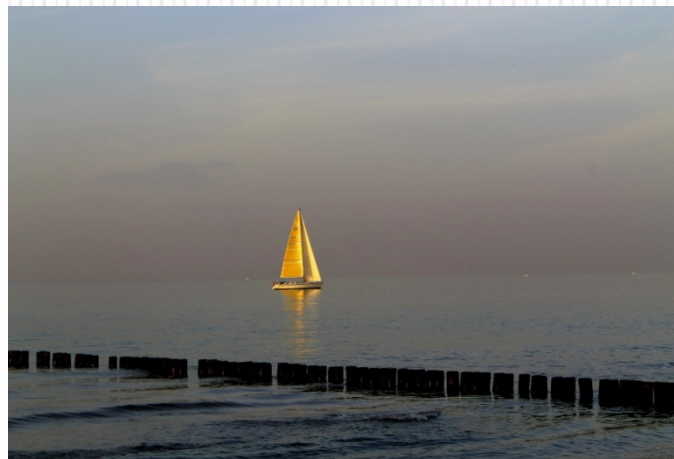




Geschlossene Wohnformen nach §1906 BGB in MV

Siegen 8. Oktober 2013



1. Ausgangsbedingungen

Geschlossene Wohnformen:

Eine wissenschaftliche „Black box“???



1. Ausgangsbedingungen

- **Welches Wissen haben wir über „Export-Regionen“?** Unter welchen (regionalen) Bedingungen werden Menschen in überproportional hohen Zahlen in geschlossene Einrichtungen verbracht? Liegt es tatsächlich an einem Mangel verfügbarer gemeindepsychiatrischer Standardangebote in der Heimatregion?
- **Wie viel Menschen werden überhaupt geschlossenen untergebracht?** Steigerung der betreuungsrechtlichen Unterbringung in Deutschland und MV rund **20 %** innerhalb der letzten 11 Jahre!
 - Aber: Zahlen der Bundesregierung und des BMJ **widersprechen** sich! Legt man die Zahlen des BMJ zugrunde und rechnet sie auf die Gesamtbevölkerung hoch, dann **verdoppelt** sich sogar die Zahl der Beschlüsse!!!!

1. Ausgangsbedingungen

- Unabhängig von der Erfassung der Zahlen:
 - Keiner weiß aber, **wo** diese Unterbringungen konkret stattfinden (Psychiatrie, Altenheime...)?
 - Keiner weiß genau, **aus welchem Grund** diese Unterbringungen stattgefunden haben...

1. Ausgangsbedingungen

- Und die Qualität der Unterbringung:
 - Weiß eigentlich jemand, **was genau** in den Unterbringungen **passiert**?
 - Gibt es **Alternativen**, um zumindest die Zahl der geschlossenen Unterbringungen verringern zu können?

1. Ausgangsbedingungen

Unterbringungen nach Zivilrecht in Deutschland § 1906 BGB

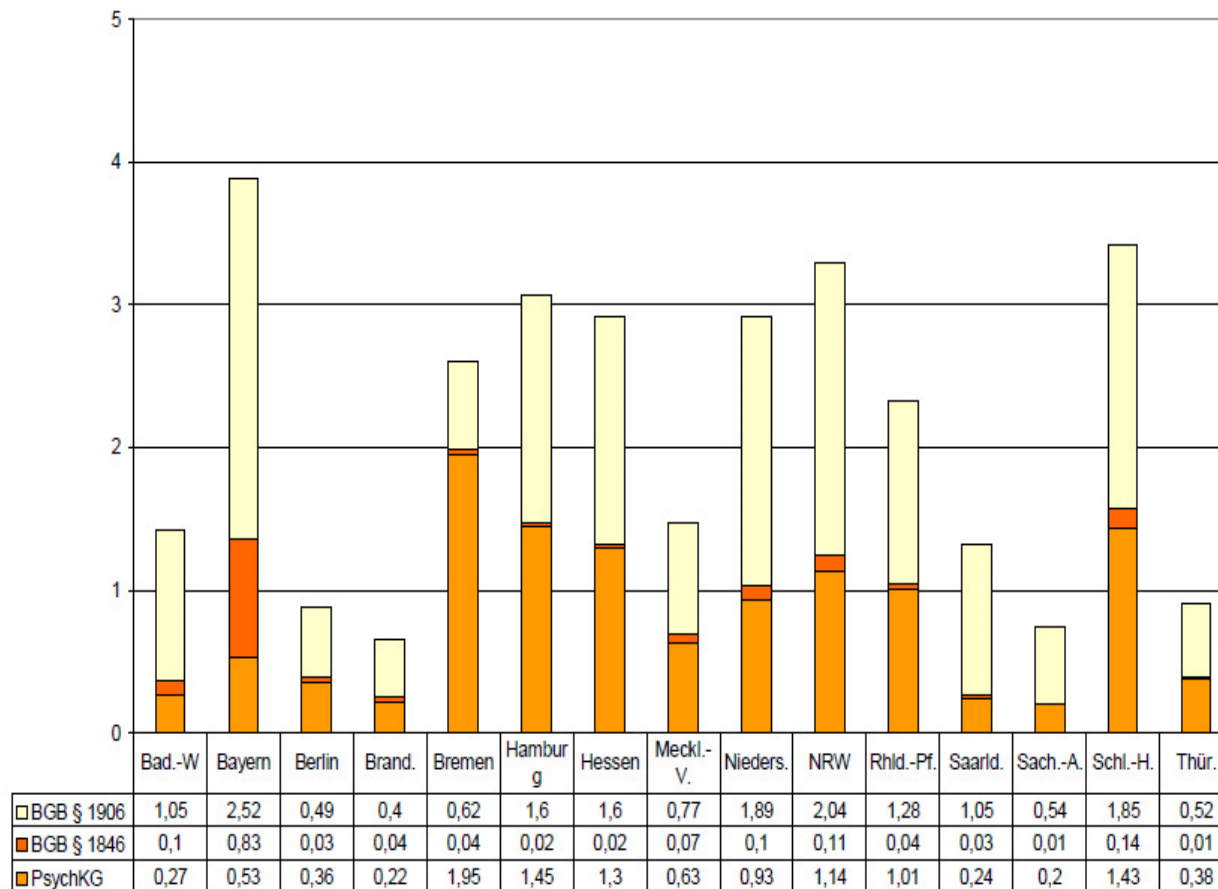
1

Jahr	Deutschland	Nordrhein Westfalen
2004	44.381	11505
2005	45.778	11213
2006	46.557	11655
2007	48.887	11709
2008	52.776	12033
2009	54.131	12463
2010	55.366	13048
2011	57.116	13184

Antwort der Bundesregierung zur Anfrage der Fraktion „Die LINKE“ Sept. 2012 –
Drucksache 17/10576

1. Ausgangsbedingungen

Unterbringungszahlen nach verschiedenen Rechtsgrundlagen
Bundesministerium für Justiz 2007 – auf 1000 Einwohner (Stand 2005)



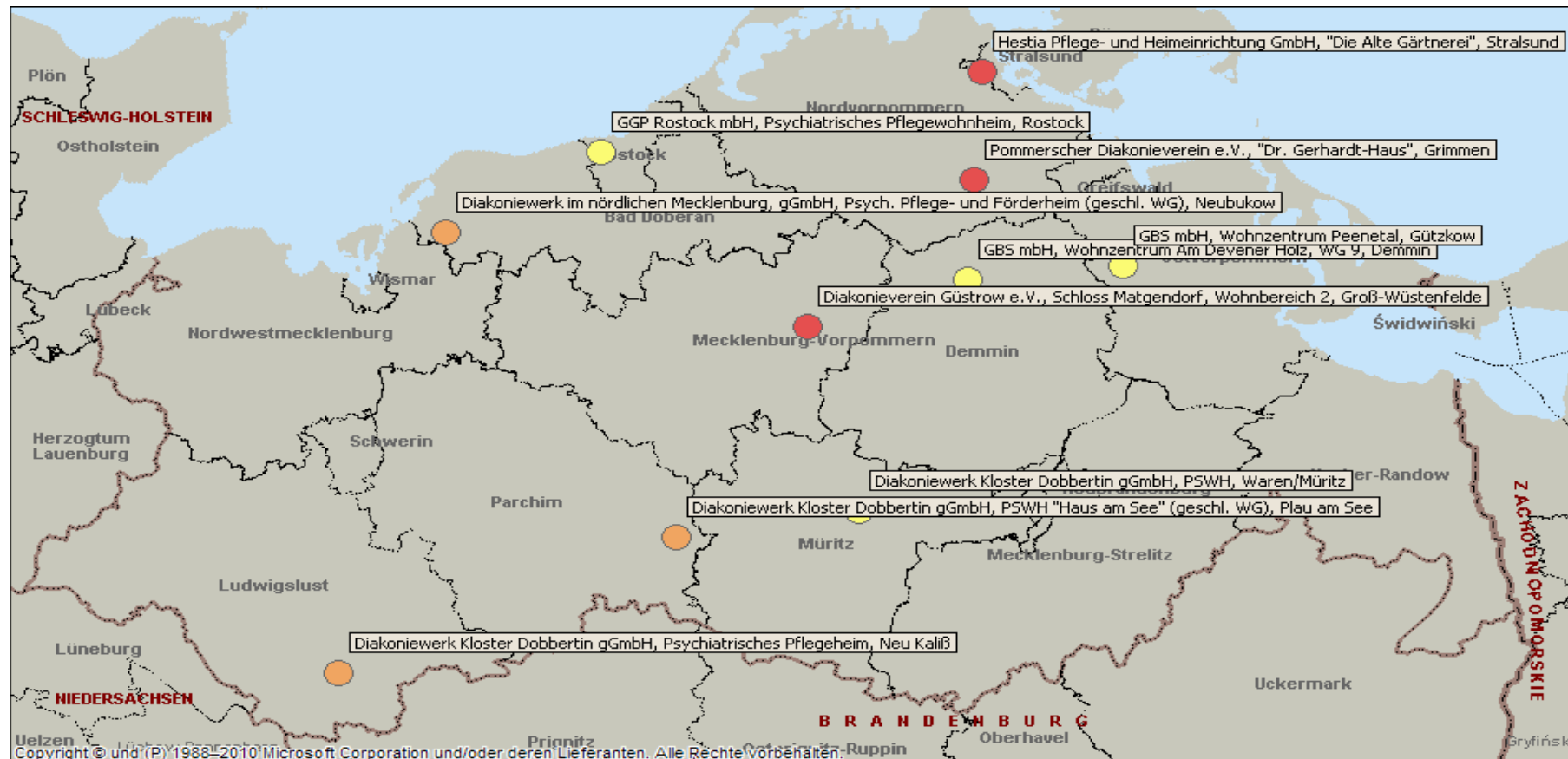
2. Untersuchung in MV:

- Eine Untersuchung.....
 - Quantitative Befragung der geschlossenen Wohnheime in MV
 - Qualitative Befragung zentraler Akteure:
 - Ärzte
 - Betreuer
 - Sozialpsychiatrische Praxis

2.1 Einige Ergebnisse in MV:

- Die Zahl der im SGB XII vorgehaltenen spezialisierten geschlossenen Plätze und der Eingliederungshilfe betrug in 2011 ca. 150 bei einer sehr stark über die Einrichtungen differierenden Aufenthaltsdauer.
- Bei der Befragung konnten für 2010 113 Plätze eruiert werden. Belegt waren in jenem Jahr 167 Plätze.
- Wie viele jüngere psychisch kranke Menschen in anderen Einrichtungen wie z.B. Altenheimen geschlossen untergebracht sind, verschließt sich aktuell jeder Statistik.
- Die Verteilung der geschlossenen Wohnformen im Land stellt sich eher **heterogen** dar!

Befragungseinheiten



Anzahl verfügbarer Plätze (Stand: 2010):



0-9



10-14

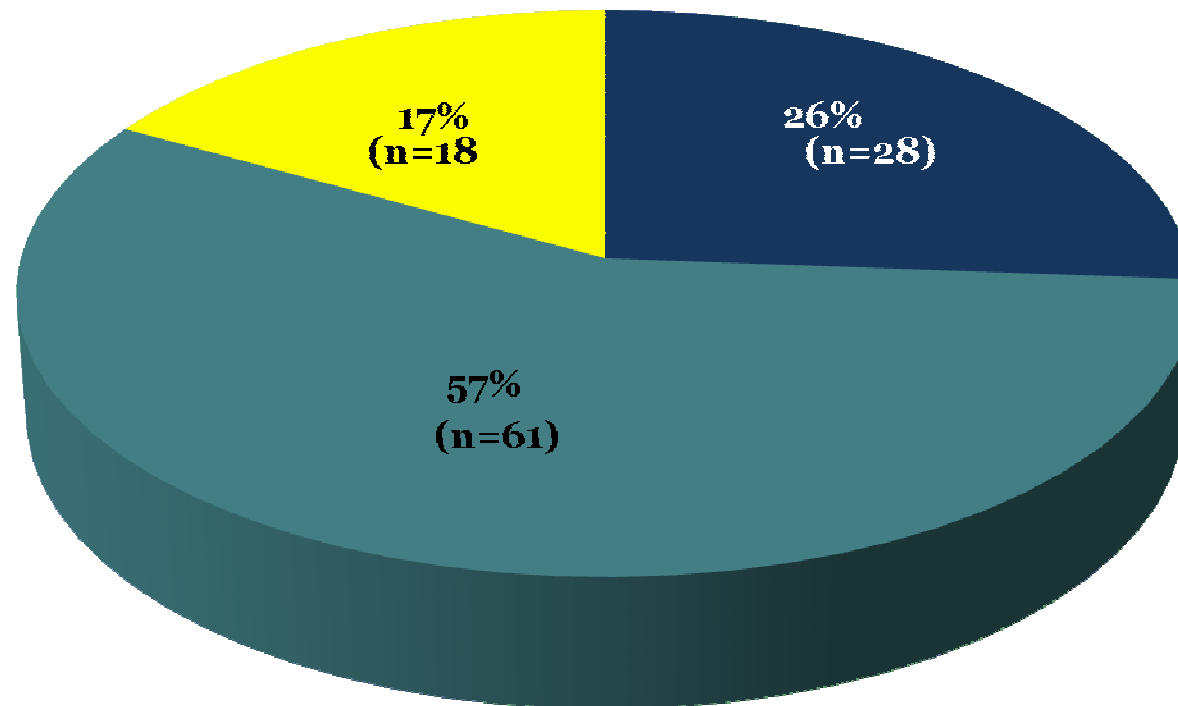


15-20

Plätze pro Landkreis/Stadt

Landkreis / Stadt	Plätze	Einwohner 2010 / pro 100.000
Rostock	8	202.735 4 Plätze pro 100 000
Landkreis Rostock	19 (plus Gelbensande?)	216.189 9 Plätze /100 000
Mecklenburger Seenplatte	7 (ab 2011 plus Waren)	272.922 2.5 Plätze pro 100 000
Ludwigslust Parchim	23	218.362 10.5 Plätze pro 100 000
Vorpommern Rügen	38	230.743 16.5 Plätze pro 100 000
Vorpommern Greifswald	8	245.733 3 Plätze pro 100 000
Schwerin	0	95.200
Nordwestmecklenburg	10	160.423 6 Plätze pro 100 000

Eingetragener Wohnsitz vor Aufnahme

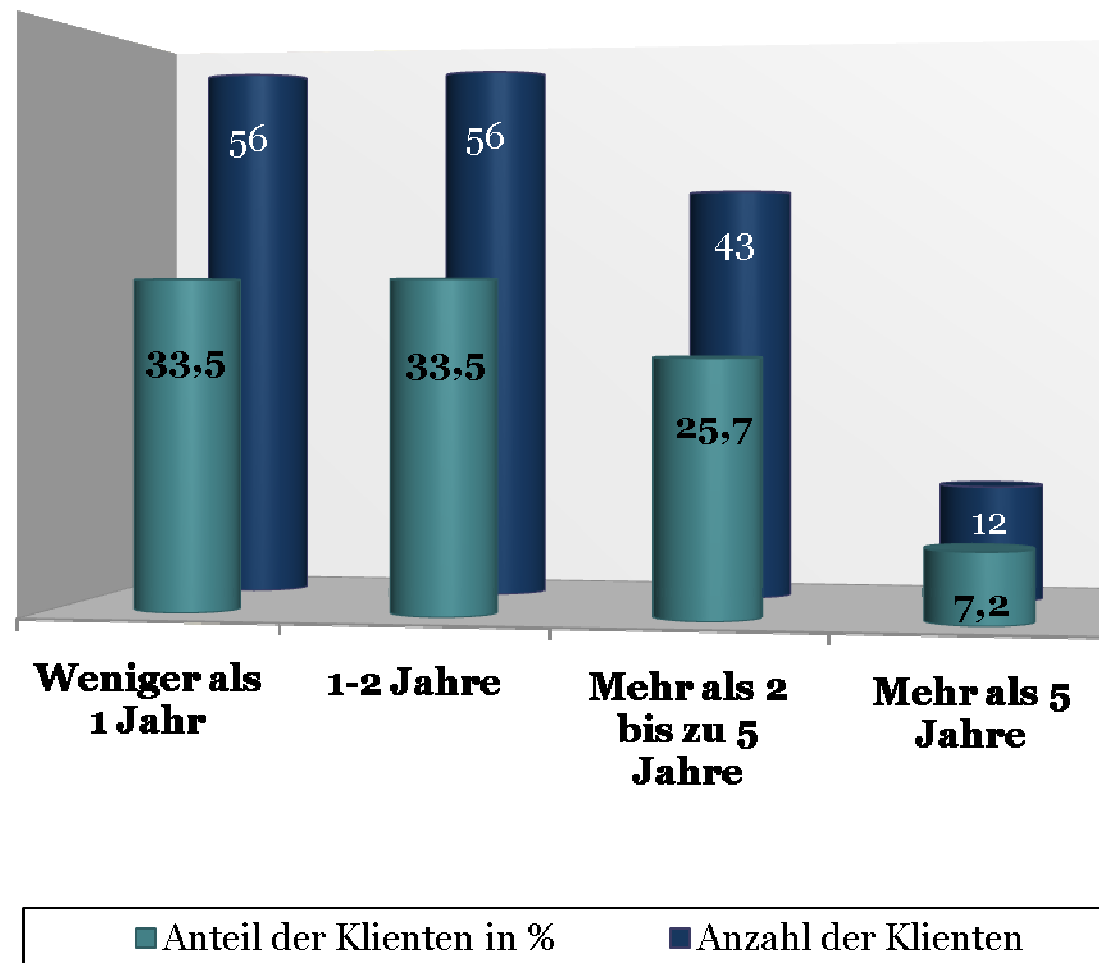


- Landkreis der Einrichtung
- Landkreis außerhalb der Einrichtung in MV
- Bundesland außerhalb MV

n=9 Einrichtungen (107 Klienten)

Stand: 31.05.2011

„Verweildauer“

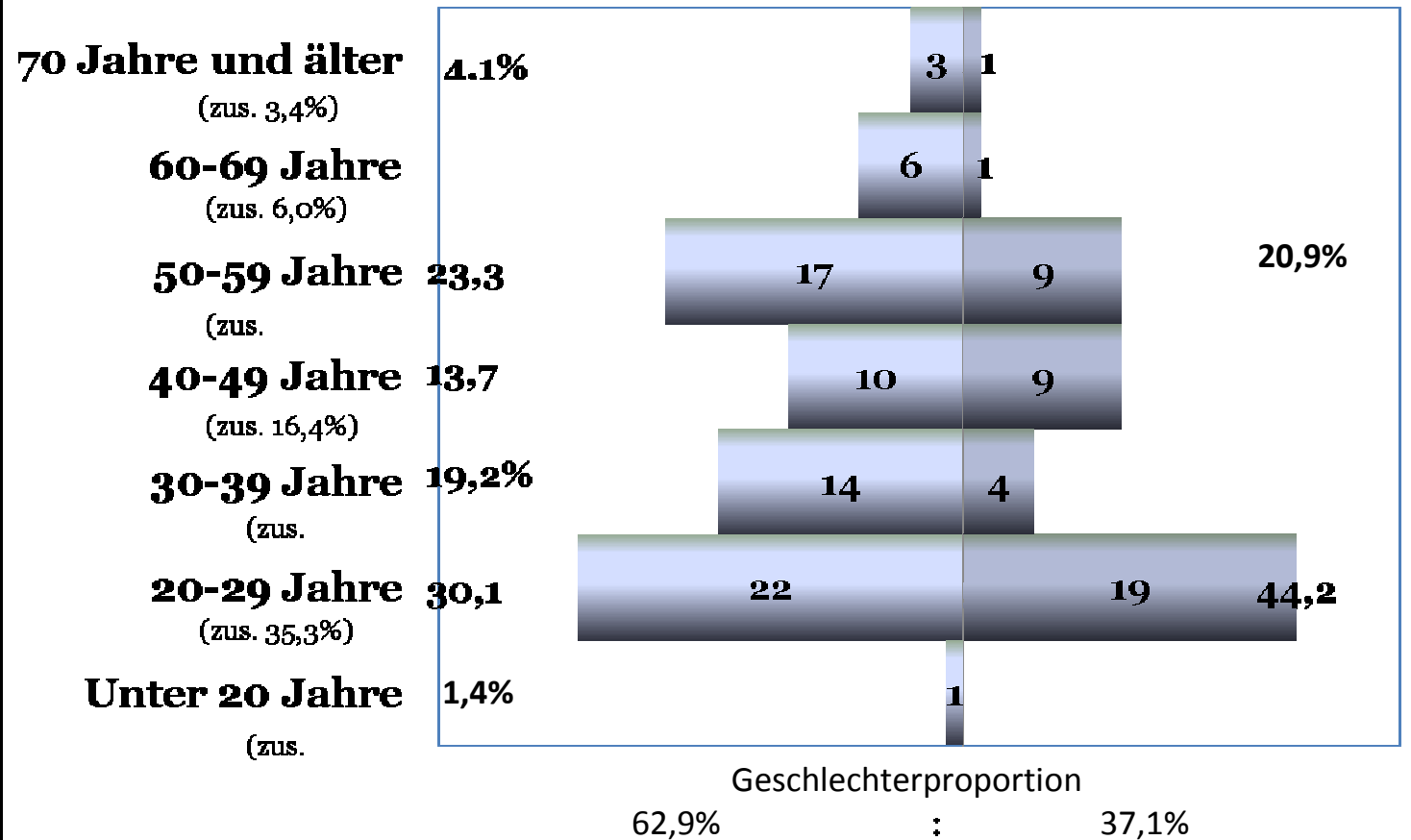


n=9 Einrichtungen (167 Klienten)

Mittlere Verweildauer der Klienten
(01.01.2006-31.12.2010): 83,6 Wochen
(Minimum: 40 Wochen; Maximum: 208 Wochen)

Stand: 2010

Altersstruktur

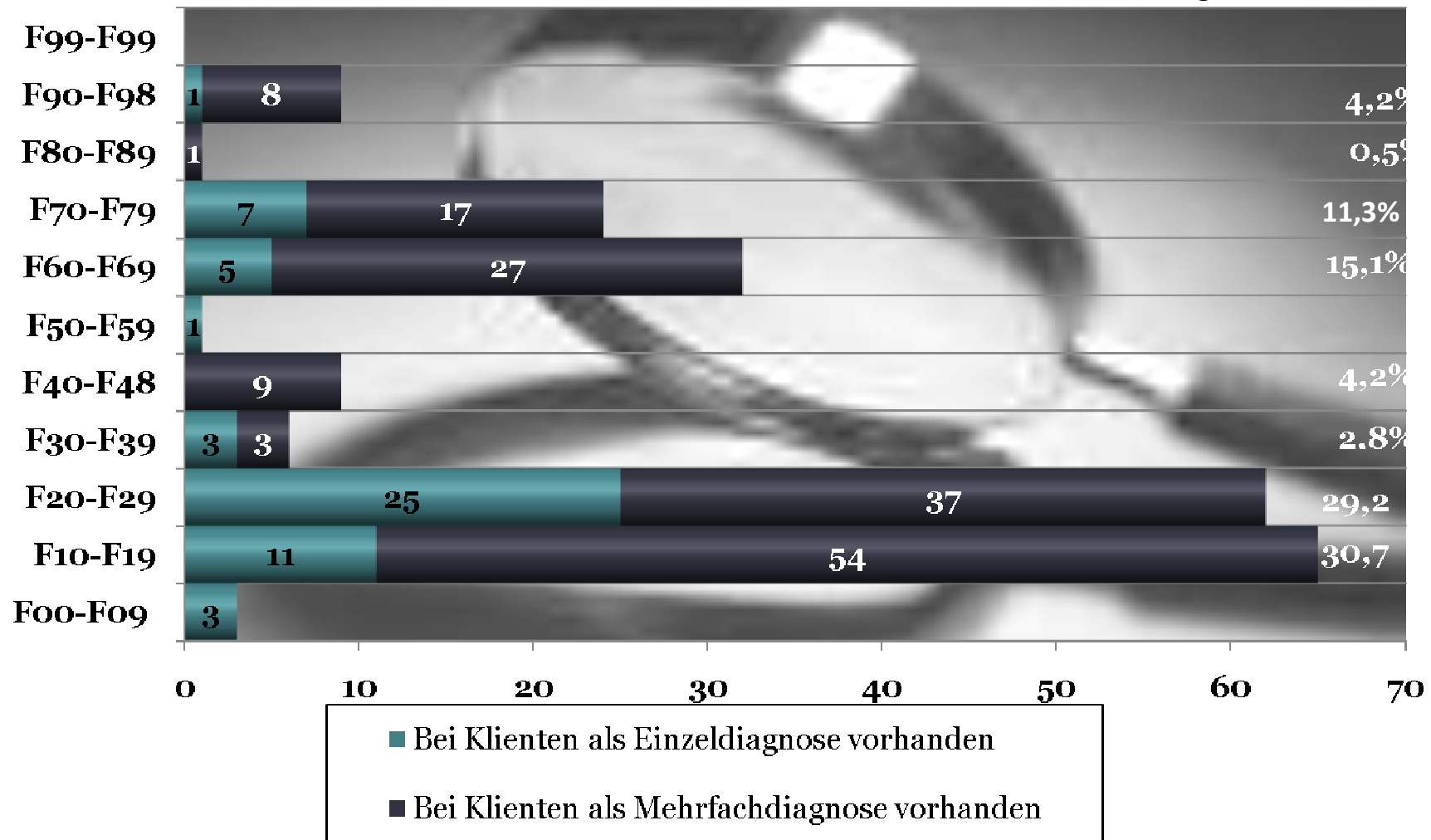


n=9 Einrichtungen (116 Klienten)

Stand: 31.05.2011

Primärdiagnosegruppen (ICD-10)

Einzeldiagnose: 26,4%
Mehrfachdiagnose: 73,6%

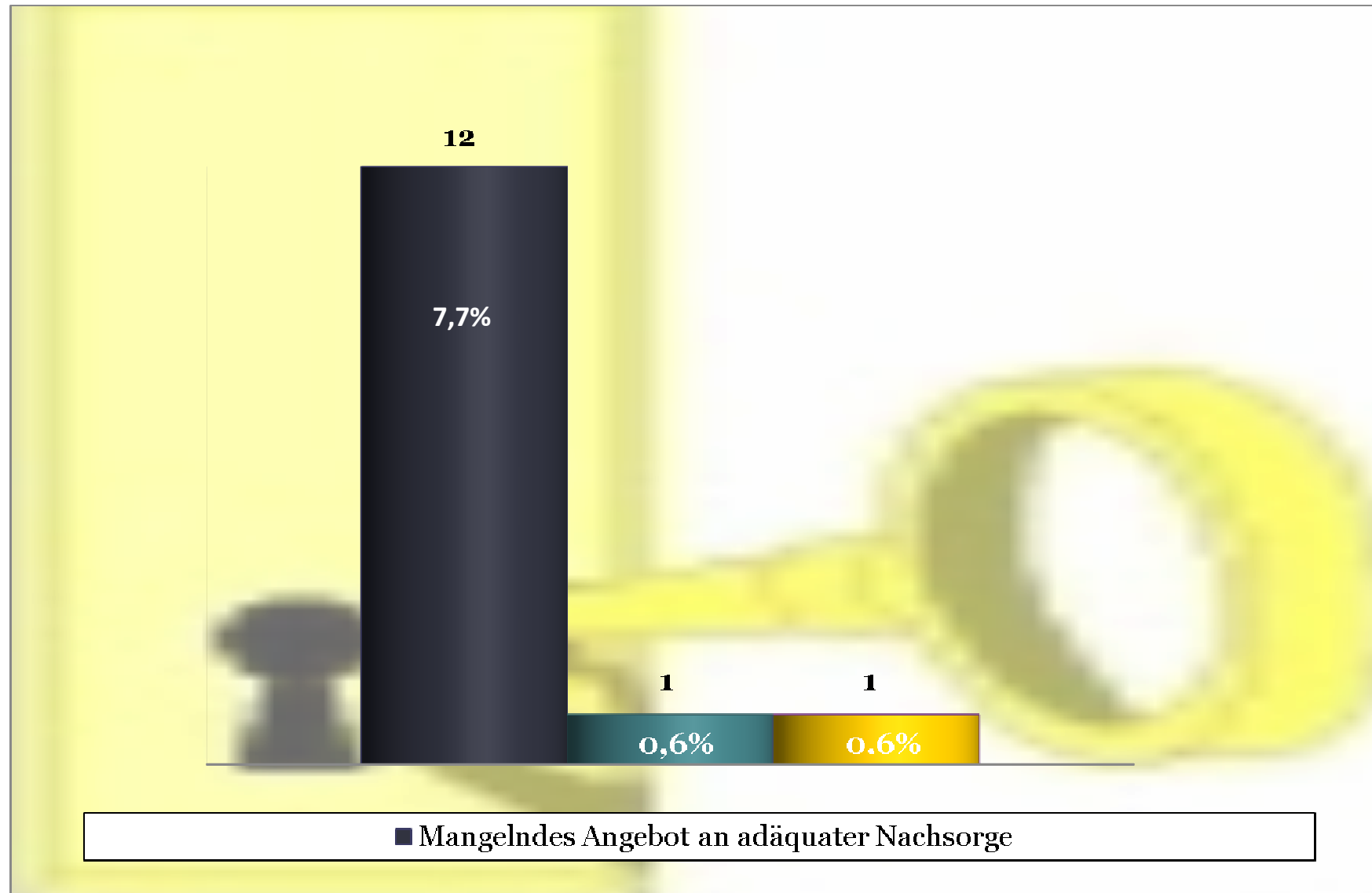


n=7 Einrichtungen (137 Klienten)

Mittlere Diagnosezahl je Klient: 1,55

Stand: 2010

Entlassungshemmnisse



n=8 Einrichtungen (n=155 Klienten)

Stand: 2010

2.2. Weitere Ergebnisse:

- Zuweisungen erfolgen in aller Regel (70%) über die **Krankenhäuser**
- Ca. jeder 7. Klient kommt aus einer sozialpsychiatrischen Einrichtung
- Ca. 65% werden aus der geschlossenen Wohnform in **sozialpsychiatrische Einrichtungen** entlassen
- Jeder 6. Klient in die Häuslichkeit mit ambulanter Betreuung.
- Ca. 10% der Klienten konnten nicht frühzeitig entlassen werden, weil **kein Nachsorgeangebot** zur Verfügung stand

3. Qualitative Befragung:

- Interviews mit Vertretern Klinik, Einrichtungen, Betreuern **Parameter:**
 - Zugänge
 - Strukturqualität
 - Alternativen
 - Nachsorge
- **Ziel:**
 - Zusammenführung unterschiedlicher institutioneller Perspektiven
 - Entwicklung weiterführender Hypothesen

3.1.Perspektive der Kliniken:

- **Zugänge:**
 - **Externe Supervision** bei Indikationsstellung innerhalb der Klinik nötig
 - Umfassende Fallbesprechung
 - **Hilfeplanung:** Zielorientierte Planung der Behandlung vor und während der geschlossener Unterbringung
- **Strukturqualität:**
 - Engmaschige und geographische Anbindung der Klinik mit Einrichtungen geschlossener Wohnformen
 - **Einstellung des Psychiatrietourismus** bis auf fachlich begründete Ausnahmen & regionale Versorgungsverpflichtung

3.1. Perspektive der Kliniken:

- **Strukturqualität:**
 - Flexible, abgestufte Behandlungsmodule im Umfeld geschlossener Wohnformen, um Nachsorge passgenauer und flexibler zu gestalten
 - In ländlichen Regionen engere Verzahnung der Leistungserbringer
 - Weiterentwicklung des Qualifikationsprofils der MitarbeiterInnen geschlossener Wohnformen in Richtung Psychotherapie
 - Etablierung einer Besucherkommission zur Begleitung der Behandlung
 - Bessere und langfristige Planung der Übergänge von Klinik in die geschlossene Unterbringung und von geschlossener Wohnform in weiterführende Hilfen

3.2. Perspektive der Einrichtungen:

- **Zugänge:**
 - Die Übergänge Krankenhaus-Geschlossene Wohnformen - sind oft dadurch geprägt, **dass die Krankenhäuser schnell entlassen müssen**. Für die sozialpsychiatrischen Einrichtungen macht dies eine angemessene Vorbereitung schwierig.
 - **Vorbereitende Hilfeplankonferenzen**, die auch im Vorfeld eines Beschlusses nach BGB §1906 ansetzen, gibt es nur dort, wo bereits eine enge, geographisch nahe Kooperation zwischen Krankenhaus und Einrichtung institutionalisiert ist

3.2. Perspektive der Einrichtungen:

- **Strukturqualität:**

- Falsche Anreize der Kostenträger: **Der betriebswirtschaftliche Druck auf die Einrichtungen erzeugt den Zwang, freie Plätze schnell zu besetzen**, auch von Klienten die aus weiteren Regionen kommen. Regionale Versorgungsverpflichtung als Voraussetzung für Qualität
- Für Klienten, die aus anderen Regionen kommen, ist in der Regel der **Übergang und auch die Nachsorge problematisch zu gewährleisten**, weil Abstimmungen mit Akteuren außerhalb der Einrichtung schwierig sind. Recht auf geschlossene Unterbringung in der Heimatregion = **Pflichtversorgung der Kommunen**
- Nur in begründeten Einzelfällen sollte von der gemeindenahen Unterbringung abgewichen werden

3.2. Perspektive der Einrichtungen:

- **Strukturqualität:**
 - Die fachärztliche Betreuung ist mehr oder weniger gut. Gerade Einrichtungen in ländlichen Bereichen fällt es mitunter schwer, eine **enge und ausreichende Verzahnung mit einer psychiatrischen Klinik** zu etablieren. Wieder: Problem ärztlicher Versorgung beim Psychiatrietourismus!
 - Die **Personalstruktur** geschlossener Wohnformen mit Blick auf die therapeutischen Qualifikationen muss verbessert werden
 - **Flexible Übergänge „Geschlossenen“ - Offen“ - “Tagesstruktur“** müssen ausgebaut werden

3.2. Perspektive der Einrichtungen:

- **Strukturqualität:**
 - Alternativen zur geschlossenen Wohnform bzw. angemessene Nachsorgemaßnahmen können – optional - auch personalintensive „Rund-um-die-Uhr“ Betreuungen in einem ambulanten setting sein.
 - Offene Hilfen mit Intensivbetreuung für den Übergang
 - Bei Menschen mit einem massiv gestörten Interaktionsverhalten sind auch kreative Arrangements (z.B. Bauwagen) notwendig. Solche Lösungen setzen aber auch ihre Refinanzierbarkeit voraus.
 - Ausbau und Differenzierung der regionalen Angebote (Assistenzkonzepte) z.B. Rückzugsräume, Weglaufhäuser, kreative Lernwerkstätten. Sozialgesetzesübergreifender Vernetzung durch verbindliche Strukturen in der Region. (Regionale Psychiatrieplanung)

3.2. Perspektive der Einrichtungen:

- **Strukturqualität:**
 - **Qualitative Evaluation** der geschlossenen Unterbringung – auch für Fixierungen, Zwangsausübungen und Time-out-Räume mit Begleitungen
 - Ausbildungsmodule, therapeutische Konzepte (Multimodel), Lockerungen und tagesstrukturierende Angebote, konsiliarpsychiatrische Begleitung
 - Abbau der bisher überregional belegten Plätze und Regionalisierung der Angebote
 - **Kostenträger schaffen Anreize**, um dem überregionalen Belegungsdruck entgegenzuwirken...
 - **Verbindliche Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure** (z.B. Justiz, Klinik, Ordnungskräfte und Psychiatrie...) in den Regionen durch institutionalisierte Abstimmungsprozesse. Gemeinsame Verantwortung in der Region!!

3.3. Perspektive der rechtlichen Betreuer:

- **Zugänge:**
 - Erleben sich bei der Suche nach Plätzen unter großem Druck
 - Schwierigkeit, offene Plätze zu sondieren
 - Als Indikation wird vor allem fremdgefährdendes, verwahrlosendes Verhalten gesehen...
- **Strukturqualität:**
 - **Übergänge von geschlossenen in offene Bereiche gelten als riskant**, weil der Abbau an Strukturiertheit die Klienten oft überfordern- Forderung nach Maßnahmen die eine hohe Struktur anbieten bei intensivem Personalschlüssel
 - **Kaum Verzahnung bei der Hilfeplanung** mit Klinik und Sozialpsychiatrie, da eben in nicht allen Regionen Hilfeplankonferenzen fest etabliert sind

3.3. Perspektive der rechtlichen Betreuer:

- **Strukturqualität:**

- **Ambulante Arrangement** können im Einzelfall geschlossene Wohnformen ersetzen. Durch die Deckelung der ambulanten Fachleistungsstunden sei dies aber letztlich unrealistisch
- **Die Verweildauer** in stationären offenen Hilfen sei sehr lang, dadurch kaum freie Plätze für den Übergang....
- Wichtig seien in geschlossenen Wohnformen **flexibel gehaltene Konzepte** (Lockerungen, Tagesstruktur, Wechsel in offene Bereiche etc...) und ein guter Personalschlüssel...

4.4. Illustration:

Schnittstellenproblem Akutkrankenhaus – Geschlossene Wohnform

„Wir produzieren 2-5 Fälle im Jahr. Und etwa die Hälfte der Fälle müssen wir überregional unterbringen, wir kriegen sie hier (in der angebundenen Einrichtung der Sozialpsychiatrie) nicht unter, weil da dann aktuell kein Platz frei ist. Das kann zwar in Einzelfällen positiv sein (...), aber eigentlich ist das ein Desaster: weil das Wissen über die Betroffenen verlorengeht, weil die Sozialarbeit, die Ärzte neu anfangen müssen, Beziehungen aufzubauen und nötige Informationen zu sammeln.“ (Ärzt)

„Weil, man kann sich eine Menge ausdenken, sich da unter Kollegen zusammensetzen und sagen: aus fachlicher Sicht wäre dies oder jenes geboten..., wenn der Betroffene in diese oder jene Einrichtung könnte, die so und so gestrickt ist und jene therapeutischen Angebote vorhält und so... letztlich ist das Fiktion, hat mit der Praxis nichts zu tun, weil wir in der Regel froh sind, überhaupt irgendwo einen Platz zu finden...“ (Betreuer)

4.4. Illustration: Schnittstelle

Geschlossene Wohnformen – Nachsorge

„Gerade wenn die Betreuung in einem anderen Bundesland angesiedelt ist in Brandenburg oder im Berliner Raum, dass ist natürlich schwierig, vor allem für die Nachsorge dann. Gerade wenn man auf der Suche ist, im Anschluss an die geschlossene Einrichtung, dann eine adäquate Einrichtung zu finden, dass gestaltet sich schwierig, zumal die Einrichtungen aus der Heimatregion sich häufig sperren, weil sie kennen den Patienten ja schon...“ (Einrichtung)

“Das Problem ist doch, dass wir uns als Einrichtung alleine fühlen und dass wir als Einrichtung Aufgaben übernehmen, die - so denke ich - so nicht unsere Aufgaben sind, weil ganz klar, in dem Moment, in dem der Klient uns ist, sind wir verantwortlich, aber dann wenn der Beschluss ausläuft, dann denke ich schon, dass man auf eine andere Qualität der Kooperation angewiesen ist... wir machen halt die Erfahrung, dass wir schon relativ früh mit dem Klienten durchs Land pendeln und Einrichtungen abklappern und so wie Bittsteller - das muss man so sagen - darauf hoffen müssen, dass uns die Klienten abgenommen werden. Manche Klienten wissen zwei Tage vor Ablauf des Beschlusses nicht, wo es hinget, dass kann es nicht sein und dass dann gerade die hoch psychisch gestörten Klienten sensibel auf so was reagieren ist doch klar“ (Einrichtung)

4.5. Sonderfall Rostock?

- Rostock als Ausnahme?
 - Bedarf: 3 Plätze auf **100 000** Einwohner
 - Ergäbe rein „rechnerisch“ einen bundesweiten Bedarf von **2400** Plätzen auf 80 Mill. Einwohner geschlossener Wohnformen in der Eingliederungshilfe
 - Rostock hat landesweit eine sehr geringste Verweildauer von etwa 1 Jahr
 - Rostock hat regionale Pflichtversorgung: geringer Anteil an Psychiatrietouristen
 - Flexibles Betreuungssystem durch Regionalbudget
 - Systematische Einzelfallsteuerung
 - Verzahnung von SGB V Leistungen und Eingliederungshilfe
 - Verzahnung mit Universitätsklinik / Institutsam



5. Zentrale Hypothese:

- **Qualitätsfaktoren** der regionalen Versorgung haben entscheidenden Einfluss auf den konkreten regionalen Bedarf an geschlossenen Plätzen:
 - Enge Verzahnung von medizinischer und sozialpsychiatrischer Versorgung;
 - Ausbau ambulanter SGB V Leistungen;
 - Systematische Hilfeplankonferenzen;
 - Flexibilität der Betreuung durch ein differenziertes, personenzentriertes und gemeindenahes Versorgungssystem;
 - Regionale Pflichtversorgung.

5. Zentrale Hypothese:

- Nur wenn wir die Verantwortung für die „schwierigen“ Patienten tatsächlich annehmen und das Versorgungssystem von den „Schwächsten“ her denken, können konstruktive Lösungen gefunden werden.....