

Aktionsgemeinschaft Handlungsplan –
Netzwerk von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
Beeinträchtigungen und Behinderungen in Schleswig-Holstein e.V.
(AGH – Netzwerk SH)
Hamburger Chaussee 4
24114 Kiel



Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags,
an die Vorsitzende Frau Katja Rathje–Hoffmann
per Mail an: sozialausschuss@landtag.ltsh.de

Kiel, der 01.10.2026

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung
und Änderungen des Krebsregistergesetzes Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 20/4697**

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,
sehr geehrte Mitglieder des Sozialausschusses,

zunächst möchten wir uns für die Gelegenheit bedanken, dass wir uns im Rahmen der oben genannten Anhörung äußern können. Als Selbstvertretung von und für Menschen mit psychischen Erkrankungen beschränkt sich die vorliegende Stellungnahme ausschließlich auf den psychiatrischen Bereich.

Prolog: Wer wir sind

Die AGH - Netzwerk SH e.V. ist eine sozialpolitische Selbstvertretung von und für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Unsere Mitglieder sind unter anderem in verschiedenen "Arbeitskreisen Gemeindenaher Psychiatrie" und "Gemeindepsychiatrischen Verbünden" (GPV) in den Kreisen und kreisfreien Städten vertreten. Wir bedienen mehrere Besuchskommissionen (BK) im Rahmen des PsychHG. Auch möchten wir auf unsere gute Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Sozialpsychiatrischen Diensten (SPDi) im Land SH hinweisen.

Block 0. Schleswig-Holsteins Sonderweg als Chance für die Psychiatrie

Die AGH-Netzwerk SH begrüßt ausdrücklich, dass das Land Schleswig-Holstein mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Verantwortung übernimmt und die Psychiatrie nicht - wie im Bundesgesetzgeber geschehen - ausspart. Schleswig-Holstein nimmt hier eine wichtige Vorreiterrolle im Bundesgebiet ein.

Genau dieser Gestaltungswille muss nun genutzt werden, um die Partizipation der Betroffenen und die Schnittstellen zur Gemeindepsychiatrie auf dieselbe zukunftsfähige Stufe zu heben. Insofern sehen wir bei einigen wichtigen Punkten Nachbesserungsbedarf, auf die wir im Folgenden eingehen.

Block I. Wo bleibt die Partizipation?

Während Partizipation in anderen Bereichen (gerade im Bereich des SGB IX oder im Zusammenhang mit dem Landesrahmenvertrag) schon längst gelebte Praxis ist, vermissen wir im LKHG den rechtlichen Rahmen für eine wirksame (!) Partizipation:

Wir stützen daher unsere Forderung nach einer echten, verbindlichen Partizipation im Landeskrankenhausgesetz (LKHG) auf folgende fünf Kernargumente:

1. Leitmotiv UN-BRK: "Nichts über uns ohne uns!"

Dass die Betroffenen- und Patientenvertretung sowie die Behindertenverbände im Gesundheitsversorgungsrat (§ 5 Abs. 5, 6) und in den Ausschüssen für Krankenhausplanung und -finanzierung keine ständigen Mitglieder sind, sondern lediglich als Gäste "mit beratender Stimme" hinzugezogen werden können, degradiert Betroffene zu Bittstellern.

In unseren Augen ist dies ein Verstoß gegen die UN-BRK. Der Artikel 4 Abs. 3 der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet den Gesetzgeber zur engen Konsultation und aktiven Einbeziehung von Menschen mit Behinderung bei allen Entscheidungen, die sie betreffen.

Unsere Forderung: Umwandlung der bloßen Beratungsrolle für Betroffenen- und Patientenvertretungen in ein festes Stimmrecht und die Verankerung als ständiges Mitglied in allen zentralen Planungsgremien (§ 5).

2. Schutzfunktion bei Grundrechtseingriffen

In der Psychiatrie stehen im Rahmen der Pflichtversorgung und freiheitsentziehenden Unterbringung (§ 26 Abs. 5) schwerwiegende Eingriffe in Grundrechte auf dem Spiel. Wo das Gesetz Aufnahmepflichten mit gerichtlichen Zwangsmaßnahmen verknüpft, braucht es eine starke, unabhängige Selbstvertretung in den Steuerungsgremien. Ein solcher Ausgleich im Machtgefälle stellt sicher, dass präventive, deeskalierende und gewaltfreie Angebote gegenüber rein sicherheits- und unterbringungsbezogenen Logiken Vorrang erhalten.

3. Aufbrechen verkrusteter Strukturen

Zwar stärkt der Entwurf die Rolle der Psychotherapie in der Betriebsleitung (§ 33 Abs. 1), belässt die strategische Steuerung der Krankenhauslandschaft aber weitgehend in den Händen traditioneller Korporatismus (Ärztikammern, Krankenkassen, Krankenhausträger).

Wie oben beschrieben, ist Partizipation kein Wohlwollen des Staates, des Landes und der Kommune, sondern die Voraussetzung dafür, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Gesundheitssystem nicht als passive Behandlungsobjekte, sondern als mündige Bürgerinnen und Bürger wahrgenommen werden.

4. Schutz der Persönlichkeitsrechte bei KI und Forschungsdaten (§ 42)

Schutz vor Stigmatisierung: Der Entwurf erlaubt die Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungs- und KI-Zwecken ohne Einwilligung (§ 42 Abs. 1). Da psychiatrische Diagnosen ein extrem hohes Stigmatisierungspotenzial bergen, müssen Betroffenenvertreter in die Daten-Governance, Ethikkommissionen und Kontrollgremien der Datennutzung verbindlich einbezogen werden (§ 42 Abs. 5)

5. Qualitätsgewinn durch Erfahrungswissen (Peer-Expertise, EX-IN)

Beseitigung des "blinden Flecks": Krankenkassen und Klinikbetreiber beurteilen Versorgungssysteme primär nach Finanzierbarkeit, Bettenauslastung und administrativen Abläufen. Selbstvertretungen, betroffene Menschen und Peer-Berater (z. B. EX-IN) kennen dagegen die realen Brüche an den Schnittstellen, wissen um die Überlastungsmomente in Krisen und den berüchtigten "Drehtüreffekt" aus eigener Praxiserfahrung.

Bedarfsgerechte Versorgung: Eine Krankenhausplanung (§ 6), die ohne gleichberechtigte Beteiligung der Zielgruppe stattfindet, riskiert, Versorgungsstrukturen an den tatsächlichen Lebenswelten psychisch erkrankter Menschen vorbeizuplanen.

Fazit:

Wir sind nicht das Problem, aber wir wollen Teil der Lösung sein. Wir fordern den Landtag auf, die Chance dieser Krankenhausreform zu nutzen und Betroffene von nachrangigen Beratungsgästen zu gleichberechtigten Gestaltern zu machen – denn echte Qualität in der psychiatrischen Versorgung lässt sich nur gemeinsam mit denjenigen planen, die das System aus eigener Erfahrung kennen. Das heißt genau: Wer die Psychiatrie der Zukunft menschlich und bedarfsgerecht gestalten will, darf die Stimmen der Betroffenen nicht nur am Rand anhören, sondern muss ihnen einen festen Platz und ein Stimmrecht an den Entscheidungstischen des Landes geben.

Block II. Sonderstellung Entlassmanagement

Kritik an der aktuellen Praxis: Wie in Punkt V erwähnt wird, kommt es bei uns zu einer besorgniserregenden Häufung von Erfahrungsberichten von Patienten, bei denen von einem (wirksamen) Entlassmanagement nicht mehr die Rede sein kann.

Um das Entlassmanagement in der Psychiatrie von einer rein papiermäßigen Pflichtübung zu einer verlässlichen Versorgungsbrücke weiterzuentwickeln, reicht die bisherige Formulierung im Gesetzentwurf (Drucksache 20/4697) nicht aus.

A. Ein **wirksames und verbindliches Entlassmanagement** (§ 30 Abs. 3 LKHG) ist einer der zentralen Bausteine, um die Psychiatrieversorgung menschenwürdig, nachhaltig und bedarfsgerecht zu gestalten. Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die **zentralen Funktionen von § 30 Abs. 3 LKHG**:

1. Durchbrechen des "Drehtüreffekts" und Vermeidung von Versorgungslücken

Wenn Betroffene ohne gesicherte Weiterversorgung entlassen werden, fallen sie nach dem Klinikaufenthalt häufig in ein Versorgungsloch (wie: unklare Wohnsituation, monatelange Wartezeiten auf ambulante Psychotherapie oder Eingliederungshilfe). Die Folge sind rasche Rückfälle und erneute Notfallaufnahmen. Ein aktives Entlassmanagement schützt vor dem Drehtüreffekt. Es stellt sicher, dass der Übergang von der vollstationären Behandlung in das häusliche Umfeld lückenlos vorbereitet wird, sodass Behandlungserfolge nachhaltig gesichert bleiben.

2. Gesetzlicher Auftrag zur Sektorenvernetzung (§ 30 Abs. 3 i. V. m. § 28 Abs. 2)

Die Rechtslage: Das LKHG verpflichtet den Sozialdienst im Krankenhaus explizit zur Sicherstellung eines Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V sowie zur engen Abstimmung mit ambulanten Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Das Entlassmanagement ist also keine freiwillige Zusatzleistung der Kliniken, sondern eine gesetzliche Kernpflicht der Daseinsvorsorge. Es bildet die normative Brücke zwischen dem stationären Sektor (LKHG) und den ambulanten Hilfesystemen (SGB V, SGB IX, PsychHG). Der Realitätscheck zeigt aber, dass die Sektorenvernetzung aufgrund einer vielfältigen Schnittstellenproblematik an ihre Grenzen stößt.

3. Anbindung an die Gemeindepsychiatrie

Über die reine Medizin hinaus: Entlassmanagement in der Psychiatrie darf sich nicht auf die Aushändigung eines Entlassungsbriefes und einer Medikamentenpackung beschränken. Das Ziel ist: Der Sozialdienst muss Betroffene bereits vor der Entlassung verbindlich mit den örtlichen Gemeindepsychiatrischen Diensten (GPD), im psychiatrischen Bereich besonders dem SPDi (Sozialpsychiatrischen Dienst), Wohnangeboten der Eingliederungshilfe (SGB IX) und Peer-Beratungsstellen (EX-IN) vernetzen.

4. Arzneimittel- und Patientensicherheit (§ 34 & § 41):

Abrupte Medikationswechsel oder Lücken bei der Arzneimittelversorgung nach der Entlassung bergen im psychiatrischen Bereich erhebliche Risiken. Auch hier sind gefährliche Versorgungslücken zu vermeiden.

5. Entlastung von Betroffenen und Angehörigen im Bürokratiedschungel.

Schutz in vulnerablen Phasen: Menschen in oder kurz nach einer psychischen Krise sowie deren Angehörige sind oft nicht in der Lage, aufwendige Antragsverfahren (wie: für Soziotherapie, Pflegestufen oder Eingliederungshilfe) eigenständig zu bewältigen. Der Kliniksozialdienst hat die Aufgabe, soziale Beratung und Betreuung bedarfsgerecht zu leisten und notwendige Sozialleistungen vorausschauend zu vermitteln (§ 30 Abs. 3). Dies nimmt den bürokratischen Druck von den Betroffenen in einer Phase hoher Vulnerabilität.

Kurzum: Ein Entlassmanagement darf nicht an der Kliniktür enden: Wir fordern die konsequente Umsetzung von § 30 Abs. 3 LKHG, damit der Übergang aus der Psychiatrie in die Gemeindepsychiatrie und das SGB IX von Tag eins des Krankenhausaufenthalts an verbindlich, multiprofessionell und gemeinsam mit den Betroffenen geplant wird.

B. Damit Entlassmanagement gesetzlich verbindlich garantiert wird, muss der Gesetzgeber an **fünf konkreten Stellschrauben des LKHG** nachbessern:

1. Streichung der Ausnahmeklausel in § 30 Abs. 1 LKHG

Die Relativierung „unter Berücksichtigung seiner Größe und seines Versorgungsauftrags“ muss gestrichen werden; ein voll handlungsfähiger Sozialdienst muss für jedes Krankenhaus ausnahmslos Pflicht sein.

2. Ergänzung von § 30 Abs. 3 LKHG: Verbindlicher Fristbeginn ("Ab Aufnahmetag")

Derzeitiger Gesetzestext (§ 30 Abs. 3): Der Sozialdienst hat „insbesondere ein Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a SGB V sicherzustellen“.

Kritik: In der Praxis beginnt das Entlassmanagement (wenn überhaupt!) oft erst wenige Tage vor der Entlassung - viel zu spät für die Beantragung komplexer Teilhabeleistungen (SGB IX) oder das Finden eines ambulanten Therapie- oder Wohnplatzes.

Eine konsequente Änderung wäre die Ergänzung um den Halbsatz: [...] Das Entlassmanagement bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten ist unverzüglich mit der Aufnahme im Krankenhaus einzuleiten und kontinuierlich fortzuführen.“

3. Erweiterung des Kooperationsauftrags auf Gemeindepsychiatrie und SGB IX

Derzeitiger Gesetzestext (§ 30 Abs. 3): Erfordert lediglich eine Abstimmung mit dem Rettungsdienst sowie den klinischen Diensten.

Kritik: Die wichtigste Schnittstelle zur Vermeidung von Wiederaufnahmen - die kommunale Hilfsinfrastruktur - bleibt unerwähnt.

Konkrete Änderung: Gesetzliche Verpflichtung zur aktiven Kontaktaufnahme mit den regionalen Versorgungsstrukturen: „[...] Der Sozialdienst ist verpflichtet, frühzeitig die Verbindung zu den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) der Gesundheitsämter, den Gemeindepsychiatrischen Diensten (GPD), den zuständigen Leistungsträgern der Eingliederungshilfe (SGB IX) sowie zu ambulanten Krisendiensten herzustellen.“

4. Gesetzliche Einbindung von Peer-Expertise (EX-IN) in § 30 Abs. 3

Fehlender Baustein im Gesetz: Peer-Beraterinnen und Genesungsbegleiter (Menschen mit eigener Psychiatrie-Erfahrung) sind essenziell, um Betroffenen Mut zu machen und den Übergang in die Gemeinschaft angstfrei zu begleiten. Konkrete Änderung: Einfügung eines neuen Satzes in § 30 Abs. 3: „Im Rahmen des Entlassmanagements bei psychischen Erkrankungen sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter (Peer-Expertise) sowie unabhängige Patientenberatungen einbezogen werden.“

5. Aufnahme in den Bußgeldkatalog (§ 37 LKHG):

Derzeitige Rechtslage (§ 37 Abs. 1): Ein Versäumnis beim Entlassmanagement ist nicht bußgeldbewehrt. Kritik: Ohne Sanktionsdrohung bleibt die Pflicht zum Entlassmanagement für Kliniken bei Überlastung eine nachrangige Aufgabe.

Wenn man es mit dem Entlassmanagement aber wirklich ernst meint, ist eine Änderung zwingend erforderlich: die Aufnahme von § 30 Abs. 3 in den Katalog der Ordnungswidrigkeiten nach § 37 Abs. 1 LKHG, um das vorsätzliche oder fahrlässige Entlassen von psychiatrischen Patientinnen und Patienten in ein ungesichertes Versorgungsvakuum rechtlich zu ahnden.

Block III. EX-IN, Einbeziehung von Expert*innen aus Erfahrung, qualifizierte Peers:

A. Prolog: Die Einbindung von EX-IN-Kräften ist ein wesentlicher Schlüssel zu einer modernen, Recovery-orientierten und gewaltfreien Psychiatrie. Im aktuellen Gesetzentwurf des LKHG (Drucksache 20/4697) kommt Peer-Expertise bisher nicht explizit vor.

B. Um den "weißen Fleck" EX-IN rechtssicher und verbindlich im Gesetz zu verankern, bieten sich **fünf konkrete Paragraphen des LKHG** als Andockstellen für unsere Forderungen an:

1. EX-IN als Qualitätskriterium für psychiatrische Leistungsgruppen (§ 7a LKHG)

Die Stelle im Gesetz: Ab 2028 weist das Land den Kliniken landeseigene psychiatrische Leistungsgruppen zu (§ 7a). Die Qualitätskriterien werden im Krankenhausplan festgelegt und vom Medizinischen Dienst geprüft.

Die EX-IN-Einbindung: Neben medizinischen und pflegerischen Mindeststandards muss die Vorhaltung von EX-IN-Genesungsbegleitung als verbindliches Qualitätskriterium für psychiatrische Fachabteilungen festgeschrieben werden. Peers gehören fest in die Personalschlüssel multiprofessioneller Behandlungsteams. Sie sind eine wertvolle Ergänzung im bestehenden Unterstützungssystem, kein Ersatz für eine bestehende Berufsgruppe.

2. Peer-to-Peer-Begleitung im Entlassmanagement (§ 30 Abs. 3 LKHG)

Die Stelle im Gesetz: § 30 Abs. 3 regelt die Aufgaben des Sozialdienstes und das Entlassmanagement beim Übergang von der Klinik in die ambulante Versorgung.

Die EX-IN-Einbindung: Ergänzung um die rechtliche Vorgabe, dass Patientinnen und Patienten beim Entlassmanagement auf Wunsch durch EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleiter unterstützt werden sollen. Peers können Betroffenen die Angst vor dem Neuanfang nehmen, Brücken zu Gemeindepsychiatrischen Diensten (GPD) bauen und bei der Erstellung individueller Krisenpläne helfen.

3. Fester Sitz im Gesundheitsversorgungsrat (§ 5 Abs. 5 & 6 LKHG)

Der Gesundheitsversorgungsrat berät laut Gesetz über intersektorale Fragen, Schnittstellen und Prozessoptimierungen. Bisher sind Betroffenen- und Selbstvertretungsverbreitung nur als potenzielle Gäste mit beratender Stimme vorgesehen (§ 5 Abs. 6).

Die EX-IN-Einbindung: Neben unserer Forderung, dass auch sozialpolitische Selbstvertretungen (und Angehörigenvertretungen) feste Mitglieder im Gesundheitsversorgungsrat werden, ist auch eine Verankerung von Vertretungen der Peer-Expertise (EX-IN) als ständige Beratungs- oder Stimmmitglieder anzustreben, um Versorgungsstrukturen aus der echten Nutzerperspektive mitzugestalten.

4. Zwangsprävention, Deeskalation und Krisen-Nachbesprechung (§ 26 Abs. 5 LKHG)

Die Stelle im Gesetz: § 26 Abs. 5 regelt die Aufnahmepflicht und Pflichtversorgung bei freiheitsentziehenden Unterbringungen und Krisenaufnahmen.

Die EX-IN-Einbindung: Gesetzliche Verankerung von EX-IN bei Deeskalationsmaßnahmen, der Erstellung von Vorab-Verfügungen (Behandlungsvereinbarungen) sowie der Nachbesprechung von Zwangserfahrungen. Genesungsbegleiter*innen haben nachweislich einen hochwirksamen deeskalierenden Einfluss auf Stationen in Notfallsituationen.

5. Pilotprojekte über die Experimentierklausel (§ 38 LKHG)

Die Stelle im Gesetz: § 38 erlaubt dem Ministerium die Erprobung neuer Modelle der Krankenhausversorgung per Rechtsverordnung.

Die EX-IN-Einbindung: Nutzung der Experimentierklausel zur Erprobung peer-geführter Versorgungsangebote (wie etwa *Crisis Resolution Teams*, Peer-gestützte Hometreatment-Modelle oder Krisenzimmer an der Schnittstelle zwischen LKHG und SGB IX).

C. Unser sozialpolitischer Appell:

Ein modernes Krankenhausgesetz darf die Expertise von Menschen mit eigener Psychiatrie-Erfahrung nicht länger übergehen. Ziel kann es nur sein, den "weißen Fleck" EX-IN im LKHG zu einem Qualitätsstandard für ganz Schleswig-Holstein zu machen.

Block IV. Gerontopsychiatrie: Menschlichkeit statt Mangelverwaltung

0. Prolog:

Gerade im gerontopsychiatrischen Bereich haben wir es mit schwer(st)kranken Patienten zu tun, die unseren besonderen Schutz und eine spezifische Unterstützung brauchen. Es sind zumeist Menschen, die sich nicht mehr für ihre Belange einsetzen können. Als sozialpolitische Selbstvertretung sehen wir es daher als unseren klaren Auftrag an, Missstände aufzudecken und ihre Rechte im LKHG konsequent einzufordern.

A. Beschreibung der Ausgangslage und Dringlichkeit:

1. Strukturelle Überlastung: Das bestehende Versorgungssystem ist schon jetzt mit der "Demenz-Welle" und der Zunahme von gerontopsychiatrischen Patienten überfordert. Dieser Satz bringt die demografische Realität und die eigentliche Sprengkraft der Debatte auf den Punkt. Er verwandelt eine theoretische juristische Kritik am Landeskrankenhausgesetz in ein dringliches Handlungserfordernis für die Politik.

2. Gefahr des Kollapses: Wenn das Versorgungssystem bereits heute an seinen Grenzen arbeitet, führt eine reine Krankenhausreform ohne massive Stärkung der vorgelagerten und nachgelagerten Strukturen unweigerlich zum Kollaps. Das Problem der Schnittstellen zur Altenpflege (SGB XI) und Eingliederungshilfe (SGB IX) bleibt in der Realität weiterhin ungelöst.

3. Kein Reparaturbetrieb: Die Akutpsychiatrie darf nicht als Notventil oder Reparaturbetrieb für Lücken im überlasteten Pflegemarkt missbraucht werden. Weil ambulante Pflegedienste, Pflegeheime (SGB XI) und teilstationäre Angebote der Überlastung nicht mehr standhalten, werden gerontopsychiatrische Klinikbetten und gerichtliche Unterbringungen (§ 26 Abs. 5) zunehmend als Notventil für fehlende Pflegeplätze missbraucht.

B. Die vier zentralen Hebel im LKHG zur Verbesserung der Situation

1. Demenz als besonderer Betreuungsbedarf (§ 27 LKHG)

Kritik: Die gesetzliche Anerkennung von Demenz als Gruppe mit „besonderem Betreuungsbedarf“ bleibt ohne konkrete Personal- und Finanzierungsstandards eine reine Papiervorgabe.

Forderungen:

- a. Rechtsanspruch auf Begleitperson (§ 27 Abs. 2 Nr. 4): Die Mitaufnahme von Vertrauenspersonen muss zur verpflichtenden Regelleistung der Krankenkassen werden, damit Orientierung im Krankenhaus nicht vom Geldbeutel der Angehörigen abhängt.
- b. Qualifikation des Personals: Schulungen in deeskalierender Kommunikation, Milieuthérapie und demenzsensibler Pflege müssen als verbindliches Qualitätskriterium im Krankenhausplan verankert werden.

2. Zwangsprävention durch mobile Krisenteams (§ 26 Abs. 5 & § 28 Abs. 2 LKHG)

Kritik: Mangelnde ambulante und teilstationäre Angebote führen dazu, dass gerontopsychiatrische Klinikbetten und gerichtliche Unterbringungen (§ 26 Abs. 5) zunehmend als Not-Auffangbecken für fehlende Pflegeplätze dienen.

Forderungen:

- a. Gesetzliche Kooperationspflicht (§ 28 Abs. 2): Verpflichtende Zusammenarbeit zwischen Gerontopsychiatrien, Gemeindepsychiatrischen Diensten (GPD) und Pflegeheimen.
- b. Mobile Krisenteams: Landesweiter Ausbau aufsuchender, gerontopsychiatrischer Krisendienste zur Beratung und Deeskalation direkt vor Ort in Pflegeheimen, bevor Krisen eskalieren und Notfalleinweisungen notwendig werden.

3. Schnittstellenfestes Entlassmanagement ab Tag 1 (§ 30 LKHG)

Kritik: Das Entlassmanagement läuft ins Leere, wenn Betagte nach der Behandlung wegen fehlender Pflegeheim- oder Teilhabeplätze nicht entlassen werden können („Fehlbelegung aus Not“).

Forderungen: Das Entlassmanagement des Sozialdienstes (§ 30 Abs. 3) muss verbindlich mit dem ersten Aufnahmetag beginnen und direkt mit den kommunalen Pflegestützpunkten, ambulanten Pflegediensten (SGB XI) und Eingliederungshilfeträgern (SGB IX) verzahnt werden.

4. Multiprofessionelle Qualitätskriterien (ab 2028) (§ 7a LKHG)

Forderung: Die Qualitätsanforderungen für die landeseigenen psychiatrischen Leistungsgruppen dürfen sich nicht allein auf Facharztquoten beschränken. Für die Gerontopsychiatrie müssen verbindliche Schlüssel für gerontopsychiatrische Fachpflegekräfte, Ergotherapie, Sozialarbeit sowie Peer- und Angehörigenberatung festgeschrieben werden.

C. Unser sozialpolitischer Appell

Schleswig-Holstein muss verhindern, dass die Akutpsychiatrie zum Auffangbecken eines kollabierenden Pflegemarktes wird. Nur wenn das LKHG, das SGB XI (Altenpflege) und das SGB IX (Eingliederungshilfe) nahtlos ineinandergreifen, gelingt der Schutz einer der vulnerabelsten Gruppen unserer Gesellschaft.

Block V. Sektorenübergreifendes Denken und Handeln: Psychiatrieplan 2.0

0. Prolog:

25 Jahre ohne Kompass sind genug: wir setzen uns für einen neuen, inklusiven Landespsychiatrieplan Schleswig-Holstein ein. Der letzte Psychiatrieplan des Landes Schleswig-Holstein stammt aus dem Jahr 2002. Danach kam es zu der Kommunalisierung der Psychiatrie. Vereinzelt wurden in diesem Zusammenhang zwar auch kommunale Psychiatriepläne erstellt, dennoch kommen wir zu folgendem Fazit:

Seit fast einem Vierteljahrhundert fehlt dem Land eine integrierte Gesamtstrategie für die psychische Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger. Die isolierte Neuregelung von Krankenhaus-Leistungsgruppen im Landeskrankenhausgesetz (§ 7a LKHG) greift zu kurz, da sie die lebensweltlichen Bedarfe außerhalb der Klinikmauern ignoriert.

A. Wie sehr das System landesweit krankt, zeigt sich besonders in drei Bereichen:

1. Schnittstellenproblematik

Der Sozialausschuss berät parallel auch über die Situation der Eingliederungshilfe in SH und die Umsetzung des PsychHG in den Kreisen und kreisfreien Städten. Zu beiden Anhörungsverfahren wurde die AGH - Netzwerk SH eingeladen. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, wie sehr die Schnittstellenproblematik das Versorgungssystem behindert, sogar gefährdet. Schlimmer noch: der Patient wird zerrieben zwischen ambulanten und stationären Systemen, zwischen SGB V, SGB IX und PsychHG.

2. Verstopftes System

Generell kann man von einer "Verstopfung" der nachgelagerten Versorgungssysteme sprechen. Patienten hängen in Ihren stationären, teilstationären Einrichtungen oder besonderen Wohnformen fest (was wiederum die Hospitalisierung fördert, vom seelischen Leid der betroffenen Menschen ganz zu sprechen). Als Folge kommt zu einem Rückstau im System, der bis in die Kliniken reicht.

3. Drehtürpatienten und blutige Entlassungen durch die Klinik.

Bei uns häufen sich die Erfahrungsberichte von Patienten, bei denen von einem (wirksamen) Entlassungsmanagement nicht mehr die Rede sein kann.

B. Folgende Argumente sprechen für einen neuen Landespsychiatrieplan:

1. Versorgungslücke schließen, Schnittstellenproblematik beheben (Sektorenvernetzung):

Das LKHG regelt primär die Klinikversorgung. Psychisch erkrankte Menschen leben aber in ihrem Sozialraum, also außerhalb der Klinik. Ein moderner Psychiatrieplan darf also nicht an der Klinikmauer aufhören. Er muss die Schnittstellen zwischen stationärer Psychiatrie (§ 7a LKHG), ambulantem Sektor, Gemeindepsychiatrischen Strukturen, Krisendiensten (SPDi) und der Eingliederungshilfe verbindlich steuern.

2. Gleichwertige Versorgungsstrukturen in allen Regionen trotz Kommunalisierung

Durch die Kommunalisierung hängt das Angebot stark vom Wohnort und der Kassenlage des jeweiligen Kreises oder der kreisfreien Stadt ab ("Postleitzahlen-Lotterie").

Das Land darf sich seiner Gesamtverantwortung nicht entziehen. Der Landespsychiatrieplan muss verbindliche Mindeststandards für alle Kreise und kreisfreien Städte definieren, um regionale Unterversorgungen (insbesondere in ländlichen Regionen) auszugleichen.

3. Flächendeckender Einsatz von EX-IN-Kräften (Genesungsbegleiter*innen)

4. Verbindliche Mitgestaltung von Anfang an: Der Erarbeitungsprozess des neuen Psychiatrieplans muss von Beginn an unter gleichberechtigter Beteiligung von Betroffenen- und Angehörigenverbänden auf Augenhöhe stattfinden.

C. Die große Chance des LKHG:

Ein Krankenhausgesetz plant lediglich Betten und Klinikstrukturen, ersetzt aber keinen sektorenübergreifenden Landespsychiatrieplan. Um die rechtliche und strukturelle Lücke zwischen dem Landeskrankenhausgesetz (LKHG) und einem geforderten neuen Landespsychiatrieplan zu schließen, bietet der Gesetzentwurf (Drucksache 20/4697) mehrere konkrete "Andockstellen".

Da das LKHG als reines Krankenhausgesetz primär die stationäre Infrastruktur regelt, kann die Brücke zu den Lebenswelten, zur ambulanten Gemeindepsychiatrie und zum SGB IX über spezifische Paragraphen des LKHG geschlagen werden:

Die operative Haupt-Andockstelle bietet dabei der § 7 Abs. 3 LKHG (Allgemeiner Teil des Krankenhausplans). Im Gesetz muss verankert werden, dass die Grundsätze eines neu zu erstellenden, sektorenübergreifenden Landespsychiatrieplans als verbindlicher (!) Maßstab in den Allgemeinen Teil des Landeskrankenhausplans einfließen.

D. Unser sozialpolitischer Appell:

Wir plädieren dafür, den Allgemeinen Teil des Landeskrankenhausplans (§ 7 Abs. 3 LKHG) als gesetzliche Andockstelle zu nutzen, um die Grundsätze, Versorgungsstandards und Leitlinien eines neu aufzulegenden, inklusiven Landespsychiatrieplans Schleswig-Holstein als verbindlichen Maßstab festzuschreiben.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Standpunkte zum LKHG nicht nur Beachtung finden, sondern auch zu einer Einladung in eine später folgenden mündlichen Anhörung führen würde.

Mit freundlichen Grüßen
Christian Sach
(in Auftrag der AGH-Netzwerk SH)