



Infobrief

I.2013

Neues aus der Geschäftsstelle

Liebe Mitglieder ,
liebe Freunde des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V.,

ich freue mich, Ihnen zu Beginn des neuen Jahres 2013 den Infobrief vorlegen zu können. Mit Blick auf die zurückliegenden Monate sind einige verschiedene politische Entwicklungen zu verzeichnen, deren Bewertung zunächst schwer fällt. Das mit viel Diskussion verknüpfte Grundlagenpapier zur ASMK 2012 ist zwar offensichtlich inhaltlich angenommen worden, soll aber in den größeren Entwurf eines Bundesteilhabegesetzes einfließen und damit Thema der nächsten Legislaturperiode des Bundes sein. Vermutlich wird hinter den Kulissen auf Bund-Länder daran gearbeitet. Gleichwohl ist kurzfristig — gerade auch angesichts der anstehenden Bundestagswahlen — mit einem konkreten Entwurfspapier wohl kaum zu rechnen. Hier ist also eher Stillstand angesagt. Dies gilt im Übrigen auch für das **Sozialhilfefinanzierungsgesetz** in MV. Trotz der Ankündigung der Landesregierung, endlich im Jahr 2013 einen Entwurf vorzulegen, der deutliche Anreize für eine Ambulantisierung setzt, bleibt es — vermutlich auch mit Blick auf die zukünftigen Initiativen des Bundes — wesentlich bei einer Fortschreibung der bisherigen Gesetzespraxis. Allenfalls das Finanzvolumen hat sich verändert: So wurde es nicht erhöht, sondern sogar noch massiv gekürzt. Durch die sog. Ist - Kosten Abrechnung generiert diese zweifelhafte Kontinuität jedoch auch Verlierer: Zum einen natürlich die Leistungserbringer, deren tatsächliche Sach- und Personalkosten kaum angemessen kompensiert werden können. Zum anderen jene Kommunen, die systematisch auf Ambulantisierung setzen und nunmehr dafür zahlen müssen. Dahinter schimmert — gerade auch mit Blick auf die Inklusionsdebatte — eine Logik auf, die sich jedoch bei näherer Betrachtung kaum erschließt.

Unabhängig (oder eben auch nicht!) von der Frage des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes hat die Landesregierung aktuell ihren **„Massnahmeplan zur Umsetzung des Übereinkommens der UN über die Rechte der Menschen mit Behinderungen“** zur Verbandsanhörung vorgelegt. Bei aller Kritik, die ein solcher Plan in den Details vermutlich provoziert bzw. provozieren muss, bleibt zunächst festzuhalten, dass die Erarbeitung durch das Sozialministerium und die damit verbundene Beteiligung der Betroffenen und Verbände erstmal grundsätzlich positiv zu bewerten ist. Allerdings wird von unserer Seite die Diskussion zu führen sein, inwiefern die Situation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen hier angemessen berücksichtigt worden ist und ob hier auch immer konsequent zwischen „Integration“ und „Inklusion“ differenziert worden ist. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass wir quasi als Verband in Sachen „Inklusion“ gut vorgearbeitet haben. Das von den verschiedenen Landesarbeitsgruppen mit großem Engagement erarbeitete Grundlagenpapier nimmt zunehmend Kontur an und kann vermutlich bei der Mitgliederversammlung am 14. Juni 2013 zur Endabstimmung vorgelegt werden.

Der „Inklusionsgedanke“ und die UN Behindertenrechtskonvention sind — wie auch die gesamte Menschenrechtsdiskussion — untrennbar verbunden mit dem Erschrecken über die nationalsozialistischen Verbrechen. Es gehört zur Tradition des Landesverbandes gemeinsam mit anderen Verbänden, mit Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe sowie mit engagierten Bürgerinnen und Bürgern des Landes am 27. Januar den Opfern der sog. Euthanasie zu gedenken.

„Nur wenn die `Euthanasietoten` uns ohne Unterlass an die stets offenen Wunden der Psychiatrie

rie erinnern, sind sie vielleicht nicht umsonst gestorben.“ Mit diesem Zitat von Klaus Dörner als Leitmotiv fand im Januar dieses Jahres die **Gedenkveranstaltung „Erinnern—Betrauern—Wachrütteln“** in Stralsund statt. In enger Abstimmung und mit großer Unterstützung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am HELIOS Hanseklinikum Stralsund konnte eine würdige Veranstaltung organisiert werden, die trotz widriger Wetterumstände auf eine rege Beteiligung stieß. Gegenwärtig laufen bereits erste Vorbereitungen für die Gedenkveranstaltung im nächsten Jahr. Eine Anregung aus Neustrelitz aufgreifend, führen wir gerade erste Gespräche mit dem Verein Domjüch in Neustrelitz. In der ehemaligen „Heil- und Pflegeanstalt Domjüch“ wurden während des Nationalsozialismus viele Menschen mit Behinderungen und psychischen Beeinträchtigungen auf dem Weg in die NS Tötungsanstalt Bernburg vorübergehend untergebracht.

Ein weiteres Thema, das vor dem Hintergrund der UN Behindertenrechtskonvention an Bedeutung gewonnen hat, ist der Umgang mit Zwangsbehandlung und -medikation. Am 26. Februar 2013 traten das **Patientenrechtegesetz** sowie das **Gesetz zur Regelung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen** endgültig in Kraft. Hintergrund für diese Gesetzesinitiative war die Einlassung des BGH vom Sommer 2012, demzufolge die medikamentöse Zwangsbehandlung in geschlossenen Einrichtungen rechtlich nicht eindeutig geregelt sei. Der Bundesgesetzgeber hat darauf reagiert und im neuen Gesetz die Voraussetzungen definiert, unter denen die Vergabe von Psychopharmaka gegen den Willen der betroffenen Menschen möglich ist.

Um die Konsequenzen für die (sozial)-psychiatrische Praxis zu diskutieren, wird — in enger Kooperation mit der LIGA der Wohlfahrt in MV — am 22. April 2013 ein Workshop zum Thema **„Behandlungsrecht in der Psychiatrie“** in Schwerin stattfinden. Herr Dr.jur. Kammeier aus Münster wird in die Thematik der neuen Gesetzgebung einführen und zur Diskussion einladen. Der konkrete Flyer ist derzeit im Umlauf bzw. kann auf unserer homepage heruntergeladen werden. Da die Plätze begrenzt sind, empfiehlt sich eine zeitnahe Anmeldung.

Um bei Vorankündigungen zu bleiben: Am 14. Juni 2013 wird in Wismar und in Kooperation mit „Das Boot Wismar e.V.“ die diesjährige **Mitgliederversammlung** stattfinden. Das konkrete Programm ist gegenwärtig in Arbeit. Nach Abschluss der Diskussion im Vorstand wird es den Mitgliedern zeitnah zugeschickt.

Eine Woche später, genauer am 21. Juni 2013, findet das 3. Rostocker Forum Psychiatrie zum Thema: **„Qualität der psychiatrischen Versorgung“** statt. Rostocker Leistungserbinger haben gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen das Veranstaltungskonzept erarbeitet und organisiert. Ziel ist es, die unterschiedlichen Perspektiven (Betroffene, Angehörige und Professionelle) auf die Qualität der Hilfen gegenüberzustellen und zu diskutieren. Wir hoffen, dass diese Veranstaltung zu einer Stärkung und Weiterentwicklung der dialogischen Arbeit in Rostock (und darüberhinaus) beitragen kann.

Vom 12. bis 13. September 2013 wird in Rostock der Dachverband Gemeindepsychiatrie seine Jahrestagung in Kooperation mit dem Landesverband Sozialpsychiatrie abhalten. Der Arbeitstitel ist: **„Mit ambulanten Komplexleistungen zu lebensweltorientierten Hilfen – Gemeindepsychiatrie gestaltet Zukunft“**. Wir sind sehr stolz darauf, dass diese gemeindepsychiatrische Bundestagung diesmal in Mecklenburg Vorpommern stattfinden wird und somit die Möglichkeit gegeben ist, die eigenen Versorgungsstrukturen einem bundesweiten Kollegenkreis zu präsentieren.

Das **Modellprojekt „Länger leben in MV“** wurde fristgerecht zum Ende letzten Jahres beendet. Der Abschlussbericht ist in Arbeit und wird den Mitgliedseinrichtungen und dem Sozialministerium zeitnah zugehen. Mittelfristig bleibt aber das Thema der Gerontopsychiatrie im Landesverband Sozialpsychiatrie präsent.

Ein neues — auf vier Jahre angelegtes — Modellprojekt **„Psychiatrie am Fall“** ist gestartet, in dem es insbesondere um die Bearbeitung der zahlreichen Schnittstellen in der Sozialpsychiatrie

gehen wird. Damit wird ein Kerngedanke aufgegriffen, der zuvor im Psychiatrieentwicklungsplan des Landes MV ausführlich beschrieben worden ist. Mit dem Sozialministerium wurde vereinbart, dass ein zentraler Schwerpunkt zunächst die leistungsübergreifende Einzelfallsteuerung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen sein wird. Aufbauend auf den Ergebnissen des letzten Modellprojektes wird das Projektteam beispielhaft in Rostock und Nordwest Mecklenburg eine Art Hilfeplankonferenz für alte Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf erproben. Dabei soll — in Kooperation mit der Aktion Psychisch Kranke e.V. und unter Einbezug sozialräumlicher Ressourcen wie Selbsthilfe und ehrenamtlichen Engagements — herausgearbeitet werden, ob es durch eine solche Form der Steuerung gelingen kann, die stationären Heimaufenthalte zumindest hinauszuzögern und die Pflege in der Häuslichkeit zu stabilisieren.

Dass gerade in der Gerontopsychiatrie und Altenhilfe **neue Steuerungsmodelle** diskutiert werden müssen, zeigen nicht zuletzt auch die aktuellen Daten. Im November 2012 publizierte etwa die Stiftung Bertelsmann neue Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und dem zukünftigen Personalbedarf in MV. Vor dem Hintergrund der sinkenden Einwohnerzahlen in MV sowie einer deutlichen Steigerung der Pflegebedürftigen bis 2030 um ca. 50% sieht die Stiftung Bertelsmann in den nächsten zwanzig Jahren einen Bedarf von rund 15 000 Vollzahlstellen in der ambulanten und stationären Pflege. Auch wenn Prognosen in der Regel nur über eine geringe Halbwertszeit verfügen und insofern nicht überbewertet werden dürfen, lässt sich kaum leugnen, dass angesichts der schon jetzt in einzelnen Regionen prekären Fachkräftesituation die Aussichten eher trübe sind. Insofern scheint uns die **sozialräumlich ausgerichtete Stärkung der häuslichen Pflege** ein wichtiger Baustein in der Bewältigung des demographischen Wandels in MV zu sein.

Ein weiteres Thema des Landesverbandes Sozialpsychiatrie ist die Frage des **Übergangsmanagements für entlassene Straftäter**, die über einen (sozial-)psychiatrischen Betreuungsbedarf verfügen, aber in aller Regel nach der Entlassung in der Hilfe selten ankommen. Es hat sich im Landesverband mit Vertretern des Justizministeriums eine kleine Projektgruppe etabliert, die Vorschläge für eine Verbesserung des Übergangs erarbeitet.

Zum Abschluss sei schließlich noch in eigener Sache angemerkt, dass mit Ende des Projektes „Länger leben in MV“ unsere wissenschaftliche Mitarbeiterin Frau Ricarda Christ den Landesverband Sozialpsychiatrie MV verlassen hat. Wir bedauern dies und wünschen ihr eine gute berufliche Zukunft.

Der Infobrief enthält diesmal zwei Aufsätze. Zum einen das Ergebnis der **Befragung zu den geschlossenen Wohnformen**, die der LSP mit dem Institut für Sozialpsychiatrie durchgeführt hat. An dieser Stelle allen KollegInnen herzlichen Dank, die sich daran beteiligt haben. Zum zweiten finden Sie den Vortrag, den Herr Wolfgang Faulbaum Decke anlässlich unserer Arbeitstagung am 29. November 2012 in Güstrow zum Thema **„Arbeit im Kontext psychischer Erkrankung“** gehalten hat. Da Herr Faulbaum Decke bei seinem Vortrag von einer Grippe geplagt wurde, hatte er nur eine verkürzte Fassung vorgetragen. Die geplante Version finden Sie nun auf den folgenden Seiten.

Ihnen noch einen schönen — und hoffentlich sonnigen!!! - Frühling

Andreas Speck

Backbox geschlossene Heime!

Psychisch kranken Menschen als Teil eines individuellen Gesamtplanes übergangsweise ein hochstrukturiertes Milieu anzubieten, kann in Einzelfällen sinnvoll sein. Aber was wissen wir über die Qualität geschlossener Heime und unter welchen strukturellen Bedingungen gelingt der Übergang zur ambulanten Unterstützung?

Ingmar Steinhart, Andreas Speck, Harald Freyberger

Das Thema der geschlossenen Heime ist in der letzten Zeit kontrovers diskutiert worden. Anlässe gibt es viele: die UN-Behindertenrechtskonvention, diverse Urteile, die überfüllten forensischen Kliniken und nicht zuletzt die Nöte vieler Kommunen, sogenannte »schwierige Menschen« in den Grenzen der Versorgungsregion und ihren gemeindepsychiatrischen Angeboten unterzubringen. Vieles in der Praxis läuft gleichwohl geradeaus.

So zeigte sich der Kommunale Sozialverband in Mecklenburg-Vorpommern als überörtlicher Leistungsträger der Sozialhilfe sowohl von der bundesweiten Diskussion als auch von den differenzierten Empfehlungen des aktuellen Psychiatrieentwicklungsplanes der eigenen Landesregierung unbeeindruckt. Er schrieb eine weitere geschlossene Heimeinrichtung unter den Leistungserbringern aus. Die wesentlichen Vergabekriterien waren nicht die Ein-

bindung in die Hilfestrukturen der Region oder fachliche Standards, entscheidend war offenkundig ausschließlich der Preis. Um solchen Entwicklungen etwas entgegenhalten zu können, wären harte Fakten erforderlich. Das Thema »geschlossene Unterbringung in Heimen der Eingliederungshilfe« erweist sich jedoch als Blackbox: Wir wissen darüber wenig bis nichts.

Wie erfolgreich sind die als »Königsweg« vielfach beschriebenen personenorientierten Komplex-Behandlungs- und Unterstützungspakete tatsächlich, die vorgeblich ohne »geschlossene Wohnformen« auskommen? Welche Datenlage finden wir hier vor?

Was wissen wir über die Qualität geschlossener Wohnformen? Unter welchen strukturellen Bedingungen gelingt es, Menschen in den (offenen) Alltag gemeindepsychiatrischer Unterstützung zurückzuführen?

Welches Wissen haben wir über »Export-Regionen«? Unter welchen Voraussetzungen werden Menschen in geschlossene Einrichtungen extern verbracht? Liegt es tatsächlich an einem Mangel verfügbarer gemeindepsychiatrischer Standardangebote in der Heimatregion?

Wir nahmen uns vor, die aktuelle Versorgungssituation zu beschreiben und gleichzeitig weitere Forschungsfragen bzw. -hypothesen ableiten. So konnten alle zehn Leistungsanbieter in Mecklenburg-Vorpommern,

die geschlossene Heimplätze für psychisch beeinträchtigte Menschen anbieten, in eine schriftlich standardisierte Befragung eingebunden werden. Darüber hinaus wurden mehrere Interviews mit Ärzten, rechtlichen Betreuern und Einrichtungsleitern durchgeführt, um die unterschiedlichen institutionellen Perspektiven der beteiligten Akteure abzubilden.

Blick in die Blackbox

Die von uns befragten Einrichtungen verfügten im Befragungsjahr 2010 über 113 geschlossene Plätze, die – im Jahresgesamt – von 167 Klienten belegt waren. Wir schätzen, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern für psychisch kranke Menschen insgesamt rund 150 – 160 Plätze zur Verfügung stehen. Gemessen an der Einwohnerzahl von Mecklenburg-Vorpommern kommt somit auf 10.000 Einwohner etwa ein geschlossener Heimplatz. Aufgrund fehlender vergleichbarer Statistiken kann diese Zahl bundesweit nicht eingeordnet werden. Erwähnenswert ist weiter, dass sich die geographische Verteilung der Einrichtungen ausgesprochen heterogen darstellt. Die geringste Zahl an Plätzen bei gleichzeitigem Vollversorgungsanspruch findet sich in der Hansestadt Rostock bei acht Plätzen auf ca. 200.000 Einwohner.

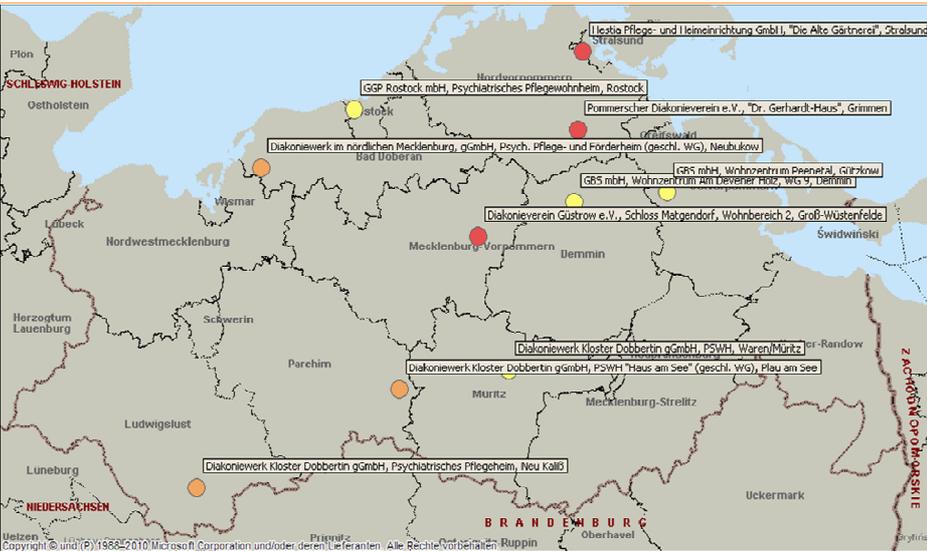


Abb1: Verteilung der Einrichtungen in MV 2010

Diese landesweite disparate Platzierung erschwert die gemeindenahen Übergänge in und aus den geschlossenen Wohnformen erheblich. Auch der Blick auf die Herkunft der Klienten bestätigt das Bild, dass die Unterstützung in geschlossenen Wohnformen eher außerhalb des gewohnten Lebensumfeldes erfolgt. So stammten 2010 nur 25% der betreuten Klienten aus der jeweiligen Region, in der die geschlossene Wohnform etabliert ist, 60% immerhin aus Mecklenburg-Vorpommern und rund 15% stammen aus anderen Bundesländern. Und: Dieser Psychiatrietourismus floriert auch in die andere Richtung: Zahlen darüber, wie viele Bürgerinnen und Bürger aus Mecklenburg-Vorpommern ihrerseits in anderen Bundesländern untergebracht worden sind, sind zentral nicht verfügbar. Wir vermuten – extrahiert aus Berichten einzelner Sozialämter und Kliniken –, dass es sich dabei aber um eine ähnliche Größenordnung handelt wie

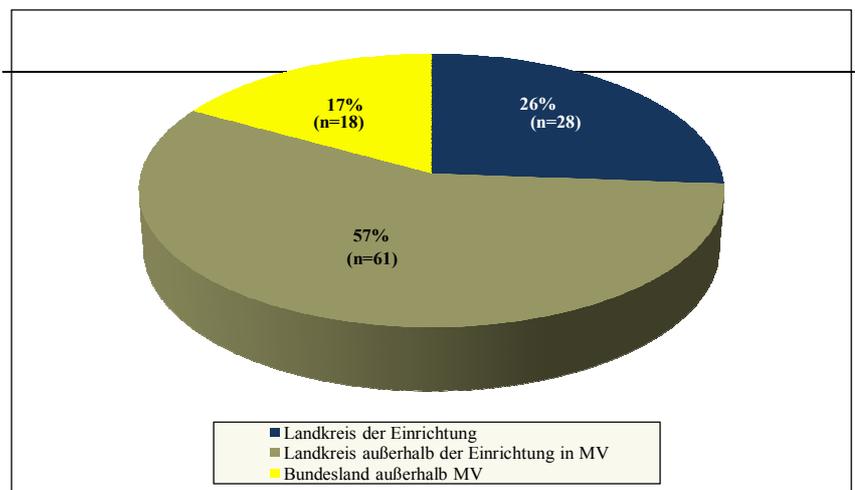
bei den externen Klienten, also um ca. 15 – 20%.

Hinsichtlich des Krankheitsbildes dominierte bei den Bewohnern geschlossener Wohnformen im Jahr 2012 die Diagnose »Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen« sowie »Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen«. 75% der Klienten wiesen dabei eine Mehrfachdiagnose auf.

Die Zuweisung erfolgt zu 70% aus den psychiatrischen Krankenhäusern. Nur ca. jeder siebte Klient wird über eine sozialpsychiatrische Einrichtung direkt in eine geschlossene Wohnform überführt. Hinsichtlich der Nachsorge werden 65% der Klienten in die sozialpsychiatrische Versorgung entlassen. Die eigene Häuslichkeit mit ambulanter Betreuung war 2010 nur für 6% der Klienten eine realistische Perspektive. Rund 10% der Klienten konnten nicht frühzeitig entlassen werden, weil keine geeignete Nachsorgeeinrichtung gefunden wurde. Bei der Unterbringungsdauer zeigt sich, dass einrichtungübergreifend bis zum erfragten Zeitpunkt ein Drittel der Klienten eine mittlere Verweildauer von weniger als einem Jahr sowie ein weiteres Drittel von ein bis zwei Jahren hatten. Ein Viertel war durchschnittlich mehr als zwei und



Eingetragener Wohnsitz vor Aufnahme



n=9 Einrichtungen (107 Klienten)

Stand: 31.05.2011

Abb 2: Eingetragener Wohnsitz vor Aufnahme

bis zu fünf Jahre untergebracht. Die übrigen gut 7% waren schon mehr als fünf Jahre in einer geschlossenen Wohnform. Anzumerken ist dabei, dass zwischen den Einrichtungen die Verweildauer stark variierte.

Da wir keine gravierenden Unterschiede in der Klientel fanden, erklären sich diese Unterschiede wohl primär aus dem Reha- und Entlassmanagement der jeweiligen Einrichtung.

Acht der zehn befragten Einrichtungen im Land boten im gleichen Gebäudekomplex auch andere Leistungstypen der sozialpsychiatrischen Versorgung an. Häufig sind offene Wohnbereiche an den geschlossenen Teil angeschlossen.

Perspektive der psychiatrischen Kliniken

Das ärztliche Versorgungssystem in den Krankenhäusern ist das zentrale Zugangsetting. Die Krankenhausärzte sehen eine gemeindeferne Unterbringung – bis auf begründete Einzelfälle – prinzipiell äußerst problematisch, da damit der

Kontakt des Klienten und der Einrichtungen zu den in der Klinik behandelnden Ärzten automatisch abreiße. Viele Informationen über den Klienten und die Therapieanbahnung gingen verloren und blieben für die Behandlungsplanung ungenutzt. Gerade Klienten geschlossener Wohnformen, die biographisch durch vielfältige Beziehungsabbrüche geprägt seien und in der Regel ein schwieriges Interaktionsverhalten aufwiesen, komme eine Kontinuität in der ärztlichen Beziehung deutlich zugute. Auch seien einzelfallbezogene Steuerungsinstrumente, die sich unmittelbar positiv auf die Behandlungsqualität auswirken könnten – wie etwa eine Akteur-übergreifende Hilfeplankonferenz – unter solchen Umständen nicht durchzuführen; Überhaupt sei in diesen Fällen die Behandlung oftmals wenig zielorientiert. Dadurch werde die Nachsorge schwierig und die Entlassung verzögere sich.

Um die Qualität der geschlossenen Unterbringung zu verbessern, wird ein verbessertes Qualifikationsprofil der Mitarbeiter gefordert, zudem die Etablierung von Besuchs-

kommissionen, eine landesweite Steuerung der Plätze, die Integration abgestufter Betreuungsmodule in das Gesamtkonzept der Einrichtung sowie die weitere Ausdifferenzierung der sozialpsychiatrischen Versorgung im Vorfeld geschlossener Wohnformen. Bemerkenswert ist auch der Hinweis aus den Kliniken, dass die klinische Indikation zur geschlossenen Wohnform auch der äußeren kollegialen Supervision bedarf, also auf den Punkt gebracht: keine Unterbringung in einer geschlossenen Wohnform ohne zweiten Blick.

Perspektiven der rechtlichen Betreuer

Die rechtlichen Betreuer sind bei den Zuweisungen in geschlossene Wohnformen von entscheidender Bedeutung. Sie stellen formal den Antrag bei Gericht und sind u.a. zuständig für die oft zeitraubende Suche nach freien Plätzen. Dabei fühlen sie sich fachlich kaum in der Lage, eine differenzierte Einschätzung der psychiatrischen Situation ihres Mandanten vorzunehmen. Die Legitimation geschlossener Wohnformen wird hier eher aus der Blickrichtung einer »sozialen Unverträglichkeit« des Klientenverhaltens abgeleitet (Verwahrlosung, Aggressivität). Auch die Betreuer fordern eine engere – einzelfallbezogene – Verzahnung und Abstimmung der verschiedenen Akteure. Fer-



ner wurde bemängelt, dass es zu wenig und zu wenig qualifiziertes Personal in den Einrichtungen gebe. Auch betonen die Betreuer, dass die Klienten beim Übergang von geschlossenen in offene Bereiche oft von dem damit verbundenen Strukturverlust überfordert seien. Dies sei durch Angebote abzufedern, die deutlich personalintensivere Arbeit erforderten als in herkömmlichen offenen Wohnformen möglich sei.

Perspektiven geschlossener Einrichtungen

Geschlossene Einrichtungen werden von den befragten Einrichtungsvertretern als vorübergehender Schutzraum beschrieben, der es den Klienten erlaube, notwendige Lernerfahrungen zu sammeln und sich so für ein Leben in Freiheit vorzubereiten.

Aus ihrer Sicht ist eine regionale Versorgungsverpflichtung zu befürworten: Gemeindeferne Unterbringungen, verbunden mit einem akuten Handlungsdruck der psychiatrischen Kliniken, erschweren den sozialpsychiatrischen Einrichtungen eine angemessene Vorbereitung. Zudem leide die Qualität der Behandlung durch die mangelnde Betreuungskontinuität. Lediglich im Einzelfall könne eine gemeindeferne Unterbringung therapeutisch indiziert sein – insbesondere dann, wenn der

Klient einer fremden »Reizkonstellation« ausgesetzt werden solle.

Die geschlossenen Einrichtungen betonten, dass der finanzielle Druck enorm sei, ein frei werdendes Zimmer schnell wieder zu belegen. Hier fehle ein finanzieller Anreiz, der es den Einrichtungen erlauben würde, Betten für Klienten aus der Region freizuhalten und die Ressourcen vor Ort wirksam zu nutzen.

Einer vorbereitenden und begleitenden Hilfeplankonferenz wird eine hohe Bedeutung zugemessen. Es brauche in manchen Regionen eine intensivere Verzahnung von psychiatrischer Klinik und Sozialpsychiatrie, die idealerweise bereits im Vorfeld eines Beschlusses nach BGB §1906 ansetzen und sowohl den Behandlungsverlauf als auch die Organisation der Nachsorge umfassen sollte.

Auch die Personalbemessung und das vorzuhaltende Qualifikationsniveau der Mitarbeiter in geschlossenen Wohnformen werden kritisch diskutiert. Positiv wird angemerkt, dass sich flexible Behandlungskonzepte, die eng an offene Bereiche und Trainingsgruppen angeschlossen seien, sehr bewährt hätten. Sie würden den Klienten dabei helfen, sich auszuprobieren. Insgesamt müssten die Einrichtungen sich therapeutisch weiterentwickeln, z.B. mit Angeboten zur Unterstützung der Tagesstruktur. Der Bedarf an geschlossenen Plätzen sei ein deutlicher Hinweis darauf, dass das Versorgungssystem noch

Mängel aufweise und sich weiter differenzieren müsse (z. B. Rückzugsräume, Weglaufhäuser, kreative Lernwerkstätten), um es erst gar nicht zu einem Beschluss kommen zu lassen.

Mehr Prävention und Rehabilitation

Im Grundsatz legen unsere vier Perspektiven auf die geschlossenen Wohnformen im Rahmen der Eingliederungshilfe eine sehr praxis- und personenorientierte Sichtweise mit direktem Bezug zum Lebensumfeld und dem erweiterten Sozialraum nahe. Die aktuelle Inklusionsdiskussion läuft manchmal Gefahr, »Teilhabebedürfnisse« gegen »Schutzbedürfnisse« auszuspielen und dabei die Diskussion ideologisch so aufzuladen, dass dabei ein differenzierter Blick auf die Versorgungslandschaft verloren geht. Letztlich betrifft eine geschlossene Unterbringung gerade jene Menschen, die eine lange und vor allem durch ein ständiges Scheitern geprägte Behandlungs- und Institutionskarriere hinter sich haben und an die Grenzen des Versorgungssystems rühren. Es sind die Schwächsten im System. Nimmt man die Kernintention der UN-Behindertenrechtskonvention ernst, dann sollte es darum gehen, vor jeder pauschalen Institutionskritik zunächst die zentrale Frage aufzuwerfen, wie diesen

Menschen ein Unterstützungsangebot in ihrem Sozialraum zu machen ist.

Bislang haben sich in Mecklenburg-Vorpommern - bis auf Ausnahmen - personenorientierte Planungs- und Unterstützungskonzepte in den Kommunen nur schwer durchsetzen können. Auch wenn sich Leistungserbringer auf den Weg machen, fehlen die notwendigen Finanzierungsinstrumente.. Die 2011 im »Plan der Landesregierung zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen« veröffentlichten Empfehlungen für diese Zielgruppe werden kaum beachtet.

Die Unterbringung in geschlossenen Bereichen stellt sich eher als preiswerte verlängerte (stationäre) Behandlungsepisode nach SGB V dar, ohne dass eine Einbindung eines langfristig angelegten Behandlungskonzepts in die Leistungen der Eingliederungshilfe erkennbar würde. Ein Indiz hierfür ist der Bruch in der Behandlungskontinuität zur vorbehandelnden Klinik und der weitestgehend fehlende Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen für diese Zielgruppe. Würde man hingegen den Aufenthalt in einer geschlossenen Wohneinrichtung als Teil eines Gesamtplanes nach SGB XII § 58 verstehen, so würde die (gedankliche) rehabilitative Vorbereitung der Entlassung in ein offenes Setting bereits bei der Aufnahme in ein geschlossenes Heim beginnen. Die Fra-

ge des Entlassungsmanagements in Kliniken und der regionalen Hilfeplanung würde sich aus dieser Perspektive anders stellen.

Der Idee der Etablierung von Konsulententeams oder einer Task Force, die im Vorfeld von geschlossenen Unterbringungen versuchen, diese durch geeignete und professionelle Maßnahmen zu verhindern, konnte in Mecklenburg-Vorpommern noch keine Freunde gewinnen.

Alle in Mecklenburg-Vorpommern gewonnenen Daten zusammen betrachtet zeigen an, dass die geschlossenen Wohnangebote eher zunehmen. Das System als Ganzes muss daher in Frage gestellt werden: Die Möglichkeit, psychisch kranken Menschen ein hochstrukturiertes Milieu - im Rahmen eines individuellen Gesamtplanes für einen befristeten Zeitraum - anzubieten, sollte in jeder Region als Teil einer differenzierten regionalen Hilfestruktur gegeben sein.

Das Aufnahme- und Entlassmanagement eines solchen sehr kleinen regionalen Angebotes sollte durch eine Hilfeplankonferenz, gegebenenfalls verbunden mit einer Art »Belegrecht«, gesteuert werden - finanzielle Fehlbelegungsanreize sollten eliminiert und das »nicht belegte geschlossene Bett« belohnt werden. Die Rostocker Erfahrungen mit einer sehr be-

grenzten Kapazität geschlossener Plätze, einer engen »Exportkontrolle« und einer individuellen Bemessung des Hilfebedarfs durch den Leistungsträger sowie mit einer engen Einbindung in die SGB XII und SGB V Angebote der Region weisen da in eine positive Richtung.

Es ist unseres Erachtens dringend erforderlich, solche Modelle (weiter) zu entwickeln, sie einer begleitenden Wirkungskontrolle zu unterziehen und anhand quantitativer wie qualitativer Daten zu bewerten.

„Der Arbeitsplatz im Kontext psychischer Erkrankungen“

Arbeit und Psychiatrie heute – eine Bilanz

Wolfgang Faulbaum – Decke,
Geschäftsführer **Brücke**
Schleswig-Holstein gGmbH



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Teilnehmenden der Landesfachtagung,

meines Erachtens sollte: „Der Arbeitsplatz im Kontext psychischer Erkrankung“ anders lauten, nämlich „Der Arbeitsplatz im Kontext seelischer Gesundheit“ – und ich stütze mich hierbei auf Marie Jahoda:

„Wie viel Arbeit braucht der Mensch“? Folgende Funktionen streicht Jahoda heraus.

- Arbeit stützt das Selbstwertgefühl

- Arbeit strukturiert den Tag
- Arbeit ermöglicht Kontakte
- Arbeit fordert, aktiv zu sein

- ◆ Arbeit stiftet Identität
- ◆

In meinem Vortrag werde ich der Frage nachgehen, wie sich aus einer Bilanz zu Arbeit und Psychiatrie heute die Zukunft für Menschen mit psychischen Erkrankungen ableiten lässt. Dabei sehe ich Arbeit nicht losgelöst von weiteren Hilfeangeboten. Daraus leitet sich ab, in die Zukunft der gesamten Hilfesysteme zu schauen, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen und welche zeitgemäße Weiterentwicklung für die Zukunft erforderlich ist.

Denn noch immer – meine Bilanz wird es zeigen – bestimmen uns die Grenzen der bestehenden Systeme und wir verhindern mit, dass Menschen lebensweltorientierte Hilfen (oder nach APK personenzentrierte Hilfen) erhalten.

Wir haben neben allen Errungenschaften und Entwicklungen unserer differenzierten gemeindenahen Angebote – dies müssen wir selbstkritisch feststellen – leider auch weiterhin Sonderwelten geschaffen.

Arbeit ist ein wesentlicher Teil der Angebote, aber eben nur ein Teil, der mit weiteren existenzsichernden Leistungen und Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen eng verbunden ist. Und es darf nicht vergessen wer-

den, dass das Thema Arbeit und Psychiatrie heute auch die Menschen und Organisationen betrifft, die professionelle Arbeit in diesem Bereich leisten und sich zunehmend mit Arbeitsverdichtung und der Frage „Was ist gerechte Entlohnung für gute Arbeit?“ beschäftigen müssen.

Deshalb möchte ich versuchen, einen Bogen zu schlagen, von dem in der Psychiatriereform bis heute Erreichten, hin zur weitgreifenden Weiterentwicklung aller sinngebenden Aspekte, die ich später vorstelle.

Und Arbeit, oder besser sinngebende Tätigkeit, ist für viele Menschen ein wichtiger Wert in ihrem Leben.

Drei Zitate zu Beginn:

„Gute psychiatrische Hilfe ist am individuellen Bedarf orientiert. Das bedeutet, sie stellt den persönlichen Lebensweg jedes Einzelnen in den Mittelpunkt und ist bemüht, ihm zu ermöglichen, in seinem eigen selbst gewählten Lebensraum das Leben nach eigenen Maßstäben zu gestalten. Die Hilfen richten sich sowohl in der Qualität der Hilfe, wie auch in ihrem Umfang und Dauer nach dem Bedarf des Einzelnen (und dem seines Umfelds).“

„Wir wollen keine Sonderwelten, (...) fast jeder könnte selbstbestimmt wohnen und im ersten Arbeitsmarkt arbeiten.“

„Die Vertragsstaaten erkennen das gleichberechtigte Recht behinderter Menschen auf Arbeit an; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für behinderte Menschen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wurde.“

Frage: Ist das Realität? Oder bewegen wir uns hier schon in der Zukunft der Lebensraumgestaltung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?

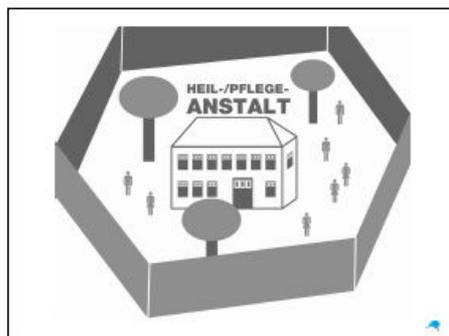
Vor Beginn der Psychiatriereform Mitte der 70er Jahre gab es drei Wege in Arbeit:

I. Der Arbeitsmarkt war bei Vollbeschäftigung offen. Nach Abklingen akuter Erkrankungsphasen kehrten die Patientinnen und Patienten auf ihren Arbeitsplatz zurück oder sie suchten sich eine neue Stelle. Bei rezidivierendem Krankheitsverlauf war dieser Weg nach der zweiten oder dritten Krankheitsphase in der Regel verschlossen. Die Patientinnen und Patienten wurden arbeitslos, viele erhielten eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

II. Eintritt in die WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen). Es gibt diese Form der Beschäftigung seit 1961, damals noch für Menschen mit Intelligenzmindering, bald auch für Menschen mit Körperbehinderungen. Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung fanden

dort selten einen Platz. Umgangsstile und Arbeitsangebote entsprachen nur selten ihren Bedürfnissen.

III. Arbeitstherapie in den psychiatrischen Anstalten
Bei chronischem Krankheitsverlauf kehrten viele Patientinnen und Patienten nicht nach Hause zurück. Sie „wohnten“ fortan in den Pflegebereichen der „Heil- und Pflegeanstalten.“ In den sogenannten „Hoftrupps“ für die Außenanlagen, in den Versorgungsbetrieben wie Küche und Werkstätten und im Reinigungsdienst stellten sie – manchmal gegen kleine Belohnungen – das Funktionieren der Infrastruktur sicher.



Diese Form der psychiatrischen Versorgung wurde mit der Veröffentlichung der „Psychiatrie-Enquête“ im Jahre 1975 in Frage gestellt.

Mit den „Empfehlungen der Expertenkommission“ 1988 wurden konkrete Handlungsanweisungen auch für „Wege in Arbeit“ formuliert.

Die aktuelle Landschaft der beruflichen Rehabilitation und Integration

Die Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête haben Früchte getragen und wir finden ein sehr differenziertes Angebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor. Aber passen die derzeitigen Angebote noch zu den Bedarfen, Zielen und Wünschen der Menschen?

Für Nutzerinnen und Nutzer der Angebote ist es eine echte Herausforderung, sich im Dschungel des Systems zurechtzufinden. Welche Leistung kann ich in Anspruch nehmen mit welchen persönlichen Voraussetzungen?

Agentur für Arbeit? Jobcenter? Eingliederungshilfe? Integrationsamt? Rentenversicherungs-träger? Unfallversicherung? Krankenkasse?

Dies ist eine sicher noch unvollständige Aufzählung der Leistungsträger für den Bereich der beruflichen Integration und Rehabilitation.

Im Folgenden führe ich Leistungsangebote auf in den drei Bereichen:

1. **Nicht erwerbsfähig**
2. **Erwerbsfähig mit Unterstützung**
3. **Erwerbsfähig**

Deutlich wird dabei, wie dicht der Dschungel aktuell ist. Zudem drängt sich allen – ob Leistungsnehmer, -

träger oder -erbringer – die Frage auf, wer in diesem Dschungel für sichere Wege sorgt, um bei dem Bild des undurchdringlichen Dickichts zu bleiben.

Wer in der Rehabilitations- und Integrationsstruktur steuert; wer die Prozesse der Hilfeleistungen abstimmt? Wo und mit welchen Beteiligten Gesamtplanung für Wege in Arbeit erfolgt?

Zu 1. Nicht erwerbsfähig:

„Erwerbsfähigkeit ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“

Angebote zur Teilhabe an Arbeit sind für diesen Personenkreis immer noch und nach wie vor die klassische Werkstatt, Arbeits- und Be-

schäftigungsprojekte und zum Teil Tagesstätten, wenn sie einen Fokus auf Arbeit gesetzt haben.

Anfang der 90er Jahre wurden zum ersten Mal WfbM-p als selbstständige Werkstätten oder Außenstellen gegründet.

Die Entscheidung hing damit zusammen, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Förderungen und Kontexte benötigen. Dieses Grundprinzip ist weit, aber noch nicht überall akzeptiert.

Aktuell und vor dem Hintergrund der UN-Konvention und den Bestrebungen der ASMK und der Einführung des neuen Fachkonzeptes der Agentur im Juni 2010, ist die Ausrichtung der Hilfeleistung an flexiblen arbeitsmarktnahen Angeboten zu orientieren.

Die Werkstätten bieten im Anschluss an die Rehabilitation ganz überwiegend Arbeit

in ihren eigenen Produktionsbereichen an. Dieses erzeugt mitunter Widerstände insbesondere bei Arbeitssuchenden mit Psychiatrie-Erfahrung. Der große Vorteil der Werkstätten ist die flächendeckende Erreichbarkeit, und sehr viele Menschen mit Handicaps finden dort einen für sie optimalen Arbeitsort. Es gibt inzwischen 53.000 Plätze für Menschen mit psychischen Behinderungen in der BRD.

Die Doppelausrichtung der Werkstatt, nämlich das Angebot dauerhafter Arbeitsplätze UND der Zielsetzung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, ist ein wesentliches Merkmal der Werkstätten. Die Zielrichtung allgemeiner Arbeitsmarkt sollte noch stärker als zuvor in den Fokus unseres gemeinsamen Handelns rücken.

Immer noch sind viele Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Teilhabe an Arbeit fast ausschließlich auf Angebote in Werkstätten angewiesen. Erst in den letzten Jahren gibt es Bestrebungen, fließende Übergänge von geschützten Arbeitsplätzen auf (sozialversicherte) Arbeitsplätze in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes zu schaffen.

Diese Entwicklung ist notwendig und lange überfällig.

Neben dieser begrüßenswerten Entwicklung ist Achtsamkeit gefordert, die Menschen mit schwer chronischen Erkrankungen ebenfalls im Fokus zu ha-



ben: Sie dürfen nicht als „Restgruppe“ in den Werkstätten verbleiben.

Mit der bisherigen Gesetzgebung ist es nur der Institution Werkstatt möglich, einer entlohnten Arbeit nachzugehen und Ansprüche in der Sozialversicherung zu erwerben.

Zukünftig sollte diese Errungenschaft nicht mehr nur an die Institution Werkstatt gebunden sein, so eine Forderung der ASMK.

Zu 2: Erwerbsfähig mit Unterstützung

Die Hilfen und Leistungsträger sind im SGB IX zusammengeführt. Schwerpunkte bilden das Assessment, die berufliche Orientierung, die Herstellung bzw. Erhöhung der (Wieder-) Eingliederungschancen, Vermittlung in Arbeit und Begleitung und Sicherung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse.

2.1 Arbeitsorientierte medizinische Behandlung und Rehabilitation

2.1.1 . Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK, Phase I: medizinische Rehabilitation)

Die RPK wurde 1985 in das Sozialgesetzbuch aufgenommen mit Bestandssicherheit nach § 35 SGB IX in gemeinsamer Kostenträgerschaft von Krankenkassen, Rentenversicherung und der Arbeitsverwaltung. Es handelte sich um gemeindefe-

ne vollstationäre Einrichtungen. Im ersten medizinisch-rehabilitativen Abschnitt wurden vorwiegend junge psychisch Kranke mit drohendem chronischem Krankheitsverlauf behandelt mit dem Ziel der Überleitung in den zweiten Abschnitt, die beruflichen Rehabilitation und schließlich drittens Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die soziale Rehabilitation und die sekundäre Krankheitsprävention gelangen oft gut, nicht zuletzt wegen der Wohnortferne wurde die Integration in Arbeit eher selten erreicht.

2005 wurde die Möglichkeit der ambulanten RPK eingeführt. Diese gibt es bisher nur an wenigen Orten. Immerhin: Die stationären RPK ambulantisieren sich.

2.1.2. Ambulante Ergotherapie mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt

Seit Anfang der 90er Jahren bildeten erste Praxen diesen Schwerpunkt zur Rehabilitationsabklärung und Rehabilitationsvorbereitung. Viele Kliniken nahmen dieses Angebot in das Behandlungsspektrum der Institutsambulanzen und/oder sie erweiterten es um teilstationäre Arbeitstherapie mit Belastungserprobung.

2.1.3.Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste arbeiten seit 20 Jahren an der „inkluisiven“ Schnittstelle zum

allgemeinen Arbeitsmarkt. Schlicht deshalb, weil es die Kernaufgabe der Integrationsfachdienste ist, in Betrieben sozialversicherungspflichtige Arbeitsstellen für Menschen mit Schwerbehinderungen zu erschließen und zu sichern. Über diesen Austausch wird das Thema Behinderung normaler und ganz praktisch in unsere arbeitende Gesellschaft hineingebracht.

2.1.4. Unterstützte Beschäftigung (UB)

Es handelt sich um eine Form der beruflichen Rehabilitation nach den Grundsätzen des „supported employment“. Die Grundsätze der Unterstützten Beschäftigung basieren auf der Überzeugung, dass „Erst Platzieren – dann Qualifizieren“ in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes nachhaltige Integrationschancen ermöglichen.

Betriebe werden von Beginn an mit in den Integrationsprozess einbezogen und erhalten während der Maßnahme UB zeitnahe qualifizierte Unterstützung und Beratung im Umgang mit den Teilnehmenden.

Die Beschäftigten werden direkt im Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes qualifiziert und stabilisiert, so dass ein direkter Übergang in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis erleichtert werden kann.

Ein Modell, das nach einer erfolgreichen Erprobungsphase am 1. Januar 2009 in die Gesetzgebung aufgenommen wurde (SGB IX § 38a).

Inzwischen wird die UB in allen Kreisen in Schleswig-Holstein durch die Agenturen ausgeschrieben – aus meiner Sicht mit viel zu wenig Plätzen –, wird von der DRV Nord aktiv befördert und findet in Einzelfällen auch in Form des Persönlichen Budgets statt.

Der Fokus der Agenturen richtet sich hier leider nur auf den Personenkreis von Menschen im Bereich so genannter „geistiger Entwicklung bis hin zu Lernbehinderungen“.

Zu 3: Erwerbsfähig

3.1 Integrationsbetriebe

Die Förderung besteht in finan-
ziellem Nachteilsausgleich für jeden schwerbehinderten Mitarbeitenden sowie in institutioneller Förderung für den erhöhten Betreuungsbedarf. Diese summiert sich auf etwa 30% der Lohnsumme des Betriebes. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden tariflich bezahlt, wobei 50% der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Schwerbehinderte sein mussten. Mit Stand März 2010 gab es in Deutschland 650 Integrationsbetriebe mit mehr als 20.000 Beschäftigten.

3.2 Zuverdienstprojekte

Zuverdienst (Arbeitszeit bis zu 15 Stunden in der Woche) hat eine lange Tradition in der

Sozialpsychiatrie. Eine gesetzliche Fundierung gibt es bis heute nicht, so dass vielfältige Formen der Finanzierung und Struktur zu finden sind. Zuverdienst ist gedacht für Menschen, die ihren Lebensunterhalt aus Erwerbsunfähigkeitsrenten oder aus der Grundsicherung bestreiten. Die Entlohnung ist zwar ein sehr wichtiger motivierender Faktor, bedeutsamer sind aber Grundfunktionen einer sinnstiftenden Tätigkeit

Die Präsidentin des Sozialverbandes VdK, Ulrike Mascher, fordert mehr Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung. Zitat:

„Menschen mit Behinderung bleiben am Arbeitsmarkt abgehängt“, so kommentierte Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland, den aktuellen Bericht der „Saarbrücker Zeitung“, nachdem nur jeder sechste Schwerbehinderte 2011 aus der Arbeitslosigkeit heraus am ersten Arbeitsmarkt aufnehmen konnte. Die VdK-Präsidentin nannte es „einen Skandal“, dass angesichts des akuten Fachkräftemangels ein großes Potenzial auch an qualifizierten Arbeitskräften nicht zum Zuge komme, „nur weil sie mit einer Behinderung leben müssen“. Mascher: „Das ist ein Zeichen verfehlter Beschäftigungspolitik, aber auch ein Zeichen für die Barrieren in den Köpfen der Personalverantwortlichen in vielen Betrieben.“

Von der Theorie zur gelebten Praxis

Die Brücke Schleswig-HolsteingGmbH (kurz: Brücke SH) ist mit ihrem regionalen Leistungs- und Versorgungsangebot ein landesweites Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft und Mitglied im Paritätischen Schleswig-Holstein, im Dachverband Gemeindepsychiatrie und im Unternehmensverband. Wir sind in neun Kreisen in Schleswig-Holstein tätig.

Unsere Hilfen richten sich an Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen mit seelischer Erkrankung, psychischer Behinderung, Suchterkrankung oder sozialer Benachteiligung.

Professionelle Hilfe und Unterstützung bieten wir in den Bereichen Arbeit&Beruf, Gesundheit&Therapie, Wohnen&Leben, Freizeit&Kontakt.

Die Brücke SH beschäftigt aktuell ca. 750 Mitarbeiter/innen: Fachkräfte aus Pädagogik, Medizin, Handwerk und Verwaltung sowie 286 Menschen in Werkstätten. Etwa 3.600 Menschen haben 2011 unsere vielfältigen Leistungen in Anspruch genommen. Davon ca. 1.600 im Bereich der beruflichen Rehabilitation und Integration.

Seit über 20 Jahren sind wir in der Vermittlung und Begleitung für alle Menschen mit Behinderungen in Arbeit und Beschäftigung tätig.

Handlungsweisend sind für uns die Grundsätze von Inklusion, Empowerment, Personenzentrierung und für den Bereich der Teilhabe an Arbeit, insbesondere die Gestaltung der Angebote nach dem Prinzip des „Erst platzieren, dann qualifizieren“. Unsere Angebote orientieren sich so nah wie möglich am realen Arbeitsmarkt. Sie richten sich aus an den persönlichen Bedarfen und Ressourcen der oder des Einzelnen genauso wie an den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Arbeits- und Beschäftigungsprojekte erhalten!!

Wir sehen nach wie vor den Bedarf an niedrighwelligen Zugängen in Arbeit. Doch leider gibt es in Schleswig-Holstein den Trend, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte nicht mehr zu belegen. Wir sind auf der Suche nach innovativen Lösungen, manchmal tragen diese die Leistungsträger mit, häufiger aber nicht.

WfbM

Produktionsbereiche von Beginn an sehr nah und mitten in den Stadtteilen lokalisiert, sehr nah am allgemeinen Arbeitsmarkt - Orte der Begegnung - Kantinen von Extern stark frequentiert. Beispiel: Westküstenservice Itzehoe, dort wird der Katzenkratzbaum gefertigt; Teile dafür werden im Textilrecycling in Kiel gefertigt.

Integrationsfachdienste

In Schleswig-Holstein betreiben im Auftrag des Integrationsamtes insgesamt 8 Träger an 15 Standorten Integrationsfachdienste, von denen die Brücke SH fünf Dienste betreibt.

Die Leistungen der Integrationsfachdienste umfassen neben der Sicherung von Arbeitsplätzen diverse Angebote im Bereich der Arbeitsförderung des SGB II und III.

Hier ist vorzuschicken, dass in Schleswig-Holstein das Integrationsamt Mitte 2010 die strukturelle Verantwortung für den Vermittlungsbereich abgegeben hat. Die Konsequenz ist ein deutlich vermindertes Vermittlungsangebot für Menschen mit seelischen Erkrankungen. Die Agenturen und Jobcenter, die in der Strukturverantwortung stehen, schreiben selten Vermittlungsleistungen aus. Das heißt, die im § 110 SGB IX festgeschriebenen Aufgaben der Integrationsfachdienste, Leistungsangebote aus einer Hand vorzuhalten (also Beratung, Vermittlung, Sicherung), brechen auf diese Weise weg.

Und es gibt immer weniger Angebote für den von uns begleiteten Personenkreis!

Hierzu möchte ich unsere Sicht auf das im November 2011 vom Bundestag verabschiedete „Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt“ darstellen, weil die darin enthaltenen Kürzungen und Beschränkungen sowohl einen

großen Teil des Personenkreises psychisch erkrankter Menschen betreffen, als auch freien Trägern Einschränkungen aufbürdet, die so nicht hinnehmbar sind.

Nach unseren Erfahrungen ist die Instrumentenreform in keinster Weise geeignet, Personen mit schweren und multiplen Vermittlungshemmnissen gerecht zu werden. Die Reform ist in erster Linie für Menschen gedacht, deren persönlichen und fachlichen Voraussetzungen die größtmöglichen Chancen auf Wiedereingliederung bieten. Die Reform richtet sich in keiner Weise an die Belange von Menschen, die aufgrund ihrer Einschränkungen nur sehr schwer und mit intensiver umfangreicher und flexibler Unterstützung einen Zugang in den allgemeinen Arbeitsmarkt finden.

Besonders diese Menschen sind aufgrund von Behinderungen, erheblichen sozialen Einschränkungen, geringen Qualifikationen und/oder Suchtproblemen weit entfernt von einer Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Ihre Vermittlungshemmnisse gehen meist einher mit langen Zeiten von Erwerbslosigkeit. Und ausgerechnet diese Menschen sind zukünftig am härtesten von den Kürzungen betroffen!

Einsparungen der Eingliederungsleistungen

Mit den geplanten Einsparungen von rund 16 Milliarden Euro und insbesondere der geplanten Kürzungen der Leistungen zur Eingliederung in Arbeit wird

massiv die öffentlich geförderte Beschäftigung beschnitten.

Entscheidend für den Erfolg einer nachhaltigen Integration in den ersten Arbeitsmarkt ist eine individuelle Passgenauigkeit des Unterstützungsangebotes, eine ganzheitliche Förderung, eine betriebsnahe Qualifizierung und die Durchführung sinnstiftender Tätigkeit.

Wir fragen uns, wie zukünftig die arbeitsmarktfernsten Menschen eine Chance auf Teilhabe am Arbeitsleben haben werden? Wie kann unter diesen Bedingungen eine aktive Arbeitsmarktpolitik für diesen beeinträchtigten arbeitsmarktfernen Personenkreis gelingen?

Nach unseren langjährigen Erfahrungen und aus unserer fachlichen Sicht wird mit dem eingeschlagenen Sparkurs im Bereich der Eingliederungsleistungen eine erfolgreiche Heranführung an und in den ersten Arbeitsmarkt nicht gelingen können.

Ich möchte Ihnen an dieser Stelle gerne von einem Treffen mit einer jungen motivierten Teilnehmerin aus einer Trainingsmaßnahme für Jugendliche und junge Erwachsene mit schwerwiegenden Vermittlungshemmnissen berichten.

Diese Maßnahme wird derzeit über das Zukunftspro-

gramm Arbeit und über eine Kofinanzierung des Jobcenters durchgeführt und hat die Heranführung an den allgemeinen Arbeitsmarkt zur Zielsetzung.

Die einfache Frage der Teilnehmerin an die Referentin für berufliche Rehabilitation und Integration der Brücke SH lautete:

„Kann ich hier bleiben und geht dieses Angebot für mich auch nach Beendigung des EU-Förderprogrammes weiter? – Für mich ist dieses Angebot sehr wichtig, ich habe zum ersten Mal das Gefühl, gesehen zu werden und eine eigene Vorstellung für berufliche Wünsche zu entwickeln.“ Alle bisherigen Angebote der Jobcenter – hier meint die Teilnehmerin diverse berufsbildenden Maßnahmen, die sie bereits durchlaufen hat – hatte sie vorher abgebrochen.

Und die Antwort lautet:

Die Brücke SH will diese Maßnahme gerne weiter führen. Dieses Angebot deckt eine Versorgungslücke für einen Personenkreis ab, der in der Regel durch die Raster der Leistungsangebote fällt. Und das Jobcenter will dieses Angebot auch weiterführen und in voller Höhe finanzieren. Beste Voraussetzungen, um eine wichtige und sehr individuell auf diesen Personenkreis zugeschnittene erfolgreiche Maßnahme fortzuführen.

Nur leider – Sie ahnen es – gibt es ein kleines ‚Aber‘, weswegen wir der jungen Teilneh-

merin auf ihre Frage immer noch keine Antwort geben können:

Das ‚Aber‘ begründet sich auf der neuen Gesetzgebung §§177 ff SGB III, die ab dem 01.04.2012 eine Träger- und Maßnahmezulassung dieser Angebote vorschreibt.

Was bedeutet dies für eine Organisation wie die Brücke SH? Das lässt sich an folgenden Fragen am besten erfassen:

Welche Angebote in der Brücke SH unterliegen der Zertifizierung?

Eine Trägerzulassung ist für den Eingangs- und Berufsbildungsbereich der Werkstätten notwendig, für die beruflichen Reha der RPK, diverser Vermittlungsangebote der Integrationsfachdienste sowie notwendig für die Teilnahme an Ausschreibungen und für die Zulassung von Maßnahmen.

Müssen wir unsere bisherige Angebotsstruktur bzw. Dienste verändern, um zukünftig kompatibel zu den Anforderungen der AZAV (Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung) agieren zu können? Welche Voraussetzungen bringen wir als Unternehmen mit und welche Punkte werden wir voraussichtlich noch erarbeiten müssen, um zertifizierungsfähig zu werden? Welche Ressourcen müssen wir als Brücke SH bereitstellen, um die Zertifizierung zu erreichen?

Welche Bedingungen müssen wir für die Gestaltung der zukünftigen Trainingsmaßnahme für Jugendliche erfüllen?

Kurz, wir haben die Trägerzulassung erreicht. Aber der Weg dorthin war mit einem intensiven Einsatz personeller Ressourcen verbunden. Zudem gab und gibt es viele Unklarheiten auf Bundesebene zur Umsetzung der AZAV.

Sowohl Leistungsträger wie Agenturen und Jobcenter als auch freie Träger haben einen Mangel an zuverlässigen Informationen, die Auslegungen der Vorgaben unterliegen derzeit sehr unterschiedlichen Definitionen. Auch drängt sich die Frage auf, ob mit diesem Instrument das eigentliche Ziel – nämlich die Verbesserung der Qualität der Angebote – wirklich erreicht wird, wenn nicht parallel die Abwärtsspirale der Personalkosten in Maßnahmen und Angeboten gestoppt wird.

Doch können wir der Teilnehmerin immer noch nicht auf ihre Frage antworten, obwohl wir inzwischen eine Trägerzertifizierung erhalten haben.

Wir brauchen für das von ihr bevorzugte Angebot auch noch eine Maßnahmezulassung (§ 45 Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein) mit der Voraussetzung, dass die Kosten der Maßnahme innerhalb

des Bundesdurchschnittskostensatzes liegen. Ansonsten dürfen die zertifizierenden Stellen diese Maßnahme nicht zulassen, sondern die Entscheidung wird Zentral in der Agentur in Nürnberg getroffen.

Was wir wissen ist, dass die Kosten deutlich über dem Durchschnitt liegen, weil wir an den Erfolgskomponenten eines sehr individuellen und passgenauen Angebotes mit einem entsprechenden Personalschlüssel festhalten!

Obwohl es eine Überstimmung in diesem Punkt zwischen Jobcenter und Träger gibt, ist dies keine ausreichende Begründung, um ein notwendiges und gewolltes Angebot fortsetzen zu können. Wir befinden uns also mitten im Klärungsprozess und hoffen sehr, dass wir der jungen Teilnehmerin bald sagen können: 'Ja, Sie und wir machen weiter!'

Allerdings: Dieses 'Ja' zur Fortsetzung von Maßnahmen haben seit den massiven Kürzungen der Eingliederungshaushalte immer weniger Träger sagen können.

Eine Längsschnittbefragung des PARITÄTISCHEN Gesamtverbandes vom Mai 2012 ergibt, dass 4% der 122 befragten Träger Insolvenz angemeldet haben; 18% die Arbeitsförderung eingestellt haben; 26% mit massiven und 32% der Befragten die Angebote mit deutlichen Einschränkungen betreiben. Nur 13% der Träger haben leichte und 7% gar keine Einschränkungen.

Es ist zu befürchten, dass sich dieser Trend fortsetzt; dass die Qualität von Leistungen nicht aufrechterhalten werden kann und dass insbesondere kleine Anbieter diesem Wettbewerb nicht standhalten können.

WEITGREIFENDE WEITERENTWICKLUNG

Wenn wir über Teilhabe an Arbeit sprechen, ist hier von einem Personenkreis schwer chronisch erkrankter Menschen die Rede bis hin zu Menschen, die mit geringfügiger Unterstützung dauerhaft in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen beschäftigt sind.

Es muss zukünftig eine Angebotsstruktur entwickelt werden, die mit einem personenzentriertem Ansatz trägerübergreifende Leistungen ermöglicht – auch institutionsunabhängig.

Von dem geforderten Paradigmenwechsel der UN – Behindertenrechtskonvention, von der Fürsorge und Rehabilitation hin zu selbstbestimmter Teilhabe in unserer Gesellschaft, sind wir allerdings noch weit entfernt.

Es muss im Land eine Diskussion über die Bedeutung von Erwerbsarbeit und über Alternativen zur Erwerbsarbeit (z. B. bürgergesellschaftliche Aufgaben im unmittelbaren Lebensumfeld der Kommunen) geführt werden, damit die doppelte Diskriminierung des Stigmas der Krankheit und der Armut für psychisch erkrankte

Menschen aufgehoben wird (nach Ernst von Kardorff).

Bisher gab es immer deutlich zu viele „Karrieren“, die in Maßnahmen und Sonderwelten der beruflichen Reha und hier insbesondere der Werkstätten enden.

Was wir brauchen sind personenzentrierte Hilfen, trägerübergreifende Hilfesysteme und dies sowohl in unserer Gesetzgebung, in den Angeboten der Leistungsanbieter als auch bei uns, so z. B. der Brücke SH als freier Träger und Leistungserbringer.

Wir benötigen offene und fließende Übergänge in den Hilfesystemen und Angeboten.

Es gibt Bewegung und Ansätze, die diese Ausrichtung befördern.

Die ASKM hat einen Fokus im Bereich der beruflichen Teilhabe u. a. auf die Werkstätten gelegt. Kernpunkte sind im Wesentlichen:

- Leistungen können unabhängig von Ort und Träger – auch als persönliches Budget – in Anspruch genommen werden
- Schaffung von personenzentrierten Leistungsmodulen (Nutzung des persönlichen Budgets, Wunsch und Wahlrecht in der Leistungsausgestaltung)
- Schaffung von Alternativen zur klassischen Werkstatt, dabei bleibt der Rechtscharakter der Werkstatt unverändert. Eine förmliche Anerkennung (durch die BA) ist nicht notwendig)
- Beschränkte sozialversicherungsrechtliche Regelungen und der arbeitsrechtliche Status (Arbeitnehmerähnlicher

Rechtsanspruch, auch die Zahlung von Arbeitsentgelten).

Herstellung möglichst arbeitsmarktnaher Qualifizierung

Die Zugangsvoraussetzungen für die Werkstatt werden nicht in Frage gestellt.

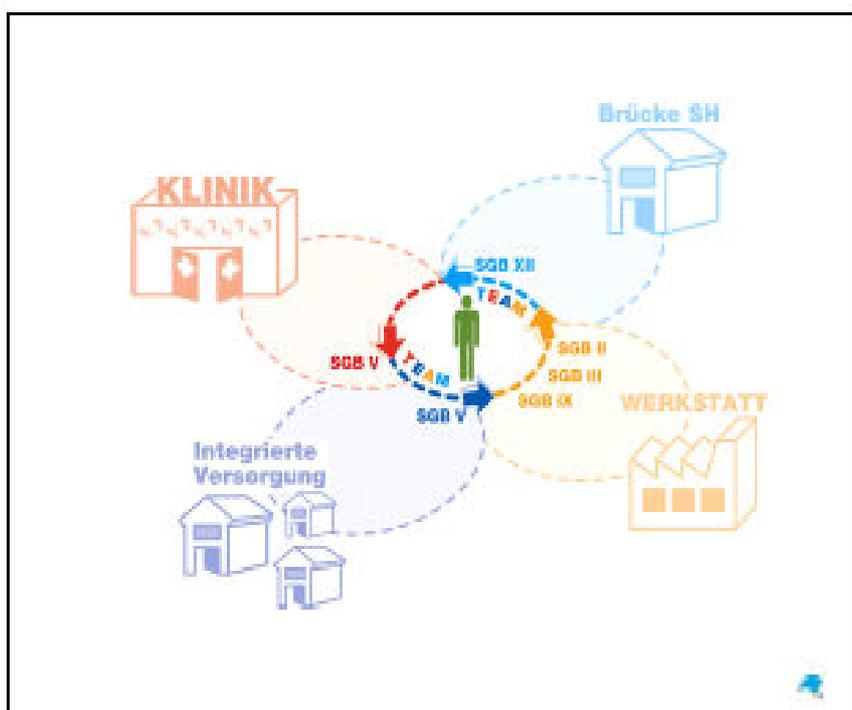
Zu diesen Forderungen sollten wir kritisch im Blick behalten, dass die Errungenschaft der Trias der Werkstätten, Bildung, Beschäftigung und Persönlichkeitsentwicklung aufrecht-erhalten werden muss. Wie wird dies in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes gewährleistet?

Und ein Rückkehrrecht in die Werkstatt muss möglich sein, hier braucht es trägerübergreifende und über den bisherigen Rahmen der einzelnen Leistungsträger (mit der dazugehörigen Gesetzgebung) hinausgehende Regelungen.

Das Budget für Arbeit sollte zukünftig flächendeckend als wegweisendes Instrument für den Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt dienen.

Vernetzung

Auch wir sozialpsychiatrisch Engagierten müssen bekennen, dass unser Blick nicht immer weit über das SGB XII und dessen Förderungsmöglichkeiten hinausging. Und auch da überwiegen Rivalitäten manchmal die Kooperationsbereitschaft. Arbeit ist bei vielen Trägern nicht wirklich im Blick. Wir verstehen uns



häufig zu sehr als Betreuende, weniger als Förderer, deren Ziel es sein soll, sich entbehrlich zu machen. Es kommt das gegliederte Sozialversicherungssystem als Hemmschuh hinzu.

Ein negatives Beispiel ist die Dysfunktion der gemeinsamen Servicestellen geworden. Eine Verbesserung ist nur möglich über strukturelle Änderungen, z. B. Beratungsangebot „Arbeit für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung“, institutionenübergreifend.

Es ist bisher dem Zufall überlassen, ob und wo die Betroffenen ihren Weg in Arbeit finden. Die Angebote werden ganz überwiegend institutionenbezogen präsentiert. Die Menschen werden verwirrt und geben die Suche wieder auf. Der eine landet bei der WfbM, der andere in einem BTZ, und wenn er Pech hat und er „passt nicht“ zu dem Angebot, wird er wieder weggeschickt. Oder er beginnt doch am falschen Ort.

Und wir brauchen eine unabhängige Beratungsstelle für das persönliche Budget in Schleswig-Holstein, um die aktive Nutzung des Budgets zu fördern.

Die Sozialpsychiatrie der letzten zehn Jahre hat diese trockene Diskussion bislang nicht ausreichend wahrgenommen. Sie ist von ganz anderen, inhaltlich und fachlich besser fühlbaren Themen geprägt. „Need-adapted

-treatment“, „home-treatment“ oder Behandlung in der eigenen Häuslichkeit, Dritter Sozialraum, alte und neue Sozialräumigkeit, Medikamentenfreie oder Medikamenten-arme Behandlung, Recovery, neue Beteiligungskultur aber auch mehr Unabhängigkeit der Psychiatrie-Erfahrenen, Rückzugsräume, Dialog, Krisenpension, Soteria etc.- so lauten die gut bekannten Leitbegriffe einer neuen innovativen Sozialpsychiatrie.

Einige gemeindepsychiatrische Träger wie die Brücke Schleswig-Holstein, das Kieler Fenster und allen voran die aus Bremen kommende Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (Gapsy) sowie die Berliner Pinel-Gesellschaft haben für sich und die gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen seit etwa 2005/2006 das Potential der integrierten Versorgung erkannt. Ermöglicht wurde dies zum einen durch ausgesprochen konstruktive und kooperative Erfahrungen mit der AOK Bremen/Bremerhaven, hkk Bremen sowie der City-Bkk in Berlin.

Zum anderen durch einen klugen, sich dem System der ambulanten Gemeindepsychiatrie öffnenden Diskussions- und Verhandlungsprozesses mit der Techniker Krankenkasse (TK).

Insbesondere die TK hat hier mit der keineswegs nur Menschen- bzw. Gemeindepsychiatrie-freundlichen, sondern vom nüchternen Kalkül ge-

prägten Überzeugung realistischer Sparsens bei erwartbarem Qualitätsgewinn erkannt, dass an einer grundlegenden Neuorientierung sowohl an den Behandlungsinteressen des Patienten/der Patientin als auch an der Reduktion der Kosten kein Weg vorbeiführt.

Das erscheint mir als ein wesentliches Signal in die Gemeindepsychiatrie und könnte für alle Leistungsbereiche und Hilfeangebote gelten, die wir als Leistungserbringer vorhalten.

Hier haben Leistungsträger, und es sind die Krankenkassen, die diesen Weg gehen und dabei muss man sich in Erinnerung rufen, dass gerade die Krankenkassen bislang eher kleinteilig und kontrollierend gedacht und gehandelt haben, einen neuen Weg in ihrem Leistungssegment eingeschlagen.

Der Weg heißt Budgetverantwortung an die Leistungserbringer geben, Reduzierung des administrativen Aufwands, Erfolgsbemessung durch wirtschaftliche Verantwortung und Wirkungsorientierung und ist im Rahmen des Abschlusses von Selektivverträgen hier auch möglich.

Ähnliches gilt auch für den Abschluss des regionalen Psychiatriebudgets durch die Krankenkassen und könnte, sofern die rechtlichen Rahmenbedingungen gegeben sind, auch auf andere Leistungsträger übertragbar sein.

Wenn Leistungsträger eine Budgetvergabe nicht als vorrangig ökonomisches Steuerungsinstrument sehen, sondern als eine nachhaltig wirkende Weiterentwicklung der Systeme, dann nähern wir uns einer Personenzentrierung in allen Hilfeangeboten.

Denn was verhindert derzeit noch eine wirklich lebensweltorientierte oder personenzentrierte Hilfe?

Es sind doch die engen Bedingungen innerhalb der jeweiligen Sozialgesetzbücher, die Versäulung der Finanzierungssegmente. Und letztlich trifft dies auf alle Bereiche der Hilfen für Menschen mit psychischen Behinderungen oder seelischen Erkrankungen zu.

Weitgreifende Weiterentwicklung beginnt in unseren Köpfen, durch andere Sichtweisen und vernetzenden Austausch.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit



Wochen der Gemeindepsychiatrie 2013



Projektthema:

Fest der Demokratie

Mit dem Fest der Demokratie wird den BürgerInnen die Möglichkeit geboten, sich über die verschiedenartigen sozialen, kulturellen und politischen Aktivitäten städtischer Vereine und Verbände sowie der demokratischen Fraktionen zu informieren und werden zum Mitgestalten und der Wahrnehmung ihrer demokratischen Rechte aufgefordert.

Auch der Verein „Das Boot“ Wismar e. V. wird wieder mit einem **Informationsstand** vertreten sein. Hier können Sie bei Kaffee und Kuchen ins Gespräch kommen und auch ihr handwerkliches Geschick beim **Weben eines gemeinschaftlichen BUNTEN Teppichs**, im Sinne des Inklusionsgedankens, ausprobieren.

Die **Trommelgruppe „Schlagfertig“** der **Wismarer Werkstätten GmbH**, bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Zweigwerkstatt für psychisch erkrankte Menschen, Factory, der Hauptwerkstatt Wendorfer Weg und der Zweigwerkstatt Lukaswiese, unter Leitung von Herrn Olaf Dapschies eröffnet das Fest.

Allgemeine Daten:

Datum: 25.05.2013
Beginn: 10.00 Uhr bis 16.00 Uhr
Ort: Wismarer Innenstadt
(Boulevard und Hegede)

Projektverantwortliche:

Name: Inga C. Frankenstein,
Rinetta Rex-Grünhagen
Telefon: 03841/2250959
Fax: 03841/2256918
e-mail: frankenstein@das-boot-wismar.de
Adresse: Tagesstätte "Kompass"
Neustadt 1
23966 Wismar

Stark wie Pippi Langstrumpf ?

**Kinder psychisch kranker Eltern –
Belastungen, Resilienzen, Interventionsmöglichkeiten**



Eine Veranstaltung im Rahmen der 9. Wochen der Gemeindepsychiatrie 2013 in der Hansestadt Wismar und im Landkreis Nordwestmecklenburg

Veranstalter:

„Das Boot“ Wismar e.V., Verein zur Förderung seelischer Gesundheit und Integration-
in Zusammenarbeit mit den HELIOS Kliniken Schwerin und dem Sana Hansekrankenhaus Wismar

Mittwoch, 22.05.2013
13.00 bis 16.00Uhr
Konferenzraum, Technologie- u. Gewerbezentrum e.V.
Alter Holzhafen 19
23966 Wismar

Projektverantwortliche:

Wiebke Hamelau
Telefon: 03841 - 22 430 10
Fax: 03841 – 22 567 19
e-mail: hamelau@das-boot-wismar.de
Adresse: Lübsche Straße 44, 23966 Wismar

In den vergangenen Jahren kamen die besonderen Herausforderungen von Kindern psychisch belasteter Eltern zunehmend in den Blickpunkt. Bundesweit entstanden und entstehen mit viel Engagement immer mehr familiengerechte Hilfen. Es zeigt sich, dass gut vernetzte, komplexe und spezialisierte Hilfen dem Bedarf und den Bedürfnissen dieser Familien am besten gerecht werden können. Das wird möglich, indem sich die unterschiedlichen Perspektiven von psychiatrischer Versorgung und Kinder- und Jugendhilfe annähern und verbinden, um eine gemeinsame, umfassende wie auch spezielle Hilfe innerhalb der örtlichen Gegebenheiten „kreieren“. Die Frage diesen Hilfen stellt sich auch für den Kreis Nordwestmecklenburg.

An unserem Fachtag sollen die Bedeutung kombinierter Hilfen für Familien, die von psychischer Erkrankung betroffen sind, in den Mittelpunkt gerückt werden. Wir wollen uns in einem Vortrag von Prof. Albert Lenz und Stellungnahmen verschiedener Beteiligter im Wismarer Hilfesystem und im gemeinsamen Austausch den Sinn, sowie die Möglichkeiten von „Hilfen aus einer Hand“ hier vor Ort genauer anschauen.

FRÜHLINGSERWACHEN

die Menschen wollen lachen in der Sonne, wir genießen ihre Wärme mit Wonne

LESUNG

Die Sonne steht höher, der Schnee zieht sich langsam zurück,
das ist für mich Frühjahrserwachen und das große Glück

22.03.2013 18 – 20 UHR

Frühlingserwachen ist, wenn Kinder wieder draußen spielen und lachen, ist,
wenn uns warm um Seele und Herz, es ist Frühling, Ende März

LÜBSCHER STRASSE 44 WISMAR

Sachen, die nicht mehr passen, meine Fenster, die vor Winterdreck erblassen

10 JAHRE LITERATURBO(O)TEN

Blumen sprießen aus der Erde, der Schnee schmilzt, das ist nicht verkehrt.
Die Vögel künden durch ihren Gesang, schon rechtzeitig das Frühjahr an



„DAS BOOT“ WISMAR e.V.

ANKER SOZIALARBEIT

Gemeinnützige GmbH



Termine der Weiterbildungsakademie der ANKER Sozialarbeit Schwerin:

17.04.2013 und 08.05.2013 9.00 – 16.00 Uhr	Achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Sozialpsychiatrie P. Stammeier, Hamburg	Rogahner Str. 4 19061 Schwerin
24.04.2013 14.00 – 16.00 Uhr	Umgang mit Menschen mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung M. Neubauer, Schwerin	Sacktannen 12, Halle 5 19057 Schwerin
03.06.2013 und 04.06.2013 9.30 – 16.30 Uhr	Praxisseminar „Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression“ B. Menge, KUGA-Trainer	Sacktannen 12, Halle 5 19057 Schwerin

Weitere Informationen sowie die Anmeldeformulare erhalten Sie unter <http://anker-sozialarbeit.de/weiterbildungsakademie.php>.

Weitere Termine unserer Mitgliedseinrichtungen:

Termin	Veranstalter	Ort	Titel
11. April 2013 14.30 Uhr bis 17.15 Uhr	„Ohne Barrieren e.V.“	Rostock, Nikolaikir- che	„Musik am Nachmit- tag“
26. April 2013 10.00 Uhr bis 16.00 Uhr	„Ohne Barrieren e.V.“	Rostock, Küsten- mühle	Fachtagung: Autis- mus - Spektrum - Störungen
5. Mai 2013	„Ohne Barrieren e.V.“	Rostock, Rathaus und Universitäts- platz	„Europäischer Tag der Menschen mit Behinderungen“
14. Juni 2013	Verein für Blinden- wohlfahrt Neuklos- ter e.V.	Neukloster	„Tag der offenen Tür“

Arbeitsgruppentermine 2013

UAG Hilfen zur Arbeit Fr. Pagels	14.03.2013 Güstrow	06./07.06.2013 Stralsund	24.10.2013
UAG Leiter PSW Fr. Köpke 0385 / 59 11 10		25./26.04.2013 Kirch Kogl	24./25.10.2013 Gützkow
UAG Betreute WF Fr. Nitzke 039741 / 80 400	13.03.2013 Neubrandenburg		
UAG Tagesstr.-Ost Fr. Wiebke 0395 / 77 71 15	21.03.2013 Ueckermünde	20.06.2013 Stralsund	10.10.2013 Grimmen
UAG Tagesstr.-West Hr. Johnson 038203 / 6 39 89	17.04.2013 Rostock		
AG Geschäftsführ. Fr. Rieck 03841 / 20 04 27	07.03.2013 Matgendorf		
UAG PPWH Fr. Freitag 038758 / 3 02 23	21.03.2013 Matgendorf	13.06.2013 Stralsund	19.09.2013 Rostock
UAG GeschlosseneWH Hr. Brandt 03998 / 36 06 80	21./22.03.2013 Stralsund		
AG HP/HPK Fr. Niebergall-Sippel 0385 / 6 17 32 56 Fr. Dr. Wrociszewski 0381 / 3 81 43 46	25.01.2013 Rostock	24.05.2013 Rostock	08.11.2013 Rostock
AG Forens. Psych. Hr. Leeder 03831 / 45 30 74	15.03.2013 Parchim	06./07.06.2013 Waren Neustrelitz	
AG Länger leben in MV Fr. Fischer 0151/ 11339345			
AG Kinder- u. Jugendpsychiatrie Fr. Bertold 0381 / 123 71 24	22.03.2013 Rostock		
Landesarbeitsgruppe Tages - und Kontaktgestaltung	24.01.2013 Rostock	10.04.2013 Rostock	
Landesarbeitsgruppe Wohnen - und Selbstversorgung - Fr. Tampe-	28.01.2013 Rostock	15.04.2013 Rostock	
Landesarbeitsgruppe Teilhabe an Arbeit, Ausbildung u. Beschäftigung	24.01.2013 Rostock	10.04.2013 Rostock	

Eigene Termine des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V. : April bis Juli

Termin	Veranstalter	Ort	Titel
22. April 2013	LIGA, DBZ & LSP	Schwerin	Behandlungsrecht in der Psychiatrie
14. Juni 2013	LSP	Wismar	Mitgliederversammlung
21. Juni	GGP mbH, AWO- Sozialdienst Rostock GmbH, Universitätsklinik Rostock, LApK MV, Institut für Sozialpsychiatrie MV e.V., LSP e.V.	Rostock	3. Rostocker Psychiatrieforum