



Landesverband
Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V. · Carl-Hopp-Straße 19 a · 18069 Rostock

Geschäftsstelle

Carl-Hopp-Straße 19 a
18069 Rostock

E-Mail: lv@sozialpsychiatrie-mv.de

Internet: www.sozialpsychiatrie-mv.de

Bankverbindung

Ostseesparkasse Rostock

IBAN: DE26 1305 0000 0455002053

BIC: NOLADE21ROS

Ihr Ansprechpartner

Karsten Giertz

Telefon: +49 381 8739423-1

E-Mail: karsten.giertz@sozialpsychiatrie-mv.de

04.09.2026

Psychische Gesundheit, Teilhabe und Demokratie gehören zusammen – Für eine verlässliche psychosoziale Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Räumen

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ist in besonderer Weise durch ländliche und strukturschwache Regionen geprägt. Für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung bedeutet dies besondere Herausforderungen. Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Zu- und Angehörigen benötigen unabhängig von ihrem Wohnort verlässliche, erreichbare und bedarfsgerechte Unterstützung.

Die diesjährige Jahrestagung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. am 9. September 2026 steht deshalb unter dem Titel „Ländlicher Raum – psychische Gesundheit – Demokratie: Perspektiven für eine starke Gemeinschaft“. Mit diesem Thema wollen wir als unabhängiger sozialpsychiatrischer Fachverband nicht allein Versorgungsfragen diskutieren, sondern ebenfalls deutlich machen, dass psychische Gesundheit, gesellschaftliche Teilhabe und demokratischer Zusammenhalt eng miteinander verbunden sind (vgl. LSP M-V 2024). Die Tagung verbindet entsprechend Perspektiven aus Sozialforschung, Versorgungsforschung, psychosozialer Praxis und der Auseinandersetzung mit Demokratie und Rechtsextremismus.

Ländliche Räume brauchen eigene Versorgungskonzepte

Ländliche und städtische Regionen unterscheiden sich in Deutschland weniger durch die Häufigkeit psychischer Erkrankungen als vielmehr durch die vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten (vgl. Peen et al. 2010; Smalley et al. 2012; Steward 2018). Lange Anfahrtswege, eingeschränkte Mobilität, eine geringere Dichte spezialisierter Angebote,

Vorsitzende: Sandra Rieck (Wismar) | **Stellv. Vorsitzender:** Karin Niebergall-Sippel (Schwerin),

Schatzmeister: Hans-Christian Offermann (Stralsund) | **Beisitzer:** Heike Nitzke (Uecker-Randow), Thomas Nehls (Stralsund), Frank Lübke (Herne)

Eintragung: Amtsgericht Schwerin VR 885 | **Geschäftsführer:** Karsten Giertz (Rostock)

Fachkräftemangel und die eingeschränkte Anonymität in kleinen Gemeinden können den Zugang zu Unterstützung erheblich erschweren.

Für Mecklenburg-Vorpommern ist dieser Zusammenhang besonders relevant. Mehr als 60 Prozent der Bevölkerung leben in ländlich geprägten Regionen (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2025). Zugleich ist die sozioökonomische Deprivation in diesen Regionen stark ausgeprägt. Sie stellt einen bedeutsamen negativen Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit dar, da soziale und wirtschaftliche Benachteiligungen das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen können (vgl. AOK 2024; WIdO 2024; Wollgast et al. 2025). Diese gesellschaftlichen Belastungen können in ländlichen Regionen zusätzlich mit weiteren erschwerenden Rahmenbedingungen zusammentreffen.

Eine Versorgung, die überwiegend aus der Perspektive urbaner Räume geplant ist, kann diesen Bedingungen nicht ausreichend gerecht werden (vgl. Giertz 2026). Mecklenburg-Vorpommern benötigt daher in vielen Regionen Versorgungsstrukturen, die die Besonderheiten eines Flächenlandes systematisch berücksichtigen.

Versorgung muss dort ankommen, wo Menschen leben

Gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Zu- und Angehörigen in ländlichen Regionen brauchen eine psychiatrische und psychosoziale Versorgung, die wohnortnah, sozialraumorientiert, vernetzt, flexibel und niedrigschwellig organisiert ist. Wo es fachlich sinnvoll und indiziert ist, sollten aufsuchende oder auch digitale Angebote hinzukommen.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei aufsuchenden Behandlungsformen zu (vgl. Johnson et al. 2008; Seikkula 2003; Stein & Santos 1998; Van Veldhuizen & Bähler 2013). Sie ermöglichen es, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unmittelbar in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu erreichen und damit auch diejenigen einzubeziehen, für die der Zugang zu einrichtungsgebundenen Angeboten aufgrund großer Entfernungen, eingeschränkter Mobilität oder anderer Zugangsbarrieren erschwert ist. Dabei sind unterschiedliche Intensitäten und Zeiträume denkbar. In akuten Krankheitsphasen kann eine multiprofessionelle psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld eine Alternative zur vollstationären Behandlung darstellen. Ebenso können Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen über akute Krisen hinaus längerfristig intensiv aufsuchend in ihrem Lebensumfeld begleitet und behandelt werden.

Für beide Ansätze liegt inzwischen auch für den deutschen Sprachraum eine belastbare Evidenzbasis vor (Übersicht unter anderem in Gühne et al. (Hrsg.) 2025). Die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (ebd.) empfiehlt sowohl die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld als auch die intensiv aufsuchende längerfristige Behandlung mit dem Empfehlungsgrad A. Damit gehören diese Ansätze zu den mit dem höchsten Empfehlungsgrad bewerteten Behandlungsformen. Gerade für ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern bieten sie die Chance, räumliche Distanzen zu überbrücken und schwer erreichbare Zielgruppen stärker in die Versorgung einzubeziehen. Dieses Potenzial sollte deshalb bei der Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen in Zukunft wesentlich stärker berücksichtigt werden. Trotz der Evidenz



und Expert*innenempfehlungen gibt es bis heute keine Umsetzung derartiger Behandlungsformen in Mecklenburg-Vorpommern.

Darüber hinaus sollten digitale Angebote diese aufsuchenden Strukturen sinnvoll ergänzen, dürfen jedoch persönliche Beziehungen und unmittelbare Hilfe nicht ersetzen (vgl. McCord et al. 2022; Schwarz et al. 2022). Sie können Wege verkürzen, den Kontakt aufrechterhalten und insbesondere dort zusätzliche Zugänge schaffen, wo Entfernungen groß und Angebote begrenzt sind. Voraussetzung hierfür ist eine ausreichend leistungsfähige digitale Infrastruktur, die insbesondere in ländlichen Regionen nicht überall gleichermaßen vorausgesetzt werden kann. Gleichzeitig werden auch dort, wo die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, die Möglichkeiten digitaler Unterstützungsangebote bislang noch nicht umfassend ausgeschöpft. Blended Counseling oder Telemedizin bieten daher zusätzliches Potenzial, räumliche Barrieren zu überwinden und niedrigschwellige, flexible und teilweise anonymere Zugänge zu ermöglichen.

• **Verlässliche regionale Versorgungsnetzwerke**

Psychische Erkrankungen betreffen selten nur einen einzelnen Leistungsbereich (vgl. Giertz et al. 2022). Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen je nach Lebenssituation medizinische Behandlung, psychosoziale Beratung, Eingliederungshilfe, Suchthilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Unterstützung bei Arbeit und Wohnen oder Hilfe im sozialen Umfeld. Trotz zahlreicher sozialpolitischer Reformbemühungen bestehen bundesweit und ebenso in Mecklenburg-Vorpommern immer noch zwischen den einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens Schnittstellenprobleme, die eine kontinuierliche und abgestimmte Behandlung und Unterstützung erschweren können. Gerade angesichts begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen sowie zunehmender Kostendiskussionen im Sozial- und Gesundheitswesen gilt es, diese Grenzen stärker zu überwinden und vorhandene Strukturen besser miteinander zu verzahnen. Ziel muss es sein, nachhaltige Hilfen möglichst ressourcenschonend zu organisieren und Doppelstrukturen ebenso wie Versorgungslücken zu vermeiden.

Dies gilt in besonderem Maße für ländliche Räume, in dem begrenzte Angebotsstrukturen, größere Entfernungen und Fachkräftemangel eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zusätzlich erforderlich machen. Versorgung muss deshalb stärker vom Menschen und seinem Lebensumfeld aus organisiert werden – und weniger entlang institutioneller oder sozialrechtlicher Grenzen (vgl. Tansella & Thornicroft 2001). Aus vorhandenen Angeboten sollten deshalb verlässliche regionale Unterstützungsketten entstehen, in denen Zuständigkeiten, Übergänge und Zugangswege verbindlich geklärt sind (vgl. Gühne et al. (Hrsg.) 2025; WHO 2022;

• **Initiativen und Projekte müssen zu nachhaltigen Strukturen werden**

In Mecklenburg-Vorpommern bestehen bereits vielfältige Projekte, Netzwerke und innovative Ansätze, die zeigen, wie psychiatrische und psychosoziale Versorgung auch in ländlichen Regionen niedrigschwelliger, sozialraumorientierter und zielgruppenspezifischer gestaltet werden kann. Einen wichtigen Beitrag hierzu leisten auch die Projekte und Netzwerkstrukturen des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., die mit Unterstützung und Förderung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-

Vorpommern sowie in Zusammenarbeit mit zahlreichen Kooperationspartner*innen umgesetzt werden.¹ Zugleich tragen auch andere Verbände, Organisationen, Kommunen und weitere Akteur*innen in Mecklenburg-Vorpommern mit eigenen Projekten und Kooperationsstrukturen dazu bei, die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum weiterzuentwickeln und bestehende Versorgungslücken zu adressieren.

So wichtig diese Aktivitäten für die Erprobung neuer Ansätze und die Weiterentwicklung der Versorgung sind, lösen sie für sich genommen jedoch noch keine strukturellen Versorgungsprobleme. Bewährte Erfahrungen aus Modellvorhaben, Projekten oder Regionen dürfen deshalb nicht auf die Laufzeit oder einzelne Region begrenzt bleiben. Vielmehr muss systematisch geprüft werden, welche Ansätze sich bewährt haben und wie diese in dauerhafte, verlässlich finanzierte Versorgungsstrukturen auf regionaler und Landesebene überführt werden können.

- Für eine solche Weiterentwicklung braucht es zunächst eine gemeinsame, fachlich und politisch getragene Vision davon, wie psychische Gesundheit und die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern künftig gestaltet werden sollen. Diese Vision sollte unter Beteiligung aller relevanten Akteur*innen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung inklusive der Selbsthilfe entwickelt werden. Nur wenn diese unterschiedlichen Perspektiven, Erfahrungen und Verantwortlichkeiten zusammengeführt werden, kann ein gemeinsamer Orientierungsrahmen entstehen, der von den Beteiligten mitgetragen und in der Praxis umgesetzt wird.

- Diese Vision sollte Prävention und Gesundheitsförderung ebenso einschließen wie frühzeitige Unterstützung, Behandlung, Rehabilitation, psychosoziale Hilfen, Krisenversorgung und gesellschaftliche Teilhabe und dabei die besonderen Bedingungen des ländlichen als auch des (klein)städtischen Raums berücksichtigen. Sie muss über einzelne Projekte, Leistungsbereiche und institutionelle Zuständigkeiten hinausweisen und als Grundlage für eine verbindliche und langfristig angelegte Gesamtstrategie für psychische Gesundheit und sozialpsychiatrische Versorgung dienen. Dazu gehören verlässliche Finanzierungsperspektiven, klare Verantwortlichkeiten, verbindliche Kooperationsstrukturen und überprüfbare Entwicklungsziele.

Fachkräftemangel erfordert neue Versorgungsmodelle und eine stärkere Einbeziehung des Sozialraums

- Eine Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sollte den zunehmenden Fachkräftemangel berücksichtigen, der insbesondere ländliche Regionen betrifft. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die Dienste durch komplexe und häufig langfristige Unterstützungsbedarfe. Die Antwort kann daher nicht allein darin bestehen, vorhandene Angebote mit weniger Personal aufrechtzuerhalten. Notwendig sind multiprofessionelle Zusammenarbeit, regionale Kooperationen, attraktive Arbeitsbedingungen und niedrigschwellige Versorgungsmodelle, die vorhandene Ressourcen besser miteinander verbinden. Dabei sollte auch der Sozialraum stärker als Bestandteil psychiatrischer und psychosozialer Versorgung verstanden werden (vgl. Giertz 2024).

¹ Zu den Aktivitäten des Landesverbandes Sozialpsychiatrie M-V e.V. siehe: www.sozialpsychiatrie-mv.de

Psychische Gesundheit entsteht nicht ausschließlich in Kliniken, Praxen und Beratungsstellen. Familien, Nachbarschaften, Vereine, Selbsthilfe, Peer-Unterstützung, ehrenamtliches Engagement und andere soziale Netzwerke können wichtige Quellen von Zugehörigkeit, Unterstützung und Teilhabe sein. Die Einbeziehung solcher natürlichen Netzwerke und des „dritten Sozialraums“ (Dörner 2007) bietet gerade im ländlichen Raum die Chance, niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen im unmittelbaren Lebensumfeld zu stärken.

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels liegt darin ein besonderes Potenzial. Sozialräumliche und ehrenamtliche Strukturen können frühzeitig Kontakt ermöglichen, Isolation entgegenwirken, Orientierung geben und den Zugang zu professioneller Hilfe erleichtern. Sie dürfen professionelle psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen jedoch nicht ersetzen. Erforderlich sind daher klare Verantwortlichkeiten, geeignete Qualifizierungs- und Begleitstrukturen sowie verlässliche Schnittstellen zwischen professioneller Versorgung, Selbsthilfe und Zivilgesellschaft.

- Diese Entwicklung muss strukturell unterstützt werden. Verantwortung tragen gemeinsam Land, Kommunen, Leistungsträger und Leistungserbringer, Selbsthilfe, Vereine und weitere zivilgesellschaftliche Akteur*innen sowie Menschen mit eigenen Psychiatrie- und Krisenerfahrungen und ihre Zu- und Angehörigen. Notwendig sind verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen, regionale Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen sowie niedrigschwellige Begegnungs- und Anlaufstellen.

- Auf Landesebene sollten entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen und erfolgreiche regionale Ansätze systematisch weiterentwickelt werden. Ziel ist nicht die Verlagerung professioneller Aufgaben auf Ehrenamtliche, sondern der Aufbau verlässlicher Unterstützungsnetzwerke, in denen professionelle Versorgung, Selbsthilfe, Peer-Unterstützung, Ehrenamt und Sozialraum sinnvoll ineinandergreifen. Dies sollte Bestandteil einer langfristig fachlich fundierten und finanzierten Gesamtstrategie für psychische Gesundheit und sozialpsychiatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sein.

Psychosoziale Versorgung, Teilhabe und Demokratie gehören zusammen

- Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben weiterhin Stigmatisierung, Vorurteile und gesellschaftliche Ausgrenzung (vgl. Angermeyer et al. 2017; Schomerus et al. 2023). Gerade in kleineren Gemeinden in ländlichen Regionen kann die geringere Anonymität dazu führen, dass notwendige Unterstützung aus Sorge vor negativen Reaktionen nicht oder erst verspätet in Anspruch genommen wird (vgl. Larson et al. 2012). Gute psychiatrische und psychosoziale Versorgung muss deshalb mit Aufklärung, Prävention, Gesundheitsförderung und konsequenter Anti-Stigma-Arbeit verbunden sein (vgl. Expert*innenrat der Bundesregierung „Gesundheit und Resilienz“ 2025).

Eine menschenrechtsorientierte Sozialpsychiatrie versteht Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht allein als Patient*innen oder Leistungsempfänger*innen, sondern als Bürger*innen mit eigenen Rechten, Kompetenzen und Vorstellungen von einem guten Leben. Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe und Mitgestaltung sind daher ebenso wichtige Bestandteile guter Versorgung wie Behandlung und psychosoziale Unterstützung.



Hier zeigt sich zugleich die Verbindung zur Demokratie. Demokratische Teilhabe bedeutet auch, dazugehören, die eigenen Interessen vertreten zu können und gesellschaftliche Institutionen als erreichbar und verlässlich zu erfahren. Eine zugängliche und beteiligungsorientierte psychiatrische und psychosoziale Versorgung kann Zugehörigkeit, Selbstwirksamkeit und gesellschaftliche Teilhabe fördern und damit den sozialen Zusammenhalt stärken. Umgekehrt können Ausgrenzung, soziale Isolation und fehlende oder schwer erreichbare Unterstützungsstrukturen das Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen beeinträchtigen – insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen (vgl. LSP M-V 2024).

Vor diesem Hintergrund sind auch rechtspopulistische und rechtsextreme Strömungen relevant, wenn gesellschaftliche Verunsicherung und strukturelle Defizite für die Abwertung oder Ausgrenzung gesellschaftlicher Gruppen genutzt werden (vgl. Schomerus & Speerforck 2026). Sozialpsychiatrie steht dem eine klare menschenrechtsorientierte Haltung gegenüber: Menschenwürde, Selbstbestimmung, gleichberechtigte Teilhabe und Schutz vor Diskriminierung sind grundlegende Prinzipien.

Gute psychosoziale Versorgung ist damit auch demokratisch bedeutsame soziale Infrastruktur. Sie ermöglicht Unterstützung und Teilhabe, stärkt Zugehörigkeit und trägt dazu bei, dass Menschen auch in Krisen gesellschaftliche Strukturen als erreichbar und verlässlich erleben.

Unsere fachpolitischen Erwartungen und Positionen

- Mecklenburg-Vorpommern braucht eine langfristige und verbindliche Gesamtstrategie für psychische Gesundheit und sozialpsychiatrische Versorgung.
- Ländliche Regionen benötigen eigene, regional angepasste Versorgungskonzepte, statt lediglich städtische Strukturen in die Fläche zu übertragen.
- Gemeindepsychiatrische und psychosoziale Angebote müssen dauerhaft finanziell und personell abgesichert werden.
- Krisenhilfe muss verlässlich, niedrigschwellig und möglichst wohnortnah erreichbar sein.
- Aufsuchende, ambulante und digitale Angebote müssen dort ausgebaut werden, wo sie Zugänge verbessern.
- Psychiatrie, Psychotherapie, Eingliederungshilfe, Suchthilfe, Kinder- und Jugendhilfe und weitere Unterstützungssysteme müssen regional besser miteinander verbunden werden.
- Menschen mit eigener Psychiatrie- und Krisenerfahrung, Angehörige und Selbsthilfe müssen an der Weiterentwicklung der Versorgung systematisch beteiligt werden.
- Prävention, Gesundheitsförderung und Entstigmatisierung müssen als selbstverständliche Bestandteile einer modernen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung verstanden werden.

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ist eine gemeinsame Gestaltungsaufgabe. Sie kann nur gelingen, wenn Land und Kommunen, Leistungsträger und Leistungserbringer, Selbsthilfe, Wissenschaft, Zivilgesellschaft sowie Menschen mit eigenen Psychiatrie- und Krisenerfahrungen und ihre Zu- und Angehörigen gemeinsam an tragfähigen Lösungen arbeiten. Der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. wird diese Prozesse auch künftig als unabhängiger sozialpsychiatrischer Fachverband und kooperativer Partner unterstützen. Er versteht seine



Landesverband
Sozialpsychiatrie

Aufgabe darin, fachliche Impulse einzubringen, unterschiedliche Perspektiven und Akteur*innen miteinander zu verbinden, Herausforderungen und Versorgungslücken sichtbar zu machen sowie Räume für Austausch und die gemeinsame Entwicklung neuer Lösungsansätze zu schaffen. Ziel bleibt eine psychiatrische und psychosoziale Versorgung, die auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen verlässlich trägt, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht und damit zugleich den sozialen Zusammenhalt und das demokratische Gemeinwesen in Mecklenburg-Vorpommern stärkt.

Rostock, 03.09.2026

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

ISP

Referenzen:



Landesverband
Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Angermeyer, M., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2017). 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, 44, S. 377-392.

AOK (2024). Gesundheitsatlas Mecklenburg-Vorpommern: Depressionen – Verbreitung in der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns. Abrufbar unter: https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/data/Atlanten/ATLAS_DEPRESSIONEN_Mecklenburg-Vorpommern.pdf (zuletzt 03.09.2026).

Dörner, K. (2007). Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster, Paranus Verlag.

Expert*innenrat der Bundesregierung „Gesundheit und Resilienz“ (2025). 10. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“ – Prävention und Gesundheitsförderung durch Entstigmatisierung. Abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2332310/d9c4dddc092fd9908b4e3adad7ef07f6/2025-01-28-10-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1> (zuletzt 03.09.2026).

Giertz, K. (2024). Herausforderungen und Chancen in der sozialraumorientierten Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: Klinische Sozialarbeit, 20 Jg., Heft 1, S. 7-9.

Giertz, K. (2026). Zwischen Versorgungslücken und Teilhabe Psychosoziale: Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 56 (2), S. 67-70.

Giertz, K., Speck, A. & Steinhart, I. (2022). Soziale Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen – Daten und Fakten. In: Giertz, K., Große, L. & Röh, D. (Hrsg.), Soziale Teilhabe professionell fördern: Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz (S. 32-46). Köln, Psychiatrie Verlag.

Gühne, U., Weinmann, S., Becker, T.; Riedel-Heller, S. G. für die DGPPN e. V. (Hrsg.) (2025). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0 vom 18.11.2025, verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020> (zuletzt 03.09.2026).

Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P. & Thornicroft, G. (2008): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge, Cambridge University Press.

Larson, J. E., Corrigan, P. W. & Cothran, T. P. (2012). The Impact of Mental Health Stigma on Clients From Rural Settings. In: Smailly, K. B.; Warren, J. C. (Ed.): Rural Mental Health – Issues, Policies, and Best Practices. Springer, New York, p. 49-64.

LSP M-V – Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2024). Weil Demokratie gut für die Psyche ist! Gemeinsam gegen Hass und Intoleranz in unserer Gesellschaft. Rostock, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Abrufbar

unter:



Landesverband
Sozialpsychiatrie

<https://sozialpsychiatrie-mv.de/wp-content/uploads/2024/08/Stellungnahme-Weil-Demokratie-gut-fuer-die-Psyche-ist.pdf>

(zuletzt 03.09.2026).

McCord, C., Ullrich, F., Mrchant, K. A. S., Bhagianadh, D., Carter, K. D., Nelson, E., Marcin, J. P., Law, K. B., Neufeld, J., Giovanetti, A. & Ward, M. M. (2022). Comparison of in-person vs. telebehavioral health outcomes from rural populations across America. In: BMC Psychiatry, 22:778, doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04421-0>

Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. & Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 121 (2), p. 84-93.

Schomerus, G., Schindler, S., Baumann, E. & Angermeyer, M. C. (2023). Changes in continuum beliefs for depression and schizophrenia in the general population 2011–2020: a widening gap. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58 (1), pp. 17-23.

Schomerus, G. & Speerforck, S. (2026). Stigmatisierung liegt im Trend. Von einem zu bekämpfenden Prozess zum politischen Machtinstrument. In: Soziale Psychiatrie, 50 (3), S. 4-7.

Schwarz, J., Hemmerling, J., Kabisch, N., Galbusera, L., Heinze, M., von Peter, S. & Wolff, J. (2022). Equal access to outreach mental health care? Exploring how the place of residence influences the use of intensive home treatment in a rural catchment area in Germany. In: BMC Psychiatry, 22 (1), doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04477-y>

Seikkula, J. (2003): Wenn der Dialog zur Behandlung wird: Grundlagen des Gesprächs und Optimierung der Therapieversammlung. In: Aderhold, V; Alanen, Y. O.; Hess, G.; Hohn, P. (Hg.): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien, S. 197-210. Gießen: Psychosozial Verlag.

Smalley, K. B. & Warren, J. C. (2012). Rurality as a Diversity Issue. In: Smally, K. B.; Warren, J. C. (Ed.): Rural Mental Health – Issues, Policies, and Best Practices. Springer, New York, p. 37-47.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2025). Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern 2025. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, abrufbar unter: <https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Statistik/Dateien/Publikationen/Statistisches%20Jahrbuch/Z011%202025%2000.pdf> (zuletzt 03.09.2026).

Stein, L. I. & Santos, A. B. (1998): Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. New York & London, W. W. Norton & Company, Inc.

Steward, E. G. (2018). Mental Health in Rural America: A Field Guide. Routledge, New York & London.

Tansella, M. & Thornicroft G. (2001). The principles underlying community psychiatry. In: Thornicroft, G. & Szukler, G. (Ed.), Textbook of Community Psychiatry (pp. 155-165). Oxford, Oxford University Press.



Van Veldhuzien, J. R. & Bähler, M. (2013): Flexible Assertive Community Treatment. Vision, model, practice and organization. Groningen: www.factfacts.nl (05.11.2019).

WHO – World Health Organization (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Wido – Wissenschaftliches Institut der AOK (2024). Gesundheitsatlas Mecklenburg-Vorpommern: Depressionen – Verbreitung in der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns. Abrufbar unter: https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/data/Atlanten/ATLAS_DEPRESSIONEN_Deutschland.pdf (zuletzt 03.09.2026).

Wollgast, L., Kerjs, C. & Michalski, N. (2025). Regionale sozioökonomische Deprivation, sozioökonomischer Status und depressive Symptomatik: eine Mehrebenenanalyse mit Daten der Studie GEDA 2019/2020. In: Bundesgesundheitsblatt, 68, S. 1118-1127.

