

In dieser Ausgabe:

Brief des Vorstandes zur Novellierung des Sozialhilfefinanzierungsgesetz	2
Vorbereitung zur Gedenkveranstaltung: „Erinnern, Betrauen, Wachrütteln“ im Januar 2010	3
„Stell Dir vor, es ist Hilfeplan-konferenz und alle sind zufrieden“	4
Modellprojekt: „Länger Leben in Mecklenburg-Vorpommern“	7
Modellprojekt: „Beratung TAB MV“	8
Termine	
Impressum	

Neues aus der Geschäftsstelle

Liebe Mitglieder und Freunde des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V.,

wie Sie möglicherweise wissen, hat es in der Geschäftsstelle des Landesverbandes einen Wechsel gegeben. Der langjährige Geschäftsführer, Herr Rüdiger Vogel, ist zum 1. Juli in den verdienten Ruhestand getreten und wurde auf einer kleinen Feier am 30. Juni 2009 in Rostock von vielen Wegbegleitern verabschiedet. Herr Vogel hat mit seiner Arbeit den Landesverband aufgebaut und nachhaltig geprägt. An dieser Stelle sei ihm ausdrücklich für sein Engagement gedankt.

Bereits Anfang Juni bin ich als sein Nachfolger nach Rostock gekommen. Ich freue mich auf diese neue und spannende Aufgabe und hoffe, sie im Interesse

unserer Mitgliedseinrichtungen in einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen bewährter Kontinuität und Veränderung zu meistern. Einige Informationen zu meinem Hintergrund finden Sie auf der folgenden Seite.

Eine erste Veränderung soll der vorliegende Infobrief des Landesverbandes sein. Damit verbindet sich nicht nur das Ziel, die Aktivitäten des Landesverbandes zukünftig transparenter zu gestalten und die aktuellen Informationen aus der Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern auf schnelle

und unkomplizierte Weise zu streuen. Gleichzeitig hoffe ich, dass es gelingt, diesen Infobrief auch als Forum zu entwickeln, das von den Mitgliedseinrichtungen gespeist und getragen wird. Insofern wende ich mich auch an Sie mit einer großen Bitte: Wenn Sie Informationen zur Veröffentlichung haben, wichtige oder interessante Termine, eigene Beiträge oder Kommentare, dann senden Sie die Materialien bitte an die Geschäftsstelle (Frau Prieue). Geplant ist übrigens, diesen Infobrief vierteljährlich zu veröffentlichen.

Ich wünsche Ihnen eine gute Sommerzeit und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Andreas Speck



Schwerpunkte des Infobriefes

Aktuell beschäftigt uns natürlich das sogenannte **Sozialhilfefinanzierungsgesetz**. Vor dem Hintergrund der 14. Mitgliederversammlung im Mai 2009 hat der Vorstand einen Brief an die Sozialministerin des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Frau Schwesig sowie an die Parteien des Landestages verfasst, in der er die möglichen Auswirkungen der geplanten Novellierung

des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes analysiert und beschreibt. Ferner finden Sie einen Aufsatz von Christine Nerlich und Ingmar Steinhart zur **Evaluation der Hilfeplankonferenzen in Mecklenburg Vorpommern** mit dem Titel: „Stell dir vor, es ist Hilfeplankonferenz und alle sind zufrieden“. Ein weiterer Schwerpunkt ist das neue gerontopsychiatrische Modellprojekt des

Landesverbandes. Die neuen Mitarbeiterinnen im Modellprojekt **„Länger Leben in Mecklenburg-Vorpommern“**, präsentieren die Projektziele, Hintergründe und einen ersten Sachstand zum Projektverlauf. Die **Termine der Geschäftsstelle** für den Herbst finden Sie auf der letzten Seite.



Kurzvita Andreas Speck

Geboren 1965 in Hannover. Verheiratet, ein Kind. Studienabschlüsse in Erziehungswissenschaft/ Sozialpädagogik (Diplom) sowie Arbeits- und Organisationspsychologie (Master). Ausbildung in klientenzentrierter Beratung (GWG). Langjährige Tätigkeit in der ambulanten und stationären Suchttherapie eines diakonischen Trägers in Süd-Ost Niedersachsen. Wechsel zur Landesstelle für Suchtfragen e.V. nach Kiel als stellvertretender Geschäftsführer und wissenschaftlicher Mitarbeiter. Nebenbe-

ruflischer Lehrbeauftragter an der Fachhochschule für Sozialwesen in Kiel. Anschließend internationale Projektarbeit (EU-Twinning / BMG) im Sozialministerium Estlands / Tallinn sowie im Nationalen Büro für Drogenprävention in Warschau/ Polen mit dem Ziel, die Behörden beim organisatorischen Aufbau bzw. der Fortschreibung des jeweiligen Versorgungssystems für psychisch- und suchtkranke Menschen zu unterstützen. Schließlich Entwicklungshelfer für ein UN-HIV / AIDS Projekt in Nairobi / Kenia für den Kenianischen Arbeit-

geberverband. Letzte Station war die Psychiatriekoordination in der Landeshauptstadt Düsseldorf/NRW. Zentrale Arbeitsthemen dort waren die Steuerung der psychiatrischen Ambulantisierung, der Implementierung von Pilotprojekten zur effizienteren Koordination der Hilfen sowie die Umsetzung des kommunalen Psychiatrieplanes.

Brief des Vorstandes zur Novellierung des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes vom Juni 2009

Die Mitgliederversammlung des Landesverbandes im Mai 2009 stand inhaltlich ganz im Zeichen der anstehenden Novellierung des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes MV. Als Nachtrag zu den Diskussionen auf der Mitgliederversammlung verfasste der Vorstand einen Brief an die Sozialministerin Frau Schwesig (bzw. gleichlautend an die Fraktionen des Landtages), um auf die problematische Finanzsituation insbesondere bei den Personalaufwendungen hinzuweisen.

Sehr geehrte Frau Ministerin Schwesig,

im Zusammenhang mit der geplanten Novellierung des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes möchten wir als Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V. die Gelegenheit erneut zum Anlass nehmen, um auf eine grundlegende Problematik bei der Umsetzung des Gesetzes hinzuweisen.

Da wir bislang noch nicht die Möglichkeit hatten, uns ihnen in einem Gespräch als Landesverband zu präsentieren, gestatten Sie uns zunächst den Hinweis, dass wir ein Netz von über 30 Hilfeebringern psychosozialer Hilfen in Mecklenburg Vorpommern repräsentieren.

Seit vielen Jahren setzen wir uns - gerade auch mit großer Unterstützung aus Ihrem Hause - engagiert und kon-

struktiv mit Fragen der Finanzierbarkeit fachlich hochwertiger Angebote für psychisch kranke Menschen und ihrer Angehörigen auseinander. Vor diesem Hintergrund haben wir als Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V. die grundlegenden Intentionen des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes stets begrüßt und unterstützt.

Anlässlich unserer 14. Mitgliederversammlung am 15. Mai 2009 haben wir jedoch die Ergebnisse einer Mitgliederbefragung vorgelegt, in der die Entwicklung der Personalkosten bei den Trägern sozialpsychiatrischer Hilfen in MV eruiert worden ist.

Dabei wurde drastisch deutlich, dass in den letzten Jahren die Zuweisungsbeträge - um jährlich 2% - nur die Fallzahlsteigerungen kompensieren konnten. Unberücksichtigt blieben jedoch sowohl die Steigerung der Sachkosten (etwa die massive Erhöhung der Energiekosten) als auch die notwendigen Anpassungen der Personalausgaben.

De facto sind somit die Gehälter in den sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern seit 2002 eingefroren.

Als Landesverband fühlen wir uns nicht nur den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unseren Mitgliedseinrichtungen, son-

dem auch der Qualität des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems in Mecklenburg Vorpommern verpflichtet.

Unsere Mitgliedseinrichtungen (vor allem in den eher ländlichen Regionen) berichten übereinstimmend, dass hochqualifizierte und professionelle Fachkräfte in der sozialpsychiatrischen Krankenpflege oder etwa in sozialpsychiatrischen Betreuungen—wie es die anspruchsvollen Arbeitsfelder unbedingt erfordern—kaum zu bekommen bzw. zu halten sind, zumal Anbieter aus den alten Bundesländern (SH,HH) sehr offensiv und mit attraktiven Angeboten das Personal aus unserem Land abwerben.

Dank der verlässlichen Unterstützung durch die Landespolitik ist unser landesweites Angebot an sozialpsychiatrische Hilfen im Bundesvergleich (noch) sehr gut aufgestellt. Wir müssen aber befürchten,

dass unser gemeinsames Interesse an einer hochwertigen und effizienten Versorgung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Mecklenburg-Vorpommern durch Kappung der Zuweisungen und dem darauf resultierenden Mangel an Fachkräften substantiell konterkariert.

Der kommunale Sozialverband MV bietet zwar Erhöhungen im Rahmen von Einzelverhandlungen mit den Leistungserbringern an.

Angesichts des limitierten Volumens der Landeszuweisungen können aber institutionelle Einzellösungen die aus der Situation resultierenden Probleme kaum flächendeckend entschärfen.

Wir möchten Sie deshalb bitten, dafür Sorge zu tragen, dass bei der anstehenden Novellierung des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes unserem Anliegen Rechnung getragen wird und die Personal- und Sachkostensteigerungen

zukünftig angemessen Berücksichtigung finden.

Mit freundlichen Grüßen

Der Vorstand des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V.

Vorbereitung zur Gedenkveranstaltung: „Erinnern, Betrauern, Wachrütteln“ am 27.01.2010 in Schwerin

Die Erinnerungskultur im Zusammenhang mit dem Euthanasieprogramm des Nationalsozialismus will nicht nur den vielen Opfern Gesicht und Stimme geben. Mit Blick auf den radikalen Zivilisationsbruch in den Jahren 1933—1945 soll zudem darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich das Ausmaß der gesellschaftlichen Zivilisierung immer am Umgang mit ihren schwächsten Mitgliedern bemisst: an den alten Menschen, an Kindern und vor allem an (psychisch) kranke Menschen. Natürlich hat sich die öffentliche Situation etwa der psychisch kranken Menschen in der heutigen Zeit deutlich und nachhaltig verbessert. Trotzdem sind Erfahrungen von Ausgrenzung und Marginalisierung bei vielen Betroffenen und ihren Angehörigen nach wie vor präsent.

Vor dem Hintergrund des Gedenktages für die Opfer des Nationalsozialismus werden deshalb im Januar nächsten Jahres die Landesverbände Sozialpsychiatrie e.V., Psy-

chiatry Erfahrener e.V. sowie Angehöriger und ihrer Freunde e.V. erneut den Opfern der nationalsozialistischen und sogenannten „Euthanasieaktion“ gedenken.

Am 27.01.2010 wird dieser Gedenktag in Schwerin stattfinden. Dabei soll besonders an diejenigen Patientinnen und Patienten der ehemaligen Nervenheilanstalt Schwerin erinnert werden, die im Zeichen des nationalsozialistischen Euthanasieprogramms T4 nach Bernburg (Sachsen-Anhalt) „verlegt“ und dort ermordet worden sind oder auf dem Klinikgelände durch aktive oder passive bzw. Handlungen ums Leben kamen.

Nach den bisherigen Planungen der Veranstalter wird es am Vormittag auf dem Gelände der Carl-Friedrich-Flemming Klinik der Helios Kliniken Schwerin eine Kranzniederlegung geben. Anschließend wird im Fridericianum Schwerin ein informatives Rahmenprogramm angeboten, das auch Schulklassen einbinden soll. Am Nachmittag wird die Veranstaltung mit Grußworten, Redebeiträgen und musikali-

scher Untermauerung ausklingen.

Um auch in diesem Jahr diese Veranstaltung durchführen zu können, sind wir unbedingt auf Spenden angewiesen. Wenn Sie diese Veranstaltung finanziell unterstützen wollen, dann spenden Sie bitte auf das Konto des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. unter

Ostseesparkasse Rostock

BLZ 130 500 00

Konto-Nr. 0455002053

Stichwort: Gedenkveranstaltung 27 Januar.

Ansprechpartnerin und Koordinatorin:

Frau Sandra Rieck

„Das Boot“ Wismar

Lübsche Straße 44

23966 Wismar

03841 / 2256710

riECK@das-boot-wismar.de

Stell dir vor, es ist Hilfeplankonferenz und alle sind zufrieden

Von Christina Nerlich und Ingmar Steinhart.

Viel ist in der bundesweiten »Fachwelt« bereits über Erfahrungen mit Hilfeplankonferenzen berichtet worden. Kritische Positionen zur Funktion und Durchführung von Hilfeplankonferenzen stehen neben höchst positiven Einschätzungen der zentralen Bedeutung dieses Instruments für das sozialpsychiatrische Hilfesystem und seine Weiterentwicklung. Auch die persönlichen Erfahrungsberichte der beteiligten Mitarbeiter zeigen ein buntes Bild. Was bedeutet es, wenn eine Hilfeplankonferenz gut arbeitet und was sind die Kriterien, um das feststellen zu können? Oder anders gefragt: Welche Bedingungen sollten erfüllt sein, damit alle Beteiligten mit »ihrer« Hilfeplankonferenz zufrieden sein können?

Ein buntes Bild:

In Mecklenburg-Vorpommern sind seit 2004 regionale Hilfeplankonferenzen für Menschen mit Anspruch auf psychiatrische Hilfen nach § 53 SGB XI etabliert. Als Hilfeplankonferenzinstrument ist der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP-MV) im Landesrahmenvertrag verankert. Durch die kommunale Zuständigkeit für die Steuerung aller Leistungen der Eingliederungshilfe haben sich die entstehenden Hilfeplankonferenzen in den 18 Gebietskörperschaften sehr individuell »aufgestellt« und entwickelt. Dementsprechend erreichten den Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.v. als Vertreter der sozialpsychiatrischen Leistungsanbieter die unterschiedlichsten Stimmungsbilder und Problemanzeigen zur Praxis der Hilfeplankonferenzen.

Im Rahmen unseres vom Sozialministerium finanzierten Modellprojekts »Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe« (KoDE) wollten wir den Regionen in Mecklenburg Vorpommern eine konkrete Praxisunterstützung anbieten. Wir wählten die Methode einer prozessorientierten Evaluation, wodurch die Regionen ihre Hilfeplankonferenzen individuell weiterentwickeln konnten. Gleichzeitig entstand ein generalisierbares Qualitätskonzept einer Hilfeplankonferenz. An dem über zwei Jahre laufenden Projekt beteiligten sich vier kreisfreie Städte und vier Landkreise. Der Kern der Evaluation bestand in der Bewertung der inhaltlichen Qualität der jeweiligen regionalen

Hilfeplankonferenz. Diese wurde sowohl von einer Projektmitarbeiterin als »Externe«, aber auch durch die Mitarbeiter und Nutzer, die bei der Hilfeplankonferenz beteiligt waren, mithilfe von Fragebögen eingeschätzt. Diese wurden ausgewertet, jeweils vor Ort den Beteiligten rückgemeldet und miteinander diskutiert. In der »Mitte« des Projekts stand ein gemeinsamer Workshop für alle Projektregionen, in dem die Inhalte der Evaluation miteinander näher bearbeitet werden konnten. Durch die zweite Teilnahme nach ca. neun Monaten erfolgte die Einschätzung der inhaltlichen Qualität erneut, Veränderungen konnten beobachtet werden. Nach der abschließenden Rückmeldung erfolgte der entscheidende Schritt: die »Filterung« der wesentlich wichtigen Kriterien für eine gute Hilfeplankonferenz und die gemeinsame Weiterentwicklung mit den Projektregionen.

Die Mitarbeiter schätzen die Hilfeplankonferenz

Insgesamt sind die Mitarbeiter positiv zur Hilfeplankonferenz eingestellt. Das ist erfreulich, zeigt es doch, dass das Instrument Hilfeplankonferenz in der Praxis mehr oder weniger akzeptiert wird von denen, die sie gestalten. Die Mitarbeiter (Gesamtzahl n= 92, davon 55% ständige Mitglieder und 45 fallbezogene) konnten auf einer Skala von 0-10 ihre Zustimmung oder Ablehnung zu einzelnen Aussagen ausdrücken (0=lehne ich ganz und gar ab / 10=stimme ich ganz und gar zu):

Die Mitarbeiter schätzen an der Hilfeplankonferenz besonders ihre Möglichkeiten zur personorientierten Gesprächsgestaltung und Problemlösung sowie zur Diskussion unterschiedlicher Sichtweisen. Die verwaltungsrechtliche Funktion der Hilfeplankonferenz steht für die Mitarbeiter nicht im Vordergrund, für sie steht »der Mensch im Mittelpunkt«. Dass das Versorgungssystem durch Hilfeplankonferenzen nutzerorientiert umgestaltet wird, wird eher positiv bewertet.

Auf die Frage »Was hat aus Ihrer Sicht bei der Entscheidung über die Hilfen in Ihrer Region die größte Bedeutung?« sollten die Mitarbeiter in Prozent von Hundert einschätzen, wie sehr einzelne Faktoren in ihrer eigenen Hilfeplankonferenz eine Rolle spielen. »Der Bedarf des Klienten« steht mit 46,5% an erster Stelle, gefolgt von der »fachlichen Argumentation bei Antragstellung und in der Hilfeplankonferenz mit 22%, mit 18,4% spielen »finanzielle Möglichkeiten des Kostenträgers« und die »Interessen der Anbieter« mit 10,9% eine eher untergeordnete

Rolle. Vergleicht man die Wahrnehmung der Mitarbeiter, die nur fallbezogen bei der Hilfeplankonferenz beteiligt sind, mit denen der ständigen Mitglieder, zeigen sich Unterschiede:

Die fallbezogen anwesenden Mitarbeiter schätzten die finanziellen Möglichkeiten des Kostenträgers und die Bedarfsdeckung des Klienten etwas kritischer ein. Die doppelte Funktion einer Hilfeplankonferenz (finanzielle Steuerung des Einzelfalls über fachliche Einzelbedarfsentscheidung) sorgt also für ein Spannungsfeld, in dem die Hilfeplankonferenz sich auch in der Einschätzung der beteiligten Mitarbeiter bewegt. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es sinnvoll ist a) die Verständigung und Kommunikation über die Ziele und Aufgaben einer Hilfeplankonferenz in der Region zu suchen und b) die ausgewogene und angemessene Bedeutung einzelner Bedingungsfaktoren bei einer Hilfeplankonferenz zu pflegen.

Qualitative Verbesserung

Insgesamt nahm die Mitarbeiterin des Projekts an 171 Hilfeplankonferenzgesprächen als Externe teil. Die Einschätzung der Inhalte erfolgte immer bezogen auf den gesamten Tag bzw. auf mehrere Tage. Bei den 171 Gesprächen waren 90 % der Antragsteller mit anwesend, ein Wert, der im bundesweiten Vergleich sehr gut ist und als »Indiz« einer praktizierten Personenorientierung gewertet werden kann. Die Ausgangslage zeigte ein sehr differenziertes Bild in den einzelnen Qualitätsbereichen und im Vergleich der Projektregionen. Die Gesamtwerte reichten auf einer Skala von -2 bis +2 von -0,7 bis zu +1,7. Waren die Bereiche Atmosphäre (1,44) und Personenorientierung (0,92) bereits zu Beginn in den meisten Regionen gut ausgeprägt, so bestand bei der Lebensfeldorientierung (0,52) und Zielorientierung (0,02) deutlicher Entwicklungsbedarf. Nach der Rückmeldung an die Mitarbeiter in einem Workshop in der Mitte des Projekts und der damit verbundenen Beschreibung des Veränderungsbedarfs zeigte sich bei der zweiten Teilnahme neun Monate später, dass alle Bereiche sich verbesserten, besonders aber die Lebensfeldorientierung (1,81) und

die Zielorientierung (0.98). Die Möglichkeit, das eigene Hilfeplanverfahren in einmal anhand konkreter Einschätzungen selbst zu reflektieren, wurde sehr geschätzt. Die inhaltlichen Anregungen, das Achten auf zuvor vernachlässigte inhaltliche Bereiche wie die Berücksichtigung von Ressourcen, von verschiedenen Lebensbereichen und von Zielen erschien den Mitarbeitern hilfreich. Das Überdenken von teilweise bereits routinierten Abläufen und die Förderung der Zusammenarbeit waren ebenfalls wichtige Punkte. Auch Fragen zur Gestaltung des Ablaufs und der Struktur der Hilfeplankonferenz wurden von den Regionen aufgegriffen und konkret verändert. So wurden zum Beispiel nach dem ersten Workshop in einer Region nun alle Klienten ohne Ausnahme eingeladen, die vorherige Besprechung der Unterlagen fand in Anwesenheit der Klienten statt, auch die Fallmanager der ARGE wurden aktiv in die Hilfeplankonferenz mit einbezogen. Bei den Auswertungsgesprächen eröffneten sich den Mitarbeitern oft neue Möglichkeiten der Gestaltung für »ihre« bestehenden Strukturen.

Die Förderung der Zusammenarbeit, des Austauschs der Beteiligten untereinander und die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der Funktion und der geeigneten Form der Hilfeplankonferenz ist ein besonders wichtiger Effekt, der über die rein inhaltlichen Weiterentwicklungen hinausgeht und die Zufriedenheit der Mitarbeiter stark beeinflusst. Gleichzeitig wurde deutlich, dass mangelnde Zusammenarbeit der Beteiligten oft schwer »von außen« oder durch methodische Hinweise zu lösen ist, sondern eher eine supervisory Methode nahelegt.

Auch die Nutzer schätzen die Hilfeplankonferenz

Ob Antragsteller bei einer Hilfeplankonferenz beteiligt sein sollten oder nicht, beantworten die Antragsteller selbst eindeutig: »War die Teilnahme an der Hilfeplankonferenz insgesamt sinnvoll für Sie?« wurde von 89,2% der Teilnehmer mit ja beantwortet - unabhängig von der Zufriedenheit mit einzelnen Inhalten der Hilfeplankonferenz. Es unterstreicht, dass der Einbezug der Nutzer von ihnen selbst gewollt wird. Die »Anwesenheitsquote« der Antragsteller von 90,6% spricht dafür, dass die Einbeziehung der Nutzer in den Regionen schon gut gelingt. Von den Klienten erhielten wir 120 Fragebögen zurück (Rücklaufquote von 77%). Weil wir keine kontrollierte Studie mit den üblichen Einwilligungs- und Schweige-

pfllichtentbindungen betrieben, sondern weil es uns um den persönlichen, ganz subjektiven Eindruck der Nutzer als antragstellende Bürger ging, haben wir keine Diagnosedaten oder weitere sozialmedizinische Daten erhoben. Bei Zufriedenheitsbefragungen der Nutzer per Fragebogen erhält man bekanntermaßen meist Überwiegend positive Antworten von ca. 60-70% Zufriedenheit. Bemerkenswert sind also Ergebnisse, die darüber liegen. Insgesamt haben die Klienten der Personenorientierung in den Gesprächen eine gute »Note« gegeben. 92,5 % der Teilnehmer fühlten sich ernst genommen. Auch die Frage »Konnten Sie dem Gespräch gut folgen?« wurde mit 89% fast ebenso positiv beantwortet. Gut sind auch die Werte für die Frage, ob der Nutzer alles sagen konnte, was ihm wichtig war (77,5 %) und ob die persönlichen Wünsche und Ziele eine wichtige Rolle spielten (76,2%). Allerdings ist die Zufriedenheit der Nutzer höher, je weniger Personenorientierung die externe Beobachtung wahrgenommen hatte. Sagen diese Ergebnisse also eher etwas über den Grad des »Abhängigkeitsgefühls« vom Hilfesystem aus?

Nachdenklich stimmte uns auch das folgende Ergebnis: Die Frage »Haben Sie das Gefühl, dass Sie nun das bekommen, was Sie brauchen?« beantworteten nur 67% der Teilnehmer ungeteilt positiv. Möglicherweise stehen die individuelle Planung und das regionale Angebot noch in keinem optimalen Verhältnis zueinander. Dabei ist gerade das Gefühl, dass die Leistungen, die ich nutze, für mich gut sind, ausschlaggebend für den Erfolg dieser Leistungen.

Dass die Hilfeplankonferenz für sie anstrengend war, bestätigte nur knapp ein Fünftel der Teilnehmer bei der ersten Befragung, mit steigender Tendenz bei der zweiten Befragung. Offensichtlich bringt eine stärkere Personenorientierung und damit eine stärkere aktive Beteiligung im Gespräch mit sich, dass es für die Nutzer anstrengender wird, dass mehr von ihnen gefordert wird, weil auch mehr miteinander diskutiert wird. Vielleicht sind die Nutzer aber auch durch die Evaluation selbst kritischer geworden. In den freien Antworten zu Verbesserungsvorschlägen kritisierten die Nutzer besonders die große Anzahl der Teilnehmer und das Fehlen von Getränken. Manche drückten ihren Wunsch nach mehr Personenorientierung in eigenen Worten aus: »Man könnte auch mal kritisiert werden, wenn angebracht«, oder »Dass es nicht nur um die Aufnahme in Sozialstationen geht, sondern dass

aktuelle Probleme mit angesprochen und wenigstens Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden«, »Finanzielle Dinge erklären, so, dass auch ein Laie sie verstehen kann«. Aber auch positive Rückmeldungen wie z.B. »weiter so!« kamen häufig vor.

Insgesamt fehlen uns qualitative Aussagen der Nutzer zu ihrem Erleben in der Hilfeplankonferenz. Der regelmäßige Fragebogeneinsatz ist sicherlich eine gute Möglichkeit, die Hilfeplankonferenz zu überprüfen. Um mehr zu erfahren, müssten weitergehende inhaltliche Befragungen angestellt werden, wie etwa das Einholen von Feedbacks nach der Hilfeplankonferenz. Auch kleinere Workshops mit den Nutzer oder auch umfangreichere qualitative Nutzerbefragungen könnten hilfreich sein

Zentrale Erfahrungen

Mit externer Beobachtung, Fragebögen und gemeinsamer Reflexion der Hilfeplankonferenz kann die Qualität der Hilfeplankonferenz so verbessert werden, dass Mitarbeiter und Nutzer zufrieden sind. Der kontinuierliche Dialog über Schwierigkeiten und über Erfolge mit den Beteiligten vor Ort fördert die fachliche Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenz. Der Kern der Hilfeplankonferenz, die Haltung und fachliche Kompetenz, lässt sich (nur) miteinander (weiter-)entwickeln und nicht von einer Seite »diktieren«. Die Verständigung über »weiche« Faktoren und inhaltliche Bereiche in der Hilfeplankonferenz kann die Bereitschaft der Mitarbeiter, miteinander die Hilfeplankonferenz personenorientiert zu gestalten, wesentlich anregen. Das bedeutet, dass eine Hilfeplankonferenz den Raum erhalten sollte, um sich selbst eine gemeinsame Ausrichtung zu geben. Es sollte ein Ort geschaffen werden, wo Probleme offen angesprochen werden können. Die Verständigung bei Konflikten und Interessenunterschieden ist der erste Schritt damit die Atmosphäre und gemeinsame Haltung in der Hilfeplankonferenz gelingt. Eine Evaluation und neutrale Rückmeldung ohne unmittelbaren Veränderungsdruck, kann wesentlich dazu beitragen, dass Bewegung in eventuell festgefahrene Positionen kommt und man beginnt, sich

miteinander zu verständigen. Die Hilfeplankonferenz hat eine inhaltliche Qualität, die sich auf die Gestaltung der Gespräche bezieht, und eine strukturelle Qualität, die die Rahmenbedingungen der gemeinsamen Arbeit bestimmt. Beide sind nicht unabhängig voneinander zu sehen und müssen jeweils gepflegt und entwickelt werden. Der »Kitt«, das Verbindende zwischen allem, ist die fachliche Grundhaltung und Ausrichtung - hieran muss gemeinsam hart und mit Streitkultur gearbeitet werden.

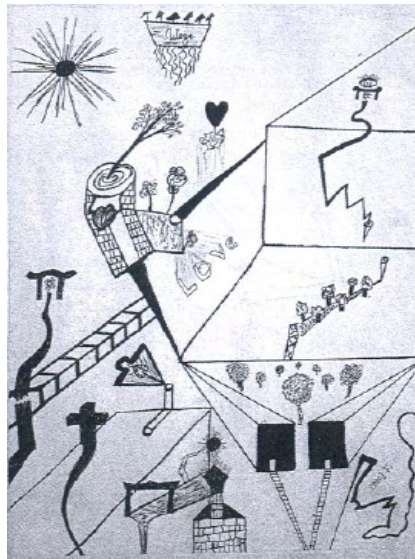
Viele Mitarbeiter haben darüber hinaus Bedarf an professionellem Austausch über die eigene Hilfeplankonferenz mit jemandem »von außen«. Im Anschluss an das Modellprojekt haben andere Gebietskörperschaften Anfragen für Hospitationen und Austausch untereinander gestellt. Die nun seit einem Jahr existierende Arbeitsgruppe Hilfeplanung/Hilfeplankonferenz des Landesverbands Sozialpsychiatrie unterstützt den themenbezogenen Austausch der verschiedenen »Praktiker« vor Ort.

Auch wenn eine Hilfeplankonferenz gut gelingt—unbefriedigend bleibt insbesondere bei weitflächigen Landkreisen das Angebot der Hilfen und die mangelnde Flexibilität in der Leistungsgestaltung. Hier ist das notwendige Pendant einer guten Hilfeplankonferenz die individuelle Finanzierung der Hilfeplanleistungen. Erst die tatsächliche Bündelung der Kapazitäten aller Anbieter einer Versorgungsregion kann die personenorientierte Planung und Steuerung der Hilfen ermöglichen. Erst dann kann eine »Übersetzung« des erarbeiteten Bedarfs in passgenaue Hilfen erfolgen— und somit der »Doppelfunktion« der Hilfeplankonferenz gerecht werden. Dann werden die Mitarbeiter der Hilfeplankonferenz auch noch mehr motiviert sein, auf die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Antragsteller zu schauen.

Wenig realisiert ist bei den allermeisten Hilfeplankonferenzen die Berücksichtigung und Empfehlung von Leistungen vorrangiger Kostenträger. Im Bereich Arbeit und Beschäftigung ist man hierbei mit der Beteiligung der ARGE durch die Aktualität des The-

mas am weitesten. Wie geht es weiter? Zur Optimierung der Wartezeiten auf Entscheidungen zur Leistungsgewährung vorrangiger Leistungsträger soll eine direkte Einbindung der Servicestellen nach SGB IX in die Hilfeplankonferenzen erprobt werden. Der Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK) und die Rentenversicherungen (Bund/Nord) als Träger von Servicestellen haben sich zu einem Probelauf bereit erklärt, der in der Hansestadt Rostock bereits begonnen hat. Zu diesem Zweck wird die Eignung des Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) als gemeinsames Hilfeplanungsinstrument und als Grundlage für die Entscheidungen der vorrangigen Leistungsträger geprüft und gegebenenfalls ergänzt.

Die Hilfeplankonferenz selbst kann und soll in Zukunft in Mecklenburg-Vorpommern weiter »gepflegt« werden. Die Beobachtungsskala wurde konkretisiert und gestrafft, die Fragebögen an die Nutzer leicht verändert. Mit ihr kann nun jede fachkundige Person eine teilnehmende Beobachtung durchführen. Dieselben Inhalte dienen gleichzeitig als Checkliste, die allen Mitarbeitern der Hilfeplankonferenz zur Verfügung gestellt wird, um sie zur Reflexion der eigenen Vorgehensweise nutzen zu können. Wir haben darüber hinaus die wesentlichen Merkmale einer Hilfeplankonferenz in einer »Empfehlung zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung von Hilfeplankonferenzen« zusammengefasst (zu finden unter: www.sozialpsychiatrie-mv.de). Zur Sicherung der Nachhaltigkeit unserer Projektergebnisse wird eine Verankerung auf Landesebene auch im Psychiatrieentwicklungsplan Mecklenburg Vorpommerns angestrebt.



Das Konzept sieht vor, dass regelmäßig, etwa einmal jährlich, die Einschätzung der inhaltlichen Qualität der Gespräche durch einen neutralen Beobachter und auch durch die beteiligten Mitarbeiter durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden dann gemeinsam besprochen und konkrete Punkte zur eigenen Weiterentwicklung festgelegt.

Auch die Befragung der Nutzer mindestens mit den Fragebögen der Hilfeplankonferenz wird in diesem Rahmen weitergeführt. Erst wenn Qualitätssicherung als landesweiter Qualitätsstandard jeder Hilfeplankonferenz etabliert ist, erhält sie den Stellenwert, der ihr für die psychiatrische Versorgung generell zusteht.

Für die Realisierung der Rechte der Nutzer auf Mitbestimmung und auf einen übergreifenden und ausgehandelten Gesamtplan kann sie dann die zentrale Funktion übernehmen, die ihr zugedacht ist.

Aus: Psychosoziale Umschau 3/2009

Seit Anfang 2009 gibt es im Landesverband ein neues - vom Sozialministerium MV gefördertes - Modellprojekt, das sich dem Thema der Gerontopsychiatrie zuwendet: **LÄNGER LEBEN— in Mecklenburg-Vorpommern: Personen- und lebensfeldorientierte Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen**. Im Folgenden möchten wir Sie über die Hintergründe und das Konzept informieren. Weiterführende Informationen finden Sie demnächst unter www.sozialpsychiatrie-mv.de

Ausgangslage:

Das Modellprojekt möchte dem demographischen Wandel und den sich daraus ergebenden vielschichtigen Herausforderungen begegnen. In keinem anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland wird in den nächsten Jahren der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung ähnlich steigen wie in Mecklenburg-Vorpommern. Somit wird sich das Bundesland damit einhergehenden Begleiterscheinungen, wie dem u. a. durch zunehmende Hochaltrigkeit und Singularisierung bedingten voraussichtlichen Zuwachs alleinlebender, vor allem weiblicher älterer Personen oder dem damit wechselseitig einhergehenden sich fortsetzenden Trend der Verringerung der Chance, durch eine(n) Partnerin/Partner oder durch eigene Kinder bei zunehmenden Hilfebedarf unterstützt zu werden, im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet bereits zeitlich vorverlagert stellen müssen. Die häufig daraus resultierende soziale Isolation im Alter ist eine der bedeutendsten Faktoren für den Verlauf psychischer Erkrankungen im Alter. Studien belegen, dass bei mehr als 25% der über 65jährigen Menschen eine behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt. Trotz zunehmender Hilfebedürftigkeit möchten die meisten Menschen im Alter in ihrer eigenen Wohnung verbleiben oder suchen nach spezialisierten Einrichtungen. Ungeachtet dessen zeigt sich die Situation häufig so, dass psychisch erkrankte alte Menschen notwendige Hilfen im ambulanten, teil- bzw. vollstationären Bereich nicht oder nicht ausreichend erhalten. Erschwerend kommt hinzu, dass sich in den neuen Bundesländern aufgrund dauerhaft niedrigerer Einkommen im Erwerbsleben langfristig der Eigenanteil aus Rente und/oder Zusatzversicherungen in einer geringeren Zuzahlungsmöglichkeit (Eigenanteil) der alten Menschen auswirken wird – was gleichzeitig für die Sozialhilfeträger zu deutlich höheren Belastungen führen wird. Eine Lösungsmöglichkeit wird vor allem in einem personen-zentrierten und lebensweltorientierten Rahmenkonzept gesehen, das bereits in der Erwachsenenpsychiatrie mit Erfolg erprobt ist und wofür in der Unterstützung von alten psychisch kranken Menschen innerhalb des Altenhilfesystems bereits gute Voraussetzungen vorliegen. Einschränkend ist hier jedoch anzumerken, dass sich genau dieses System

mit psychisch kranken alten Menschen besonders schwer tut – insbesondere unter der Leitidee „ambulant vor stationär“ und der „qualifizierten Heimvermeidung“.

Projektbeschreibung

Das voraussichtlich auf 4 Jahre angelegte (Anfang 2009 bis Ende 2012) Modellprojekt möchte in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Helmholtz-Institut für Integrierte Demenzversorgungsforschung in Mecklenburg-Vorpommern an den Universitäten Rostock und Greifswald, Partnerzentrum des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen der Helmholtz-Gemeinschaft:

-in *Phase 1* auf der Basis von aktuellen empirischen Daten einen Beitrag zur Analyse und Beschreibung der Ist-Situation des Unterstützungssystems für dementiell-, gerontopsychiatrisch- sowie altgewordene psychisch erkrankte Menschen in Mecklenburg-Vorpommern, einschließlich der Beschreibung von Versorgungslücken und Engpässen liefern,

-in *Phase 2* Vorschläge zur Optimierung des Unterstützungssystems entwickeln und

-in *Phase 3* die Umsetzung einiger ergänzender und das vorhandene System stärkender Bausteine modellhaft erproben und deren Wirksamkeit evaluieren.

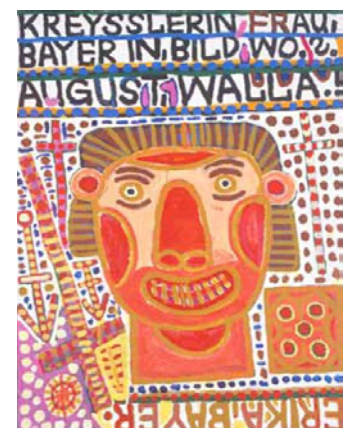
Phase 1: Analyse

Im der derzeitigen bis etwa April 2010 währenden Phase werden die Modellregionen Rostock, Greifswald sowie die Landkreise Bad Doberan und Ostvorpommern einer intensiven Analyse hinsichtlich des Auftretens und des Ausprägungsgrades psychischer Krankheiten im Alter, der Lebenssituation psychisch erkrankter alter Menschen in Mecklenburg-Vorpommern und der sich daraus ergebenden Unterstützungsbedarfe bezogen auf medizinische, psychosoziale und nichtpsychiatrische Hilfen unterzogen. Die bereits geplanten Primärdatenerhebungen in den Praxen von Hausärzten und weitergehende Sekundärdatenanalysen umfangreicher vorhandener Datensätze des o. g. Kooperationspartners werden in enger Abstimmung mit dem Landesverband Sozialpsychiatrie über den Schwerpunkt der Demenz hinaus auf psychische Krankheiten im Alter generell ausgedehnt und ausgewertet. Während der Kooperationspartner seinen Fokus bisher primär auf die medizinischen Behandlungssysteme ausgerichtet hat, wird Aufgabenschwerpunkt dieses Modellprojektes die Analyse und Beschreibung

der Ist-Situation bezüglich der psychosozialen Hilfesysteme sein. Neben der katalogartigen Auflistung



der Hilfestrukturen soll versucht werden, über direkte Befragungen mittels telefonischer und persönlicher Interviews sowie Fragebögen beispielhaft „hinter die Kulissen“ des Systems zu schauen, insbesondere unter dem Aspekt der spezifischen Unterstützungsangebote für psychisch kranke alte Menschen im Rahmen des Altenhilfesystems und dem Aspekt der Vernetzung und Koordination der Hilfen im Einzelfall und in der Region, wobei geplant ist, neben Trägern und professionellen Helfern auch Angehörige und soweit möglich Betroffene als Interviewpartner heranzuziehen. Ein gesonderter Focus wird dabei auf die Zielgruppe der altgewordenen psychisch erkrankten Menschen gerichtet, für die im Herbst diesen Jahres eine Arbeitsgemeinschaft eingerichtet werden soll.



PHASE 2: Vorschläge zur Optimierung und Stärkung des Unterstützungssystems

Insbesondere unter den Aspekten Assessment, Leistungs-Mix, Case-Management, Qualifizierung und Stärkung vorhandener Systeme durch qualifizierte und spezialisierte Koordination und Vernetzung, Beratung und Unterstützung der Angehörigen und ehrenamtliche Arbeit werden auf Basis der Analysedaten in Phase 2 Vorschläge zur Weiterentwicklung des Hilfesystems in den ausgewählten Regionen und mit Bezug zu den dort vorhandenen Hilfestrukturen entwickelt.

Die Ergebnisse dieser Vorschläge sollen sowohl in der Region als auch in einem noch einzu-richtenden Fachbeirat diskutiert werden und sollen direkt in die Psychiatrie-Entwicklungsplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern einfließen.

PHASE 3: Umsetzung einiger modellhafter Bausteine in den Regionen

Beginnend frühestens mit dem 3. Quartal 2010 soll in den Modellregionen und interessierten Netzwerkregionen, mit denen aktuell Sondierungsgespräche geführt werden, mit der Umsetzung einiger modellhafter Bausteine begonnen werden, die es dem Altenhilfe- und Gesundheitssystem ermöglichen personen- und Lebensweltorientierte Hilfen für psychisch kranke alten Menschen möglichst passgenau zu erbringen. Die Umsetzung der Optimierungsvorschläge erfolgt ebenfalls mit dem Kooperationspartner, da sich diese sowohl auf das (medizinische) Gesundheits- als auch das Altenhilfesystem beziehen werden. Die Rolle des Projektes besteht hier im Wesentlichen

- in der Beratung der Leistungserbringer,
- in der vor Ort angepassten (Teil-) Konzeptentwicklung,
- in der Unterstützung und Stärkung der vorhandenen Hilfesysteme und
- in der Moderation von Veränderungsprozessen. Bereits in Phase 3 soll mit der

Evaluation der Veränderungsprozesse begonnen werden.

Anmerkung: Es ist geplant, unter den Mitgliedseinrichtungen eine Arbeitsgruppe einzurichten, die das Projekt kritisch begleitet und den Abstimmungsprozess zwischen Modellprojekt und Mitgliedern des Landesverbandes gewährleistet. Interessierte Kolleginnen und Kollegen sind deshalb eingeladen an der konstituierenden Sitzung teilzunehmen, und zwar am **4.9. in Rostock** im Waldemarhof. Eine gesonderte und detaillierte Einladung wird in den nächsten Tagen verschickt. Nähere Informationen bei Frau Christ, (0381-1237165).



Die Mitarbeiter des Modellprojektes (von links nach rechts): Frau Ricarda Christ (Dipl. Soziologin), Frau Cathleen Mendle (Dipl. Sozialpädagogin), Frau Antje Fischer (Dipl. Sozialpädagogin), Herr Prof. Dr. Ingmar Steinhart (Psychologe). Es fehlt Frau Christine Nerlich (Dipl. Heilpädagogin)

Termine des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V.:

Herbsttermine der Landesarbeitsgruppen	Datum	Ort
AG Rehabilitation	22.10.2009	AWO Rostock
AG Leiter psychosoziale Wohnheime	08.09.2009	Bergen / Rügen
AG Tagesstrukturierung Ost	16.09.2009	Neubrandenburg
AG Tagesstrukturierung West		Termin wird bekannt gegeben
AG Geschäftsführer	17.09.2009	Matgendorf
AG PPWH	13.bis 14.11.2009	Termin wird bekannt gegeben.
AG HP/HPK	14.10.2009	Rostock
AG Forensik	15.bis 16.10.2009	
AG „Länger Leben in MV“	04.09.2009	Rostock / konstituierende Sitzung

Termine unserer Mitgliedseinrichtungen	Datum	Ort/Veranstalter
Ausstellungseröffnung der Malwerkstatt des Psychosozialen Zentrums „Das Boot“ anlässlich des „Welttages der seelischen Gesundheit“ im Cafe „Möwe“	09.10.2009	AkkuRat Wismar GmbH, Am Dahlberg, Wismar (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Hanseklinikums Wismar)
Psychoseseminar mit Autorenlesung (ca. 20 min) mit Michael Siebel, anschließend offener Dialog	30.10.2009 (14.00 Uhr bis 15.30 Uhr)	Haus der Begegnung des Vereins „Das Boot“, Lübsche Straße 44, Wismar

Weitere externe Termine	Datum	Ort/Veranstalter
Fachtagung: Vollintegriert in der Gesellschaft leben	09. bis 11.10.2009	Kassel, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
Fachtagung: Trauma in der Psychiatrie und Neurologie	30.10.bis 01.11.2009	Stralsund, Gesellschaft für Nervenheilkunde
Fachtagung: Krisen? Nutzen? Krisen nutzen	30.09. bis 02.10.2009	Kassel, Dachverband Gemeindepсихiatrie

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

