Infobrief

Infobrief III.2010

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.

In dieser Ausgabe:

Beschluss der ASMK Konferenz 2010 zur Reform der Wiedereingliederungshilfe	4
Stellungnahme des Landesverbandes Sozialpsychiatrie zur ambulanten Geriatrie	7
Brief an Frau Ministerin Schwesig zur forensischen Psychiatrie	16
Diskussionspapier der AG Wirkungsmonitoring	20
Neues von den Mitgliedern: Anker Sozialarbeit Schwerin gGmbH	24
Neues von den Mitgliedern: VS Greifswald Ostvorpommern	26
Termine, Impressum	27

Neues aus der Geschäftsstelle

Liebe Mitglieder und Freunde des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V.

Vorab ein kleiner Rückblick auf die letzten Monate: Wie zu erwarten gewesen war, wurde Mitte September das Zweite Gesetz zur Änderung des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes im Landtag MV verabschiedet. Das finanzielle Volumen blieb damit im angekündigten Rahmen. Auch ist der KSV Beirat nun endgültig abgeschafft. Interessant ist, dass mit dem verabschiedeten Entschließungsantrag der SPD / CDU Fraktion eine grundlegende Umgestaltung des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes für Januar 2013 in Aussicht gestellt wurde. Ziel sei „die Abkehr von den bisherigen Fortschreibungs- und Verteilungsmechanismen zugunsten neuer Anreize zur verstärkten Nutzung personenorientierter Angebote im ambulanten Bereich“. Natürlich begrüßt der Landesverband dieses Ansinnen, zumal es die Kernposition des Landesverbandes aufgreift. Andererseits bleibt natürlich ein ganzer Reigen von Fragen offen: Wie sollen die Verteilungskriterien aussehen? Auf der Grundlage welcher Daten? Wie wird gewährleistet, dass die strukturell unterschiedlichen Rahmenbedingungen der einzelnen Gebietskörperschaften bzw. der entsprechenden Versorgungssysteme auch angemessen berücksichtigt werden? Wie werden notwendige Übergänge in ambulante Hilfen bei stationär geprägten Trägern gestaltet? Wie werden Leistungserbringer in die konzeptionelle Diskussion eingebunden, wo doch gerade jetzt der KSV Beirat als Beitrag zur „Verwaltungsverschlankung“ aufgelöst worden ist?

Es bleibt also weiterhin spannend, den politischen Verlautbarungen aus Schwerin zu folgen, zumal – bundespolitisch – die Messlatte recht hoch gelegt worden ist: Mittlerweile liegen nämlich nicht nur die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vor, die der ASMK Konferenz Ende November zur Entscheidung vorgelegt worden sind, sondern auch die Beschlüsse der Sozialminister. Demnach wird die aktuelle Diskussion über „Inklusion“ sicherlich deutlich konturierter ausfallen wird als bisher. So hat die ASMK Konferenz in ihren Beschlüssen den

personenzentrierten Ansatz massiv gestärkt, indem sie z.B. nicht nur Hilfeplankonferenzen generell verpflichtend gemacht hat, sondern auch die Teilnahme der Nutzer und aller Leistungsträger fordert. Ferner wird die – koordinierende - Gesamtsteuerungsverantwortung des Sozialhilfeträgers ebenso betont wie die Förderung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in Einrichtungen außerhalb einer WfbM. Offensichtlich hat die UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen doch einen sehr viel größeren Eindruck in der Politik hinterlassen als - selbst wohlmeinende - Skeptiker bislang meinten. Jedenfalls dürften die Auswirkungen auch hier im Norden bald spürbar werden. Das ist eine Entwicklung, die – bei allen noch offenen Fragen - für die Zukunft Mut macht und sicherlich zu begrüßen ist. Zu diesem Thema wird der Landesverband am 19. Mai 2011 gemeinsam mit anderen Partnern eine Fachtagung veranstalten, in der insbesondere die Finanzierung personenzentrierter Leistungen fokussiert werden soll. Um dabei auch die Diskussionsstränge anderer Bundesländer zu integrieren, werden auch Referenten aus anderen Bundesländern eingeladen.

Was die weiteren Arbeitsthemen des Landesverbandes angeht, sind verschiedene Projekte angestoßen worden. Zunächst sind wir gemeinsam mit dem Diakonischen Bildungszentrum dabei, die bestehende Fachausbildung zur Sozialpsychiatrie konzeptionell zu überarbeiten. In ihrer bisherigen Form ist sie bekanntermaßen vor 15 Jahren entwickelt und umgesetzt worden. Seither haben rund 200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Ausbildung durchlaufen. Die Notwendigkeit einer Überarbeitung ergibt sich aus drei Aspekten: Zum einen wird – gerade von kleineren Trägern - angemerkt, dass der bisherige Ausbildungsgang in seiner didaktischen Struktur zu aufwändig ist. Neben den Präsenzzeiten fallen zeitintensive Praktika an, die zu einer starken Belastung der entsendenden Einrichtung führen. Auch bleibt fraglich, ob die im Rahmen eines Praktikums gesammelten Lernerfahrungen tatsächlich den realen Aufwand rechtfertigen können.

Ferner wird oft darauf hingewiesen, dass aktuelle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie inhaltlich stärker berücksichtigt werden müssten. Die gegenwärtige Diskussion zur Zukunft der Sozialpsychiatrie greift auf Arbeitsansätze zurück, die sich - schlagwortartig - mit Begriffen wie „Inklusion“, „Personenzentrierung“, „Sozialraum“ etc. markieren lassen. Diese fachlichen Orientierungen sind aber nicht nur methodischen Ergänzungen des bestehenden Handlungsrepertoires der Sozialpsychiatrie, sondern fordern oft eine grundlegende Neuausrichtung der individuellen und institutionellen Praxis, die eben auch Haltungen einschließen. Eine Revision des Curriculums sollte - gerade auch vor dem Hintergrund etwa des ASMK Papiers - dieses veränderte Verständnis der beruflich-professionellen Rolle stärker berücksichtigen.

Ein weiterer Ansatzpunkt zielt auf eine modulierte Erweiterung des ursprünglichen Fortbildungskonzeptes. Auch das Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie hat sich in den vergangenen Jahren immer stärker ausdifferenziert. Den spezifischen Ansprüchen im Bereich Wohnen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensik, Arbeit und Beschäftigung, Sucht sowie Gerontopsychiatrie sollte stärker als bisher im Sinne von Wahlmöglichkeiten Rechnung getragen werden. Um diese Ideen auszuarbeiten und zu prüfen, inwiefern sie in ein verändertes Fortbildungskonzept einmünden können, wird ab Dezember eine kleine Arbeitsgruppe an einem Entwurf arbeiten, der dann in einer größeren Fachöffentlichkeit zur Diskussion gestellt werden soll. Ein weiteres Arbeitsfeld ist gegenwärtig die Auseinandersetzung mit dem Thema „Wirkungsmonitoring“. Hintergrund dafür sind einerseits Vorarbeiten verschiedener Träger, aber auch politische Entwicklungen (s.o.), die die Auseinandersetzung mit dem Fragenkomplex Wirkung / Datenerfassung /

Benchmarking etc. notwendig erscheinen lassen. Auf Anregung der AG Geschäftsführer wurde zu einem kleineren Workshop eingeladen, der sich mit der Klärung eines möglichen trägerübergreifenden Konzeptes beschäftigt hat. Aus diesem Workshop ist ein Papier entstanden, das in diesem Infobrief veröffentlich wird und die nachfolgenden Diskussionen etwas strukturieren soll. Für Januar ist ein Folgetermin der Projektgruppe vorgesehen.

Die nunmehr auch politisch vorgenommene Akzentuierung des personenzentrierten Ansatzes durch die ASMK führt natürlich auch zur Frage, ob damit nicht auch die Struktur der landesweiten Arbeitsgruppen des Landesverbandes berührt werden. Anlässlich des Treffens des Vorstandes mit den SprecherInnen der LAGs wurde durch die SprecherInnen angeregt, über „personenzentrierte Organisationsprinzipien“ der LAGs neu nachzudenken. Derzeit wird die Diskussion in einem Thesenpapier zusammengefasst, das dann im Februar 2011 erneut mit den SprecherInnen abgestimmt und anschließend den Mitgliedseinrichtungen vorgelegt wird.

Das Sozialministerium hat nunmehr nach langer Vorarbeit einen ersten Entwurf zum Psychiatrieentwicklungsplan vorgelegt. Dieser Entwurf, der grundsätzlich zu begrüßen und positiv zu bewerten ist, wurde den Mitgliedseinrichtungen bereits zugesandt, und zwar mit der Bitte um Anmerkungen und Kommentare. Daraus ist im Rahmen eines kleinen Workshops eine Zusammenfassung erstellt worden, die dem Sozialministerium mit der Bitte um Berücksichtigung zugeschickt worden ist.

Im Februar wird der Landesverband Sozialpsychiatrie im Rahmens eines Modellprojektes „Länger leben in MV“ eine Broschüre herausgeben, die sich an speziell an die Angehörigen demenzkranker Menschen wendet und Hilfestellung in der Alltagsbewältigung vermitteln will. Unterstützt wird diese Broschüre von dem Sozialministerium MV und der Hansestadt Rostock.

Und zum Schluss möchte ich Sie noch auf einige Termine hinweisen: Die GGP Rostock wird mit Unterstützung durch das Institut für Sozialpsychiatrie MV, dem Landesverband Sozialpsychiatrie MV und anderen Partnern am 30. März zum 1. Rostocker Forum Psychiatrie einladen. Konkretes Thema: Innovative Behandlungskonzepte in der Psychiatrie.

Am 19. Mai 2011 wird der Landesverband gemeinsam mit dem DPWV vor dem Hintergrund der ASMK Beschlüsse eine Fachtagung zu Finanzierungmodellen personenzentrierter Leistungen durchführen.

Die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV findet voraussichtlich am 27 Mai 2011 statt. Wir freuen uns, dass wir bei der VS Uecker-Randow zu Gast sein können.

Ihnen und Ihrer Familie ein schönes, entspanntes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr 2011

Andreas Speck

87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2010

am 24. / 25. November 2010 in Wiesbaden

TOP 5.1

Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

Antragsteller: Alle Länder

Beschluss:

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder (ASMK) bekräftigen, dass eine Reform der Eingliederungshilfe dringend notwendig ist. In den nun zu treffenden gesetzlichen Regelungen sind folgende Ziele zu berücksichtigen:
   - Entwicklung zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung, die die individuellen Bedarfe stärker berücksichtigt und das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderungen beachtet,
   - Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems sowie
   - Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen,
   - Kostenneutralität und angemessene finanzielle Beteiligung des Bundes.

   Grundanliegen des Reformvorhabens ist es, Teilhabemöglichkeiten und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige in Übereinstimmung mit der VN-Konvention weiterzuentwickeln. Es ist nicht Ziel des Reformvorhabens, Teilhabemöglichkeiten und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige einzuschränken, zu ihrem Nachteil zu kürzen oder wegfallen zu lassen.

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder nehmen den Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, in dem die Ergebnisse der 2007, 2008 und 2009 bereits beratenen Eckpunkte sowie der 2009 beschlossenen Begleitprojekte zusammengefasst sind, zur Kenntnis (siehe Anlage) und danken den beteiligten Verbänden für die konstruktive Mitarbeit.

   Sie stellen fest, dass die Erörterung wesentlicher Fragestellungen zu weitgehend einvernehmlichen Ergebnissen geführt hat und damit ein breiter Konsens weiterhin gegeben ist. Das betrifft im Besonderen Themen wie den personenzentrierten Ansatz, bundeseinheitliche Kriterien und Maßstäbe zur Bedarfsermittlung und zum Teilhabemanagement, die Trennung der Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich Wohnen von den (Fach-)Leistungen der Eingliederungshilfe, Flexibilisierung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

3. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder begrüßen die bisherigen Ergebnisse der Begleitprojekte und den damit erreichten Stand der notwendigen vorbereitenden Arbeiten für die Gesetzgebungsarbeiten der Bundesregierung für eine Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe. Sie beauftragen die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zügig die noch offenen Fragen zu klären und die noch nicht abgeschlossenen Begleitprojekte zu Ende zu führen.

   Sie erwarten, dass die Bundesregierung auf der Grundlage der in der Anlage zusammengefassten Eckpunkte und auf der Basis einer zwischen Bund und Ländern einvernehmlich festzustellenden Verständigung über die finanziellen Folgen der strukturellen Veränderungen einer Reform einen Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“ so rechtzeitig vorlegt, dass dieses Gesetzgebungsvorhaben in dieser Wahlperiode des Deutschen Bundestages abgeschlossen werden kann. Sie bieten an, dass sich die Länder im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe aktiv an dieser Arbeit beteiligen.

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Stellungnahme des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV zur ambulanten Geriatrischen Rehabilitation in Verbindung mit dem Pflegerahmenplan Mecklenburg Vorpommern

(in Abstimmung mit Prof. Dr. I. Steinhart, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Institut für Sozialpsychiatrie MV)

Sozialausschuss des Landtages MV vom 8.9.2010

1. Wie bewerten Sie die Versorgung im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation in MV?

2. Wie bewerten Sie die Entwicklung im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation in den letzten Jahren?

3. Welche Handlungsbedarfe sehen Sie im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation in den kommenden Jahren?

Antwort:

Die geriatrische Rehabilitation ist eine fachspezifische Rehabilitation für ältere Patienten, die insbesondere die Multimorbidität und die persönliche Lebenssituation des einzelnen Patienten in der Ausrichtung und Zielsetzung berücksichtigt. Im Mittelpunkt steht die Wiederherstellung der individuellen Selbstständigkeit und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Bei bereits bestehender Pflegedürftigkeit soll die geriatrische Rehabilitation helfen, den Hilfebedarf zumindest zu verringern. Bei der ambulanten geriatrischen Rehabilitation werden tagsüber Angebote in einer Rehabilitationseinrichtung wahrgenommen. Bei der sogenannten mobilen geriatrischen Rehabilitation findet die Versorgung in der Häuslichkeit des Patienten statt.

In Mecklenburg Vorpommern haben sich bislang keine Angebote einer ambulanten geriatrischen Versorgung an den Geriatriezentren MV etablieren können. Auch eine mobile geriatrische Rehabilitation - wie sie vor dem Hintergrund ländlicher Strukturen (lange Anfahrtswege, geringe Hausarztdichte, hohe Überalterung) definitiv notwendig wäre, findet in MV nicht statt. Trotz Engagements verschiedener Kliniken sind die Verhandlungen mit den Krankenkassen bisher gescheitert. Immerhin konnten im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrages unter Beteiligung der AOK und der Kassenärztlichen Vereinigung MV an drei Standorten (Waren/Müritz, Stralsund und Wolgast) die sogenannte „Ambulante Geriatrische Komplexbehandlung“ aufgebaut werden.

Die ambulanten geriatrischen Rehabilitationsangebote sind eine notwendige Komplettierung der stationären Versorgungsformen für ältere Menschen. Dies hat der Gesetzgeber in der Ausgestaltung des Gesundheitssystems durch den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege" explizit anerkannt. Gerade auch durch den Ausbau ambulanter Strukturen der geriatrischen Rehabilitation könnte das Rehabilitationspotential der geriatrischen Patienten deutlich stärker ausgeschöpft werden.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Die Bemühungen der Landesregierung, weitere Standorte für die Ambulante Geriatrische Komplexbehandlung" zu entwickeln, müssen forciert werden. Dies scheint vor allem auch angesichts der demographischen Entwicklung und der zunehmenden Zahl an Pflegedürftigen in Mecklenburg Vorpommern dringend geboten. Dabei sollten auch die institutionellen Schnittstellen zur gerontopsychiatrischen Versorgung in den jeweiligen Standorten konzeptionell stärker berücksichtigt werden.

4. Wie bewerten Sie die pflegerische Versorgung in MV?

5. Wie bewerten Sie die Entwicklung im Bereich der pflegerischen Versorgung in den letzten Jahren?

6. Welche Handlungsbedarfe sehen Sie in der Pflege in den nächsten Jahren?

Antwort:

Die pflegerische Versorgung scheint in Mecklenburg Vorpommern gegenwärtig generell quantitativ ausreichend zu sein. Mit Blick auf eine Zielsetzung des Landespflegegesetzes (§1) ist es somit gelungen, eine zahlenmäßig ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur für pflegebedürftige Menschen in MV (bei regionalen Schwankungen) vorzuhalten. Die Prüfberichte des MDK weisen zudem darauf hin, dass die Qualität der ambulanten und stationären Angebote in MV im bundesdeutschen Vergleich erfreulich hoch einzuschätzen ist: Auch wenn die Prüfkriterien im Hinblick auf Stärken und Schwächen kürzlich evaluiert wurden und zum 1. Januar geändert bzw. anhand der Erfahrungen überarbeitet werden, nimmt Mecklenburg Vorpommern bundesweit einen Spitzenplatz ein.

Gleichwohl zeigt sich aber bei den Einrichtungsträgern mehr und mehr der Mangel an geeigneten Fachkräften. Dieser Mangel wird sich vermutlich in MV noch zeitnah zusätzlich verschärfen, weil:

- der Pflegeberuf durch die (zu) knappe Personalbemessung extrem belastet ist („hohe drop-out" Rate, hoher Krankenstand),
- der Pflegeberuf durch zu geringe Entlohnung an Attraktivität bei Schulabgängern massiv eingebüßt hat,
- gerade junge und qualifizierte Kräfte in andere Bundesländer abwandern,
- der Personalbestand in vielen Einrichtungen bereits überaltert ist und mittelfristig viele Fachkräfte innerhalb eines absehbaren Zeitfensters verrentet werden.

Speziell gerontopsychiatrisch geschulte Fachkräfte zudem schon jetzt auf dem Arbeitsmarkt kaum zu bekommen.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Handlungsbedarf wird insbesondere in der Akquise, Bindung und Fortbildung von Pflegefachkräften gesehen. Es bedarf einer konzertierten und wirkungsvollen Strategie von Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern, um die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zu verbessern und dadurch das Image des Pflegeberufes bei Schulabgängern in MV attraktiver zu gestalten. Nur so kann gewährleistet werden, dass das Versorgungssystem der Pflege in MV auf qualitativ hohem Niveau stabilisiert bzw. bedarfsgerecht ausgebaut werden kann. Mit Blick auf den Umgang mit gerontopsychiatrische Erkrankungen werden insbesondere auch gerontopsychiatrische Fachkräfte zwingend gebraucht.

Ein zentraler Zugang zur Bewertung der aktuellen Pflegesituation ergibt sich in der Analyse der Pflegeorte. Nach Auskunft des Statistischen Amtes MV wurden Ende 2007 rund 70% der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt: Entweder von den Angehörigen und/oder mit Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes. Die restlichen 30% lebten in stationären Einrichtungen. Angesichts der prognostizierten Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten (und angesichts der dabei erforderlichen staatlichen Transferleistungen) - bleibt aber fraglich, ob diese Verteilungsstruktur inhaltlich und in der Gewichtung allein schon aus volkswirtschaftlichen Gründen in dieser Form fortgeschrieben werden kann.

Zu berücksichtigen ist nämlich, dass für die zukünftige Inanspruchnahme von Pflege mehrere Aspekte ausschlaggebend sind:

I. **Die Entwicklung der Prävalenz von Pflegedürftigkeit:** Auch wenn die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft deutlich steigen wird, dürfte sich diese Steigerung jedoch nicht proportional zu den Alterskohorten entwickeln; denn das individuelle Risiko der Pflegedürftigkeit wird nach Einschätzung etwa des Max Plank Institutes generell eher abnehmen. Dies sei einerseits den Fortschritten in der Behandlung zu zuschreiben und andererseits den gesundheitsfördernden Lebensstilen.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Es müssen im Gesundheitsland MV verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um das Potential der Gesundheitsförderung, der Frühintervention und der geriatrischen Rehabilitation stärker als bisher auszuschöpfen und so das Pflegerisiko zu senken bzw. die Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich hinauszuzögern. Dies gilt auch und gerade für Demenzerkrankungen und andere gerontopsychiatrische Störungsbilder wie Altersdepression etc.

Mit Blick auf dementielle Erkrankungen gehen Schätzungen von derzeit ca. 20 000 Betroffenen in MV (ca. 7% der über 65-Jährigen) aus. Ferner wird erwartet, dass diese Zahl in den nächsten Jahren deutlich (ca. +90% bis 2020) ansteigen wird. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass in naher Zukunft **jeder sechste Bürger bzw. jede sechste Bürgerin** unseres Bundeslandes in der Alterskohorte der über 65-Jährigen an Demenz erkranken wird. So wird für einige Kommunen prognostiziert, dass die Prävalenz dort in den nächsten zehn Jahren sogar bis zu 140% wachsen wird (z.B. Neubrandenburg). Belastbare Zahlen zur Größenordnung anderer gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder liegen derzeit nicht vor. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass in Zukunft die Pflegebedürftigkeit noch stärker als bisher von Multimorbidität, Chronizität und vor allem von psychiatrischen

Auffälligkeiten wie Demenzerkrankungen geprägt bzw. dominiert werden wird. Auch wenn beispielsweise dementielle Erkrankungen in absehbarer Zeit medizinisch vermutlich nur bedingt kontrollierbar sein werden, sind **jedoch nach unserer Auffassung die sozialen Dimensionen durch strukturelle Maßnahmen steuerbar bzw. gestaltbar.**

Es muss jedoch konstatiert werden, dass die Pflegestruktur in Mecklenburg Vorpommern auf den Anstieg gerontopsychiatrischer Prävalenzen nur unzureichend eingestellt ist. Die sektoralen Strukturen, der somatisch geprägte Pflegebedürfnisbegriff sowie die limitierten Leistungsangebote in den Regionen und Kommunen MV werden den spezifischen Anforderungen dementiell erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen nicht in ausreichendem Maße gerecht. Beispielhaft kann in diesem Zusammenhang auf erste Ergebnisse des im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführten Modellprojektes „Länder leben in MV" verwiesen werden. Hier wurde in einer telefonischen Befragung von Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe deutlich, dass die fachliche und konzeptionelle Auseinandersetzung mit dementiell und gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen insbesondere im ambulanten Bereich bestenfalls (d.h. euphemistisch formuliert) in den Anfängen steckt. Ambulante Pflege fokussiert bestimmte Zielgruppen und standardisierte Bedarfe. Das Leistungsspektrum ist somit begrenzt. Eine flexible, am individuellen Bedarf eines Demenzkranken ausgerichtete Pflege, die ihrerseits auch soziale und hauswirtschaftliche Dienstleistungen einschließt, gibt es in MV nur bedingt und sollte in MV zur Regelversorgung werden. Auch böte es sich an, die Pflegedienste mit Aufgaben der Information, Beratung und Schulungen im sozialen Nahraum des Betroffenen zu betrauen. Eine Stärkung der ambulanten Pflege setzt aber letztlich finanzielle Ressourcen für die Träger voraus, um passgenaue Hilfen auf der Grundlage individueller Hilfepläne zu entwickeln und im sozialen Nahraum umzusetzen. Hier sollte sich das Land über den Bundesrat dafür einsetzen, dass die ungleiche Finanzierung von ambulanter und stationärer Pflege in der Pflegeversicherung aufgehoben wird.

Empfehlungen des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Implementierung passgenauer Hilfen im Lebensfeld. Generierung neuer und refinanzierbarer (gerontopsychiatrischer) Pflegeleistungen , die zum Beispiel auch auf Information, Beratung und Qualifizierung der Angehörigen und Betroffenen abzielen.

Die Landesregierung in MV sollte über eine Bundesratsinitiative dafür sorgen, dass die Ungleichbehandlung in der Finanzierung ambulanter versus stationärer Maßnahmen in der Pflegeversicherung überwunden werden.

Der ambulante Bereich (ambulante Pflegedienste, ambulant betreute Wohngemeinschaften, niedrigschwellige Begegnungsangebote, Unterstützungssysteme für pflegende Angehörige) ist - unter Wahrung qualitativer Standards - deutlich ausbaufähig. Deshalb: Stärkung des ambulanten Systems durch konzeptionelle Differenzierung, Qualifizierung der Mitarbeiter und Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen zur professionellen Hilfeplanung mit Lebensfeldbezug.

II. **Die Entwicklung von Haushalts- und Familienstrukturen:** Wie schon im vorliegenden Rahmenpflegeplan MV ausgeführt, liegt die wesentliche „Last" der Pflege bei den Familien

und Angehörigen. Eine Einweisung in ein Pflegeheim ist oftmals nicht dem Zustand des z.B. demenzkranken Pflegebedürftigen geschuldet, sondern der „Überhitzung", sprich: der krisenhaften Eskalation eines chronisch überforderten privaten Unterstützungssystems. Heimeinweisungen sind somit oft das Ergebnis einer sozialen Indikation. Vor diesem Hintergrund bedürfen Angehörige unbedingt kontinuierlich und frühzeitige Unterstützung bei der Bewältigung der häuslichen Pflege. Diese Unterstützungsleistungen müssen zielgerichtet sein, so früh wie möglich einsetzen und am individuellen Bedarf orientiert sein.

Ferner gilt grundsätzlich für MV, dass das familiäre Engagement in der häuslichen Pflege zunehmend durch die Erosion familiärer Lebens- und Generationszusammenhänge erschwert wird. Sowohl die massive Binnenmigration junger Frauen aus MV in andere Bundesländer als auch die Konzentration der Arbeitsplätze in den größeren Städten MVs kann - bezogen auf den ländlichen Bereich - zur Schwächung der Generationensolidarität führen. Bei einer positiven Transformation ist es immerhin denkbar, dass das häusliche Arrangement aus der Entfernung und mit emotionalem Zuspruch gemanagt werden muss. Darüber hinaus nimmt laut Statistik die Singularisierung der Lebensverhältnisse in Mecklenburg Vorpommern zu. Auch diese Entwicklung wird zwangsläufig zur strukturellen Herausforderung an die häusliche Pflege, da den heutigen jungen „singles" die familiäre Unterstützungsleistung allein schon perspektivisch fehlt.

Welche Möglichkeiten es gibt, die häusliche Pflege zu stärken, wurde explizit im o.g. Modellprojekt „Länger leben in MV " mit den Angehörigen dementiell erkrankter Menschen erörtert. So wünschen sich die Angehörigen differenziertere und verfügbare Angebotsstrukturen im Bereich der Tages- und Nachtpflege sowie spezifische Dienst-, Beratungs- und Betreuungsleistungen. Unabhängig von der Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit verfügbarer Hilfen, zeigen die Analysen, dass die Hilfen erst viel zu spät in Anspruch genommen werden, zumal wenn differenzierte und leicht zugängliche Informationen über die lokalen Versorgungsmöglichkeiten fehlen.

Sowohl die vom Gesetzgeber im Pflegeweiterentwicklungsgesetz verankerten Impulse zur Förderung niedrigschwelliger Angebote (§45 SGB XI) als auch die vom Land begleiteten Initiativen zum Ausbau niedrigschwelliger Beratungsangebote sowie der Ausbau der Pflegestützpunkte in MV sind zu begrüßen und müssen konsequent – z.B. mit Blick auf eine unabhängige Beratung und auf Vernetzung in der jeweiligen Region - umgesetzt werden. Allerdings muss in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen werden, dass zum Beispiel Begegnungsstätten, die eine wichtige Funktion der Unterstützung, Beratung und Vermittlung von Betroffene wahrnehmen, nicht zu den kommunalen Pflichtaufgaben gehören und deshalb unterfinanziert sind bzw. oftmals nur durch Einsatz von Eigenmitteln der Träger aufrechterhalten werden können. Darüber hinaus gilt es auch zu berücksichtigen, dass speziell die niedrigschwelligen Beratungsangebote medial und zielgruppenspezifisch kommuniziert werden müssen. Auch macht die ländliche Struktur des Landes und die damit verbundene geringe Mobilität gerade der älteren Bewohner eine „zugehende" Beratung notwendig. Innovative Konzepte von Mitgliedseinrichtungen des Landesverbandes Sozialpsychiatrie in Kooperation mit dem Sozialministerium liegen bereits zur Prüfung der finanziellen Förderung durch §45 SGB XI den Pflegekassen vor.

Darüber hinaus sollte auch überlegt werden, in den ländlichen Gebieten die geplanten Pflegestützpunkte so zu entwickeln, dass sie auch die Funktion von gerontopsychiatrischen „Mini-Zentren" mit entsprechend eingebundener Konziliarkompetenz wahrnehmen können. Dies könnte die Zugänge in die medizinische und pflegerische Versorgung für die ländliche Bevölkerung entschieden erleichtern.

Empfehlungen des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Entwicklung der Pflegstützpunkte oder alternativer Anlaufstellen zu gerontopsychiatrischen Mini Zentren mit entsprechend eingebundener (Konsiliar-) Kompetenz. Bereithaltung von quartiersnahen Begegnungsstätten als kommunale Pflichtaufgabe.

Ausbau der Angebotsstrukturen der Tages- und Nachtpflege. Fortentwicklung niedrigschwelliger Beratungsangebote und Berücksichtigung der „zugehenden" bzw. mobilen Beratung.

Thematisiert man die verzögerte Inanspruchnahme von Hilfen, dann darf auch die Bedeutung der öffentlichen und familiären Tabuisierung des Demenzthemas nicht unberücksichtigt bleiben. Der - auch politisch initiierte und getragene - Diskurs über HIV/AIDS in Deutschland zeigt, welche positiven Wirkungen massenmediale Kommunikationsstrukturen in der Besetzung emotional ambivalenter Themen haben können.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Strategische und zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung dementieller Erkrankungen mit Hilfe massenmedialer Kommunikation.

Ferner brauchen Angehörige nicht nur in der praktischen Alltagspflege Unterstützung, sondern auch psychosoziale Entlastung in Form von Selbsthilfe, Supervision und Fortbildung. Pflegende Angehörige von Demenzkranken sind in erste Linie Ehepartner(innen!), deren eigenes Pflegerisiko durch die Belastung deutlich steigt.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Entwicklung und Stärkung von Angebotsstrukturen, die pflegende Angehörige psychosozial unterstützen.

Besonders bedeutsam zu Stärkung der häuslichen Pflege sind Unterstützungsleistungen durch ehrenamtliche bzw. informelle Netzwerke. Vor dem Hintergrund des drohenden Fachkräftemangels und knapper finanzieller Ressourcen scheint es illusionär zu sein, davon auszugehen, dass - wie es im Pflegerahmenplan noch formuliert ist - der zukünftige Pflegebedarf allein von Familienangehörigen und professionellen Kräften gedeckt werden kann. Es werden vielmehr ehrenamtliche Bürger und Bürgerinnen benötigt, die z. B. stundenweise Betreuungen in Pflegehaushalten übernehmen können. Es reicht aber nicht aus, eine romantisch gefärbte Kultur der Nachbarschaftshilfe und des ehrenamtlichen Engagement zu beschwören. Sondern es bedarf ganz konkreter Anreize bzw. rechtlicher, organisatorischer und qualifizierender Maßnahmen, um bürgerschaftliches Engagement zu stärken und auszubauen.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Entwicklung eines konkreten Maßnahmekatalogs auf Landesebene zum Aufbau und zur Stärkung ehrenamtlichen Engagements.

Unabhängig davon sind bauliche Erschwernisse in der eigenen Wohnung oftmals auch Gründe für einen Heimeinzug. Barrierefreies Wohnen kann ein zentraler Stabilitätsfaktor der häuslichen Pflege sein. Insofern ist es dringend geboten, bei der kommunalen Wohnungsplanung, dass heißt bei Neubauten, bei Sanierungs- du Modernisierungsmaßnahmen zunehmend auf altersgerechte Wohnformen und Infrastrukturen zu achten.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Stärkere Berücksichtigung bzw. Institutionalisierung altersgerechter Belange im kommunalen Städte- und Wohnungsbau.

III. Versorgungspräferenzen der Betroffenen und ihrer Angehörigen: Die Forderung nach dem Ausbau und Differenzierung wohnortnaher ambulanter Strukturen entspricht weitgehend den Wünschen der Betroffenen. Eine Repräsentativbefragung der Stiftung Bertelsmann unter älteren Menschen ergab eindeutig, dass in aller Regel die Versorgungspräferenzen nicht im stationären Versorgungssektor liegen. Auch in der aktuellen Befragung von Betroffenen im Rahmen des Modellprojekt „Länger leben in MV" wurde deutlich, dass Heimeinweisungen von den Pflegedürftigen oftmals nur als Resultat verschlechterter häuslicher Bedingungen (Überbeanspruchung der Angehörigen, mangelnde Barrierefreiheit, keine Unterstützung bei der Selbstversorgung) akzeptiert sind. Unabhängig von den individuellen Präferenzen der Betroffenen und ihren Angehörigen ist es durch den Gesetzgeber (so etwa auch im Landespflegegesetz MV) als normatives Leitbild vorgegeben, dass die Pflegestrukturen so beschaffen sein müssen, dass selbstbestimmtes und aktives Altern im heimischen Umfeld gefördert und unterstützt werden.

Hinsichtlich des stationären Angebotes in MV wird anhand der Anlage 1 des Pflegerahmenplanes als auch anhand der Auslastung der Pflegeheimplätze - z. B. laut GEK Report - deutlich, dass es in Mecklenburg Vorpommern sogar ein Überangebot an stationären Plätzen gibt. Die Frage bleibt, ob dieser Sachverhalt das Ambulantisierungsgebotes - so wie es ja auch u.a. im Landespflegegesetz festgeschrieben ist - nicht grundsätzlich konterkariert. Die Zahl der Ambulanten Pflegedienste stieg in MV von 2003 bis 2007 um 6% an. Die Anzahl der Pflegeheime jedoch wuchs um 20%. Zudem ist davon auszugehen, dass in einer stationären Pflegeinrichtung mehr Menschen gepflegt und betreut werden als durch einen ambulanten Pflegedienst (durchschnittlich 40 Kunden). Als eine der Ursachen hierfür kann das Sozialhilfefinanzierungsgesetz angeführt werden, das den Kommunen und Landkreise kaum Anreize gibt, ambulante Versorgungsstrukturen auszubauen. Die Position des Landesverbandes Sozialpsychiatrie zum Sozialhilfefinanzierungsgesetz dürfte hinlänglich bekannt sein. Was darüber hinaus die Kriterien Ortsnähe, Überschaubarkeit und Wohnortbezogenheit angeht, ist zu diskutieren, ob die übliche Größe der Pflegeheime in MV von 100 Betten und mehr diese Kriterien erfüllen kann. An dieser Stelle sind Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen und der Landkreise noch nicht hinreichend ausgeschöpft worden.

Insgesamt soll damit der stationären Versorgung ihre Existenzberechtigung - gerade angesichts der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen in MV - keineswegs

abgesprochen werden. Aber die klassischen stationären Einrichtungen der Pflegehilfe werden sich zukünftig daran messen lassen müssen, inwiefern es ihnen gelingt, kleinere und überschaubare Wohneinheiten quartiersbezogen so zu organisieren, dass individuelle Pflegesettings - nach Maßgabe individueller Bedürfnisse, Lebensgewohnheiten und Kompetenzen des Pflegebedürftigen - möglich sind. Für diese Fortschreibung stationärer Konzepte bedarf es jedoch zwingend finanzieller Anreize für die Leistungserbringer und einer entsprechenden effizienten Steuerung durch Politik und Kostenträger. Vor dem Hintergrund niedriger Renten in MV und der drohenden Altersarmut - als Folge der Arbeitslosigkeit und des niedrigen Lohnniveaus - vieler Menschen sollten gerade die kommunalen Gebietskörperschaft als subsidiärer Kostenträger ein großes Interesse an der perspektivischen Weiterentwicklung und Modernisierung stationärer Versorgungsstrukturen und -konzeptionen haben.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Förderung und finanzielle Unterstützung der Leistungserbringer bei der Modernisierung stationärer Pflegesettings in Richtung wohnortnaher, überschaubarer Einheiten mit flexibler Pflegestruktur.

IV. Ausrichtung der Pflegeinfrastruktur auf alternative, individualisierte und wohnortnahe Wohn- und Pflegeformen: Soll vor diesem Hintergrund ein Anstieg der Heimeinweisungen durch Stärkung der häuslichen Pflege vermieden werden, dann zwingt dies zum Ausbau differenzierter und wohnortnaher Versorgungs- und Betreuungsstrukturen und zur Flexibilisierung der Pflege durch Überwindung der Dichotomie „Ambulant vs. Stationär" in neue, ambulante, passgenaue und quartiersbezogene Pflegearrangements. Damit sind auch Wohnformen wie das ambulant betreute Wohnen angesprochen oder besonders die Möglichkeiten ambulant betreuter Wohngemeinschaften im Nahbereich stationärer Pflege. Gerade was die Option der Wohngemeinschaften angeht, sind in MV die Bedarfe noch längst nicht gedeckt. Hier ist aber zu beachten, dass für diese Wohnformen auch verbindliche und einheitliche Qualitätsstandards entwickelt werden müssen, um die Qualitätssicherung und Verbraucherrechte zu gewährleisten.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Förderung und Stärkung differenzierter Pflegesettings z.B. in Richtung Ausbau ambulanter Wohngemeinschaften mit landesweit verbindlichen Qualitätsstandards.

V. Die wohnortnahe Vernetzung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung: Die vielfältigen Angebote der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sind in MV auf lokaler Ebene kaum vernetzt und verzahnt. Dadurch kommt es in den Kommunen zu Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblemen, die unmittelbare Folgen auf die Qualität der Versorgung haben. Die im Rahmen des Modellprojektes „Länger leben in MV" vorgenommene Befragung von Kosten- und Leistungsträgern hat herausgearbeitet, dass durch die fehlende institutionalisierte Zusammenarbeit aller Akteure in den Sozialräumen erhebliche Ressourcen verfehlt werden. Gerade bei der Behandlung dementieller Erkrankungen sind Vernetzungen notwendig, die die aktuell noch dominierenden sektoriell

geprägten Denk- und Handlungsmuster überwinden. Eine verbesserte Zusammenarbeit - und zwar auch konkret bezogen auf jeweils individuelle Lebens- und Bedürfnislagen Pflegebedürftiger - muss zwischen allen Professionen, den Kostenträgern und Leistungserbringern zwingend in den Regionen und Kommunen MV etabliert werden. Dazu bedarf es auch durch das Land und den Kommunen konkrete Initiativen und Unterstützungsleistungen, um die Netzwerkbildung zu fördern. Positiv ist dabei anzumerken, dass sich auf Initiative des Sozialministeriums und in Zusammenhang mit dem Modellprojekt „Länger leben in MV" ein Beirat gebildet hat, in dem zentralen Akteure (Leistungserbringer, Forschung, Kostenträger, KV, Selbsthilfe etc) der gerontopsychiatrischen Versorgung zusammengefasst sind und ihre jeweiligen Aktivitäten vernetzen.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Förderung und Stärkung der sektorübergreifenden Kooperation in kommunalen Netzwerken bei der Beratung, Diagnostik, Behandlung und Betreuung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen

Zur Frage 7: Wie bewerten Sie das im Pflegerahmenplan beschriebene Vorhaben einer flächendeckenden Einrichtung von Pflegestützpunkten unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Dünnbesiedlung in Mecklenburg-Vorpommern grundsätzlich?

Antwort:

Die Idee, Pflegestützpunkte in MV zu errichten, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Konzeptionell finden sich Anregungen beim Kuratorium Deutsche Altenhilfe, die verschiedene Pilotprojekte evaluiert und ausgewertet hat. Wie oben ausgeführt, ist der Bedarf an Vermittlung von unabhängigen (!) Informationen sehr hoch einzuschätzen. Angehörige haben bisher zwar die Möglichkeit, sich bei den entsprechenden Pflegekassen zu informieren. Nach unserer Erfahrung wird diese Möglichkeit noch nicht ausreichend genutzt bzw. ist dieser Ansatz kaum niedrigschwellig genug. Denn nach dem SGB XI §7a haben nur diejenigen Anspruch auf Beratung, die bereits Pflegeleistung beziehen oder beantragt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Betreuungsbedarf besteht. Präventive Beratungen bzw. Beratungen in einem „setting", in dem noch keine derartigen Leistungen bezogen werden, sind gesetzlich über den §7a nicht abgedeckt.

Wichtig ist aber in Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten, dass das Angebot der Pflegestützpunkte kommunal und regional gut kommuniziert wird bzw. gut vernetzt ist. Die Pflegestützpunkte sollten in den Arztpraxen bekannt gegeben werden, so dass die Angehörigen wissen wo sie sich informieren können und welche Möglichkeiten es zur pflegerischen Versorgung gibt. Kernproblem der Pflegestützpunkte ist aber, dass eine unabhängige (von den Interessen der Leistungserbringer und Leistungsträgern) Beratung gewährleistet wird.

Zur Frage 8: Welche Erfahrungen gibt es hinsichtlich der gemeinsamen Inanspruchnahme von Leistungen (Pool´en) in der ambulanten Pflege?

Es liegen bei den Mitgliedern des Landesverbandes keine Erfahrungen hinsichtlich der gemeinsamen Inanspruchnahme von Leistungen (Poolen) in der ambulanten Pflege vor. Durch den ambulanten Pflegedienst wurden bisher solche Leistungen nicht in Anspruch genommen.

Zur Frage 9: Wie bewerten Sie den Stand der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?

Bisher ist die Palliativversorgung wenig ausgeprägt. Gerade im ländlichen Bereich gibt es kaum Hospize bzw. nur auf ehrenamtlicher Basis. Neben den ehrenamtlichen Kräften bedarf es aber angesichts des anspruchvollen Aufgabengebietes dringend psycho-sozial qualifiziertes Personal, das über den SGB XI refinanzierbar ist. Der vorhandene Hospizdienst in MV muss ausgebaut werden, um auf die Bedarfe der Menschen flexibel und mobil reagieren zu können. Der Aufbau stationärer Hospize ist aber finanziell nicht abgesichert. So müssen 10% der laufenden Kosten durch Eigenmittel des Leistungserbringers erbracht werden. Eine psychosoziale Betreuung wird oftmals durch den somatisch begrenzten Pflegebegriff des SGB XI nicht geleistet. Völlig unsicher sind auch die Investitionskosten. Hier besteht ein erheblicher Bedarf an Unterstützung durch das Land.

Empfehlung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie:

Ausbau einer bedarfsgerechten und qualifizierten Hospizversorgung in MV. Sicherstellung der Finanzierung.

Andreas Speck
Geschäftsführer
Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V.

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Geschäftsstelle

Doberaner Straße 47
18057 Rostock

Tel. : (0381) 123 71 13
(0381) 123 71 25
Fax : (0381) 123 71 26
E-Mail: lv@sozialpsychiatrie-mv.de
Internet: www.sozialpsychiatrie-mv.de

Bankverbindung:

Ostseesparkasse Rostock
BLZ : 130 500 00
Konto: 0 455 002 053

Ministerium für Gesundheit und Soziales M-V
Werderstrasse 124

19055 Schwerin

Ihre Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unsere Zeichen	Datum
			07.12.2010

Sehr geehrte Frau Ministerin,

die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Forensische Psychiatrie" im Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V., das sind sowohl Vertreter der Forensischen Kliniken als auch von Komplementäreinrichtungen, möchten auf diesem Wege auf Probleme hinweisen, die bei der Beurlaubung und konkreten Entlassungsvorbereitung von forensisch – psychiatrischen Patienten in der Zusammenarbeit mit den örtlichen Sozialhilfeträgern immer wieder auftreten.

Aufgabe des Maßregelvollzuges ist es, nach erfolgreicher Therapie die Patienten zu resozialisieren. Die Gewährung notwendiger Hilfen für entlassene forensisch – psychiatrische Patienten soll zusätzlich helfen, erneute Delinquenz zu vermeiden. Notwendige Hilfen mit der Begründung „ ... für die Vermeidung erneuter Straftaten sind wir nicht zuständig ..." abzulehnen, ist aus unserer Sicht nicht zu akzeptieren. Das Problembewusstsein hier auch eine Verantwortung für ein gesamtgesellschaftliches Anliegen zu tragen, ist bei den Ämtern nicht ausreichend vorhanden. Leider gewinnt man immer wieder den Eindruck, dass es in erster Linie nicht darum geht den individuellen Hilfebedarf zu prüfen und zu gewähren, sondern wie können die möglichen Kosten vom Amt abgewendet werden.

Die Kliniken fertigen sehr ausführliche Vorstellungsberichte und Stellungnahmen an und schlagen auf Grund der Erfahrungen mit den Patienten und Therapieverläufe, die in der Regel mehrere Jahre dauern, den notwendigen Hilfebedarf vor. Nur selten wird auf Grund der Aktenlage entschieden. Meistens entstehen durch zusätzlich bestellte Gutachten Zeitverzögerungen und sicherlich auch höhere Kosten.

Die Kliniken schlagen in der letzten gutachterlichen Stellungnahme für die Staatsanwaltschaft und Strafvollstreckungskammer konkrete Maßnahmen für die Betreuung der Patienten nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug vor (zum Beispiel Verbleib in einer Einrichtung, Tagesstätte, WfbM oder Fortsetzung einer ambulanten Betreuung). Diese Maßnahmen erscheinen dann als Bewährungsauflagen im Entlassungsbeschluss und sind für den Patienten verbindlich. Zudem sollte bedacht werden, dass den Bürgern der Bundesrepublik Deutschland Hilfe in besonderen Lebenslagen laut SGB XII zusteht und im Bedarfsfall gewährleistet werden muss. Die Kostenträger fühlen sich durch diese Auflagen der Gerichte in ihrer eigenen Entscheidungsfreiheit beeinträchtigt. Vor der Anhörung getätigte fernmündliche Zusagen zur Kostenübernahme wurden dann zum Teil nicht realisiert. Die Leistungserbringer müssen in der Folge teilweise monatelang auf die Vergütung warten oder es wird versucht auf dem Rechtsweg gegen die Auflagen der Gerichte vorzugehen.

Neuerdings gibt es die Tendenz, dass die Sozialämter sich nach dem Unterbringungsdelikt des jeweiligen Patienten erkundigen. Aus Datenschutzgründen ist diese Auskunft nur mit einer Schweigepflichtentbindung des Patienten möglich. Keinesfalls jedoch sollte eine Hilfegewährung abhängig vom Unterbringungsdelikt sein.

Abgesehen von den Formanträgen verlangen die Ämter zusätzlich sehr unterschiedliche Zusatz- Fragebögen. Teilweise wird mit dem IBRP gearbeitet. In den forensischen Kliniken selbst wird nicht mit dem IBRP gearbeitet. Wenn die entsprechenden Bögen zur Verfügung gestellt werden, sind die Kliniken auch gern bereit, diese auszufüllen. Einheitliches Vorgehen und Standards wären hier sicherlich sinnvoll.

In den Sozialämtern gibt es offensichtlich für die Verantwortlichen der Hilfeplankonferenzen keine Vertretungen in ihrer Funktion. Bei Urlaub oder Krankheit entstehen bei der Bearbeitung von Anträgen lange Verzögerungen.

Bei der Beurlaubung von Patienten in die eigene Häuslichkeit sind die Kliniken nicht in der Lage, die Erstausstattung der Wohnung gem. § 31 Abs. SGB XII zu gewährleisten. Teilweise waren in der Vergangenheit die Sozialhilfeträger bereit diese Leistungen zu erbringen. Auch hier wäre eine einheitliche Regelung überlegenswert.

Die Maßregelvollzugskliniken, in denen Patienten auf der Grundlage des § 63 StGB untergebracht sind, streben in der Regel an, dass alle Patienten vor der Entlassung im Sinne eines Offenen Vollzuges in eine stationäre Einrichtung, eine betreute Wohnform oder in die eigene Häuslichkeit beurlaubt und so unter realen Bedingungen erprobt werden. Die Kosten für dieses so genannte Probewohnen trägt bis zur Entlassung über die jeweilige Forensische Klinik das Ministerium für Gesundheit und Soziales.
In Verantwortung der jeweiligen Klinik ist in der unmittelbaren Entlassungsvorbereitung die Anschlussfinanzierung durch den zuständigen Sozialhilfeträger vorzubereiten.

In der Praxis gibt es zurzeit zwei Varianten forensisch- psychiatrische Patienten zu beurlauben bzw. zu erproben:

1. Die Klinik nimmt Kontakt zum Träger bzw. zur Einrichtung auf, von dem die ambulante Leistung erbracht oder wohin der Patient beurlaubt werden soll. Nach einer ausführlichen schriftlichen und persönlichen Vorstellung kann bei freier Kapazität kurzfristig oder nach einer Wartezeit auf der Grundlage einer Kostenver-

einbarung mit der Beurlaubung oder einer anderen Betreuungsform begonnen werden.
Vorteil: Im Interesse der Träger und der Klinik können relativ kurzfristig freie Kapazitäten erschlossen werden.
Nachteil: Zu Beginn der Beurlaubung ist in der Regel nicht absehbar, wie lange das Probewohnen dauern wird. Die Anschlussfinanzierung wird dann beantragt, wenn eine Entlassung abzusehen ist. Die Bearbeitungszeiten der Sozialämter sind sehr unterschiedlich, sodass es oft zu Verzögerungen der Anschlussfinanzierung kommt. Nicht selten gibt es „Streitigkeiten" zwischen den Ämtern wegen unklarer örtlicher Zuständigkeit.

2. Die Klinik nimmt Kontakt zum Träger auf. Der kann seine prinzipielle Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwar signalisieren und ggf. einen freien Platz formal reservieren, ist aber faktisch „entmündigt" und darf keine Entscheidung über eine Beurlaubung oder ambulante Leistungserbringung fällen. Auch wenn für die Zeit bis zur Entlassung die Kosten von der Klinik getragen werden, kommt eine Zusammenarbeit erst nach der HPK mit Klärung einer Anschlussfinanzierung zustande.
Vorteil: Die Anschlussfinanzierung erfolgt ohne Probleme.
Nachteil: Eine kurzfristige Inanspruchnahme der Leistung ist nicht möglich. Ein ggf. zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme freier Platz ist durch die lange Bearbeitungszeit dann in der Regel anderweitig vergeben. Die mögliche Beurlaubung und damit eventuelle Entlassung verzögert sich auf Kosten der Steuerzahler.
Diese 2. Variante wird zurzeit nur in der Hansestadt Rostock praktiziert und resultiert primär aus der budgetbezogenen Pflichtversorgung gegenüber den eigenen Bürgerinnen und Bürgern der Hansestadt.

Ein aktuelles Beispiel aus diesem Kalenderjahr soll die Problematik näher erläutern:

- Februar 2010 Schriftliche und persönliche Vorstellung in einer Einrichtung
- März 2010 Antragstellung bei der HPK Rostock
- Klinik wird aufgefordert, die Unterlagen zum Landkreis NWM zu senden (!)
- Der Landkreis NWM fordert von der Klinik den Nachweis zum letzten gewöhnlichen Aufenthalt des Patienten (!)
- Juni 2010 zur Prüfung der Erforderlichkeit des beantragten Hilfebedarfes wird auf dem Wege der Amtshilfe ein Arzt in Stralsund beauftragt, das entsprechende Gutachten anzufertigen
- Zwischenzeitlich mehrmalige Nachfragen bei den Sozialämtern in HRO und NWM
- August: Durchführung der HPK in HRO, der beantragten Hilfeleistung wird zugestimmt, der Platz beim Träger ist inzwischen vergeben, der Patient befindet sich immer noch in Stralsund in der Unterbringung. Bei einer Autonomie der Einrichtung bzw. des Trägers in ihrer Entscheidung hätte der Patient ca. ein halbes Jahr schon unter realen Bedingungen erprobt werden können.

Die o. g. 1. Variante ist für die Arbeit der Kliniken als günstiger anzusehen. Aus der Sicht der Kliniken ist es denkbar, dass künftig schon zu Beginn der Beurlaubung oder Gewährung anderer Hilfen das Zuständige Sozialamt informiert wird, sodass ausreichend Zeit vorhanden ist, die tatsächliche örtliche Zuständig langfristig zu prüfen, unabhängig davon, wie lange die Erprobung dauert.

Bei der langfristigen Entlassungsvorbereitung und Resozialisierung forensisch - psychiatrischer Patienten gibt es aus der Sicht der Arbeitsgruppe im Interesse der Verkürzung von Unterbringungszeiten und damit Kosteneinsparungen Reserven, die es gemeinsam zu erschließen gilt. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Tatsache, dass die Kommunen und kreisfreien Städte in M-V kein übergreifend abgestimmtes Verfahren zum Umgang mit der beschriebenen Zielgruppe aufweisen. Hier wäre von unserer Seite Bedarf an Vorschlägen, wie die Abstimmung mit und zwischen den Kommunen effizienter und effektiver gestaltet werden könnte.
In diesem Sinne bitten wir um Überprüfung der aufgeführten Sachverhalte.

Mit freundlichen Grüßen

A. Speck
Geschäftsführer des
Landesverbandes

F. Leeder
Sprecher der AG For. Psychiatrie
im Landesverband

Diskussionspapier der AG Wirkungsmonitoring vom 26. Oktober 2010

Stand: November 2010

In der AG Geschäftsführung vom September 2010 wurde angeregt, dass der Landesverband das Thema „Wirkungsorientierung“ aufgreift und damit die Initiativen verschiedener Mitgliedseinrichtungen bündelt. Zu diesem Zweck hat im Oktober ein erstes Arbeitstreffen stattgefunden, in dem versucht worden war, die thematische Auseinandersetzung etwas zu strukturieren. Vorliegendes Papier ist das Ergebnis dieses ersten Treffens. Weitere Diskussionen werden im nächsten Jahr folgen.

Die Auseinandersetzung mit den Wirkungen sozialpsychiatrischer Praxis ist bis heute ein eher vernachlässigtes Feld. Zwar mehren sich sporadische Studien, die auf wissenschaftlich ambitioniertem Niveau beispielsweise die Effekte beruflicher Rehabilitation untersuchen. Aber jenseits solcher empirischen Evaluationen fehlen in der täglichen Tagesroutine der sozialpsychiatrischen Einrichtungen kontinuierliche Datenerhebungen, die dazu beitragen können, die Wirkungen der Praxis genauer zu beleuchten. Um auch unter sich stets weiterentwickelnden Rahmenbedingungen den personenzentrierten Ansatz in einem funktional gegliederten Versorgungssystem qualitativ hochwertig und überprüfbar umsetzen zu können, ist unseres Erachtens jedoch ein aussagekräftiges Wirkungsmonitoring eine wichtige Hilfe. In einer etwas technokratisch anmutenden Sprache lässt sich ein Monitoring definieren als eine „systematische Vorgehensweise, die angewandt wird, um die Effektivität und Effizienz einer Praxis festzustellen, Erfolge und Schwächen zu identifizieren und korrektive Mittel zu empfehlen, um die gewünschten Resultate zu optimieren“. Im Gegensatz zu einer wissenschaftlichen und extern durchgeführten Evaluationsstudie versteht sich ein Monitoring als fester Bestandteil einrichtungsinterner Abläufe und damit als wesentliches Element des Qualitätsmanagements. Folgende Schlüsselfragen stehen bei einem Wirkungsmonitoring im Vordergrund:

- Tun wir in der Sozialpsychiatrie die richtigen Dinge?
- Tun wir in der Sozialpsychiatrie die richtigen Dinge richtig?
- Was bedeutet „richtig“ für sozialpsychiatrische Praxis?
- Wer hat zu welchem Zeitpunkt die Pflicht und/oder die Möglichkeit mitzudiskutieren und darüber zu entscheiden, was richtig ist?
- Wie lange soll und darf diese Entscheidung dauern? Wann wird sie überprüft?

Mit welchen Ressourcen möchten wir das, von dem wir denken, dass es richtig ist, richtig tun?

Mit dem landesweiten Aufbau einer personenzentrierten Hilfe in der sozialpsychiatrischen Versorgung konnten in den vergangenen Jahren auch in Mecklenburg Vorpommern erhebliche Fortschritte erzielt werden. Diese Erfolge müssen gerade auch unter wirtschaftlichen problematischen Rahmenbedingungen konsolidiert und weiter fortgeführt werden. Der Entschließungsantrag der SPD/CDU Fraktion zum Sozialhilfefinanzierungsgesetz lässt sich zumindest dahingehend deuten, dass bei Überlegungen zur zukünftigen Verteilungsstruktur der Finanzmittel auch Kopfpauschalen in die Betrachtung einbezogen werden. Selbst wenn weitere Kriterien der Bevölkerungsstruktur eingebunden werden, bleibt fraglich, ob so eine faire (bzw. die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der Leistungserbringer berücksichtigende) Finanzierung gewährleistet ist. Der Landesverband Sozialpsychiatrie MV hatte bereits im Frühjahr beim Sozialministerium ein Modellprojekt beantragt, das sich mit der Entwicklung und Implementierung eines abgestimmten und trägerübergreifenden Kerndatensatzes in den Praxisfeldern der Sozialpsychiatrie beschäftigen sollte. Ziel war es, mittelfristig die Leistungsfähigkeit der Träger und ihre unterschiedlichen Rahmenbedingungen abzubilden und dadurch die Diskussion über die

zukünftige Mittelverteilung zu ergänzen. Der Antrag wurde leider abgelehnt. In diesem Kontext gilt es auch zu berücksichtigen, dass das verabschiedete Gesetz ab 2013 die „Abkehr von den bisherigen Fortschreibungs- und Verteilungsmechanismen zugunsten neuer Anreize zur verstärkten Nutzung personenorientierter Angebote im ambulanten Bereich“ (Sozialhilfefinanzierungsgesetz vom Sept. 2010) vorsieht. Die Umsetzung ist zwar begrüßenswert, offen allerdings bleibt die Frage, wie die - zum Teil jedenfalls - notwendigen Investitionen in den Ausbau ambulanter Strukturen refinanziert werden sollen.
Um den Entscheidungsprozess der Landesregierung kritisch zu begleiten bzw. die Interessen der Leistungserbringer fachlich zu unterlegen, erscheint die offensive Auseinandersetzung der Leistungserbringer mit dem Thema des Wirkungsmonitorings unabdingbar. Die landesweiten Daten der Sozialhilfeträger zu Leistungen im SGB XII Bereich - wie sie im Bericht zum Sozialhilfefinanzierungsgesetz aufbereitet wurden - konnten in den letzten Jahren verbessert werden. Trotzdem bleibt die Qualität dieser Datensätze fragwürdig. Subtile und angemessene Analysen der Wirkung und Bedarfsgerechtigkeit der Angebote, ihrer strukturellen Ausgangsbedingungen und Kosten sind gegenwärtig in MV bestenfalls eingeschränkt möglich.

In Mecklenburg Vorpommern sind Daten von Leistungserbringern gegenwärtig kaum verfügbar bzw. nur bruchstückhaft und nicht standardisiert vorhanden. Die Einrichtungen erheben zwar Daten, aber diese sind in der Regel „Insellösungen“ und lassen sich nur bedingt vergleichen bzw. einrichtungsübergreifend verlässlich auswerten. Auch werden die Ergebnisqualitäten in der Regel kaum differenziert abgebildet und konzeptionell abgeleitet. Seriöse Rückschlüsse auf die Wirksamkeit sozialpsychiatrischer Praxis lassen sich daraus oftmals kaum ziehen.

Wirkungsmonitoring birgt naturgemäß Chancen und Risiken. Die Skepsis, die die Frage nach der Wirkungsmessung hervorruft, beruht oftmals auf dem Eindruck, dass es sich um die Einführung eines verkappten Kontrollinstrumentes handelt. Ein solcher Eindruck bestätigt sich in der Regel dann, wenn 1. die Indikatoren zur Wirkungsmessung von außen vorgegeben werden, 2. den komplexen Rahmenbedingungen kaum Rechnung getragen wird und 3. entscheidende Akteure in die Konzeptentwicklung nicht involviert sind.

Sollten die aktuellen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe (ASMK) in Verordnungen gegossen werden, wird das Wirkungsmonitoring für die Kostenträger (!) vermutlich verpflichtend. Die Frage ist jedoch, ob die Leistungserbringer nicht gerade zum jetzigen Zeitpunkt ein differenziertes Konzept vorlegen sollten, um das Thema offensiv gegenüber den Leistungsträgern zu besetzen, und zwar gemäß dem Motto: Besser jetzt in die Vorleistung gehen und konstruktive (und vor allem differenzierte) Vorschläge einbringen, als abzuwarten bis der Mitgestaltungsspielraum immer geringer wird und das Wirkungsmonitoring tatsächlich zum trojanischen Pferd der Kosteneinsparung mutiert.

Überdies bietet die Auseinandersetzung mit der Wirkung sozialpsychiatrischer Programme und Projekte verschiedene Chancen:

Ein Wirkungsmonitoring kann helfen, den Einzelfall zu steuern. Beispielsweise ist dies im Hilfeplanprozess (IBRP) u.a. durch die Nutzerbeteiligung und die auszuhandelnden Zielvorgaben schon angelegt und eine gute Voraussetzung zum Auf- und Ausbau eines übergreifenden Monitorings.

Ein einrichtungsbezogenes Wirkungsmonitoring kann helfen, Konzepte anzupassen und zu überprüfen. Wer nimmt in den konkreten Einrichtungen oder Abteilungen Hilfen in Anspruch, mit welchem Ergebnis und mit welchen Folgen? Dadurch geraten Wirkfaktoren in den Blick und natürlich auch kontraproduktive Strukturen. Es werden Stärken und Schwächen deutlich,

die organisatorisch aufgearbeitet werden können. Die Lernprozesse in den beteiligten Organisationen werden dadurch fundierter, transparenter und dadurch - gegenüber allen Akteuren - kommunizierbar.

Ein einrichtungsübergreifender Abgleich von Daten und Ergebnissen im Rahmen eines benchmark-Prozesses kann helfen, von anderen zu lernen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die zugrundeliegenden Daten bzw. Kriterien vergleichbar sind und die gegebenen Strukturen bzw. Ressourcen in der Gesamtbetrachtung berücksichtigt werden. Deshalb sollte ein benchmarking nicht zwingend als Wettbewerb aufgefasst werden. Die Definition „Lernen von den Besten" hinkt gewaltig, solange nicht klar bestimmbar ist, woran man den „Besten" eigentlich erkennt und Aspekte der Struktur- und Prozessqualitäten unberücksichtigt bleiben. Ziel ist es vielmehr, „über den Tellerrand zu schauen" und Anregungen und Ideen für die eigene Optimierung zu sammeln, zumal Strukturen nur selten „eins zu eins" transformierbar sind.

Ein einrichtungsübergreifendes Monitoring auf Landesebene mit aggregierten Daten kann helfen, Wirkungszusammenhänge herauszuarbeiten bzw. das Versorgungssystem auf seine Bedarfsgerechtigkeit zu bewerten. In aggregierter Form könnten standardisierte Datensätze nicht nur Aufschluss über die Wirkung sozialpsychiatrischer Versorgung, sondern auch z.B. über die Zusammensetzung der Klientengruppe, ihr Inanspruchnahmeverhalten sowie über Leistungen geben und somit zukünftig eine Steuerung auf institutioneller und regionaler Ebene sowie für das gesamte Land empirisch fundieren. Auch dies könnte helfen, Diskussionen zu versachlichen und die Legitimation der Hilfen zu fördern.

Natürlich bleibt ein Wirkungsmonitoring anfällig für Nebenwirkungen. Erfahrungen zeigen, dass das Sammeln von Daten den Verwaltungsaufwand geradezu zwanghaft aufblähen können (Stichwort: Datenfriedhöfe). Auch kranken manche Modelle der Wirkungsmessung an ihrer Unter-Komplexität. Soll heißen: Nur diejenigen Effekte des Handelns geraten in den Blick, die das Messinstrument zulässt. Je schlichter das Messinstrument, desto ärgerlicher die Schieflage, die es erzeugt. (Stichwort: Vergleich von Äpfel und Birnen) und desto fataler die Entscheidungen, die auf solch einer Grundlage generiert werden. Tatsache ist ferner, dass nicht nur das Ergebnis zählt. Auch die verfügbaren Ressourcen und Ausgangsbedingungen müssen angemessen abgebildet werden. Je mehrdimensionaler eine Wirkungsuntersuchung angelegt ist, desto überzeugender (sprich: produktiver) sind die Aussagen. Überdies gilt: Riskanter als die Entwicklung eines trägerübergreifenden Konzeptes zum Wirkungsmonitoring ist es, sich allein auf gefühlte Wirkungen zu verlassen. Das bereitet zwar kurzfristig gute Laune, aber die organisatorische Lernfähigkeit wird dadurch massiv eingeschränkt. Denn die ernsthafte Frage, was vom Handeln und der Praxis tatsächlich bleibt, wie sich das Versorgungssystem und einzelne Einrichtungen fortentwickeln müssen, fordert dort Reflexionen ein, wo sich entlastende und - manchmal verhängnisvoll - selbstvalidierende Routinen herausgebildet haben.

Für die Initiierung eines trägerübergreifenden Wirkungsmonitorings innerhalb der Mitglieder des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV wird ein mehrstufiges Vorgehen vorgeschlagen:

1. **Zielfestlegung**: Zunächst sollen die konkreten Ziele eines Monitorings festgelegt werden. Welchem Zweck dient das Monitoring?

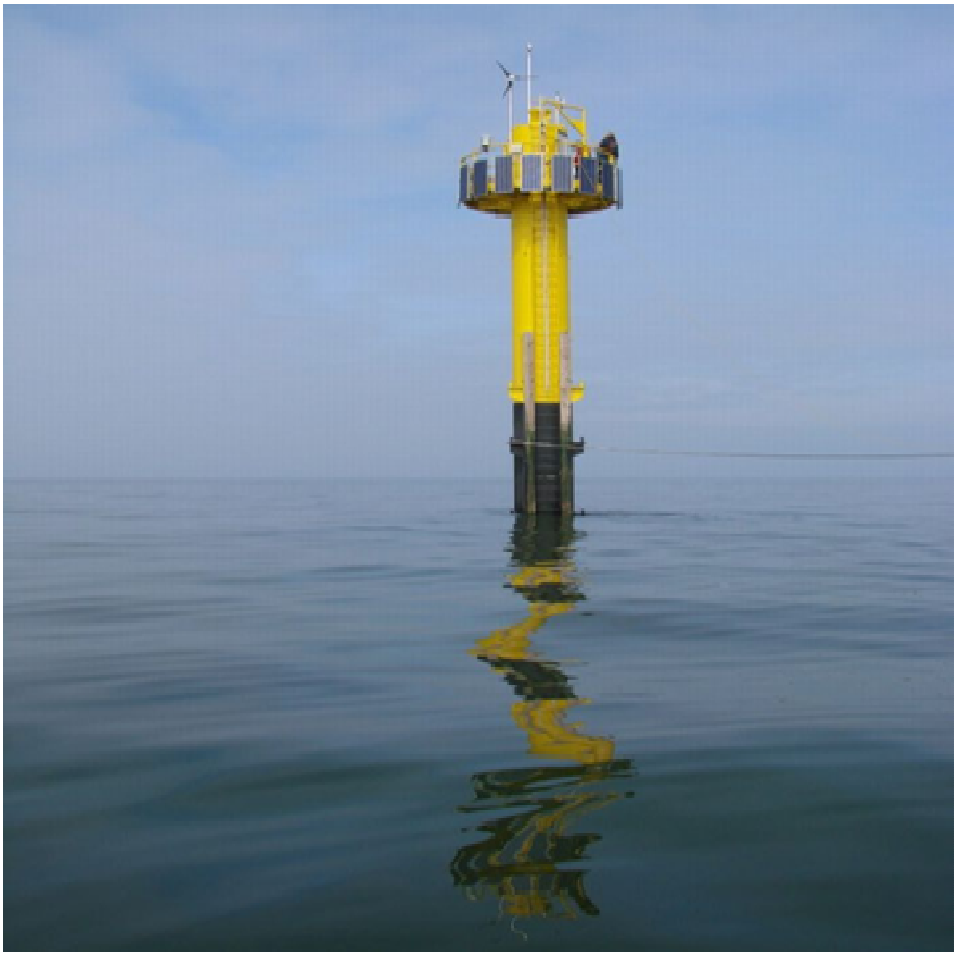
2. **Definition von Wirkung und Festlegung der Bereiche**: Anschließend ist es ebenso erforderlich, den Wirkungsbegriff festzulegen. Welche Wirkungen sollen untersucht werden? Der Wirkungsbegriff ist sehr differenziert zu betrachten und anfällig für Sprachverwirrung und Missverständnisse (vgl. zum Beispiel die unterschiedlichen Wir-

kungsdimensionen: out-put / out come / effect / impact). Und ergänzend dazu: Für welche spezifischen Bereiche der Praxis soll die Datenerhebung gelten?

3. **Indikatorenbildung:** Zentrale Frage ist ferner, woran sich die Wirkungen abbilden lassen. Was sind geeignete Parameter, an denen sich die Wirkungen ablesen lassen. Diese Parameter (Indikatoren, Kennzahlen, Kerndatensatz) müssen (auch nach gewissen Qualitätskriterien) festgelegt werden.

4. **Festlegung der Erhebungsmethodik**: Abschließend sollten die methodischen Fragestellungen untersucht werden: so wäre zu diskutieren, wie die unmittelbaren Nutzer einbezogen werden sollen.

5. **Festlegung der Verwertungsziele**: Wie sollen die Ergebnisse des Monitorings genutzt werden? Welche fachlichen, konzeptionellen Konsequenzen sind daraus zu ziehen? Und zwar je nach festgelegtem Zweck des Monitorings: einrichtungsbezogen und/oder trägerübergreifend.



Neues von unseren Mitgliedern:

Vergabe des Rudolf Freudenbergpreises 2010 : „Inklusion durch Zuverdienst-Tätigkeit "
an die ANKER Sozialarbeit Gemeinnützige GmbH Schwerin

Dieser Preis erinnert an den Sozialpsychiater Dr. Rudolf Freudenberg, der von England aus der beruflichen Eingliederung psychisch Kranker entscheidende Impulse gab. Seit 1985 engagiert sich die Freudenberg Stiftung für die Integration psychisch Kranker ins Arbeitsleben.

Anfänglich wurde die Verbreitung und Beratung von Integrationsfirmen unterstützt. Derzeit fördert die Stiftung zum einem die Verbreitung modellhafter Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen mit psychischer Erkrankung. Zum anderen werden jährlich wegweisende Geschäftsideen und betrieblichen Organisationsmodelle prämiert.

Bei allen Aktivitäten der Freudenberg Stiftung geht es um Antworten auf Probleme gesellschaftlicher Ausgrenzung und versagter Anerkennung.

Die Jury des Rudolf Freudenbergpreises hat am 17. August 2010 getagt und über die vorliegenden Bewerbungen für die Preisverleihung 2010 entschieden.

Das Zuverdienstprojekt der Anker Sozialarbeit Gemeinnützige GmbH Schwerin hatte sich an der Ausschreibung beteiligt und ist eine der beiden Preisträger der von der Freudenberg Stiftung mit 3000 € dotierten Auszeichnung, welche am 16.12.2010 in Berlin durch Herrn Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für Belange behinderter Menschen, übergeben wird. Zu der Veranstaltung werden hochrangige Vertreter der Wohlfahrtsverbände, der Psychiatrie-Szene, der Politik und Wirtschaft erwartet. In der Begründung der Jury heißt es u.a.:

„Das Projekt Ge-Zu der ANKER Sozialarbeit Gemeinnützige GmbH hat gerade in Hinblick auf ein wirtschaftlich schwieriges Umfeld überzeugt und das Motto „Inklusion durch Zuverdienst für psychisch Kranke" in hervorragender Weise umgesetzt".

Die diesjährige Prämierung steht im Zusammenhang mit einer Reihe von Projekten, in denen –mit Unterstützung der Freudenbergstiftung- die Praxis von Zuverdienstangeboten erhoben wurde und deren weitere Verbreitung befördert wird. Auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge empfiehlt mit einer aktuellen Arbeitshilfe den Ausbau von Zuverdienstmöglichkeiten.

9. Tage der Gemeindepsychiatrie in Schwerin

„Zusammen Leben Gestalten“ – war das Motto der diesjährigen „9. Tage der Gemeindepsychiatrie“, die die Initiativgruppe Sozialarbeit und ANKER Sozialarbeit Gemeinnützige GmbH zusammen mit vielen Mitstreitern organisierten.

Seit den 90er Jahren stieg die Zahl der psychisch bedingten Fehlzeiten Erwerbstätiger um mehr als ein Viertel (28%, DAK). "Wir wollten, dass alle, die sich für das Thema interessieren, egal ob als Psychiatrieerfahrener, Angehöriger, Freund, Kollege oder professioneller Helfer miteinander ins Gespräch kommen und voneinander lernen“, betonte Amtsärztin Renate Kubbutat. Über alle sieben Veranstaltungstage hinweg gab es eine große Resonanz. Oft waren die Räumlichkeiten bis auf den letzten Platz gefüllt. Hier konstatieren die Organisatoren erfreut einen deutlichen Trend zu mehr Interesse und Beteiligung.

Die feierliche Eröffnung fand im Rehabilitationszentrum Sacktannen, Halle 12 statt. Schirmherr Dieter Niesen, 2. Stellvertreter der Oberbürgermeisterin und Beigeordneter für Finanzen, Jugend und Soziales wünschte in seiner Begrüßungsrede allen Beteiligten ein gutes Gelingen und betonte wie wichtig es ist, dass Fachleute und Psychiatrieerfahrene miteinander ins Gespräch kommen. Auch Dr. Gottfried Timm, Vorsitzender des Innenausschusses im Landtag M-V unterstrich diese Notwendigkeit. Der anschließende Fachtag „EX-IN“ stand im Zeichen der Einbeziehung Psychiatrieerfahrener als Genesungshelfer in die psychosoziale Versorgung. Die nachfolgende Woche hielt eine Ausstellung, zwei Lesungen und den Film „Sinn einer Psychose“ bereit, der 20 Jahre Psychoseseminar und Trialog Revue passieren ließ. In guter Psychoseseminartradition fanden sich am Mittwoch viele Besucher in der Volkshochschule ein, um zum Thema „“Wie helfe ich mir, wenn es wieder los geht?“ ins Gespräch zu kommen.

In die Woche eingebettet war weiterhin eine Tagung des Diakonischen Bildungszentrums, die sich mit der „Zukunft der Eingliederungshilfe“ und Inklusion auseinandersetzte.

Mehr als 100 Kinder stürmten den „Tag der starken Kinder“ bzw. das „Haus der Begegnung“ und den Bereich der Familienhilfe. Ebenso furios verlief das bunte Aktionsfest, das am Freitag alle Organisatoren und viele Gäste im Schleswig-Holstein-Haus versammelte. Es wurde getrommelt, gesungen, getanzt, gegessen und getrunken. Herr Professor Brooks begeisterte mit seinem Vortrag „Sport und Bewegung bei psychischen Erkrankungen“. Den Abschluss der gelungenen „9. Tage der Gemeindepsychiatrie“ bildete der 1. Bundesweite Budgettag, der am Sonnabend im Freiraum im Beisein zahlreicher Interessierter stattfand.

Pressemitteilung

Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e. V. sammelt 69.000 Euro für Kinder und Senioren der Region

Bundesweit bestes Sammelergebnis erreicht

Unkompliziert und unbürokratisch hilft die Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern jedes Jahr älteren Menschen und sozialbenachteiligten Kindern, indem der gemeinnützige Verein Mitgliedsbeiträge in Sport- und Kulturvereinen übernimmt oder die Seniorenarbeit in den Städten und Gemeinden unterstützt.
Für die einzigartige Aktion in unserer Region, die bereits zum dritten Mal stattfand, waren wieder über 500 ehrenamtliche Sammler der Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e. V. unterwegs, um Spenden für generationsübergreifende Hilfen zu sammeln. Nicht nur das Vorjahresergebnis konnte der gemeinnützige Verein um 2.000 Euro übertreffen. „Mit gesammelten 69.000 Euro sind wir bundesweit der erfolgreichste Kreisverband der Volkssolidarität.", so Geschäftsführerin Kerstin Winter. „Darauf sind wir besonders stolz und unseren engagierten, ehrenamtlichen Sammlern sehr dankbar." Die Chefin des Vereins betont an der Stelle, dass nicht ein Cent im Kreisverband der Volkssolidarität bleibt.
In den Städten und Gemeinden wird mit den Geldern die Seniorenarbeit in den Ortsgruppen unterstützt, insbesondere Weihnachtsveranstaltungen, Krankenbesuche zum Jahresende für ältere Menschen. Seit 3 Jahren werden auch sozialbenachteiligte Kinder und Jugendliche durch die Übernahme von Mitgliedsbeiträgen in z.B. Sportvereinen, Tanz- und Singegruppen gefördert.
„In den vergangenen zwei Jahren konnten wir ca. 260 Kinder und Jugendliche durch die Übernahme ihrer Vereinsbeiträge für die Dauer von einem Jahr unterstützen. Mit dem Ergebnis der diesjährigen Sammlung erhöht sich die Zahl auf über 400.", so die Geschäftsführerin des Vereins.
Ohne große Formalien werden durch die Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e. V. Mitgliedsbeiträge übernommen und direkt an den jeweiligen Verein überwiesen.
Alle Fragen rund um die Förderung der sportlichen und kulturellen Möglichkeiten beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen in Greifswald und Ostvorpommern, aber auch telefonisch unter 03971/29054 60 selbstverständlich gern. Den kurzen und formlosen Antrag auf Übernahme der Vereinsbeiträge für ihre Kinder können die Familien ab sofort in der Geschäftsstelle in der Heiligen-Geist-Straße 2 in Anklam stellen. Auch Kinder und Jugendliche, die bereits für 2010 Unterstützung erfahren haben, ist es möglich einen formlosen Folgeantrag zu stellen.

Ansprechpartnerin:
Stefanie Schneider – Referentin der Geschäftsführung/Öffentlichkeitsarbeit/soziale Beratung
Telefon: 03971 29054-31
stefanie.schneider@volkssolidaritaet.de

Termine des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V.:

Termine der Landesarbeitsgruppen	Datum	Ort
AG Rehabilitation	10.03.2011	Wird noch bekanntgegeben
AG Leiter psychosoziale Wohnheime	7./8.04.2011	Stralsund
AG Tagesstrukturierung Ost	17.03.2011	Neubrandenburg
AG Tagesstrukturierung West	Wird noch bekanntgegeben	
AG Geschäftsführer	3.3.2011	Matgendorf
AG PPWH / UAG Pflege	24.3.2011	Wird bekannt gegeben
AG HP/HPK	01.04.2011	Rostock
AG Forensik	25.3.2011	
AG „Länger leben in MV “	März 2011	Rostock
AG Kinder und Jugendliche im Kontext Psychiatrie	Wird noch bekanntgegeben	Wird noch bekanntgegeben
AG Betreute Wohnformen	Wird noch bekanntgegeben	Wird noch bekanntgegeben

Weitere Termine	Datum	Ort/Veranstalter
Gedenkveranstaltung: „Erinnern—Betrauern-Wachrütteln “	27. Januar 2011	AMEOS Klinikum Ueckermünde
1. Rostocker Forum für Psychiatrie: Innovative Behandlungskonzepte in der Psychiatrie	30. März 2011	Rostock: GGP Rostock, mit Unterstützung des Instituts für Sozialpsychiatrie MV, Landesverband Sozialpsychiatrie und anderen Partnern
Eugenik und Enhancement. Chronische Erkrankungen und Behinderungen als Herausforderung an die Medizin	26.Mai bis 28. Mai 2011	Erinnerungs-, Bildungs—und Begegnungsstätte Alt Rhese （EBB ） in Kooperation mit Lebenshilfe e.V. und HS Neubrandenburg. Infos unter www.ebb-alt-rehse.de

Impressum:
Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Andreas Speck
Doberanerstraße 47
18057 Rostock
Tel. 0381 / 123 7113
Fax: 0381 / 123 7126
Www.sozialspychiatrie-mv.de