

**Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.**

**Modellprojekt Sozialpsychiatrie  
Struktur, Qualität und Finanzierung gemeindepsychiatrischer Versorgung  
in Mecklenburg-Vorpommern**

---

**Lebensfeldorientiert in einem  
Flächenland –  
Das Basis-Struktur-Modell als  
Ausgangspunkt  
gemeindepsychiatrischer Planungen in  
Mecklenburg-Vorpommern**

in:

**AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.)  
*25 Jahre Psychiatrie-Enquete***

Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 253 - 265

---

**Projektleitung: Dr. Ingmar Steinhart  
Projektteam: Kordula Kleinwort, Katrin Pfahl, Kerstin Priewe  
Fachberatung: Christian Reumschüssel-Wienert  
Geschäftsstelle: Schiffbauerring 20, 18109 Rostock,  
Tel.: 0381 / 123 71 17, Fax: 0381 / 123 71 26**

# **Lebensfeldorientiert in einem Flächenland – Das Basis-Struktur-Modell als Ausgangspunkt gemeindepsychiatrischer Planungen in Mecklenburg-Vorpommern**

**von Ingmar Steinhart und Kordula Kleinwort, Rostock**

## **Ausgangssituation**

Unmittelbar nach der "Wende" machte die Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern zunächst durch Negativ-Schlagzeilen – ausgelöst durch den bundesweit ausgestrahlten Film *Die Hölle von Ueckermünde* - mit ebenso desolaten fachlichen konzeptionellen Vorstellungen wie baulichen Zuständen in der Ueckermünder Anstalt im Nordostzipfel des Landes auf sich aufmerksam. Mittlerweile hat sich 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.

Wie aus der **Übersichtstabelle 1** ersichtlich existieren in Mecklenburg-Vorpommern mittlerweile insgesamt 1752 Plätze im komplementären Bereich, davon sind 800 Plätze direkt dem stationären Bereich (Psychiatrische Pflegeheime und Psychosoziale Übergangswohnheime) zuzuordnen.

Besonders positiv zu bewerten ist in Mecklenburg-Vorpommern die heute erreichte nahezu flächendeckende Vorhaltung von 550 Tagesstättenplätzen. Hinzu kommt, daß mittlerweile 402 Psychiatrie-Erfahrene in Gemeinwesenintegrierten Wohnformen leben, davon über 314 Menschen im "Betreuten Wohnen", die übrigen in "Therapeutischen Wohngemeinschaften".

Darüber hinaus konnten psychiatrische Abteilungen über das Land verteilt an Allgemeinkrankenhäusern etabliert werden; die landesweite Bettenmeßziffer für die Psychiatrie liegt bis heute mit 0,59 Betten pro 1.000 Einwohner deutlich unter vergleichbaren Daten anderer Bundesländer. Daher müssen in Mecklenburg-Vorpommern heute keine Psychiatriebetten abgebaut werden; vielmehr kann 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 (siehe unten: Basis-Struktur-Modell, Ebene 2).

Den insgesamt positiven Trend unterstreicht, daß sich alle ehemaligen Anstalten des Landes v.a. in Ueckermünde, Stralsund und Kloster Dobbertin 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 anstaltszentrierten Politik 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; die kleineren, über das Land verteilten „psychiatrischen Pflegeheime“ (i.a. 32 bis 40 Plätze) mit jeweils einer Wohngruppe, die von der baulichen wie personellen Ausstattung auch geschlossen geführt werden kann, sollen im Rahmen eines Pflichtversorgungsauftrages erneute „zentralen Konzentrationen von schwierigen Menschen“ (der „harte Kern“) in größeren „Anstalten“ und fernab der Gemeinde verhindern.

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 psychiatrisches Pflegeheim mit über 100 Betten neu etabliert. Die der psychiatrischen Versorgung zuzurechnenden Heimkapazitäten in einer Größenordnung von 800 Plätzen in einem Bundesland mit einer Fläche von 23.170 km<sup>2</sup> und mit nur 1.789.322 Einwohnern entsprechen einem Verhältnis von 4,47 Plätzen /10.000 Einw. und einem Anteil von ~ 67% aller im Bereich des Wohnens bereitgestellten Platzkapazitäten. Der Heimbereich "frißt" insgesamt sogar 70% aller Ausgaben der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger im Bereich der Psychiatrie auf.

Positiv schlägt sich nieder, daß in die Tagesstätten mittlerweile immerhin 20% der Gelder fließen.

Eine Überprüfung auf Stadt/ Land – Unterschiede und bezüglich der regionalen Verteilung der Angebote erbrachte deutliche Unterschiede:

1. In den Städten Wismar, Schwerin, Rostock, Stralsund, Greifswald und Neubrandenburg beträgt der Anteil der Ausgaben für stationäre Angebote im Vergleich zu den übrigen Versorgungsangeboten lediglich 50%. Dagegen liegen die Daten in den ländlichen Regionen mit 78% deutlich höher.

2. Gleiches gilt für die Gesamtverteilung der Angebote über das Land (siehe **Abb. 1**): sowohl bezüglich der Plätze als auch hinsichtlich der finanziellen Ausgaben zeigten sich doch erhebliche Unterschiede: in manchen der ländlichen Regionen existieren nach wie vor nur wenige gemeindepsychiatrische Angebote überhaupt, in anderen ländlichen Regionen existieren überproportional viele Heimplätze. Bedingt ist dies einerseits durch alte größere Standorte, die mit ihren Dezentralisierungsbemühungen noch nicht sehr weit fortgeschritten sind oder bei denen die Dezentralisierung in der gleichen Gebietskörperschaft des alten Standortes erfolgt, aber auch durch den Neuaufbau unverhältnismäßig großer Heime bezogen auf die Bevölkerungsdichte. Neben diesen Ungleichgewichten fällt auch auf, daß der Ausbau von Möglichkeiten Betreuer Wohnangebote regional sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. So haben die Bewohner mancher Landkreise eine deutlich geringere Auswahlmöglichkeit bei den ambulanten Angeboten und eine durchaus höhere Wahrscheinlichkeit, in einem Heim aufgenommen zu werden. Es drückt sich in der Abbildung auch die (zumindest hinter vorgehaltener Hand geäußerte) Strategie mancher Kommunen aus, durch die Verweigerung ambulanter Angebote den eigenen Haushalt zu entlasten und stattdessen durch die Zuweisung in Heime den (ambulanten) Hilfebedarf zu Lasten des überörtlichen Sozialhilfeträgers zu decken.

Zusammenfassend kann die Situation in Mecklenburg-Vorpommern, orientiert an den (heute überholten) 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 noch 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 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 den Paradigmenwechsel hin zu einem personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatz einzuleiten. Das Sozialministerium hat daher das *Modellprojekt Sozialpsychiatrie<sup>1</sup> "Struktur, Qualität und Finanzierung gemeindepsychiatrischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern"* mit einer Laufzeit von zunächst 3.5 Jahren bis Ende 2001 ins Leben gerufen. Das Modellprojekt Sozialpsychiatrie

---

<sup>1</sup> Projektträger ist der Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e. V.  
Text für APK-Tagungsband **Seite 3**  
Bearbeitungsstand 16.04.2001

soll fachliche Impulse für die notwendigen Strukturveränderungsschritte im Sinne eines personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatzes geben. Eng verbunden mit diesen Entwicklungsschritten für Strukturen ist die landeseinheitliche Schaffung einer Hilfeplanung entsprechend § 46 BSHG auf Basis eines personenzentrierten Ansatzes und eines einheitlichen Instrumentariums (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan), die Überwindung der Splittung zwischen überörtlichem und örtlichem Kostenträger der Sozialhilfe (§ 100 BSHG) sowie die Ausgestaltung des § 93 BSHG entsprechend den neuen Strukturen der Versorgung.

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.

Von diesem Modellprojekt erhofft sich das Land Mecklenburg-Vorpommern eine zukunftsfähige Chance und die Möglichkeit, 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 Strukturplanungen lassen bei Ausschöpfung und Gestaltung der gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen im BSHG und bei konsequenter praktischer 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.

### **Basisstrukturmodell**

Als ein fachlicher Standard für die zukünftige Umprofilierung der Psychiatrie wurde vom Modellprojekt Sozialpsychiatrie das sogenannte "Basis-Struktur-Modell" als Leitlinie entwickelt. Ein solches Vorhaben gestaltete sich vor allem deswegen schwierig, da Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland mit einer sehr geringen 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 Gesichtspunkten (lebensfeldorientiert, personenzentriert) als verbindliche Leitlinie sehr "eng" beschrieben werden, andererseits mußte die neue "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 bezogen auf ländliche Regionen und die Hansestadt Rostock unterhalb der Ebene von Gebietskörperschaften (in Abweichung vom Vorschlag der Expertenkommission) in sogenannten "Subsektoren" (40.000 bis 60.000 Einw.) die Sicherstellung der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung erfolgt und oberhalb der Ebene der Gebietskörperschaften, in den sogenannten Versorgungsregionen, bestimmte übergeordnete Dienstleistungen vorgehalten werden.

Da eine solches Modell kein Korsett für die gemeindepsychiatrische Versorgung in einer Region sein darf, sondern vielmehr eine Entwicklungsperspektive in und für eine Region darstellt, wurden zunächst Leitlinien für ein allgemein gültiges Basisstrukturmodell entwickelt:

- Ein Basisstrukturmodell muß so konzipiert werden, daß chronisch und/oder schwer psychisch beeinträchtigte Menschen in ihrem Lebensumfeld (Gemeinde/Kreis/Stadt ) die ihnen entsprechenden Hilfen vorfinden können.
- Ein Basisstrukturmodell verfolgt den Grundsatz: ambulante und teilstationäre Hilfen haben Vorrang vor stationären Hilfen.
- Ein Basisstrukturmodell verfolgt den Grundsatz, daß die Hilfen gemeindeintegriert, d.h. in der Regel auf Kreis-/Stadtebene vorgehalten werden.
- Ein Basisstrukturmodell verfolgt den Grundsatz einer regionalen Versorgungsverpflichtung.
- Ein Basisstrukturmodell verfolgt den Ansatz, daß die Hilfen personenzentriert erbracht und an die angestrebte Lebensform des Klienten angepaßt werden.
- Ein Basisstrukturmodell verfolgt den Grundsatz einer hohen Priorität für therapeutische Bezugspersonen.
- Ein Basisstrukturmodell verfolgt den Ansatz eines funktional gegliederten Gemeindepsychiatrischen Verbundes.
- Ein Basisstrukturmodell verfolgt den Grundsatz eines hohen fachlichen Standards der psychiatrischen Fachkräfte.

Ausgehend von diesen Leitlinien wurde das Drei-Ebenen-Modell der Basis-Struktur für die psychiatrische Versorgung (siehe **Abbildung 2**) entwickelt, stets mit dem Grundgedanken verbunden, daß es sich hierbei um ein „Modell“ für eine regional zu entwickelnde Perspektive handelt, das nicht 1 : 1 in die jeweilige Gebietskörperschaft kopiert werden kann, sondern spezifisch adaptiert werden sollte.

Die **erste Ebene** des Modells 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 oder Institutsambulanzen 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, im Idealfall verbunden mit Zuverdienstmöglichkeiten.

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

Neben dem Aspekt, daß fachärztliche Behandlung vor Ort bereitgestellt werden muß, zielt diese erste Ebene vor allem darauf ab, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ tatsächlich in die Praxis umzusetzen. Insofern kommt dem Wohnen in der eigenen Wohnung mit aufsuchender professioneller Unterstützung – sofern erforderlich - als wichtigste und normalste Lebensform für Psychiatrieerfahrene eine vorrangige Bedeutung zu. Betrachtet man in den aktuellen Tabellen die Zahlenverhältnisse zwischen „Betreutem Wohnen“ und „Heimunterbringung“, so ist heute in Mecklenburg-Vorpommern dieser Grundsatz genau umgekehrt umgesetzt.

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. Auf dieser Ebene soll vor allem das verbindliche Hilfeplanungsverfahren im Rahmen einer Clearingstelle angesiedelt werden und die Steuerung eines regionalen Budgets erfolgen, das sich auf die Finanzierung der Ebenen 1 und 2 des Basis-Struktur-Modells bezieht. Insbesondere hervorzuheben ist die Vollversorgung im Bereich Wohnen innerhalb der Gebietskörperschaft und die Erreichbarkeit einer Tagesklinik innerhalb des Verbundes. Dies beinhaltet, daß alle Dauerwohnformen (Einzel- und Paarwohnen, Klein- und Großgruppenwohnen) auch für sehr „schwierige“ und zum Teil auch sehr aggressive Menschen in jeder Region vorgehalten

werden sollten. Sofern Menschen mit einem hohen Aggressions- oder Gefährdungspotential für sich oder andere in geschlossenen Gruppen untergebracht werden müssen, so ist dieser Forderung auch im Rahmen der Pflichtversorgung auf der Ebene 2 nachzukommen. Sollte dies innerhalb einer Gebietskörperschaft nicht möglich sein, so hat der Verbund mit einem Nachbar-Verbundsystem entsprechende Verträge abzuschließen. Die Standorte für die psychiatrischen Pflegeheime (s.o.) sind also so zu wählen, dass sie maximal zwei benachbarte Gebietskörperschaften auf Basis vertraglich fixierter Absprachen versorgen.

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

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

In der Adaptation des Basisstrukturmodells auf die Ebenen 1, 2 und 3 soll bei der regionalen Umsetzung vor allem nach Wegen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehender Einrichtungen gesucht werden. Auch der Aufbau eines Wohnverbundsystems mit dem Schwerpunkt „Wohnen in den eigenen angemieteten vier Wänden“ bedeutet vielfach nicht den 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 funktional gegliederter Angebotsstruktur an, wobei die Entkoppelung von Wohnform und Betreuungsdichte und die Stärkung der Rechte von Psychiatrie-Erfahrenen an erster Stelle stehen muß. 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 .

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.

Neben den Veränderungen auf der Seite der Anbieter wird sich auch die Alltagspraxis bei Kostenträgern und öffentlichen Verwaltungen an eine neue Situation anpassen müssen. Die Einrichtung der Clearingstelle sowie eine verbindliche und abgestimmte individuelle Hilfeplanung setzen neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Anbietern, Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und den Kostenträgern voraus. Sie erfordern vielfach eine Reorganisation der Verwaltungsstrukturen und Aufgabenverteilungen in den Sozial- und Gesundheitsämtern.

## **Finanzierung**

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, wird zur Zeit konsequenterweise an einer Umsetzung im Rahmen der neuen Regelungen des BSHG (insbes. § 93 BSHG ) gearbeitet. Im wesentlichen geht es darum, für einen personenzentrierten und lebensfeldorientierten Standard nicht nur die entsprechenden Finanzierungsvoraussetzungen zu schaffen, sondern auch finanzielle Anreize für personenzentriertes Arbeiten:

1. Eine wesentliche Hürde wird voraussichtlich bereits zu Beginn des Jahres 2002 fallen: zu diesem Zeitpunkt sollen der örtliche und der überörtliche Kostenträger vor Ort, d.h. bei den Städten und Landkreisen, zusammengelegt werden<sup>2</sup>. Hierdurch wird eine funktionale Organisation der Hilfen und die Entkoppelung von Wohn- und Betreuungsform erst möglich.
2. Ebenfalls ist geplant, den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als Standard für die Erstellung des Hilfeplanes nach § 46 BSHG landesweit einzusetzen. Landesweite und flächendeckende Schulungen beginnen in der zweiten Jahreshälfte 2001.
3. Die Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf entsprechend § 93 d BSHG soll anhand von Minutenwerten auf der Basis einer personenzentrierten Hilfeplanung in vier Leistungsbereichen (Grundversorgung, Selbstversorgung, Tagesstrukturierung und Arbeit) erfolgen. Die Gespräche zur Ausgestaltung der Entgeltvereinbarungen und des Finanzrahmens finden derzeit statt.

Mittlerweile ist ein breiter Konsens zwischen der LIGA der Wohlfahrtspflege, den psychosozialen Hilfsvereinen, dem überörtlichen Kostenträger und dem Sozialministerium

---

<sup>2</sup> Dieser Vorschlag steht im Widerspruch zu den Empfehlungen der Expertenkommission und den Planungen anderer Bundesländer wie z.B. NRW, die eine Zusammenlegung auf überörtlicher Ebene anstreben. Für Mecklenburg-Vorpommern ist allerdings die Frage noch ungelöst, wie die landesweite Steuerung der Psychiatrieentwicklung auch unter finanziellen Gesichtspunkten nach der geplanten Zusammenlegung auf kommunaler Ebene erfolgen soll.

dahingehend entstanden, daß nach einem Übergangszeitraum von wenigen Jahren beginnend mit dem Jahr 2002 Leistungen nach BSHG nur noch nach einem neuen personenzentrierten System finanziert werden. Insbesondere den Anbietern mit althergebrachten Strukturen können im Einzelfall längere Übergangszeiträume zur Anpassung an die Standards des Basisstrukturmodells eingeräumt werden.

Ebenfalls ist noch offen, inwiefern das Land die Umstellung auf einen personen- und lebensfeldorientierten Ansatz durch finanzielle Anreizprogramme zur Stärkung ambulanter Angebote unterstützen wird. Z. B. könnte anstelle des Investitionsprogramms für stationäre Einrichtungen ein Förderprogramm zum Aufbau von „Service-Häusern“ in allen 18 Gebietskörperschaften aufgelegt werden.

Der ehrliche Wille, nicht nur zum "Reförmchen", sondern zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel in der Psychiatrie innerhalb der vereinbarten Zeitschiene von wenigen Jahren zu kommen, ist bei allen Beteiligten in Mecklenburg-Vorpommern trotz Skepsis bei Detailfragen der Umsetzung und drohender Einsparungen deutlich zu spüren, so daß wir heute bereits eine vorsichtig optimistische Prognose für die Entwicklung einer Vielfalt von regional ausdifferenzierten und in die Praxis umgesetzten Basisstrukturmodellen in Mecklenburg-Vorpommern wagen.

Informationen zum „Basisstrukturmodell“ 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  
eMail: LPH-MV@t-online.de

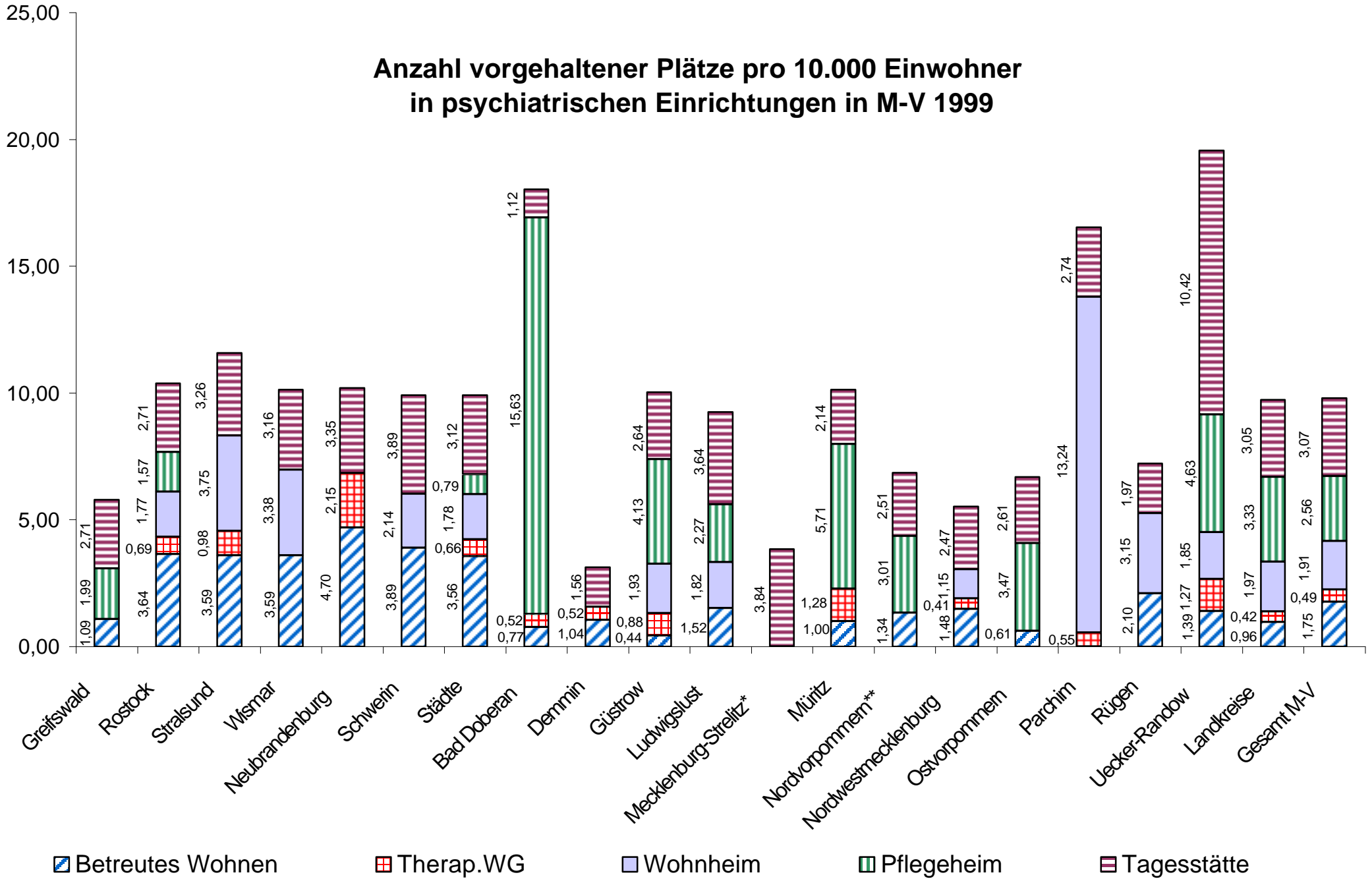
**Autoren:** Dr. Ingmar Steinhart, wissenschaftlicher Projektleiter Modellprojekt Sozialpsychiatrie  
Kordula Kleinwort, stellvertr. Projektleiterin Modellprojekt Sozialpsychiatrie

	<b>Psychiatrische Einrichtungen und Betreuungsangebote</b>					
	<b>Gesamt M-V</b>	<b>Psychiatrische Pflegeheime</b>	<b>Psychosoziale Wohn- und Übergangs- heime</b>	<b>Therapeutische Wohn- gemeinschaften</b>	<b>Betreutes Wohnen</b>	<b>Tagesstätten</b>
<b>Anzahl vorgehaltener Plätze</b>	1752	458	342	88	314	550
<b>Anzahl der Plätze pro 10.000 Einwohner</b>	9,79	2,56	1,91	0,49	1,75	3,07
<b>Ausgaben* DM/Jahr</b>	49.290.000	21.100.000	13.665.000	1.770.000	2.770.000	9.985.000
<b>Ausgaben* pro Einwohner DM/Jahr</b>	27,55	11,79	7,64	0,99	1,55	5,58

**Übersichtstabelle 1:** Betreuungsangebote und Ausgaben der Sozialhilfeträger in Mecklenburg-Vorpommern 1999

\* Die Ausgaben für Begegnungsstätten, Selbsthilfegruppen und Angehörigeninitiativen sind hierin nicht enthalten.

## Anzahl vorgehaltener Plätze pro 10.000 Einwohner in psychiatrischen Einrichtungen in M-V 1999



**Abbildung 1**

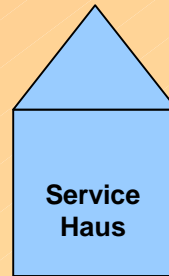
\*Betreutes Wohnen verfügbar, z.Z. nicht abgefordert  
 \*\* bei Bedarf keine obere Begrenzung der Plätze im Betreuten Wohnen

Abbildung 2

## Das Basisstrukturmodell als Drei-Ebenen-Modell

### 1. Ebene

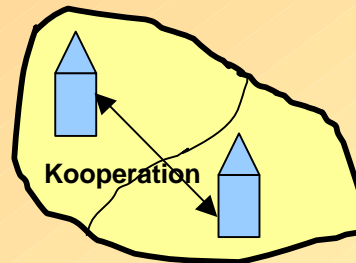
- Subsektoren  
ca. 40.000-60.000 Einwohner
- Basale Hilfen



- Sozialpsych. Leistungen zur Selbstversorgung
- Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung
- Sozialpsych. Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Zuverdienstmöglichkeiten
- Selbstorganisierte Selbsthilfe

### 2. Ebene

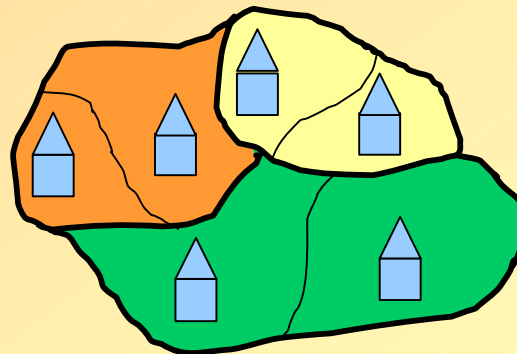
- Gebietskörperschaft
- Gemeindepsychiatrischer Verbund



- Hilfsangebote der 1. Ebene
- + Tagesklinische Behandlung
- + Vollversorgung im Bereich Wohnen

### 3. Ebene

- Versorgungsregion



- Hilfsangebote der 1. und 2. Ebene
- + Klinisch-stationäre Versorgung
- + Spezielle medizinische/berufliche Reha
- + Spezielle Arbeitsangebote