

(01.10.08)

**Projektskizze für ein Projekt im Rahmen des Interreg IV A Programms**  
(Förderpriorität: 1.Stärkung und Konsolidierung der regionalen wissensbasierten Wirtschaft  
Handlungsfeld: 1.5 Gesundheitsentwicklung)

Entwurf: Brücke Rendsburg-Eckernförde e. V.  
Gerhardsdamm 4  
24768 Rendsburg  
**Ansprechpartner:**  
Dr. Wolfgang Arnhold  
[arnhold@bruecke.org](mailto:arnhold@bruecke.org)  
0162 230 6989

## **Grenzen überwinden**

### **Inklusionsstrategien und ihre Wirkfaktoren im Vergleich**

#### **Vorbemerkung**

Im Anschluss auf das „Jahr der Psychischen Gesundheit“ der Vereinten Nationen 2001 hat WHO-EURO in den letzten sieben Jahren eine Reihe von Initiativen ergriffen, die die psychischen Versorgungsstrukturen in den europäischen Mitgliedsländern diskutierten, um insbesondere Stigma und Diskriminierung von psychisch erkrankten und behinderten Menschen entgegenzuwirken. Im Jahr 2005 fand in Helsinki ein Treffen aller Gesundheitsminister der WHO-EURO Region mit dem Ergebnis statt, dass psychische Gesundheitsförderung in der interstaatlichen Zusammenarbeit erste Priorität haben sollte.

Die Europäische Union als Mitveranstalter des Helsinki-Treffens, gab im Jahr 2006 ihr „Grünbuch“ heraus, in dem eine EU-Strategie der psychischen Gesundheitsvorsorge vorgeschlagen wurde. Dieses „Grünbuch“ hat die Untrennbarkeit von psychischer und physischer Gesundheit zum Inhalt. Es unterstreicht die dramatisch steigenden Probleme der psychischen Gesundheit in den europäischen Ländern, weist auf die Wichtigkeit hin, Stigma und Diskriminierung auszuschließen und unterstreicht die Rolle der sozialen Integration, der gemeindenahen Gesundheitsversorgung und der Suizidbekämpfung in der EU. In diesem Sinne erfordert die europäische Dimension von allen Akteuren auch in der Gemeindepsychiatrie ein gegenseitiges Lernen.

Seit ca.10 Jahren wird die Debatte der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte und behinderte Menschen durch die Begriffe Inklusion und Community Care bestimmt. Die starke Akzentuierung der UN-Behindertenkonvention aus dem Jahr 2006 auf die Inhalte der sozialen Inklusion ist dabei ein Beispiel. Die Schleswig-Holsteinische Landesregierung hat Inklusion zu einem Hauptziel und Schwerpunkt der Sozialpolitik bei den Hilfen für Menschen mit Behinderung bestimmt.

Inklusion ist ausgerichtet auf die Stärkung der Selbstkompetenz, der Selbstvertretung, der Selbstbestimmung und der Teilhabe. Eine ‚inklusive Gesellschaft‘ lässt Ausgrenzungen nicht zu, eine Teilung der Gesellschaft in Menschen mit und ohne Behinderung wird nicht akzeptiert. Alle gesellschaftlichen Bereiche und Kräfte müssen sich dieser Herausforderung stellen.

Community Care geht einen großen Schritt weiter mit den Zielen Anstaltsauflösung und Leben in der Örtlichkeit der Gemeinde. Aber zwischen dem Leben in der Gemeinde und dem Leben als Teil der Gemeinde ist ein gewaltiger Unterschied, zwischen der Sorgezuständigkeit der Gemeinde und der Sorgezuständigkeit der Gemeinschaft. Die Konzepte von Dezentralisierung, Anstaltsauflösung, Einzug in gemeindenahen Angebote und Abschaffen der Großinstitution sind in Europa heute Standard. Care heißt Verantwortung übernehmen für die Integration, für die Ermöglichung von Teilhabe. Care bedeutet auch das bewusste Bemühen, Menschen, die von Marginalisierung bedroht sind, in die Gemeinde zurückzuholen, sie zu beteiligen, sie wertzuschätzen durch Integration auch ihrer tätigen Beiträge in der Gemeinde. Folgerichtig werden mit dem Community Care Konzept die Themenfelder Dritter Sozialraum, Gemeinwesenorientierung und social networking zusammengefasst und unter dem Begriff Community Living weiterentwickelt. Hierbei spielt dann u. a. auch die Einbeziehung von Konzepten des bürgerschaftlichen Engagements eine wichtige Rolle.

## **Projektbeschreibung**

Im Rahmen des Projektes soll Mithilfe von Qualitätsmanagementinstrumenten die Förderung der seelischen Gesundheit in der KERN-Region und Süddänemark in diesem inhaltlichen Kontext verglichen, gute Praxisbeispiele identifiziert und ein gegenseitiges Lernen ermöglicht werden – vor allem auch unter Einbezug des Vergleichs der die Rahmenbedingungen der Inklusion bestimmenden Gesundheitssysteme von Schleswig-Holstein /Deutschland und Süddänemark/Dänemark. Eine Möglichkeit, einen solchen systematischen Vergleich durchzuführen, ist das so genannte „Benchmarking“. Im Folgenden soll dieser Begriff und der geplante Projektablauf kurz etwas näher erläutert werden.

Benchmarking ist eine Methode des Qualitätsmanagements und bezeichnet ein „Verfahren zum Vergleich eines Angebotes mit den besten anderen nach einem festgelegten Vergleichschema“. Benchmarking bedeutet: Systematisches Lernen von den Besten (= die Benchmark/die Richtgröße). Beim Benchmarking gilt es folglich, eine beste Praxis („best practice“) zu identifizieren und mit anderen Einrichtungen darüber in Austausch zu treten. Dabei geht es nicht um den Vergleich von gesamten Unternehmen, sondern um den Vergleich von Prozessen und Ergebnissen. Zum Projektablauf werden folgende Phasen vorgeschlagen:

### **Phase 1: Zielsetzung**

- Welche Strukturmerkmale von Inklusion und Community Living sollen Bestandteil der Untersuchung sein?
- Welche Personengruppen sollen mit welchen Angeboten verglichen werden?
- Welches sind geeignete Indikatoren, um die festgelegten Merkmale zu beschreiben?

### **Phase 2: Analyse des Ist-Zustandes**

- Auswertung vorhandener Dokumentationen
- Ggf. Erhebung weiterer Erfolgsindikatoren
- Systematische Befragung der Leistungsempfänger per internetbasierter Benchmarkinginstrumente

### **Phase 3: Vergleich mit anderen**

- Die vorliegenden Ergebnisse werden in einen strukturierten Vergleich gebracht.

- Berücksichtigung von Besonderheiten der einzelnen Einrichtungen
- Angemessene Interpretation der aggregierten Daten (z.B. im Hinblick auf praktische Bedeutsamkeit, Vergleichbarkeit).

#### **Phase 4: Erfahrungsaustausch**

- Im Erfahrungsaustausch verständigen sich die Beteiligten über gute Ergebnisse und Prozesse und deren Ursachen.
- Neben dem Vergleich der harten gemessenen Indikatoren hat der Dialog über die weichen Prozess- und Ergebnismerkmale eine erhebliche Bedeutung für das Verbesserungsbestreben.

#### **Phase 5: Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen und deren Umsetzung**

- Aus dem Datenvergleich, der Ursachenanalyse und dem Erfahrungsaustausch der Einrichtungen untereinander werden angepasst auf die individuellen Bedingungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet und umgesetzt.

#### **Phase 6: Überprüfung der Umsetzung**

- Mit den zu Beginn des Benchmarkingprozesses festgelegten Indikatoren werden die Abläufe und Ergebnisse erneut dokumentiert, um so die Wirkung der durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen überprüfen zu können.
- Waren die eingeführten Maßnahmen ursächlich für eine Verbesserung?
- Konnten die anfänglich gesetzten Ziele erreicht werden?
- Sind die eingeführten Maßnahmen beizubehalten?

#### **Phase 7: Ggf. Einleitung von weiteren Maßnahmen**

- Die in der Überprüfung der Ergebnisse aufgedeckten Verbesserungspotenziale werden überarbeitet und korrigiert und ggwf. wieder in einen neu beginnenden Zyklus eingebracht.

Für die Umsetzung dieser Projektphasen könnten u. a. folgende Strukturelemente als Voraussetzung gelten:

- eine grundsätzliche Bereitschaft zu Veränderungsprozessen
- die Wahl einer transnationalen Steuerungsgruppe mit Projektverantwortlichen
- die Bereitstellung vorhandener Dokumentationen
- ggf. Durchführung von schriftlichen Patientenbefragungen
- regelmäßige Arbeitstreffen der Projektverantwortlichen zur Erarbeitung und Interpretation der Ergebnisse
- Durchführung einer Abschlußkonferenz und Präsentation der Projektergebnisse
- Systematische Dissemination der Projektergebnisse mit Hilfe von
  - Regionalkonferenzen in der gesamten KERN-Region und der Region Süddänemark
  - Fortbildung infrage kommender Fachleute in DK und D

Es ist geplant, Einrichtungen aus den Regionen K.E.R.N. (Schleswig-Holstein) und Süddänemark zur Teilnahme am Benchmarking einzuladen. Grundsätzlich denkbar sind dabei verschiedene Einrichtungsformen (ambulant und stationär) aus den Bereichen der Sozialpsychiatrie. Die Brücke Rendsburg-Eckernförde kann folgende sozialpsychiatrische Einrichtungsformen für die Mitarbeit im Projekt anbieten

- ambulante Betreuung mit Angeboten für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, Suchterkrankung oder von Behinderung betroffen oder bedroht (Beratungszentrum der Brücke in Rendsburg mit Angeboten für den gesamten Kreis Rendsburg-Eckernförde)
- therapeutische Wohngemeinschaften für Menschen, die von psychischer Beeinträchtigung oder Behinderung betroffen oder bedroht sind (Therapeutische Wohngemeinschaften in Rendsburg/Büdelndorf und Eckernförde)
- Wohnhäuser mit Einzelzimmern, Apartments, Paarwohnungen und teilweise Einzelwohnungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Wohnhäuser in Rendsburg, Schacht Audorf und Eckernförde)
- Begegnungsstätten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Begegnungsstätte Eckernförde)

Wichtiges Auswahlkriterium sollte sein, dass die Einrichtungen in Tätigkeitsfeld und Größe ungefähr vergleichbar sind. Angedacht sind insgesamt 6-10 teilnehmende Einrichtungen mit insgesamt ca. 400 Personen, davon jeweils die Hälfte aus Dänemark und Deutschland. Die geplante Projektlaufzeit sollte 4 Jahre betragen. Eine wissenschaftliche Begleitung ist erforderlich.

## **Zur weiteren Information:**

### **Kurzdarstellung der Brücke Rendsburg-Eckernförde e.V.**

Als Verein zur Förderung der seelischen Gesundheit und gemeinnütziger regionaler Anbieter repräsentiert die Brücke Rendsburg-Eckernförde e.V. seit über 20 Jahren mit ihren Beteiligungen eine Vielzahl von Angeboten, Strukturelementen und Erfahrungen im Bereich des Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen. Angebotschwerpunkt sind der Kreis Rendsburg-Eckernförde, die Stadt Kiel sowie der Kreis Schleswig-Flensburg. Hierzu zählen:

- Ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen für behinderte Menschen, insbesondere psychisch Erkrankte bzw. behinderte Menschen mit insgesamt 169 stationären, 63 teilstationären und 200 ambulanten Angeboten
- Stationäre und ambulante Hilfen für ältere- und pflegebedürftige Menschen mit insgesamt 230 stationären Plätzen
- Umfassende, i.d.R. sozialraumbezogene Hilfen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien ( Kindertagesstätten mit 245 Plätzen, 4 Familienhebammen, 120 ambulante Erziehungsbeistandschaften bzw. sozial pädagogische Familienhilfen, 23 stationäre Kinder- und Jugendhilfeplätze )
- Beratungsstellen im Kreis Rendsburg-Eckernförde, mobile und flexible Hilfen
- Behandlungsangebote im Bereich der Sozio-, Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie in Form von vernetzten Therapiezentren in Kiel und Rendsburg mit einem Patientenstamm von ca. 2.700 Personen.

- Ca. 200 Arbeits- und Beschäftigungs- sowie Ausbildungsmöglichkeiten für Menschen mit Handicaps in allen Altersgruppen
- Verschiedene Arbeits- und Beratungsangebote für SGB II Hilfeempfänger, u.a. Jobbörsen, Anlaufstellen für Arbeitssuchende in Form von Internetcafes (120 Maßnahmeteilnehmer)
- Arbeitsmaßnahmen für besonders schwierige Zielgruppen des Arbeitsmarktes
- Krisenintervention für Erwachsene im Bereich der psychosozialen Hilfen, sowie für Kinder und Jugendliche im Bereich der Inobhutnahmen mit insgesamt zirka 1500 jährlichen Inanspruchnahmen

Eingebettet in diese Arbeitsfelder sind zwei Integrationsunternehmen im Bereich von Verwaltungsdienstleistungen sowie im Catering- und Tourismusbereich (Hotel und Campingplatz)

Die Brücke bietet mit zur Zeit ca. 630 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein umfassendes Netz sozialer Dienstleistungen und verknüpft dabei auf vielfältige Weise die Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern II, III, V, VIII, XI und XII.

Die Brücke arbeitet mit verschiedenen Kooperationspartnern in den einzelnen Projekten zusammen. Dazu gehören insbesondere der Kreis Rendsburg-Eckernförde, die Gebietskörperschaften im Wirtschaftsraum Rendsburg sowie verschiedene gemeinnützige Träger.

Die Brücke ist u. a. Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein, im Unternehmensverband Mittelholstein, in den Verbänden Dehoga, Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung, Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsprojekte, Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützende Beschäftigung, Deutsch Polnische Gesellschaft zur Förderung der seelischen Gesundheit e.V..

Die Brücke unterhält z. Zt. aktive Partnerschaften mit der psychiatrischen Klinik in Krakau (Polen) sowie einer Elterninitiative von behinderten Kindern in Sowetsk (Russland). Sie arbeitet mit in dem EU-Projekt „Monitoring Mental Health Environments“ ( [www.mmhe.eu](http://www.mmhe.eu) ). Hier führen 7 Universitäten, staatliche Institute und NGOs aus sechs europäischen Staaten eine Vergleichsstudie über die Ausprägung von relevanten Umweltbedingungen der seelischen Gesundheit in 17 europäischen Regionen durch. Die Ergebnisse werden verantwortlichen Akteuren aus Politik und Verwaltung in einer Europäischen Fachkonferenz im Herbst 2009 in Rendsburg vorgestellt und über einen in vier europäische Sprachen übersetzten Bericht veröffentlicht. Durch die Verbreitung der Bedeutung von strukturellen Indikatoren seelischer Gesundheit werden regionale Planungsprozesse in Politik und Verwaltung unterstützt.

Seit dem 01.04.2008 (bis zum 28.02.2010) führt die Brücke, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, das *Leuchtturmprojekt Demenz Pflegeheim Haus Schwansen* ( [www.transaltern.de](http://www.transaltern.de) ). Mit diesem Evaluationsprojekt soll die Pflegeeinrichtung Haus Schwansen für wegweisende, bewährte und evaluierte Versorgungsstrukturen identifiziert und eine systematische bundesweite Verbreitung ihres Versorgungskonzeptes erreicht werden.

Rendsburg, 01.10 2008

Siehe auch: [www.bruecke.org](http://www.bruecke.org)