



Ministerium für Soziales, Integration und  
Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern  
z. H. Simone Rach und Cornelius Bernbacher  
19048 Schwerin

**Geschäftsstelle**  
Carl-Hopp-Straße 19 a  
18069 Rostock  
E-Mail: [lv@sozialpsychiatrie-mv.de](mailto:lv@sozialpsychiatrie-mv.de)  
Internet: [www.sozialpsychiatrie-mv.de](http://www.sozialpsychiatrie-mv.de)

**Bankverbindung**  
Ostseesparkasse Rostock  
IBAN: DE26 1305 0000 0455002053  
BIC: NOLADE21ROS

**Ihr Ansprechpartner**  
Karsten Giertz  
Telefon: +49 381 8739423-1

E-Mail: [karsten.giertz@sozialpsychiatrie-mv.de](mailto:karsten.giertz@sozialpsychiatrie-mv.de)

29.10.2020

## Stellungnahme zum Entwurf des Maßnahmeplans 2.0 der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (im Folgenden LSP e.V.) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Maßnahmeplan 2.0 der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern (M-V) zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK).

Allgemein berücksichtigt der Maßnahmeplan 2.0 unserer Ansicht nach viele wichtige Aspekte und Handlungsfelder, die die Umsetzung der UN-BRK in M-V fördern und vorantreiben. Darüber hinaus bewerten wir besonders positiv die Einführung der neuen Handlungsfelder: 1. Kinder, Jugendliche, Familie und Frauen, 2. Kulturelles Leben, Erholung, Freizeit und Sport, 3. Allgemeine Verpflichtung, Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung, 4. Gleiche Anerkennung vor dem Recht und Zugang zur Justiz sowie 5. Freiheit vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe und Schutz der Unversehrtheit der Person.

Wir als landesweiter sozialpsychiatrischer Fachverband möchten die Gelegenheit nutzen, um insbesondere auf die besonderen Belange von Menschen mit seelischen Behinderungen im Rahmen des Maßnahmeplans 2.0 zur Umsetzung der UN-BRK hinzuweisen. Jedes Jahr berichten 30 % der Menschen aus der Allgemeinbevölkerung über Beeinträchtigungen durch eine psychische Erkrankung (Jacobi et al. 2014). Dies entspricht etwa 17,8 Millionen Menschen in Deutschland. Etwa 1 bis 2 % leiden an den schweren und langanhaltenden Auswirkungen ihrer Erkrankung und benötigen intensive medizinische und psychosoziale Unterstützung

(DGPPN 2019). Aktuelle Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Leistungsträger zufolge beläuft sich der Anteil von Hilfeempfängerinnen und -empfänger mit schweren seelischen Behinderungen in Deutschland auf knapp 30 % (BAGÜS 2019). Anhand dieser Angaben wird ersichtlich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen einen hohen Anteil in der Gesellschaft ausmachen und deshalb in den sozialpolitischen Diskursen zur Umsetzung der UN-BRK sowie im Maßnahmeplan 2.0 von M-V stärker berücksichtigt werden müssen.

### **Zum Handlungsfeld 3.1. Bewusstseinsbildung und Partizipation**

In der Bevölkerung von Deutschland zählen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen immer noch zu einer stigmatisierten Bevölkerungsgruppe. Zahlreiche Untersuchungen aus den letzten 50 Jahren legen nahe, dass im Vergleich zu anderen europäischen Ländern die gesellschaftliche Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen hier zu Lande deutlich zugenommen hat (Angermeyer et al. 2017). Vorurteile und Diskriminierung von bestimmten Bevölkerungsgruppen wirken sich nicht nur negativ auf das gesamtgesellschaftliche Klima aus und erzeugen gemäß den Ausführungen im Maßnahmeplan 2.0 „unsichtbare Barrieren“ (S. 11), sondern auch die Einstellung von Akteurinnen und Akteuren, welche in der Versorgung und Behandlung von psychisch erkrankten Menschen involviert sind, wird negativ durch die in der Bevölkerung vorherrschenden Stereotypen, Vorurteile oder diskriminierenden Tendenzen beeinflusst (Eink & Wagenaar 2019). Auch bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gehen gesellschaftliche Ausgrenzungserfahrungen mit einer Reihe von negativen Folgen einher. Hierzu zählt z. B. ein vermindertes Selbstwertgefühl, negatives Stresserleben, eine erhöhte Suizidalität, die Zunahme von Hoffnungslosigkeit und eine schlechtere Krankheitsbewältigung (vgl. Oexle et al. 2017; 2018). Zudem werden die Folgen einer erhöhten Selbststigmatisierung im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen mit einer geringeren Inanspruchnahme von psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen – die sich wiederum nachteilig auf den Krankheitsverlauf auswirkt – sowie häufigeren Krankenhauseinweisungen durch Kriseninterventionen assoziiert (vgl. Reavly et al. 2020; Xu et al. 2018; 2019).

Die beschriebenen Maßnahmen zum Handlungsfeld Bewusstseinsbildung und Partizipation beziehen sich überwiegend auf die Belange von Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen. Um auch für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen nachhaltig gesellschaftliche Barrieren abzubauen und die Akzeptanz in der Bevölkerung zu erhöhen, bedarf es hier konkretere zielgruppenspezifischere Handlungsmaßnahmen für M-V. Diese sollten vor allem dialogisch gestaltete Weiterbildungsangebote und Fachtagungen für Beschäftigte der Landes- und Kommunalverwaltung oder im Bereich der Bildung und Kultur umfassen, an denen sich neben Fachexpertinnen und -experten auch Expertinnen und Experten aus Erfahrungen oder Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligen. Allgemein sollte dieser Prozess stärker durch die Einbeziehung von Betroffenenverbänden gestaltet werden (bspw. Verein EX-IN M-V, Landesverband der Angehörigen und Freude psychisch Kranker e.V.).



### Zum Handlungsfeld 3.2 Bildung und 3.4 Kinder, Jugendliche, Familie und Frauen

Die psychische und soziale Entwicklung wird maßgeblich durch Erfahrungen in der frühen Kindheit und Jugend geprägt. Das Erleben von körperlicher und materieller Sicherheit, verlässlichen sozialen Beziehungen sowie gelungenen Bindungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen und einer stabilen sozialen Einbettung gehören dabei zu bedeutsamen protektiven Faktoren (vgl. Borg-Laufs & Dittrich 2010). Die Entwicklungschancen sind jedoch in Deutschland nicht für alle Heranwachsenden gleich (vgl. Gahleitner et al. 2020). Während in der Vergangenheit die Sozialisationsverläufe noch klar umschrieben waren und vorgegebene Rollenbilder als Orientierung dienten, erfordern die Differenzierungs-, Enttraditionalisierungs- und Individualisierungsprozesse der heutigen Gesellschaft von den Kindern und Jugendlichen erhebliche flexible Anpassungsleistungen und Mobilitätsanforderungen bei einer gleichzeitig bestehenden unsicheren Zukunftsperspektive (vgl. Keupp 2012; Sennett 1998). Vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien mit geringem finanziellen Einkommen verfügen häufig nicht über die ausreichenden ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen, um den steigenden gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden.

Darüber hinaus geht ein niedriger gesellschaftlicher Einkommensstatus mit sozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher (vgl. Mielck 2008; Wilkinson & Pickett 2007). So finden sich psychische Auffälligkeiten und somatische Erkrankungen neben einem geringeren Bildungsgrad viel häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus einkommensschwächeren Familien (vgl. Lampert & Schmidtke 2020). Besonders schwierig wird es für Kinder und Jugendliche, wenn neben den benachteiligenden sozioökonomischen Bedingungen zusätzlich psychische Belastungsfaktoren auftreten. Aktuelle epidemiologischen Studien zufolge weisen etwa 16 % der Kinder und Jugendlichen Merkmale von schweren psychischen Belastungen (z. B. Angststörungen, Depressionen, Suizidalität) auf (Klipker et al. 2018). Allerdings nehmen ca. nur ein Drittel der Kinder und Jugendlichen geeignete Hilfen in Anspruch (Schulte-Körne 2016). Durch die therapeutische und psychosoziale Unterversorgung kommt es langfristigen zu psychischen und sozialen Folgen wie schweren depressiven Störungen, einem geringen Selbstwertgefühl, einem höheren Manifestationsrisiko von chronischen psychischen Erkrankungen, familiären Konflikten, sozialer Isolation, Suizidgedanken, Leistungsversagen oder Schul- und Ausbildungsabbrüchen.

Die langfristigen Auswirkungen werden auch durch die Ergebnisse unserer eigenen bundesweiten Studie gezeigt (vgl. Landesverband Sozialpsychiatrie M-V., Speck & Steinhart (Hrsg.) 2018). Bei einer Befragung von psychisch erkrankten Menschen, welche Maßnahmen der Eingliederungshilfe beanspruchten, gaben 40 % an, dass der Beginn ihrer psychischen Erkrankung häufig vor dem 20. Lebensjahr liegt. 10 % der Befragten hatten keinen Schulabschluss und weitere 40 % keinen beruflichen Bildungsabschluss. 87 % der Menschen ohne Schulabschluss erreichten in der Regel auch keinen Berufsabschluss. Darüber hinaus wies nicht einmal die Hälfte der befragten Menschen eine arbeitsbezogene Beschäftigung auf. Diese Daten legen nahe, dass gerade junge Menschen mit psychischen Erkrankungen durch fehlende Bildungs- und Berufsabschlüsse in der Zukunft erheblichen gesellschaftlichen Teilhabebeeinträchtigungen ausgesetzt sind und häufig den Anschluss an gesellschaftliche Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten verpassen.



Um die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten vor allem für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, empfehlen wir eine stärkere Förderung von präventiven Angeboten und Projekten in Schulen oder in betrieblichen Ausbildungsstätten in denen die Heranwachsenden einen Großteil ihrer Tageszeit verbringen. Besonders Kinder und junge Erwachsene aus sozioökonomisch schwachen Familien sollten hier berücksichtigt werden.

Der LSP M.V. engagiert sich derzeit im Rahmen seiner beiden Modellprojekte „Adoleszentenpsychiatrie“ und „Kinder aus psychisch und suchtbelasteten Familie“ sowie im Rahmen der landesweiten Koordination des Präventionsprojektes „Verrückt? Na und!“ für die Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern und jungen Erwachsenen mit psychischen und familiären Problemlagen. Aus den Projekterfahrungen können wir unter anderem konstatieren, dass die differenzierten Behandlungs- und Betreuungsangebote für Kinder und junge Erwachsene im psychosozialen als auch im psychiatrischen Bereich vielfach von Schnittstellen und Brüchen aufgrund der formalen Altersgrenze von 18 Jahren gekennzeichnet sind und insgesamt als unzureichend beschrieben werden müssen (vgl. hierzu auch Kießling & Flor 2019; Loss & Becker 2019). Allgemein bedarf es neben der stärkeren Förderung von bereits bestehenden Unterstützungsangeboten in diesem Bereich, einer stärkeren Flexibilisierung von Hilfeangeboten an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie sowie der Entwicklung von neuen Angeboten, um belastete Kinder und Jugendlichen in den Bildungs- und Arbeitsbereichen besser zu integrieren. Systemübergreifende Kooperationen müssen vor allem für Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemlagen initiiert und gefördert werden (Groen & Jörns-Presentati, 2018; Jörns-Presentati & Groen 2019).

### **Zum Handlungsfeld 3.5 inklusiver Sozialraum und Wohnen**

Etwa 71 % der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Eingliederungshilfe nehmen soziale Teilhabeleistungen in ihrer eigenen Wohnung in Anspruch oder leben in betreuten Wohnformen (BAGüS 2019). Nach Artikel 19 der UN-BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten dazu unter anderem zu gewährleisten, dass

- a) „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Behinderung Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist [...].“

Für M-V kann konstatiert werden, dass dieses Ziel nach 11 Jahren UN-BRK-Umsetzung nur unzureichend erreicht wurde. In unserer eigenen bundesweiten Befragung von Menschen, welche Maßnahmen der Eingliederungshilfe in Anspruch nahmen, zeigte sich, dass die Befragten in den besonderen Wohnformen höhere Zufriedenheitswerte im Bereich der sozialen Unterstützung, im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, im Bereich der Freizeit,

im Bereich Stigmatisierung und Ausgrenzungserfahrung sowie im Bereich Arbeit signifikant besser einschätzten als die Befragten in den ambulanten Wohn- und Unterstützungsformen (Landesverband Sozialpsychiatrie M-V., Speck & Steinhart (Hrsg.) 2018). Gerade psychisch erkrankte Menschen mit komplexen Hilfebedarfen sind immer noch auf das umfangreiche Leistungsangebot von Heiminstitutionen angewiesen und dementsprechend in ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe benachteiligt.

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie (ZIPHER-Studie) des Instituts Sozialpsychiatrie M-V daraufhin, dass die geschlossen geführten besonderen Wohnformen in M-V zwischen 2010 und 2017 von 113 auf 147 Plätze weiter ausgebaut wurden (Jederny et al. 2020; 2021). Dabei hat sich auch der Anteil von untergebrachten Personen aus anderen Bundesländern in diesem Zeitraum von 15 auf 30 % verdoppelt. Allgemein ist die geschlossene Unterbringung von psychisch erkrankten Menschen durch die UN-BRK in einem sehr engen rechtlichen Begründungsrahmen eingebunden. Als Ultima Ratio wird die Unterbringung in einem hoch strukturierten Setting nur im Falle einer krisenhaften Selbstgefährdung oder zur Wiedererlangung der Selbstbestimmungsfähigkeit für eine anschließende autonome Lebensführung legitimiert. Allerdings weisen mehrere Untersuchungen daraufhin, dass für die Zugänge in geschlossene Wohnformen weniger personenbezogene Merkmale wie die Schwere der Erkrankung und die damit einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich sind, als vielmehr die Qualität des vorherigen Behandlungs- und Betreuungsangebotes (vgl. Freyberger et al. 2008; Giertz & Gervink 2017; 2018). Auch in der ZIPHER-Studie gab der Großteil der befragten Einrichtungen als häufigste Gründe für die Aufnahme und die Länge der Verweildauer der untergebrachten Personen das Fehlen von geeigneten ambulanten Angeboten und passgenauen gemeindepsychiatrischen Hilfen an (Steinhart et al. 2020).

Diese Ergebnisse zeigen, dass es im Sinne der UN-BRK noch nicht gelungen ist psychisch erkrankten Menschen auch außerhalb besonderer Wohnformen das gleiche Spektrum an Unterstützung zu ermöglichen und zur Verfügung zu stellen (Speck, et al. 2017). Auch im Maßnahmeplan 2.0 lassen sich keine Anreize für eine Veränderung der beschriebenen Versorgungssituation finden. Als Konsequenz sollten stärker die Leistungsangebote im ambulanten Bereich – auch für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen – im Rahmen einer personenzentrierten und sozialraumorientierten Hilfeplanung fokussiert werden. Bisher ist die Finanzierung ambulanter Leistungsangebote noch unzureichend. Um den weiteren Ausbau von geschlossenen Wohnplätzen, der Fehlplatzierung von psychisch erkrankten Menschen und der Unterbringung von Personen aus anderen Bundesländern entgegenzuwirken, bedarf es über dem hinaus eine regionale Pflichtversorgung und gemeinsame regionale Steuerungsverantwortung unter Berücksichtigung des individuellen Wunsch und Wahlrechts in der Gemeindepsychiatrie.

### **Zum Handlungsfeld 3.10 Selbstbestimmtes Leben und sozialer Schutz und Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben**

Die Leistungsträger und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe in M-V befindet sich im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) derzeit in einem Umgestaltungsprozess, welcher Einfluss auf die Verwaltung, Struktur, Finanzierung und Praxis verschiedener Institutionen,

Organisationen und Träger nimmt. Das übergeordnete Ziel dieser Reformbemühung ist unter anderem die Stärkung der Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen in der Hilfeplanung, die Förderung ihrer sozialen Teilhabe sowie die Flexibilisierung des Versorgungsangebotes von unterschiedlichen Leistungsbereichen hin zu der Umsetzung einer personenzentrierten Versorgung.

Durch die gesetzlichen Reformprozesse verändert sich das System der Leistungen im Bereich der Teilhabe und Rehabilitation grundlegend. Neben der Einführung eines neuen im Sozialrecht verbindlichen Behindertenbegriffes (der Weg von einer eindimensionalen personenbezogenen Definition von Behinderung hin zu einer psychosozialen Definition von Behinderung als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren führt), der Einführung der ICF-Nomenklatur als Orientierungsrahmen für die Bedarfsermittlung und zur sprachlichen Verständigung aller Prozesse der Rehabilitation, der Aufhebung von institutionalisierten Prinzipien in Bezug auf den Zugang von Leistungen zur sozialen Teilhabe, der Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen und der Entwicklung eines inklusiven Arbeitsmarktes lassen sich neben strukturellen Veränderungen auch veränderte und erhöhte Anforderungen an die psychiatrische Praxis und Hilfeplanung ausmachen.

Gerade die Einbeziehung des Sozialraums der leistungsberechtigten Personen in die direkte Arbeit, die partizipative Entscheidungsfindung und Beziehungsgestaltung mit leistungsberechtigten Personen während des gesamten Unterstützungsprozesses, die Befähigung der leistungsberechtigten Personen zu einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung unter Berücksichtigung umweltbedingter Barrieren und Hindernissen, einer erhöhten Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern aus anderen Versorgungsbereichen (wie medizinische Leistungen, pflegerische Leistungen, Leistungen zur Teilhabe an Bildung etc.) sowie Kenntnisse der ICF-Nomenklatur nehmen einen zentralen Stellenwert ein und erfordern von zahlreichen Akteurinnen und Akteuren der psychiatrischen Versorgung neue fachliche handlungsbezogene Kompetenzen, um eine qualitative und personenbezogene Unterstützung von Menschen mit psychisch Erkrankungen und ihren Angehörigen in allen Landkreisen von M-V zu ermöglichen. Hier besteht ein erhöhter Bedarf an fachlichem Austausch und Kooperation zwischen allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteuren.

In einer eigenen durchgeführten Befragung geben von 33 unserer Mitgliedseinrichtungen und -träger aus allen Landkreisen von M-V nur 55 % an, dass in ihrer Region regelmäßig operative Fachgremien wie psychosoziale Arbeitsgemeinschaften stattfinden. Bei den politischen Gremien wie Psychiatriebeirat, Gemeindepsychiatrische Verbund bzw. gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund geben nur 18 % an, dass diese regelmäßig in ihrer Region stattfinden. In einigen Landkreisen konnte zwischen 2018 und 2020 durch die COVID-19-Pandemie ein Rückgang der Gremienaktivität verzeichnet werden. Dies spiegelt sich auch in Berichten aus der Praxis wider in denen ein Rückgang der Kommunikation zwischen den an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteuren beklagt wird, was sich nachteilig auf die allgemeinen Steuerungsprozesse, Beantragungs- und Verwaltungsabläufe sowie die direkte Leistungserbringung auswirkt. Aus unserer Sicht sollten die operativen und

sozialpolitischen Gremienarbeiten in den einzelnen Versorgungsregionen gerade im Hinblick auf die BTHG-Umsetzung wieder stärker fokussiert und aufgenommen werden. Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Im Rahmen der mit dem BTHG einhergehenden Veränderungen wird im Maßnahmeplan 2.0 die „landeseinheitliche Umsetzung eines einheitlichen und BTHG-konformen Bedarfsermittlungsinstrumentes in der Eingliederungshilfe (S. 87)“ durch Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen ausgewiesen. In unserer Befragung geben von den 33 angeschriebenen Trägern und Einrichtungen 88 % an, dass der Integrierte Teilhabeplan (ITP) seit 2020 regelmäßig als Instrument der Hilfeplanung in den jeweiligen Regionen angewendet wird (insbesondere bei Neuaufnahmen, Weiterbewilligungen oder Bedarfsänderungen).

Die Umsetzung der im BTHG vorgegebenen Verfahren der Gesamtplanung und Teilhabeplanung erfolgt in den einzelnen Landkreisen jedoch überwiegend sehr unterschiedlich. Dies betrifft vor allem die Teilhabeplanung, welche eine personenzentrierte Versorgung von unterschiedlichen Leistungsbereichen (z. B. medizinische Leistungen, pflegerische Leistungen, Leistungen zur Teilhabe an Bildung und sozialen Teilhabe) sicherstellen soll und aus den Erfahrungen unserer Mitgliedsträger und -einrichtungen in den Landkreisen noch nicht regelmäßig unter Beteiligung aller potenziellen Leistungserbringer durchgeführt wird. Darüber hinaus berichten nur die Hälfte der befragten Träger und Einrichtungen, regelmäßig als Vertrauenspersonen an dem Verfahren der Gesamthilfeplanung beteiligt zu sein. Besonders für die Entwicklung von passgenauen personenzentrierten Hilfen sind die regelmäßige Einbeziehung und die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden der einzelnen zuständigen Leistungserbringer unerlässlich und sollten im weiteren BTHG-Umsetzungsprozess bei den Gesamtplan- und Teilhabeplanverfahren stärker berücksichtigt werden. Gerade bei psychisch erkrankten Menschen mit komplexen und multiplen Problemlagen besteht häufig ein Bedarf an unterschiedlichen Leistungstypen (Giertz & Große 2020). Um auch für diese Zielgruppe passgenaue Hilfe zu entwickeln und die Teilhabechancen zu erhöhen kommt hier der bedürfnisgerechten und personenbezogenen Koordination, Kooperation und Abstimmung verschiedener Leistungserbringer im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens eine maßgebliche Bedeutung zu (Giertz et al. 2020).

Die aktuellen Entwicklungen in der Bedarfsermittlung und Beantragung von Leistungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung ermöglichen einerseits den leistungsberechtigten Personen mehr Selbstbestimmung und eine individuellere Ausgestaltung der beanspruchten Leistungen. Auf der anderen Seite geht dieser Prozess auch mit mehr Eigenverantwortung und erhöhten bürokratischen Anforderungen bei der Beantragung einher. Insbesondere bei psychisch erkrankten Menschen, welche Schwierigkeiten haben ihren Hilfebedarf zu formulieren oder welche sich aufgrund komplexer Problemlagen nur schwer an den Beantragungs- und Hilfeplanverfahren aktiv beteiligen können, besteht die Gefahr, dass diese Zielgruppe aus den Versorgungssystemen herausfällt oder einer erheblichen Unter- bzw. Fehlversorgung ausgesetzt ist. Um potenziellen Exklusionsprozessen von psychisch erkrankten Menschen mit komplexen Hilfebedarfen und multiplen Problemlagen entgegenzuwirken, sollten für diese Zielgruppe vor allem niedrigschwellige Beratungs- und Beantragungsmöglichkeiten angeboten und gefördert werden.



## Zusammenfassung der Empfehlungen für den Maßnahmeplan 2.0

- Stärkere Berücksichtigung von Menschen mit seelischen Behinderungen im Maßnahmeplan 2.0 zur Umsetzung der UN-BRK in M-V
- Spezifische und konkrete Handlungsmaßnahmen zur Reduzierung der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen in der Gesellschaft und bei verschiedenen Zielgruppen (Verwaltung, Bildung, Kultur)
- Stärkere Einbeziehung von Betroffenenverbänden hinsichtlich der Entwicklung von Strategien zur Reduktion von Stigmatisierung in der Gesellschaft bei psychisch erkrankten Menschen
- Präventive Ansätze und frühzeitige Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemlagen
- Systemübergreifende Unterstützung bei psychisch belasteten Kindern und ihren Familien
- Stärkere Finanzierung von personenzentrierten und systemübergreifenden Leistungen im unmittelbaren Sozialraum psychisch erkrankter Menschen
- Regionale Steuerungs- und Pflichtversorgung psychisch erkrankter Menschen unter Berücksichtigung des individuellen Wunsch- und Wahlrechts
- Förderung und Beteiligung an der Aktivität der im Psychiatrieentwicklungsplan vorgesehenen operativen und sozialpolitischen Gremienstrukturen
- Regelmäßigere Beteiligung der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure im Teilhabe- und Gesamtplanverfahren
- Niedrigschwellige Beratungs- und Beantragungsmöglichkeiten für Leistungen der sozialen Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen mit komplexen und multiplen Hilfebedarfen

Mit freundlichen Grüßen

i.A. des Vorstandes

Karsten Giertz



## Literatur

Angermeyer, M. C.; Matschinger, H. & Schomerus, G. (2017). 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, 44 (7), S. 377-392.

BAGüS – Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2019). Kennzahlenvergleich 2017. Münster, BAGüS.

Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (Hrsg.) (2010). Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie. Tübingen, DGVT.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Springer Verlag, 2. Aufl.

Eink, M. & Wagenaar, M. (2019). Stigmatisierung psychisch Erkrankter durch professionelle HelferInnen? Haltungen zu Psychiatrie und psychisch Erkrankten bei Studierenden der Sozialen Arbeit und der Medizin. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 49 (4), S. 15-20.

Freyberger, H. J.; Ulrich, I.; Barnow, S. & Steinhart, I. (2008). Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen. Eine Untersuchung zur „Systemsprenger-Problematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. In: Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 76 (2), S. 106-113.

Gahleitner, S. B., Giertz, K. & Taube, V. (2020). Bindung, Beziehung und Einbettung in der globalisierten Gesellschaft ermöglichen. Mikroprozesse professioneller Vertrauens- und Beziehungsarbeit mit vulnerablen Adoleszenten. In: C. Steckelberg & B. Thiessen (Hrsg.), Wandel der Arbeitsgesellschaft. Soziale Arbeit in Zeiten von Globalisierung, Digitalisierung und Prekarisierung (S. 95-110). Opladen, Barbara Budrich Verlag.

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? In: Psychotherapie Forum, 22, S. 105-112.

Giertz, K. & Gervink, T. (2018). Die „Systemsprenger-Problematik“ in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen. Erste Untersuchungsergebnisse aus Berlin. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 48 (3), S. 38-43.

Giertz, K. & Große, L. (2020). Hard-to-reach-Klient\*innen in der psychiatrischen Versorgung. Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. In: Klinische Sozialarbeit, 16 (1), S. 7-10.

Giertz, K., Große, L. & Müller, M. (2020). Stärkenorientiertes Case Management als ein methodischer Weg in der Arbeit mit Hard-to-reach-Klient\*innen. In: Klinische Sozialarbeit, 16 (1), S. 12-16.

Groen, G. & Jörns-Präsentati, A. (2018). Grenzgänger: Kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendliche zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Köln, Psychiatrie Verlag.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M. A.; Maske, U.; Hapke, U.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Der Nervenarzt, 85, S. 77-87.

Jederny, S.; Schreiter, S. & Steinhart, I. (2020). Psychiatrische Wohnheime in Deutschland: Transparenz und Strukturen. In: Psychiatrische Praxis, 47 (5), S. 260-266.

Jederny, S. Speck, A.; Giertz, K. & Steinhart, I. (2021). Psychisch erkrankte Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen: geschlossene Unterbringung als No-Go? In: Giertz, K.; Große, L. & Gahleitner, S. B. (Hrsg.), Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen (S. 61-69). Köln, Psychiatrie Verlag.

Jörns-Präsentati, A. & Groen, G. (2019). Die Lücke schließen: Zur kooperativen Versorgung belasteter junger Menschen zwischen Kinder- und Jugendhilfe. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 49 (3), S. 13-17.

Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In: Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.), Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten (S. 34-51). Bonn, Psychiatrie Verlag.

Kießling, U. & Flor, S. (2019). Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe – eine unendliche Geschichte von Missverständnissen, fehlendem Vertrauen und Kompetenzstreit. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 49 (3), S. 18-23.

Klipker, K.; Baumgarten, F.; Göbel, K.; Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, 3 (3), S. 37-45.

Lambert, T. & Schmidtke, C. (2020). Armut, soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 50 (2), S. 13-18.

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., Speck, A. & Steinhart, I. (Hrsg.) (2018). Abgehängt und chancenlos: Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln, Psychiatrie Verlag.

Loss, S. & Becker, T. (2019). Lost in transition? Versorgung psychischer Erkrankungen am Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter als besondere Herausforderung für die Erwachsenenpsychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 49 (3), S. 24-27.

Mielck, A. (2008). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51 (3), S. 345-352.



Oexle, N.; Müller, M.; Kawohl, W.; Xu, Z.; Viering, S.; Wyss, C.; Vetter, S. & Rüschi, N. (2017). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, doi: 10.1007/s00406-017-0773-2.

Oexle, N.; Waldmann, T.; Staiger, T.; Xu, Z. & Rüschi, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. In: Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27, pp. 169-175.

Reavley, N. J.; Morgan, A. J.; Petrie, D. & Jorm, A. F. (2020). Does mental health-related discrimination predict health service use 2 years later? Findings from an Australian national survey. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 55, pp. 197-204.

Schulte-Körne, G. (2016). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. In: Deutsches Ärzteblatt, 113, S. 183-190.

Sennett, R. (1998). Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin, Siedler Verlag, 2000.

Speck, A.; Daum, M.; Höptner, A. & Steinhart, I. (2017). Von Heimen lernen? Empirische Ergebnisse zu den Teilhabechancen und -risiken in verschiedenen Betreuungssettings der Sozialpsychiatrie. In: Soziale Psychiatrie, 4, S. 21-23.

Steinhart, I.; Jenderny, S. & Schreiter, J. (2020). (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? In: Psychiatrische Praxis, 47 (7), S. 370-375.

Xu, Z.; Müller, M.; Lay, B.; Oexle, N.; Drack, T.; Bleiker, M.; Lengler, S.; Blank, C.; Vetter, S.; Rössler, W. & Rüschi, N. (2018). Involuntary hospitalization, stigma stress and suicidality: a longitudinal study. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53, pp. 309-312.

Xu, Z.; Lay, B.; Oexle, N.; Drack, T.; Bleiker, M.; Lengler, S.; Blank, C.; Müller, M.; Mayer, B.; Rössler, W. & Rüschi, N. (2019). Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study. In: Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28 (4), pp. 458-465.

Wilkinson, R. G. & Pickett, K. E. (2007). The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. In: Social Science & Medicine, 65, pp. 1965-1978.