



Landesverband
Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Stand 2020

Aktuelle Versorgungssituation von sogenannten Systemsprengern in Mecklenburg-Vorpommern

—

eine Zusammenschau vorliegender Ergebnisse und Erkenntnisse

Der Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V. möchte an dieser Stelle seinen Dank an Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Prof. Dr. Andreas Speck und Sarah Jenderny für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichtes richten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Die Datenlage zur Thematik „Systemsprenger“ insgesamt und in Mecklenburg-Vorpommern	2
3. Definition „Systemsprenger“.....	5
4. Wissenschaftliche Ergebnisse in Mecklenburg-Vorpommern	6
4.1 Passgenaue Angebote	6
4.1.1 Schlussfolgerungen – passgenaue Angebote	11
4.1.2 Zusammenfassung und Fazit- Passgenaue Angebote	12
4.2 Verfahren zur Planung und Realisierung des Bedarfes	12
4.2.1 Schlussfolgerungen – Verfahren zur Planung und Realisierung des Bedarfes	14
4.2.2 Zusammenfassung und Fazit - Verfahren zur Planung und Realisierung des Bedarfes	16
4.3 Psychiatrietourismus und Pflichtversorgung.....	16
4.3.1 Schlussfolgerungen – Psychiatrietourismus und Pflichtversorgung	18
4.3.2 Zusammenfassung und Fazit	19
4.4 Zwangsfreie Kommune.....	19
4.4.1 Zusammenfassung und Fazit – Zwangsfreie Kommune	22
5. Forderungen für die Versorgung von Menschen mit herausfordernden Bedarfen in Mecklenburg-Vorpommern.....	22

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entlassungshemmnisse	7
Abbildung 2: Gründe für erschwerte Entlassung bundesweit offen	7
Abbildung 3: Gründe für erschwerte Entlassung bundesweit geschlossen	8
Abbildung 4: Nachtdienste M-V offen.....	9
Abbildung 5: Struktur der Mitarbeiter*innen M-V	9
Abbildung 6: Dauer des Wohnens bundesweit und in M-V	10
Abbildung 7: Zuweisungssetting Psychiatrische Klinik bundesweit	13
Abbildung 8: Zuweisungssetting Psychiatrische Klinik M-V	13
Abbildung 9: Stärkung des Entlassmanagements der psychiatrischen Kliniken	14
Abbildung 10: Verfahrensvorschlag	15
Abbildung 11: Heime und regionale Einzugsgebiete.....	16
Abbildung 12: Heimplatz am letzten Wohnort? Bundesweit und M-V.....	17
Abbildung 13: Eingetragener Wohnsitz vor Aufnahme 2010 und 2017	18
Abbildung 14: Zwangsfreie Kommune	19
Abbildung 15: Regionales Monitoring.....	21

1. Einleitung

Das **Projekt Netzwerk Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern** setzt sich - als eines der Hauptaufgabenfelder des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LSP M-V) – für eine Überwindung des zergliederten Sozialleistungssystems bzw. der damit einhergehenden Versäulung und Zersplitterung der psychiatrischen Versorgung ein. Erfahrungen aus der psychiatrischen Praxis zeigen, dass es durch die unterschiedlichen Leistungssysteme mit ihren eigenen Anspruchs- und Finanzierungslogiken gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen oft zu **Schnittstellenproblemen** kommt, die eine hochwertige Behandlung und Betreuung massiv beeinträchtigen können. So machen sie die Leistungen für Klient*innen unüberschaubar und erzeugen einen Koordinierungsaufwand, der gerade die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen überfordern kann und möglicherweise u.a. zu einer zu späten Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen führt. Aber auch die Leistungsträger sind zu einer Koordinierung gezwungen, die erhebliche Ressourcen beansprucht. Mit dem neuen Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber reagiert. Ob aber sich so die „Hilfen wie aus einer Hand“ tatsächlich umsetzen lassen, ist derzeit kaum absehbar.

Besonders Menschen mit komplexen oder herausfordernden Hilfebedarfen, oft auch „Systemsprenger“ genannt, scheinen an dieser Stelle erheblich benachteiligt zu sein. Insbesondere diese Gruppe ist auf eine gute und abgestimmte Zusammenarbeit aller potentiellen Leistungsträger angewiesen. Der Umfang der Bedarfe scheint sich aktuell aber nicht in den Umfängen der Leistungsgewährung für Menschen mit herausfordernden oder komplexen Bedarfen abzubilden (Giertz & Gervink 2017). Der Landesverband Sozialpsychiatrie M-V hat sich bereits seit Jahren wissenschaftlich mit dieser schwierigen Thematik auseinandergesetzt.

Neben der Problematik des zergliederten Sozialleistungssystems wird gleichzeitig in der Kommunikation mit sozialpsychiatrischen Praxisinstitutionen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich, dass Menschen mit komplexen oder herausfordernden Bedarfen aus **Mangel an offenen, flexiblen und dem Bedarf entsprechend personell ausgestatteten Hilfsangeboten** in sogenannten „Geschlossenen Heimen“ nach §1906 BGB untergebracht werden. Aus Sicht der Leistungsanbieter*innen ist zudem nicht immer ein einjähriger Unterbringungsbeschluss notwendig. Einige Klient*innen benötigen nur zu Beginn den Zwang der Unterbringung, um eine kurzfristige Stabilisierung zu erreichen. Zwar ist in dem Leistungstyp „Geschlossene Wohnform“ nach altem Landesrahmenvertrag M-V nur hier die höchste personelle Ausstattung vorhanden, der **rechtliche und institutionelle Rahmen** generiert aber dennoch zu wenig Spielräume, um adäquat auf die individuellen Bedarfslagen dieser Menschen einzugehen. Außerdem berichten Leistungsanbieter*innen, dass eine Vielzahl der Klient*innen in den „Geschlossenen Heimen“ **aus anderen Bundesländern** kommen, die Wartelisten auf einen Platz lang sind und täglich neue Anfragen aus Mecklenburg-Vorpommern, aber auch insbesondere aus anderen Bundesländern eingehen. Nach einer Aufnahme von Klient*innen aus anderen Bundesländern besteht beispielsweise kaum die Möglichkeit, diese nach der Unterbringung in ihre Heimatregionen zurückzuführen.

Die vom BMG finanzierte ZIPHER-Studie (**Zwangmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem – Erfassung und Reduktion**) mit dem Teilprojekt zur Erfassung von Struktur- und Prozessdaten psychiatrischer Wohnheime im gesamten Bundesgebiet liefert zu den Einschätzungen der Praxis nun empirische Daten. Die Studie generiert nicht nur Daten für die bundesweite Situation, sondern lässt auch einen Bezug zu Mecklenburg-Vorpommern zu (Jenderny et al. 2020; Steinhart et al. 2020). Die Untersuchung des LSP M-V lieferte bereits erste Daten zu den „Geschlossenen Wohnheimen“ in M-V (Speck 2014; Steinhart et al. 2013), sodass ein zeitlicher Vergleich mit den aktuellen ZIPHER-Daten möglich ist und Entwicklungen in Mecklenburg-Vorpommern identifiziert werden können. Zusätzlich liefert die ZIPHER-Studie mit ihrem Schwerpunkt auf der Thematik „Zwang im psychiatrischen Hilfesystem“ Erkenntnisse zum Umgang mit und der Reduktion von Zwangsmaßnahmen in den Regionen bzw. Landkreisen. Hieraus ergeben sich wiederum Erkenntnisse für die Versorgung von „Systemsprengern“, da diese oftmals durch den Mangel an Alternativen bzw. flexiblen, passgenauen Lösungen geschlossen untergebracht werden (siehe oben). Auch die aktuellen Forschungsbemühungen von Giertz zur „Systemsprenger-Problematik“ in Berlin liefern wichtige Erkenntnisse für die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen mit komplexen Hilfebedarfen und bestätigen in vielerlei Hinsicht auch die bereits erhobenen Daten in Mecklenburg-Vorpommern (Giertz 2016a; Giertz 2016b; Giertz & Gervink 2018).

Insgesamt veranlassen die oben beschriebenen schwierigen rechtlichen Rahmenbedingungen mit dem aktuellen Umbruch durch das Bundesteilhabegesetz sowie die erläuterte Perspektive der Praxis und die aktuellen empirischen Daten der ZIPHER-Studie inklusive der explizit guten Datenlage für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern den LSP M-V dazu, diesen Bericht zur Versorgungssituation von sogenannten „Systemsprengern“ zu verfassen. Der Bericht intendiert die vielen Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Untersuchungen zusammenzutragen und eine **Zusammenschau der Gesamtsituation von „Systemsprengern“ in Mecklenburg-Vorpommern** zu ermöglichen. Des Weiteren sollen Forderungen und Empfehlungen für eine zukünftige psychiatrische Versorgung generiert werden, um erste Schritte von Lösungsansätzen für die Situation von „Systemsprengern“ zu initiieren. Der LSP M-V entspricht mit dieser Aktivität seinem Selbstverständnis als Brückenbauer zwischen sozialpsychiatrischer Versorgungsforschung und Praxis.

Zunächst wird eine Übersicht der unterschiedlichen wissenschaftlichen Studien, Berichte und Praxisperspektiven dargestellt, auf die sich der vorliegende Bericht bezieht. Anschließend wird die gesamte Datenlage zusammengetragen und abschließend bewertet.

2. Die Datenlage zur Thematik „Systemsprenger“ insgesamt und in Mecklenburg-Vorpommern

Folgende wissenschaftliche Untersuchungen und Publikationen dienen als Grundlage für diesen Bericht. Die Auflistung folgt einer chronologischen Reihenfolge:

- **Freyberger, H.J., Ulrich, I., Dudek, M., Barnow, S., Kleinwort, K. & Steinhart, I. (2004). Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur „Systemsprenger-Problematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 2, 16-21.**

Freyberger, H. J., Ulrich, I., Barnow, S., & Steinhart, I. (2008). Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen. Eine Untersuchung zur „Systemsprenger-Problematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, *76*, 106–113.

Diese Publikationen fußen auf dem Modellprojekt „Systemsprenger“ 09-2002 – 12-2004 finanziert durch das Sozialministerium des Landes M-V; Es umfasste eine wissenschaftliche Untersuchung des Institutes für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. mit dem Ziel, eine Bestandsaufnahme der „Systemsprengerproblematik“ zu generieren, die als „Systemsprenger“ bezeichneten Personen näher zu charakterisieren und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, die eine weitgehend lebensfeldorientierte Unterstützung der Zielgruppe innerhalb der Landesgrenzen von Mecklenburg-Vorpommern ermöglicht.

- **Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (2011).** *Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern.* Dieses Werk stellt den sogenannten Psychiatrieentwicklungsplan für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern dar. Er wurde in einem sehr intensiv mit der sozialpsychiatrischen Praxis und der sozialpsychiatrischen Forschung (Freyberger/Steinhart) abgestimmten Verfahren erarbeitet und dann schließlich 2011 vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V herausgegeben.
- **Steinhart, I., Speck, A. & Freyberger, H.J. (2013).** Blackbox geschlossene Heime. Fakten und Perspektiven am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns. In: *Psychosoziale Umschau* **28/2013**, 6-9. Der LSP M-V mit Unterstützung des Institutes für Sozialpsychiatrie M-V e.V. befasste sich ab 2010 erneut dezidiert mit der Versorgung von Menschen, die einen komplexen und für das Versorgungssystem herausfordernden Hilfebedarf aufzeigen. Die Untersuchungen von Andreas Speck konzentrieren sich auf den Kontext der Geschlossenen Wohnheime, wollen diesen mit der Datenlage erhellen und richten aber auch einen Blick auf die Zugangs- und Entlasssituation. Die 2010 erhobenen Daten durch die Befragung der geschlossenen Wohnheime in Mecklenburg-Vorpommern bieten eine gute Grundlage des Vergleichs mit den Daten der ZIPHER-Studie, die 2017 im Rahmen eines Teilprojektes durch das Institut für Sozialpsychiatrie M-V generiert wurden.
- **Speck, A., Steinhart, I. & Freyberger, H.J. (2013).** Wieder einmal alles gesagt...zur Black Box der Geschlossenen Heime? In: *Psychiatrische Praxis* **40/2013**, S.49-51. Erläuterung siehe oben
- **Speck, A. (2014).** *Systemsprenger in der Sozialpsychiatrie: Versorgungsanalyse und ethische Problemstellung unter besonderer Berücksichtigung des Befähigungsansatzes.* Rostock, Dissertation, Universitätsmedizin Rostock. Die intensive Beschäftigung mit der Versorgungssituation von Systemsprengern in 2010 nimmt Andreas Speck im Rahmen seiner Dissertation auf und vollzieht eine Analyse der Versorgung und eine theoriegeleitete ethische Analyse.
- **Giertz, K. (2016a).** *Die „Systemsprenger-Problematik“ in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen von Berlin. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase. Forschungsbericht der VIA Perspektiven gGmbH.*

- Giertz, K. (2016b). Die psychiatrische Versorgungsforschung von „problematischen“ Patientengruppen in der BRD: Eine Übersicht zum aktuellen Stand der Heavy-User-Forschung, psychiatrischen Obdachlosenforschung und sogenannten Systemsprenger-Forschung. *Forschungsbericht der VIA Perspektiven gGmbH*.
- Giertz, K., Gervink, T. (2017). „Systemsprenger“ oder eher PatientInnen mit einem individuellen und komplexen Hilfebedarf? Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Erkenntnissen der Forschung zur „Systemsprenger-Problematik“ für die psychiatrische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung? *Psychotherapie Forum*, 22, 105-112.
- Giertz, K., Gervink, T. (2018). Die „Systemsprenger-Problematik“ in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen. Erste Untersuchungsergebnisse aus Berlin. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 48 (3), S. 38-43.
- Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (Hg.); Speck, A. (Hg.); Steinhart, I. (Hg.) (2018). *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Psychiatrie Verlag. Der Baescap-Studie ist es gelungen, Menschen zu ihrer Lebenssituation und ihren Chancen auf Teilhabe zu befragen, die Hilfen aus der Eingliederungshilfe beziehen. Sie zählen damit zu den Nutzer*innen des `Chronisch-kranken-Hilfesystems`. Das Fazit der Studie lautet: Schwer psychisch krank in Deutschland – abgehängt und chancenlos.
- Steinhart, I. (2018). Schwer psychisch krank in Deutschland – (k)ein „gutes Leben“. *Psychiatrische Praxis*, 45, 341-343. Siehe oben
- Jenderny, S., Schreiter, J., Steinhart, I. (2020). *Psychiatrische Wohnheime in Deutschland - Transparenz und Strukturen*. *Psychiatrische Praxis, zur Publikation angenommen*. Die Publikation basiert auf den Ergebnissen der ZIPHER-Studie 2016-2019 – Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem – Erfassung und Reduktion. Das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. war an dieser bundesweiten Studie mit mehreren Teilprojekten beteiligt.
- Steinhart, I., Jenderny, S., Schreiter, J. (2020). (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? *Psychiatrische Praxis, zur Publikation angenommen*. Siehe oben
- Jenderny, S., Speck, A., Giertz, K., Steinhart, I. (2021). Psychisch erkrankte Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen: Geschlossene Unterbringung als NO-GO sozialpsychiatrischer Unterstützungsleistungen am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern? In: Giertz, K., Große, L., Gahleitner S. B. (Hg.) (2020). *Hard to reach: Schwer erreichbares Klientel in der psychosozialen und psychiatrischen Arbeit unterstützen*. Köln, Psychiatrie Verlag, S. 61-69.

Gleichzeitig bezieht sich der Bericht auf Erkenntnisse aus dem Projekt Netzwerk Sozialpsychiatrie M-V durch folgende Gremien:

- Landesarbeitsgruppe Geschlossene Wohnformen: Im Rahmen dieser Landesarbeitsgruppe treffen sich 2-3 Mal jährlich Vertreter*innen von Leistungsangeboten der Geschlossenen Heime aus Mecklenburg-Vorpommern

- Landesarbeitsgruppe Forensische Psychiatrie: Unter dem Dach dieser Landesarbeitsgruppen finden sich Vertreter*innen aus unterschiedlichen Sektoren im Hinblick auf die Versorgung forensischer Patient*innen zusammen.
- Arbeitskreis der Chefärzt*innen der psychiatrischen Kliniken im Land Mecklenburg-Vorpommern

3. Definition „Systemsprenger“

In diesem Abschnitt soll zunächst eine kurze Erläuterung der Begrifflichkeit „Systemsprenger“ vorgenommen werden, um eine Klärung und genaue Beschreibung der Personengruppe zu erzeugen:

Problematische Patient*innen

In der psychiatrischen Versorgungsforschung werden seit längerem „problematische“ Patient*innen ausgemacht. Diese „problematischen“ Patient*innen werden in drei Gruppen eingeteilt. Zum einen wird, auch international, von der Gruppe der „**heavy user**“ gesprochen. „Heavy user“ werden dadurch charakterisiert, dass sie das psychiatrische Versorgungssystem intensiv und immer wieder in Anspruch nehmen. Zum zweiten wurde die Gruppe der **wohnungslosen psychisch erkrankten Menschen** als „problematische“ Patient*innen identifiziert. Bei dieser „problematischen“ Gruppe gilt vor allem der Widerspruch zwischen der hohen Anzahl von psychischen und somatischen Erkrankungen und einer geringen Inanspruchnahme von Hilfen als bisher ungelöste Herausforderung. Die dritte „problematische“ Gruppe wird als „**Systemsprenger**“ beschrieben. Vorhandene Hilfsangebote kommen durch das hohe Störungspotential an ihre Grenzen. Die Konsequenz ist dann oft eine Unterbringung in einer geschlossenen Wohnform oder das Herausfallen aus dem psychiatrischen aber auch sozialen System in beispielsweise die Obdachlosigkeit, Altenhilfe oder den Maßregelvollzug (Giertz 2016b; Speck 2014). Zunehmend beschreiben Kliniken das Phänomen der sogenannten „Langlieger“, also Patienten der psychiatrischen Kliniken, die nicht in das gemeindepsychiatrische System entlassen werden können und lange Klinikaufenthalte haben. Nicht selten liegt auch dieser Thematik eine „Systemsprenger-Problematik“ z.T. auch mit massiven fremd- oder selbstaggressiven Verhaltensweisen zugrunde.

„Systemsprenger“

Unter der Personengruppe der „**Systemsprenger**“ werden „problematische“ Patient*innen verstanden, die durch ihren herausfordernden Bedarf nicht in das vorhandene Angebotssystem passen und für die meist die einzige Lösung ist, sie in einem geschlossenen Heim unterzubringen. Der herausfordernde Bedarf drückt sich auch dadurch aus, dass dieser Personenkreis ein herausforderndes Verhalten zeigt und damit das Angebotssystem überfordert bzw. sprengt. Auch wenn die Verhaltensweisen möglicherweise eine Ähnlichkeit aufweisen, lässt sich trotzdem kein einheitlicher oder ähnlicher Bedarf dieser Personengruppe skizzieren (Freyberger et al. 2004, 2008; Giertz & Gervink 2017; 2018; Speck 2014). Die Bedarfe der Gruppe der „Systemsprenger“ sind somit sehr unterschiedlich und lassen sich eben nicht zusammenfassen. Diese Erkenntnis wurde durch mindestens drei Studien fundiert. Das Scheitern der Versorgung von Menschen mit komplexen oder herausfordernden Bedarfen ist

also **eher auf das Hilfesystem selbst zurückzuführen**. Es konnten in den Studien **keine krankheitsbedingten oder personenbezogenen** Merkmale herausgestellt werden, die die herausfordernde Situation für das Hilfesystem erklären könnten. So zeigt sich die Gruppe der „Systemsprenger“ als sehr heterogen. Schlussfolgerung ist hier demzufolge, dass das **Hilfesystem** durch seine Unfähigkeit auf die individuellen Bedarfe der „Systemsprenger“ einzugehen, **diese selbst generiert** (Freyberger et al. 2004; Giertz 2016b).

Einrichtungstyp „Systemsprenger“?

Die heterogenen Bedarfslagen verdeutlichen, dass auch kein neuer Angebotstyp, entsprechend dem einrichtungsbezogenen Ansatz des alten Landesrahmenvertrags M-V, die Konsequenz sein kann. Es kann aus dieser Erkenntnis heraus also keine neue Einrichtung für „Systemsprenger“ konzipiert und generiert werden, da es nicht möglich ist, diese sehr individuellen Bedarfe von „Systemsprengern“ zu bündeln. Außerdem stellt die Arbeitsgruppe nach der Erhebung in Mecklenburg-Vorpommern 2004 die These auf, dass die Zuschreibung eines „Systemsprengers“ kontextabhängig ist. Das bedeutet, ob ein/e Patient*in / Klient*in als „Systemsprenger“ eingeschätzt wird, hängt möglicherweise vom Personal, der Einrichtung und deren strukturellen Rahmen (beispielsweise Personalschlüssel) ab. Die Lösung der problematischen Versorgung von „Systemsprengern“ liegt also nicht vornehmlich in der Betrachtung der heterogenen Bedarfe, sondern in der **kritischen Betrachtung des Hilfesystems** an sich und der Interaktion mit dem jeweiligen Einzelfall.

Die nun folgende Darstellung der Datenlage soll dieses Ansinnen der kritischen Betrachtung des Hilfesystems eröffnen.

4. Wissenschaftliche Ergebnisse in Mecklenburg-Vorpommern

4.1 Passgenaue Angebote

Wie stellt sich nun die Situation bezüglich passgenauer Angebote in psychosozialen Wohnheimen und in geschlossenen Wohnheimen für Mecklenburg-Vorpommern dar? Die ZIPHER-Studie liefert hier einige aufschlussreiche strukturelle Daten aus der bundesweiten Heimbefragung. Laut Abbildung 1 konnten bundesweit 17,9% der Bewohnenden aus den befragten offenen Wohnheimen nicht aus der Einrichtung entlassen werden, da es kein geeignetes Anschlusssetting gab. Bundesweit betrachtet mussten 1.384 Klient*innen weiterhin in einem psychosozialen Wohnheim verbleiben, da keine passende Alternative zur Verfügung stand. In den befragten geschlossenen Heimen betraf dies bundesweit 139 Bewohnende, was einem prozentualen Anteil von 15,6% entspricht. Für M-V generierte die ZIPHER-Studie hier folgendes: 20,9 % der Klient*innen aus den befragten offenen Einrichtungen konnten wegen des fehlenden Anschlussangebotes nicht entlassen werden. In den geschlossenen Einrichtungen betraf dies 6,6% der Klient*innen.



Abbildung 1: Entlassungshemmnisse

Anhand der Abbildungen 2 und 3 wird deutlich, dass sowohl für den offenen als auch für den geschlossenen Bereich ein fehlendes Anschlussangebot das häufigste Hemmnis für eine Entlassung darstellte.



Abbildung 2: Gründe für erschwerte Entlassung bundesweit offen



Abbildung 3: Gründe für erschwerte Entlassung bundesweit geschlossen

Die Abbildungen 4, 5 und 6 liefern strukturelle Daten bezüglich der Ausstattung von offenen und geschlossenen Wohnsettings. Abbildung 4 zeigt, dass die Gestaltung der Nachtdienste in offenen Wohnheimen sehr unterschiedlich realisiert wird und eher die Tendenz einer geringen strukturellen Ausstattung aufweist. So sagen zwar 27,6% der offenen Wohnheime in M-V, dass eine Nachtwache vorhanden ist. Mehr als die Hälfte der befragten offenen Wohnheime geben aber an, dass sie lediglich eine Nachbereitschaft ohne Nachtwache anbieten. Fast 21% der befragten offenen Wohnheime halten weder eine Nachbereitschaft noch eine Nachtwache vor.

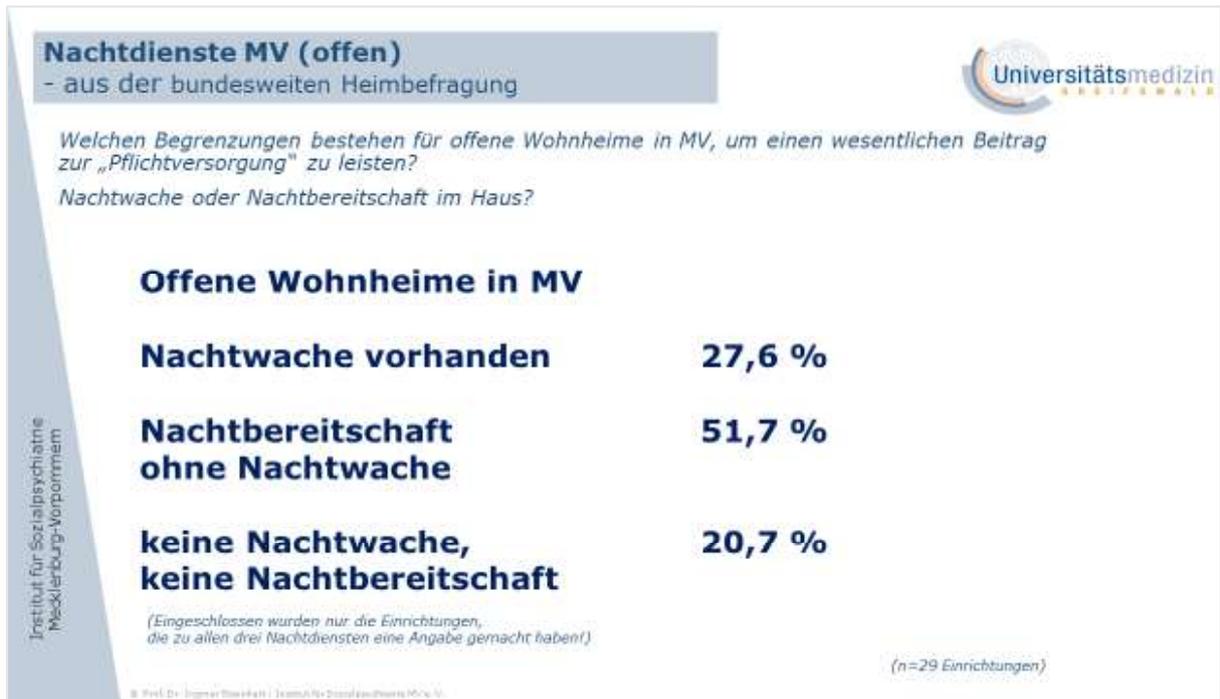


Abbildung 4: Nachtdienste M-V offen

Neben dem Aspekt der Nachtdienste lohnt ein Blick auf die Struktur des Personals in offenen und geschlossenen Wohnheimen in M-V. Bei der Gegenüberstellung in Abbildung 5 wird deutlich, dass in Geschlossenen Wohnheimen ca. 17% mehr Pflege- und pflegehelfende Berufe tätig sind. Werden die beiden Grafiken in Abbildung 5 weiter verglichen, geschieht dies unter anderem zu Lasten der therapeutischen und pädagogischen Berufe. Mit Recht ist hier die Frage zu stellen, ob tatsächlich den Schwerstkranken die intensivste Begleitung und Unterstützung zukommt.

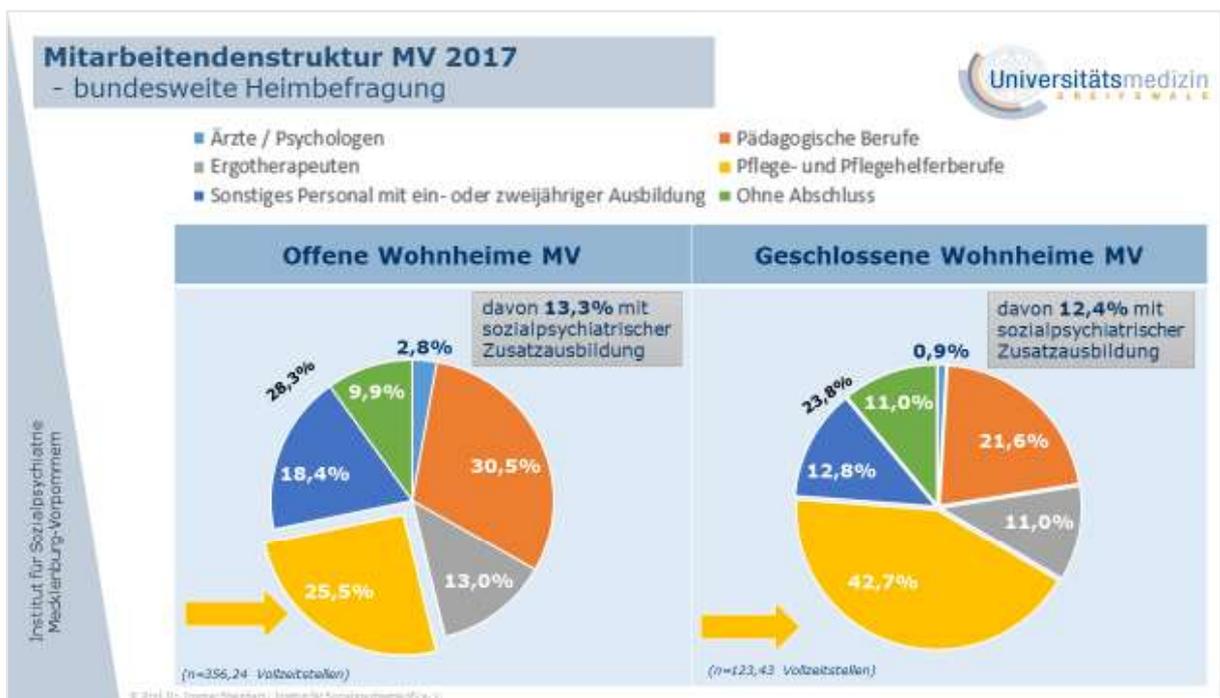


Abbildung 5: Struktur der Mitarbeiter*innen M-V

In der Abbildung 6 wird ein Vergleich im Hinblick auf die Verweildauer von Klient*innen in offenen und geschlossenen Wohnheimen bundesweit und in M-V möglich. Die Grafiken in Abbildung 6 zeigen deutlich, dass die Verweildauern in M-V kürzer sind als im Bundesgebiet. Insbesondere zeigt sich ein deutlicher Unterschied in den Geschlossenen Wohnheimen. Bereits in der Untersuchung des LSP M-V zu Geschlossenen Heimen in M-V in 2010 werden Verweildauern erhoben. Eine differenzierte Betrachtung legt allerdings nahe, dass die Verweildauern sehr einrichtungsabhängig waren. „Da wir keine gravierenden Unterschiede in der Klientel fanden, erklären sich diese Unterschiede wohl primär aus dem Reha- und Entlassmanagement der jeweiligen Einrichtung.“ (Steinhart et al. 2013)

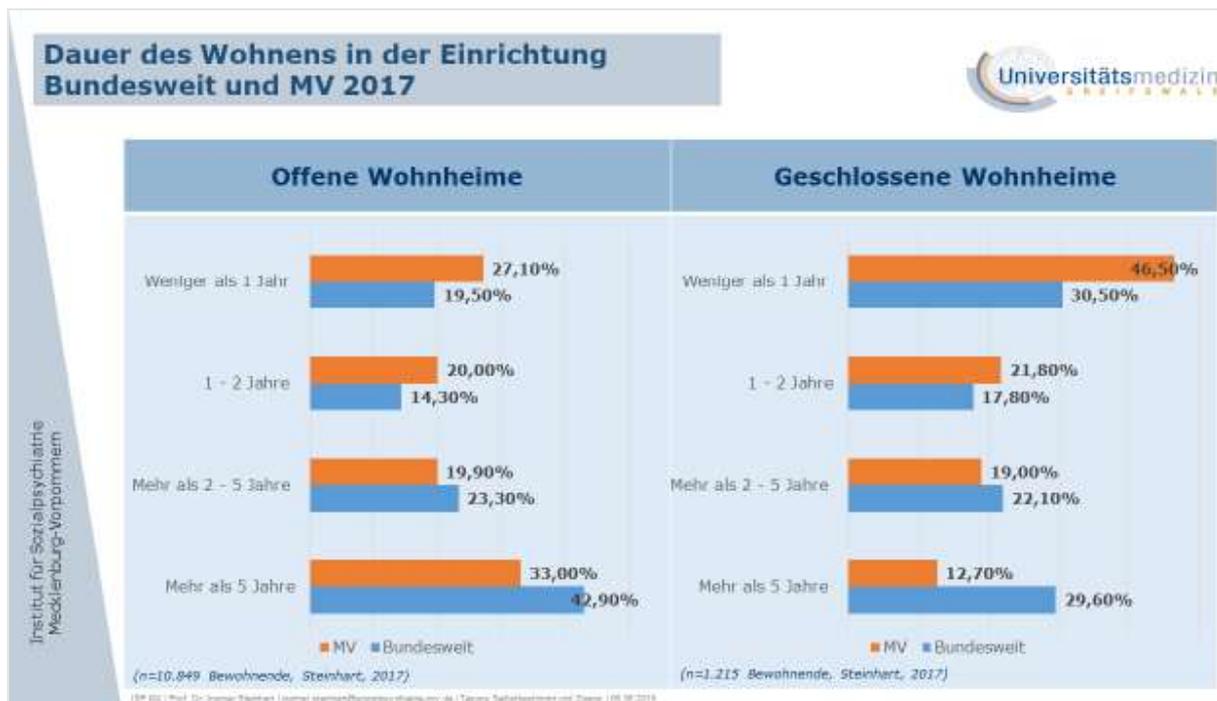


Abbildung 6: Dauer des Wohnens bundesweit und in M-V

Parallel zur ZIPHER-Studie schauen sich Giertz und Gervink (2017) auf der Grundlage der Ergebnisse der Versorgungsforschung zur „Systemsprenger-Problematik“ konzeptionelle Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Forschung an. Zum einen konstatieren sie, dass das sogenannte Störungsverhalten der „Systemsprenger“ sich vornehmlich in **Gruppenkontexten** zeigt. Sie schlussfolgern, dass es daher in der Versorgung wichtig wäre, das **Raumkonzept weit zu fassen, Möglichkeiten des Rückzuges zu generieren** und die **Intensität des Kontaktes** auf die individuellen Bedarfe anzupassen und eher zurückhaltend und vorsichtig diesbezüglich vorzugehen. Die beiden Autoren fragen, ob das momentane Versorgungssystem diese Aspekte eher vernachlässigt, demnach nicht auf die individuellen Bedarfe reagiert und folglich störendes Verhalten provoziert und somit selbst „Systemsprenger“ produziert (siehe auch Punkt 2). Giertz und Gervink stellen des Weiteren fest, dass neben der Problematik sich in Gruppen einzufügen auch bezeichnend für „Systemsprenger“ ist, **impulsiv** zu sein, sich **nicht selbst regulieren** zu können, **Medikamenten und deren Einnahme eher ablehnend und ambivalent gegenüberzustehen, wenig Krankheitseinsicht zu haben** und ein „**unkooperatives oder manipulatives Verhalten**“ aufzuweisen (Giertz & Gervink 2017, S. 110). Sie sagen, dass durch dieses Verhalten

Mitarbeitende mit vielfältigen Problemen in der Begleitung konfrontiert werden und dies die Gefahr von Einweisungen in psychiatrische Kliniken, vielfachen Einrichtungswechseln oder einer Unterbringung in geschlossenen Settings birgt.

4.1.1 Schlussfolgerungen – passgenaue Angebote

Die strukturelle Ausstattung von psychosozialen Wohnheimen im Nachtdienst zeigt, dass es eine enorme **Diskrepanz zwischen dem hochstrukturierten geschlossenen Heim und dem offenen Wohnheim in M-V** gibt. Der Unterschied in der Betreuungsintensität ist somit zu groß und unterstützt die Forderungen der sozialpsychiatrischen Praxis der letzten Jahre nach Zwischenschritten bzw. Angeboten, die diese Differenz auffangen und Zwischenlösungen anbieten. Insgesamt steht diese enorme Diskrepanz für das häufigste Entlassungshemmnis aus dem geschlossenen in das offene Wohnheim. Zum anderen lässt sie den Schluss zu, dass es kaum eine hochstrukturierte bzw. intensiv betreute Alternative zur Geschlossenen Unterbringung gibt. Hier lässt sich auch ein Beispiel aus unseren sozialpsychiatrischen Gremien im Netzwerk Sozialpsychiatrie M-V anbringen: Die drei forensischen Kliniken in M-V merken an, dass das Erprobungssetting aus der Forensik heraus oder aber das Anschlusssetting oft die Geschlossene Unterbringung in einem Heim der Eingliederungshilfe darstellt. Nach dem hochstrukturierten therapeutischen Angebot der Forensischen Kliniken gibt es zwei wesentliche Ansprüche an das nachsorgende Angebot: Hochstrukturierter Kontext und Arbeit. Da hohe strukturelle Ausstattung bisher nur in den Geschlossenen Wohnheimen zu finden ist, gibt es derzeit keine zwangsfreie Alternative. Durch die UN-Behindertenrechtskonvention wurde die Hürde, Menschen mit psychischen Erkrankungen zwangsweise unterzubringen, verschärft. Jenderny et al. (2021) schreiben hierzu: „Geschlossene Unterbringung als *ultima ratio* darf also allenfalls bei krisenhafter Selbstgefährdung Mittel der Wahl sein, um in einem eben sehr hochstrukturierten Setting den betroffenen Menschen vor sich selber zu schützen und jene Selbstbestimmungsfähigkeit wieder zu erlangen, die eine autonome Lebensführung oder eine Betreuung in einem offeneren Betreuungssetting voraussetzt.“ Die Eingliederungshilfe muss sich zum einen mit der Passgenauigkeit von Unterstützungsleistungen und aufgrund der UN-Behindertenrechtskonvention mit dem Prinzip der personenzentrierten Gestaltung befassen. Zum anderen muss sie sich hier eben auch durch die Frage nach der Verhältnismäßigkeit geschlossener Unterbringung grundlegend mit passgenauen Angeboten auseinandersetzen.

Anhand der im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt kürzeren Verweildauern lässt sich schlussfolgern, dass Wohnheime in M-V bemüht sind, Perspektiven zu entwickeln und entsprechend der Eingliederungshilfe zielorientiert zu arbeiten. Es ist ein klares Indiz dafür, dass die Wohnheime in M-V die Klient*innen nicht aufgrund von Finanzierungslogiken und Belegungsdruck „halten“, **sondern rechtzeitig auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben orientieren**. Dennoch lohnt ein differenzierter Blick in die Geschlossenen Wohnformen in M-V und eine intensive Befassung mit Standards bzgl. der Leistungserbringung und der Gestaltung von Übergängen.

Die Betrachtung der Mitarbeiterstruktur in offenen und geschlossenen Wohnheimen legt nahe, dass die Gründe für die Zusammensetzung des Personals hinterfragt und diskutiert

werden sollten, vornehmlich entlang der Bedarfe der Menschen und nicht aufgrund der finanziellen Möglichkeiten. Giertz & Gervink (2017) empfehlen auf der Ebene des Angebotes **eine flexible übergreifende Unterstützung** in Krisen und herausfordernden Situationen. Zusätzlich sollen **Schulungen zur Deeskalation und Antiaggressionstrainings** regelmäßig für die Mitarbeitenden angeboten und durchgeführt werden. Darüber hinaus bringen sie in diesem Zusammenhang **Genesungsbegleiter*innen** ins Spiel, die eine vermittelnde Rolle in diesen herausfordernden Situationen einnehmen können. Ihre Aufgabe kann sein, Mitarbeitende und Klient*innen wieder ins Gespräch zu bringen und neue Lösungswege zu entwickeln.

4.1.2 Zusammenfassung und Fazit- Passgenaue Angebote

Ein **fehlendes für die jeweilige Person geeignetes Angebot** ist das **häufigste Hemmnis** für die Entlassung aus offenen und geschlossenen Wohnheimen in M-V. **Diese Erkenntnis belegt die Schwerfälligkeit des Hilfesystems in Bezug auf herausfordernde und komplexe Bedarfe durch strukturelle Ausstattungen und Flexibilität.**

Die **strukturell geringe Ausstattung von offenen Wohnheimen** im Nachtdienst ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Sie erzeugt eine Diskrepanz zwischen offenen und geschlossenen Heimen, die folgende Konsequenzen hat:

- Klient*innen aus dem geschlossenen Wohnheim als hochstrukturiertestes Angebot in der bisherigen Versorgungskette treffen in einem offenen Wohnheim auf eine deutlich geringere Struktur. Der Unterschied ist für einige Klient*innen zu groß und damit ein Beleg für ein Entlassungshemmnis aus dem geschlossenen Kontext in das offene Wohnheim.
- Da offene Wohnheime eine geringere strukturelle Ausstattung aufweisen, ist für Menschen mit einem komplexen oder herausfordernden Bedarf die Geschlossene Unterbringung in einem Wohnheim die einzige Option. Dies steht im Gegensatz zur Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention.
- Es ist zu hinterfragen, ob den Klient*innen in einem geschlossenen Wohnheim, also der Gruppe der Schwerstkranken, eine fachlich und therapeutisch hochwertige und angemessene Hilfe zukommt?

Das aktuelle Versorgungssystem kann auf institutioneller Ebene kaum auf die Herausforderungen durch das Verhalten der „Systemsprenger“ eingehen. Es wird vermutet, dass durch **starre Rahmenbedingungen und zu wenig Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse** der „Systemsprenger“ das Versorgungssystem selbst Klient*innen zu „Systemsprengern“ macht. **Insbesondere für diese Zielgruppe ist der Systemwechsel von einer institutionellen Ausrichtung hin zu einer personenzentrierten Unterstützung durch das BTHG eine große Chance. Der Effekt muss sein, die fehlende Flexibilität herzustellen, von den Bedarfen der Menschen auszugehen und das Angebot danach zu konzipieren.**

4.2 Verfahren zur Planung und Realisierung des Bedarfes

Abbildungen 7 und 8 identifizieren die psychiatrischen Kliniken als wesentlichste Zuweiser in Wohnheime insgesamt bundesweit aber auch für M-V.



Abbildung 7: Zuweisungssetting Psychiatrische Klinik bundesweit

Vor allem Klient*innen in Geschlossenen Wohnheimen in M-V kommen laut Abbildung 8 zu ca. 77% aus der psychiatrischen Klinik. Bereits aus der Untersuchung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie M-V e.V. aus dem Jahr 2010 geht hervor, dass die Klinik mit 70% als Zuweiserin in Geschlossene Wohnheime auszumachen ist. Fast 58% der Bewohnenden aus offenen CMA-Wohnheimen waren vor ihrer Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik.



Abbildung 8: Zuweisungssetting Psychiatrische Klinik M-V

4.2.1 Schlussfolgerungen – Verfahren zur Planung und Realisierung des Bedarfes

Die Folge aus dieser sehr eindeutigen Zuweisungspraxis ist, dass die psychiatrischen Kliniken eine zentrale Rolle im Rahmen ihres Entlassungsmanagements einnehmen (siehe Abbildung 9). **Wichtig ist demzufolge, das Entlassungsmanagement der psychiatrischen Kliniken zu stärken.** Wie dies praktisch und konkret aussehen kann, wird in Abbildung 10 vorgeschlagen und beschrieben.

Lösungsansatz: Gemeindepsychiatrie inkl. Klinik suchen nach neuen Wegen passgenauer Angebote

Universitätsmedizin

Gemeindepsychiatrie

Blick in das sozial-psychiatrische Labyrinth

Eine zentrale Rolle spielt hierbei die Versorgungsklinik, die als Drehscheibe für die Vermittlung von Klient*innen (ggf. ohne Wohnung), fungiert. 2/3 der Aufnahmen in ein geschlossenes Heim kommen direkt aus der Klinik! Das Entlassungsmanagement der Kliniken muss gestärkt werden.

Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern

Abbildung 9: Stärkung des Entlassungsmanagements der psychiatrischen Kliniken

Ebenfalls muss das Aufnahmemanagement des gesamten gemeindepsychiatrischen Systems gestärkt werden. Der Verfahrensvorschlag in Abbildung 10 ist keine neue Idee. Er wurde durch das Team um Freyberger im Rahmen des Modellprojektes Systemsprenger (siehe oben) bereits 2004 entwickelt, publiziert und kommuniziert (Freyberger et. al 2004). Der Psychiatrieentwicklungsplan von Mecklenburg-Vorpommern greift dieses Verfahren auch auf und schlägt dieses insbesondere für die Versorgung sogenannter „Systemsprenger“ vor (vgl. 2011, S. 61f). Auch der LSP M-V empfiehlt aufgrund seiner Erhebung von 2010 solch ein explizites Verfahren (Steinhart et al. 2013). In der Veröffentlichung von 2004 wird zur Realisierung des empfohlenen Verfahrens vorgesehen, zwei regionale „Expertenteams“ unter Beteiligung der Universitätsklinika zu bilden: eines in Rostock und eines in Stralsund. Diese Expertenteams folgen nach den Hilfeplankonferenzen, wenn es **nicht** gelingt, eine/n Klient*in regional und zwangsfrei unterzubringen. Aufgabe dieser Expertenteams ist es „nach dem Scheitern regionaler Integrationsversuche **individuelle Lösungsmöglichkeiten** für die betroffenen Klienten und ihre Einbettung **in das regionale oder landesweite Versorgungssystem zu erarbeiten**“ (Freyberger et. al 2004, S. 12).



Abbildung 10: Verfahrensvorschlag

Das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. nimmt diese Idee von Freyberger et al. durch die gewonnenen Erkenntnisse in der ZIPHER-Studie erneut auf, wie auch in Abbildung 10 zu sehen. Auch hier ist die Intention, die erarbeiteten Lösungen des Expertenteams und den Verlauf systematisch zu dokumentieren und nach einer gewissen Zeitspanne auszuwerten. Das Ziel dieses Dokumentations- und Evaluierungsschrittes war 2004 und ist auch in dem „aufgefrischten“ Vorschlag in Abbildung 10, sich von der Betrachtung der Einzelfälle zu lösen und durch diese Abstraktion „...Rückschlüsse für eine weitere Optimierung der Unterstützungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern zu ziehen“ (Freyberger et al. 2004, S. 12).

Seit 2004 sind diese Teams nur vereinzelt und nicht in dieser systematisch vorgeschlagenen Weise aktiv geworden. Es gibt durchaus Bemühungen von psychiatrischen Kliniken über Fallkonferenzen übergreifend ins Gespräch zu kommen und nach Lösungen für Einzelfälle zu suchen. Dieses Bemühen der Kliniken lässt sich mit der Situation von einigen wenigen Patient*innen in Verbindung bringen, die sehr lange Verweildauern in den Kliniken, einen herausfordernden und komplexen Hilfebedarf und eine unklare Perspektive nach dem Klinikaufenthalt aufweisen. Zudem ist oft die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung über solch einen langen Zeitraum ungeklärt und bringt die Kliniken somit in eine schwierige Situation. Welche Gründe lassen sich nun benennen, die die Realisierung der bereits von Freyberger et al. (2004) empfohlenen Expertenteams bisher verhinderten? Denkbar ist hier zum einen eine fehlende koordinierende Institution, möglicherweise auch das fehlende Wissen über die Möglichkeit der Einberufung des Expertenteams und zum anderen auch die ungeklärte finanzielle Ausstattung solch eines Expertenteams (Honorar bzw. Personalkosten und Fahrtkosten). Wenn nun eine Betrachtung dieses Verfahrensvorschlages auf die heutige Situation übertragen werden sollte, muss die Eingliederungshilfe mit ihrer **neu zugesprochenen Rolle des koordinierenden Rehaträgers laut BTHG** von dieser Konzeption

überzeugt werden. In Berlin gibt es – leider nur unter dem Dach des Paritätischen und nicht beim Leistungsträger angesiedelt – ein ähnliches Konzept, das sich „Runder Tisch 1906“ nennt.

4.2.2. Zusammenfassung und Fazit - Verfahren zur Planung und Realisierung des Bedarfes

Klient*innen der geschlossenen Heime werden vor ihrem Einzug hauptsächlich in **psychiatrischen Kliniken** behandelt.

Das **Entlassungsmanagement** der psychiatrischen Kliniken und gleichzeitig das **Aufnahmemanagement** der Gemeindepsychiatrie müssen gestärkt werden. Hierfür sollte der Vorschlag des Plans zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern aufgegriffen und ggf. an die aktuelle Situation angepasst werden. Zu berücksichtigen sind nach wie vor die beiden Gruppen mit drohender geschlossener oder externer Unterbringung als auch mit unklarer Perspektive (siehe Abbildung 10).

4.3 Psychiatrietourismus und Pflichtversorgung

Abbildung 11 zeigt, inwiefern die Einrichtungen Vereinbarungen zur regionalen Aufnahme von Bewohnenden getroffen haben. 72,6% der befragten Einrichtungen in M-V verfügen über kein regional vereinbartes Einzugsgebiet. 12,9% geben an, dass durch eine einrichtungsinterne Entscheidung ein regionales Einzugsgebiet existiert. Bei 11,3% der Wohnheime besteht eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger. Bundesweit liegt der Durchschnitt hier mit 32,2% deutlich höher.



Abbildung 11: Heime und regionale Einzugsgebiete

Abbildung 12 fragt nach dem letzten Wohnort vor Einzug in das offene oder geschlossene Wohnsetting. In M-V lebten 46,3% der Klient*innen vor ihrer Aufnahme ins offene Wohnheim im gleichen Landkreis, 38,4% in einem anderen Landkreis in M-V und 15,3 % in einem anderen Bundesland. Die bundesweite Befragung ergab, dass in den offenen Wohnheimen 54,3% aus dem gleichen Landkreis kamen, 35,1% aus einem Landkreis in dem gleichen Bundesland und 8,1% aus anderen Bundesländern. In den geschlossenen Heimen in M-V kamen 29,6% aus dem Landkreis der Einrichtung, 40,1% aus einem Landkreis in M-V und 30,3% aus einem anderen Bundesland. Bundesweit lebten 48,9% der Klient*innen vor ihrer geschlossenen Unterbringung im gleichen Landkreis. 43,1% kamen aus einem Landkreis des gleichen Bundeslandes und 6,6% wohnten zuvor in anderen Bundesländern. Beim Vergleich der bundesweiten Ergebnisse mit den Daten aus M-V fällt insbesondere der Unterschied in der **Aufnahme von Klient*innen aus anderen Bundesländern** auf. Hier weicht M-V deutlich von dem Wert, der durch die bundesweite Befragung generiert wird, ab. Dies betrifft insbesondere Klient*innen in geschlossenen Heimen.



Abbildung 12: Heimplatz am letzten Wohnort? Bundesweit und M-V

Abbildung 13 generiert einen Fokus auf die geschlossenen Heimeinrichtungen in M-V. Hier gelingt eine Gegenüberstellung der Ergebnisse von 2010 aus der Erhebung des LSP M-V (Speck 2014) mit den Ergebnissen aus der ZIPHER-Studie von 2017 (Steinhart et al. 2020). Bei beiden Erhebungen handelt es sich um Vollerhebungen. Deutlich wird, dass der prozentuale Anteil der Klient*innen, die aus einem anderen Bundesland in eine geschlossene Einrichtung nach M-V kamen, von 15% auf 30% gestiegen ist. Zwar erhöhte sich der Anteil der Klient*innen aus dem gleichen Landkreis um 5%, aber gleichzeitig sank der Anteil der Klient*innen, die aus einem Landkreis in M-V kommen um 20%. Insgesamt stieg die Anzahl der Bewohnenden in geschlossenen Einrichtungen in M-V von 107 auf 142.



Abbildung 13: Eingetragener Wohnsitz vor Aufnahme 2010 und 2017

4.3.1 Schlussfolgerungen – Psychiatrietourismus und Pflichtversorgung

In den 7 Jahren zwischen den Vollerhebungen des Landesverbandes Sozialpsychiatrie M-V e.V. und der ZIPHER-Studie wurden **35 neue geschlossene Heimplätze in M-V geschaffen**. Mit Blick auf die Abbildung 13 wird jedoch schnell deutlich, dass zum größten Teil andere Bundesländer von den Kapazitätserhöhungen profitieren. Gleichzeitig hören wir aus der sozialpsychiatrischen Praxis, dass die Wartelisten auf einen geschlossenen Heimplatz lang sind, also Menschen mit einem komplexen und herausfordernden Bedarf aus M-V oft viele Monate bis zu einem Jahr auf einen Platz in einem Geschlossenen Setting warten, viele Anfragen aus anderen Bundesländern kommen, die Mehrheit der psychiatrischen Kliniken in M-V Patient*innen mit herausfordernden und komplexen Bedarfen haben, die über die Krankenbehandlung hinaus dort bleiben und deren Finanzierung und vor allem Perspektive unklar ist. Fraglich ist an dieser Stelle, wie sich M-V zu dieser Problematik aufstellt? Will M-V weiter den „Psychiatrietourismus“ befördern, als „Gesundheitsland Nr. 1“ günstige Platzkosten lukrativ anderen Bundesländern zur Verfügung stellen? Ist ein „weiter so“ noch zu vertreten, indem der Drucksituation nachgegeben und wieder Kapazitäten erweitert werden? Oder kann ein anderes Ventil gefunden werden, das diese Situation entspannt und für eine nachhaltige Lösung sorgt?

Steinhart et al. fordern auf Grundlage der Ergebnisse der ZIPHER-Studie und durch den eben geführten Vergleich, dass ein anderer Hebel angesetzt werden muss und schlagen die refinanzierte Einführung der regionalen **Pflichtversorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe** vor mit dem Einzugsgebiet der psychiatrischen Kliniken als Modell. Leistungsträger sowie Leistungsanbieter wären somit in der Situation, sich für jeden Leistungsberechtigten verantwortlich zu erklären und regionale Lösungen zu finden. Oft wird aus juristischer Sicht der Eingliederungshilfe argumentiert, dass Pflichtversorgung durch den

individuellen Anspruch und das Wunsch und Wahlrecht der Klient*innen nicht zu realisieren sei. Wichtig ist hier aus Sicht des LSP M-V zu bedenken, dass Pflichtversorgung immer nur eine Verantwortlichkeit aufseiten der Leistungsträger und -anbieter hervorbringt und keine Einschränkung aufseiten der Klient*innen bedeutet. Klient*innen können selbstverständlich ein Angebot in einem anderen Bundesland bevorzugen.

4.3.2 Zusammenfassung und Fazit

Verglichen mit der bundesweiten Situation ist zu konstatieren, dass in den offenen und geschlossenen Wohnheimen in M-V mehr Klient*innen aus **anderen Bundesländern** leben. Insbesondere trifft dies für die geschlossenen Heime in M-V zu, die fast **1/3 der Klient*innen aus anderen Bundesländern** aufnehmen.

Trotz Kapazitätserweiterungen geschlossener Plätze in M-V in den Jahren zwischen 2010 und 2017 hat sich das Problem der **Aufnahme aus anderen Bundesländern verschärft**. Gleichzeitig ist der **Druck der sozialpsychiatrischen Versorgung groß**, Menschen mit komplexen und herausfordernden Bedarfen aus M-V, manchmal sogar schon mit Beschluss, kurz- aber auch mittelfristig unterzubringen.

Zur Debatte steht ein „weiter so“, das für ein Mehr an Kapazitäten in M-V steht oder die Entscheidung für eine Pflichtversorgung als nachhaltigere Lösung, die allerdings entsprechend zu refinanzieren wäre.

Aus Sicht des Institutes für Sozialpsychiatrie M-V e.V und des LSP M-V ist der **Ansatz der Pflichtversorgung hier der Hebel, der Nachhaltigkeit generieren kann**.

4.4 Zwangsfreie Kommune

Empfehlungen für einen zwangsfreie Kommune

- Einbindung der Teilhabeangebote in die „Pflichtversorgung“ und entsprechende Refinanzierung
- Übergänge besser gestalten von geschlossen zu offen, Mut zu differenzierten personenorientierten Lockerungen oder Einbindung des geschlossenen in den offenen Bereich bei den Heimen
- enges Zusammenspiel der Akteure inklusive Leistungsträger in der Region auf einer verbindlichen möglichst vertraglichen Basis
- Entwicklung neuer Assistenzangebote mit höherer Individualisierung
- Absicherung von Unterstützungssicherheit 7T/24Std.
- Vertrauen in die Wirkung von Genesungsbegleitern stärken: Einstellung von Genesungsbegleitern in Kliniken wie Heimen
- Regional verortete (gemeinsame) Fort- und Weiterbildungsoffensive aller Akteure

Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern

© 2014 Dr. Ingrid Dierker | Institut für Sozialpsychiatrie M-V e.V.

Abbildung 14: Zwangsfreie Kommune

Die aktuelle ZIPHER-Studie, die Erhebungen des LSP M-V von 2010, die Ergebnisse und Schlussfolgerungen von der Arbeitsgruppe um Freyberger von 2004, aber auch die Arbeiten von Giertz et al. bringen vielfältige Erkenntnisse hervor, die gebündelt werden können im Hinblick auf die Fragestellung, wie eine Kommune oder Gebietskörperschaft die **Reduzierung von Zwang** angehen kann. In der Abbildung 14 sind die zentralen Ergebnisse diesbezüglich zusammengetragen und dargestellt. Bevor diese Aspekte an dieser Stelle noch einmal beschrieben werden, ist wichtig vorab zu konstatieren, dass es eine **Institution**, eine **feste Ansprechbarkeit**, eine **Koordination** braucht, die sich der *Thematik der Reduzierung von Zwang* **explizit** annimmt und diese steuert und koordiniert. Aus Sicht des LSP M-V sind die **Psychiatriekoordinator*innen** für die Rolle und Aufgabe prädestiniert. Wichtige Partner*innen für die Bearbeitung einer zwangsfreien Kommune sind aber auch Vertreter*innen der Eingliederungshilfe (sowohl Leistungsträger als auch Leistungsanbieter), der psychiatrischen Kliniken und der Selbsthilfe. Der dritte Punkt in Abbildung 14 greift diese Thematik der Zusammenarbeit der Akteure auf, fordert eine **verbindliche sogar vertraglich geregelte Kooperation**. Der Aspekt der Zusammenarbeit aller Akteure aber auch eine sich für das Thema verantwortlich fühlende Koordination sind aus Sicht des LSP M-V zwei wichtige Rahmenbedingungen, um das Thema in einer Gebietskörperschaft voranzubringen.

Punkt 1 in der Abbildung 14 nimmt noch einmal das Thema **Pflichtversorgung** aus der Perspektive der Eingliederungshilfe auf. Dieser Aspekt wurde bereits im Rahmen dieser Zusammenschau dargestellt und behandelt (siehe Punkt 4.3). Zum Ansatz der Pflichtversorgung als Strategie einer verantwortungsvollen und nachhaltigen Planung und Realisierung von Teilhabebedarfen wird in dieser Abbildung auch noch der Aspekt einer entsprechenden **Refinanzierung** ergänzt. Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe dürfen mit dem Thema der Pflichtversorgung nicht allein gelassen werden. Sie dürfen nicht in die Situation eines wirtschaftlichen Belegungsdrucks kommen (Steinhart et al. 2013). Hierfür gilt es Lösungen zu erarbeiten.

Die Punkte 2, 4 und 5 in der Abbildung 14 sprechen alle einen wesentlichen Aspekt an, der in dieser Zusammenschau schon einmal grundsätzlich behandelt wurde: **passgenaue Angebote**. Als wichtig für passgenaue Angebote wurde hier benannt, dass Übergänge besser gelingen müssen. Das Angebotssystem muss atmen können, flexibel mit den Bedarfen der Menschen mitschwingen. Nicht die Klient*innen sollen sich den Rahmenbedingungen der Angebote anpassen, sondern das Angebot muss sich vom Bedarf der Person aus konzipieren und immer wieder anpassen und beweglich sein. So sollen sich insbesondere offene und geschlossene Wohnangebote aufeinander abstimmen, ineinandergreifen und Lockerungen, Übergänge und Spielräume generieren. Diese Prinzipien sind auch mit den Punkten 4 und 5 in Abbildung 14 gemeint. Mehr Individualisierung gelingt nur, wenn nicht aus der Logik der Institution, sondern aus der Logik des/der einzelnen Klient*in gedacht wird. Eine Absicherung von einer Betreuung, die „rund um die Uhr“ vorhanden ist, ist ein wesentlicher Baustein, um in der Lage zu sein, von der Logik des Einzelnen aus denken zu können und nicht wieder an die Grenzen der Institutionen und des „Leistbaren“ zu kommen.

Punkt 6 der Abbildung 14 greift den **Wert von Erfahrungsexpertise** auf. Hier wird empfohlen zum einen diesen Wert im Hinblick auf den Einsatz von Genesungsbegleiter*innen herauszuarbeiten, darzustellen und damit zu überzeugen und sich zum anderen in der

Kommune für den Einsatz, also eine **Beschäftigung von Genesungsbegleiter*innen** in den psychiatrischen Kliniken und psychosozialen Heimen einzusetzen.

Um ein gleiches Verständnis von Zwang und Reduktion von Zwang in der Kommune zu erzeugen und auch insgesamt eine gemeinsame Kommunikation auf allen Ebenen zur Thematik zu erreichen, schlägt der letzte Punkt auf Abbildung 14 vor, **Fortbildungen Einrichtungs- und Anbieter- übergreifend zu organisieren** und durchzuführen. Möglicherweise ist es auch möglich sich in einer Region gemeinsam für ein **spezifisches Programm** zu entscheiden (Safewards, Prodema etc.), um eine Sprache diesbezüglich zu sprechen und so abgestimmter handeln zu können. Dies könnte zusätzlich auch finanzielle Ressourcen schonen.

Aufgrund der Feststellung, dass in Mecklenburg-Vorpommern kein geregeltes „Reporting“ von Zwangsunterbringungen stattfindet, vereinbarte das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. im Rahmen der ZIPHER-Studie mit drei Amtsgerichten (inkl. 3 Zweigstellen) in zwei Landkreisen eine Basisdokumentation über einen Zeitraum von sechs Monaten. Von den Amtsgerichten wurde im Erhebungszeitraum die anonymisierte Fallnummer, das Geschlecht und Geburtsjahr, die grobe diagnostische Zuordnung (Geistige Behinderung, Sucht, Demenz, Psychische Erkrankung) sowie die Rechtsgrundlage der Unterbringung (PsychKG oder BGB), das Ergebnis (Anordnung, Ablehnung, Sonstiges) und der Unterbringungsort (Klinik, Pflegeheim, Wohnheim der Eingliederungshilfe) dokumentiert.

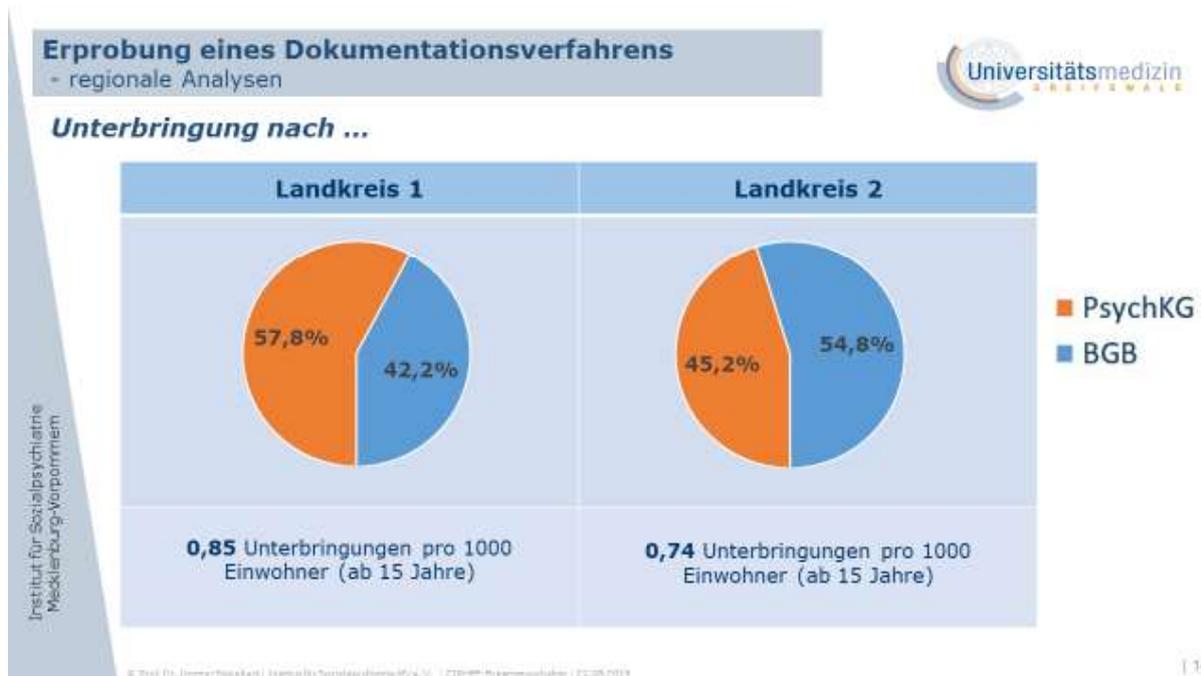


Abbildung 15: Regionales Monitoring

In der Auswertung der dokumentierten 284 Unterbringungsfälle wurden Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen deutlich (Abb. 15), sodass sich das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. für die Einführung eines **regionalen Monitorings zum Thema Zwang** ausspricht. Mit Hilfe eines systematischen Monitoring-Systems kann die Anwendung von Zwangsmaßnahmen transparent erfasst werden. Die

Erkennung von Zwang und seinen Bedingungen befähigt die Regionen außerdem, Maßnahmen zur Zwangsvermeidung abzuleiten.

4.4.1 Zusammenfassung und Fazit – Zwangsfreie Kommune

Zwei wesentliche Rahmenbedingungen sind notwendig, um das Thema zwangsfreie Kommune zu befördern: 1) alle Akteur*innen einer Region müssen sich diesbezüglich zusammenfinden und gemeinsam das Thema bearbeiten und voranbringen wollen und 2) es braucht eine sich für das Thema verantwortlich fühlende Koordination. Passgenaue Angebote, Pflichtversorgung mit entsprechender Refinanzierung, Einbeziehung von Genesungsbegleiter*innen, gemeinsame Fortbildungen und ein gemeinsames Verständnis zur Strategie und Vorgehensweise im Hinblick auf die Reduzierung von Zwang in der Kommune sowie ein regionales Monitoring von Zwangsmaßnahmen sind wesentliche Punkte zu einer zwangsfreien Region.

5. Forderungen für die Versorgung von Menschen mit herausfordernden Bedarfen in Mecklenburg-Vorpommern

Mit diesem letzten Punkt in dem Bericht zur aktuellen Versorgungssituation von Systemsprengern in Mecklenburg-Vorpommern sollen die Aspekte dargestellt werden, die bei der Betrachtung der Ergebnisse und der Schlussfolgerungen bezüglich der vielfältigen Datenlage nun unerlässlich sind. Es soll also im nächsten Schritt formuliert werden, welche Impulse und Forderungen für die Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Praxis aus der Betrachtung der Datenlage der diversen Forschungsprojekte resultieren. Die nun folgenden Empfehlungen sehen wir als elementare und zwingend erforderliche Themen, die angegangen werden müssen. Steinhart resümiert zur Baescap-Studie (2018): „Unsere Befragungsergebnisse haben gezeigt, dass über 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete eine volle und wirksame Teilhabe für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen noch lange nicht erreicht ist. Ihnen werden vom System im Verlauf ihrer oft sehr früh beginnenden Krankheitsgeschichte entweder nicht ausreichende oder nicht passgenaue Wege und Chancen zur Teilhabe angeboten und sie geraten in der Folge in eine stagnierende prekäre gesellschaftliche Position.“ Dieses Fazit zeigt die Situation vor dem BTHG. Aus Sicht des LSP M-V ist es wichtig, die hier beschriebenen Erkenntnisse nun zu berücksichtigen und bei einer neuen Gestaltung sozialpsychiatrischer Versorgung im Rahmen der Umsetzung des BTHGs aber auch bei der aktuellen Weiterentwicklung der Psychiatrieenquete durch den Expertendialog zu nutzen. Nur so können neue Grundsteine für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere von Menschen mit komplexen und herausfordernden Bedarfen gelegt werden.

Im Grundsatz bilanzieren wir aus den aufgeführten Ergebnissen, dass Unterstützungen **personenzentriert** erbracht werden müssen und das Leistungssystem sich danach neu ausrichten muss. Es muss dringend für die Versorgung von Menschen mit besonderen, komplexen und herausfordernden Bedarfen das empfohlene **systematische Verfahren** (siehe 4.2) eingeführt und etabliert werden. **Modelle** zur Erprobung neuer Ansätze müssen initiiert

werden. Ein **gezieltes Übergangsmanagement** zur Überwindung der Schnittstellenproblematik muss von allen Seiten angegangen werden. Im Einzelnen bedeutet dies:

5.1 Empfehlungen – passgenaue Angebote

- Entwicklung flexibler und passgenauer Angebote, die sich an den Bedarfen der Menschen orientieren und auf herausfordernde Situationen reagieren können → **KONSEQUENTE REALISIERUNG DER PERSONENZENTRIERUNG**
- Anwendung von Zwangskontexten als Ultima Ratio mit Möglichkeiten der raschen Entlassung in selbstbestimmtere Wohnformen
- vermehrter Einsatz von Genesungsbegleiter*innen in der Versorgung und Verwaltung
- gezieltes Fortbildungsmanagement der Akteure in der Gemeindepsychiatrie
- Entwicklung und Festlegung von Standards in Geschlossenen Wohnformen im Hinblick auf Leistungserbringung und Übergangsmanagement

5.2 Empfehlungen – Verfahren zur Planung und Realisierung des Bedarfes

- Stärkung des Entlassmanagements der Kliniken als regionale Aufgabe
- Etablierung eines qualifizierten Aufnahmemanagements in der Gemeindepsychiatrie durch Anwendung des vorgeschlagenen Verfahrens bei geschlossener/externer Unterbringung
- Sicherstellung der Dokumentation zur Thematik „Systemsprenger“ in den Regionen

5.3 Empfehlungen – Psychiatrietourismus & Pflichtversorgung

- Einbindung der Eingliederungshilfe in die Pflichtversorgung
- Mut zu differenzierten, personenorientierten Lösungen insbesondere für Menschen mit komplexen und herausfordernden Bedarfen in M-V

5.4 Empfehlungen – zwangsfreie Kommune

- Einbindung der Psychiatriekoordinatorinnen in die Rolle der Koordination für die Thematik „zwangsfreie Kommune“
- Generierung einer gemeinsamen Verantwortlichkeit zur Vermeidung von Zwang und möglichst verbindliche Zusammenarbeit aller Akteur*innen zur Thematik
- Entwicklung passgenauer Angebote mit der Perspektive Zwang zu reduzieren
- Anerkennung des Wertes von Experienced Involvement, Stärkung des Vertrauens in die Wirkung von Genesungsbegleitung und unbedingter Wille, den Einsatz von Peers in der Region zu realisieren
- Entwicklung einer „gemeinsamen“ Sprache zur Thematik in den Regionen (durch gemeinsame Fortbildungen und abgestimmte Verfahren etc.)
- Stärkung von Besuchskommissionen
- Etablierung von Besuchskommissionen auch für Geschlossene Wohnformen der Eingliederungshilfe
- Entwicklung von Qualitätsstandards für Zwangskontexte
- Einführung eines regionalen Monitoring-Systems zum Thema Zwang