DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Landesverband Schleswig-Holstein

Schleswig-Holsteiner Landtag
Vorsitzender des Sozialausschusses
Herrn Vogt
Postfach 7121
24171 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Umdruck 17/1849

Kiel, den 31. Januar 2011

Fortschreibung Psychiatrieplan – Antrag der Fraktion der SPD/ Drucksache 17/ 994
Stellungnahme der DGSP-Landesverband Schleswig-Holstein

Sehr geehrter Herr Vogt,
sehr geehrte Damen und Herren,

mit Freude haben wir zur Kenntnis genommen, dass die SPD in Schleswig-Holstein den Landespsychiatrieplan fortschreiben will. Wir brauchen in Schleswig-Holstein aus der Sicht der DGSP unbedingt wieder einen politisch vorgegebenen und kontrollierten Rahmen, um den zum Teil äußerst bedenklichen Entwicklungen in einzelnen Kommunen wieder sozialpsychiatrische Fachlichkeit, demokratisch ausgerichtete Kooperationen und funktionale Netzwerke sowie wirkliche Personenorientierung zugrunde zu legen. Somit hoffen wir sehr, dass mit einem fortgeschriebenen Landespsychiatrieplan das Engagement und Fachwissen vieler in diesem Bereich tätiger und erfahrener Menschen optimal einbezogen werden und aus dem destruktiven Gegeneinander wieder ein zielführendes Miteinander wird. Aus unserer Sicht bedarf es einer professionellen Verknüpfung aller vorhandenen Potentiale und Ressourcen, um unter schwierigen ökonomischen Rahmenbedingungen kluge, vernetze Lösungen zu entwickeln und kollektiv zu verankern. Wir glauben, dass es hierfür eine große Bereitschaft gibt und sind Ihnen sehr dankbar für die Initiative und dafür, dass wir hierzu eine Stellungnahme abgeben dürfen. Insgesamt stimmen wir sehr mit den einzelnen Punkten überein, die aus unserer Sicht mit der richtigen Diktion die zentralen Punkte aufgreifen. Wir werden daher in unserer Stellungnahme lediglich einzelne Aspekte herausgreifen, die aus unserer Sicht beachtet werden müssten.

1. **Präventionskonzept**
   - Es sollte nicht nur Krankheit vermieden, sondern seelische Gesundheit aktiv gefördert werden. Hierfür brauchen wir Entwicklungskonzepte.
   - Bündnisse gegen Depression, Borderline-Netzwerke, Psychose-Seminare und Recovery-Gruppen sollten in jeder Versorgungsregion vorhanden sein
   - Frühinterventionen durch Familienhebammen sind aus dem Netzwerk der sozialpsychiatrischen Kinder- und Jugendhilfe weiter auszubauen.
   - regelmäßige, systematisierte Schulungen, Fortbildungen und Informationen aller regionalen Schulen (Psychiatriewoche) und Kindergärten sowie der Vertrauenslehrer/innen und Erzieher/innen

- Ausrichtung der Hilfen im Kinder- und Jugendbereich an empirisch unterlegtem Wissen zur Prävention (Hierzu gibt es bereits eine Vielzahl an fundierten Studien)
- Gerontopsychiatrische Schwerpunktpraxen in jeder Region; ggf. als integraler Bestandteil der Institutsambulanzen
- regelmäßige Aufklärungskampagnen zu den Wirkungen von Psychopharmaka
- Aufbau und Unterstützung spezifischer Selbsthilfegruppen unter fachlich fundierter Begleitung
- breite Unterstützung bestehender Antistigma-Kampagnen

2. Auflistung vorhandener Angebote

- Hier müssen insbesondere auch die „verdeckten" Anbieter erfasst werden, z.B. Alten- und Pflegeheime, die auch wesentlich jüngere Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich unterhalb der eigentlichen Zielgruppe (Fehlplatzierung!) solcher Einrichtungen aufnehmen; Ich-AGs, d.h. Einzelpersonen, die ohne strukturelle und institutionelle Anbindung in diesem Bereich tätig sind sowie die Langzeitwohnangebote im Umfeld der psychiatrischen Großkrankenhäuser.

3. Psychotherapeutische Angebote

- Hier ist insbesondere auch bedeutsam, welche Therapierichtungen für welche Zielgruppen vorgehalten werden. Insbesondere gilt es zu erfassen, wo Psychotherapie für Menschen mit gerontopsychiatrischen Störungen, für Menschen mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Sucht etc. angeboten wird.
- Ferner ist darauf hinzuwirken, dass sich die Psychotherapeutinnen/en regional vernetzen, um Versorgungslücken zu schließen.
- Nicht hinzunehmen sind die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, die leicht aus einem „Fall" einen „Notfall" werden lassen.

4. Gerontopsychiatrische Angebote (Fachplan)

- „Wie wollen alte Menschen leben?" sollte die Leitfrage für die Planung von Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen sein.
- Hausgemeinschaften, Tagesstätten, gerontopsychiatrische Tageskliniken, Demenzssprechstunden, sozialpsychiatrische Krankenpflege sollten selbstverständlicher, vernetzter Bestandteil jeder Versorgungsregion sein.

5. Kinder und Jugendliche (Fachplan)

- Psychiatrie und Jugendhilfe müssen sich fachlich und personell vernetzen.
- Die Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher muss möglichst zu Hause unter systemtherapeutischer Begleitung der Familien sowie unter Einbeziehung des gesamten sozialen Netzwerkes inkl. Schule erfolgen.
- Für besondere Situationen müssen geeignete therapeutisch ausgerichtete Rückzugsräume (Krisenwohnungen) geschaffen werden.
- Tages- und Nachtkliniken für Kinder- und Jugendliche sind in jeder Region (ggf. im Verbund mit anderen geeigneten Institutionen) vorzuhalten.

- Die Zielgruppe der Kinder- und Jugendlichen im Grenzbereich zur Psychiatrie muss um die Gruppe der jungen Erwachsenen erweitert werden, die aktuell häufig aus dem Hilfesystem herausfallen.
- In den Regionen müssen alternative Wohnformen geschaffen werden.
- Aufbau spezifischer Lernräume zur Stützung von Schule und Beruf unter Einbeziehung von Lernpaten
- Aufbau und psychosoziale Begleitung von geeigneten Patenfamilien für Kinder psychisch kranker Eltern für Krisensituationen

6. Migrationshintergrund/ geschlechtssensible Leistungserbringung

- Festsetzung einer fachkompetenten, niedrigschwelligen Beratungsstelle für MigrantInnen in jeder Region (eingebunden in das psychosoziale Versorgungssystem/ GPV/ KAG?)
- Festschreibung unabdingbarer Standards zur Sicherstellung der notwendigen unterschiedlichen frauen- und männerspezifischen Behandlung und Betreuung und Integration in die Selbstverpflichtung der am GPV beteiligten Leistungserbringer

7. Forensische Hilfen /

8. Maßregelvollzug /

9. Sicherheitskonzept

- Die Versorgungssituation psychisch erkrankter Straftäter/innen ist dringend verbesserungsbedürftig. Wir begrüßen daher ausdrücklich die Absicht, dieses Thema in einer besonderen Weise aufzugreifen. Wir empfehlen, dass jede Versorgungsregion über die Gremien AK gemeindenahe Psychiatrie und den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu verbindlichen Aussagen hinsichtlich der Übernahme von Versorgungsverantwortung kommen muss und dass das jeweils zuständige forensische Versorgungskrankenhaus Mitglied des jeweiligen GPV wird.

10. Regionale Koordination

- Die regionale Koordination muss wieder in fachliche Verantwortung gegeben werden. Die aktuelle Vorrangstellung des Leistungsträgers der Eingliederungshilfe ohne spezifische psychiatrische Kompetenzen führt vielerorts zu einer Dominanz des Ökonomischen mit der Folge nicht bedarfsgerechter Entscheidungen für die Leistungserbringer. Wir fordern, die Koordination wieder an die sozialpsychiatrischen Dienste zurückzudelegieren.

11. Versorgungsmodellregion/ regionale Budgets

- Modelle sollten so gestaltet werden, dass bereits vorhandenes Wissen aus anderen Bundes- und europäischen Ländern berücksichtigt wird und alle anderen Regionen an dem Prozess frühzeitig beteiligt bzw. umfassend informiert werden.
- Wichtig erscheint uns bei den Modellen sowie den vorangegangenen Punkten (z.B. Fachplänen) eine grundsätzliche Verständigung auf sozialpsychiatrische resp. holistisch-anthropologische Positionen der Behandlung und Versorgung von

- Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der Grundlage aktueller Wissensstände, die u.a. Recovery, Empowerment, Inklusion in Abgrenzung zu einer reduktionistischen, defizitorientierten, ausgrenzenden und bevormundenden Psychiatrie.
- Ferner bedarf es u.a. eines neu definierten ökonomischen gemeinwesen- und am Menschen orientierten Verständnisses, dessen Betrachtung auch auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist, statt eines kurzfristig linearen betriebswirtschaftlich-marktorientierten Verständnisses von Ökonomie nach neoliberalem Muster.

12. Inklusions- und Sozialraumorientierung

- Das unterschiedliche Verständnis von Inklusion muss durch ein wissenschaftlich unterlegtes Verständnis in Anlehnung an die Definition der UN-Konvention ersetzt werden. Methoden der Gemeinwesenarbeit (Sozialraumorientierung) müssen über die bestehenden Funktionsbereiche der offenen Hilfen hinaus weitergeführt und verfestigt werden. Begegnungsstätte und Betreuung am Übergang sind unerlässliche Instrumente zur Sicherstellung von in das Gemeinwesen hineinwirkenden offenen Hilfen. (s. Positionspapier der DGSP-SH)
- Die Psychiatrie muss sich niederschwellig im bürgerschaftlichen System (BürgerInnenbüro; Stadtteilbüro, Sozialbüro, Inklusionsbüro…) verankern.

13. Synchronisation von Krankenhausplanung und Psychiatrieplanung

- Krankenhauspsychiatrie und psychosoziale Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen müssen analog dem Denkansatz der integrierten Behandlungs- und Reha-Planung (IBRP) ganz selbstverständlich ineinandergreifen. Von der Enthospitalisierung alter Langzeitkranker über die Schaffung von Soteria-ähnlichen Aufnahmestationen bis hin zu familienorientierten ambulanten Behandlungssettings und Kriseninterventionen nach skandinavischen Modellen muss die Behandlung im übergreifenden sozialpsychiatrischen Kontext erfolgen.
- Ebenso sind die z.T. langen Wartezeiten im Bereich der ambulanten psychiatrischen Behandlung insbesondere auch in Anbetracht der Verkürzung der stationären Behandlungszeiten und der Zunahme an psychischen Erkrankungen nicht vereinbar mit einer verantwortungsvollen Versorgung.
- Im Kontext der Ambulantisierung der Hilfen bedarf es zudem eines psychosozialen Krisendienstes in der Region in enger Verknüpfung mit dem sozialpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter.

14. Begrenzung wohnortferner Versorgung

- Gemäß der vertraglich abgestimmten Versorgungsverpflichtung der Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sind alle Beteiligten aufgefordert, wo möglich und erwünscht, psychisch kranke Bürger/innen der Region aus Institutionen in anderen Regionen zurückzuholen. Zudem haben sie sich verpflichtet, gemeinsam wo möglich, erwünscht und sinnvoll (resp. überregionale Spezialeinrichtungen können bisweilen wirksamer und hilfreicher sein und das gemeindenahe Prinzip aufheben)

die Versorgung in der Region sicher zu stellen und ggf. Versorgungslücken zu schließen.

- Ferner muss die „Verschickungspraxis“ von Kindern und Jugendlichen aus anderen Bundesländern und Städten – z.B. in besonderer Weise aus Berlin – in Schleswig-Holsteiner Heime und Pflegefamilien auf den Prüfstand.
- Die Suchthilfe muss sich ebenso gemeindenah aufstellen. Die Unterbringung in heimatfernen Einrichtungen steht einem integrativen und inklusiven Reha-Ansatz diametral entgegen.
- Die Zuständigkeit der regionalen Heimaufsicht ist auf alle Bewohner/innen – unabhängig von der Herkunftsregion – auszuweiten.

15. Standards und Qualitätsmaßstäbe

- Es muss sichergestellt werden, dass sich die Einrichtungen und Dienste, ebenso wie die Hilfeplaner/innen nach objektiven sozialpsychiatrischen Wissens- und Qualitätsstandards ausrichten und nicht die persönliche Haltung einzelner Personen in Schlüsselpositionen die Maßstäbe subjektiv festlegen und damit alle fachlichen Plausibilitäten über den Haufen werfen können.
- Ferner muss sichergestellt werden, dass der soziale Bereich nicht zu einem Niedriglohnsektor verkommt, in dem die billigsten Anbieter am Markt (oft im Grenzbereich zur Legalität) den Preis bestimmen. Mitarbeiter/innen in sozialen Dienstleistungen brauchen ein professionelles Rüstzeug und Wertschätzung, um diese Arbeit auch langfristig, ohne auszubrennen leisten zu können.

16. Qualitätsmanagementverfahren

- Die Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist fachlich, ethisch, ökonomisch für den einzelnen Betroffenen und gesellschaftlich so anspruchsvoll, dass über den GPV, den AK gemeindenahe Psychiatrie, Besuchskommission und Heimaufsichtsbehörden hinaus ein Gremium in Form eines Psychiatriebeirates vor Ort und vernetzt mit einem Landespsychiatriebeirat die Qualitätssicherung in den Regionen begleiten muss.
- In jeder Region ist über den AK gemeindenahe Psychiatrie eine unabhängige Beschwerdestelle zu schaffen.

17. Persönliches Budget

- Vorausgehen muss eine umfassende Bestandsaufnahme über die Umsetzung in Schleswig-Holstein.
- Die kreisfreien Städte und Kommunen müssen strategische Festlegungen treffen, wie die Inanspruchnahme des persönlichen Budgets erhöht werden soll.
- In jeder Region wird eine unabhängige, sachgerechte Beratung sicher gestellt.

18. Überprüfbare Hilfeplanung

- Hilfeplanung ist in erster Linie ein therapeutisches Verfahren, das der Zielerreichung und Lebensplanung des psychisch erkrankten Menschen dient. – Es muss

sichergestellt werden, dass das Verfahren fachlich durchgängig professionell und transparent gestaltet wird. Zu jedem Hilfeplangespräch ist ein Evaluationsprotokoll zu erstellen. Ein Benchmarking der verschiedenen Regionen stellt eine ständige Qualitätsverbesserung sicher.

- Schleswig-Holstein verständigt sich auf ein – auch mit den Leistungserbringern - abgestimmtes Verfahren, das die personenzentrierte, subjektorientierte, funktionsbereichsübergreifende Hilfeplanung ermöglicht. Komplexleistungen werden dann sinnvollerweise notwendig und nicht als „Doppelbetreuung“ diskreditiert.
- In jeder Region wird eine Hilfeplankonferenz unter der Leitung des Leistungsträgers eingerichtet. Die HPK arbeitet auf der Grundlage einer gemeinsam erstellten Geschäftsordnung.
- Das Land richtet eine (Schieds-)Stelle ein, an die sich auch Leistungserbringer und Mitarbeiter/innen mit ihren Anliegen und Beschwerden richten können.

19. Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten

- Teilhabe an Arbeit ist ein wesentlicher stabilisierender Faktor, wenn dies unter angemessenen Bedingungen stattfindet. – Für die Integration auf den 1. Arbeitsmarkt müssen die Bedingungen der psychosozialen Begleitung ebenso verbessert werden wie umgekehrt die Hilfemöglichkeiten für psychisch belastete ArbeitnehmerInnen (Betriebliche Beratung).
- „Jeder Mensch will notwendig sein“. Viele psychisch erkrankte Menschen sind gänzlich ohne Beschäftigung. Hier muss in jedem einzelnen Fall sorgfältig begründet werden, warum diese Person von der Teilhabe an Arbeit unter Berücksichtigung des gesamten Hilfespektrums von Tagesstätte, über Arbeitsprojekte, WfpbM … ausgegrenzt ist. – Hierzu ist die Teilnahme der Arge, Agenturen, Rentenversicherungsträger an der HPK erforderlich.

20. Spezialisierte Gesundheitsberichtserstattung

- Eine fundierte regionale Gesundheitsberichtserstattung auf der Grundlage vereinbarter Standards ist selbstverständlicher Bestandteil kommunaler Psychiatrie und zentrales Element des regionalen Qualitätsmanagements.

21. Weiterentwicklung von Aus- und Fortbildungsangeboten

- Der Respekt vor den betroffenen Menschen und die Achtung vor der Komplexität psychischer Erkrankungen erfordert die Fortführung und Weiterentwicklung spezifischer Fachfortbildungen wie bspw. die DGSP seit über 25 Jahren berufs- und fachbereichsübergreifend vorhält. Zudem sind professionelle Intervention häufig wirksamer, nachhaltiger und ökonomischer und fördern zudem die Selbstkompetenz der Mitarbeiter/innen.

22. UN-Behindertenrechtskonvention

- Die UN-Behindertenkonvention sollte in ihrer intentionalen Fassung, d.h. die Rechte und die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen gemäß einem

eindeutigen Verständnis von Inklusion tatsächlich umgesetzt werden wollen. Dies ist eine der größten Herausforderung der nächsten Jahre und Jahrzehnte und erfordert ein kreatives, kompetentes zielgerichtetes Zusammenwirken aller gesellschaftlicher Gruppierungen auf Landes- und kommunaler Ebene. – Wir wünschen uns hier eine Fortführung und Ausweitung bestehender Modelle und sehen darin u.a. auch einen (neuen?) Schwerpunkt der Wohlfahrtsverbände.

Die DGSP ist gerne bereit, ihren Beitrag dafür unabhängig und überparteilich im Dienste der Sozialpsychiatrie in ihrer ständigen Weiterentwicklung weiterhin zu leisten.

Ergänzende Anmerkungen:

- Im Lebensbereich Wohnen sind u.a. neben der Festlegung von Standards für den vollstationären Bereich, die sich an milieutherapeutischen und gemeindeorientierten Aspekten auszurichten haben, auch die Bewertung der zuletzt diskreditierten teilstationären Wohngruppen – aus unserer Sicht ein schleswig-holsteinisches Erfolgsmodell für eine spezifische Zielgruppe - neu und offen vorzunehmen.
- Neue Entwicklungen im Bereich der Gesetzgebung und ihre Folgen für die Finanzierung der psychiatrischen Hilfen müssen breit diskutiert werden. Es muss gelingen, die verschiedenen Finanzierungsstränge zusammenzuführen.
- Ei n besonderes Augenmerk muss auf die Stärkung der Rolle der Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Partizipation an allen wichtigen Entscheidungsprozessen gelegt werden, z.B. durch die Integration von Modellen zum “Peer-Involvement“.

Wir hoffen, mit unseren Ausführungen Ihr Anliegen unterstützen zu können und wünschen Ihnen für das Gelingen alles Gute. Gerne stehen wir Ihnen auch weiterhin mit unserem Wissen und unseren Erfahrungen zur Verfügung, um einen Rückschritt in der Psychiatrie zum Schaden der betroffenen Menschen zu verhindern und wirkliche, inklusive Konzepte auf den Weg zu bringen.

Für den Vorstand
gez. René Skischally
gez. Hans Cordshagen