



## Positionen

**Inklusion** als zentrale Denkfigur der UN Behindertenrechtskonvention ist für uns der Anspruch, die Reform der Psychiatrieenquete konsequent und zeitgemäß fortzuführen und umzusetzen. Hierzu gehört insbesondere:

- die personenzentrierte Hilfe zu stärken,
- die Ausdifferenzierung gemeindenaher Unterstützungsangebote zu fördern
- und den passageren Charakter stationärer Angebote festzuschreiben.

Dazu bedarf es vor allem auch der Anstrengungen von Politik und Kostenträgern. Nach wie vor ist die Sozialpsychiatrische Arbeit durch eine Vielzahl struktureller Widersprüchen geprägt: So fließen immer noch größte Teil der Mittel in institutionalisierte Strukturen. Noch immer ist das Versorgungssystem nach Sozialgesetzbüchern und innerhalb derselben nach Sektoren versäult, so dass sich erheblich Schnittstellenprobleme nicht nur innerhalb der sozialpsychiatrischen Praxis ergeben sondern auch in der Abgrenzung zu anderen Arbeitsfeldern (Medizin, Jugendhilfe, Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe etc). So werden noch immer Leistungen als Einzelmaßnahmen erbracht, die weder im Quer- noch im Längsschnitt systematisch aufeinander abgestimmt sind. Noch immer kommt es zwischen und innerhalb von Behandlung, Betreuung und Pflege in hohem Maße zu Abbrüchen in der Kontinuität. In Mecklenburg Vorpommern ist de facto noch immer die örtliche und überörtliche Zuständigkeit getrennt, ohne dass eine fachlich fundierte Steuerungsverantwortung wahrnehmbar wäre. Inklusion verlangt auch hier eine Zusammenführung der Finanzierung, letztlich auch mit Blick auf das SGB V.

Die Politik ist aufgefordert, gemeinsam mit den Leistungserbringern nach Lösungen zu suchen, die wirtschaftliche Aspekte mit der notwendigen Qualität vereinbaren können (Stärkung des Persönliches Budget, Regional Budgets, Sozialräumliche Budgets etc).

**Inklusion** zielt nicht auf einen utopischen und statischen Gesellschaftszustand sondern sollte als grundlegendes Reflexionsprinzip sozialpsychiatrischer Praxis verankert werden. Bei allen Entscheidungen muss überlegt werden, ob ein geplanter Schritt zu mehr Teilhabe führt oder nicht!

**Inklusion** verstehen wir als normative Perspektive mit rechtlicher Bindung. Erst durch Verankerung dieser Perspektive in die sozialpsychiatrische Praxis gewinnen inklusive Projekte Nachhaltigkeit und Authentizität.

**Inklusion** darf aber als Thema nicht der Sozialpsychiatrie oder der Behindertenhilfe vorbehalten sein. Inklusion ist ein gesellschaftspolitischer Anspruch, der primär die Politik und andere Schlüsselssysteme wie Wirtschaft, Kultur etc in die Pflicht nimmt. Insofern müssen Entscheidungsträger auf den unterschiedlichen administrativen Ebenen (Landtag / Kommune) und Kontrollsysteme (Gesundheitsamt, Sozialamt, Jugendamt...) in den Inklusionsauftrag eingebunden werden und die Finanzierungsarchitektur entsprechend auszurichten.

**Inklusion** beschreibt für uns die Verzahnung von personenzentrierten und lebensfeldorientierten Maßnahmen in der Sozialpsychiatrie. Durch diese Verzahnung wird gewährleistet, dass sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen **und** die Gesellschaft einander anzupassen zu haben. Sozialpsychiatrische Praxis zielt nicht darauf ab, Menschen mit Psychiatrie - Erfahrung in der Gemeinde unsichtbar werden zu lassen. Vielmehr muss die Gemeinde befähigt werden, diese Menschen in ihrer Mitte anzunehmen und in ihren jeweiligen Kompetenzen wertzuschätzen. Gesellschaftliche Strukturen müssen so gestaltet werden, dass sie der realen Vielfalt menschlicher Lebenslagen – gerade auch von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – gerecht werden. Die Gemeinde in diesem Prozess zu unterstützen, wird zukünftig zu

einem wichtigen Praxisfeld der Sozialpsychiatrie. Dieser sozialräumliche Aspekt muss sich auch den finanziellen Anreizen der Kostenträger wiederfinden. Aber auch mit Blick auf den Einzelfall müssen bisherige Instrumente wie die Hilfeplankonferenz trägerübergreifend und flächendeckend umgesetzt werden.

**Inklusion** verpflichtet auf einen Behinderungsbegriff, der eine Behinderung grundsätzlich als Form einer gesellschaftlichen Praxis versteht. Damit wendet sich die BRK gegen eine Definition von Behinderung, die - wie etwa im SGB IX - durch Rückgriff auf eine Normalitätsperspektive Behinderung als defizitär konnotierte Abweichung definiert. Durch die Betonung der Behinderung als soziale Konstruktion wird ein eher offener und dynamischer Behinderungsbegriff entwickelt, der eben nicht an einen amtlichen Schwerbehinderungsausweis gekoppelt ist. Die BRK formuliert vielmehr den rechtlichen Anspruch an die Menschen einer zivilen Gesellschaft, generell Vielfalt auszuhalten und dem Fremden (im Verhalten, im Können, im Aussehen...) seine eigene Dignität, seine eigene Autonomie zuzugestehen, und zwar ohne es mit Hilfe von Diagnosen und dichotomen Zuschreibungen unterzuordnen. Dadurch vermeidet die BRK die Engführung eines Behinderungsbegriffes auf jene Menschen, die klassisch als „behindert“ gelten und bezieht sich auf alle Menschen, die von Exklusion bedroht bzw. betroffenen sind. Dies gilt gerade auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Ferner sind es unter der Perspektive der BRK nicht die Beeinträchtigungen, die Begrenzungen setzen, sondern die sozialen Reaktionen auf die Beeinträchtigungen, die die Begrenzungen in den gesellschaftlichen Systemen erst konstituieren. Dieses Verständnis einer soziale Konstruktion von Behinderung muss sich auch im ethischen Werteverständnis der sozialpsychiatrischen Betreuungshaltung niederschlagen: Der Leistungsempfänger wird zum gleichberechtigten Gegenüber, der eine soziale Assistenzleistung in Anspruch nimmt. Alle Prozesse müssen sich konsequent auf die individuellen Bedarfe dieses Menschen ausrichten (Nutzerzufriedenheit) ausrichten.

**Inklusion** fordert dazu auf, die Autonomie psychisch beeinträchtigter Menschen zu respektieren und nur unter engen Bedingungen von diesem Prinzip abzuweichen. Nicht mehr Fürsorge oder Rehabilitation, sondern gleichberechtigte selbstbestimmte **Teilhabe** steht im Mittelpunkt sozialpsychiatrischer Praxis. Unter

diesem Vorzeichen kann Sozialpsychiatrie nur die Assistenz der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sein. Insofern setzen wir uns ein, die Position der Psychiatrie - Erfahrenen bei der Ausgestaltung der Angebote zu stärken und das Potential der Psychiatrie- Erfahrenen auch im sozialpsychiatrischen Berufsfeld stärker zu nutzen.

Um Inklusion zu fördern und Exklusion zu reduzieren sind für uns folgende Positionen mit Blick auf grundlegende Funktionsbereiche von zentraler Bedeutung.

**Der Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V. und seine Mitgliedseinrichtungen setzen sich mit Blick auf zentrale Funktionsbereiche für folgende Punkte ein:**

### **Funktionsbereich I: Tagesstruktur und Kontaktgestaltung**

Inklusion ist dort gefährdet, wo Menschen auf Grund mangelnder Belastbarkeit keine Perspektive auf Arbeit haben und auch andere Beschäftigungsverhältnisse nicht oder noch nicht in Frage kommen. Darüber hinaus bleibt es ein zentrales Problem, wie Menschen mit psychischer Beeinträchtigung so früh wie möglich in die Hilfe gelangen können, um so mögliche Chronifizierungen zu verhindern.

Entscheidend für die Zugänglichkeit sozialpsychiatrischer Hilfen ist zweifellos der Abbau öffentlicher Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Die Erstellung und multimediale Verbreitung wertungsfreier und allgemeinverständlicher Informationen über einzelne psychische Erkrankungen und die aus ihnen resultierenden lebenspraktischen Auswirkungen sind deshalb weiterhin notwendig. Gleichzeitig muss sich die sozialpsychiatrische Praxis mit zentralen öffentlichen Institutionen (Schulen, Betrieben etc) sowie mit angrenzenden Hilfesystemen (Jugendhilfe, Medizin, psychosozialen Beratungsstellen etc...) so gut vernetzen, dass strukturelle und einzelfallbezogene Kooperationen reibungslos erfolgen können. Dazu können Weiterbildungsangebote ausgebaut und zielgruppenspezifisch angeboten werden.

**Der Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V. und seine Mitgliedseinrichtungen setzen sich mit Blick auf den Funktionsbereich „Tagesstruktur und Kontaktgestaltung“ dafür ein:**

- Ausbau und Erhalt niedrigschwelliger Hilfen als Türöffner zu weiterführenden Hilfen und als Kontaktmöglichkeit mit geringer Hilfe.
- Verkürzung des administrativen Antragsverfahrens im SGB IV, um nachhaltige Brüche in der Betreuung zu vermeiden.
- Einrichtungs- und trägerübergreifende Abstimmung der Nutzerüberleitungen
- Trägerübergreifende Finanzierungsmodelle.
- Verbesserte öffentliche Wahrnehmung und Virtualisierung der Tagesstättenarbeit durch Verankerung tagesstrukturierender Angebote in der Gemeinde.
- Erleichterte Zugänge in die Integrationsfirmen für psychisch kranke Menschen ohne Schwerbehinderung.

**Funktionsbereich II: Wohnen und Selbstversorgung**

Im Zuge der Psychiatriereform hat eine breit angelegte De - Institutionalisierung, Differenzierung und Qualifizierung der Versorgung chronisch psychisch beeinträchtigter Menschen bereits stattgefunden und zu deutlichen Verbesserung der Lebens- und Unterstützungsbedingungen psychisch beeinträchtigter Menschen geführt. So wurden stationäre Wohnformen dezentralisiert, „normalisiert“ und weitgehend sozialräumlich eingebunden. Entscheidend dabei ist der Gedanke, dass nicht die Wohnform die Betreuungsdichte bestimmt, sondern dass beide Bereiche voneinander entkoppelt werden müssen.

Es ist ein großer Erfolg der langjährigen Bemühungen in der Sozialpsychiatrie, dass heute eine Mehrzahl der chronisch beeinträchtigten Menschen in den

eigenen Wohnungen unterstützt werden kann. Trotzdem kann dieser Prozess unter dem Vorzeichen der Inklusion noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden, zumal der Umbau von einer einrichtungszentrierten Sichtweise zu einer personenzentrierten Praxis noch längst nicht abgeschlossen ist. Vielmehr gibt es Anlass zur Vermutung, dass aus ökonomischen Gründen, wohnortferne stationäre Unterbringungen gegenüber ambulanten Hilfeformen zunehmend wieder an Bedeutung gewinnen. Solange die ambulanten Hilfen auch in Mecklenburg Vorpommern finanziell nicht immer bedarfsgerecht hinterlegt sind, muss der Anspruch auf einen Ausbau flexibler, gemeindenaher und personalintensiver Hilfen in der eigenen Häuslichkeit fragwürdig bleiben.

**Der Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V. und seine Mitgliedseinrichtungen setzen sich mit Blick auf den Funktionsbereich „Wohnen und Selbstversorgung“ dafür ein:**

- Ambulante Maßnahmen haben unbedingt Vorrang. Stationäre Wohnformen sind vorübergehende Unterstützungsleistungen mit der zwingenden Perspektive, selbstständige Lebensführung zu fördern und vorzubereiten. Der Bewohner einer stationären Wohnform ist in erster Linie ein mündiger Bürger/eine mündige Bürgerin mit einem Hilfebedarf. Der Inklusionsauftrag bindet die stationären Wohnformen an den Anspruch, auch im Alltag des Wohnens Besonderheiten zuzulassen und zu fördern und Barrieren aufzuweichen. Dieses Kernziel hat sich auch in den Qualitätsstandards prioritär niederzuschlagen. Insofern sollten sich auch die Wohnkonzeptionen in ihren Fortschreibungen weiterhin an diesem Ziel ausrichten und - sofern noch nicht geschehen - konzeptionelle Formen entwickeln, die den tatsächlichen Wohnrealitäten und damit den individuellen Bedürfnislagen der Betroffenen entgegen kommen. (Trennung von Wohnen und Tagesstruktur, WG Charakter, Apartments etc). Darüber hinaus sollten auch die administrativen Kontrollmechanismen der Leistungsträger darauf überprüft werden, inwiefern sie tatsächlich einem inklusiven Anspruch gerecht werden und nicht etwa fach- und lebensferne Kriterien anlegen, die das Kernziel

faktisch unterlaufen. Dabei sollten die Wirkungen der Maßnahme vor allem mit Blick auf die Zufriedenheit der Nutzer abgebildet werden.

- Stationäre Wohnformen sind als Teil der Gemeinde zu konzipieren und somit sozialräumlich zu verankern. Die Betroffenen müssen ermutigt werden, soziale und kulturelle Angebote in der Gemeinde wahrzunehmen. Die Öffentlichkeit muss mehr Präsenz von psychisch erkrankten Menschen erleben und einfache Kontaktmöglichkeiten haben. Dabei haben nicht-psychiatrische Hilfen Vorrang vor professionellen Angeboten. Die Erschließung sozialräumlicher Angebote und ihre fachliche Begleitung müssen allerdings auch finanziell abgesichert sein.
- Stationäre Wohnformen sind als integratives Element gemeindenaher Versorgung zu konzipieren und eng mit inhaltlich differenzierten ambulanten Angeboten zu verzahnen (Gemeindepsychiatrische Verbände, Casemanagement etc...). Nur so sind Behandlungskontinuitäten gewährleistet und die Möglichkeit gegeben, individuell auf Unterstützungsbedarfe eingehen zu können. Das schließt auch die Bereitschaft der Leistungserbringer und Kostenträger ein, die gemeindenahere Versorgungslandschaft mit Betreuungsangeboten für unkonventionelle oder unattraktivere Bedarfe zu komplettieren auch (z.B. ältere psychisch kranke Menschen, pflegebedürftige Menschen, forensische Nachsorge, Doppeldiagnosen, psychisch erkrankte und/oder traumatisierte MigrantInnen und Flüchtlinge).
- Die Finanzierungssystematik muss so weiterentwickelt werden, dass auch Anreize gesetzt werden, die ein solches gemeindenahes Hilfenetz auch tatsächlich erlauben. Die in Mecklenburg Vorpommern nach wie vor faktisch vorhandene Trennung von örtlichen und überörtlichen Leistungsträgern muss überwunden werden, ohne dass dabei allerdings Steuerungsressourcen eingespart werden.

- Hilfeplankonferenzen müssen Standard in allen Kommunen sein. Auch ist die Einhaltung von Qualitätssicherungskriterien hier von großer Bedeutung.
- Geschlossene Einrichtungen sind nötig als Schutzraum für die eigene Personen und zum Schutz der anderen. Trotzdem zwingt die UN BRK zu einem äußerst sensiblen Gebrauch der richterlichen Beschlüsse. Entscheidend ist für uns aber, dass vor einer pauschalen Institutionenkritik zunächst die Qualitätsaspekte der geschlossenen Wohnformen in den Vordergrund rücken. So sind die Übergänge Krankenhaus-Geschlossene Wohnformen oft dadurch geprägt, dass die Krankenhäuser „schwierige Patienten“ schnell entlassen müssen. Für die sozialpsychiatrischen Einrichtungen macht dies eine angemessene Vorbereitung auf den Patienten jedoch problematisch, da sie eher als heimliche „Verlängerung“ der Krankenhausaufenthalte dienen, ohne jedoch über die angemessenen Ressourcen zu verfügen. Auch sollten vorbereitende Hilfeplankonferenzen, die bereits im Vorfeld eines Beschlusses nach BGB §1906 ansetzen, flächendeckend institutionalisiert sein, um Alternativen zu geschlossenen Wohnformen frühzeitig auszuloten und gegebenenfalls umzusetzen.
- Durch falsche Anreize der Kostenträger wird eine „Sogwirkung in Richtung geschlossene Wohnformen in Gang gesetzt: Der betriebswirtschaftliche Druck auf die Einrichtungen erzeugt den Zwang, freie Plätze schnell zu besetzen, auch von Klienten, die aus weiteren Regionen kommen. Allerdings sind viele Qualitätsaspekte nur vor dem Hintergrund einer regionalen Versorgungsverpflichtung umsetzbar. Insofern sollte von einer gemeindenahen Unterbringung nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.
- Geschlossene Wohnformen bedürfen besonders der engen fachärztlichen Anbindung. Ferner muss die Personalstruktur geschlossener Wohnformen mit Blick auf die therapeutischen Qualifikationen verbessert werden, um



den passageren Charakter der geschlossenen Wohnformen zu gewährleisten.

- Flexible Übergänge zwischen „Geschlossenen“ - „Offen“ und „Tagesstruktur“ müssen ausgebaut werden. Auch personalintensive Betreuungsmodule mit ambulantem Charakter müssen verfügbar sein. Allerdings setzt dies die entsprechende Finanzierung voraus.
- Offene Hilfen mit Intensivbetreuung für den Übergang oder zur Probe! Externe Angebote bei stationärer, auch geschlossener Unterbringung, bspw. früherer Begleitung oder Fortführung der ambulanten Begleitung.
- Ausbau und Differenzierung der regionalen Angebote (Assistenzkonzepte) z.B. Rückzugsräume, Weglaufhäuser, kreative Lernwerkstätten. Sozialgesetzübergreifende Vernetzung durch verbindliche Strukturen in der Region. (Regionale Psychiatrieplanung).
- Evaluation geschlossener Unterbringung (Timeout Räume etc).

### **Funktionsbereich III: Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung**

Die im Artikel 27 der UN BRK geforderte Zugänglichkeit des Arbeitsmarktes für behinderte Menschen ist nach wie vor problematisch. Rund 2/3 der Menschen mit Psychiaterfahrung sind ohne Arbeit und Beschäftigung oder in Frührente. Arbeitslosigkeit und Armut sind jedoch die zentralen Exklusionsbedingungen. Gerade Menschen mit psychischer Beeinträchtigung finden sich auf dem Arbeitsmarkt Barrieren gegenüber, die in der Praxis kaum zu überbrücken sind.

**Der Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V. und seine Mitgliedseinrichtungen setzen sich mit Blick auf den Funktionsbereich „Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung“ dafür ein:**

- Die Öffentlichkeitsarbeit mit Blick auf Arbeitgeber und deren Verbänden für die Belange psychisch beeinträchtigter Menschen zu schärfen und Vorurteile abzubauen. Das gilt aber auch schon für die Aufklärung und

Information in den (Förder-) Schulen, um die beruflichen Übergänge differenziert gestalten zu können.

- Die Prävention und frühzeitige Intervention am Arbeitsplatz zu fördern und konzeptionell zu verankern.
- Anreize für inklusive Arbeitsprojekte zu etablieren.
- Die leistungsträgerübergreifende und regionale Vernetzung der relevanten Akteure aus Job Centern, Sozialamt, BA, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Leistungserbringern, Berufsverbänden sind in den Regionen zur Förderung personenzentrierter Fallsteuerung auszubauen und zu stärken.
- Die berufliche Rehabilitation – gerade auch in ambulanter und gemeindenaher Version - zu stärken und auszubauen.
- Es sind Rahmenbedingungen für WfbMs zu schaffen, die dazu beitragen, die Übergänge für Beschäftigte auf den ersten Arbeitsmarkt durchlässiger und flexibler zu gestalten. Auch müssen Wirtschaft und Unternehmen in den Regionen dabei unterstützt werden, sozialversicherungspflichtige Arbeit bereit zu halten. (Schaffung von Außenarbeitsplätzen).
- Das Prinzip der unterstützten Beschäftigung muss als anerkanntes Instrument in der sozialen Arbeit und in den privatwirtschaftlichen Unternehmen etabliert werden.
- Betriebe müssen ermutigt werden, die Möglichkeit zur Arbeitserprobung und für Praktika zur Verfügung zu stellen.
- Die Angebote mit Blick auf Integrationsfirmen und Zuverdienstmöglichkeiten sind gemeindenah auszubauen.

- Das Engagement von Menschen mit Psychiatrieerfahrung als Ressource in der Sozialpsychiatrie zu stärken.
- Der Nachteilsausgleich für schwerbehinderte Menschen sind auch auf psychisch kranke Menschen (ohne Schwerbehinderungsausweis) zu übertragen und auf jegliche Form der Beschäftigung anzuwenden (Integrationsfirmen, Zuverdienst etc).
- Schwerbehinderten SchülerInnen auch nachhaltig (!) die Möglichkeit zu eröffnen, sich intensiv beruflich zu orientieren, um den unterschwelligen Automatismus im Übergang von Förderschulen in die WfBMs aufzubrechen. Projekte, die sich in MV bereits etabliert haben, müssen finanziell langfristig unterstützt werden, um Kontinuität und damit den Erfolg dieser Maßnahmen zu gewährleisten.