



**Landesverband  
Sozialpsychiatrischer  
Einrichtungen SH**

Landesverband Sozialpsychiatrischer Einrichtungen in Schleswig-Holstein e.V.  
Muhliusstraße 94, 24103 Kiel

Muhliusstraße 94  
24103 Kiel

Schleswig-holsteinischer Landtag  
Sozialausschuss  
Vorsitzender  
Christopher Vogt  
Postfach 7121  
24171 Kiel

Ruf (04 31) 9 82 05-0  
Fax (04 31) 9 82 05-25

Kiel, den 14.03.11

### **Fortschreibung Psychiatrieplan S-H, Drucksache 17/994**

Sehr geehrte Damen und Herren  
sehr geehrter Herr Vogt  
sehr geehrter Herr Heinemann,

**Landesverband  
Sozialpsychiatrischer  
Einrichtungen in  
Schleswig-Holstein e.V.**

#### **Vorstand**

Kay Nernheim, Kiel  
Alexander Schreiber, Kiel  
Eckart Drews,  
Bad Oldesloe  
Aynette Schmitt,  
Ahrensburg

herzlichen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Antrag der SPD-Fraktion zur Fortschreibung des Psychiatrieplanes, Drucksache 17/994.

Ich schreibe Ihnen im Auftrag des Vorstands des Landesverbandes Sozialpsychiatrischer Einrichtungen S-H e.V.. Der Landesverband ist ein Spitzenverbandsübergreifender Zusammenschluss sozialpsychiatrischer Leistungserbringer und eine Unterorganisation des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V.

**Kontoverbindung**  
Förde Sparkasse  
Bankleitzahl 210 501 70  
Konto 92 031 038

Da mir die ausführlichen Stellungnahmen der Brücke SH durch den Kollegen W. Faulbaum-Decke und des Paritätischen durch den Kollegen J. Adler kollegial vorliegen beschränke ich mich mit dieser Stellungnahme im Groben auf Punkte, die von diesen noch nicht oder nur beiläufig benannt sind.

Die sozialpolitischen Grundzüge der o.g. Ausführungen stimmen mit der Einschätzung des Landesverbands überein und müssen nicht erneut wiederholt werden.

Die im Landesverband Sozialpsychiatrischer Einrichtungen zusammengeschlossenen Leistungserbringer beklagen unisono eine rigide Absenkungsstrategie seitens der Leistungsträger, welche den eigentlichen Sinn der Verlagerung der Daseinsvorsorge zu den Kommunen konterkariert. Hier ist politische Einflussnahme durch das Land dringend angezeigt, da ansonsten Mindeststandards und Vereinbarungen dem Einsparduktus zum Opfer fallen. Die Kündigung des Landesrahmenvertrags erscheint nur als Spitze des Eisbergs.

Gleichzeitig ist der Rückzug aller Leistungsträger auf ihre je spezifischen Zuständigkeiten mit koordinierter, gewollter und gestalteter Inklusion nicht vereinbar.

Nur eine grundsätzliche Ergänzung lassen Sie mich an dieser Stelle hinzufügen:

Die unbedingte Verzahnung und Vernetzung von psychiatrischen Versorgungsbedarfen mit denen des eigentlich inkludierten Suchthilfesystems möge an dieser Stelle hervorgehoben betont sein. Dafür rege ich an, einen weiteren Punkt der ansonsten erfreulich kompletten Auflistung hinzuzufügen. Vielleicht folgendermaßen formuliert: „Inklusion des **Suchthilfenetzes** in das psychiatrische Versorgungssystem mit **Transparenz und Durchlässigkeit** zur Schaffung passgenauer Angebote.“

Da dieser Aspekt bis dato nicht ausdrücklich erwähnt ist hierzu unter Punkt 0: einige Anmerkungen bevor ich dann detailliert die vorgeschlagene Liste abarbeite:

0: Stärkere Vernetzung zwischen psychiatrischen und suchtspezifischen Hilfen (Doppeldiagnosen)

Zunahme an Doppeldiagnosen (Psychiatrie und Sucht)

- Qualifizierung der Träger auf Klientel Doppeldiagnosen
- Enge Verzahnung von Psychiatrieplan und Suchthilfeplan
- Schaffung neuer angemessener Versorgungsformen
- Schaffung teilstationärer suchtspezifischer Einrichtungen (Tagessklinik/-stätte, WGs, Nacht-/Wochenendklinik, suchtmmedizinische Ambulanzen in den relevanten Sozialräumen)

1: Durch die Trennung in unterschiedliche Sozialgesetzbücher bedingt findet übergeordnete Koordination nicht statt.

- Durch beständige Reduktion der zuwendungsabhängigen offenen Hilfen und Beschränkung der spezifischen Kostenträger auf gesetzlich vorgeschriebene Leistungen, die von Haltung und Zuständigkeit her meist defizitorientiert agieren, findet eine koordinierte Prävention nicht statt.
- Dass Teilhabe- und Teilgabebedarf im Rahmen psychiatrischer Hilfen am besten erst gar nicht entstehen möge und deshalb hier ein besonderer Schwerpunkt zu setzen ist, findet im psychiatrischen Hilfesystem keine implizite Entsprechung.

2: Auch die vielfältigen Formen der Selbstorganisation, Selbsthilfe, An- und Zugehörigenarbeit sind angemessen einzupflegen.

2-7: Versorgungslücke: Angebote für ältere und älter gewordene KlientInnen

Stärkere Vernetzung zwischen SGB XII und SGB XI wg. Demographischer Entwicklung

- Schaffung teilstationärer gerontopsych. Einrichtungen (Tagessklinik/-stätte, WGs)
- Betreute Wohnformen statt psychiatrischer Pflege jeglicher Intensitätsstufe
- Angehörigenbetreuung versus Arbeitsplatz ist keine soziale Indikation für frühzeitige Verheimung
- Angebote für älter werdende psychisch Kranke
- Doppeldiagnose Psychiatrie und Pflegebedürftigkeit
- Es zeigen sich Lücken in dem Bereich Menschen unter 65 Jahre. Im normalen Pflegeheim werden die Klienten psychiatrisch unterversorgt. Es bleibt keine Kontinuität bei der Versorgung der Menschen. Vernetzung der unterschiedlichen Bereiche (Pflege, psychiatrische Einrichtung) Die normalen Pflegeheime kaschieren das psychiatrische Problem.
- Wo finden Patienten mit hohem Alter und psychiatrischer Diagnose Platz? Wie sieht es mit der nachstationären Versorgung aus.

Versorgungslücke Kinder- und Jugendpsychiatrie und Junge Erwachsene

- Vermeidung von Abwanderung/Exclusion junger psychisch Kranker.
- Schaffung von Spezialangeboten für Junge Erwachsene im Übergang von Jugendhilfe zu Eingliederung
- Kinder psychisch kranker Eltern fallen durch alle Versorgungsnetze

Migration

- Für Flächenland schwer darstellbar wegen größter Unterschiede in Sprache und Kultur.
- Regionale Schwerpunktsetzung im Rahmen eines koordinierten Gesamtkonzepts

8-9: Forensik und naheliegende Gebiete:

- Hoch empfindlicher Bereich in Bezug auf Behandlung, Betreuung, Selbstbestimmung – dringend überregionale Koordination vonnöten.
- Hinterfragung der Privatisierungen gerade dieser Einrichtungen – erhöhteste hoheitliche Fürsorgeverpflichtung darf nicht vermarktet werden.
- Fragen von Spezialeinrichtungen im Übergang aus der Forensik heraus
- Qualifizierung der vorhandenen Eingliederungseinrichtungen auf nachforensische Klientele und Spezialbeauftragung mit entsprechendem Personalansatz
- Wir identifizieren geschlossene Heimversorgung als Bedarf. Ein kleinerer Teil der betroffenen KlientInnen droht durch Fehlversorgung forensisch zu werden. Der größere Teil wird sozialraumfern verlegt.

10: Koordination der Gestaltung der psychiatrischen Landschaft nicht mehr gegeben.

- Durch Installation der kosoZ mit rigidem Einsparauftrag keine bedarfsgerechte Ausgestaltung und Entwicklung der psychiatrischen Landschaft mehr vorhanden.
- Verzögerung und Ablehnung neuer Modelle
- Nivellierung und Absenkung vorhandener Einrichtungen
- Keine Fachaufsicht über Handeln der kosoZ durch zuständiges Ministerium
- Durch Kündigung des Landesrahmenvertrags Aufkündigung des Konsensgedankens

11: Stärkere Vernetzung zwischen SGB V und SGB XII –

Themen wie Integrierte Versorgung, Soziotherapie, Ambulante Psychiatrische Pflege etc.

- Berücksichtigung der Unterschiede zwischen Metropolregionen und Flächenkreisen
- Politischer Druck auf Krankenkassen vonnöten um diese zu Vereinbarungen über Regionalbudgets, Modelle Integrierter Versorgung, Soziotherapie etc. zu bewegen.

12: Inklusionsgedanke bedarf politischer Gestaltung.

- Definitions- und Vereinbarungshoheit bei der kosoZ mit erklärtem Absenkungswillen konterkariert sozialräumliche Besonderheiten

13: Stärkere Vernetzung zwischen SGB V und SGB XII

- Verbesserung der medizinischen Versorgung im Sozialraum und Behandlungskonstanz
- Unterstützungsfunktion der Medizin für ambulante/teilstationäre psychiatrische Versorgung
- Themen wie Integrierte Versorgung, Soziotherapie, Ambulante Psychiatrische Pflege etc.
- Gemeinsame Behandlungspfade der außerklinischen Einrichtungen mit Versorgungskrankenhaus.
- Intensivere Eingliederungshilfe vs. Anfang der klinischen Psychiatrie (Wenn Eingliederungshilfe nicht weiterkommt, Verlegung in Krankenhaus statt fachlich indizierter Verbleib in Eingliederungshilfe)
- Überversorgte Patienten: sie befinden sich als Notlösung im KH. Es vergeht viel Zeit um eine passende Einrichtung zu finden. Oft ist nur eine Krisenintervention nötig. (Krisenpension? Überschneidung zu kommunalen Aufgaben der Daseinsvorsorge.) Gerade für diese Klienten wäre es sinnvoll eine geeignete Einrichtung zu finden/schaffen. Oft besteht keine psychiatrische Indikation. Das Problem wird ins Krankenhaus verlagert. Das Krankenhaus hat eine Auffangfunktion für nicht versorgbare Menschen. Es gibt immer mehr Menschen mit nicht klar definierbaren Diagnosen und keine passenden Unterbringungsmöglichkeiten.

14: Durch zunehmende ambulante und teilstationäre Angebote geringerer Bedarf an vollstationären Plätzen im SGB XII Bereich

Zügiger Ausbau sämtlicher teilstationärer und ambulanten Versorgung und Kritische Überprüfung vollstationärer Bewilligung

- Ggf. Reduktion vollstationärer Plätze bei Ausweitungsmöglichkeit teilstationär/ambulant
- Schaffung systemübergreifender Krisendienste zur Vermeidung von Klinikaufhalten und vollstationärem Bedarf

- Kombination verschiedener modularer ambulanter/teilstationärer Leistungen bis zu vollstationär im eigenen Wohnraum
- Bedarfsgerechte Abgrenzung von ambulanter und (teil)stationärer Wohnbetreuung
- Vollstationärer Bedarf darf nicht automatisch zu Heimaufenthalt führen
- Solange ambulant mit Fachleistungsstunden verbunden wird (80:20 Verhältnis direkte/indirekte Leistungen) fallen strukturintensive Klienten raus und es droht Verheimung.
- Schon teilstationärer Bedarf droht als Verheimungsgrund in Kauf genommen zu werden
- Die teilstationäre Betreuungsform wird nicht ausgeweitet (politischer Wille kosoz). Hier wird gegen den Psychiatrieplan agiert und ein bis dato unstrittiges Hilfeinstrument vom Markt genommen. Diskussion von Standards und Betreuungsinhalten.
- Hinweis auf Umdrehung der gesetzlichen Vorgabe „ambulant vor stationär“ bei Streichung der Betreuungsstruktur teilstationäres Wohnen – insb. bei Festschreibung der Fachleistungsstunden auf die 80-20%-Regelung. Strukturintensive KlientInnen die bis dato in teilstationären Wohnformen betreut werden droht die Heimverschiebung

#### 15-16: Umfassende Qualitätskontrollen seitens Politik und Verwaltung

- Vorhalten von Fachlichkeit in Kreisen versus alleiniger Verlagerung zur kosoz
- Die Voten des GPV sind für Beteiligte nicht verbindlich. Die Verwaltung berücksichtigt diese unzureichend
- Ausbau von Beteiligungsmöglichkeiten Psychiatrieerfahrener
- Verbindliche Qualitätskriterien (Mindeststandards) auch für teilstationär und ambulant
- Ausgliederungsförderung in vollstationären Bezügen
- Ombudsmann in Kreistagen, Gleichstellungsbeauftragte
- Qualitätsverbände

#### Hilfeplanung, Dokumentationssysteme

- Qualifikationsmix und -quote
- Bench-Marking/Qualitätskontrollen
- Verbindliche vertragliche Regelungen bzgl. Leistungserbringung
- Qualitätsmanagementverfahren werden verlangt aber nicht überprüft und in Vergütungsvereinbarungen nicht verpreist. Es gibt keinen Anreiz für Leistungserbringer Qualitätsmanagementverfahren einzuführen.

#### 17: Methoden und Standards von Hilfeplanung transparent, nachvollziehbar

- Mit Beteiligung nicht nur der KlientInnen sondern auch der Leistungserbringer (zur Vervollständigung der psychiatrischen Fachlichkeit)
- Koordination liegt bei Kreisen die zunehmend nur auf Kostenexclusion denn auf Inclusion sämtlicher Beteiligter (ARGEN, Jugendhilfe, Medizin müssen mitkooiniert werden) achten.

#### 18: Persönliches Budget umsetzen

- Persönliches Budget für psychisch kranke KlientInnen wird schnell als überfordernd erlebt und diskreditiert
- Politischer Durchsetzungswille gefragt, Vorgaben an die Kreise

#### 19: Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten

- Vor-/nach und anstatt WfbM- Automatismuns
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekte
- Integrations-/Zuverdienstfirmen nicht von öffentlichen Zuwendungen/offenen Hilfen abhängig machen und verkürzen
- Ambulante und teilstationäre Betreuung (ambulant vor stationär) braucht dringend tagesstrukturierende und arbeitsspezifische Assistenzeinrichtungen
- ALGII versus Grundsicherung als Anspruchsgrundlage verhindert Leistungserbringung und KlientInnen bleiben unversorgt

20: Fortbildungen:

- Durch Absenkungsbegehren der KOSOZ in Verhandlungen werden qualifizierte Fortbildungskonzepte verunmöglicht.
- Gestaltungswille der Kostenträger und der KOSOZ dringend erforderlich

In der Hoffnung, das gemeinsame Ziel, der Gestaltung und Ausgestaltung einer inklusiven sozialräumlichen psychiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein durch diese Stellungnahme zu befördern verbleibe ich

**Mit freundlichen Grüßen**

**Landesverband Sozialpsychiatrischer  
Einrichtungen in Schleswig-Holstein**

**(Eckart Drews)**