiche oft von dem damit verbundenen Strukturverlust überfordert seien. Dies sei durch Angebote abzufedern, die deutlich personalintensivere Arbeit erforderten als in herkömmlichen offenen Wohnformen möglich sei.

### Perspektiven geschlossener Einrichtungen

Geschlossene Einrichtungen werden von den befragten Einrichtungsvertretern als vorübergehender Schutzraum beschrieben, der es den Klienten erlaube, notwendige Lernerfahrungen zu sammeln und sich so für ein Leben in Freiheit vorzubereiten. Aus ihrer Sicht ist eine regionale Versorgungsverpflichtung zu befürworten: Gemeindeferne Unterbringungen, verbunden mit einem akuten Handlungsdruck der psychiatrischen Kliniken, erschwerten den sozialpsychiatrischen Einrichtungen eine angemessene Vorbereitung. Zudem leide die Qualität der Behandlung durch die mangelnde Betreuungskontinuität. Lediglich im Einzelfall könne eine gemeindeferne Unterbringung therapeutisch indiziert sein – insbesondere dann, wenn der Klient einer fremden »Reizkonstellation« ausgesetzt werden solle.



Die geschlossenen Einrichtungen betonen, dass der finanzielle Druck enorm sei, ein frei werdendes Zimmer schnell wieder zu belegen. Hier fehle ein finanzieller Anreiz, der es den Einrichtungen erlauben würde, Betten für Klienten aus der Region frei zu halten und die Ressourcen vor Ort wirksam zu nutzen.

Einer vorbereitenden und begleitenden Hilfeplankonferenz wird eine hohe Bedeutung zugemessen. Es brauche in manchen Regionen eine intensivere Verzahnung von psychiatrischer Klinik und Sozialpsychiatrie, die idealerweise bereits im Vorfeld eines Beschlusses nach § 1906 BGB ansetzen und sowohl den Behandlungsverlauf als auch die Organisation der Nachsorge umfassen sollte.

Auch die Personalbemessung und das vorzuhaltende Qualifikationsniveau der Mitarbeiter in geschlossenen Wohnformen werden kritisch diskutiert. Positiv wird angemerkt, dass sich flexible Behandlungskonzepte, die eng an offene Bereiche und Trainingsgruppen angeschlossen seien, sehr bewährt hätten. Sie würden den Klienten dabei helfen, sich auszuprobieren. Insgesamt müssten die Einrichtungen sich therapeutisch weiterentwickeln, z.B. mit Angeboten zur Unterstützung der Tagesstruktur. Der Bedarf an geschlossenen Plätzen sei ein deutlicher Hinweis darauf, dass das Versorgungssystem noch Mängel aufweise und sich weiter differenzieren müsse (z.B. Rückzugsräume, Weglaufhäuser, kreative Lernwerkstätten), um es erst gar nicht zu einem Beschluss kommen zu lassen.

### Mehr Prävention und Rehabilitation

Im Grundsatz legen unsere vier Perspek-

tiven auf die geschlossenen Wohnformen im Rahmen der Eingliederungshilfe eine sehr praxis- und personenorientierte Sichtweise mit direktem Bezug zum Lebensumfeld und dem erweiterten Sozialraum nahe. Die aktuelle Inklusionsdiskussion läuft manchmal Gefahr, »Teilhabebedürfnisse« gegen »Schutzbedürfnisse« auszuspielen und dabei die Diskussion ideologisch so aufzuladen, dass dabei ein differenzierter Blick auf die Versorgungslandschaft verloren geht. Letztlich betrifft eine geschlossene Unterbringung gerade jene Menschen, die eine lange und vor allem durch ein ständiges Scheitern geprägte Behandlungs- und Institutionskarriere hinter sich haben und an die Grenzen des Versorgungssystems rühren. Es sind die Schwächsten im System. Nimmt man die Kernintention der UN-Behindertenrechtskonvention ernst, dann sollte es darum gehen, vor jeder pauschalen Institutionskritik zunächst die zentrale Frage aufzuwerfen, wie diesen Menschen ein Unterstützungsangebot in ihrem Sozialraum zu machen ist.

Bislang ist in Mecklenburg-Vorpommern nicht erkennbar, dass personenorientierte Planungs- und Unterstützungskonzepte in den Kommunen zum Tragen kommen und die 2011 im »Plan der Landesregierung zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen« veröffentlichten Empfehlungen für diese Zielgruppe beachtet werden.

Die Unterbringung in geschlossenen Bereichen stellt sich eher als preiswerte verlängerte (stationäre) Behandlungsepisode nach SGB V dar, ohne dass eine Einbindung eines langfristig angelegten Behandlungskonzepts in die Leistungen der Eingliederungshilfe erkennbar würde. Ein Indiz hier-

für ist der Bruch in der Behandlungskontinuität zur vorbehandelnden Klinik und der weitestgehend fehlende Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen für diese Zielgruppe. Würde man hingegen den Aufenthalt in einer geschlossenen Wohneinrichtung als Teil eines Gesamtplanes nach SGB XII § 58 verstehen, so würde die (gedankliche) rehabilitative Vorbereitung der Entlassung in ein offenes Setting bereits bei der Aufnahme in ein geschlossenes Heim beginnen. Die Frage des Entlassungsmanagements in Kliniken und der regionalen Hilfeplanung würde sich aus dieser Perspektive anders stellen.

Der Idee der Etablierung von Konsulententeams oder einer Taskforce, die im Vorfeld von geschlossenen Unterbringungen versuchen, diese durch geeignete und professionelle Maßnahmen zu verhindern, konnte in Mecklenburg-Vorpommern noch keine Freunde gewinnen.

Alle in Mecklenburg-Vorpommern gewonnenen Daten zusammen betrachtet zeigen an, dass die geschlossenen Wohnangebote eher zunehmen. Das System als Ganzes muss daher infrage gestellt werden: Die Möglichkeit, psychisch kranken Menschen ein hoch strukturiertes Milieu – im Rahmen eines individuellen Gesamtplanes für einen befristeten Zeitraum – anzubieten, sollte in jeder Region als Teil einer differenzierten regionalen Hilfestruktur gegeben sein. Das Aufnahme- und Entlassmanagement eines solchen sehr kleinen regionalen Angebotes sollte durch eine Hilfeplankonferenz, gegebenenfalls verbunden mit einer Art »Belegrecht«, gesteuert werden – finanzielle Fehlbelegungsanreize sollten eliminiert und das »nicht belegte geschlossene Bett« belohnt werden. Die Rostocker Erfahrungen mit einer sehr begrenzten Kapazität geschlossener Plätze, einer engen »Exportkontrolle« und einer individuellen Bemessung des Hilfebedarfs durch den Leistungsträger sowie mit einer engen Einbindung in die SGB XII- und SGB V-Angebote der Region weisen da in eine positive Richtung. Es ist unseres Erachtens dringend erforderlich, solche Modelle (weiter) zu entwickeln, sie einer begleitenden Wirkungskontrolle zu unterziehen und anhand quantitativer wie qualitativer Daten zu bewerten. ■

**Ingmar Steinhart** ist wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern. Das Institut dient als Plattform sozialpsychiatrischer Forschungsinitiativen in Mecklenburg-Vorpommern.

**Andreas Speck** und **Harald Freyberger** sind Vorstandmitglieder des Instituts. Kontakt: institut@sozialpsychiatrie-mv.de