

Aufbruch Psychiatrie **in Mecklenburg-Vorpommern**

Personenzentriert und lebensfeldorientiert
ins nächste Jahrtausend

von

Ingmar Steinhart, Rostock

Modellprojekt Sozialpsychiatrie

Vorabdruck
Psychosoziale Umschau Juli '99

Aufbruch Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern **Personenzentriert und lebensfeldorientiert ins nächste Jahrtausend** von Ingmar Steinhart

Einführung

Während in den ersten Jahren nach der "Wende" die Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern durch den bundesweit ausgestrahlten Film *Die Hölle von Ücker Münde* vor allem durch negativ - Schlagzeilen auf Basis der desolaten fachlich-konzeptionellen und baulichen Zustände in der Ücker Münder Anstalt im Nordostzipfel des Landes auf sich aufmerksam machte, hat sich mittlerweile eine bunte Palette von differenzierten sozialpsychiatrisch-orientierten Einrichtungen mit einer ebenso vielfältigen Trägerlandschaft entwickelt. Im wesentlichen handelt es sich um das von der Psychiatrie-Enquete (1975) und den nachfolgenden Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 empfohlene Institutionsspektrum von "kleineren" Einrichtungen in den sogenannten "komplementären" Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur.

Besonders positiv zu bewerten ist in Mecklenburg-Vorpommern die heute erreichte nahezu flächendeckende Vorhaltung von Tagesstättenplätzen in einer Größenordnung von 455 Tagesstättenplätzen in 29 Einrichtungen. Hinzu kommt, daß mittlerweile fast 300 Psychiatrie-Erfahrene in Gemeinwesenintegrierten Wohnformen leben, davon über 200 Menschen im "Betreuten Wohnen", die übrigen in Wohngemeinschaften.

Darüber hinaus konnten psychiatrische Abteilungen über das Land verteilt an Allgemeinkrankenhäusern etabliert werden; die landesweite Bettenmeßziffer für die Psychiatrie liegt bis heute weit unter vergleichbaren Daten anderer Bundesländer. Daher müssen in Mecklenburg-Vorpommern heute keine Psychiatriebetten abgebaut werden; vielmehr kann jetzt in Ruhe und mit Bedacht eine vorsichtige Anpassung an den tatsächlichen Bedarf "von unten" vorgenommen werden. Somit erfolgt die Ausweitung von "Bettenkapazitäten" derzeit primär unter sozialpsychiatrischen Aspekten: d.h. bedarfsorientiert und die Aufstockung v.a. teilstationärer Kapazitäten ist verbunden mit dem Auftrag an diese Tageskliniken, im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern möglichst im Verbund mit Institutsambulanzen oder sozialpsychiatrisch orientierten Schwerpunktpraxen an dezentralen Standorten den Bürgerinnen und Bürgern eine wohnortnahe tagesklinische Behandlung anzubieten und dabei gleichzeitig die stationären Einheiten zu entlasten.

Ebenfalls konnten für die universitären Einrichtungen bei der Neubesetzung von Hochschullehrerstellen sozialpsychiatrisch-orientierte Lehrstuhlinhaber gewonnen werden, so daß sich auch aus den Hochschulen heraus in Praxis, Forschung und Lehre perspektivisch positive Impulse für die Weiterentwicklung der Psychiatrie ergeben werden.

Den insgesamt positiven Trend unterstreicht, daß sich alle ehemaligen Anstalten des Landes v.a. in Ücker Münde, Stralsund und Kloster Dobbertin zumindest auf dem Weg eines Aufbruches und Neubeginnes befinden, verbunden mit einer Umstrukturierung und Dezentralisierung. Diese Entwicklung wird sowohl von den Trägern selbst vorangetrieben, ist aber auch - z. B. im Gegensatz zur Anstaltspolitik in anderen neuen Bundesländern wie Brandenburg, Sachsen-Anhalt - erklärte Politik des

Landes Mecklenburg-Vorpommern: Anstaltsähnliche Unterbringung bzw. Verwahrung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sollen in einem überschaubaren Zeitraum nicht nur überwunden werden, sondern dann auch definitiv der Vergangenheit angehören. Die bisherigen überregionalen Anstaltsstrukturen sollen jeweils durch ein dezentrales gemeindeintegriertes Verbundsystem ersetzt werden.

Getrübt wird diese nach den Kriterien der Expertenkommission von 1988 als äußerst positiv zu bewertende Entwicklung der institutionellen Landschaft durch die nach wie vor sehr hohe Zahl von Heimplätzen im Land, die immer noch die "Hauptlast" der Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen tragen. Leider wurden auch nach der Wende einige wenige "Struktursünden" (legt man gemeindepsychiatrischen Kriterien der Strukturqualität zugrunde) begangen: z.B. wurde an einem sehr dezentralen Standort ein psychiatrischen Pflegeheim mit über 100 Betten neu etabliert. Insgesamt existieren heute über 800 Heimplätze in Psychiatrischen Pflegeheimen und Psychosozialen (Übergangs)Wohnheimen in einem Bundesland mit nur 1.820.333 Einwohnern; dies entspricht einem Verhältnis von 0,5/1000 Einw. und einem Anteil von 75 Prozent aller im Bereich des Wohnens bereitgestellten Platzkapazitäten. Der Heimbereich "frißt" insgesamt sogar 75 Prozent aller Ausgaben der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger im Bereich der Psychiatrie auf.

Zusammenfassend kann die Situation in Mecklenburg-Vorpommern, orientiert an den (heute veralteten) eher institutionell orientierten Normen und Werten der Psychiatrie-Enquete und den Empfehlungen der Expertenkommission von 1988 als weitestgehend gut bezeichnet werden. Die fachlichen Entwicklungen der letzten fünf Jahre und die Empfehlungen der Kommission der Bundesregierung von 1996, die eng verbunden sind mit der Forderung nach einem Paradigmenwechsel vom institutionszentrierten zum personenzentrierten Ansatz, haben allerdings in den Strukturen, der Strukturplanung und insbesondere in der Finanzierung noch keinen entscheidenden Niederschlag gefunden. So sind die Finanzierungsanreize nach wie vor institutionszentriert und stellen keinesfalls den Klienten in den Mittelpunkt, wie dies dem heutigen Stand der Wissenschaft und letztlich auch dem BSHG entsprechen würde.

Es sind daher in den letzten Jahren verstärkt Forderungen - im wesentlichen artikuliert durch den Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V. - laut geworden, die Entwicklung der Psychiatrie nicht mehr nach veralteten institutionszentrierten Standards voranzutreiben und somit den Entwicklungsrückstand der Ost- auf die Westdeutsche Psychiatrie über Jahrzehnte festzuschreiben, sondern vielmehr unmittelbar zur Jahrtausendwende den Paradigmenwechsel hin zu einem personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatz einzuleiten. Denn nur auf diesem Weg erhält Mecklenburg-Vorpommern die Chance, ein eigenes Profil psychiatrischer Entwicklung auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung sowie auf einem zeitgemäßen Niveau gemeindepsychiatrischer Versorgung zu entwickeln. Die im folgenden näher skizzierten Planungen lassen bei konsequenter Umsetzung den Schluß nicht als übertrieben erscheinen, daß Mecklenburg-Vorpommern in wenigen Jahren zu den Bundesländern mit einem der höchsten fachlichen Standards und Entwicklungspotentiale bezogen auf einen gemeindeintegrierten und lebensfeldorientierten Ansatz psychiatrischer Versorgung gehören wird.

Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern als eine treibende Kraft der Innovation

Die bisherigen positiven Entwicklungen und der erreichte Zwischenstand der Psychiatrie-Reform hat sicherlich viele "Mütter und Väter": hierunter sind vor allem zu nennen die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Basis, die z.T. trotz anfangs schwieriger und unsicherer Finanzierungsstrukturen am Aufbau der Gemeindepsychiatrie mitgewirkt haben, es wären zu nennen zahlreiche aus Bundes- und Landesmitteln finanzierte Modellprojekte mit zu Anfang "waghalsigen Trägern", die sich heute vielfach konsolidiert und dann zu "regionalen Quellen" sozialpsychiatrischer Aktivitäten entwickelt haben, und schließlich das Sozialministerium mit seinem eindeutig gemeindepsychiatrisch orientiertem Psychiatriereferenten, der diese Linie seit Jahren konsequent weiterverfolgt.

Wesentlich beeinflusst wurde die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungslandschaft jedoch vor allem durch die vor fünf Jahren erfolgte Gründung des Landesverbandes Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V.. Den Anfang machten einige besonders engagierte psychosoziale Hilfsvereine, mittlerweile zählen zu den Mitgliedern praktisch alle wesentlichen Träger der psychiatrischen Versorgung Mecklenburg-Vorpommerns im außerklinischen Bereich sowie einzelne Kliniken, und dies übergreifend über alle Wohlfahrtsverbände inklusive privater Anbieter. Insofern hat sich der Landesverband seit seiner Gründung bis heute zu einem sehr starken *Fachverband Sozialpsychiatrie* entwickelt, der sich mit dieser Autorität versehen in Politik und Praxis vehement für die Fortentwicklung der Gemeindepsychiatrie und deren solider Finanzierung einsetzt. Vergleichbare Strukturen hierzu findet man im Bundesgebiet lediglich im Rheinland mit der "Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie Rheinland" (AGPR). Finanziell wird der Landesverband psychosozialer Hilfsvereine durch das Land Mecklenburg-Vorpommern aus Haushaltsmitteln des Psychiatrie-Referates sowie aus Mitgliedsbeiträgen unterstützt. Der Landesverband engagiert sich durch seine Aktivitäten nicht nur für die sozial und gesundheitspolitische Willensbildung, sondern fördert die Qualität psychiatrischer Versorgung direkt u.a. durch zahlreiche landesweite themenbezogene Arbeitsgruppen, durch die Beteiligung an einer sozialpsychiatrischen Ausbildung zur gemeindepsychiatrischen Fachkraft mit staatlicher Anerkennung sowie durch die Erstellung und Aktualisierung des "Wegweisers Psychiatrie", einem Führer durch die psychiatrische Versorgungslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern mit allen Angeboten, Anschriften, Telefonnummern und Ansprechpartnern. Da der Landesverband direkt von den an der Versorgung beteiligten Trägern getragen wird, entwickeln sich alle beschriebenen Aktivitäten viel praxisnäher und handlungsorientierter und mit einem dauerhaft höheren Qualitätsanspruch, als wenn diese Aktivitäten z.B. an externe "Beratungsunternehmen" vergeben würden, wie dies andernorts vielfach der Fall ist. Insofern hat sich der Landesverband psychosozialer Hilfsvereine neben der Funktion als Lobbyist für eine sozialpsychiatrische Ausrichtung der Psychiatrie zu einem hochqualifizierten Dienstleister sowohl für die Mitgliedsvereine als auch in Teilaspekten für die Landesregierung entwickelt - eine Funktion, die perspektivisch durch die Ausgründung eines eigenen *"Institutes für Gemeindepsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern"* gestärkt werden soll. Diese perspektivisch fortzuschreibende Entwicklung zum Dienstleister für den Anschlag von Innovationsprozessen und Umsetzungsbegleitung, für die Evaluation psychiatrischer Strukturveränderungen einschließlich einer landesweiten "Psychiatrie-

Berichterstattung" sowie für die Erarbeitung von Vorschlägen zur kontinuierlichen Fortschreibung des Landespsychiatrieplanes wurde durch die Übernahme eines Modellprojektes in Trägerschaft des Landesverbandes

im Auftrag des Sozialministeriums aktuell verstärkt.

Modellprojekt Sozialpsychiatrie

Dieses *Modellprojekt Sozialpsychiatrie "Struktur, Qualität und Finanzierung gemeindepsychiatrischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern"* mit einer Laufzeit von zunächst drei Jahren bis 2001 soll fachliche Impulse für die notwendigen Strukturveränderungsschritte im Sinne eines personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatzes geben. Zunächst erarbeitete das Modellprojekt einen Überblick über die Finanzierungsstrukturen und vorhandenen Einrichtungen im Bereich des BSHG. Die Erarbeitung der Zahlen, d.h. welche Angebote mit welchen Kapazitäten existieren und für welche Psychiatrie-Angebote wird wieviel Geld ausgegeben, brachte bereits erste interessante Ergebnisse im Sinne der oben beschriebenen heim- und institutionszentrierten Finanzierung. Interessant war in diesem Zusammenhang auch festzustellen, daß die "Finanziers" selbst keinen genauen Überblick - insbesondere unter fachlich-inhaltlichen Gesichtspunkten - darüber haben, wofür die Landesmittel ausgegeben werden.

Als zweite Aufgabe wurden dem Modellprojekt die Entwicklung eines landesweiten Strukturkonzeptes für eine gemeindeintegrierte Versorgung, ausgehend von einem personenbezogenen und lebensfeldorientierten Ansatz übertragen. Hieraus abgeleitet wurden praxisbezogene Vorschläge zur Umsetzung innerhalb der gesetzlich gegebenen Rahmenbedingungen, insbesondere unter den in 1999 veränderten Aspekten des § 93 BSHG sowie einer Landesregelung zur Überwindung der Splittung von Zuständigkeiten im § 100 BSHG (örtlicher/überörtlicher Kostenträger) entwickelt. Um eine möglichst praxisnahe Arbeit und konkrete Ergebnisse zu ermöglichen, wird im Projektzeitraum gleichzeitig in fünf Erprobungsregionen auf unterschiedlichen Ebenen mit je individuellen, regional abgeleiteten Zielstellungen der Paradigmenwechsel zu einer personenorientierten Psychiatrie beratend begleitet. Regionale Einzelfragestellungen sind u.a. : Bildung eines regionalen Psychiatriebudgets zunächst innerhalb der Sozialhilfe, Umwandlung eines Heimes in eine Wohnanlage, Etablierung von Case-Management-Systemen, Aufbau eines Systems zur Hilfebedarfsermittlung, Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes ohne zusätzliche Heimkapazitäten.

Für eine wissenschaftliche Evaluation dieser mit solcher Konsequenz in der Durchführung für ein ganzes Bundesland einmaligen Aktivitäten reichen leider zur Zeit die Haushaltsmittel des Landes Mecklenburg-Vorpommern nicht aus; hier ist geplant, Bundesmittel einzuwerben.

Fachlich-inhaltlich begleitet die Arbeit des Modellprojektes ein vom Sozialministerium über den Staatssekretär personenbezogen berufener Beirat, in dem sowohl die Gesundheits- und Sozialpolitiker aller Parteien des Landtages vertreten sind als auch Vertreter der psychosozialen Hilfs- und Trägervereine, des Liga-Fachausschusses, der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen psychisch Kranker, der Kliniken und der Universitätspsychiatrie, der Pflegeheime, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Kostenträger der Sozialhilfe etc. Insofern ist die Meinungsbildung innerhalb der fachlichen

Ausrichtung auf breite Füße gestellt und eine sehr hohe Transparenz für alle von der Umprofilierung der Psychiatrie "betroffenen" Gruppen sichergestellt.

Basisstrukturmodell

Bevor über zukünftige Finanzierungsstrukturen insbesondere unter Berücksichtigung des § 93 d BSHG nachgedacht wird, sollte vom Modellprojekt vorab ein fachlicher Standard für die Umprofilierung der Psychiatrie entwickelt werden. Dies gestaltete sich vor allem deswegen schwierig, da Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland mit einer sehr dünnen Bevölkerungsdichte ganz andere Versorgungsstrukturen erfordert als die bisherigen westdeutschen Vorzeigemodelle wie z.B. Bremen, Berlin oder Regionen im Rheinland. Der Qualitätsstandard sollte zwar unter bestimmten fachlichen

Gesichts

punkten(lebensfeldorientiert, personenzentriert) als verbindliche Leitlinie sehr "eng" beschrieben werden, andererseits mußte diese "Norm" ausreichende Spielräume für "individuelle regionale Entwicklungen lassen". Unter Beachtung der dünnen Besiedelung und der bestehenden Angebote wurde dann bei der Erarbeitung des *Basisstrukturmodells gemeindeintegrierter Versorgung* zwar von den Vorschlägen der Expertenkommissionen von 1988 und 1997 ausgegangen, vorgeschlagen wurde jedoch ein differenzierteres Drei-Ebenen-Modell der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, wobei unterhalb der Ebene der Gebietskörperschaften in sogenannten "Subsektoren"(40.000 bis 60.000 Einw.) die Sicherstellung der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung erfolgt.

Diese **erste Ebene** ist die für ländliche Gebiete und die Großstadt Rostock vorgeschlagene Ebene von **Subsektoren** innerhalb der Gebietskörperschaften, in denen insbesondere folgende "**basale**" **Hilfsangebote** vorhanden sein sollten:

1. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung, insbesondere aufsuchende Leistungen im Wohnbereich (d.h. eigene Wohnung) in Form des *Betreuten Wohnens* oder *Betreuter Wohngemeinschaften*
2. Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung im Sinne von Grundversorgung durch Fachärzte sowie der Möglichkeit einer kurzandauernden Behandlung und Krisenintervention im Idealfall verbunden mit tagesklinischen Behandlungsmöglichkeiten
3. Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben insbesondere im Hinblick auf die Angebote von offenen Treffpunkten und Freizeitaktivitäten sowie Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung.

Durch das Vorhalten derartig basaler Hilfsfunktionen erscheint es gewährleistet, daß auch den basalen Bedürfnissen chronisch psychisch Kranker und schwer gestörter Menschen in ihrem Lebensumfeld Rechnung getragen werden kann, ohne der Klientel lange (und z.T. belastende) Wegezeiten oder gar Anstalts- bzw. anstaltsähnliche Unterbringungen fernab von der Gemeinde zumuten zu müssen.

Die **zweite Ebene** ist die Ebene der **Gebietskörperschaft**. Diese Ebene stellt die zentrale Strukturebene dar, da hier die Basisstruktur der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Form des funktional gegliederten **Gemeindepsychiatrischen Verbundes** in Anlehnung an die Empfehlungen der Expertenkommission von 1997 organisiert wird.

Die **dritte Ebene** ist die der **Versorgungsregion**. Auf dieser Ebene findet die klinisch stationäre Versorgung statt. Jedoch werden auf dieser Ebene auch die eher spezialisierten Angebote der medizinisch/beruflichen Rehabilitation als auch **spezielle Angebote** im Funktionsbereich Arbeit organisiert.

Das Modell beansprucht für sich sowohl den Bedarfen insbesondere von psychisch schwer bzw. chronisch gestörten Menschen gerecht zu werden als auch den gegenwärtigen fachlich - professionellen Standards. Und es setzt an den Gegebenheiten in Mecklenburg-Vorpommern an.

In der Adaptation des Basisstrukturmodells auf die einzelnen Versorgungsgebiete der Ebenen 1, 2 und 3 soll bei der Umsetzung vor allem nach Wegen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehender Einrichtungen gesucht werden. Auch der Aufbau eines Wohnverbundsystems bedeutet vielfach nicht der Aufbau neuer Einrichtungen, sondern wird in der Regel von den vorhandenen Angeboten durch Umstrukturierung und Weiterentwicklung ausgehen.

Insbesondere bieten sich die Reorganisierung von institutionell organisierten Wohnformen, insbesondere Heimbereichen, zu klientenzentrierten Wohnformen mit funktionaler gegliederter Angebotsstruktur an, wobei die Entkoppelung von Wohnform und Betreuungsdichte an erster Stelle stehen dürfte. Andererseits beinhalten die Empfehlungen des Basisstrukturmodells den sofortigen Stop des Auf- und Ausbaues bzw. der baulichen Erneuerung von Heimkapazitäten an noch nicht realisierten Standorten. Heimzentrierte Planungen sollen zukünftig direkt durch Gemeindepsychiatrische Verbände mit vergleichbarem Finanzvolumen im Bereich von Investitionen und Betriebskosten ersetzt werden - dies soll z.B. in einer der fünf Erprobungsregionen modellhaft umgesetzt werden.

Als organisatorische Ausformung sollten in den Subsektoren bzw. bevölkerungsarmen Gebietskörperschaften sogenannte "Service-Häuser" entstehen, entweder als neue Angebotsformen oder ausgehend von einem bestehenden Angebot wie z. B. einer Tagesstätte oder einer Kontakt- und Beratungsstelle oder einem dezentralen Standort des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder einem bestehenden, dann umgewandelten Wohnangebot. Um das Kriterium der Erreichbarkeit zu erfüllen, sollten in einem solchen "Service-Haus" dezentral möglichst viele Angebote aus unterschiedlichen Funktionsbereichen vorgehalten werden - möglichst inklusive ambulanter und teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten.

Umsetzung § 93 d BSHG

Nachdem Anfang des Jahres 1999 im Beirat des Projektes ein breiter Konsens über die fachliche Weiterentwicklung der Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern anhand der inhaltlichen Standards des Basisstrukturmodells erzielt werden konnte, mußten konsequenterweise mit der Umsetzung der neuen Regelungen des BSHG (insbes. § 93) für einen personenzentrierten und lebensfeldorientierten

Standard nicht nur die entsprechenden Finanzierungsvoraussetzungen geschaffen werden, sondern auch finanzielle Anreize für personenzentriertes Arbeiten.

Mittlerweile ist ein breiter Konsens zwischen der LIGA der Wohlfahrtspflege, den psychosozialen Hilfsvereinen, dem überörtlichen Kostenträger und dem Sozialministerium dahingehend entstanden, daß innerhalb eines Übergangszeitraumes von ca. zwei Jahren sowohl ein in Mecklenburg-Vorpommern brauchbares personenbezogenes Erhebungsinstrument entsprechend dem *Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan* (IBRP) der AKTION PSYCHISCH KRANKE (Bonn) einsatzfähig sein sollte inklusive der Schulung aller Beteiligten (insbesondere der Mitarbeiterinnen in der Praxis und der Sozialpsychiatrischen Dienste als Gutachter) als auch, daß auf der Basis von Zeitwerten (Minuten pro Woche) der zu erbringenden Leistungen (=Hilfebedarf) innerhalb von vier Leistungsbereichen die vom BSHG geforderten *Maßnahmepauschalen nach Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf* auf Basis eines Minutenpreis ausgehandelt wird. Konsens besteht auch darüber, daß es entsprechend eines vom Modellprojekt ausgearbeiteten "Eckpunktepapieres zu § 93 a/ BSHG" in einem Landesrahmenvertrag eigene und differenzierte Regelungen für die Psychiatrie geben soll. Dies bezieht sich insbesondere auf die Erhebung des Hilfebedarfes und die Gestaltung der Maßnahmepauschalen. Während der zweijährigen "Fortschreibungsphase" werden bestehend Institutionen als Leistungstypen fortgeschrieben, ab dem 1.1.2002 werden Leistungen nach BSHG nur noch nach dem neuen personenzentrierten System finanziert. Allerdings wird man althergebrachten Strukturen Übergangszeiträume zur Anpassung an die Standards des Basisstrukturmodells einräumen müssen. So positiv der heute erreichte Gesprächsstand auch ist, so sehr wird sowohl von Anbieter- wie Kostenträgerseite die "Ideologie" des Modellprojektes einer "kostenneutralen Umschichtung" auf Basis der derzeit erfaßten Fallzahlen beargwöhnt: die einen könnten in der personenbezogenen Hilfebedarfs ermittlung die Chance zur Leistungsausdehnung sehen, die anderen könnten eine strikte Budgetdeckelung oder Leistungseinschränkung anstreben. Solange dieses Mißtrauen auf beiden Seiten nicht ausgeräumt werden kann, werden die Verhandlungen im konkreten Einzelfall der Umsetzung ins Stocken geraten. Das Modellprojekt hat bisher als "ehrlicher Makler" im Sinne der Verbesserung der Angebotsstruktur und des höheren Standards der Psychiatrie für die von "Psychiatrie betroffenen" Menschen versucht, Vertrauen bei allen Beteiligten und Offenheit für die Diskussion des notwendigen Paradigmenwechsels auch in der Finanzierung herzustellen. Wie weit dies zukünftig gelingt, werden die nächsten Schritte des Aushandlungsprozesses zeigen.

Der ehrliche Wille nicht nur zum "Reförmchen", sondern zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel in der Psychiatrie innerhalb der vereinbarten Zeitschiene von zwei Jahren zu kommen, ist bei allen Beteiligten trotz Skepsis bei Detailfragen der Umsetzung deutlich zu spüren, so daß wir heute bereits eine vorsichtig optimistische Prognose für den *Aufbruch Psychiatrie* in Mecklenburg-Vorpommern wagen.

Informationen zum Modellprojekt können beim Projektteam in Rostock unter folgender Anschrift bezogen werden:

Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Modellprojekt Sozialpsychiatrie, Schiffbauerring 20, 18109 Rostock.
Tel.: 0381 / 123 71 17