

# Infobrief



Infobrief

I. 2012

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.

## Neues aus der Geschäftsstelle

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

*auch wenn das Jahr schon vor einigen Wochen begonnen hat, möchte ich Ihnen und Ihrer Familie im Auftrag des Vorstandes doch noch ein gutes neues und vor allem gesundes Jahr 2012 wünschen! Aber der Alltag hat uns wieder, und zwar mit einem ganzen Strauß an Themen:*

*Zunächst ist die Diskussion über die **Umstrukturierung der Arbeitsgruppen** innerhalb des Landesverbandes zunächst abgeschlossen. Der Vorstand hat in seiner Sitzung vom Dezember 2012 ein Konzept verabschiedet, das mittlerweile an die Mitglieder der Arbeitsgruppen verschickt wurde und auch auf den folgenden Seiten abgedruckt ist. Es wird sich zeigen, ob es dadurch gelingt, die verschiedenen Ansprüche an die Arbeitsgruppen besser zu bündeln und gleichzeitig die fachlichen Impulse der Praxis zielführender in die verbandsinternen Diskussionen einzuspeisen. Abgeschlossen ist nun auch die Diskussion der Bildungsgemeinschaft über die Überarbeitung des Curriculums zur Weiterbildung Sozialpsychiatrie. Das neue Konzept liegt dem Sozialministerium zur Prüfung vor. Um jedoch Zeit zu sparen, stellen wir Ihnen das Konzept auf den folgenden Seiten kurz vor. Wir gehen auch davon aus, dass es im Frühjahr—vorbehaltlich der Genehmigung durch das Sozialministerium — in dieser Form dann umgesetzt werden kann.*

*Ein weiteres Thema, das uns beschäftigt hat, sind die sog. **geschlossenen Unterbringungen nach 53§ SGB XII**. Der KSV hat dazu eine Umfrage unter den Leistungsträgern gestartet, inwiefern eine Kapazitätsausweitung in MV notwendig sei. Der Landesverband Sozialpsychiatrie hat sich in diese Diskussion eingemischt, da angesichts des sensiblen Themas eine schlichte quantitative Bedarfsdiskussion kaum angemessen sein kann. Zum einen muss man berücksichtigen, dass man kaum eine Kapazitätsausweitung sinn-*

### In dieser Ausgabe:

Neues aus der Geschäftsstelle	1-2
Rückblick: Gedenkveranstaltung: „Erinnern—Betrauern—Wachrütteln“	3
Geschäftsordnung zur Neustrukturierung der Arbeitsgruppen	4-6
Weiterbildung Sozialpsychiatrie	7-8
Inklusion: Tun wir die Dinge richtig oder tun wir die richtigen Dinge?	9-19
Geschlossene Wohnformen: Positionspapier	20-21
Zusammenfassung FT: Mobile Gerontopsychiatrie	22-42
Termine	43

voll beurteilen kann, wenn schon unklar ist, wie viele Plätze im Land realiter tatsächlich vorgehalten werden. Zudem gebietet allein schon der Artikel 14§ der UN Behindertenkonvention (demzufolge ein Freiheitsentzug ist allein auf Grund einer Behinderung nicht zu rechtfertigen ist) zunächst die Zugänge bzw. Indikationen, die Qualitätsmerkmale und die konzeptionellen Alternativen zu den geschlossenen Wohnformen zu analysieren. Mit anderen Worten: Es muss zunächst der Verdacht ausgeräumt werden, dass die angezeigten Bedarfe an zusätzlichen Plätzen kein Ausdruck massiver Steuerungsdefizite sind. Genau hier aber haben wir als Landesverband erhebliche Zweifel. Ein erster Positionierungsentwurf des Landesverbandes finden Sie in diesem Infobrief.

Große Fortschritte sind bei unserem **Modellprojekt „Länger leben in MV“** zu verzeichnen. Eine Zielvereinbarung mit der Hansestadt Rostock zur Unterstützung der konzeptionellen Fortentwicklung des Pflegestützpunktes ist von der Senatorin Frau Dr. Melzer unterzeichnet. Auch die Arbeit in den anderen Modellregionen mit den Netzwerken konnte stabilisiert werden. Gegenwärtig arbeiten wir in Kooperation mit der Aktion Psychisch Kranke e.V. daran, ein Konzept für eine regionale Fallsteuerung bei gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen mit komplexen Leistungsbedarfen zu entwickeln und probeweise umzusetzen. Die im Rahmen des Modellprojektes veranstaltete Fachtagung „Mobile Gerontopsychiatrie“ finden Sie als Zusammenfassung auf den folgenden Seiten. Dass wir die Mobilität der Hilfen—gerade mit Blick auf die ländlichen Regionen—besonders wichtig finden, haben wir immer betont. Umso erfreulicher, dass das Geromobil der VS Uecker-Randow als Modellprojekt des Bundes endlich in den nächsten Wochen an den Start gehen kann. Angesichts der administrativen Hindernisse und Widrigkeiten, mit denen die Kolleginnen und Kollegen der VS bis zum Schluss zu kämpfen hatten, muss man der VS Uecker Randow uneingeschränkten Respekt für ihre Nervenstärke und Belastungsfähigkeit zollen!

Am 27. Januar 2012 fand nunmehr die fünfte **Gedenkveranstaltung „Erinnern—Betrauern—Wachrütteln“** statt. Veranstaltungsort war diesmal die Hansestadt Wismar. Rund 100 Teilnehmer waren der Einladung gefolgt. Schon der Gottesdienst war ein sehr bewegendes Erlebnis: Gemeinsam mit SchülerInnen der großen Stadtschule Geschwister Scholl Gymnasium Wismar hatte Frau Pastorin Ogilvie und Herr Landesbischof von Maltzahn eine Lesung aus historischen Dokumenten inszeniert, um dem Schrecken der sog. Euthanasie Gesicht und Stimme zu geben. Die anschließenden Fachvorträge stellen Ergebnisse historischer Forschung vor (Herr PD Dr. Kumbier und Frau Dr. Haack) bzw. beschäftigten sich mit den Frage, unter welchen ideologischen und/oder sozialpsychologischen Bedingungen die Bereitschaft doch vieler Ärzte, Pfleger etc. wuchs, an der Ermordung und Vernichtung so vieler Menschen aktiv teilzunehmen. Auch wenn naturgemäß eine letzte Erklärung nicht greifen kann (und vermutlich auch nicht darf), so gelang es doch, die historischen Hintergründe zu erhellen (Prof. Dr. Pfüller) und über Anleihen an tiefenpsychologische Konzepte zumindest eine Idee zu vermitteln, welche psychologischen Momente bei den Tätern eine Rolle gespielt haben mögen (Prof. Dr. Pohl). Dass die heutige Diskussion über Inklusion und UN Behindertenkonvention in der Auseinandersetzung mit der sog. „Euthanasiedebatte“ eine zentrale Wurzel haben, wurde in den anschließenden statements (insbesondere bei Frau Prof. Dr. Niklas Faust) sehr deutlich. Nicht nur auf Grund der Teilnehmerzahlen sondern auch mit Blick auf die fundierten Vorträge und Gespräche können wir als Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V. gemeinsam mit den Kooperationspartnern für die fünfte Gedenkveranstaltung eine außerordentliche positive Bilanz ziehen. Wir werden auch 2013 die Veranstaltungsreihe fortsetzen.



Abb. ( von oben links nach unten rechts ) : Herr Prof. Dr.Pfüller, Herr PD Dr. Kumbier, Frau Prof. Dr. Niklas Faust, Frau Schlupp ( stellvertretende Landtagspräsidentin ), Herr Thomas bEyer ( Bürgermeister der hansestadt Wismar ) , Frau Dr. Haack, Herr Prof. Dr. Pohl, Frau Rieck, „Trommelgruppe “ der Wismarer Werkstätten gGmbH, Frau Hesse ( Landrätin Nordwestmecklenburg )

## Zur Umstrukturierung der Arbeitsgruppen

Der Diskussionsprozess um die Neustrukturierung der Arbeitsgruppen hat im letzten Jahr für viele Diskussionen gesorgt. Der Vorstand hat nun in seiner Sitzung vom 15.12.2011 die Diskussion zusammengefasst und die Umstrukturierung beschlossen. Ich hoffe, dass das Ergebnis der Erörterungen auf ihre Ak-

zeptanz stößt. In der anliegenden Geschäftsordnung finden Sie die notwendigen Informationen. Die zentralen Eckpunkte sind sicherlich bekannt: Es werden drei neue Landesarbeitsgruppen etabliert, die aus Delegierten der anderen "Unterarbeitsgruppen" bestehen. Es wird empfohlen, zukünftig die Tagungsfrequenz der Unterarbeitsgruppen bedarfsgerecht zu beschränken. Der Auftrag der Landesarbeitsgruppen besteht zunächst darin, das Po-

sitionspapier des Landesverbandes vorzubereiten.

Es ist geplant, dass die konstituierende Sitzung der drei neuen Landesarbeitsgruppen im April stattfindet. Bis dahin möchte ich die bestehenden und betroffenen Arbeitsgruppen bitten, in ihrer Frühjahrssitzungen die Delegierten nach Maßgabe der Geschäftsordnung zu bestimmen.

Nach der Vorstandssitzung im Februar werden die genauen Termine für die Auftaktsitzungen der neuen Landesarbeitsgruppen bekannt ge-

## Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.



### Geschäftsordnung zur Neustrukturierung der Arbeitsgruppen auf der Grundlage eines Vorstandsbeschlusses vom 15.12.2011

#### Gültig ab April 2012

1. Zur Unterstützung der Vorstandsarbeit und zur effizienteren Koordination der sozialpsychiatrischen Versorgung hat der Landesverband folgende Arbeitsgruppen eingesetzt:

Landesarbeitsgruppe Forensik

Landesarbeitsgruppe Kinder und Jugendliche im Kontext Psychiatrie

Landesarbeitsgruppe Gerontopsychiatrie (Alt gewordene psychisch Kranke )

Landesarbeitsgruppe Hilfeplanung

Landesarbeitsgruppe Geschäftsführer

Ab April 2012 werden folgende Landesarbeitsgruppen hinzukommen:

- Landesarbeitsgruppe Wohnen und Selbstversorgung
- Landesarbeitsgruppe Tages- und Kontaktgestaltung
- Landesarbeitsgruppe Teilhabe an Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung

Diese neu zu gründenden Landesarbeitsgruppen setzen sich aus Delegierten zusammen, die aus folgenden - nunmehr Unterarbeitsgruppen - gesandt werden:

- Unterarbeitsgruppe Arbeit und Rehabilitation
- Unterarbeitsgruppe Tagesstruktur West
- Unterarbeitsgruppe Tagesstruktur Ost
- Unterarbeitsgruppe Betreute Wohnformen
- Unterarbeitsgruppe Leiter Psychosoziale Wohnformen
- Unterarbeitsgruppe Pflege
- Unterarbeitsgruppe geschlossene Wohnformen

2. Die Landesarbeitsgruppen haben die Funktion, im Auftrag des Vorstandes

bereichsübergreifend an politischen Positionsbestimmungen des Landesverbandes mitzuwirken und dabei die verschiedenen Perspektiven der Arbeitsbereiche zusammenzuführen; Fortbildungen und Fachtagungen des Landesverbandes vorzubereiten; politische Entwicklungen vorzustellen und zu diskutieren

3. Die **Landesarbeitsgruppe Wohnen und Selbstversorgung** setzt sich aus je zwei bis drei Delegierten der zukünftigen UA Pflege, Geschlossene Wohnformen, Leiter Wohnheime sowie Betreute Wohnformen zusammen.

Die **Landesarbeitsgruppe Teilhabe an Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung** aus je vier Delegierten der UA Arbeit und Rehabilitation sowie je zwei bis drei Delegierten der Tagesstruktur Ost und West.

Die **Landesarbeitsgruppe Tages- und Kontaktgestaltung** setzt sich aus zwei bis drei Delegierten der LAG Tagesstruktur West und Ost sowie aus Vertretern niedrighwelliger Einrichtungen zusammen.

4. Die Landesarbeitsgruppen setzen sich in Abstimmung mit dem Vorstand und der AG Geschäftsführer Jahresthemen.

5. Die Sitzungsfrequenz der neuen Landesarbeitsgruppen wird auf - je nach Arbeitsaufkommen - zwei mal jährlich festgelegt. Entsprechend wird empfohlen, die Sitzungsfrequenz der Unterarbeitsgruppen bedarfsgerecht zu reduzieren.

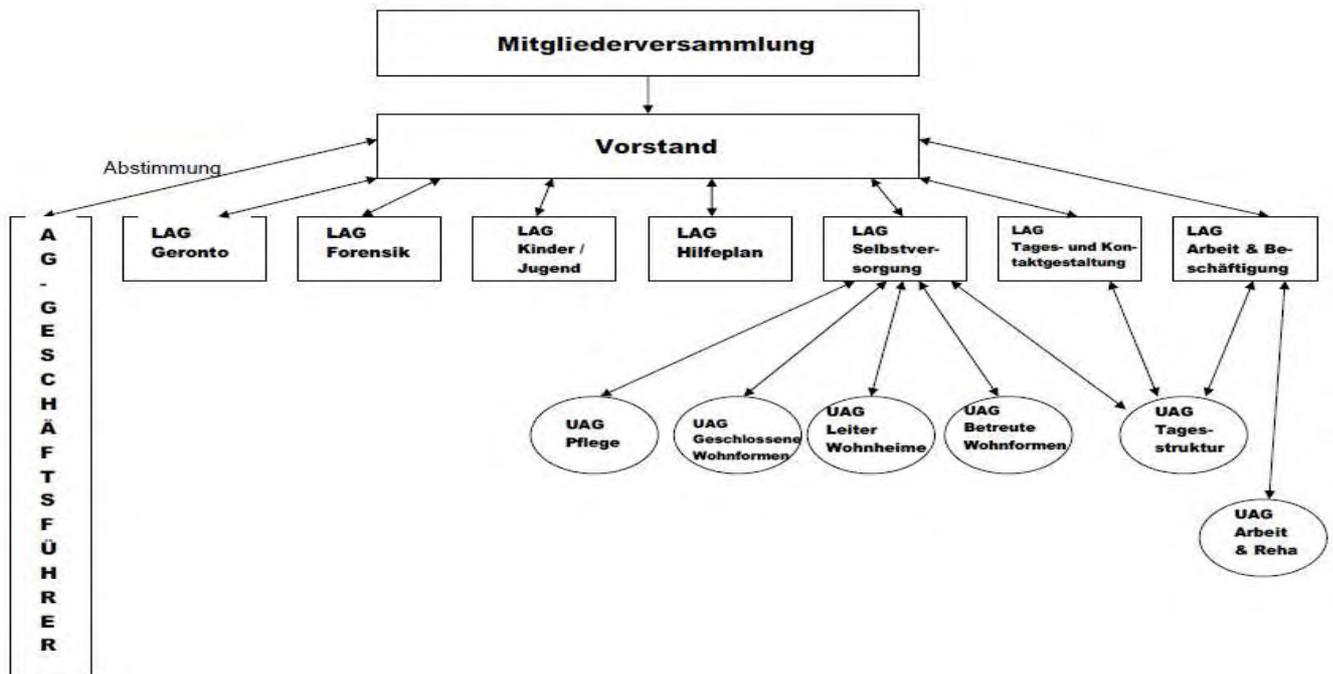
6. Aufgabe der Unterarbeitsgruppen bleibt der kollegiale Erfahrungsaustausch, die Abstimmung mit den Landesarbeitsgruppen sowie die Organisation interner Fortbildungsveranstaltungen.

7. Die neuen Landesarbeitsgruppen werden von der Geschäftsführung des Landesverbandes eng begleitet und unterstützt:

Die **LAG Wohnen und Selbstversorgung** wird begleitet von der Geschäftsführung des Landesverbandes sowie Herrn Zobel vom Vorstand

Die **LAG Arbeit und Beschäftigung** wird begleitet von der Geschäftsführung des Landesverbandes sowie Herrn Baumotte vom Vorstand

Die **LAG Tages- und Kontaktgestaltung** wird begleitet von der Geschäftsführung des Landesverbandes sowie Herrn Baumotte vom Vorstand



## Zur Weiterbildung Sozialpsychiatrie

Die Überarbeitung des Curriculums zur Weiterbildung Sozialpsychiatrie ist — nach langer Diskussion — abgeschlossen.

Vorbehaltlich der endgültigen Zustimmung durch das Sozialministerium (!) wird im Frühjahr das neue Konzept umgesetzt. Es ist in einigen Aspekten deutlich verändert: Zum einen hinsichtlich der Inhalte (z.B. stärkere Betonung der kommunikativen Kompetenz) als auch mit Blick auf die nötigen Präsenzzeiten. Hier gelang es, die Präsenzzeiten zugunsten von Selbstlerneinheiten um 150 h zu reduzieren.

Auch die Praktika außerhalb der Einrichtungen wurden eingeschränkt. Wir hoffen, dass dadurch die Weiterbildung nicht nur inhaltlich näher an den Erfordernissen der Praxis gerückt ist, sondern auch die Einrichtungen etwas entlastet sind.

**Ansprechpartner ist Herr Hawelitschek vom Diakonischen Bildungszentrum.**

**Er ist telefonisch zu erreichen unter: 0385 / 5006 154**



Staatlich anerkannte Weiterbildungsstätte  
für Sozialpsychiatrie  
**Bildungsgemeinschaft**  
Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine M-V e. V.  
und  
Diakonisches Bildungszentrum  
Mecklenburg gemeinnützige GmbH

**Weiterbildungsangebot**

**Staatlich anerkannte  
Weiterbildung  
in der Sozialpsychiatrie**



### Zum Konzept:

Das Ziel dieser langfristigen Weiterbildung besteht darin, Mitarbeitende aus Einrichtungen der Sozialpsychiatrie in der Assistenz von Menschen mit psychiatrischen Störungen vielseitig zu qualifizieren.

Die inhaltliche Aktualisierung dieser Weiterbildung erfolgt in Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales. In Kooperation mit der Hochschule Neubrandenburg konnten zu ausgewählten Themen Gastprofessoren gewonnen werden. Sie endet mit einem staatlich anerkannten Abschluss.

### Teilziele der Weiterbildung:

- Vermittlung von Kenntnissen über psychische Störungen
- Entwicklung eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit, Krankheit und Behinderung
- Auseinandersetzung mit der eigenen, persönlichen Einstellung zur Arbeit mit Menschen, die unter einer psychiatrischen Störung leiden.

### Zielgruppe und Voraussetzungen:

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Sozialpsychiatrie, die folgende Voraussetzungen laut der Ordnung über die Weiterbildung in der Sozialpsychiatrie ( vom 08.12.1995 ) erfüllen:

Abgeschlossene Ausbildung in einem medizinischen, sozialen oder pädagogischen Beruf oder für Angehörige anderer Berufe ist der Zugang nur möglich nach einer mindestens einjährigen Tätigkeit in einer Einrichtung:

- Klinische Psychiatrie
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Komplementäre Psychiatrie
- Suchterkrankung und Teilnehmende, die nicht daran interessiert sind, die staatlich anerkannte Prüfung abzulegen und einzelne ausgewiesene Module besuchen möchten.

**Folgende Inhalte werden vermittelt:**

- Gruppe als Lernfeld:
  - „Lernen- lernen“
  - Konflikt- und Kommunikationsprozesse
  - Selbstreflexion
  - Sozialpädagogische und soziologische Grundlagen
  - Grundlagen der Psychologie
  - Sozialpsychiatrie mit folgenden Schwerpunkten:
    - Geschichte der Sozialpsychiatrie
    - medizinische, soziale und psychologische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen
    - Systemische Theorie und systemische Beratung
- Themen aktueller Diskussion in der Sozialpsychiatrie

- Vertiefungsgebiete:
  - Abhängigkeitserkrankungen
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - Gerontopsychiatrie
  - Forensik
- Arbeit und Rehabilitation
- Psychische und psychosomatische Störungen und Erkrankungen
  - Suchterkrankungen
  - Therapie und andere Hilfestellungen
  - Umgang mit Stresserleben und Konflikten
  - Supervision und Praxisanalyse
  - Beschäftigungs- und Bewegungstherapie
  - Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Krankenpflege
- Rechtskunde

**Umfang:**

Diese längerfristige Weiterbildung umfasst 750 theoretische Stunden ( 600 Präsenzstunden und 150 Stunden in Selbstlern-einheiten und kollegialer Zusammenarbeit ) und 1160 Stunden in der Praxis. ( 1000 Stunden am eigenen Arbeitsplatz und 160 Stunden extern )



*Wenn wir bedenken, dass wir alle verrückt sind, dann ist das Leben erklärt.  
Mark Twain*

## **Inklusion: Tun wir die Dinge richtig oder tun wir die richtigen Dinge?**

Anmerkungen aus organisationspsychologischer Sicht

Andreas Speck

### **I. Vorbemerkung**

Die fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema Inklusion hat scheinbar gegenwärtig an Schwung verloren. Die angekündigte Reform der Eingliederungshilfe ist auf Bundesebene ins Stocken geraten. Auch der Reformeifer der ASMK Konferenz hat – wenn man den Verlautbarungen Glauben schenkt – an Elan eingebüßt. Kein Wunder, dass auch auf fachlicher Ebene eine zunehmende Skepsis zu beobachten ist: Inklusion gilt hier als semantisch entkerntes Sprachgerüst, die zwar aus Opportunitätsgründen gepflegt werden muss, aber im Diskurs zu diffus besetzt ist, um nachhaltige Impulse zur Umstrukturierung des Hilfesystems zu setzen.

Die etwas zynische Prognose, dass das Inklusionsthema als modisches Wortgestöber bald vorüber ist und die gewohnte Pra-

xis - wie immer die auch aussehen mag - wieder zu ihrem Recht kommt, ist jedoch trügerisch. Es gibt – für die Vertreter des Inklusionsgedankens - keinen Grund den Blues anzustimmen. Zwei Gründe sprechen dagegen:

1. Inklusion ist über die UN Behindertenrechtskonvention juristisch verankert. Der zivilisatorische Fortschritt ist dabei immens. Das Fremde hat einen Eigenwert, der menschenrechtlich geschützt ist. Im Falle von „Menschen mit Behinderungen“ meint dies, dass der klassische Behinderungsbegriff, der Zugriffe und Anpassungsdruck aus „fürsorglichen“ Motiven zuließ und legitimierte, durch die UN Konvention als soziale Konstruktion entlarvt wurde. Menschen mit Behinderungen sind Bürger erster Klasse wie alle anderen auch. Es sind auch nicht die Beeinträchtigungen, die begrenzen sondern die Umstände / Menschen, die die Begrenzungen in den gesellschaftlichen Systemen erst konstituieren. Die Bringschuld für soziale Einbindung liegt nicht (allein!?) bei den Betroffenen, sondern bei der Mehrheitsgesell-

schaft, die sich den Belangen der Menschen mit Behinderungen öffnen muss. Der Gedanke ist nicht neu in der Welt, neu jedoch ist die rechtliche Qualität mit dem entsprechenden Verpflichtungscharakter.

2. In der aktuellen Debatte um Armut in Deutschland wird deutlich, dass Exklusion in Deutschland ein perfides Massenphänomen geworden ist. Folgt man empirischen Analysen, dann sind rund 15% der Menschen in Deutschland - als Folge von Langzeitarbeitslosigkeit oder prekären Beschäftigungsverhältnissen - von Armut betroffen und damit direkt oder indirekt von zentralen gesellschaftlichen Teilhabechancen an Arbeit, Bildung, Kultur, Sport, Gesundheit etc. ausgeschlossen. Dass diese Form der Exklusion gerade auch seelisch beeinträchtigten Menschen droht, zeigen alle Erfahrungen der Praxis. Man kann - und muss - diese

Situation moralisch skandalisieren. Aber auch ohne Moral wird es - gerade im Kontext des z. T. eklatanten Versagens der Funktionsebenen in Banken, Wirtschaft, Presse und Politik - ungemütlich. Wie viel Ungleichheit - oder um im Sprachgebrauch zu bleiben - wie viel Exklusion kann eine Gesellschaft auf Dauer verkraften, ohne dass ihre Bindungskraft gesprengt wird? Man muss dabei nicht gleich die braunen Gespenster beschwören, die mit Hilfe eines kleinbürgerlichen Habitus die Stammtische der Republik besetzen. Griechenland hat ja (wenn man die Situation dort nicht nur als Finanzkrise interpretiert sondern in erster Linie als Eskalation einer lang schwelenden politischen Krise!) gezeigt, was passiert, wenn das Vertrauen der Bevölkerung in die Regierenden verkümmert ist und notwendige Loyalitäten nur noch durch schuldenfinanzierte Geschenke an diverse Klientengruppen erzeugt werden kann. Es ist kaum von der Hand zu weisen, dass ein nachhaltiger Vertrauensschwund

in breiten Teilen der Bevölkerung Dynamiken erzeugen kann, die politisch und im Sinne einer offenen Gesellschaft kaum noch kontrollierbar sind. Im Eigeninteresse der Politik, Verwaltung und Wirtschaft ist es deshalb angeraten, das Thema der Inklusion nicht als „Gedöns“ und /oder als Kostenfaktor zu denunzieren sondern es als **systemrelevant** (!) ernst zu nehmen und fundiert voranzutreiben.

An der gegenwärtigen Misere in Sachen Inklusion ist allerdings die (Fach-)Öffentlichkeit nicht ganz unschuldig. Im Kontext Inklusion sind viele Fragen offen. Es gibt m.W. derzeit keine in sich schlüssige Theorie der Inklusion, die auf die Praxis hinunter gebrochen werden kann. Das mag damit zusammenhängen, dass der Begriff „Inklusion“ aus den sozialpolitischen und bürgerrechtsorientierten Vorstellungen skandinavischer und angloamerikanischer Länder übernommen und „eingedeutscht“ worden ist. In der fachlichen Diskussion der Sozialarbeitswissenschaft und Sonderpädagogik wirkt er dadurch nach wie vor etwas schillernd und heimatlos. Theoretische Bezüge zur deutschen Soziologie gäbe es an prominenter Stel-

le, und zwar zur strukturfunktionalistischen Theorie von Niklas Luhmann. „Inklusion“ und „Exklusion“ sind dort gängige Vokabeln zur Beschreibung sozialer Systeme. Aber die Theorie in Gänze wirkt nun doch reichlich elitär (was de facto erst mal nicht gegen sie spricht) und gilt für die Praxis zunächst als sperrig. Allerdings hat sie nicht die ethischen und anthropologischen Implikationen, die eine einfache Kompatibilität mit der stark bürgerrechtsgeprägten Inklusionsdebatte erlauben würde.

Schaut man sich jedoch die Ergebnisse der gegenwärtigen Diskussionen an, dann treten folgende Konturen zunehmend klarer hervor:

## II. Normative und operative Struktur der Inklusion

Es mag trivial klingen, trotzdem sei es vermerkt: Inklusion hat primär eine **normative** und erst dann eine operative Dimension. Der normative Gehalt wird durch die

UN Konvention und der rechtlichen Stärkung der Menschen mit Beeinträchtigungen abgebildet. Dahinter steckt der rechtliche Anspruch an die Menschen einer zivilen Gesellschaft, 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 zu kolonialisieren. Inklusion gewinnt dort deshalb an Prägnanz, weil die Autonomie des Menschen - allen akademischen Spekulationen zum Trotz - nicht anders als in sozialen Bezügen gedacht werden kann. Ob man via UN Konvention ein solches Menschenbild verordnen kann, bleibt natürlich fraglich. Überhaupt haftet der Inklusion - wie im übrigen jedem Menschenrecht - ein utopisches Moment an. Aber das entwertet den Ansatz nicht, solange damit ein Prozess der Reflexion und Auseinandersetzung initiiert bzw. fortgesetzt wird, der sich fest in der Gesellschaft verankern kann.

Die **operative** Dimension zeigt sich zunächst in der konsequenten Umsetzung der personenzentrierten und lebensfeldorientierten Hilfen. Erfreulich ist dabei, dass die Reformbewegungen der Psychiatrie hier schon zentrale Aspekte der Inklusion vorweggenommen hat. So konnten sich auch in MV bereits Strukturen herausbilden, die - in regional variierender Ausprägung - über Hilfeplankonferenzen, Ambulantisierung, Budgetlösungen etc wesentliche Aspekte einer inklusiv orientierten Arbeit gewährleisten. Bei einer Fortentwicklung muss aber - wenn man inklusiven Ansprüchen folgt - diese klientenorientierten Arbeit ergänzt werden, und zwar um ein Aufgabenprofil, das auch die Förderung der Anschlussfähigkeit sozialer Systeme einschließt. Sozialpsychiatrische Praxis ist somit nicht nur personenzentriert am „Menschen“ (idealerweise als Assistenz bei den biographischen Übergängen und Statuspassagen) sondern darüber hinaus - oder zukünftig eher noch mehr! - ein Dienstleister der lokalen Arbeitgeber, Verwaltungen, Vereine etc., um ihnen bei der

Öffnung ihrer Organisationen für Menschen mit Behinderungen behilflich zu sein: Netzwerke knüpfen, Verbindungen herstellen, Aufklärung und - zentral für die Sozialpsychiatrie - im Lebensumfeld Vertrauen in jene Menschen stiften, die psychisch beeinträchtigt sind. Sozialpsychiatrische Praxis entwickelt sich somit immer stärker zu einem Katalysator für Inklusion in die anderen umgrenzenden Systeme des Alltags. Indem sie konkrete externe Organisationen dabei begleiten, mit den psychisch beeinträchtigten Menschen und ihren jeweiligen Beeinträchtigungen zurechtzukommen: Wie lassen sich reale Arbeitsbedingungen in den Unternehmen vor Ort so arrangieren und gestalten, dass Menschen mit Beeinträchtigungen dort Zugang finden? Wie lassen sich Vereine barrierefrei (auch und vor allem in mentaler Hinsicht!) gestalten, so dass

sich dort auch Menschen mit Depressionen aufgehoben fühlen? Wie gibt man Menschen in einem Mehrfamilienhaus Sicherheit, wenn einer der Mieter an Schizophrenie erkrankt ist? Für die Praxis einer inklusiven Sozialpsychiatrie sind damit zentrale Kompetenz- und Aufgabenparameter beschrieben. Allerdings – und das zeigen auch die Erfahrungen der vergangenen Jahre – verlangen sie Mitarbeitern der Organisationen in der konsequenten Umsetzung einiges ab: So sind sie gezwungen, ihr berufliches Selbstkonzept zu überprüfen und zu hinterfragen. Welchen Stellenwert haben traditionelle Kernmotive beruflichen Handelns in der Sozialarbeit wie etwa das Bedürfnis nach Fürsorge, nach Kontrolle etc... im Kontakt zum Klienten? Welches Menschenbild kommt unterschiedlich und tatsächlich im alltäglichen Umgang mit den Nutzern der Organisation zum Tragen? Aber auch in ganz pragmatischer Hinsicht können Verunsicherungen bei den Mitarbeitern programmiert sein: Inklusion

verlangt tendenziell eine Auflösung starrer, aber eben sicherer Arbeitsstrukturen. Wenn die Belange des Betroffenen das Handeln bestimmen und nicht institutionelle Erfordernisse, dann bedeutet das auch in letzter Konsequenz eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten. Auch das kann unter Umständen als wenig attraktiv erlebt werden und – je nach situativen und familiären Hintergrund – überfordern. Aber auch das Selbstverständnis sozialpsychiatrischer Einrichtungen wird herausgefordert, sofern es jedenfalls in der bereitwilligen Übernahme der Verantwortung für „Menschen mit Behinderungen“ von der Gesellschaft bestehen sollte. Denn der Erfolg der Einrichtung wird sich im Kontext der Inklusion darin bemessen lassen, wie es ihr gelingt, Verantwortung an die Gesellschaft bzw. an den konkreten sozialen Nahraum zurückzugeben und dort zu belassen. Wichtig ist aber insgesamt, dass sowohl die normative als auch die operative Dimension nur zusammengedacht werden können. Diese Notwendigkeit zeigt sich besonders, wenn ein weiterer Kerngedanke berücksichtigt wird:

Inklusion und Exklusion sind an Organisationen wesentlich gebunden. Es sind Organisationen, (Unternehmen, Vereine, Schulen, Universitäten etc...) die darüber entscheiden, wer bei ihnen hinein darf und wer draußen bleiben muss. Und es sind im Gegenzug auch Organisationen, (KSV, Sozialamt, Krankenkasse, Ärzte, Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie) die mittels Diagnosen über „Bedürftigkeit“ entscheiden und damit, wer welche Unterstützung in welchem Ausmaß bekommt und wer eben nicht. Zudem: Wenn sozialpsychiatrische Praxis mit anderen Systemen enger verzahnt werden muss, dann setzt dies auch die Bereitschaft voraus, sich mit den Bedingungen und den Kulturen anderer Organisationen konstruktiv auseinanderzusetzen. Auf den Punkt gebracht: Inklusion ist der explizite Anspruch der UN Konvention an gesell-

schaftliche Organisationen, sich zu verändern. Dies gilt eben auch - **wenngleich nicht nur!!** - für Organisationen der Sozialpsychiatrie.

Im Folgenden soll vor diesem Hintergrund versucht werden, dass Thema Inklusion mit Organisationen skizzenhaft zu verknüpfen. Im Fokus soll dabei die Organisationen der Sozialpsychiatrie stehen, die - quasi stellvertretend - die Inklusion seelisch beeinträchtigter Menschen vortreiben sollen. **Dabei ist die Kernthese, dass Inklusion keine einzelne Maßnahme ist sondern – sondern zwingend - Ausdruck einer spezifischen, und zwar inklusiven Organisationskultur. Anderenfalls wird Inklusion zum reinen Alibi, das keine nachhaltigen Wirkungen entfalten kann.**

## II. Inklusion als organisationales Lernen

Mit dem gesellschaftlichen Auftrag der Inklusion verbindet sich die Erwartung, dass auch die sozialpsychiatrischen Organisationen Veränderungsprozesse durchlaufen bzw. bereit sind, (in der Sprache der Organisationsentwicklung) ! „zu lernen“.

Dass Organisationen lernen, mag begrifflich irritieren. Lernen scheint vordergründig ein individuelles Vorgehen zu sein. Gleichwohl aber wird in den gängigen Theorien der Organisationslehre davon ausgegangen, dass das individuelle Lernen der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einem Wissensbestand akkumuliert, der über seine individuellen Wissensträger hinausgeht. Auch hier gilt also der Grundsatz der Systemtheorie: Das Ganze ist mehr als die Summe ihrer Teile. Gleichwohl ist auch organisationales Lernen auf die einzelnen Mitarbeiter verwiesen: Deren Erfahrungen, deren Problemlösestrategien, deren Erfolg oder Misserfolg tragen in der internen Kommunikationsstruktur zum Aufbau organisationales Wissens bei, dass sich seinerseits in konkreten organisationsbezogenen Normen, in Stellenbeschreibungen, Leitbildern, Anweisungen und vor allem in den - nach außen - mehr oder minder transparenten Ritualen, Tabus und Routinen verfestigt. Vor diesem Hintergrund ist Inklusion nicht allein ein Thema des Managements sozialer Organisationen, sondern auch und

vor allem der Mitarbeiter auf den unterschiedlichsten Ebenen.

Ohne in die komplexe Detaildiskussion über organisationales Lernen einzusteigen, seien im Folgenden einige Kerngedanken formuliert.

Ende der 70er Jahre erschien ein Aufsatz von dem amerikanischen Autorenpaar Argyris und Schön, der mittlerweile als Klassiker der Organisationslehre gilt. Die Autoren gingen der komplexen Frage nach, wie sich organisationale Lernprozesse analytisch beschreiben lassen. Dabei unterschieden sie zunächst zwei Lernniveaus: Auf der einen Seite finden sich in Organisationen Lernprozesse, die als sogenannte „single-loop-learning“ bezeichnet wurden. Damit sind eher technologisch ausgerichtete Prozesse gemeint, die eher auf Verfeinerung und Neujustierung bestehender Hand-

lungsmodelle zielen. Eine Organisation steht vor einem Problem bzw. einer Herausforderung und reagiert mit einem Lösungsversuch. Scheitert dieses Bemühen, dann wird mit einer anderen Handlung versucht, den gewünschten Effekt zu erreichen. Diese Form der Rationalität ist in vielen Fällen völlig ausreichend, um die Organisation effizient zu halten. Im Falle sozialpsychiatrischer Organisationen könnte dies zum Beispiel bedeuten, dass spezifische Behandlungsbedarfe im regionalen Versorgungsnetz entdeckt werden und mit einer neuen ergänzenden Intervention reagiert wird. Dies ist ja auch der gewöhnliche Weg, den Organisationen beschreiten, um sich auszudifferenzieren, Qualität zu sichern und gleichzei-

tig auch eine finanzielle Absicherung zu erreichen. Im Rahmen dieses Vorgehens wird nach Implementierung der neuen Maßnahmen (sofern natürlich der Kostenträger zustimmt) bilanziert und - betriebswirtschaftlich, fachlich... bewertet. Fallen die Ergebnisse negativ aus, dann sind die Reaktionsmuster limitiert: Neue Verhandlungen, Konzeptmodifikation oder - wenn der Problemdruck aushaltbar ist - gar Aufgabe.

Entscheidend ist bei diesem Lernniveau, dass Veränderungen unter Beibehaltung der gewohnten Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen erfolgen. Gegenstand der Reflexion - und damit des organisationalen Lernens - sind die Auswirkungen (Erfolg oder Misserfolg) der Handlungen. Reflexi-

onsleitend ist dabei die Frage: **Tun wir die Dinge richtig?**

ezogen auf das Ausgangsthema wird hier schon deutlich, dass das Ge- oder Misslingen inklusiver Maßnahmen nicht allein auf einer organisatorischen Handlungsebene reflektiert werden kann. Inklusion ist keine Technik, sondern eine normative Perspektive, aus der sich dann die Handlungsoptionen ableiten lassen. Dabei mag es einzelne Maßnahmen geben, die auch ohne normativen Bezug funktionieren. Für bauliche Arrangements zur Barrierefreiheit braucht es keine großen gedanklichen Anstrengungen, geschweige denn, eine Reflexion der organisati-



Abb. 1: Das „single-loop-learning“: Tun wir die Dinge richtig?

um Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Beeinträchtigungen geht, prägt die ethische Dimension die formellen und informellen Kommunikationsstrukturen zwischen Mitarbeitern und Klienten stark.

Anpassungslernen im Kontext Inklusion kann vor diesem Hintergrund zu einer starken Verkürzung führen, und zwar mit dem Ergebnis, dass die Maßnahmen scheitern bzw. scheitern müssen. Die - zumindest auf der Entfernung sich so darstellende - aktuellen Probleme der inklusiven Schulpolitik in Mecklenburg-Vorpommern könnten somit auch als eine Art „Lernunfall“ interpretiert werden: Die Integration

von Förderschülern in die Regelschulen konnte schon deshalb nicht gelingen, weil die Maßnahme nicht in den jeweiligen normativen bzw. kulturellen Kontext der jeweiligen Organisationen integriert war und damit von den Lehrkräften und Eltern mit ihren Wertbezügen nicht getragen wurde. Ähnliches ließe sich auch über die unterschiedliche Qualität der Hilfeplankonferenzen in Mecklenburg-Vorpommern denken: Solange Hilfeplankonferenzen als reine Technik wahrgenommen und umgesetzt werden, ohne dass das implizite Menschenbild eines personenbezogenen Ansatzes in die Bewertung einfließt, kann sich deren gedachte Funktion nur bedingt - wenn überhaupt - entfalten. Auf die-

sen Zusammenhang macht das sogenannte „Double-loop-learning“ aufmerksam.

Denn im Gegensatz zum Anpassungslernen zielt das Lernniveau des sogenannten „double-loop-learning“ auf Veränderung des organisatorischen Bezugsrahmens ab, innerhalb dessen die alltäglichen Lernprozesse gewöhnlich ablaufen. Scheitern die Anpassungsbemühungen im Rahmen des „single-loop-learning“, dann besteht prinzipiell auch die Möglichkeit, den Zielrahmen in die Reflexion zu integrieren.



Abb.2: Das „double-loop-learning“: Tun wir die richtigen Dinge?

Allerdings sind Ziele in sozialen Organisationen immer ein heikles Thema. Denn anders als in der Privatwirtschaft sind soziale Einrichtungen oftmals gezwungen, mit widersprüchlichen und konfligierenden Zielvorstellungen und Erwartungen umzugehen: Zwischen betriebswirtschaftlichen Zwängen auf der einen Seite und ethisch, normativen Erwartungen auf der anderen Seite gilt es sensibel zu balancieren und zu moderieren. Karikierend formuliert: Handelt eine soziale Organisation ausschließlich nach Maßgabe ethischer Erwägungen, droht sie angesichts der Erwartungshaltung von Kostenträgern, Gesellschaftern betriebswirtschaftlich unterzugehen. Umgekehrt aber verliert sie an Glaubwürdigkeit nach außen und vor allem auch nach innen, wenn das Schwert der Rentabilität über allen Diskussionen schwebt. Dieser Verlust an Glaubwürdigkeit kann angesichts der beruflichen Motive vieler Mitarbeiter deren Engagement und Loyalität schwer beschädigen. Andererseits kann die Zieldiskussi-

on, wenn sie offen und transparent geführt wird, auch zu anderen Lösungsstrategien führen. Allerdings auf einer anderen Ebene. So ließe sich ja bei Betrachtung betriebswirtschaftlichen Zielvorgaben auch die Frage stellen, ob die herkömmlichen Finanzierungsinstrumente etwa im Sinne des Landesrahmenvertrages Mecklenburg-Vorpommerns oder der zersplitterten Leistungssystematik, von deren Struktur die Organisationen existentiell abhängen, eine inklusive Organisationskultur überhaupt erlauben bzw. ob diese Instrumente den prinzipiellen Konflikt zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Organisation nicht erst befeuern?

Auch wenn nicht dafür plädiert werden soll, die Verantwortung für inklusive Strukturen auf externe Gegebenheiten grundsätzlich abzuwälzen, sollte doch der Blick auf die gesamte Struktur der Sozialpsychiatrie offen bleiben. Der Kommunikationstheoretiker Bateson hat den Ansatz von Argyle und Schön erweitert. Er differenzierte den Zielaspekt beim organisatorischen Lernen, indem er die Prozesse des Lernens zu Lernen in den Lernprozess als Rückschleife bzw. als „deutero learning“ integriert. Das Potential von „single-loop-learning“ ist begrenzt bzw. nur dort sinn-

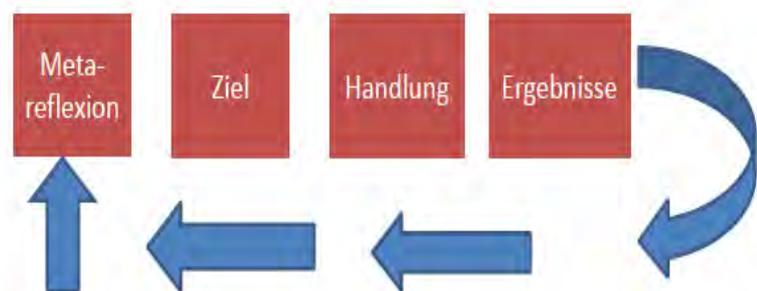
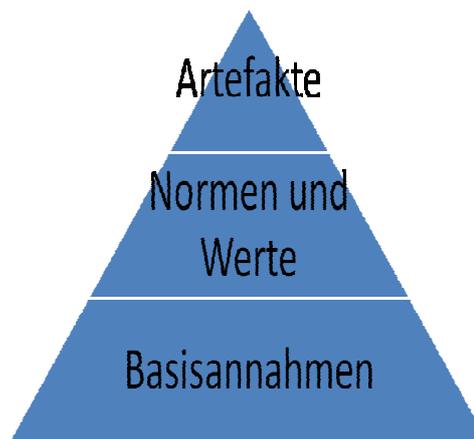


Abb. 3 Das „deutero-learning“: Was sind die Kriterien, um zu entscheiden, ob wir die richtigen Dinge tun?

voll wo es tatsächlich um eher technische Probleme geht. Ansonsten dürften Transformationen, die nicht auch auf Veränderungen des Zielrahmens und des grundlegenden Selbstverständnisses abzielen und damit das „double-loop learning“ verstärken, eher mäßig ausfallen. Bateson plädiert dafür, in die Auseinandersetzung mit Veränderungen auch die mentalen Modelle bzw. die normative Tiefenstruktur der Organisationen einzubinden, da viele handlungsleitende Ziele nicht so ohne weiteres offengelegt werden können. Diese Tiefenstruktur prägt aber über die Organisationskultur Handlungsmuster und Handlungsoptionen. Die Reflexion dieser Tiefenstruktur als begrenzenden Faktor organisationsbezogener Kreativität gilt es nach Bateson im organisationsbezogenen Lernprozess zu etablieren: Lernhindernisse und lernförderliche Bedingungen werden dadurch transparent und notwendige Anpassungsleistungen der Organisation effizienter und nachhaltiger. Die Kernfrage wäre hier: **Woran bemessen wir**

**eigentlich, welches die richtigen Dinge sind, die wir tun wollen? Was sind die Kriterien, nach denen wir uns entscheiden?**

Wie sich die Tiefenstruktur in die Organisationskultur einfügt, findet sich in vorliegendem Modell einer Organisationskultur. Demnach unterscheidet man drei spezifische Ebenen der Kultur in Organisationen:



*Abb. 4: Tiefenstruktur der Organisationskulturen*

Die Ebene der sogenannten Artefakte. Gemeint sind damit die sichtbaren symbolischen und materiellen Entäußerungen der jeweiligen Kultur: die Räumlichkeiten und architektonischen Besonderheiten einer Organisation; die besonderen Rituale, Routinen und Umgangsformen der Organisationsmitglieder;

die Kleidung (z.B. Uniformen). Die Artefakte sind beobachtbar und dadurch der Organisation und der in ihnen agierenden Menschen bewusst. Artefakte kennzeichnen sozusagen die Oberflächenstruktur einer Organisation. Inklusive Aspekte wären auf dieser Ebene die Barrierefreiheit der Einrichtung, die Kontaktgestaltung und alltäglicher Umgang mit den Nutzern der Einrichtung.

Die Ebene der öffentlich propagierten Normen und Werte: Die Artefakte wurzeln ihrerseits in dem organisationsspezifischen Normensystem, das nur bedingt sichtbar und bewusstseinspflichtig ist. Hier sind die spezifischen Managementsysteme angesiedelt: Die jeweilige Organisationsstruktur mit ihren besonderen Macht- und Kontrollformen sowie – beispielsweise – die Zuordnung von spezifischen Aufgaben

Beschreibungen. Diese Ebene spiegelt die konkrete Gewichtung inklusiver Gemeinwesenarbeit wider sowie—als Beispiel—die Mitbestimmungsmöglichkeiten und Partizipationsgrade der Nutzer bei der Aushandlung der Unterstützungslleistung.

Bleibt die Ebene der Basisannahmen: Damit ist die Tiefenstruktur einer Organisation gemeint mit ihren impliziten und unbewussten – aber für die Organisation selbstverständlich und unhinterfragten ) Grundannahmen bzw. Menschen- und Weltbildern - also im Prinzip das, was in der systemtheoretischen Perspektive als organisationsspezifische Wirklichkeitskonstruktion bzw. mentales Modell definiert ist. Es sind diese organisationsinhärenten Sinn- und Wissensstrukturen, die als Basisannahmen in den konkreten handlungswirksamen Normen zum Ausdruck kommen und schließlich auch auf der Oberfläche der Organisation in den Artefakten sichtbar werden. Diese Basisannahmen sind zentral,

weil in ihnen das organisationale Menschenbild eingebettet ist. Beispielfragen, mit denen man vielleicht den Basisannahmen auf die Spur kommen könnte, wären: Wie sehen wir als Organisation die psychisch beeinträchtigten Menschen, die zu uns in die Tagesstätte, Wohnheime etc. kommen? Wie wollen wir von ihnen wahrgenommen werden? Wie nehmen wir uns selbst im Kontakt zu ihnen wahr? Richten wir wirklich unsere Angebote nach ihnen aus oder orientieren wir uns an den Vorgaben der Leistungsträger?

Das vorliegende Modell vereinfacht zweifellos – wie jedes Modell – die Realität einer Organisation. Aber es kann helfen, durch seine analytische Struktur zentrale Parameter des inklusiven Wandels einer Organisation besser zu verstehen und sogenannte defensive Routinen bzw. Widerstände zu verstehen.

Denn organisatorische Lern- und Problemlöseprozesse können nicht nur auf der sichtbaren Ebene der Artefakte und Normen stattfinden, sondern müssen eher auf die Modi-

fikation der impliziten kulturellen Basisannahmen zielen.

Ein solcher – die Tiefenstruktur einer Organisationskultur umfassender – Reflexionsprozess entspricht dem, was zuvor Bateson als „deutero learning“ beschrieben.

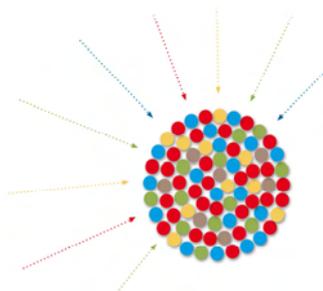
### Ausblick

Der Ausflug in die Organisationslehre kann zweifellos nicht alle Fragen im Kontext der Inklusion beantworten. Aber er macht vielleicht deutlich, worin eine wichtige Aufgabe bei der weiteren Umsetzung inklusiver Praxis in der Sozialpsychiatrie bestehen müsste: nämlich in der Initiierung oder - je nach Stand der Organisation - in einer weiteren Förderung organisatorischer Lernprozesse, die es dem Gesamtsystem (dem Management, den Mitarbeitern) erlauben, angemessene Re-

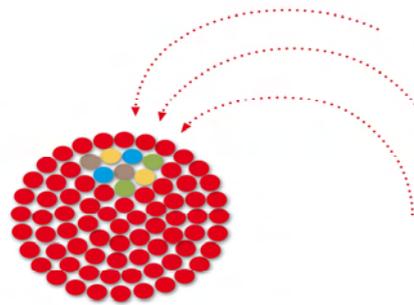
geln und Strukturen zum inklusiven Lernen in Organisationen zu entwickeln. Inklusion hat also primär nichts mit konkreten Projekten und Maßnahmen zu tun sondern mit einer spezifischen inklusiven Organisationskultur. Gerade für jene Organisationen, die diesbezüglich vielleicht eher am Anfang stehen, ist oder kann dies ein langwieriger und schwieriger Prozess sein.

Nur wenn Inklusion in die impliziten Sinnstrukturen der Organisation eingreift und versucht, dort neues Wissen im Kontext Inklusion zu verankern, können die Mitarbeiter und auch die Klienten auf den - sicherlich nicht einfachen - Weg in eine inklusive Organisationskultur mitgenommen werden. Inklusion als „single-loop-learning“ wird definitiv keine nachhaltigen Effekte haben. Es kann also primär nicht

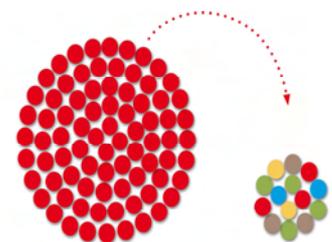
darum gehen, die Dinge richtig zu tun, **sondern die richtigen Dinge zu tun!** In Abwandlung des eingangs zitierten Wortes von Mark Twain, ließe sich vielleicht plakativ formulieren: **Wenn wir bedenken (verstehen, akzeptieren), dass wir alle verrückt sind, ist Inklusion erklärt.**



**Inklusion**  
( Bilder: Aktion Mensch )



**Integration**



**Exklusion**



## Position des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V. zum weiteren Bedarf an geschlossenen Wohnformen nach §53 SGB XII in Mecklenburg Vorpommern

Vorgelegt beim Psychiatrieberrat am 11.1.2012

1. Der KSV hat in einer Umfrage unter den Leistungsträgern in MV nach einem zusätzlichen Bedarf an geschlossenen Unterbringungen ( SGB XII, §53 ) gefragt. Hintergrund dafür sind offenbar Problemanzeigen gesetzlicher Betreuer. Der Landesverband Sozialpsychiatrie nimmt dazu wie folgt Stellung:

1. Eine konkrete bedarfsorientierte Planung der Angebote mit Blick auf geschlossene

Wohnformen ist derzeit nicht möglich, weil gegenwärtig keine klientenbezogenen Daten zur Verfügung stehen, die eine verlässliche Analyse auf ( über ) regionaler Ebene erlauben würde. Es ist gegenwärtig noch nicht einmal klar, wie viele geschlossene Plätze im Land MV für psychiatrische Klienten realiter vorgehalten werden:

a ) Die Zahl der im SGB XII vorgehaltenen spezialisierten geschlossenen Plätze betrug in 2011 ca.150 bei einer sehr stark über die Einrichtungen differierenden Aufenthaltsdauer.

b ) Wie viele jüngere psychisch kranke Menschen in anderen Einrichtungen wie z.B. Altenheimen geschlossen untergebracht sind, verschließt sich aktuell jeder Statistik.

2. Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass eine maßnahmenbezogene Planung nicht isoliert durchgeführt werden kann, sondern - angesichts der systemischen Interdependenzen - nur unter Berücksichtigung des gesamten Versorgungssystems in einer Region einschließlich des medizinischen Systems.

Der formulierte Bedarf an weiteren geschlossenen Plätzen ist somit unseres Erachtens in erster Linie interpretierbar als **Ausdruck einer Fehlfunktionen der sozialpsychiatrischen Steuerung**, und zwar auf mehreren - analytisch zu trennenden - Ebenen.

Diese These korrespondiert mit der Forderung des Psychiatrieentwicklungsplanes des Landes 2011, in dem gerade bei der vorliegenden Zielgruppe eine besondere Steuerungsqualität eingefordert worden ist.

3. Dringender Handlungsbedarf liegt demzufolge aus unserer Sicht weniger bei „mehr des-selben“, also in der Kapazitätsweitung geschlossener Wohnformen als vielmehr in der — entsprechend des oben genannten Psychiatrieentwicklungsplanes des Landes MV— **Analyse und Fortentwicklung der Steuerung und der jeweiligen Strukturqualität auf unterschiedlichen Ebenen.**

In der folgenden Tabelle sollen zentrale Steuerungsprobleme für den Bereich der geschlossenen Wohnformen kurz bezeichnet werden:

Steuerungsebene	Beschreibung	Mögliche Indikatoren für Fehlfunktionen	Situation in MV	Belege
<b>Personenebene</b>	Bezogen auf einzelne Klienten	Mangel an fachlich ausreichend kontrollierten Zugängen in geschlossene Wohnformen	Flächendeckende Hilfeplankonferenzen finden nicht in allen Regionen statt und wenn, dann mit qualitativen Unterschieden; dadurch variiert die qualitative Kontrolle der Zugänge;	Systemsprengerstudie (Freyberger et al 2004) Modellprojekt „KODE“ (Steinhart et al 2009)
		Unterschiedliche, einrichtungsbezogene Verweildauer	Hohe Varianz der mittleren Verweildauer bezogen auf Einrichtungen (von 40 Wochen bis 208 Wochen)	Befragung „Geschlossene Wohnformen“ (LSP 2011)
		Entlassungshemmnisse	Mangels geeigneter und passgenauer Angebote der Nachsorge können ca. 10% der Klienten erst verspätet entlassen werden.	Befragung „Geschlossene Wohnformen“ (LSP 2011)
<b>Ebene des Maßnahmesystems</b>	Bezogen auf einzelne Maßnahmen einer konkreten Einrichtung	Mangelnde Integration in ein differenziertes Angebotsnetz	Geschlossene Wohnformen bedürfen der Integration in ein differenziertes sozialpsychiatrisches Angebotsnetz, um Übergänge und Erprobungen flexibel und passgenau gewährleisten zu können. Nicht alle geschlossene Wohnformen sind in ein differenziertes Netz integriert. Der LRV erlaubt nur im begrenztem Maße die konzeptionelle Ausdifferenzierung	Systemsprengerstudie (Freyberger et al 2004)
		Mangelnde ärztliche Anbindung	Grundsätzlich und mit Ausnahmen ist die ärztliche Einbindung gewährleistet. Allerdings in unterschiedlicher Ausprägung und Qualität	Befragung „Geschlossene Wohnformen“ (LSP 2011)
<b>Sozialräumliches System</b>	Bezogen auf den Einsatz von Ressourcen in einer definierten Region	Mangel an regionaler Psychiatrieplanung	Es gibt derzeit keine regelmäßige und auf der Grundlage von klientenbezogenen Daten erfolgende Psychiatrieplanung in den Regionen – es fehlt hier insbesondere eine landesweit einheitliche Basisdokumentation	Modellprojekt „KODE“ (Steinhart et al. 2009)
		Mangel an Finanzierungsinstrumenten, die Anreizsysteme für personenzentrierte Leistungen und Netzwerkarbeit enthalten	Bis auf Rostock dominiert ein einrichtungsbezogener Finanzierungstypus – Übergänge und „Eingliederung“ muss wieder „attraktiv“ werden.	Modellprojekt „KODE“ (Steinhart et al. 2009)
<b>Landesweites Hilfesystem</b>	Ressourcen bezogen auf das Bundesland MV	Mangel an geographischer Verteilung der bestehenden Plätze	Die Verteilung der bestehenden Plätze weist ein geographisches Ungleichgewicht auf – die landesweite Dokumentation weist erhebliche Lücken auf – insbesondere bezogen auf eine einheitliche Falldokumentation und die Fremdunterbringung außerhalb der Landesgrenzen.	Befragung „Geschlossene Wohnformen“ (LSP 2011)

**Referentinnen/ Moderator:**

**Dr. Stefan Schröder**  
Chefarzt

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
KMG Klinikum Güstrow GmbH

**Dr. med. Marlene Drost-Pinnow**  
Leitende Oberärztin

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
HANSE-Klinikum Wismar GmbH

**Dr. med. Ute Stahlhacke**  
Leitende Ärztin

Öffentlicher Gesundheitsdienst des Landkreises Nordwestmecklenburg

**Dr. Christine Thomas**

Leitende Ärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

**Dr. med. Antje Kloth**  
Chefarztin

Fachabteilung für Neurologie und Geriatrie  
Tessinum - Therapiezentrum für Geriatrie und Schlaganfall

**Susanne Wachsmuth**

Neuropsychologin/ Leiterin Sozialtherapie  
Fachabteilung für Neurologie und Geriatrie  
Tessinum - Therapiezentrum für Geriatrie und Schlaganfall

**Michael Blaha**

staatl. anerkannter Erzieher, Mediator, Fachbetreuer in der Sozialpsychiatrie  
Volkssolidarität Kreisverband Uecker-Randow e.V.

**Dipl.-Med. Wolfgang Kliewe**  
Chefarzt

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
AMEOS Klinikum Ueckermünde

**Prof. Dr. Ingmar Steinhart**

Projektleitung Modellprojekt „Länger leben in MV“ des  
Landesverbands Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.



## Einladung

zum  
3. Fachtag 2011 des Modellprojekts  
„Länger Leben in MV“  
zum Thema

### „Mobile Gerontopsychiatrie“

am Freitag, den 2. Dezember 2011  
von 10.00 Uhr bis 14.00 Uhr

#### Veranstaltungsort:

Begegnungsstätte der  
Volkssolidarität Greifswald - Ostvorpommern e. V.  
Leipziger Allee 4  
17389 Anklam

## Dokumentation zum Fachtag:

**„Mobile Gerontopsychiatrie“  
vom 02.12.11 in der Begegnungsstätte  
der Volkssolidarität Greifswald/ Vorpommern e.V. in  
Anklam**

## Hintergrund

Infolge der Zunahme der Lebenserwartung wird es in den nächsten Jahrzehnten zu einer weiteren Zunahme dementiell und anderweitig gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen kommen. Diese und andere Herausforderungen des demografischen Wandels stellen vor allem ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern vor anspruchsvolle Aufgaben. Nur mit entsprechenden Handlungsansätzen und geeigneten Konzepten im Hinblick auf die Organisation und Finanzierung der Gesundheits- und Sozialsysteme kann langfristig eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung dieser Zielgruppe in dünn besiedelten ländlichen Räumen und besonders in strukturschwachen Regionen sichergestellt werden. Vor diesem Hintergrund ergibt eine wesentliche Forderung an gute gemeindegertontopsychiatrische Versorgung, nämlich die nach primär aufsuchenden-mobilen Hilfestrukturen! Ferner muss das bestehende Hilfesystem insofern weiterentwickelt werden, dass für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen wohnortnahe personenzentrierte Angebote einer Gemeindegertontopsychiatrie im gewohnten Lebensumfeld ermöglicht werden, was z.B. das Vorhandensein mobiler gerontopsychiatrischer Dienste/ Angebote, die multiprofessionell zusammengesetzt sind oder Assessment „vor Ort“ bedeutet.

Darüber hinaus muss auch in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen noch stärker das Prinzip der Aktivierung und Förderung ihrer Autonomie und Selbständigkeit – ihrer Ressourcen – und somit auch ihrer Mobilisierung Anwendung finden.

### **Einführungsreferat**

**„Wie mobil muss die Gerontopsychiatrie sein?“**

**(PD Dr. Stefan Schröder Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im KMG Klinikum Güstrow)**

Dr. Schröder ging in seinem Referat zunächst auf die aktuelle Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Mecklenburg-Vorpommern aus Sicht der Klinik ein, erläuterte später u. a. anhand eines Fallbeispiels, welche Rahmenbedingungen und Faktoren aus seiner Erfahrung zu erfolgreicher und wirksamer Arbeit mit der Zielgruppe führen, um schließlich eine Antwort auf die Frage, mit der sein Vortrag

*Aufbau des Vortrags*

überschrieben war, zu geben.

Herr Dr. Schröder begann sein Referat damit, darzustellen, wie schwierig es ist, auch als Chefarzt einer psychiatrischen Klinik das Setting zu wechseln und raus aus der Klinik hin zu den Betroffenen in deren Lebensfeld zu gehen. Auch für seine bisher geleiteten Teams beschrieb er diesbezüglich Mobilisierungsschwierigkeiten, machte aber gleichwohl deutlich, dass die Versorgung der hier lebenden Menschen, die psychisch erkrankt sind oder ein erhöhtes Risiko haben zu erkranken vor allem in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern, das durch Strukturschwäche und Dünnbesiedlung in vielen Regionen gekennzeichnet ist, auch ein Auftrag und ein Thema der Klinik ist.

Im Hinblick auf die Chancen und Möglichkeiten für die Mobilisierung der älteren psychisch erkrankten Menschen betonte Herr Dr. Schröder insbesondere auch die Notwendigkeit der Nutzung neuer Medien (wie Handys und das Internet), mit denen nach seiner Einschätzung auch ältere Menschen häufig einen sicheren Umgang beherrschen und dieser ihnen auch zuzutrauen ist.

Im Weiteren stellte der Referent dar, dass unabhängig vom Setting und der Struktur der Hilfe, also auch bei mobil-aufsuchenden Tätigkeiten für die Arbeit mit den erkrankten Menschen vor allem die Beziehung zwischen Patient und Therapeut im Fokus steht. Die Beziehung sollte - wobei hier als Therapeut im weitesten Sinne jeder Behandler, der im Versorgungssystem Klinik mit dem Patienten in Kontakt kommt, gemeint ist - insbesondere liebevoll, fröhlich, kreativ und heilsam sein – denn „Gerontopsychiatrie ist Beziehungsmedizin!“ betonte Herr Dr. Schröder. Darüber hinaus ging der Referent darauf ein, dass in der Arbeit mit den Betroffenen immer der Einbezug des System, in dem der Betroffene lebt (oft die Familie) Berücksichtigung finden muss,

***Mobilisierung der Klinik  
vor dem Hintergrund der  
Versorgungssituation in  
MV***

***Nutzung neuer Medien***

***„Gerontopsychiatrie ist  
Beziehungsmedizin“***

da die Auswirkungen einer gerontopsychiatrischen Erkrankung sehr häufig auch stark die Angehörigen betreffen. So werden 50% der Angehörigen gerontopsychiatrisch Erkrankter selbst auch depressiv. Dies zeigt wie wichtig die Zuwendung des Helfers zu den Angehörigen ist. Ihre Entlastung durch Unterstützung kann sich wiederum positiv auf das ganze System auswirken.

Herr Dr. Schröder führte weiter aus, dass die aufsuchende mobile Arbeit im Lebensfeld hinsichtlich der Diagnostik und Netzwerkarbeit andere/ erweiterte Möglichkeiten bietet als im stationären Rahmen einer Klinik. Er gab hier auch kritisch zu bedenken, dass jedes Behandlungskonzept auch vor dem Hintergrund der Methode aufsuchend-mobil diskutiert werden sollte und nicht einfach in die Arbeit bei dem Klienten/ Patienten zu Hause übertragen werden kann. Besonderen Fokus legt der Referent in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch Erkrankten auch auf die Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen und Angebote. So ist die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen beispielsweise der Psychiatrischen Institutsambulanz einer Region, anderen somatischen Kliniken/ Fachbereichen, niedergelassenen Fachärzten, Selbsthilfvereinen, Pflege- und Altenhilfeeinrichtungen und Laienhelfern für eine erfolgreiche Hilfe unabdingbar.

Anhand eines Fallbeispiels verdeutlichte Dr. Schröder später sein Behandlungskonzept, dem ein differenziertes gerontopsychopathologisches Basismodell zu Grunde liegt.

Demnach wird in der Gerontopsychopathologie zwischen nicht-kognitiven (Unruhe, Halluzinationen, Wahnvorstellungen) und kognitiven (Desorientiertheit, Mnestiche Störung, Apraxie...) Symptomen unterschieden. Die nicht-kognitiven Symptome werden dem Zustand Verstörtheit zugeordnet, während die Symptome im kognitiven Bereich der Verwirrtheit zugeteilt werden. Insgesamt macht Dr. Schröder darauf aufmerksam, dass

*Vernetzung medizinischer  
und psychosozialer  
Versorgungsstrukturen*

<p>die Aufträge der Klienten/ Patienten immer zunächst kritisch und differenziert in Bezug auf das oben beschriebene Konzept zu prüfen sind. Ist das erfolgt, so setzt in Abstimmung mit dem Patienten und seinem System die Behandlung nach dem Prinzip der Geborgenheit ein. Hier werden wiederum drei Bereiche in der Hilfe voneinander unterschieden, nämlich das Anleiten (Struktur, Ruhe, Ressourcen, Bezugspflege), das Annehmen (Lächeln, Loben, Locken und Lassen) sowie das Anregen z.B. über Musik, Haptik, Farben, Düfte. Dieses Konzept bildet aus Sicht des Referenten die Grundlage auch für die Arbeit im Fachbereich Mobiler Gerontopsychiatrie.</p> <p>Zum Schluss seines Referates beantwortete Herr Dr. Schröder die Frage, mit der sein Vortrag überschrieben war „Wie mobil muss die Gerontopsychiatrie sein? mit folgender Aussage: ...so mobil wie möglich!“.</p>	<p><i>Konzept der Gerontopathologie</i></p> <p><i>...so mobil wie möglich</i></p>
<p>Vortrag 2</p> <p><b>Frau Dr. Thomas - leitende Ärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie - referierte im Rahmen des Fachtages „Mobile Gerontopsychiatrie“ am 02.12.2011 zum Thema: „Mobile Behandlung in der Gerontopsychiatrie und deren Vernetzung zum übrigen medizinischen Leistungsangebot“.</b></p> <p><b>Den Fokus legte Frau Dr. Thomas dabei auf Erfahrungswerte aus dem Bielefelder Mobilen Team</b></p> <p>Einleitend betonte Frau Dr. Thomas, dass die „Gerontopsychiatrie“ zunächst als primär interdisziplinäres Thema angesehen und verstanden werden muss. Der irreversible Alterungsprozess der Menschen ist der Kern des gesellschaftlichen Wandlungsprozesses, der zu gravierenden Veränderungen im gerontopsychiatrischen Hilfesystem und darüber in der Gesellschaft führt. Zentrale Herausforderung ist dabei, eine nachhaltige Vernetzung der einzelnen Akteure und der Betroffenen sowie der Angehörigen zu erreichen. Die konkreten Anforderungen und Aufgaben an die</p>	<p><i>Aufbau des Vortrage</i></p> <p><i>Anforderungen an die gerontopsychiatrische Versorgung</i></p>

Gerontopsychiatrie bei Aufnahme von neuen Patienten beschreibt Frau Dr. Thomas wie folgt: Erweiterte Diagnostik und Therapie neuropsychiatrischer Erkrankungen im Alter, kollegiale diagnostische Beratung, erweiterte und kontinuierliche Angehörigenberatungen sowie Schulungen, Koordination von medizinischen-pflegerischen und sozialen Hilfen, aufsuchende ambulante Weiterbehandlung bei geriatrisch komplexen Patientin sowie Entwicklung eines Geriatrischen Fallmanagement- System.

Dabei muss das Ziel sein, einen interdisziplinären Rahmen zu finden, der die Hilfen im Einzelfall personenbezogen und lebensfeldorientiert koordiniert und gewährleisten kann. Bei chronisch psychisch Kranken Menschen beschreibt Frau Dr. Thomas die Aufgaben dahingehend, dass ein Hilfenetz etabliert sein muss, der aber auch die Angehörigen im Blick hat - denn meist sind diese schon selbst chronifiziert und vollkommen überlastet.

Generelles Ziel der Hilfen für gerontopsychiatrisch auffällige Menschen muss es sein, stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden. Dies kann vor allem auch dadurch gelingen, schwer zu motivierende Patienten aktiv aufsuchend zu unterstützen. Gerade in Bielefeld hat man sich diesem Ziel institutionell verschrieben. So stellt Frau Dr. Thomas einen Überblick über die gerontopsychiatrische Versorgung in Bielefeld vor. Die Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie teilt sich im Überblick in mehrere Bereiche auf. Dabei geht es darum, den Menschen in seinem subjektiven Befinden zu stabilisieren. Akuterkrankungen zu heilen, die chronische Krankheitssymptomatik zu mildern, erhaltende Fähigkeiten des Patienten zu aktivieren und auch dem Angehörigen ein Stück Entlastung zu bieten. Die Gerontopsychiatrie mit den stationären Schwerpunkten richtet ihr Angebot auf Menschen mit

*Aufgaben für die Gerontopsychiatrie*

*Versorgungsbereiche der gerontopsychiatrischen Abteilung in Bielefeld*

psychischen Erkrankungen im dritten und vierten Lebensalter (< 60 J. bzw. > 80 J.) mit ihren sehr unterschiedlichen Bedürfnissen an Aktivierung aus. Die Tagesklinik ist für Menschen ab dem 60 Lebensjahr zuständig. Jeweils die Hälfte der Zuweisungen kommt aus dem stationären Bereich und aus dem ambulanten Sektor - immer nach einem ambulanten Vorgespräch. Die Tagespflege als ein weiterer Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgungsebene betreut Menschen ab dem 60. Lebensjahr die an Orientierungs- und Gedächtnisstörungen, Depressionen oder an Wahnhaften Erkrankungen leiden und langfristige Tagesstrukturierungs- und Begleitungsbedarfe haben. Des Weiteren hält die Abt. Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld eine Gerontopsychiatrische Ambulanz vor, eine Spezialsprechstunde für Gedächtnisstörungen aber auch ein mobiles Team zur aufsuchenden Diagnostik und Therapie, das dann für die weitere Implementierung von aufsuchenden und mobilen Hilfen sorgt. Für gerontopsychiatrische erkrankte Menschen kann die eigene Wohnung ein Lebensraum sein, der die vorhandenen Alltagskompetenzen unterstützt, Wohlbefinden und Sicherheit erzeugt und damit die Verbesserung bzw. Stabilisierung des Krankheitsverlaufes ermöglicht.

Dabei fordert die Behandlung ein multiprofessionelles und methodenübergreifendes Handeln, welches Frau Dr. Thomas unterstreicht. Das mobile Team aus Bielefeld besteht aus Fachärzten, Pädagogen, Psychologen sowie Fachkrankenschwestern und Verwaltungsmitarbeitern und positioniert sich mit interdisziplinären Angeboten, welche Frau Dr. Thomas nachfolgend im Referat formuliert – Verordnung und Überwachung einer differenzierten psychiatrisch-psychotherapeutischen- medikamentösen Therapie, Pflegerische und sozialrechtliche Beratung, Koordination von Hilfeleistungen sowie ärztlicher Leistungen, enge Kooperation mit dem (teil)-

*Teilstationäre Angebote*

*Mobile Hilfen*

*Angebote der aufsuchenden Hilfen*

<p>stationären Behandlungsbereichen sowie die Gedächtnissprechstunde als Spezialangebot bei diagnostischer Unklarheit. Anhand der statistischen Analyse durch Frau Dr. Thomas wurde deutlich, dass die Bedarfe der mobilen gerontopsychiatrischen Arbeit im Untersuchungszeitraum des Jahres 04/2002-04/2006 abnorm gestiegen sind. Hinsichtlich dieser deskriptiven Untersuchung konnten bei mehr als 300 Patienten, wo die Heimeinweisung drohte, durch multiprofessionelle Versorgung im gerontopsychiatrischen Bereich aufgefangen bzw. ambulant bzw. teilstationär versorgt werden. Perspektivisch beschreibt Frau Dr. Thomas, dass die gerontopsychiatrische Arbeit eine langfristige Kontinuität erfordere verbunden mit einer kompetenten, multiprofessionellen und interdisziplinären Versorgung. Die Vernetzung, Koordination und Kooperation der einzelnen Akteure im Sinne von Haus und Fachärzten sowie der stationären und ambulanten Pflege ist dabei die große Herausforderung. Gleichwohl bedarf es die Diagnose Demenz frühzeitig zu erkennen und aktiv zu behandeln.</p>	<p><i>Bedarfe in der Versorgung</i></p> <p><i>Anforderungen und Perspektiven</i></p>
<p>Vortrag 3</p> <p><b>„Das Gesundheitsmobil - Erste Praxiserfahrungen eines mobilen Beratungsdienstes“</b></p> <p><b>(Dr. med. Ute Stahlhacke, Leitende Ärztin Öffentlicher Gesundheitsdienst des Landkreises Nordwestmecklenburg)</b></p> <p>Frau Stahlhacke stellte in ihrem Referat nach einer Beschreibung der Projektidee das Leistungsangebot des Gesundheitsmobils des Landkreises Nordwestmecklenburg vor und gab abschließend einen kurzen Ausblick auf weiterführende geplante Aktivitäten im Rahmen des Projekts.</p> <p>Der Projekthintergrund fußt auf der Idee, die medizinische Versorgung – darunter schwerpunktmäßig die Information,</p>	<p><i>Aufbau des Vortrages</i></p>

Beratung und Diagnostik - im Sinne eines aufsuchenden Angebots zu mobilisieren. Die Finanzierung des Gesundheitsmobils wurde bei der Christiansen-Stiftung Lübeck beantragt und mit Beginn der Projektlaufzeit zum 01.09.2011 bewilligt.

### **1. Leistungsspektrum**

Das Einsatzgebiet des Fahrzeugs erstreckt sich auf verschiedene Regionen des Landkreises Nordwestmecklenburg, davon ca. 70km in West-Ost-Ausrichtung und ca. 45km in Nord-Süd-Ausrichtung. Das Mobil ist multiprofessionell besetzt, bestehend aus Ärzten, Krankenschwestern und Sozialpädagogen, wobei die Zusammensetzung variiert. Das kostenlos zur Verfügung gestellte Leistungsspektrum umfasst schwerpunktmäßig Beratungsangebote, darunter:

- Mütterberatung (Ernährung im Kindesalter, Gewichtskontrollen, Durchführen von Vorsorgeuntersuchungen außerhalb der Karenzzeit, Beratung bei Entwicklungsauffälligkeiten und Entwicklungsdiagnostik),
- Schwangerschaftsberatung
- Beratung bei krankheitsbedingten Problemen, chronischen-, psychischen-, psychiatrischen-, Sucht- und Krebserkrankungen,
- Aidsberatung,
- Beratung für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige,
- Beratung bei sozialen Problemen sowie
- Impfberatung und ggf. Einzelimpfungen.

Zusätzlich werden Informationen zu aktuellen Gesundheitsthemen offeriert sowie das Angebot zur Unterstützung bei Antragsstellungen und bei der Vermittlung zu Fachärzten und Institutionen bereitgestellt.

*Das multidisziplinär angelegte Team stellt kostenfrei umfangreiche Leistungen im Bereich der Beratung, Information und Diagnostik zur Verfügung*

Das Fahrzeug bietet als Kleintransporter mit integrierten, teilweise verschließbaren Ablageflächen viel Platz für Beratungs- und Diagnostikmaterial und ist darüber hinaus mit einer Liege sowie einem Sitz im hinteren Bereich ausgestattet.

Die derzeitige Zielsetzung besteht darin, ein bis zwei Touren pro Woche zu realisieren, davon eine nach „Patientenliste“- mit direktem Patientenkontakt sowie eine zur „Erschließung des Landkreises“. Letzteres beinhaltet die Öffentlichkeitsarbeit, u. a. durch Verteilung von Informationsblättern in Arztpraxen, Gemeindehäusern, Pflegestationen und Kindertagesstätten.

## **2. Ausblick**

Am Ende ihres Referats gibt Frau Dr. Stahlhacke einen Ausblick auf die zukünftigen Handlungsansätze im Projekt.

Diese beinhalten neben einer festen Tourenplanung mit Bekanntgabe des Einsatzplans eine jeweils einmal wöchentlich stattfindende ambulante Frühförderung in Zusammenarbeit mit den Wismarer Werkstätten sowie mobile Gerontopsychiatrische Diagnostik und Beratung.

## Vortrag 4

**„Drehscheibe Rehaklinik: Selbständiges Leben trotz kognitiver Leistungseinschränkungen. Erste Ergebnisse einer katamnestic Studie“**

**(DP Susanne Wachsmuth, Neuropsychologin/Leiterin Sozialtherapie, Fachabteilung für Neuropsychologie, Tessinum - Therapiezentrum für Geriatrie und Schlaganfall**

Frau Wachsmuth stellte in ihrem Vortrag nach einem kurzen informativen Einblick in das Leistungsangebot des Therapiezentrums das Projekt „Optimierung der Inanspruchnahme von ambulanten Weiterbetreuungsangeboten durch ältere Menschen mit aktuellen geistigen

*Aufbau des Vortrages*

Leistungseinschränkungen und deren Angehörige im Raum Rostock“ vor. Dabei beschrieb sie zunächst in einem kurzen Abriss das Studiendesign. Im weiteren Verlauf schilderte sie erste Projekterfahrungen und untermauerte diese jeweils mit qualitativen und/oder quantitativen Daten. In diesem Zusammenhang legte sie den Fokus zum einen auf die Nutzerstruktur, darunter das Annahmeverhalten, die Studienpopulationsgrößen, das Alter sowie die Entwicklung der Patientenzahlen. Zum anderen betrachtete sie schwerpunktmäßig die Gruppe derer Patienten, die im Anschluss an die Reha in ein Pflegeheim umzogen. Im Anschluss konkretisierte sie den Wirkungsbereich des Projekts anhand eines Fallbeispiels und erläuterte die in den Hausbesuchen ersichtlichen Problembereiche. Im Ausblick führte sie weiterführende projektgebundene und –ungebundene ambulante und stationäre Hilfebedarfe auf.

### **1. Projekthintergrund**

Die Projektidee basiert auf den Erfahrungen, dass es nach der Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitationsklinik bislang kaum katamnestische Informationen zur Inanspruchnahme von ambulanten Hilfsstrukturen gibt, die durch den Sozialdienst des Therapiezentrums organisiert und aktiviert wurden. Im Verlauf veränderte Hilfebedarfe in der häuslichen Selbstversorgung, besonders bei dementiell und psychisch erkrankten Älteren, können im Vorfeld nicht abgeschätzt und bahnend vorbereitet werden. Das Projekt hat zum Ziel, die Patienten und deren Angehörige über den Zeitraum von einem Jahr nach Entlassung in dieser bedarfsangepassten (Neu-)Organisation zu unterstützen. Mit dem Ziel einer nachhaltigen Umsetzung der in dem Projekt aufgestellten Hilfeplanung soll eine Verbesserung der ambulanten Versorgung alter psychisch- und dementiell erkrankter Menschen und die Möglichkeit eines Verbleibs im häuslichen Lebensfeld befördert werden.

## 2. Studiendesign

Das im Juli 2010 begonnene Projekt unterteilt die Studienteilnehmenden in drei Gruppen:

1. die Untersuchungsgruppe, bestehend aus Patienten, die aus dem Therapiezentrum in eine eigene Häuslichkeit in der Hansestadt Rostock entlassen werden und bei denen die Verdachtsdiagnose einer dementiellen Erkrankung besteht.
2. die Kontrollgruppe, bestehend aus Patienten, die aus dem Therapiezentrum in eine eigene Häuslichkeit in Güstrow, Schwerin oder Wismar entlassen werden und bei denen ebenfalls die Verdachtsdiagnose einer dementiellen Erkrankung besteht. Mit den Patienten dieser zweiten Gruppe wird die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit weniger intensiv vorbereitet, als für die erste Gruppe. Ein Hausbesuch zur detaillierteren Planung ggf. neu sichtbar gewordener Hilfebedarfe einen Monat nach Entlassung wird lediglich der Untersuchungsgruppe zuteil.
3. die Gruppe Pflegeheim-neu, eine Gruppe von Patienten, welche in ein Pflegeheim entlassen werden, bis zur Krankenhausaufnahme und Rehabilitation im Tessinum Therapiezentrum jedoch noch in einer eigenen Häuslichkeit lebten. Diese Gruppe stellte sich im Verlauf des Projektes als eine nicht vernachlässigbare Größe dar, welches eine detailliertere Analyse dieser Gruppe als eine zweite Art der Kontrollgruppe sinnvoll erscheinen ließ.

Zum allen Patienten, die aus dem Tessinum-Therapiezentrum in eine eigene Häuslichkeit entlassen werden, zuteil werdenden standardisierten Entlassungsmanagement gehört die Erstellung eines individuellen Hilfeplans durch das multidisziplinäre Expertenteam, welches sich aus einem Arzt, einem Psychologen, Mitarbeitern des Pflegedienstes sowie einem Sozialarbeiter zusammensetzt. Gleichsam beinhaltet diese die

*Drei  
Beobachtungsgruppen  
mit unterschiedlicher  
Kontakthäufigkeit und -  
Intensität*

Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Institutionen, wie Angehörige, medizinisch/pflegerische „Nachsorger“, Behörden etc.. Die durch das Projekt abgebildete Erweiterung sieht die Möglichkeit individueller zeitlich nicht fixierter telefonischer und/oder persönlicher Anfragen beim Expertenteam in auftretenden Problemfällen vor. Standardisiert und durch die Projektmitarbeiter aktiv den Kontakt suchend werden zu vier Zeitpunkten die Nutzung der bei Entlassung empfohlenen und aktivierten Hilfen und Umwelтанpassungen sowie mögliche Barrieren der Inanspruchnahme erfasst, ggf. veränderte Ansprüche werden ermittelt und falls erforderlich eine daran abgestimmte Beratung zur Reorganisation bzw. weiteren Optimierung des vorab entwickelten Hilfeplans vorgenommen.

Der Unterschied zwischen der Kontroll- und Untersuchungsgruppe besteht demnach vor allem in der Anzahl der Zeitpunkte und der Intensität, in denen die Mitarbeiter des Therapiezentrums beratend zur Seite stehen: Kontrollgruppe (KG) zwei (nach 6 und 12 Monaten) und Untersuchungsgruppe (HRO) vier Kontakt- und Erhebungszeitpunkte (ein Tag, 1 Monat, 6 Monate und 12 Monate nach Entlassung).

Beide Gruppen sollen bei Beendigung des Projektes hinsichtlich der Versorgungsqualität und –quantität miteinander verglichen werden, um die notwendige Güte der Interventionen daraus abzuleiten.

### **3. Bisherige Projekterfahrungen**

Frau Wachsmuth gibt an, dass die auf das Projekt bezogenen Reaktionen der Studienteilnehmer bzw. die aus deren Umfeld sehr unterschiedlich ausfallen. So wird das Projekt durch die Patienten vielfach freundlich-wohlwollend angenommen, vor allem dann, wenn diese alleinlebend sind und wenn eine Selbstreflexion der kognitiven Problematik besteht. Die Ehepartner der Betroffenen reagieren indes eher neutral bis

*Das Projekt wird von den Betreuten unterschiedlich bewertet. Die Betroffenen und Angehörigen der Nachfolgeneration zeigen häufig positive*

skeptisch, auch vor dem Hintergrund des Gefühls, kontrolliert zu werden. Die Angehörigen der nächsten Generation zeigen sich nicht zuletzt vor dem hohem psychischen Druck angesichts multipler Verantwortlichkeiten (Erwerbstätigkeit, Betreuung des Nachwuchses, Pflege der Elterngeneration) teilweise interessiert bis dankbar für die Möglichkeit eines Ansprechpartners, teilweise sich jedoch auch unter sozialen Druck gesetzt fühlend. Die Vortragende merkt an, dass es trotz eines vor Entlassung ausgehändigten detaillierten Informationsblatts mit den Kontaktdaten und Sprechzeiten wenig bis keine aktiven Kontaktaufnahmen durch die pflegenden Angehörigen stattfanden. Aktive Kontaktgesuche zeigen sich eher noch während des stationären Aufenthaltes im Therapiezentrum und bei der akuten Sorge über die weitere Versorgung im Anschluss an die rehaklinische Behandlung. Zudem gibt es im Zuge der Nachsorge eine relativ hohe Anzahl an passiven Verweigerungen durch Nichterreichbarkeit bzw. schwierige Erreichbarkeit der Patienten und deren Angehörige, bislang unabhängig erscheinend von der Güte der Versorgung oder des Angebotsumfangs der Nachbetreuung.

Schlüsselt man die Klientenzahlen der einzelnen Gruppen nach deren Status im Projektverlauf auf, so ergaben sich mit Stand vom 02.12.2011 folgende Gruppengrößen:

1. Patientengruppe HRO n=65, 2. Kontrollgruppe (SN, HWI, GÜ) n=33 und 3. Gruppe Pflegeheim-neu n=45.

Betrachtet man quartalsweise die Entwicklung der Patientenzahlen, so belaufen sich die Patientenzahlen in den 6 Quartalen III/2010 bis IV/2011 auf 10/9/10/10/13/13 in der Untersuchungsgruppe, auf 8/5/8/5/2/5 in der Kontrollgruppe und auf 7/13/11/6/2/6 in der Gruppe Pflegeheim-neu. Frau Wachsmuth schließt aufgrund der geringer werdenden Pflegeheimneueinweisungen eine Folgewirkung projektbezogener Erfahrungswerte nicht aus.

***Reaktionen, die Ehepartner der Patienten bleiben vielfach neutral bis skeptisch.***

***Die zuverlässige Kontaktpflege mit den Betroffenen und den pflegenden Angehörigen im Zuge der Nachsorge gestaltet sich schwierig.***

***Nach der Entlassung aus dem rehaklinischem Setting gibt es eine relativ hohe Zahl an Pflegeheimdirekteinweisungen.***

Vergleicht man die Altersstrukturen der drei Gruppen, so erscheint die Gruppe Pflegeheim-neu tendenziell älter (Median/Modalwert Alter der Gruppe-HRO Median= 83 Jahre/ Modal= 83 Jahre, Kontrollgruppe Median= 82 Jahre/ Modal= 82 Jahre, Gruppe Pflegeheim-neu Median= 85 Jahre/ Modal= 85 Jahre).

Betrachtet man den ursprünglichen Wohnort derer Patienten, die an die Reha anschließend in ein Pflegeheim umziehen, so kommen 42/46 aus Rostock und 4/46 aus den der Kontrollgruppe zugeordneten Städten. Als eine Begründung könnte eine hohe infrastrukturelle Dichte an Pflegeheimen in Rostock vermutet werden.

Pflegeheimeinweisungen verzögernd scheinen:

1. eine stabile Partnerschaft, in der die Partner Unterstützungsleistungen – als moralische Verpflichtung anzusehen scheinen,
2. das Leben bei einem pflegerisch geschulten Verwandten und
3. das Vorhandensein einer koordinierenden Hilfsperson der nächsten Generation.

Die Referentin merkt an, dass darüber hinaus im Laufe der Projekterfahrungen der Eindruck entstand, dass eine aktive und intensive, d.h. hochfrequente Kontaktaufnahme durch professionelle Unterstützungssysteme, nötig erscheint. Zur Optimierung der Betreuung scheinen dabei vor allem die Hilfsperson der Folgegeneration eine Schlüsselrolle einzunehmen. Frau Wachsmuth stellt hierbei kritisch heraus, dass gebahnte (Vor-)Entscheidungen bei den Patienten und deren Angehörige bezüglich der Notwendigkeit des Umzuges in ein Pflegeheim, z.B. nach Beratungen im Krankenhaus, nur noch schwer aufweichbar sind. Die Patienten und vor allem deren Angehörige werden neuen Argumenten schwer zugänglich und zeigen einen geringen Mut, sich auf ambulante Versorgungsmöglichkeiten einzulassen.

*Die Gruppe der unmittelbar nach der Entlassung in ein Pflegeheim überwiesenen Klienten ist im Vergleich zur Kontroll- und Untersuchungsgruppe älter.*

*Der größte Anteil der unmittelbar in ein Pflegeheim verwiesenen Klienten stammt aus der Untersuchungsgruppe.*

*Eine stabile Partnerschaft, pflegerisches Wissen bei Angehörigen sowie eine managende Hilfsperson der Folgegeneration erscheinen als protektive Faktoren für baldige Pflegeheimeinweisungen.*

*Nach der Entscheidung für die Aufnahme in ein Pflegeheim scheint eine kognitive und emotionale Flexibilität seitens der*

Als beförderliche Bedingungen der Pflegeheimdirekteinweisung konnten in 36 der 45 Fälle Gründe angegeben werden. In 10 Fällen wurden motorische Funktionseinschränkungen als vorrangiger Grund benannt, in 9 Fällen das Fehlen eines sozialen Netzwerkes bzw. der Wunsch der Angehörigen nach einer umfassenden Betreuung im Pflegeheim. Der Wunsch des Patienten (auch an motorische Einschränkungen gekoppelt), bzw. eine seit längerem geplante Aufnahme waren ebenso wie kognitive Funktionsbeeinträchtigungen in je 7 Fällen das Hauptargument. In drei Fällen wurde eine an die Reha anschließende Kurzzeitpflege mit Verbleib im Pflegeheim von den Angehörigen als Lösung gewählt.

Abschließend skizziert die Referentin ein Fallbeispiel mit dessen speziellen Hilfebedarfen sowie den angewandten Interventionen. Die chronisch depressive zum Zeitpunkt der Aufnahme unzureichend medikamentös eingestellte 87jährige Patientin lebte zum Zeitpunkt des rehaklinischen Aufenthalts allein und mit Verwahrlosungstendenz vor allem im Sinne einer Fehlernährung / Exsikkose. Eine über eine Generalvollmacht verfügende Bekannte der Folgegeneration half bei der Versorgung, fühlte sich jedoch durch die Verantwortung für die Betreuung langfristig überfordert. Die nervenärztliche Behandlung war aufgrund des Widerstandes der Patientin nicht möglich, der Pflegedienst wurde durch sie abgelehnt, ebenso die mehrfach angedachte Inanspruchnahme einer Tagespflege oder die Aufnahme in ein Pflegeheim. Die daraufhin aufgestellte Hilfeplanung beinhaltete einen zeitlich versetzt einsetzenden Hilfemix, bestehend aus der Optimierung der medikamentösen Einstellung, dem Organisieren privater Hilfspersonen, der Inanspruchnahme einer Tagespflege, der Pflegestufenerhöhung sowie der Beantragung einer Betreuungspauschale. Mithilfe des Fallbeispiels konnte deutlich gemacht werden, dass es durch die

*Angehörigen nicht mehr gegeben zu sein.*

*Gründe der Pflegeheimneueinweisung sind*

- *motorische und kognitive Abbauprozesse*
- *das Fehlen eines sozialen Unterstützernetzwerks.*
- *begünstigende Übergänge aus Hilfesettings, wie erneute Klinikaufenthalte oder Kurzzeitpflegen*

*Die Entlastung der*

koordinierte Hilfe und damit einhergehender Entlastungseffekte auf die Betreuerin – zumindest während der einjährigen Nachbetreuung durch das Projektteam – gelingen konnte, die Patientin weiterhin ambulant und für alle Beteiligten zufriedenstellend zu versorgen. Die in sämtlichen Nachbefragungszeitpunkten geäußerte Überforderung der betreuenden Person lassen jedoch aus Sicht der Referentin eine Weiterführung und Hilfskoordination und –Supervision der häuslichen Versorgung nach Beendigung der engmaschigen Begleitung durch das Projektteam fraglich erscheinen.

Die deskriptive Auswertung bisheriger Hausbesuche zeigte:

- vor allem den Fortbestand von Stolpergefahren, wie Teppiche, Türschwellen, etc., die nur sehr ungern beseitigt wurden.
- eine deutliche Unterversorgung der nervenärztlichen Facharztbehandlung (häufig nur hausärztliche Versorgung)
- ein lediglich sehr vereinzelter Nutzen ambulanter kognitions- oder alltagsorientierter Therapieangebote
- gering ausgeprägte soziale Netzwerke jenseits familiärer Kontakte, mit geringer Teilnahme in Seniorenvereinen, Kirchgemeinden und Vereinen
- eine fehlende bis geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote, wie Tagespflegen, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen.

#### 4. Ausblick

Frau Wachsmuth zieht aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit dem Projekt als Resumé, dass der regelmäßige und aktiv aufsuchende Kontakt sowie zuverlässig vermittelbare übergeordnete organisatorische Hilfen durch einen Hilfeplaner notwendige Voraussetzungen der ambulanten Versorgung dementiell und gerontopsychiatrisch Erkrankter zu sein scheinen. Dabei scheinen Hausbesuche im Sinne einer

*Angehörigen durch die bereitgestellte Hilfeplanung hat sich im Einzelfall positiv auf die Weiterführung der Betreuung ausgewirkt.*

*Die Hausbesuche zeigten, dass Hilfsangebote medizinischer, therapeutischer und sozialer Art selten bis gar nicht in Anspruch genommen werden.*

*es besteht zukünftig ein Bedarf an*

- *einer aktiv aufsuchenden, regelmäßigen Kontaktpflege,*

„Fallkonferenz“ zur Entlastung der Verantwortlichkeit übernehmenden Angehörigen am produktivsten und am besten geeignet zu sein, Verbindlichkeiten zu schaffen. Im Rahmen des Projektes wird deshalb in den Hausbesuchen versucht, kleine „Fallkonferenzen“ mit den hauptverantwortlichen Betreuungspersonen (Angehörige oder Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes) durchzuführen. Darüber hinaus merkt Frau Wachsmuth kritisch an, dass ein Bedarf nach einer mehr selbständigkeitsorientierten oder zumindest ergebnisoffenen Beratung im Akuthaus bestünde. Auch der Bekanntheitsgrad ambulanter Hilfsstrukturen erscheint der Referentin noch zu gering, sowohl für die Unterstützung leistenden Angehörigen als auch für die (ambulanten) Mit- und Nachbehandler.

Die Referentin macht in diesem Kontext deutlich, dass ein umfassendes und nachbetreuendes Fallmanagement aus einer stationären Struktur außerhalb von Projekten kaum möglich ist. Demnach bedarf es zukünftig einer Institution, an die sich (reha-)stationäre Einrichtungen zur Vernetzung mit ambulanten Strukturen wenden können. Dazu stellt sich die Frage, wo stadtteilsnah ausreichend Hilfeplaner angesiedelt sind, wie die direkten Schnittstellen zwischen stationärem und ambulatem Bereich ausgestaltet sein sollten und wie weitreichend die Hilfeleistung durch stationäre Strukturen sein kann und muss.

© Susanne Wachsmuth, Febr. 2012

## Vortrag 5

**Das Geromobil - Ein integriertes Zukunftskonzept mobiler Gerontopsychiatrie für dünnbesiedelte ländliche Regionen“**  
 (Michael Blaha, staatl. anerkannter Erzieher, Mediator, Fachbetreuer in der Sozialpsychiatrie Volkssolidarität Kreisverband Uecker-Randow e.V.; Dipl.-Med. Wolfgang

- *an einer übergeordneten Hilfeplanung,*
  - *an einer mehr selbständigkeitsorientierten Beratung auch bei den Akutversorgern*
- an einer breiteren, umfassenderen konkreteren Information zu ambulanten Hilfsstrukturen*

**Kliewe, Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
AMEOS Klinikum Ueckermünde)**

Herr Blaha machte zunächst eindrücklich deutlich, das ein erst kürzlich fusionierter Flächenlandkreis, nämlich Vorpommern-Greifswald, der größer ist als das Saarland (2.569 km<sup>2</sup> SL 3.927 km<sup>2</sup> VP), aber in dem nicht einmal 1/3 der Bevölkerung des Saarlandes lebt (1,015 Mio. zu 245.733EW) neue und große Herausforderungen und Ansprüche an die Versorgung seiner älteren Menschen stellt. Neben der Dünnbesiedelung der Region ehemals Uecker-Randow wies er andere Bedarfserhebungen im Landkreis, auch innerhalb der 66 Ortsgruppen der Volkssolidarität Uecker-Randow Kreisverband e.V. mit ihren ca. 4800 Mitgliedern darauf hin, dass auch die schwache Infrastruktur (kaum noch Landärzte, Konzentration der ärztlichen Versorgung auf die Ballungsgebiete) sowie das Fehlen versorgender bzw. pflegender Angehörige im unmittelbaren Lebensumfeld der älteren Menschen, die Entwicklung innovativer Ideen zur Versorgung der älteren, vor allem auch gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen dringend notwendig machte. So entstand 2009 in enger Zusammenarbeit mit dem Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. mit seinem aktuellen Modellprojekt „Länger leben in MV“, dem Institut für Sozialpsychiatrie e. V., insbesondere Herrn Prof. Steinhart, dem AMEOS – Krankenhaus Ueckermünde mit der psychiatrischen Klinik unter der Leitung von Herrn Chefarzt Kliewe sowie vieler anderer Partner im Kreisverband der Volkssolidarität die Projektidee des „Geromobils“.

Ziel des Projektes ist es, den ambulanten Sektor bei der altersgerechten Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Dies soll, so der Referent im Weiteren durch wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Menschen, die im ländlichen Raum leben sowie durch frühzeitige Identifizierung von Hilfebedarfen bei geriatrischen Erkrankungen erfolgen

*Vorpommern Greifswald ist größer als das Saarland, hat aber nur 1/3 der Bevölkerung zu verzeichnen*

*Projektidee „Geromobil“ entstand 2009 in Zusammenarbeit mit vielen Partnern*

*Stärkung des ambulanten Sektors durch mobile, aufsuchende wohnortnahe Beratung*

<p>Darüber hinaus sollen die Zugänge für individuelle passgenaue Hilfen für Leistungsberechtigte der Kranken- und Pflegeversicherung geschaffen sowie einer Überlastung pflegender Angehöriger durch Empowerment vorgebeugt werden. Das Projekt ist trägerübergreifend.</p> <p>Die konkreten Aufgaben des Care- und Casemanagement des Geromobils beinhalten die Bedarfsermittlung (Gatekeeping) und die Zusammenstellung und Vermittlung passgenauer Hilfen entsprechend der Wünsche der Klienten und des verfügbaren Angebotes verschiedener Leistungsanbieter. Auf der Klientenebene bedeutet dies, so Herr Blaha, dass ein strukturiertes Vorgehen in der Fallarbeit (Assessment-Zielformulierung/ Beratung/ Psychoedukation-Erstellung eines individuellen Hilfeplans-Linking-Monitoring und Evaluation) für die Wirksamkeit der Hilfe unabdingbar ist. Auf der Systemebene stehen ebenso die Erarbeitung eines individuellen Hilfeplans, die Anleitung von Angehörigen, sowie die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen im Vordergrund. Weiterhin zeichnet sich die Arbeitsweise auf der Systemebene durch Schulungen von Mitarbeitern in Pflegeangeboten, die Bildung eines gerontopsychiatrischen Netzwerkes und die Kooperation mit dem in Pasewalk bestehenden Pflegestützpunkt aus.</p> <p>Das Geromobil wird, laut Herrn Blaha durch eine Fachkraft und eine Führungskraft besetzt sein und regionenspezifisch durch Koordinatoren auf Honorarbasis unterstützt. Dieses Team wird mobil und aufsuchend nach einem abgestimmten Tourenplan in den ländlichen Gebieten (Amtsbereiche) der Uecker-Randow-Region unterwegs sein. Die Regionalkoordinatoren sind ehemalige Gemeindegewerkschaftler oder auch Pflegefachkräfte im Ruhestand/ in Rente, die den lokal notwendigen Zugang zur Zielgruppe schaffen können und haben. Weitere Zugangsmöglichkeiten bieten die Ortsgruppen auch anderer Träger (z.B. AWO, DRK, ALV usw.), Selbsthilfe- und Interessengruppen, Dorfvereine, aber auch über Einzelpersonen</p>	<p><i>Strukturierte Arbeitsweisen- und methoden auf Einzelfall- und Systemebene</i></p> <p><i>Erhöhung der Zugänge und des Erreichens der Menschen über Regionalkoordinatoren, die sich in den Regionen gut vernetzt sind</i></p>
---	---



-  **Tagesstätten**
-  **Begegnungsstätten**
-  **Ambulant Betreutes Wohnen**
-  **Sozialtherapeutisches Kleingruppenwohnen**
-  **„OASE“ – Einrichtungen für Doppeldiagnosen**

Verein „Die Insel“ e.V. Kirchstraße 2 23936 Grevesmühlen



**>> Die Insel e.V. <<**

**Verein zur Unterstützung  
psychisch kranker und behinderter  
Menschen Nordwestmecklenburg**

Der Verein „Die Insel“ hat in der Kirchstraße, in Grevesmühlen, gleich 4 Gebäude angemietet. Zum einen ist der Alte Speicher in der Kirchstraße 1 barrierefrei um- und ausgebaut worden. Hier ist seit dem 01. Oktober dieses Jahres eine Sozialtherapeutische Wohngruppe für 12 Klienten mit einer Doppeldiagnose (psychische Erkrankung bei gleichzeitiger Suchtproblematik) etabliert worden. Sieben Klienten, die aus dem gesamten Bundesgebiet kommen, sind bereits eingezogen. Da die Wohngruppe vollständig barrierefrei gestaltet ist, können hier auch Klienten mit zusätzlicher körperlicher Beeinträchtigung aufgenommen werden.

Die ehemalige Fleischerei in der Kirchstraße 6, wird momentan zu einer Tagesstätte mit großer Holzwerkstatt für die Klienten der Wohngruppe umgebaut.

Hier steht die Arbeitstherapie im Mittelpunkt der Arbeit dem Klientel.

Im Dachgeschoss des Alten Speichers entstand eine barrierefreie, rollstuhlgerechte Tagesstätte für 15 ältere psychisch Kranke Menschen.

Wir haben hier im ehemaligen Speicher die Möglichkeit, den älteren Menschen eine Tagesstruktur und eine Aufgabe zu geben. Aktivierungs- und Entspannungsübungen sowie

Verein „Die Insel“ e.V.  
Kirchstraße 2  
23936 Grevesmühlen

☎ : 03881 / 72 59 96 📠 : 03881/7550260 ( Geschäftsleitung )  
[www.dieinsel-ev.de](http://www.dieinsel-ev.de)  
dieinselev@hotmail.com

Mitglied im DPWW  
Eingetragener Verein im Vereinsregister Nr. 161

Bankverbindung : Sparkasse Mecklenburg Nordwest \* BLZ 140 510 00 \* Konto 120 003 0814

Gedächtnistraining und Spaziergänge stehen unter Anderem auf der Tagesordnung.

Angehörige können tagsüber entlastet werden.

Dank der großzügigen Unterstützung durch die Aktion Mensch, durch die Softwarestiftung und das DHW (Deutsches Hilfswerk) sind wir in der Lage, die Räume der Tagesstätte für ältere psychisch Kranke und die Sozialtherapeutische Wohngruppe im Alten Speicher, Kirchstraße 1, mit Möbeln und therapeutischem Material auszustatten.

Im Gebäude der Kirchstraße 2 ist seit 01. Oktober 2011 die Verwaltung und die Geschäftsführung des Vereins untergebracht.

Das Gebäude in der Kirchstraße 4 wurde zu einem Wohnhaus umgebaut, in das am 01.12.2011 vier psychisch Kranke in ihre eigenen kleinen Wohnungen eingezogen sind.

Im Frühjahr nächsten Jahres werden wir die offizielle Eröffnung unserer Einrichtungen in der Kirchstraße 1 bis 6, mit einem Tag der offenen Tür feiern.

Nähere Informationen erhalten Sie unter: [www.dieinsel-ev.de](http://www.dieinsel-ev.de)

## Termine des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V.:

Termine der Landesarbeitsgruppen	Datum	Ort
AG Rehabilitation	15.03.2012	Schwerin
AG Leiter psychosoziale Wohnheime	19/20.9.2012	Grevesmühlen
AG Tagesstrukturierung Ost	22.3.2012	n.n.
AG Tagesstrukturierung West	n.n.	n.n.
AG Geschäftsführer	15.3.2012	Matgendorf
AG PPWH / UAG Pflege	22.3.2012	Matgendorf
AG HP/HPK	20..4.2012	Rostock
AG Forensik	In Abstimmung	n.n.
AG „Länger leben in MV “	In Abstimmung	n.n.
UAG „Geschlossene Wohnheime“	13.3.2012	Demmin

Weitere Termine	Datum	Ort/Veranstalter
Tagung: Rostocker Psychiatrieforum: Demenz (Arbeitstitel)	21. Juni 2012	Rostock

Weitere externe Termine der Mitgliedseinrichtungen	Datum	Ort/Veranstalter
Film: „Mit Leid“ - über Angehörige psychisch Kranker	Februar (info über internet)	Sacktannen 12, Halle 5, Schwerin ANKER Sozialarbeit gGmbH Schwerin ( <a href="http://www.anker-sozialarbeit.de/qweiterbildungsakademie.php">www.anker-sozialarbeit.de/qweiterbildungsakademie.php</a> )
Geschichte der Psychiatrie	29.02.2012	S.o.
Einführung in die gewaltfreie Kommunikation	19.03.2012	S.o.

**Impressum:**  
 Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
 Andreas Speck  
 Doberanerstraße 47  
 18057 Rostock

