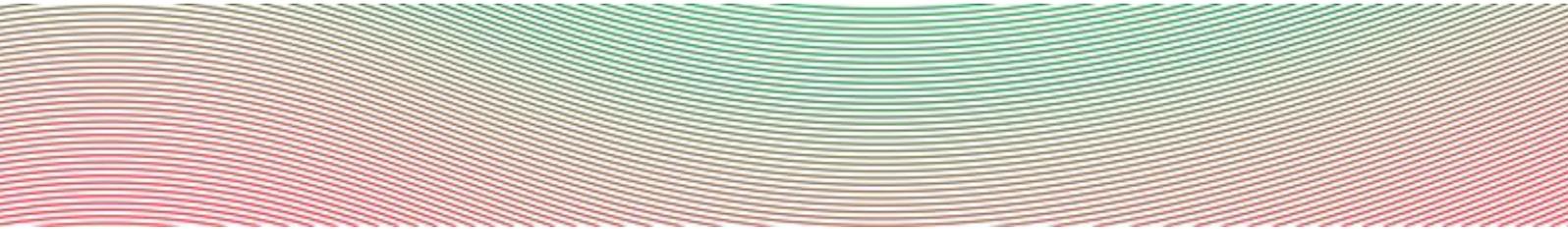




Landespsychiatrieplan NRW



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	2
1 Auftrag, Zielsetzung und Vorgehensweise.....	4
2 Grundsätzliche Anforderungen an das Hilfesystem	7
2.1 Krankheitsverständnis, menschenrechtliche Perspektive und gegliedertes System.....	9
2.2 Selbsthilfe und Partizipation.....	10
2.3 Anforderungen an Behandlung, Rehabilitation und Pflege.....	11
2.4 Spezifische Problemlagen im Fokus	21
2.5 Strukturen und Ausrichtung der Hilfen	26
2.6 Patientenrechte, Beschwerdewesen.....	29
2.7 Ausgestaltung von Prävention und Inklusion	33
3 Handlungsempfehlungen, Maßnahmen und Entwicklungsprojekte	36
3.1 Ambulante Krisenhilfen ausbauen und vernetzen	36
3.2 Patientenorientierung in der Behandlung und Überwindung der Sektoren.....	37
3.3 Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken – integrierte Behandlung und Rehabilitation	40
3.4 Ältere psychisch kranke Menschen – Komplexleistung Behandlung, Rehabilitation und Pflege	43
3.5 Soziale Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung ermöglichen – Personenzentrierung umsetzen	45
3.6 Hilfeplanung und Steuerung optimieren	49
3.7 Selbsthilfe und Partizipation – Strukturen fördern	51
3.8 Zwang minimieren und überwinden – Beschwerdewesen ausbauen	52
3.9 Menschen in spezifischen Problemlagen bedarfsgerecht unterstützen.....	56
3.10 Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung – Inklusion fördern und Exklusion verhindern.....	61
4 Anhang 1: Psychische Erkrankungen und Lebenslagen	64
5 Anhang 2: Bestandsaufnahme der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in NRW.....	73
5.1 Selbsthilfe	73
5.2 Integrierte Hilfen zur Behandlung, Pflege, sozialen Teilhabe und Arbeit und Beschäftigung	75
5.3 Strukturen und Ausrichtung der Hilfen	115
5.4 Ausgestaltung Prävention und Inklusion	124
6 Literaturverzeichnis.....	128

VORWORT

In den vier Jahrzehnten seit der Psychiatrie-Enquête und dem letzten Landespsychiatrieplan hat sich in der Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung Nordrhein-Westfalens viel getan, sei es die Regionalisierung der Krankenhausbehandlung, der Ausbau ambulanter Behandlungsangebote, der Aufbau lebensweltorientierter Angebote der Gemeindepsychiatrie oder der Perspektivwechsel in Richtung Personenzentrierung.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) hat in den letzten Jahren vielfältige Aktivitäten entfaltet, um für Menschen mit psychischen Störungen und in psychischen Krisen bedarfsgerechte Hilfen anbieten zu können, wie den Krankenhausplan NRW 2015, die Umsetzung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen oder die Landesinitiative Starke Seelen. Leitgedanken sind die Stärkung der Selbstbestimmungsrechte und Partizipation der Betroffenen sowie die lebensweltbezogene und am individuellen Bedarf – unter Einbezug von geschlechts- und kulturspezifischen Aspekten – ausgerichtete Ausgestaltung der Unterstützungsangebote.

Der Ausgangspunkt ist ein ganzheitliches Verständnis von psychischer Störung, das die gesellschaftliche Verantwortung einbezieht. So müssen wir uns auch fragen, was uns eigentlich krank macht. Die steigenden Anforderungen in allen Lebensbereichen, die Tendenz zum „Höher-Schneller-Weiter“ mit ständiger Erreichbarkeit, uneingeschränkter Mobilität und fehlenden Ruhephasen sowie die mit der Individualisierung oftmals einhergehende Vereinsamung beeinträchtigen zunehmend die seelische Gesundheit.

Wenn wir es ernst meinen mit der Umsetzung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, mit Selbstbestimmung und Partizipation, dann müssen wir die Blickrichtung ändern. Wir brauchen ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Und unsere Unterstützung müssen wir viel stärker lebensfeldbezogen ausgestalten und am individuellen Bedarf ausrichten.

Der Gedanke der Inklusion gilt selbstverständlich auch für unser Gesundheitssystem, für die Rehabilitation und Pflege. Wir brauchen nicht weniger als ein Hilfesystem, das in der Behandlung und Rehabilitation sektorenübergreifend bis ins häusliche Umfeld Qualität, Kontinuität, aber auch genügend Flexibilität für individuelle Bedarfe sicherstellt. Die Schnittstellen zwischen Behandlung, Rehabilitation und quartiersbezogener Pflege müssen perspektivisch zu Nahtstellen werden. Die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wie auch das Wissen um die unterschiedlichen Bedarfe von Frauen und Männern müssen handlungsleitend sein.

Seit Inkrafttreten des SGB IX gilt: Unabdingbare Voraussetzung sind gute Koordination, regionale Steuerung und verbindliche Kooperation. Dies kann nur über die Einbindung aller Verantwortungsträgerinnen und -träger im engen Austausch mit den Betroffenen gelingen. Wichtiger denn je ist es, auch für Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen geeignete Angebote zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund hat das Gesundheitsministerium NRW im Frühjahr 2015 entschieden, in einem beteiligungsorientierten Prozess mit den Betroffenen, den Leistungsträgern, den Fachverbänden und weiteren Handelnden die Grundlage für eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu erarbeiten. Auf dieser Basis sollte in Abstimmung mit den anderen Ressorts ein neuer Landespsychiatrieplan NRW entstehen.

40 Jahre nach dem letzten Landespsychiatrieplan in NRW ist es aus Sicht des MGEPA an der Zeit, durch Wertschätzung des Erreichten, kritisches Hinterfragen des Nichterreichten sowie Formulierung von Entwicklungszielen und Empfehlungen die Weichen für die Zukunft der Psychiatrie in NRW neu zu stellen. Dieser Landespsychiatrieplan stellt eine Standortbestimmung für die Psychiatrie dar, formuliert ein konzeptionelles Grundgerüst für passgenaue Hilfen, beschreibt die notwendigen Handlungsschritte und definiert notwendige Maßnahmen aus der Landesperspektive.

1 AUFTRAG, ZIELSETZUNG UND VORGEHENSWEISE

Nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) legt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium regelmäßig Gesundheitsberichte als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen vor. Diese Landesgesundheitsberichte sollen dem Landtag zugeleitet werden. Mit diesen Vorgaben sind Aufgaben der Berichterstattung und Planung formuliert.

Mit der Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) wurde dieser Auftrag explizit auch für den Bereich der psychiatrischen Hilfen gesetzlich verankert. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes besteht die Verpflichtung für das für Gesundheit zuständige Ministerium einen Landespsychiatrieplan vorzulegen. Eine Fortschreibung ist alle fünf Jahre zu prüfen.

Mit dem Landespsychiatrieplan sind folgende Zielsetzungen verbunden:

Durch eine Psychiatrieberichterstattung werden planerische Grundlagen geschaffen. Diese Berichterstattung enthält Aussagen

- zur Häufigkeit und Auswirkung psychischer Erkrankungen
- zu den Lebenslagen der betroffenen Frauen und Männer, Mädchen und Jungen
- zur Inanspruchnahme der Hilfen
- zur leistungsträgerübergreifenden Sicherstellung der Hilfen
- zu Partizipation, Teilhabe und Inklusion.

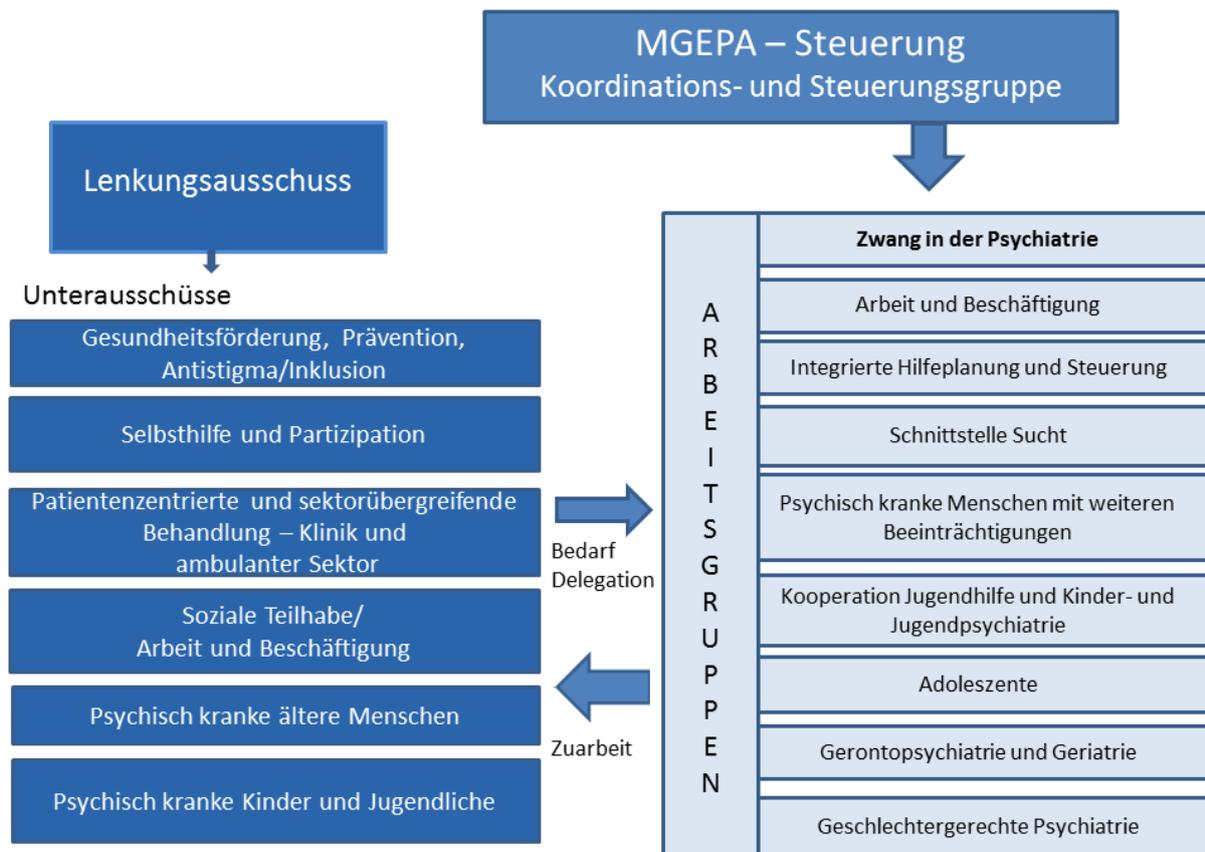
Durch die Bewertung der Stärken und Schwächen wird eine umfassende Bestandsaufnahme gewährleistet.

Mit der Formulierung von Anforderungen und Empfehlungen wird ein Grundgerüst und Regelwerk für passgenaue Hilfen im Bereich der Prävention, Behandlung, Pflege und Rehabilitation abgesteckt. Das Land skizziert Entwicklungsprojekte, -initiativen und Maßnahmen für zukünftige Aktivitäten auf Landesebene zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.

Die Erarbeitung des vorliegenden Landespsychiatrieplans erfolgte in zwei Schritten. In einer beteiligungsorientierten, partizipativen Phase wurde von Mai 2015 bis September 2016 mit den Betroffenenverbänden, den Leistungsträgern, den Leistungserbringern (-verbänden), den Fach- und Wohlfahrtsverbänden sowie den Fachgesellschaften die aktuelle Situation der psychiatrischen Versorgung in NRW über Sektorengrenzen hinweg betrachtet und diskutiert. Dazu wurden sechs Unterausschüsse gebildet, denen für spezifische Themen insgesamt neun Arbeitsgruppen zuarbeiteten. Ein Lenkungsausschuss koordinierte die Arbeit der Unterausschüsse und Arbeitsgruppen. Das MGEPA hat die Steuerung durch eine Koordinationsgruppe gewährleistet (s. Abb. 1).

Insgesamt fanden über siebenzig Sitzungen der verschiedenen Ausschüsse und Arbeitsgruppen statt. Die Ergebnisse dieses umfangreichen Prozesses wurden in Arbeitspapieren festgehalten und durch die Koordinationsgruppe zu einem Bericht aus dieser beteiligungsorientierten Phase zusammengefasst, der wiederum durch den Lenkungsausschuss konsentiert wurde. Inhalt dieses Berichts sind die Formulierung von Anforderungen, eine Bestandsaufnahme einschließlich Bewertung, Ansätze zur Weiterentwicklung und Handlungsempfehlungen.

Abbildung 1: Arbeitsstruktur beteiligungsorientierte Phase



Soweit möglich wurde im Konsensverfahren gearbeitet, aber auch die Auseinandersetzung mit Kontroversen und die Dokumentation von Dissens waren Bestandteil des Arbeitsprozesses.

Mit diesem bisher in NRW in Bezug auf die psychiatrische Versorgung einmaligen partizipativen Prozess ist es gelungen, die Erfahrungen, Kompetenzen und Sichtweisen der Betroffenen- und Fachverbände und der Leistungsträger einzubinden. Dieses Ergebnis war nur möglich durch die konzentrierte, engagierte und zielorientierte Mitarbeit aller an der Ausschussarbeit Beteiligten, denen an dieser Stelle ausdrücklich gedankt wird. Dadurch ist ein dialogisch erarbeitetes Anforderungsprofil an psychiatrische Versorgung entstanden, das für NRW einen Meilenstein darstellt. Der Bericht mit den Ergebnissen der beteiligungsorientierten Phase ist auf dem Internetportal des MGEPA zugänglich.

Auf der Grundlage dieses Berichtes hat das MGEPA in enger Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (MAIS), dem Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport (MFKJKS), dem Ministerium für Inneres und Kommunales (MIK) und dem Justizministerium (JM) in einem zweiten Schritt den Landespsychiatrieplan erstellt.

Der Landespsychiatrieplan greift in Kapitel 2 die gemeinsam erarbeiteten Anforderungen als Selbstverständnis der Psychiatrie in NRW auf, wie es weitgehend Konsens im beteiligungsorientierten Verfahren gefunden hat.

Herzstück des Landespsychiatrieplans ist das Kapitel 3, in dem diejenigen Handlungsfelder identifiziert sind, die auf der Grundlage des Berichtes aus der beteiligungsorientierten Phase aus Sicht des Landes vordringlich zu bearbeiten sind. In Kapitel 3 sind daher

konkrete Handlungsschritte skizziert, die der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung dienen sollen. Aus Landessicht sind die Maßnahmen und Entwicklungsprojekte formuliert, an denen sich die Gesundheitspolitik in NRW in den nächsten Jahren messen lassen kann. Auch hier sei den Beteiligten im Rahmen des beteiligungsorientierten Verfahrens für ihre Impulse gedankt.

Im Anhang sind weitergehende Informationen aufgeführt, die Grundlage für die Entwicklung des Landespsychiatrieplans bildeten.

Anhang 1 enthält grundlegende epidemiologische Daten zu psychischen Störungen und eine Darstellung der Lebenslagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in NRW.

Anhang 2 ist eine Bestandsaufnahme der sektorübergreifenden psychiatrischen Versorgung in NRW. Dies umfasst als Kernstück die „Integrierte Hilfen zur Behandlung, Pflege, sozialen Teilhabe und Arbeit und Beschäftigung“. So wird dort im Bereich „Arbeit und Beschäftigung“ die Vielfalt der vorhandenen Projekte und Maßnahmen des Landes vorgestellt, die Menschen mit Behinderung verschiedene Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten anbieten, so dass sie ihre jeweilige Lebenslage ihrem Wunsch- und Wahlrecht entsprechend gestalten können. Diese Maßnahmen sind oftmals das Mittel der Wahl gegenüber den in Kapitel 3 genannten, die noch weiter entwickelt werden müssen, und sind in der Gesamtschau auf die Situation der Menschen mit (psychischen) Beeinträchtigungen von besonderer Relevanz.

Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) war durch personelle Ressourcen bzw. datenbezogene und inhaltliche Mitarbeit an der Erarbeitung beteiligt.

Folgende Studien und Bestandsaufnahmen erfolgten als Zuarbeit für den Landespsychiatrieplan:

- FOGS Institut Köln: Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern
- LWL Forschungsinstitut: Projekt „Zwangsreduzierende Maßnahmen in der Psychiatrie - ZWARED“; LVR Forschungsinstitut: Gesundheitsförderung und Anti-Stigma-Projekte
- RKI – Robert Koch Institut (2016): Auswertungsprojekt mit Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA).
- LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit NRW: NRW-Gesundheitssurvey 2015 zu Wissen und Einstellungen in Bezug auf psychische Erkrankungen in der Bevölkerung.

2 GRUNDSÄTZLICHE ANFORDERUNGEN AN DAS HILFESYSTEM

Mit der Landespsychiatrieplanung ist die Zielsetzung verbunden, ein inhaltliches Grundgerüst passgenauer Hilfen im Sinne eines gemeinsam mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren entwickelten Selbstverständnisses und daraus abgeleitete grundsätzliche Anforderungen an die Leistungserbringung zu formulieren. Die Grundsätze sollen den konzeptionellen Rahmen für das Hilfesystem abstecken. Sie stellen soweit möglich eine Selbstverpflichtung der im System Tätigen dar, sich entsprechend dieser Grundsätze zu verhalten. Zugleich dienen diese Anforderungen als Maßstab für die Bewertungen im Rahmen der Bestandsaufnahmen und sind Ausgangspunkt für die Formulierung der Herausforderungen aus Landessicht sowie für Empfehlungen zu zukünftigen Handlungsschritten und Maßnahmen (siehe Kap. 3). Ausgangspunkt sind die Impulse aus der Psychiatrie-Historie.

Impulse aus der Psychiatrie-Historie

Anforderungen an die psychiatrische Versorgung wurden erstmals in den Grundsätzen der Psychiatrie-Enquête (1975) und den „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988) formuliert. Auf der Grundlage der 1989 im SGB V und 2002 im SGB IX verankerten Prämisse ist den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Diese Anforderungen wurden seitdem konkretisiert, weiterentwickelt, und waren Ausgangspunkte von Umsetzungsprozessen im Rahmen einer Vielzahl von sozial- und gesundheitspolitischen Aktivitäten und rechtlichen Reformen. Wesentliche Impulse gingen aus von

- der 1990 vorgelegten Psychiatrie-Personalverordnung
- den Modellprogrammen der Bundesregierung
- den Projekten zur Personalbemessung im komplementären Bereich und zur Implementation des „personenzentrierten Ansatzes“ auf Bundesebene und im Land NRW
- den von Fachgesellschaften entwickelten, evidenzbasierten AWMF-Behandlungsleitlinien und den nationalen Versorgungsleitlinien
- den durch die in den Gesundheitsreformgesetzen¹ und den relevanten Sozialgesetzbüchern bundesrechtlich verankerten Qualitäts- und Steuerungsvorgaben
- den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- den landesrechtlichen Vorgaben zur Krankenhausgestaltung (KHGG NRW), zur Gestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGDG NRW) und zu vor- und nachsorgenden Hilfen zur Vermeidung von Unterbringungen im PsychKG
- der Helsinki-Erklärung der EU-Gesundheitsministerinnen und -minister zur psychischen Gesundheit
- dem 2013 vorgelegten Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO
- den Berichten der Gesundheitsministerkonferenz zur Lage in der Psychiatrie
- den Teilhabeberichten der Bundesregierung
- der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen
- den Aktionsplänen zur Umsetzung der UN-Konvention auf Bundesebene und in NRW

¹ Insbesondere: Gesundheitsstrukturgesetz 1993, GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz 1999, GKV-Modernisierungsgesetz 2003; GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007; GKV-Finanzierungsgesetz 2011. GKV- Versorgungsstrukturgesetz 2012 und GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015

- den abschließenden Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen
- den von Fachgesellschaften und Fachverbänden entwickelten Handlungskonzeptionen bzw. -empfehlungen² und
- dem „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen“ (GEPA NRW)
- dem Krankenhausplan NRW 2015
- dem Inklusionsstärkungsgesetz NRW
- der aktuellen Novellierung der Entgelt-Systematik im Krankenhausbereich
- dem Bundesteilhabegesetz

speziell in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen:

- der UN-Kinderrechtskonvention
- dem 14. Kinder- und Jugendbericht.

speziell in Bezug auf ältere Menschen mit psychischen Störungen:

- den Altenberichten auf Bundes- und Landesebene
- der Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz auf Bundesebene
- der UN-Pflegecharta.

Vorbemerkung aus Landessicht

Bei den im Folgenden formulierten Anforderungen an das Hilfesystem ist der Zusammenhang zwischen guter Qualität und ausreichender Finanzierung durchgängig zu berücksichtigen. Insbesondere die landes- und bundesrechtlichen Vorgaben zur Qualität, regionalen Steuerung und zu sektorübergreifenden Ansätzen sind unabdingbar verknüpft mit einer angemessenen Finanzierung. Bund und Länder sowie die Leistungsträger müssen dies bei jeweiliger Zuständigkeit beachten.

In den Anforderungen sind grundsätzlich keine fachlich differenzierten Vorgaben für methodisches Vorgehen in Behandlung, Rehabilitation und Pflege enthalten. Stattdessen wird auf die Leitlinienentwicklung, aber auch auf die grundsätzliche Therapiefreiheit in der Medizin verwiesen. Gleichwohl ist es aus Landessicht geboten, auf Gefahren und Risiken bestimmter Methoden hinzuweisen. So gehört es auch zu den Landesaufgaben, gegebenenfalls tätig zu werden, wenn Patientinnen und Patienten negativ betroffen sind.

In diesen Kontext ist die Aussage der Landesregierung einzuordnen, in der das Ziel einer Reduktion des Einsatzes von Neuroleptika formuliert wird. Ihr Einsatz sollte nach Risiko-Nutzen-Abwägung in der jeweils so niedrig wie möglich zu haltenden Dosis und auf der Grundlage einer entsprechenden Leitlinienentwicklung erfolgen. Neuroleptika können wie alle Psychopharmaka und andere Medikamente mit erheblichen Nebenwirkungen bis hin zu einer möglichen Lebenszeitverkürzung einhergehen. Die Folgen einer gleichzeitigen Gabe von jeweils leitliniengerecht angewandten Medikamenten bei Mehrfachdiagnosen sind bisher nicht ausreichend erforscht.

² z. B. DGPPN Psychiatrie 2020plus, BAPK Psychiatrie 2020, Bericht der BRK-Allianz

Aus Landessicht ist ein transparenter und verantwortlicher Umgang mit dem Medikamenteneinsatz unabdingbar. Informations- und Aufklärungspflichten sind besonders sensibel zu handhaben. Dies betrifft die Wirkung, die Nebenwirkungen einschließlich Abhängigkeitsrisiken, die mögliche Wirkungslosigkeit, die Risiken bei Nichtbehandlung sowie Therapiealternativen und die Beratung zum Absetzen von Medikamenten.

Gleiches gilt auch für therapeutische Methoden in der Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie oder Soziotherapie. Die Entscheidung für oder wider eine Behandlungsmaßnahme sollte partizipativ nach Information und Aufklärung erfolgen (siehe Anforderung 2.3.1).

Fachdiskurs zum Selbstverständnis und den grundsätzliche Anforderungen

Die im Folgenden formulierten Rahmenbedingungen und Anforderungen beruhen auf dem Fachdiskurs in der beteiligungsorientierten Phase und sind weitgehend konsentiert. Dissense sind gekennzeichnet.

2.1 Krankheitsverständnis, menschenrechtliche Perspektive und gegliedertes System

Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

Psychische Störungen stehen in vielfältigen Wechselbeziehungen zu Körper, Seele und sozialem Umfeld. Diesem Grundverständnis folgt das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation. Danach wirkt sich eine psychische Erkrankung im biologischen Bereich, im subjektiven Erleben und im sozialen Bereich aus. Die Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen sind nach diesem Verständnis den individuellen Bedürfnissen entsprechend mehrdimensional auszurichten, das heißt, sie muss methodisch kombiniert und in vielen Fällen multiprofessionell erbracht werden. Medizinische, psychologische, natur-, sozial-, gender-, kultur- und geisteswissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen bilden die interdisziplinäre Grundlage für Leitlinien in der Behandlung und Rehabilitation.³

Menschenrechtliche Perspektive

Eine wesentliche Perspektive, die auch für Menschen mit psychischen Störungen von erheblicher Bedeutung ist, ist mit der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) durch den Deutschen Bundestag 2009 verbunden. Die Grundsätze der Konvention sind in Artikel 3 verankert: Selbstbestimmung, Teilhabe, Partizipation, Nicht-Diskriminierung, Geschlechtergerechtigkeit, Zugänglichkeit und Chancengleichheit. Diese Grundsätze sind aus menschenrechtlicher Sicht gleichrangig und gleichzeitig relevant für die angemessenen Vorkehrungen im Bereich der Behandlung und Rehabilitation. Wenn unzureichende Behandlung und Rehabilitation zu vermeidbaren Beeinträchtigungen dieser Grundsätze führen, so werden in der Konvention verankerte Menschenrechte verletzt. Die UN-Konvention stärkt damit die im Grundgesetz sowie im SGB IX verankerten und zuletzt im Patientenrechtegesetz zusammengefassten erweiterten Rechte der Patientinnen und Patienten. Neben das ganzheitliche Krankheits-

³ Bedenken bestehen seitens des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (LPE) in Bezug auf die biologische Dimension, weil es aus Sicht des LPE in der Psychiatrie keine belegbare Nachweise gibt, die das Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose belegen.

verständnis der WHO tritt damit eine menschenrechtliche Perspektive hinzu. Das Krankheitsverständnis und die menschenrechtliche Perspektive sind Auftrag und Verpflichtung zugleich, die Sicherstellung von psychiatrischen Hilfen zu allererst von den „Schwächsten“ zu denken. Die Qualität von Behandlung, Rehabilitation und Pflege der schwerer kranken Menschen ist der Maßstab für Psychiatrie und Psychosomatik.

Gegliedertes System

Das gegliederte System der sozialen Sicherung der Behandlung und Rehabilitation birgt nicht nur Erschwernisse in der sektorbezogenen Organisation der Behandlung, sondern auch die Gefahren von Brüchen und Diskontinuitäten an den Schnittstellen zwischen den Leistungen der Behandlung, Rehabilitation und Pflege in sich. So erleben die Betroffenen die Unterstützungsangebote nicht aus einer Hand, sondern sie müssen Antragswege teilweise mehrfach beschreiten, erfahren mehrmalige Wechsel in den Unterstützungs- und Bezugspersonen, und die individuell notwendigen und gewünschten Angebote sind nicht wohnortnah oder nicht direkt erreichbar.

2.2 Selbsthilfe und Partizipation

Selbsthilfe soll durch gegenseitige Unterstützung die Einzelnen befähigen, mit Krankheit und damit verbundener psychosozialer Beeinträchtigung oder Behinderung selbstbestimmt umzugehen. Dies erfordert Kenntnisse über Ursachen und Auswirkungen von Krankheit und den ihnen entsprechenden Therapien. Die Menschen in Selbsthilfegruppen wollen sich gegenseitig unterstützen, um sich z.B. über Probleme im sozialen Umfeld auszutauschen oder den Umgang mit (professionellen) Hilfeangeboten zu erleichtern.

Die Annahme von Selbsthilfeangeboten kann zu höherem Selbstwertgefühl und größerer Selbstwirksamkeit führen und Existenzängste mindern. Die Wirkung von Selbsthilfe unterscheidet sich von den Aufgaben der ärztlichen/therapeutischen Professionen. Selbsthilfe kann dazu beitragen, den Lebensalltag zu bewältigen bzw. positiv zu verändern und die Gesundung, Rehabilitation und Teilhabe der Betroffenen zu unterstützen.

Selbsthilfegruppen werden – soweit gewünscht – vom professionellen Hilfesystem unterstützt durch

- bewusst gestaltete Übergänge von professionell angeleiteten Angeboten zu Selbsthilfegruppen,
- konkrete Ermutigung von Betroffenen zum Kontakt zur Selbsthilfe,
- Bereitstellung von Räumen in sozialen und kirchlichen Einrichtungen, psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Praxen,
- Bekanntmachung der Angebote der örtlichen Selbsthilfe durch Aushänge und Flyer in entsprechenden Einrichtungen,
- Angebot von Beratung und Unterstützung in Krisen.

Selbsthilfe berücksichtigt die Erfahrungen und mögliche Traumata durch (Zwangs-) Maßnahmen im Rahmen von Unterbringungen. Sie trägt dazu bei, Versorgungsprobleme in der Öffentlichkeit bewusst zu machen, soziale oder gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen und Mängel und Optimierungspotentiale in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung darzustellen.

Interessenvertretungen der Betroffenen werden bei der Angebotsgestaltung in regionale Netzwerke und Kooperationsstrukturen der Leistungserbringung partizipativ und als Beteiligte am Verfahren bzw. im Qualitätsmanagement eingebunden. Interessen wirkungsvoll vertreten zu können setzt verbindliche und transparente Mitberatungs- und, wo immer möglich, Mitbestimmungsrechte voraus. Ziel muss es sein, den Interessenvertretungen ein Höchstmaß an Unabhängigkeit zu gewährleisten.

Selbsthilfe fungiert als „Stimme der Betroffenen im öffentlichen Raum für Probleme und die Beachtung der Grundrechte“. Wesentliche Handlungsschwerpunkte sind, ein gesellschaftliches Bewusstsein für die Belange von Menschen mit psychischen Störungen zu schaffen und Stigmata und Diskriminierung zu bekämpfen.

Partizipation bedeutet, bei der Entwicklung, Entscheidungsfindung und Umsetzung von gesundheitspolitischen Inhalten (Selbstverwaltung, Beteiligungsverfahren) sowie der Unterstützung von staatlichen Aktivitäten, z. B. Gesundheitsprogrammen und Kampagnen (Prävention, Vorsorge und Behandlung), beteiligt zu werden, aber auch die Mitwirkung beim Planen und Bereitstellen von Gesundheitsdienstleistungen (regional und überregional) und bei der Umsetzung von politischen Initiativen (z. B. internationaler Aktionspläne).

Es müssen Bedingungen geschaffen werden, die allen Interessierten die Wahrnehmung partizipativer Aufgaben ermöglichen. Dazu gehören:

- Abfangen von Belastungen durch Sitzungen, Zuarbeit ermöglichen
- Assistenz sicherstellen (z. B. bei Menschen mit Behinderungen) und Information in leichter Sprache
- Aufwandsentschädigung (z. B. Reisekosten, Verdienstausschluss), einzelne Verbände schlagen eine Honorierung in Form einer Sitzungspauschale vor
- Sitzungen an Möglichkeiten der Partizipierenden anpassen (Zeitpunkt/Ort)
- Fortbildung bezüglich Selbstvertretung und fachlicher Fragestellungen.

2.3 Anforderungen an Behandlung, Rehabilitation und Pflege

2.3.1 Personenzentrierung, Geschlechtersensibilität, Standards und Leitlinienentwicklung

Jede Behandlung akuter und länger andauernder Erkrankungen muss sich an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten und deren Lebenswelt ausrichten (Personenzentrierung). Wohnortnähe und Lebensweltorientierung sind für die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten als zentrale Ansatzpunkte für die integrierte Angebotsgestaltung von Behandlung, Leistungen zur Teilhabe und Pflege anzusehen. Der personenzentrierte Ansatz (PzA), der der Psychiatrie-Personalverordnung und der durch eine Expertenkommission der Aktion Psychisch Kranke entwickelten Konzeption für integrierte Behandlungs- und komplexe Leistungsprogramme zu Grunde liegt, bildet den konzeptionellen Orientierungsrahmen. Die Hilfen sind nach dem PzA individuell, zielorientiert, integriert und lebensweltbezogen auszurichten.

Bei der personenzentrierten Perspektive kommt der Geschlechtsrolle und den damit verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen und Aufgaben an Frauen und Männer, Mädchen und Jungen eine große Bedeutung zu. Dementsprechend zeigen sich in Ab-

hängigkeit des Geschlechts Unterschiede in den Lebenslagen und individuellen Biographien. Damit gehen geschlechtsspezifische Schutz- und Risikofaktoren für Gesundheit und Krankheit einher. Für eine verbesserte psychiatrische Versorgung von Frauen und Männern, Mädchen und Jungen ist es daher notwendig, die Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Frauen und Männern in ihrer Unterschiedlichkeit zu (er)kennen und geschlechtsspezifische Prävalenzen zu berücksichtigen.

Die Behandlung orientiert sich am im SGB V festgelegten Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der teilstationären, vor der stationsäquivalenten sowie stationären Versorgung. Zielsetzung ist die Umsetzung einer lebensweltorientierten, sektor- und setting-übergreifenden Behandlung. So wird eine weitgehende Behandlungs- und Beziehungskontinuität aufgebaut und der Transfer der Behandlungsergebnisse in den realen Alltag erleichtert. Die bisher darauf aufbauenden Modelle der Besonderen Versorgung und der §-64b-Modellvorhaben sind bei erwiesener Effizienz in die Regelversorgung zu überführen. Dabei ist auch die Möglichkeit der Behandlung im häuslichen Umfeld einzubeziehen.

Soweit die Behandlung nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern sowie die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, sind Leistungen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation zu organisieren und zu integrieren.

Die Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen werden bei der Behandlung synergistisch genutzt, um eine an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Die Abstimmung der Berufsgruppen untereinander ist dafür eine grundlegende Voraussetzung.

Ein leistungsträgerübergreifendes Versorgungsmanagement kann eine effiziente Verzahnung der Leistungen fördern. Integrierte Hilfeleistung kann – je nach Bedarf – Leistungen der Prävention, Diagnostik und Behandlung, medizinischen Rehabilitation, sozialen und beruflichen Teilhabe einschließlich des Betreuten Wohnens und der Pflege umfassen. Soziotherapeutische Kompetenz begleitet den Behandlungs- und Rehabilitationsprozess kontinuierlich koordinierend, kann flexibel auf sich ändernde Anforderungen reagieren und das Hilfeangebot den Erfordernissen anpassen.

Besondere Problemlagen und Bedarfe bei weiteren Beeinträchtigungen (insbesondere Lern- und körperliche bzw. Sinnesbeeinträchtigungen) werden im Rahmen der Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegeangebote festgestellt und umgesetzt.

Standards und Leitlinienentwicklung

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Klassifikationen sind für die Anwendung auf verschiedene Aspekte von Gesundheit und Krankheit geeignet und stellen einen Rahmen für ein breites Spektrum von Informationen zur Gesundheit zur Verfügung (z. B. Diagnosen, Funktionsfähigkeit und Behinderung). Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen usw.) werden in der Internationalen Klassifikationen der WHO hauptsächlich in der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) klassifiziert. Funktionsfähigkeit und Behinderung bzw. Beeinträchtigung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, sind in der ICF (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der Weltgesundheitsorganisation klassifiziert. Die WHO gibt auch eine von der ICF abgeleitete Klassifikation für Kinder und Jugendliche heraus, die ICF-CY. Sie berücksichtigt die Be-

sonderheiten in Entwicklung befindlicher Funktionen und die besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen. ICD-10 und ICF ergänzen sich wechselseitig.

Die Abgrenzung zwischen „auffälligem“ Verhalten und Krankheit ist sehr schwierig und unterliegt gesellschaftlichen Normen und Konventionen sowie kulturellen Rahmenbedingungen.

Die Behandlung psychischer Störungen erfolgt auf der Basis aktueller wissenschaftlicher (evidenzbasierter) Erkenntnisse sowie fachübergreifend und dialogisch erstellter Leitlinien. Erfahrungswissen (interne Evidenz) ist einzubeziehen. Anzuführen sind insbesondere die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF-Leitlinien) und die nationalen Versorgungsleitlinien. Zu beachten ist die ausreichende Finanzierung der Leitlinienerstellung und Notwendigkeit der Einbindung der Betroffenen⁴.

Auch für Rehabilitation und Pflege liegen Standards, Leitlinien und Empfehlungsvereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) vor, die basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertenwissen erstellt wurden. Der dialogische Aspekt und Erfahrungswissen sind einzubeziehen.

Elemente der Soteriaversorgung sollen im Rahmen der klinischen Konzepte mitbedacht und integriert werden.

2.3.2 Ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungsstrukturen im Bereich Behandlung und medizinische Rehabilitation

Leistungsstrukturen im ambulanten Sektor

Nach der Datenlage im bundesweiten Gesundheitssurvey werden psychische Störungen mehrheitlich in der Hausarztpraxis erstmals erkannt und teilweise dort auch weiter versorgt einschließlich der psychosomatischen Grundversorgung. Der Hausärztin bzw. dem Hausarzt kommt eine Lotsenfunktion zu. Hier sind Fortbildungsangebote regelhaft notwendig, und eine enge Kooperation mit der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung ist zu gewährleisten.

Die niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind insbesondere bei komplexen psychischen Störungen und schweren Verläufen von zentraler Bedeutung.

Ambulante Behandlungsleistungen beinhalten neben psychiatrischen, psychosomatischen, psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie und Heilmittel. Auch Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation gehören dazu. Bei entsprechend komplexem Hilfebedarf wird die Leistung integriert mit sozialer und beruflicher Rehabilitation erbracht.

⁴ Die Vertretungen der Psychiatrie-Erfahrenen haben in der Ausschussarbeit in Bezug auf evidenzbasierte Leitlinien problematisiert, dass es für all das, was ihnen wichtig wäre, keine Studien gibt, und ohne Studien gibt es keine Evidenz. Ihnen würden nicht die finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, um z. B. Studien über die Wirkung von Selbsthilfe zu beauftragen. In der Diskussion wurde auf die S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien hingewiesen, die unter anderem die Wirksamkeit von Selbsthilfe aufgreift.

Sozialpsychiatrische Dienste sind als kommunale Fachdienste wichtiger Bestandteil der allgemeinen Daseinsvorsorge und leisten einen elementaren Beitrag zur Sicherung und Steuerung der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Sie organisieren, vermitteln oder leisten niedrigschwellige Beratung und Betreuung, Krisenintervention, Planung und Koordination von Einzelfallhilfen, Netzwerkarbeit und Steuerung im kommunalen Kontext sowie Aufgaben des psychiatrischen Beschwerdemanagements für die Kommune. Idealerweise sind im Sozialpsychiatrischen Dienst Ärztinnen und Ärzte einbezogen, die zur psychiatrischen Behandlung ermächtigt sind. Vorrangig zielt die Arbeit dabei auf schwerer psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und deren Angehörige, die Probleme beim Zugang zur Regelversorgung haben.

Bei akuten psychischen Krisen ist rasche Hilfe, Klärung und Entlastung durch Krisenintervention und -hilfe notwendig. So kann häufig eine Eskalation verhindert werden. Zudem ist die Vermittlung an andere nichtpsychiatrische Hilfen möglich. Rund-um-die-Uhr-Angebote und die Möglichkeit aufsuchender Arbeit sind regional zu organisieren. Auch die Einbeziehung der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenärztinnen und -ärzte (und ggf. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie weiterer psychiatrisch qualifizierter Bezugspersonen) in den Krisennotdienst und Angebote der psychotherapeutischen Krisenintervention sind anzustreben.

Den Kontakt- und Beratungsstellen (KUB) bzw. Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ), die überwiegend in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege sind, kommt als offenen, niedrigschwelligen Kontaktangeboten mit ihrer breiten Angebotspalette sozialer Teilhabeleistungen eine besondere Bedeutung als Kooperationspartner der kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienste zu.

Abgestimmte Behandlungsprozesse in lokalen Netzwerken von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen in enger Verzahnung mit den Kliniken erhöhen die Versorgungseffizienz und -qualität im Sinne der Patientinnen und Patienten. Diese sollen selbst wählen können, wer die nächsten Behandlungsschritte plant und steuert. Ambulantes Case-Management, gestufte Versorgungsmodelle und die Möglichkeit zur intensiven komplexen ambulanten Behandlung benötigen solche vernetzten Strukturen.

Ein weiterer Fokus kann eine Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in Kinder- und Jugendheimen, Angeboten der Eingliederungshilfe und Pflegeheimen sein. Ambulante Leistungserbringer sind in Hometreatment-Konzepte „auf Augenhöhe“ einzubeziehen, um eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen zu können.

Spezifika bei Kindern und Jugendlichen

Die Sozialpsychiatrievereinbarung bietet für diese Zielgruppe einen geeigneten Umsetzungsrahmen, um integrierte ambulante Leistungserbringung zu ermöglichen.

Nach der Datenlage im bundesweiten Gesundheitssurvey werden viele Kinder und Jugendliche von Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern versorgt. Auch hier sind Fortbildungsangebote regelhaft notwendig, und die Kooperation mit der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung ist zu organisieren. Verbindliche Verfahrensregelungen und -absprachen sind wichtige Voraussetzungen.

Mit der Erweiterung des SGB VIII um den § 35 a – Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche – hat der Gesetzgeber der Notwendigkeit zur Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung getragen, insbesondere durch die Möglichkeit, Hilfen nicht nur in und durch psychiatrische Spezialeinrichtungen zu erbringen, sondern durch qualifizierte Fachkräfte in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe.

Wenn neben dem Behandlungsbedarf auch Hilfen zur Erziehung, Eingliederungshilfe für Kinder- und Jugendliche und Hilfe für junge Volljährige erforderlich sind, sollten bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfe (§ 36 Abs. 3 SGB VIII) kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliardienste mitwirken.

Weitere Anforderungen zur Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder-/Jugendhilfe sind im Kapitel 2.3.3 dargestellt.

Spezifika bei psychisch kranken älteren Menschen

Eine qualitativ gute Behandlung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen setzt eine ausreichende gerontopsychiatrische Qualifikation aller Beteiligten voraus. Hausärztinnen und Hausärzte sind die ersten Ansprechpersonen für ältere Menschen im medizinischen System. Ihre Expertise zur Früherkennung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist weiter zu verbessern. Das gilt besonders für Allgemeinärztinnen und -ärzte, die die medizinische Betreuung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern übernehmen (GMK-Bericht, 2012).

Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen sowie therapeutische und pflegerische Gesundheitsfachberufe in allen Versorgungssettings sollten in der Beratung, Betreuung und Behandlung von psychisch kranken älteren Menschen geschult sein und bedürfen der Beratung im Umgang mit ihnen. Schulungen können im Rahmen gerontopsychiatrisch-geriatrischer Verbände angeboten werden.

Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste als multiprofessionelles Team (Fachärztinnen und -ärzte, psychologische, sozialarbeiterische, psychotherapeutische Fachkräfte und Fachkrankenpflegerinnen und -pfleger) sind als Bindeglied besonders geeignet. Hier zu gibt es bereits Konzepte und Kooperationen, z. B. zwischen Alzheimer-Gesellschaften und Krankenhäusern, die aber einer höheren Verbreitung bedürfen.

Allgemeinkrankenhäuser benötigen in der Regelstruktur Kompetenz und Ansprechpartnerinnen und -partner für gerontopsychiatrische Fragestellungen. Bei älteren Menschen mit psychischen Störungen kann es zu prinzipiell vermeidbaren Hilfebedarfen kommen, wenn therapeutische Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden.

2.3.3 Leistungsstrukturen der Krankenhäuser einschließlich der Institutsambulanzen

Die Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften geben wichtige Orientierung für die Ausgestaltung der Krankenhausbehandlung. Die für eine hochwertige Krankenhausbehandlung notwendigen medizinischen und pflegerischen Kompetenzen und Angebote sind in ausreichender Qualität und Quantität regional vorzuhalten. Durch Festlegung von Pflichtversorgungsregionen sind alle Anbieter verpflichtet, alle Personen aus dieser Region, die eine stationäre oder teilstationäre Versorgung benötigen, aufzunehmen und zu versorgen.

Abweichungen sind nur dann begründet, wenn eine Patientengruppe nachweislich so hohe Anforderungen an die therapeutischen Kompetenzen stellt und/oder so klein ist, dass dies die ortsnahe Versorgungsangebote überfordert.

Insbesondere für die Therapie komplexer Störungsmuster und seltener Fragestellungen wird Spezialwissen benötigt. Spezielles Wissen und spezielle Therapieansätze, die sich in Universitätskliniken und weiteren Versorgungskliniken entwickeln, sollten von Ärztinnen und Ärzten, die in Angeboten der ortsnahe Pflichtversorgung Verantwortung übernehmen, verbreitet werden. Patientinnen und Patienten haben aufgrund ihres freien Wahlrechts bezüglich Person und Ort der Behandlung die uneingeschränkte Möglichkeit, solche Angebote in Anspruch zu nehmen. Anlass dafür kann sowohl der Wunsch sein, sich dauerhaft ortsfern behandeln zu lassen, als auch, eine Therapieempfehlung oder Zweitmeinung einzuholen, die in die ortsnahe Versorgung integriert und dort umgesetzt wird.

Durch die Landespsychiatrieplanung sind diese Entwicklungen nicht steuerbar. Es ist aber zu empfehlen, regionale Angebote zu fördern, die als Kompetenzzentren Spezialwissen generieren und vermitteln. Durch geeignete Vernetzung sollte für die Patientinnen und Patienten der Zugang sichergestellt werden (konsiliarisch, E-health, ambulant/Verlegung).

Insbesondere bei psychosomatischen Erkrankungen ist es von zentraler Bedeutung, dass über eine enge Verzahnung der somatischen Kliniken mit den Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie frühzeitig somatoforme Störungen identifiziert werden. So können somatische Fehlversorgung vermieden und direkte Krankheitskosten reduziert werden.

Das Behandlungs- und Versorgungsmanagement im Rahmen der sektorübergreifenden Versorgung (§11 und §39 SGB V) ist zu gewährleisten. Im Sinne eines sektorübergreifenden Ansatzes sind Behandlungen des Krankenhauses einschließlich der Institutsambulanzen und die Behandlungsangebote des ambulanten Sektors eng zu verzahnen.

Spezifika bei Kindern und Jugendlichen

Eine möglichst weitgehende Vernetzung mit der Pädiatrie, der ambulanten Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft für Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Erziehungs- und Familienberatung, dem Schulsystem, der Arbeits- und Ausbildungsförderung und der Kinder- und Jugendhilfe ist regional durch entsprechende Vereinbarungen zu Verfahrensroutinen und Kommunikationsstrukturen umzusetzen.

Von der geplanten Aufnahme bis hin zur Entlassung mit ggf. abgesprochenen Anschlussmaßnahmen sollten die einzelnen Schritte in einem fortlaufenden Dialog zwischen Behandlungsverantwortlichen, Sorgeberechtigten, den betroffenen Kindern und Jugendlichen selbst und möglichen anderen Beteiligten abgestimmt werden. Dabei sollte die Entlassperspektive so früh wie möglich gemeinsam bearbeitet und je nach Entwicklung fortlaufend angepasst werden.

Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (KJPP: ambulanter und klinischer Sektor) und Kinder- und Jugendhilfe (KJH)

Kooperationsbedarfe ergeben sich aus komplexen, disziplinübergreifenden Hilfebedarfen. Individuell zugeschnittene Hilfen sollen möglichst wohnortnah in Anspruch genommen werden können. Fachlicher Austausch kann durch Einbezug der Expertise potentieller Kooperationspartnerinnen und -partner die Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten aller Akteure erweitern. Komplexe Hilfebedarfe, die Kooperation erfordern, sind:

- Gleichzeitige Maßnahmen von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe
- Im Rahmen der Eingliederungshilfe bei seelischer Behinderung gemäß § 35a SGB VIII besteht eine zweigliedrige Leistungsvoraussetzung:
 - Psychische Erkrankung nach ICD-10, festgestellt in einer fach(ärztlichen) Stellungnahme zur psychiatrischen bzw. kinder-/jugendpsychiatrischen, -psychotherapeutischen Diagnostik: Aufgabenbereich der KJPP
 - Daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung, festgestellt über sozialpädagogische Diagnostik: Aufgabenbereich des Jugendamtes
- Scheitern bisheriger Hilfeversuche bzw. drohendes Scheitern ohne Kooperation
- Hilfeansätze unterschiedlicher Professionen und Institutionen
- Gestaltung von (System)Übergängen: Aufnahme bzw. Überleitungssituationen in Kinder-/Jugendpsychiatrie bzw. Jugendhilfe
- Krisensituationen – individuelle (und gegebenenfalls institutionelle) Krisenplanung

Als Grundlage von Kooperation ist Verbindlichkeit und Eindeutigkeit von Rollen und Verantwortlichkeiten sowie Ansprechpersonen herzustellen. Die fachliche Autonomie anderer Professionen mit eigenen gesetzlich geregelten Verantwortlichkeiten und fachlichen Verfahrensregelungen in der Fallbearbeitung ist anzuerkennen. Ein kollegialer Dialog ist erforderlich. Die jeweiligen Ziele, Angebote, Kompetenzen, Ressourcen und Grenzen des Kooperationspartners sind bekannt und werden respektiert. Es findet eine strukturierte Kommunikation zur gemeinsamen Reflektion statt.

Die Mitwirkung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (partizipatives und transparentes Vorgehen) unter Beachtung des Datenschutzes ist gegeben. Gemeinsame Prozesse und Verfahrensregelungen für den Konfliktfall werden abgestimmt und schriftlich beschrieben.

Eine standardisierte und institutionalisierte Zusammenarbeit erleichtert die Kooperation. Unterstützt wird dies durch regelmäßigen Austausch über verbindliche Erreichbarkeiten, feste Ansprechpartnerinnen und -partner für die fallübergreifende Zusammenarbeit und die (Weiter-) Entwicklung verbindlicher regionaler Kooperationsstrukturen (ergänzt z. B. durch thematische Arbeitskreise etc.), getragen durch die Leitungsebenen der Institutionen.

Das erstangegangene Hilfesystem initiiert die Klärung des Hilfebedarfs und die möglicherweise zuständigen Leistungsanbieter bzw. -träger. Besondere Bedeutung hat die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe während eines stationären Aufenthaltes bzw. die Planung von Anschlussmaßnahmen aus der KJPP in die KJH. Die KJPP übernimmt dabei die Verantwortung für notwendige medizinische Behandlungen und gegebenenfalls deren Überleitung in den ambulanten Bereich, das Jugendamt ist verantwortlich für sozialpädagogisch notwendige Hilfen nach dem SGB VIII. Für Krisen werden Absprachen zwischen den beteiligten Hilfesystemen getroffen. Beide Institutionen sind in diesen Fällen für das Einholen der erforderlichen Schweigepflichts-

entbindung der Personensorgeberechtigten verantwortlich. Liegt eine Schweigepflichts-entbindung (noch) nicht vor, besteht die Möglichkeit zur kollegialen Beratung in pseudonymisierter Form.

Fallübergreifende Klärungs- und Handlungserfordernisse werden in den regionalen Kooperationsgremien bearbeitet.

Spezifika bei Älteren

Die Altersmedizin verlangt die konstruktive Zusammenarbeit unterschiedlicher Kompetenzen. Altersmedizin erfordert eine enge Kooperation ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen. Es ist wichtig, bestehende und neu zu entwickelnde Strukturen zu harmonisieren. Eine enge Verzahnung der Verbundstrukturen im psychiatrischen Bereich mit den im Krankenhausplan NRW 2015 vorgegebenen geriatrischen Versorgungsverbänden ist anzustreben. Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik setzen ihren Schwerpunkt im psychischen, die Geriatrie im somatischen Bereich. Eine enge Kooperation beider Disziplinen ist aufgrund häufig bestehender Komorbiditäten notwendig. Dies kann durch eine gegenseitige Konsiliartätigkeit erfolgen. Die konkrete Umsetzung der Kooperationen muss stets die Konstellationen vor Ort berücksichtigen und möglichst alle themenbezogenen Akteure einschließen. Gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind sinnvoll.

Laut Krankenhausplan NRW 2015 haben die Krankenhausträger mit dem Auftrag Psychiatrie und Psychosomatik die Behandlung aller Krankheitsbilder zu gewährleisten. Eine Ausweisung gerontopsychiatrischer Betten sieht der Plan nicht vor. Die Sicherstellung der gerontopsychiatrischen stationären und teilstationären Versorgung ist also Aufgabe aller Krankenhausträger. Nach dem Grundverständnis des Krankenhausplans NRW ist davon auszugehen, dass spezifische Angebote regional in ausreichender Form zur Verfügung stehen bzw. gestellt werden⁵.

Die gerontopsychiatrische Versorgung muss regional gewährleistet werden und im Rahmen der Krankenhausstatistik eine entsprechende kontinuierliche Dokumentation erfolgen.

2.3.4 Angehörige stärken

Wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt, trägt die Familie eine große Last und braucht daher dringend Unterstützung. Hierzu gehören leicht zugängliche, übersichtliche Informationen über die Erkrankung und die Hilfeangebote vor Ort. Vor allem müssen Familien von den professionell in der Psychiatrie Tätigen als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner wahr- und ernstgenommen werden, was u.a. voraussetzt, dass ihr Wissen um ihre Angehörigen und ihre umfangreichen und vielfältigen - oft jahrzehntelang erbrachten - Leistungen Anerkennung finden. Familien benötigen außerdem ganz praktische Unterstützung und Entlastung im Alltag, in vielen Fällen auch finanzieller Art.

⁵ Die Vertretenden des Landesverbands Gerontopsychiatrie und -psychotherapie NRW und weitere Vertretende aus der gerontopsychiatrischen stationären Versorgung sehen dieses krankenhauplanerische Vorgehen kritisch. Sie sehen die Gefahr, dass die gerontopsychiatrische Krankenhausversorgung mittelfristig nicht verbindlich sichergestellt ist, eine Ressourcenverschiebung zu Ungunsten der besonders sensiblen Untergruppe gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten zu befürchten ist. Andere Unterausschussmitglieder, so auch der Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW e.V. (LLPP), befürworten den integrativen Ansatz und sehen dadurch flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort.

2.3.5 Quartiers- und teilhabeorientierte Pflege nach SGB XI

Jeder Pflegebedarf nach dem SGB XI weist individuelle Besonderheiten auf. Dem entsprechend muss jede Hilfeleistung auf individuelle Bedarfe ausgerichtet werden. Personenzentrierte Pflege nach dem SGB XI führt weg vom Defizitmodell und stellt nicht die Krankheit oder Behinderung eines Menschen in den Mittelpunkt ihres Handelns, sondern den von Krankheit und Einschränkungen betroffenen Menschen selbst mit seinen Fähigkeiten und Potenzialen. Allerdings kann es vorkommen, dass bei psychischer Beeinträchtigung die Fähigkeit eines Menschen, seinen Gesundheitszustand einzuschätzen und ggf. über die Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen zu entscheiden, situativ beeinträchtigt ist. Dies kann die Bedarfsfeststellung erschweren.

Personenzentrierte Hilfe und Pflege ist dialogisch angelegt. Aushandlungsprozesse und Kommunikation auf Augenhöhe zwischen Pflegenden und zu pflegenden Personen – verbal und nonverbal – sind daher die Schlüssel zur Erfüllung zentraler psychischer Bedürfnisse im Rahmen der personenzentrierten Pflege. Es gilt, Modelle im Sinne einer assistierten Selbstbestimmung zu entwickeln und einschließlich ihrer institutionellen und finanziellen Absicherung zu stärken.

Angehörige sind oftmals allein für die Pflege verantwortlich. Dabei kommen sie häufig an ihre eigenen Grenzen, sind oftmals überfordert sowie unsicher im Umgang mit dem pflegebedürftigen Menschen. Dies kann dazu führen, dass es in der häuslichen Pflege zu Gewalthandlungen zwischen Gepflegten und Pflegenden kommt. Solche belastende Konstellationen für die Angehörigen und die Pflegebedürftigen, der Wegfall der pflegenden Angehörigen und nicht ausreichende ambulante Hilfen können zur Unterbringung der Hilfebedürftigen in einem Heim führen. Die meisten Menschen wollen jedoch bei Beachtung ihres „Wunsch- und Wahlrechts“ in ihrer vertrauten häuslichen und nachbarschaftlichen Umgebung bleiben. Der Einzug ins Heim kann aber auch als Entlastung von den Sorgen des Alltags erlebt werden, und die Betroffenen nehmen gerne am Leben im Heim teil. Entsprechend bedarfsgerechte Versorgungsangebote sind regional sicherzustellen. Gerontopsychiatrische Fachberatung ist hierbei ein wichtiger Bestandteil.

Um die gesellschaftliche Teilhabe von älteren Menschen mit psychischen Störungen zu sichern, muss es nachhaltiger als bisher gelingen, Menschen zu ermutigen, nachbarschaftliche Hilfe zu leisten bzw. diese anzunehmen.

Pflegeberatung und Hilfebegleitung hat eine hohe Bedeutung. Pflegeberatung muss dabei so realisiert werden, wie es das SGB XI in den §§ 7, 7 a und 12 vorgibt.

2.3.6 Soziale Teilhabe und Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Soziale Teilhabe

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) richtet die Eingliederungshilfe von einer einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Leistung neu aus. Die Unterstützung der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ab dem 18. Lebensjahr soll sich am notwendigen individuellen Bedarf ausrichten. Dieser soll gemeinsam mit den Betroffenen ermittelt, das passende Hilfspaket zusammengestellt und im gewohnten oder gewünschten Lebensumfeld organisiert werden. Die personenzentrierten Teilhabeleistungen bestehen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung aus den existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich Wohnen und den notwendigen individuellen Fachleistungen.

Der bisher im SGB IX enthaltene Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird im BTHG nicht übernommen, da eine konsequent personenbezogene Bedarfsfeststellung keine Rangfolge von Leistungserbringungsformen (ambulant vor stationär) zulässt. Gleichwohl sollte der Ausbau der ambulanten Angebote fortgesetzt werden.

Die Unterstützung ist so ausgerichtet, dass

- die Betroffenen Angebote zur Freizeit- bzw. Tagesgestaltung im inklusiven Sozialraum nutzen können und ihre soziale Lebenswelt (Partnerschaft, Familie, Freundeskreis) dort möglich wird,
- die Stärkung von Motivation, Selbstbestimmung und Kompetenzen im Mittelpunkt steht,
- selbstbestimmtes Wohnen und Alltagsbewältigung bzw. Selbstversorgung möglich wird.

Unterstützungsleistungen im Wohnbereich sollen in allen individuell erwünschten Wohnformen möglich sein: allein lebend in eigener Wohnung, allein lebend in vorübergehenden Unterkünften (z. B. bei Freunden, „Mitwohnen“), mit Partner oder Partnerin, Freund oder Freundin, bei Eltern, mit eigenen Kindern, in Wohngemeinschaften, in Hausgemeinschaften, in Pflegefamilien oder in anderen Wohnformen.

Soziale Teilhabeleistungen sind für den deutlich teilhabeeingeschränkten Personenkreis der psychisch kranken Menschen in der Eingliederungshilfe auch zu gewähren, um den Zugang zu den Regel-Angeboten im Sozial- und Gesundheitssystem, der Selbsthilfe, im Sozialraum insgesamt zu ermöglichen. Menschen mit psychischer Behinderung brauchen z. T. Motivation, Begleitung, Reflexion und damit zeitintensive, personenbezogene Unterstützungsleistungen der Sozialen Teilhabe, um den Zugang zu „niedrigschwelligen“ (Selbsthilfegruppen, Kontakt- und Beratungsstellen u.a.) und vermeintlich „vorrangigen“ Leistungen (z. B. der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe an Arbeit) überhaupt finden zu können. Sofern Behandlungsleistungen im Vordergrund stehen, sind soziotherapeutische Leistungen nach § 37 a SGB V vorrangig.

Sofern der individuelle Bedarf für besondere Angebote zur Tagesstruktur bzw. Tagesgestaltung besteht, sind diese regional sicherzustellen und individuell, flexibel sowie teilhabe- und lebensweltorientiert auszugestalten. Sie sind niedrigschwellig im Zugang und der Ausgestaltung. Die Sicherstellung der Unterstützungsleistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfasst alle Altersgruppen.

Arbeit und Beschäftigung

Die Teilhabe an Arbeit wird z. B. durch Vorurteile, vermeintliche individuelle, rechtliche oder bürokratische Hürden behindert. Dies gilt insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Außerdem bedeutet das gegliederte Sozialsystem mit seinen verteilten Zuständigkeiten oft mangelnde Transparenz für Betroffene und Arbeitgeber. Diese Rahmenbedingungen behindern kurzfristige einschneidende strukturelle Veränderungen und Verbesserungen mit Blick auf einen inklusiven Arbeitsmarkt.

Zentrale Aufgabe für alle Beteiligten ist deshalb, Potentiale von Menschen mit Behinderungen sichtbar zu machen, das Bewusstsein zu stärken, dass alle Menschen ein Recht auf die Teilhabe an Arbeit haben, sowie individuelle Biographien zu berücksichtigen. Im

SGB V und SGB IX wird explizit auf die besonderen Bedürfnisse von psychisch kranken Menschen⁶ hingewiesen, deren Grunderkrankung zu besonderen Problemen im Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Unterstützungsleistungen führen kann (z. B. Phasen der Antriebschwäche bei Depression). Krankheits- und Gesundheitsverlauf sind in der Regel nicht linear, die Belastbarkeit schwankend. Der Förderansatz der Personenzentrierung, wie er dem neuen Bundesteilhabegesetz zu Grunde liegt, bietet hier einen konzeptionellen Rahmen. Eine integrierte Hilfeplanung unter Einbeziehung aller Leistungsträger ist hier von besonderer Bedeutung und setzt abgestimmte Verfahren und Koordination voraus.

2.4 Spezifische Problemlagen im Fokus

Die folgenden Anforderungen betreffen spezifische Problemlagen mit besonderen Rahmenbedingungen und Problemstellungen. Grundsätzlich gelten auch die bisher genannten Anforderungen insbesondere in Bezug auf Personenzentrierung, integrierte Leistungserbringung und Ausrichtung der Hilfen.

2.4.1 Menschen mit weiteren Beeinträchtigungen

Die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Lernschwierigkeiten⁷ hinsichtlich ihrer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung werden häufig nicht angemessen vom Regelversorgungssystem befriedigt. Deshalb ist das Regelversorgungssystem gezielt auch durch entsprechende Fort- und Weiterbildung zu qualifizieren.

Bei komplexen Bedarfslagen ist insbesondere bei Lernschwierigkeiten eine Ergänzung durch zielgruppenspezifisch ausgerichtete Angebote notwendig (z. B. spezifische Angebote psychiatrischer Kliniken, niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, entsprechend ausgestattete und ausgerichtete Sozialpädagogischen Zentren, interdisziplinäre Frühförderstellen sowie Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen). Diese Angebote können das Regelsystems beraten und, soweit geboten, im Einzelfall kurz- oder langfristig die Behandlung übernehmen. Dieses ergänzende System muss mit dem Regelversorgungssystem eng vernetzt werden.

Patientinnen und Patienten mit Lernschwierigkeiten benötigen eine geschulte Wahrnehmung ihrer Äußerungsformen. Eine differenzierte psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung ist für alle Lebenskontexte (Frühförderung, Kindergarten/Kindertagesstätten, Familie, Schule, Arbeit, Angebote der Behindertenhilfe, somati-

⁶ Der Begriff der „psychisch kranken Menschen“ und „Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ kann leider nicht trennscharf benutzt werden. Von psychisch kranken Menschen wird gesprochen, wenn eine psychiatrische Diagnose gestellt worden ist. Da diese aber häufig nicht leicht zu stellen ist bzw. Betroffene aus verschiedenen Gründen keinen Arzt aufsuchen, sind in Abhängigkeit von der Fragestellung Menschen gemeint, bei denen eine psychische Symptomatik im Vordergrund steht, die sich auf das Leistungsvermögen und die gesellschaftliche Teilhabe negativ auswirkt – unabhängig davon, ob diese als Krankheit zu bewerten ist oder nicht.

⁷ Der Begriff „Lernschwierigkeiten“ wird im Folgenden bewusst verwendet, um nicht nur auf die nach ICD-10, Kapitel V unter dem Begriff „Intelligenzminderung“ definierte verzögerte oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten als Beeinträchtigung bzw. Behinderung zu verweisen. Damit soll zugleich darauf hingewiesen werden, dass Behinderung durch die Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die betroffene Menschen an der vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

sche Versorgung) anzubieten. Bei entsprechender Bedarfsfeststellung sollte eine in das psychiatrische und psychotherapeutische Gesamtkonzept eingebettete (heil-) pädagogische Förderung vorgesehen werden.

Diagnostische und therapeutische Prozesse bei Menschen mit Lernschwierigkeiten verlangen eine multiprofessionelle Herangehensweise, bei der das typische Methodenrepertoire der Psychiatrie um pädagogische und heilpädagogische Komponenten ergänzt werden muss.

2.4.2 Menschen mit Suchtproblemen

Kooperation von Suchthilfe und Klinik, Fachärzteschaft, Psychotherapie und SpDi

Sofern eine Anbindung an Suchtberatungsstellen bzw. die Suchtselbsthilfe besteht, bereiten diese in der Regel die Aufnahme in der psychiatrischen Klinik zur Entzugsbehandlung vor. Soweit möglich kann die Vorbereitung auch in den niedrigschwelligen Hilfeangeboten erfolgen. Zwischen Klinik und den Suchthilfeangeboten einschließlich der Selbsthilfe besteht gegenseitige Angebots-Transparenz im Sinne von gegenseitiger Wertschätzung und Wissen voneinander. Hierzu sind regelmäßige Kooperationstreffen eine Plattform. Gemeinsame Fortbildungen können unterstützend sein. Idealerweise besteht neben verbindlichen Verfahrensabsprachen hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe und den psychiatrischen Versorgungsangeboten auch Verlässlichkeit hinsichtlich personeller Kontinuität und Erreichbarkeit.

Im Aufnahmemanagement und in der Behandlungs- und Entlassungsplanung der Klinik ist die Kooperation mit der Suchthilfe (Anamnese, Fallbesprechungen, Hilfeplanung etc.), sofern von den Patientinnen und Patienten gewünscht, ein wichtiger Bestandteil. Angebote und Informationen durch die örtlichen Selbsthilfegruppen werden für die in der Psychiatrie behandelten suchtkranken Patientinnen und Patienten bereitgestellt.

Sofern eine Behandlung durch eine niedergelassene Fachärztin oder einen niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bereits erfolgt ist oder erfolgen soll, kommt der Suchthilfe eine motivierende und koordinierende Funktion zu. Gleiches gilt für die ambulante Psychotherapie. Bei Zustimmung der Patientinnen und Patienten sind Kontaktaufnahmen und Absprachen möglich.

Es ist Auftrag der kommunalen Suchthilfeplanung (ÖGDG), Strukturen mit- und weiterzuentwickeln. Eine Vernetzung in einem Leistungserbringerverbund (z. B. Gemeindepsychiatrischer Verbund, Suchthilfeverbund) schafft die Möglichkeit verbindlicher Vereinbarungen und der Verpflichtung zu Qualitätsstandards.

Überleitung in medizinische Reha, ambulante Suchthilfe, Eingliederungshilfen, Wohnungslosenhilfe, Arbeit

Die S-3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ gibt zum Überleitungsverfahren fachliche Orientierung. Im Entlassmanagement ist es Aufgabe des Sozialdienstes bzw. des jeweils klinisch Beauftragten, die Kontaktaufnahme zur Suchthilfe – soweit geboten und gewünscht – einzuleiten. Im Einzelfall sind Fallbesprechungen zur Hilfeplanung zu empfehlen. Neben den Leistungserbringern sind frühzeitig die Leistungsträger miteinzubeziehen. Auch bieten sich Kooperationsvereinbarungen zum Beispiel mit den Jobcentern an. Sofern eine medizinische Rehabilitation indi-

ziert ist, ist eine frühzeitige Einleitung geboten. Neben der ambulanten Suchthilfe ist insbesondere die Reha-Beratung der DRV bzw. der Krankenkassen mit einzubeziehen.

Grundsätzlich ist bei komplexen Hilfebedarfen eine koordinierende Bezugsperson für die Überleitungsphase in die Suchthilfeangebote und darüber hinaus notwendig. Eine Hilfeplankonferenz sollte bei komplexen Hilfebedarf bereits im klinischen Setting stattfinden...

Bei Überleitung in Angebote der Eingliederungshilfe können frühzeitige Informationen und Vereinbarungen zu Behandlungsleistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder einer niedergelassenen Fachärztin bzw. eines niedergelassenen Facharztes den Patientinnen und Patienten Sicherheit geben und Ausgrenzung verhindern. Kooperationen mit Altenhilfeeinrichtungen zuzüglich des Aufbaus spezialisierter Angebote in Abstimmung mit dem ambulanten Sektor sind erforderlich. Insbesondere bei Komorbidität und chronisch mehrfacher Abhängigkeitserkrankung sind Institutsambulanzen und die niedergelassene Fachärzteschaft häufig gefragt. Zu beachten ist, dass eine Abstinenzorientierung die Behandlung bei Doppeldiagnosen erschweren kann.

Die substitutionsgestützte Behandlung bei niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten und in Klinikambulanzen ist bisher nicht die Regel. Zugleich führen immer weniger Hausärztinnen und -ärzte eine solche Behandlung durch. Ganz entscheidend ist eine enge Verzahnung der substitutionsgestützten Behandlung mit der psychosozialen Begleitung.

Kooperation Suchtselbsthilfe und Psychiatrieselbsthilfe

Die Dialogbereitschaft sowie gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz ist die Grundlage für eine erfolgreiche Kooperation. Verbandliche und überverbandliche Kooperation sowie Netzwerkbildung ermöglichen Erfahrungsaustausch, Ressourcenbündelung und Abstimmung von Selbstvertretung.

Kooperation bei chronisch psychisch Kranken mit Mehrfachbeeinträchtigungen, in der Wohnungslosenhilfe und Straffälligenhilfe

Sofern beide Hilfesysteme eingebunden sind, ist eine koordinierte und integrierte Bedarfsermittlung und Hilfeplanung (Hilfen nach § 53 ff und § 67 SGB XII) geboten. Zusammenarbeit ist in Bezug auf Sozialraumorientierung, Inklusion und Anti-Stigma-Arbeit notwendig.

2.4.3 Menschen mit psychischen Störungen und Migrations- und Fluchtgeschichte

Von wesentlicher Bedeutung für die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte – insbesondere geflüchteter Menschen – ist die Sprach- und Kulturmittlung. Sprach- und Kulturmittlung baut Brücken zwischen Migrantinnen und Migranten und Fachpersonal im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen. Ohne Sprachmittlung ist eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung neu zugewanderter und geflüchteter Patientinnen und Patienten oft nicht möglich. Daher ist die gezielte Einbindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationsgeschichte und Sprachkompetenz sowie trans- und interkultureller Kompetenz in die Behandlungs- und Rehabilitationsteams notwendig.

Die Kooperation der Leistungserbringer im gemeindepsychiatrischen Verbund mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden ist sicherzustellen. Die interkulturelle Öffnung ist als fester Bestandteil in der Organisationsstruktur und im Leitbild zu verankern.

Weitere Maßnahmen wie z. B. mehrsprachige Informationen sowie Aufklärungsmaterialien und Einverständniserklärungen, fremdsprachliche Sprechstunden, zielgruppenspezifische Informationsveranstaltungen, entsprechendes Medienangebot, adäquate Essensversorgung und Entlassungsgestaltung können die Kultursensibilität in den psychiatrischen Hilfsangeboten verbessern.

Migranten und Migrantinnen, die nicht lesen und schreiben können, benötigen gezielte Information durch muttersprachliche Medien und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie durch bildliche Orientierungshilfen über das regionale gemeindepsychiatrische, stationäre und ambulante Versorgungsangebot.

Besonderer Bedarf bei geflüchteten Menschen

Bei geflüchteten Menschen müssen immer Hinweise auf psychische Belastungen beachtet und diese erkannt werden. Hierfür müssen geeignete Verfahrenswege und Routinen entwickelt werden; z. B. können mithilfe von Screening-Instrumenten Personen identifiziert werden, die eine Erkrankung haben könnten.

Nach dem Erkennen psychischer Belastungen sind zunächst psychosoziale Beratung und niedrigschwellige Angebote zur Stabilisierung (z. B. Gruppenangebote) sowie Beschäftigungsangebote im Sinne eines strukturierten und sinngebenden Tagesablaufs geboten.

Später können Angebote niedrigschwelliger Krisenhilfe zur Stabilisierung und zur Vermeidung einer längerfristigen Behandlung beitragen (z. B. Einsatz speziell geschulter Ehrenamtlicher oder Laienhelferinnen und -helfer). Sofern sich Hinweise auf eine behandlungsbedürftige psychische Störung ergeben, ist unmittelbar die Vermittlung in die Regelversorgung zu organisieren.

Besondere Anforderungen an die Regelversorgung zur Behandlung von Geflüchteten mit psychischen Störungen im Erwachsenenalter

Notwendig sind enge Kooperationen der Dienste der Regelversorgung mit Psychosozialen Zentren und Beratungsstellen für Flüchtlinge sowie einfache Zugänge zur Regelversorgung.

Besonders wichtig sind bedarfsgerechte und nachhaltige Konzepte, die die anfänglichen Angebote in mittel- bis langfristige Bahnen lenken, da viele traumatisierte Geflüchtete auch Jahre nach der Flucht psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Hilfe benötigen. Bei der Entwicklung von Behandlungskonzepten sind die national und international erfolgreich eingesetzten Modelle sowie Erfahrungen der bereits länger hier lebenden Flüchtlinge zu berücksichtigen.

Durch frühe Identifizierung von seelischen Belastungen in der hausärztlichen Versorgung ist Prävention und Förderung der seelischen Gesundheit möglich. Der ersten Zeit nach der Ankunft in Deutschland kommt eine entscheidende Bedeutung für die langfristige psychische Gesundheit zu. Eine gezielte Information von Ehrenamtlichen und Laienhel-

ferinnen und Laienhelfern über die Behandlungsmöglichkeiten von psychisch kranken Geflüchteten innerhalb der Regelversorgung ist erforderlich.

Spezifika bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Für eine bedarfsgerechte kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung mit einer integrierten Planung weiterer Hilfen sind folgende weitere Anforderungen zu erfüllen:

- Geflüchtete behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche mit erhöhter traumatischer Symptombelastung müssen durch geeignete Screening-Strategien und Maßnahmen erkannt werden.
- In der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung ist besonders darauf zu achten, dass die qualifizierte Sprachmittlung weiter essentiell bleibt, wenn Kinder und Jugendliche bereits über hinreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen, nicht aber ihre Eltern.
- Der überregionale Wissenstransfer zwischen allen an der psychotherapeutischen Versorgung von minderjährigen Geflüchteten beteiligten Institutionen ist herzustellen. Die fortlaufende Weiterqualifizierung und supervisorische Begleitung von niedergelassenen Fachkräften der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie ist wichtig.

2.4.4 Menschen im Maßregelvollzug

Der Vollzug der Maßregeln zur Besserung und Sicherung für psychische kranke Straftäterinnen und -täter (§ 63 StGB) erfüllt einen psychiatrischen Behandlungsauftrag und ist daher als Teil der regionalen psychiatrischen Versorgung anzusehen. Voraussetzung für die Unterbringung im Maßregelvollzug sind eine verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit bei Begehung der Straftat(en) und die erhebliche Gefährdung der Allgemeinheit durch die Patientinnen und Patienten.

Die freiheitsentziehende Maßnahme ist schnellstmöglich zu beenden, wenn die Gefährlichkeit der Patientinnen und Patienten dies zulässt. Die Planung der Behandlung sollte in der Regel darauf ausgerichtet sein, eine Rehabilitation in der Herkunftsregion der Betroffenen zu ermöglichen. Der Maßregelvollzug ist insofern ‚Transit‘, nicht Endstation. Die Herkunftsregion bleibt in der grundsätzlichen Versorgungsverantwortung.

Bei einer Unterbringung von Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten in einem allgemeinpsychiatrischen Kontext ergeben sich Schnittstellen. Dies betrifft über 200 stationär untergebrachte Personen in NRW: Der Maßregelvollzug profitiert durch die Angebote der Allgemeinpsychiatrie. Dies ist insbesondere durch den Zugang zu den regionalen Netzwerken im Rahmen der Vorbereitung der Entlassung im fortgeschrittenen Stadium der Behandlung der Fall. Für die Allgemeinpsychiatrie bilden die Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten eine feste Größe in der Belegung und sind Teil des Angebotsspektrums. Daneben gibt es auch problematische Konstellationen durch Vorbehalte anderer Patientinnen und Patienten gegenüber denjenigen im Maßregelvollzug sowie durch unterschiedliche Verweildauern und rechtliche Rahmenbedingungen.

Ein Großteil der Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug unterscheidet sich hinsichtlich der Diagnosen nicht wesentlich von Patientinnen und Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Abgesehen von deliktspezifischen Behandlungsansätzen, Maßnahmen der

schulischen und beruflichen Bildung, Auswirkungen der Sicherheitsanforderungen und langen Unterbringungsauern, sind die Behandlungsansätze in vielen Punkten deckungsgleich, sodass sich ein gegenseitiger Austausch anbietet. Dabei kann sich der Maßregelvollzug mit seiner besonderen Kompetenz im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer Fremdgefährlichkeit einbringen.

Viele der ehemaligen Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs bleiben nach ihrer Entlassung in der Regel auf Hilfen des psychiatrischen Versorgungssystems angewiesen. Dies betrifft neben der Fortführung therapeutischer Maßnahmen eine große Bandbreite von Hilfeangeboten in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturierung, Suchthilfe und Freizeit. Insbesondere die Möglichkeit der Unterbringung in betreuten Wohnformen und der Zugang zu einem angemessenen Arbeitsmarkt sind bedeutend für die Aussicht, Personen aus dem Maßregelvollzug entlassen zu können.

Ein gutes Entlassmanagement ist ein wichtiger Faktor zur Aufrechterhaltung der Stabilität und Integrationsfähigkeit und daher besonders bedeutsam zur Vermeidung erneuter Delinquenz. Forensische Ambulanzen haben an der Schnittstelle zwischen ‚Draußen und Draußen‘ koordinierende Aufgaben, um im Rahmen eines Case-Managements insbesondere in Zusammenarbeit mit der Führungsaufsicht die unterschiedlichen psychosozialen Angebote zu vernetzen. Der sukzessive Aufbau eines geeigneten ‚sozialen Empfangsraumes‘ erfolgt personenzentriert. Im Rahmen sog. ‚Helferkonferenzen‘ können Verbindung und Verbindlichkeit des Hilfenetzwerkes kontinuierlich überprüft und angepasst werden.

2.5 Strukturen und Ausrichtung der Hilfen

2.5.1 Integrierte und personenzentrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und Steuerung

Integrierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegeplanung

Grundsätzlich ist für jede Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegeleistung eine individuelle Hilfe- bzw. Angebotsplanung vorzusehen. Die Behandlungsplanung ist im Rahmen des Behandlungsvertrages und im Versorgungsmanagement verankert, das SGB IX sieht einen Teilhabeplan vor, und der Sozialhilfeträger hat einen Gesamtplan zu erstellen. Auch das Jobcenter und die Arbeitsagentur sind gehalten, Integrations- bzw. Eingliederungsvereinbarungen zu treffen⁸.

Menschen mit psychischen Störungen benötigen häufig, insbesondere bei längeren Verläufen, Hilfe und Unterstützung in mehreren Leistungsbereichen. Die notwendigen Leistungen sind dann individuell zu ermitteln, entsprechend zu planen und umzusetzen.

Die personenzentrierte *Behandlungs-, Pflege- und Rehabilitationsplanung* bzw. Hilfeplanung bei komplexem Hilfebedarf ist *integrierte* Planung. Alle Leistungsbereiche sind bei Bedarf einzubeziehen:

- Behandlungsleistungen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Hilfen in sozialen Angelegenheiten

⁸ Vgl. § 15 SGB II und § 37 SGB III.

- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: Selbstversorgung in der Wohnung, Tagesgestaltung, soziale Kontakte, Teilnahme am öffentlichen Leben
- Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (SGB IX, SB II/III)
- Pflegeleistungen nach dem SGB XI
- andere professionelle Dienstleistungen
- Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe

Bestandteil der Hilfeplanung ist die Bedarfsermittlung. Dafür sind geeignete, abgestimmte personenzentrierte und möglichst einheitliche Instrumente einzusetzen.

Die integrierte Hilfeplanung muss zu aufeinander abgestimmten Leistungen führen. Deshalb ist der Bedarf an Hilfeleistungen unter allen beteiligten Leistungsträgern und Leistungserbringern abzustimmen. Hilfeplankonferenzen haben sich als geeignet erwiesen.

Für das gesamte Verfahren der Bedarfsermittlung und Hilfeplanung (Teilhabeplanung nach dem SGB IX Teil 1 und Gesamtplanung Eingliederungshilfe) ist die Umsetzung folgender Qualitätskriterien, die im Bundesteilhabegesetz angeführt sind, handlungsleitend: transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, partizipativ, individuell, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert und zielorientiert.

Integrierte Bedarfsermittlung und Hilfeplanung beginnt bzw. wird in Abstimmung mit den Betroffenen zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingeleitet. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes in Abstimmung mit den Betroffenen sollte durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert.

Die Beteiligung der bzw. eine Abstimmung mit den Leistungsberechtigten in allen das Verfahren betreffenden Verfahrensschritten, von der Beratung über Bedarfsermittlung und Hilfeplanung einschließlich Teilhabe- bzw. Hilfeplankonferenz (HPK) ist sicherzustellen. Eine Pflicht zur Teilnahme der Betroffenen bzw. der Antragstellenden an einer Konferenz besteht nicht. Soweit gewünscht, ist sie zu realisieren. Die Beteiligung bzw. der „Aushandlungsprozess“ kann auch im Vorfeld in Gesprächen erfolgen. Teilhabe- und Gesamtplankonferenzen sollten bei Menschen mit seelischen Behinderungen in der Regel stattfinden, sofern nicht gewichtige Gründe dem entgegenstehen. Finden sie nicht statt, ist dies zu begründen.

Zentrale Aufgabenstellung einer unabhängigen Beratung ist die Erleichterung des Zugangs zu den Hilfen, zur geeigneten Bedarfsermittlung und, soweit gewünscht, die Beantragung einer Konferenz. Beratung von Betroffenen für Betroffene sollte dabei ermöglicht werden. Bestehende bewährte Beratungsstrukturen werden jedoch weiterhin gebraucht und dürfen daher nicht abgebaut werden (wie z. B. Kontakt- und Beratungsstellen).

Hilfeplan- bzw. Teilhabeplankonferenzen sind arbeitsökonomisch so zu gestalten, dass alle Leistungsträger im Rahmen ihrer Ressourcen mitwirken können (Bündelung der Fälle je nach Beteiligung Leistungsträger, terminliche Anpassung, etc.).

Leistungserbringer aus allen Leistungsbereichen (auch Behandlung) sind in die Bedarfsermittlung, Hilfeplanung und Konferenzsysteme kontinuierlich einzubinden, um deren patienten-, klienten- und kundenbezogene Erfahrung und fachlichen sowie praxisbezogenen Kompetenzen zu nutzen. Hilfreich sind kooperative und verbindliche Verbundstrukturen auf Seiten der Leistungserbringer, auch um im Sinne der Betroffenen die Kollision wirtschaftlicher Interessen zu vermeiden und eine gemeinsame Verpflichtung zur Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Die Zielbestimmung erfolgt im Aushandlungsprozess zwischen dem Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen und den leistungsrechtlichen Vorgaben in Bezug auf die zur Wahl stehenden Leistungen (das gesetzlich definierte Ziel der Leistung, auf regionaler und Landesebene vereinbarte Leistungsbeschreibungen, Wirtschaftlichkeit, Prognose etc.). Im Vordergrund der Dokumentation im Rahmen des Verfahrens von Bedarfsermittlung, Planung und Kontrolle sollte die Zielerreichung und nicht die Leistungskontrolle stehen.

Für die Inhalte der Integrierten Behandlungs- und Teilhabepläne bei Teilhabeleistungen gelten die Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes.

Regionale und überregionale Steuerung

Relevante Akteure im Rahmen der Steuerung sind:

- die organisierte Selbsthilfe
- Leistungsanbieter im Bereich Krankenbehandlung und medizinische Rehabilitation, der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe, der Pflege und der Prävention
- die Kommune
- die Landschaftsverbände als Leistungsträger der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe und freiwilliger Leistungen
- die Krankenkassen, Pflegekassen und die Rentenversicherung
- die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW und der privaten Leistungserbringer und sonstige Leistungserbringerverbände, vor allem gemeindepsychiatrische Verbände
- die organisierte Nachbarschaftshilfe bzw. Bürgerhilfe

Voraussetzung für eine effektive und effiziente Planung, Steuerung und Koordination auf Landes- und kommunaler Ebene ist eine regelmäßige Berichterstattung über die Lebenslagen der Betroffenen und die Inanspruchnahme sowie Sicherstellung der Hilfen nach festgelegten Standards.

Die gegliederte Leistungszuständigkeit mit Leistungsschnittmengen, Vorrang-/ Nachrangprinzip, Angebots- und Leistungserbringervielfalt erfordert insbesondere in Bezug auf Angebote für die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf ein hohes Maß an verbindlicher Koordination und Abstimmung. Gesetzliche Grundlagen bestehen auf folgenden Steuerungsebenen, allerdings mit unterschiedlicher Bundes-, Landes- und kommunaler Reichweite:

- Steuerung durch die Arbeitsgemeinschaft der Leistungsträger zur Überwindung von Fehl- und Unterversorgung und Weiterentwicklung der Versorgung im Bereich der Teilhabeleistungen: *regionale Arbeitsgemeinschaften § 25 SGB IX neu*
- Steuerung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung als Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigung): *§§ 72ff SGB V i.V. mit § 99 SGB V*
- Steuerung der Versorgung mit Heilmitteln, Soziotherapie und APP/HK durch Ärzteschaft und Krankenkassen: *§§ 32, 37, 37a SGB V i.V.m. §§ 124ff SGB V*
- Steuerung der Krankenhauskapazitäten durch regionale Planungskonzepte und Entscheidungsverantwortung beim für Gesundheit zuständigen Ministerium des Landes: *KHGG NRW*

- Steuerung der Arbeitsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit, die Jobcenter und durch die Kommunen: *SGB II/III*
- Steuerung der Pflege durch die Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Kommunen: *SGB XI / SGB XII*

Damit Hilfen sichergestellt werden können, muss eine Abstimmung und Koordination auf den Ebenen der Leistungserbringung und Leistungsträgerschaft erfolgen. Ein kooperatives Steuerungssystem (Steuerungsverbund) unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Handelnden hat Vorteile in Bezug auf Kooperationsvereinbarungen und Personenzentrierung. Es ist jeweils regional zu prüfen, welches bereits vorhandene Gremium diesen Anforderungen genügen kann oder ob ein geeignetes Gremium erst noch geschaffen werden muss.

2.6 Patientenrechte, Beschwerdewesen

Die Mitwirkung und Partizipation im Behandlungsprozess muss sichergestellt werden. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Einsicht in ihre bzw. Zugang zu ihren medizinischen Daten. Die Behandlungsplanung wird regelhaft mit ihnen abgestimmt (Patientenrechtegesetz). In Bezug auf das Behandlungskonzept und die eingesetzten Methoden einschließlich Medikamenteneinsatz sind die Informations- und Aufklärungspflichten sensibel zu handhaben. Dies betrifft Nebenwirkungen einschließlich Abhängigkeitsrisiken, mögliche Wirkungslosigkeit, Therapiealternativen und Beratung zum Absetzen von Medikamenten.

Auch die verkürzte Lebenserwartung von Menschen mit lang andauernden (schweren) psychischen Störungen und mögliche Gründe dafür sind so weitgehend wie möglich zu thematisieren. Die Gründe sind komplex zu verorten (morbogen, pharmakogen, sozial).

Der Einbezug von Angehörigen in die Behandlung und Rehabilitation bei Zustimmung der Betroffenen ist sehr wichtig. Angehörigengruppen und Beratung von Angehörigen psychisch kranker Menschen sind konzeptionell zu verankern. Standards in Bezug auf die Kontaktaufnahme zu den Angehörigen, das Angebot regelmäßiger Angehörigengruppen, Angehörigenvisiten und die Verankerung des Angehörigeneinbezugs durch die Dokumentationsweise müssen implementiert werden. Hausbesuche erleichtern den systematischen Einbezug von Angehörigen.

Patienten- bzw. Betroffenenrechte in Bezug auf die Anwendung von Zwang im Rahmen von zwangsweisen Unterbringungen sind im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) und im BGB verankert. Die fachlichen Anforderungen sind zudem in Leitlinien und Fachkonzepten zu formulieren und entsprechend anzuwenden.

Spezifika für Kinder und Jugendliche

Auch hier sind die Informations- und Aufklärungspflichten sowie die Mitwirkung und Partizipation im Behandlungsprozess umzusetzen. Das betrifft insbesondere den Einsatz und die Aufklärung bei Medikation, da beide sorgeberechtigten Elternteile (auch nach Trennung und Scheidung) in eine Medikation einwilligen müssen (vgl. Vorgaben des Kindschaftsrechts). Das betroffene Kind bzw. die oder der betroffene Jugendliche erhält eine eigene, altersgerechte Aufklärung.

Den Sorgeberechtigten und, außer in begründeten Fällen, den Jugendlichen sind Einsicht bzw. Zugang zu den medizinischen Daten zu ermöglichen, die Behandlungsplanung wird regelhaft mit ihnen abgestimmt.

Die Kinder und Jugendlichen erhalten in kind- und jugendgerechter Form möglichst viele Informationen sowie so viel Mitsprache und Entscheidungsrecht wie möglich. Dem widerspricht nicht, dass Sorgeberechtigte nach Art. 6 des Grundgesetzes Rechte und Pflichten zur Erziehung haben. Eine staatliche Wächterfunktion ist gleichwohl zu gewährleisten. Bei Kindeswohlgefährdung greifen die gebotenen Mechanismen des Kinderschutzgesetzes bzw. des BGB und des SGB VIII. Selbsthilfeaktivitäten gehören insbesondere bei Jugendlichen in den Gesamtbehandlungsplan.

Beschwerdewesen

Für potenzielle Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer ist es hilfreich, sich mit Beschwerden über verschiedene Angebote an eine zentrale Stelle wenden zu können. Deshalb ist es wichtig, unabhängige Beschwerdemöglichkeiten zentral und am ehesten regional verortet aufzubauen und dabei auch sicherzustellen, dass Beschwerden ggf. an die jeweils zuständige leistungsträgerbezogene Beschwerdestelle weitergeleitet werden und dass bei Bedarf die Nutzenden im Kontakt mit diesen Stellen unterstützt werden.

Beschwerdestellen sollten unabhängig von Trägerinteressen sein. Zugleich muss ein direkter Zugang zu Verantwortungsträgern sichergestellt werden. Eine triadische Besetzung ermöglicht es, alle Perspektiven in die Beschwerdebearbeitung zu integrieren. Für Betroffene ist grundsätzlich die Möglichkeit der Peer-Beratung wichtig. Zumindest wollen Beschwerdeführende wählen können, ob sie ihre Beschwerde ausschließlich an andere Betroffene richten (Peer Support). Hilfreich ist es, Beschwerdestellen mit Rechtsberatung zu verknüpfen, um den Beschwerden wegen gravierender Vorkommnisse wirkungsvoll abhelfen zu können. Mit dadurch gesteigerten Erfolgsaussichten ist u. a. die Hoffnung verbunden, dass Menschen das Instrument intensiver nutzen.

Betroffene Angehörige und weitere Personen müssen wissen, dass, wo und wie sie sich – kostenlos – beschweren können. Deshalb erscheint es notwendig, über das Angebot der unabhängigen Beschwerdestelle möglichst breit zu informieren (z. B. über Webseiten und Printmedien). Auch sollte jede Einrichtung, die Hilfen für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen anbietet, umfassend über Beschwerdemöglichkeiten informieren (FOGS, 2016).

Zwang und zwangsreduzierende Maßnahmen

Psychiatrie steht in spezifischen Handlungsbereichen im Spannungsfeld von Hilfen und Schutzmaßnahmen, dies gilt vor allem für den öffentlich-rechtlichen und betreuungsrechtlichen Auftrag der Unterbringung bei Eigen- und Fremdgefährdung sowie Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung. Aber auch in geschlossenen Heimen der Eingliederungshilfe oder Jugendhilfe gehören Kontrolle und Zwang zu den Rahmenbedingungen. Zudem ist die Thematik auch in Pflegeeinrichtungen zu beachten.

Damit sind weitgehende Eingriffe in die Grundrechte verbunden, die aus der gesetzlich verankerten Verhältnismäßigkeit bei ansonsten erheblicher Gefährdung gerechtfertigt sind. Vermeidung von Unterbringungen und Zwang muss dabei oberstes Ziel sein.

Grundvoraussetzung für die Reduktion von Zwang in der Psychiatrie ist eine veränderte Grundhaltung. Diese Haltung erkennt an, dass Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie –

auch wenn sie als ultima ratio unvermeidbar sein mögen – gravierende Eingriffe in das Recht auf Selbstbestimmung bzw. das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit darstellen. Eine solche Haltung setzt darauf, Reglementierungen und Anforderungen in der kontinuierlichen therapeutischen Begegnung zu begründen und durchzusetzen. Eine solche Haltung geht offen damit um, dass nicht alle Risiken vermeidbar sind.

Offene Türen sind kein Selbstzweck. Allerdings geschieht – im Rahmen komplexer sozialer Praxis – durch diesen Schritt eine tiefgreifende Veränderung des therapeutischen Milieus bzw. der Behandlungskultur in der Klinik. Die Notwendigkeit von Beziehungsarbeit und die Selbst- und Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten wird gefördert.

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) regelt in NRW die Voraussetzungen zur Anwendung von Zwang im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Die aktuelle Novellierung hat diese Voraussetzungen konkretisiert und enger gefasst. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen auch bei erheblicher Fremd- und Eigengefährdung und fehlender Einsichtsfähigkeit nur eingesetzt werden, wenn ihr möglicher Nutzen deutlich höher zu bewerten ist als der mögliche Schaden. Die negativen Folgen von Zwang für den psychischen Zustand sind dabei zu berücksichtigen. Weniger eingreifende Maßnahmen müssen als aussichtslos gelten. Einer Zwangsbehandlung muss immer der ernsthafte Versuch vorausgegangen sein, ohne Druck eine Beratung und Zustimmung zur Behandlung zu erreichen. Eine gerichtliche Kontrolle und umfassende Dokumentation ist sicherzustellen.

Die Betroffenen- bzw. Selbsthilfeverbände vertreten bei diesem Thema unterschiedliche Haltungen. Der Bundes- und der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE/LPE) setzen sich für ein generelles Verbot von Zwangsbehandlungen ein. Andere Selbsthilfeverbände sehen unter den angeführten Umständen und engen Voraussetzungen Zwangsbehandlungen als gerechtfertigt und geboten an.

Ziel ist es, für die Reduzierung von Zwang und Gewalt zu sensibilisieren, daher sind Konzepte und Maßnahmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen zu entwickeln.

2.6.1 Personalentwicklung, Forschung und Gesundheitsberichterstattung

Personalentwicklung

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung, die sich an verbindlichen Qualitätsstandards orientiert, ist für alle in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen sicherzustellen. Besondere Beachtung sollten die folgenden Aspekte finden:

- die Vermittlung der Perspektive der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen
- Gerontokompetenz
- Geschlechtersensibilität
- Gewalterfahrungen der Patientinnen und Patienten
- Zwangsreduzierende Maßnahmen
- interkulturelle Kompetenz und Kultursensibilität
- Umgang mit psychisch kranken Geflüchteten aus Krisen- und Kriegsgebieten.

Die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung wird, wie das Gesundheitswesen generell, davon abhängen, dass qualifiziertes Fachpersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht. Damit ist die Notwendigkeit der entsprechenden Personalentwicklung und -akquisition gegeben sowie die psychiatrische Versorgung als Betätigungsfeld (auch fi-

nanziell) attraktiv zu halten. Dies betrifft sowohl die „Werbung“ für die in der Psychiatrie tätigen Professionen als auch Gestaltungsfragen im Rahmen der Tarifpartnerschaften.

Forschung

Versorgungsforschung ist insbesondere zur Evaluation evidenzbasierter Therapiebausteine und besserer Versorgungssysteme auszubauen. Von zukünftig besonderer Bedeutung ist eine patientenzentrierte und patientenorientierte Forschungsperspektive unter Einbeziehung Betroffener.

Versorgungsforschung muss evaluierbare gute Praxis entwickeln, die geeignet ist, einen vergleichbar „fairen“ Umgang mit den Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem aktuellen Wohn- oder Aufenthaltsort zu etablieren. Das Inanspruchnahmeverhalten verändert sich mit zunehmender Erfahrung der Patientinnen und Patienten mit dem System. Hier muss die Versorgungsforschung Erkenntnisse liefern.

Versorgungsforschung ist auch Teilhabeforschung. Zentrales Anliegen der Teilhabeforschung ist die Untersuchung der Wirksamkeit von Eingliederungshilfen sowie medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen unter Einbeziehung von Betroffenenperspektiven. Neben der Beteiligung von Betroffenen in Forschungsprojekte sollte auch die eigenständige Forschung durch Betroffene gezielt gefördert und unterstützt werden. Zur Transparenz über bisherige Betroffenenforschung sollte eine Informationsdatenbank eingerichtet werden.

Berichterstattung mit dem Fokus psychische Erkrankung

Die Datenquellen zur Verbreitung von psychischen Erkrankungen und zu Lebenslagen sollten auf Landesebene sowohl mit Landesbezug als auch – soweit verfügbar - mit regionalem Bezug ausgewertet werden. Des Weiteren sollten Daten zur Nachfrage und Inanspruchnahme von Prävention, Behandlung, Teilhabe und Pflegeleistung, zur Nutzung von Selbsthilfestrukturen (so weit möglich regional und überregional), zur Sicherstellung der Hilfen sowie zu Art und Umfang der Leistungsangebote erhoben und aufbereitet werden. Dafür sind im Vorfeld die relevanten Indikatoren festzulegen.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung und eine systematische Landespsychiatrieberichterstattung sind darauf auszurichten, den quantitativen Umfang und den qualitativen Bedarf an psychiatrischen Hilfen deutlicher zu erfassen und zu prognostizieren. Auf der Grundlage nachvollziehbarer regional und überregional vergleichbarer Parameter soll so ermittelt werden können, ob das örtliche Angebot den tatsächlichen Bedarf abdeckt, und wo evtl. Versorgungslücken geschlossen werden müssen. Gleichzeitig müssen regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden.

In der zukünftigen Psychiatrieberichterstattung ist eine geschlechterdifferenzierte Datenerhebung, -auswertung und -interpretation durchgängig konzeptionell anzulegen und umzusetzen. Perspektivisch ist zudem unter Berücksichtigung des Datenschutzes eine Erfassung sexueller Orientierung und Identität anzustreben.

2.7 Ausgestaltung von Prävention und Inklusion

2.7.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Primärprävention

Nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell existieren viele Faktoren, die die psychische Gesundheit beeinflussen können. Belastete Familiensysteme, ökonomische Faktoren (Arbeitslosigkeit, Armut), Migration, Traumatisierungen (darunter auch emotionale Vernachlässigung und Misshandlung) sowie biologische Faktoren sind Beispiele dafür. Mit Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention soll das Risiko der Ersterkrankung gesenkt werden.

Nach Maßgabe des Präventionsgesetzes und der in der zugehörigen Bundesrahmenempfehlung festgeschriebenen Gesundheitsziele „gesund aufwachsen, gesund leben und arbeiten, gesund im Alter“ gibt es bestimmte Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Präventions- oder Gesundheitsförderungsbedarf. Im Schwerpunkt sollen hierbei besonders vulnerable Gruppen in den Kommunen erreicht werden, um ihre Gesundheit zu fördern und ihre soziale Sicherheit und Teilhabe zu stärken. Insbesondere sind hier anzuführen: arme Menschen, Arbeitslose, Kinder und Jugendliche, insbesondere aus bildungsfernen Schichten, alte Menschen, Menschen mit Migrationsgeschichte, geflüchtete Menschen, Kinder psychisch kranker Eltern, ältere oder psychisch kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Betrieben, Menschen in Pflegeheimen und Menschen mit Behinderungen.

Die Bundesrahmenvereinbarung der Nationalen Präventionskonferenz vom 19.02.2016 bietet eine gute konzeptionelle Grundlage für die Zielbestimmung und Aufgabenverteilung der beteiligten Träger von Präventionsleistungen in NRW. Die Partnerinnen und Partner der Landesrahmenvereinbarung NRW werden die Umsetzung auf Landesebene steuern. Das Präventionskonzept NRW als Gemeinschaftsinitiative der Landesgesundheitskonferenz wird derzeit angepasst und weiterentwickelt. Das Themenfeld „Prävention bei psychischen Erkrankungen und Förderung seelischer Gesundheit“ ist zu berücksichtigen.

Die Präventionsträger bieten im Bereich der Verhaltensprävention eine Vielzahl von Kursangeboten in den Handlungsfeldern Stressbewältigung, Achtsamkeit und Entspannung an.⁹ In Bezug auf die Wirksamkeit liegt noch nicht ausreichende Evidenz vor. Gründe dafür sind methodische Probleme, lange Beobachtungszeiten sowie weitere Faktoren, die die Wirksamkeit beeinflussen. Hier ist insbesondere auf eine verbesserte Zugänglichkeit für (und Akzeptanz bei) die (den) oben genannten vulnerablen Zielgruppen hinzuwirken - gerade hier treten psychische Erkrankungen verstärkt auf.

Kinder psychisch kranker Eltern sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, selbst zu erkranken. Neben einer möglichen genetischen Komponente ist das Risiko für Kinder dadurch erhöht, dass Eltern sich krankheitsbedingt nicht kontinuierlich ausreichend um ihre Kinder kümmern können (z. B. durch längere Krankenhausaufenthalte, erkrankungsbedingte Antriebsstörungen u. a.). Hier müssen präventive Maßnahmen bereits frühzeitig bei Auftreten der Erkrankung des Elternteils in der Familie beginnen.

⁹ Ein weiteres großes Handlungsfeld im Suchtbereich ist die Nikotinprävention, für die positive Evidenzen vorliegen.

Arbeitslosigkeit führt nachweislich in vielen Fällen zu psychischen Störungen wie Depressionen, Angst, psychosomatischen Beschwerden, gestörtem Wohlbefinden und schwachem Selbstwertgefühl. Arbeitslose Menschen – Männer wie Frauen – weisen eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit auf, was sich mit längeren Phasen der Arbeitslosigkeit noch verstärkt. Deshalb wird in der Prävention auch in NRW die Gesundheitsförderung für Arbeitslose ausgebaut.

Anti-Stigma- und Anti-Diskriminierungsinitiativen leisten durch Information und Aufklärung über psychische Störungen sowie durch Förderung von Achtsamkeit und Erkennen von Frühwarnzeichen Präventionsarbeit.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention

Die gesundheitsförderliche Gestaltung der Erwerbstätigkeit, der Arbeitsbedingungen und der betrieblichen Rahmenbedingungen, die gesundheitsgerechte Führung und die Kombination mit verhaltensorientierten Maßnahmen zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung sowie betriebliche Suchtprävention leisten wichtige Beiträge zur psychischen Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.

Die Arbeitswelt hat Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten und ihrer Familienangehörigen. Arbeit ist einerseits die Basis unseres Wohlstandes und stiftet Sinn und Anerkennung, wenn sie gut gestaltet und organisiert wird. Mängel in der Arbeitsorganisation, Überforderung durch z. B. zu enge Zeitvorgaben oder ein schlechtes Arbeitsklima hingegen bringen Risiken für die psychische Gesundheit mit sich. Deshalb sind Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben immer wichtige Handlungsfelder und werden ausgebaut.

Früherkennung

Seit einigen Jahren liegen in Deutschland gut etablierte und hinsichtlich ihrer Prädiktionsfähigkeit gesicherte Instrumente zur Früherkennung schwerer psychischer Störungen vor. Dies betrifft vor allem die Früherkennung psychotischer Störungen (Klosterkötter, 2014), bipolarer Störungen (Pfennig et al., 2012), von Alkoholabhängigkeit (Mann und Batra, 2016) und Demenzen (Jessen und Dodel, 2014).

Früherkennung ist grundsätzlich sinnvoll, geht aber auch einher mit dem Risiko der Stigmatisierung, weil Risikofaktoren nicht immer zur Erkrankung führen. Bei Früherkennungsangeboten ist daher immer der Nutzen mit dem Risiko abzuwägen.

2.7.2 Antistigma und Inklusion

Artikel 8 der UN-BRK enthält Verpflichtungen zur Einleitung und dauerhaften Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit. Die Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen soll erhöht werden. Eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber sowie die Anerkennung der Fertigkeiten, Verdienste und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen und ihres Beitrags zur Arbeitswelt und zum Arbeitsmarkt sowie zur Gesellschaft sollen gefördert werden.

Eine Zielsetzung von Anti-Stigma-Aktivitäten ist es, durch Wissensvermittlung über psychische Störungen und Behandlungsmöglichkeiten Diskriminierung zu vermeiden. Wesentliche Handlungsansätze sind die Bündelung von Protest gegen diffamierende Dar-

stellung von Menschen mit psychischen Störungen zum Beispiel in den Medien sowie Projekte, in denen das Kennenlernen und die Erfahrungen subjektiven Erlebens und der Krankheitsbewältigung im persönlichen Kontakt ermöglicht werden.

Eine inklusive, gender- und kultursensible sowie generationengerechte Quartiersentwicklung ist eine wichtige Grundlage für die Schaffung von Teilhabe und Versorgungssicherheit im Quartier.

Inklusion von Menschen mit psychischer Störung bzw. seelischer Behinderung setzt die Beachtung ihrer Kontakt- bzw. Kommunikationsstrategien voraus. Leicht zugängliche und flexible Hilfen sind zu organisieren. Eine mit der Erkrankung zusammenhängende Antriebsschwäche oder Angst kann eine erhebliche Barriere sein, um ein Amt für die Beantragung von Leistungen oder eine Einrichtung der medizinischen Versorgung aufzusuchen.

Kommunale Sozialplanung analysiert die soziale Lage, stellt Bedarfe fest und plant soziale Angebote und Dienstleistungen. Sie arbeitet wirkungsorientiert, vernetzt und beteiligungsorientiert. Sie beachtet Zusammenhänge zu anderen politischen Handlungsfeldern (zum Beispiel Bildung, Gesundheit und Pflege, Kultur, Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Wohnen) und berücksichtigt diese in ihren Wechselwirkungen.

Der sozialraumorientierte Ansatz ist daher Kern vorbeugender Politik. Durch effiziente Ressourcenbündelung, Zusammenarbeit, Transparenz und vorausschauende Planung werden frühzeitig Weichen für eine bessere Entwicklung von Quartieren gestellt, in denen sich Armut und soziale Ausgrenzung besonders konzentriert haben (lt. Handlungskonzept und Landesinitiative „NRW hält zusammen - für ein Leben ohne Armut und Ausgrenzung“).

3 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN, MAßNAHMEN UND ENTWICKLUNGSPROJEKTE

Unter Bezug auf die formulierten Anforderungen (Kap. 2), die Lebenslagen (Anhang 1) und die Bestandsaufnahme (Anhang 2) werden im Folgenden die vorrangigen Handlungsfelder, Entwicklungsprojekte und Maßnahmen skizziert, die die Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen und Angebote im Wesentlichen vorantreiben sollen. Als Planungs- und Umsetzungshorizont ist zunächst ein Zeitraum von fünf Jahren vorgesehen, wobei in der Umsetzung einzelne Handlungsfelder über diesen Zeitraum hinausgehen können. Nach fünf Jahren ist nach Vorgabe des PsychKG der Landespsychiatrieplan zu überprüfen und gegebenenfalls fortzuschreiben.

Die Vorhaben und Maßnahmen, die kurzfristig in 1-3 Jahren unter den aktuellen Rahmenbedingungen bereits absehbar umsetzbar sind, sind entsprechend handlungsorientiert formuliert. Soweit die Maßnahmen zwar geplant bzw. für notwendig erachtet werden, aber die Struktur- und Rahmenbedingungen noch nicht gegeben sind, steht die Prüfung und die Zielsetzung der Umsetzung im Vordergrund, und der Umsetzungshorizont ist in der Regel auf den 5-Jahreszeitraum bezogen.

In dem Bericht zur beteiligungsorientierten Phase sind aktuelle Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung angeführt. Impulse daraus sind in die hier formulierten Perspektiven eingeflossen.

Die Umsetzung der folgend aufgeführten Entwicklungsprojekte und Maßnahmen wird partizipativ erfolgen. Das Land wird alle wesentlichen Akteurinnen und Akteure, darunter auch die kommunalen Spitzenverbände und ihre Mitglieder, in den Prozess der Gestaltung einbeziehen.

3.1 Ambulante Krisenhilfen ausbauen und vernetzen

Ambulante psychosoziale und psychiatrische Krisenhilfe berührt unterschiedliche sozialrechtliche Zuständigkeiten (Prävention, Daseinsvorsorge, Behandlung, Teilhabe, Kinder- und Jugendhilfe).

Die FOGS-Studie hat eine gemeinschaftliche Verantwortung und Finanzierung unter Mitwirkung von Kommunen, Krankenversicherung und Eingliederungshilfe empfohlen (MGEPA, 2017).

Pauschale Förderungen scheinen dem Gegenstand dabei angemessener als fallbezogene Abrechnungen, zumindest seien Sockelfinanzierungen notwendig.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Um konkrete Umsetzungsoptionen zum Ausbau ambulanter Krisenhilfen zu prüfen und entsprechende Umsetzungswege zu erarbeiten, soll eine Konzept- und Steuerungsgruppe mit Beteiligung aller relevanter Akteure (insbesondere Krankenkassen, KV, Eingliederungshilfeträger, kommunale Spitzenverbände und ihre Mitglieder) unter Moderation des MGEPA eingesetzt werden. Als Umsetzungshorizont ist die nächste Legislaturperiode anzustreben.

3.2 Patientenorientierung in der Behandlung und Rehabilitation und Überwindung der Sektoren

- *Klinik- und ambulanter Sektor gestalten Zukunft*

Im Klinik- und ambulanten Sektor sollten Konzepte entwickeln, um im Rahmen der gesetzlichen Regelungen die Patientinnen und Patienten immer am „richtigen“ bzw. von ihnen gewählten Ort zu behandeln, sei es zu Hause, ambulant, teilstationär oder stationär. Dabei ist wechselnden Gesundheitszuständen Rechnung zu tragen.

Die Akutbehandlung im Lebensfeld als stationsäquivalente Leistung des Krankenhauses sollte entsprechend auf- und ausgebaut werden. Sofern die Behandlungsform hier nicht genutzt werden kann, sollte dies begründet werden. Die Erfahrungen der §64b-Modellvorhaben (MGEPA, 2017) können richtungsweisend sein.

Auch im ambulanten Sektor ist die Entwicklung von Konzepten für Hometreatment-Angebote zu fördern. Der Innovationsfonds und die Modellvorhaben nach § 64b SGB V bieten auch hier Möglichkeiten. Die Erfahrungen bisheriger Modellvorhaben und der IV-Verträge des Netzwerkes Seelische Gesundheit sind zu nutzen (MGEPA, 2017)

Im Sinne eines sektorübergreifenden Ansatzes sind Behandlungen des Krankenhauses einschließlich der Institutsambulanzen und die Behandlungsangebote des ambulanten Sektors eng zu verzahnen.

Dabei sollte die Grundausrichtung und Grundhaltung einer sektorübergreifenden Versorgung in der Konzeptentwicklung und Umsetzung tragend sein. Damit wird Behandlungskontinuität über die Sektoren möglich, und die Schnittstellen zur Teilhabe werden zu nahtlosen Übergängen bzw. zu einem gemeinsamen integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsangebot.

Bedarfsgerechte Kooperationsstrukturen auf regionaler Ebene sollten über die gesetzlichen Vorgaben hinaus durch regelmäßige Treffen, Austausch, Vernetzung, regionale Gremien, (auch multiprofessionelle) Qualitätszirkel etc. gefördert werden.

Zudem sollte die tagesklinische Behandlung ausgeweitet werden sowie flexibel und damit nicht zwingend an fünf Tagen die Woche erfolgen.

Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen (PIA/PsIA) leisten bei schwerwiegenden und chronischen psychischen Störungen eine ambulante, multiprofessionelle Behandlung durch das Krankenhaus außerhalb des Versorgungsauftrags der KVen und des Budgets der niedergelassenen Ärzte- und Psychotherapeutenchaft. Die PIA/PsIA können grundsätzlich fachlich ausdifferenziert, multiprofessionell, patientenzentriert und ressourcenschonend komplexe Behandlungsbedarfe versorgen. Bisher haben sie ihr Potential noch nicht ausgeschöpft.

Es wird daher empfohlen, die fachliche Binnendifferenzierung noch weiter auszubauen in Richtung multimodaler Leistungen unter Einschluss u.a. von störungsspezifischer bzw. indikationsbezogener Gruppentherapie, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Pflege und psychosozialer Therapien bei schweren psychischen Störungen im Sinne der entsprechenden S3-Leitlinie (DGPPN, 2013).

Damit verbunden sollten gemeinsame Initiativen der Selbstverwaltungspartner, der Fachverbände und des Landes zur Einbeziehung der Institutsambulanzen in die Finanzierungssystematik sein.

Durch Umsetzung der neuen Psychotherapie-Richtlinien und des Versorgungsstärkungsgesetzes (z. B. Terminservicestellen, Fristen) ist eine Verbesserung des Zugangs und die Verkürzung von Wartezeiten zur ambulanten Behandlung für psychisch kranke Menschen anzustreben. Dabei sollte individuellen sowie besonderen Bedarfen von Zielgruppen wie die der älteren psychisch kranken Menschen und der Menschen mit weiteren Beeinträchtigungen Rechnung getragen werden (z. B. hinsichtlich Abfolge und Zeit-taktung von Leistungen, Einbeziehung von Angehörigen).

Um die Versorgungslücken zu schließen, die durch mangelndes Adressieren spezifischer Lebenssituationen der Betroffenen entstehen, sind Behandlungsstrukturen zu etablieren, die die besonderen Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern und Vätern, insbesondere Alleinerziehenden (bspw. Einrichtung von Mutter-Kind-Behandlungsplätzen) berücksichtigen. In Kliniken und Therapiepraxen sollten Schutzräume für Frauen (insbesondere mit Gewalt- oder Stigmatisierungserfahrung) vorgehalten werden, wobei Schutzraum in erster Linie als Setting zu begreifen ist, das potentiell (re-)traumatisierende Erfahrungen so weitgehend wie möglich verhindert.

- ***Integrierte Behandlungs- und Hilfeplanung als gemeinsame Aufgabe der Leistungsträger und Leistungserbringer***

Die integrierte Behandlungs- und Hilfeplanung als gemeinsame Aufgabe ist eine zentrale Herausforderung in der Überwindung der Sektoren. Die Ausführungen zu diesem Themenkomplex erfolgen im Kapitel 3.6 (Hilfeplanung und Steuerung optimieren).

- ***Optimierung Heilmittelversorgung als Auftrag an die Selbstverwaltung auf Bundesebene***

Um die ambulante Heilmittelversorgung zu optimieren, sollte die Liste der Diagnosen für einen langfristigen Heilmittelbedarf um psychiatrische Diagnosen ergänzt werden (nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittelrichtlinie). Die Aufnahme weiterer Diagnosen (ICD-10 F-Diagnosen), bei denen in der Regel ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht, prüft der G-BA. Erforderliche langfristige Heilmittelbehandlungen werden extrabudgetär geführt, das Verordnungsvolumen der niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte wird dadurch nicht belastet. Ergotherapie sollte im Bedarfsfall in der eigenen Häuslichkeit, bzw. im Lebensumfeld erbracht werden. Dafür müssen die Rahmenbedingungen bezüglich der Vergütung, der Zulassungsanforderungen sowie der Wahlfreiheit des Orts der Heilmittelerbringung für den Leistungserbringer verbessert werden.

- ***Versorgungslücken und Umsetzungsfragen im Fokus der Forschung***

Nach wie vor bestehen trotz vorhandener Therapie- und Versorgungsangebote unterschiedlich ausgeprägte Behandlungs- und Versorgungslücken („treatment gaps“) mit erheblichen indirekten Kosten. Versorgungsforschung müsste einen stärkeren Schwerpunkt auf die Umsetzung („implementation research“) von Behandlungs- und Versorgungsempfehlungen auf der Grundlage von empirisch gestützten Erkenntnissen setzen.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Planungsebene für eine wohnortnahe stationäre Versorgung in der Erwachsenenpsychiatrie sind laut Krankenhausplan grundsätzlich die Kreise und kreisfreien Städte. Abweichungen von dieser Planungsgröße sind im Einzelfall aus demographi-

schen und geographischen Gesichtspunkten und zur ausreichenden Berücksichtigung gewachsener Strukturen möglich. Idealerweise sollte eine Versorgungsregion nicht mehr als 250.000 Einwohner umfassen. Bei größeren Versorgungsregionen sind an der Siedlungsstruktur orientierte Dependence-Lösungen anzustreben. Wissenschaft, Forschung und Lehre erfordern unter Umständen größere Einzugsbereiche. Das Land wird diese Empfehlungen zur Krankenhausplanung perspektivisch bei der Novellierung des Krankenhausplans auch unter Einbezug der kommunalen Spitzenverbände weiterverfolgen.

- Eine vom Land einberufene Expertinnen- und Expertengruppe soll ein Konzept zur Evaluation der Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 unter spezifischen Fragestellungen erarbeiten und die jeweiligen Projektaufträge formulieren. Hierbei sollten die Auswirkungen des künftigen neuen Entgeltsystems (PsychVVG) auf die Landespsychiatrieplanung, z. B. Regelungen zu „stationsäquivalenten Leistungen“ sowie zu Anpassungen der Bettenzahlen, überprüft werden. Eine weitere Aufgabe wäre die Abschätzung der Auswirkungen der künftigen Einführung von Qualitätsindikatoren durch den G-BA sowie von Qualitätsstandards im Rahmen der Weiterentwicklung des Entgeltsystems und der G-BA-Personalrichtlinie (gem. PsychVVG/KHSG).
- Im Rahmen der Konsultationen des § 90a-Gremiums zur psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungssituation wurden Empfehlungen zum Versorgungs- und Entlassmanagement und zur Ausgestaltung des Arztbriefes formuliert. Auf Grund der Auswirkungen des Versorgungstärkungsgesetzes ist eine Überarbeitung der Empfehlungen notwendig. Die Erprobung war in ausgewählten Kliniken vorgesehen, diese konnte bisher noch nicht realisiert werden. Begleitend zu einer zukünftigen Erprobung und Auswertung sollte die im 90a-Gremium begonnene Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Versorgungsmanagements in einer Projektgruppe unter Moderation des Landes fortgesetzt werden und die Umsetzung abgestimmt werden.
- Wie auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht Handlungsbedarf bei Überforderung des Regelsystems mit Patientinnen und Patienten mit andauerndem selbst- und fremdgefährdendem Verhalten. Das MGEPA wird hier die Erprobung alternativer Konzepte auch unter Einbeziehung der Träger der Eingliederungshilfe und der kommunalen Spitzenverbände fördern.
- Die ambulante Soziotherapie und die ambulante psychiatrische Pflege (APP) sollten wesentliche Säulen der ambulanten Behandlung sein, jedoch entspricht dies nicht der Versorgungsrealität. Für die Soziotherapie bestehen auf der Grundlage der neuen Richtlinien, der extrabudgetären Vergütung und der neu gesetzlich verankerten Schiedsstellenfähigkeit verbesserte Umsetzungsperspektiven. Für die ambulante psychiatrische Pflege sind die Rahmenbedingungen noch auf Bundesebene im Rahmen der Richtlinien weiterzuentwickeln. Eine Evaluation auf Landesebene zur aktuellen Umsetzung von Soziotherapie und APP wird angestrebt.
- Die Psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen sollten in die Finanzierungssystematik des PsychVVG integriert werden. Das Gesundheitsministerium NRW wird die AOLG bitten, eine Arbeitsgruppe der AG Psychiatrie und der AG Krankenhauswesen auf Länderebene einzurichten, um Lösungen zur Einbeziehung

der PIAs, Schnittstellen zu Niedergelassenen und den Behandlungsbudgets zu erarbeiten.

- Im Bereich der medizinischen Rehabilitation weist die Entwicklung auf eine Unterversorgung in Bezug auf die Zielgruppe der psychisch kranken Erwachsenen (RPK-E) hin. Allerdings besteht keine einheitliche Einschätzung. Daher sollten die Daten des Entlassmanagements der Kliniken und der Hilfeplankonferenzen analysiert werden. Zudem sollte der Fachdiskurs in Bezug auf die Flexibilität, Wohnortnähe, Vernetzung und Personenzentrierung der Angebote der medizinischen Rehabilitation in NRW durch Versorgungsforschung, aber auch Fachveranstaltungen intensiviert werden. Ein Fachforum - gemeinsam durch das MGEPA und das MAIS organisiert – soll sich der Fragestellung widmen.
- Mit Anwenderinnen und Anwendern sollten die Praktikabilität des ICF-Konzeptes im stationären und ambulanten Behandlungssektor eruiert und notwendige Anpassungen vorgenommen werden. Hierzu sollte idealerweise ein Entwicklungsprojekt mit Projektregionen vereinbart werden. Die Erfahrungen aus dem Bereich der medizinischen und sozialen Rehabilitation sollten die Grundlage bieten. Eine Förderung durch das Land mit Beteiligung der Leistungsträger ist anzustreben.
- Handlungsbedarf bei der Integration der Gender-Mainstreaming-Perspektive in den psychiatrischen Kontext in NRW besteht in der Sensibilisierung des psychiatrischen Sektors hinsichtlich der sozialen Konstruktion von Geschlechterrollen und ihren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Männern und Frauen sowie der Ausgestaltung gender- und kultursensibler Ausbildungs- und Qualifizierungsangebote. Um geschlechterhomogene Rückzugsräume und notwendige geschlechtersensible Versorgungsangebote im psychosozialen und therapeutischen Hilfekontext zu ermöglichen, ist es geboten, auf Landesebene Leitlinien zu entwickeln, die der Angebotsgestaltung als Orientierung dienen. Eine geschlechtersensible Ausrichtung und Beratung in der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation ist fachlich geboten. Dies schließt den Bereich der Psychopharmakotherapie ausdrücklich mit ein. Um den fachlichen Standard einheitlich definieren zu können, ist seitens des MGEPA die Beauftragung eines Gutachtens zu prüfen mit dem Ziel, den aktuellen Forschungsstand zu eruieren.

3.3 Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken – integrierte Behandlung und Rehabilitation

- *Integrierte Behandlungs- und Hilfeplanung als gemeinsame Aufgabe der Leistungsträger und Leistungserbringer*

Wesentlicher Wirkfaktor einer erfolgreichen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung bzw. Hilfeplanung ist die umfassende Beteiligung der Kinder bzw. Jugendlichen und ihrer Eltern. Für eine gemeinsame Behandlungs- bzw. Hilfeplanung bei komplexen disziplinübergreifenden Bedarfen sind die fachlichen Arrangements, die Beteiligungsmethoden und die organisatorischen Abläufe weiter zu entwickeln. Ressourcen für diese regionalen Entwicklungsprozesse sind zur Verfügung zu stellen. Sowohl Leistungen der Jugendhilfe als auch die Teilhabeleistungen im Bereich Bildung, Ausbildung und Beschäftigung sind zu integrieren.

Zusätzlich zu den bewährten Hilfeplanungsverfahren für Leistungen der Jugendhilfe sind regionale leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifende Hilfeplankonferenzen zu entwickeln. In solchen regelmäßig stattfindenden Konferenzen soll die individuelle Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Hilfebedarf erörtert und Hilfestrategien und -maßnahmen abgestimmt werden. Dabei hat kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe vernetzt mit anderen professionellen und nicht-professionellen Hilfen zu erfolgen. An diesem Prozess sollten sich Vertretende des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes, des Schulamtes, der Kostenträger, regionaler Leistungserbringer sowie fallbezogen der Leistungsträger (Krankenkassen, Jobcenter, Regionalagentur für Arbeit) beteiligen und gleichberechtigt zusammenarbeiten. Betroffene und Eltern sollten beteiligt werden.

Kinder- und jugendpsychiatrische Verbände wie im Kreis Mettmann sollten in Anlehnung an den Gemeindespsychiatrischen Verbund in weiteren Regionen aufgebaut werden (MGEPA, 2017).

Die regionale Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe ist zu fördern und weiterzuentwickeln. Ziel der Weiterentwicklung regionaler Kooperationen ist die Abstimmung von in gemeinsamer Verantwortung getragener, lösungsorientierter Abläufe zum Vorteil des Kindes bzw. Jugendlichen und seiner Familie. Ein regelmäßiger strukturierter Austausch zwischen den Kooperationspartnern auf regionaler Ebene ist erforderlich. Empfehlenswert ist die Entwicklung eines Auswertungskonzeptes zur Qualitätssicherung als Grundlage für die regionale Steuerung. Regelmäßige Auswertungen sollten auf Landesebene stattfinden.

Die Sozialpsychiatrievereinbarung ermöglicht eine ambulante integrierte Leistungserbringung. Die Sicherung und Weiterentwicklung dieser Vereinbarung, und die weitere Einbindung von Praxen in die „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ sollte das Ziel sein.

Mit Anwenderinnen und Anwendern sollten die Praktikabilität des ICF-CY-Konzepts im klinischen und ambulanten Behandlungssektor eruiert und notwendige Anpassungen vorgenommen werden.

- ***Schnittstelle Kinder- und Jugendmedizin verbessern als Aufgabe der Selbstverwaltungspartnerinnen und -partner***

Die Schnittstelle zur Kinder- und Jugendmedizin ist durch gute Kooperation, verbindliche Absprachen und Verfahrensroutinen auszugestalten. Bewährte Kooperationsvereinbarungen sollten in die Fläche getragen werden. Die Fachverbände und Fachgesellschaften können den Transfer unterstützen. Die Vernetzung kann unterstützt werden durch einheitliche IT-Strukturen (digital health). Möglichkeiten des telemedizinischen Konsils können dazu genutzt werden. Auch Transparenz über die Behandlungsansätze einschließlich der Pharmakotherapie kann so hergestellt werden.

- ***Hilfenetzwerke für Kinder psychisch kranker Eltern als Gemeinschaftsaufgabe***

Die Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern sollten regional sichergestellt werden. Ein niedrigschwelliger Zugang zu den Hilfen (d.h. frühzeitig, ohne bürokratische Voraussetzungen) ist ebenso unverzichtbar wie eine gute Vernetzung der Hilfeangebote in einer Region. Die notwendige Vernetzungsarbeit/Netzwerkkoordination muss personell sichergestellt werden.

Insbesondere sollten im Rahmen der Prävention alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, eine kontinuierliche Berücksichtigung dieser Zielgruppe zu erreichen. Im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Landesebene sowie der Fortschreibung des Präventionskonzepts ist eine entsprechende Einbeziehung vorzusehen. Eine Abstimmung mit den Hilfskonzepten und -angeboten für Kinder von suchtkranken Eltern ist notwendig.

- ***Gemeinsame Verantwortung in der Versorgung von Adoleszenten (Heranwachsende)***

Die Behandlung dieser Altersgruppe ist sehr komplex. Daher sollte geprüft werden, wie ein Anspruch dieser Altersgruppe auf eine besondere Behandlung im Sinne von „Komplexleistungen“ formuliert und umgesetzt werden kann. Dabei ist die Übertragbarkeit der Verfahrens- und gesetzlichen Regelungen in der Frühförderung mit zu bedenken.

Analog zum § 35a SGB VIII, der Hilfen auch über das 18. Lebensjahr hinaus vorsieht, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, bei Bedarf auch jungen Menschen über 18 Jahren mit den in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln.

Neben der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation sollten in der Versorgung – falls individuell erforderlich – Angebote vorgehalten werden, die auch pädagogische Aspekte beinhalten, um die jeweils erforderliche Nachreife und Nachsozialisation zu fördern.

In der ambulanten Versorgung sind bei der Klärung der Zuständigkeiten und der Kostenträgerschaft kurzfristig erreichbare individuelle Lösungen erforderlich. Denkbar ist eine gemeinsame Finanzierung durch die beteiligten Leistungsträger im Rahmen der gesetzlichen Regelungen. Das Persönliche Budget als trägerübergreifende Leistungsform nach § 17 SGB IX kann eine Lösung sein und sollte regelhaft geprüft werden.

Die Schnittstellen und Übergänge zur Eingliederungshilfe sind stärker als bisher in den Blick zu nehmen und so zu gestalten, dass die Zielgruppe der 18-25-Jährigen auch in den Diensten der Gemeindepsychiatrie (Kontakt- und Beratungsstellen, Ambulant Betreutes Wohnen, Tagesstätten und anderes mehr) betreut und begleitet wird.

- ***Zukunftsorientierung des Klinik- und ambulanten Sektors***

Die strukturellen Empfehlungen, wie sie für die Behandlung psychisch kranker Erwachsener in Kapitel 3.2 unter dem ersten Spiegelstrich „Klinik- und ambulanter Sektor gestalten Zukunft“ formuliert sind, sind für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gleichermaßen gültig und auf diesen Bereich übertragbar.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Planungsebene für eine wohnortnahe stationäre Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind laut Krankenhausplan grundsätzlich die Kreise und kreisfreien Städte. Idealerweise sollte eine Versorgungsregion nicht mehr als 400.000 Einwohner umfassen (Erläuterung siehe Erwachsenenpsychiatrie). Das Land wird diese Empfehlungen zur Krankenhausplanung perspektivisch bei der Novellierung des Krankenhausplans weiterverfolgen.

- In einem Entwicklungsprojekt sollte ein Konzept alternativer, sektorübergreifender Behandlungsformen bei Überforderung des Regelsystems durch Kinder und Jugendliche mit andauerndem fremd- und autoaggressiven Verhalten unter Einbeziehung der Jugendhilfe bzw. der Eingliederungshilfe mit Unterstützung des Landes erprobt werden.
- Das Land wird ein Fachforum zur Versorgungssituation im Bereich Adoleszenz initiieren, um den aktuellen Fachdiskurs zu bündeln sowie Handlungsempfehlungen und konkrete Umsetzungsschritte zu erörtern. Die Ergebnisse sollen im § 90a-Gremium und im Landesfachbeirat Psychiatrie diskutiert werden.
- Die regionalen Kooperationserfahrungen von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe sollten in einer Kooperationskonferenz auf Landesebene gebündelt werden. Dieses Gremium ist multiprofessionell mit Vertretungen aus den beteiligten Institutionen zu besetzen. Das MGEPA und das MFKJKS übernehmen gemeinsam Organisation und Moderation. Aufgabe der Kooperationskonferenz ist es, die Arbeit der regionalen und institutionsübergreifenden Kooperationsstrukturen zu begleiten und zu fördern bzw. deren Entstehung zu unterstützen (gute Praxis etc.). Die Arbeit der Kooperationskonferenz ist mit den vorhandenen Gremien der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe eng zu verzahnen.
- Die Ergebnisse der im Rahmen der Landesinitiative „Starke Seelen“ geförderten Projekte werden aufbereitet und im Rahmen einer Fachveranstaltung (mit thematischen Workshops) der Fachöffentlichkeit in Bezug auf Konzeptentwicklung und Übertragbarkeit vorgestellt. Besondere Schwerpunkte werden die Vernetzung- und Verbundstrukturen sowie die Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern sein.

3.4 Ältere psychisch kranke Menschen – Komplexleistung Behandlung, Rehabilitation und Pflege

- *Fortschreibung der Behandlungskonzepte im ambulanten und klinischen Sektor*

Die Herausforderungen des demographischen Wandels in einer sich verändernden Gesellschaft erfordern eine kontinuierliche Fortschreibung gerontopsychiatrischer Behandlungskonzepte und der Leitlinien der Fachgesellschaften.

Um den Herausforderungen steigender Patientenzahlen insbesondere von Menschen mit Demenz gewachsen zu sein, gilt es primär häusliche und ambulante Unterstützungsleistungen zu stärken. Gleichwohl muss der Bedarf an teilstationären und stationären Plätzen regelhaft geprüft werden, um in Bezug auf den demographischen Wandel rechtzeitig handeln zu können. Regionale Demenznetzwerke sind auf der Grundlage der Studie DemNet-D und bisheriger regionaler Erfahrungen in der Fläche zu implementieren (MGEPA, 2017).

Die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen sollte durch entsprechende Informationen an die Hausärzteschaft in Bezug auf einen leichteren Zugang zu den Sprechstunden (der Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der niedergelassenen Fachärzteschaft) deutlich gestärkt werden. Zugleich sollten Inanspruchnahmeschwellen gesenkt werden, indem Behandelnde sensibel für Ängste und Bedenken älterer Patientinnen und Patienten bezüglich psychiatrischer

und psychotherapeutischer Interventionen sind, Aufklärungsarbeit leisten, Informationen an Betroffene weitergeben und zugehende, insbesondere im häuslichen Umfeld stattfindende Therapieangebote realisiert werden.

- ***Pflegeleistungen in der Leistungserbringung zukunftsfest ausrichten – Verantwortung in der Leistungserbringung auf regionaler Ebene***

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Pflegebedürftigkeit. Der weitaus überwiegende Teil der Pflege wird durch Angehörige geleistet. Um daraus resultierende Überforderungssituationen zu vermeiden und psychische Belastungsreaktionen zu verhindern, bedarf es geeigneter Angebote

- im pflegerischen Bereich als individuell angepasste Leistungen (zeitlich und örtlich),
- zur allgemeinen Entlastung, bspw. durch Beratung Angehöriger und Unterstützung bei häuslicheren Tätigkeiten. Dabei sind die besonderen Anforderungen psychisch Kranker zu beachten.
- in Bezug auf die ambulanten Betreuungsangebote nach § 45 a SGB XI sowie aus dem Pflegebudget,
- zum Ausbau der Angebote der Tagespflege und
- der im Einzelfall in Frage kommenden Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Bundesteilhabegesetz.

Die Pflegeplanung durch die Pflegeberatung und insbesondere durch die Pflegestützpunkte ist zielgerichtet auf ältere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen weiterzuentwickeln.

Die Schnittstelle zur Hausärzteschaft, Geriatrie und Palliativmedizin war in ihrer Ausgestaltung bisher nicht Gegenstand von Evaluation und Forschung. Hier wird empfohlen, entsprechende Evaluationen durchzuführen, um darüber Impulse für die Weiterentwicklung zu gewinnen.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Bestehende Gerontopsychiatrische Verbände sollten beim Aufbau geriatrischer Versorgungsverbände mitwirken und so gemeinsame geriatrisch-gerontopsychiatrische Verbände entstehen lassen. Soweit neue geriatrische Versorgungsverbände geplant sind, sollte ebenfalls ein geriatrisch-gerontopsychiatrischer Verbund geschaffen werden. Gerontopsychiatrische Kompetenz sollte in bereits bestehende geriatrische Versorgungsverbände eingebunden werden, denn Gerontopsychiatrische Zentren mit ihren integrierten Angeboten einschließlich der Beratung sind Bestandteil einer regionalen Versorgung. Das MGEPA wird diesen Prozess begleiten und im Dialog mit den Beteiligten unterstützen.
- Das MGEPA wird ein Implementationsprojekt zur Verknüpfung der medizinischen und sozialen Maßnahmen auf der Grundlage des „Krefelder Modells“ (MGEPA, 2017) initiieren. Ein solches medico-soziales Team (MST) entsteht, wenn eine quartiersnahe Zuordnung von Mitarbeitenden mit soziotherapeutischer, sozialarbeiterischer und fachpflegerischer Kompetenz zu Haus- und Fachärzten erfolgt. Eine enge Kooperation stellt beiden Beteiligten die jeweils andere Kompetenz zur Verfügung und so eine umfassende qualifizierte Versorgung sicher. Bleibt die Verbindung zum

Sozialarbeiter bzw. Soziotherapeuten ebenso lange bestehen wie zum Arzt, ist zudem die Behandlungskonstanz gewahrt.

3.5 Soziale Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung ermöglichen – Personenzentrierung umsetzen

3.5.1 Soziale Teilhabe ermöglichen – Bundesteilhabegesetz gemeinsam umsetzen

Der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes im Dezember 2016 ging ein langer Entwicklungsprozess voraus, der durch umfassende Verbändeanhörungen und Länderbeteiligung begleitet wurde. Hier wurden auch die Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgung insbesondere mit integrierter Hilfeplanung und regionaler Steuerung und in den durchgeführten Projekten zur Weiterentwicklung der Umsetzung eingebracht.

Beratungen zu allen Fragen der Steuerung der Eingliederungshilfe im Land werden zukünftig in der Fachkommission nach § 9 AG-SGB XII NRW durchgeführt. Hier sollten die Anforderung zur integrierten Hilfeplanung den Bereich der sozialen Teilhabeleistungen betreffend eingebracht werden, die formulierten Anforderungen in Bezug auf die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sollten handlungsleitend sein.

Das aus der Gemeindepsychiatrie heraus entwickelte facettenreiche, auf individuellen Zuschnitt hin konzipierte ambulante aufsuchende Leistungsangebot des sogenannten „Betreuten Wohnens“ ist auch zukünftig von zentraler Bedeutung für die soziale Teilhabe chronisch psychisch kranker Menschen. Diese Hilfeform zur selbstbestimmten Alltags- und Lebensgestaltung bietet in NRW für mehr als 50.000 Klientinnen und Klienten mit seelischer Behinderung eine wesentliche Säule der Hilfeleistung und darf in der zukünftigen Ausgestaltung und Umsetzung neuer gesetzlicher Grundlagen nicht gefährdet werden.

Die durch das BTHG eingeführten Assistenzleistungen weisen eine große Spannweite mit unterschiedlichen individuellen Zielsetzungen auf. Damit gehen auch Unterschiede in der konkreten Ausführung der Leistungen einher. Denkbar ist, dass vor, während oder nach der Übernahme von Aufgaben und Handlungen neben der Motivation auch die Anleitung und Begleitung durch die Assistenzkraft erforderlich sind. Daher muss der neue Leistungstatbestand pädagogische und psychosoziale Leistungen berücksichtigen.

Unterstützungsleistungen in diesem ambulanten System sind im Interesse der psychisch kranken Menschen umfassend auszulegen und haben mit Bezug auf die UN-BRK die „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe“ zum Auftrag. Selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind die Ziele. Den spezifischen Belangen psychisch kranker Menschen ist bei der Auslegung von Leistungen zur Ermöglichung und Sicherstellung von Teilhabe Rechnung zu tragen.

Bei der Ausgestaltung der Angebote zur sozialen Teilhabe ist ebenso den spezifischen Bedarfen von Frauen und Männern Rechnung zu tragen. Daher sollte eine diesbezügliche Berichterstattung zur Inanspruchnahme Geschlechtsspezifika berücksichtigen.

Integriert vorgehaltene sozialpsychiatrische Angebote (wie die der sozialpsychiatrischen Zentren) sind regional notwendig und in Richtung einer Netzwerk- bzw. Verbundstruktur

(z. B. Gemeindepsychiatrische Verbände) mit Fokussierung auf eine verstärkte Einbindung von Betroffenen im Sinne eines Peer-Counselings weiterzuentwickeln.

Die Konzeptionierung einer unabhängigen Beratung mit Peer-Beteiligung (ggf. dialogisch besetzt) sollte in enger Abstimmung mit den Betroffenen- und Fachverbänden erfolgen.

Teilhabeforschung in Bezug auf Fragestellungen zur Wirkungsorientierung von Eingliederungshilfen ist auszubauen. Mögliche Forschungsfelder können sein:

- Auswertung von Daten aus Hilfeplanung und Qualitätsberichten
- Untersuchung der Wirksamkeit und Umsetzung von Teilhabeleistungen in Bezug auf:
 - Fluktuation und Nutzungsdauer der Hilfen zum selbstständigen Wohnen
 - Die Betroffenenperspektive zu Mitarbeiterqualifikationen und Schwerpunktthemen der Weiterbildung/Schulung als Indikatoren für Qualität und Inhalt der Unterstützungsleistung
 - und die Korrelation von Zielen, Zielerreichung, Zielrevison und Zielfortschreibung.

Damit können hilfreiche Erkenntnisse für die fachliche Weiterentwicklung von Hilfeplanung und -umsetzung gewonnen werden.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Das MGEPA und das MAIS werden sich verstärkt der Problematik der Menschen mit (schweren) psychischen Beeinträchtigungen widmen, denen die soziale Teilhabe nur mit komplexer Unterstützung in Form von Eingliederungshilfe und Behandlung möglich ist und die von bisherigen Angeboten nicht oder nur schwer erreicht werden. Dies betrifft sowohl die Patientinnen und Patienten, die durch die Krankenkassen als nicht mehr in den Kliniken behandelbar eingestuft werden, als auch die Klientinnen und Klienten, für die auf Grund eines Scheiterns in bisherigen Settings eine „geschlossene“ bzw. „fakultativ geschlossene“ Einrichtung in Erwägung gezogen wird oder bereits umgesetzt wurde. Dabei soll in einem Dialogforum die aktuell zum Teil kontroverse Diskussion durch das Land moderiert werden und ferner eine Konzeption für die modellhafte Erprobung offener Konzepte mit Intensivbetreuung und begleitender Behandlung entwickelt und möglichst zügig umgesetzt werden.
- Das Land wird die Umsteuerung auf die personenzentrierten Teilhabeleistungen begleiten, die unabhängig vom Ort der Leistungserbringung aus den existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich Wohnen und den notwendigen individuellen Fachleistungen bestehen. Ziel sollte der weitere Ausbau selbständiger Wohnformen und der weitere Abbau von Heimplätzen sein.
- Eine Begleitforschung zur Überführung der bisherigen Leistungsform des ambulant betreuten Wohnens in die neue Leistungsform Assistenzleistung sollte initiiert werden. Im Fokus sollten die Frage des Transfers bisheriger bewährter Praxis und die Weiterentwicklung im Sinne einer noch stärker teilhabe- und inklusionsorientierten Leistungserbringung stehen. Dabei sollte auch die Wirksamkeit der Angebote eruiert werden. Gleiches gilt für die von den Landschaftsverbänden initiierten Programme zur Konversion stationärer Wohnangebote und der inklusiven Sozialraumentwicklung.

3.5.2 Teilhabe an Arbeit

Die berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen ist ein besonderes Anliegen der Landesregierung. Arbeit ist Grundlage für soziale Sicherheit, Selbstbestimmung, Chancengleichheit und Anerkennung. Die Landesregierung bekennt sich mit dem Aktionsplan „Eine Gesellschaft für Alle - NRW inklusiv“ ausdrücklich zu ihrer gesellschaftspolitischen Verpflichtung zur Umsetzung der UN-BRK. Sie hat dabei bewusst einen umfassenden Ansatz gewählt, der sowohl alle Menschen mit Behinderungen als auch die Hauptakteure für die „Teilhabe an Arbeit“ einbezieht.

Dies ist auch notwendig, da im Mittelpunkt der aktuellen Arbeitswelt noch immer der arbeitsplatzgerechte Mensch und nicht der menschengerechte Arbeitsplatz steht, den die UN-BRK fordert. Ein inklusiver Arbeitsmarkt setzt aber die Bereitschaft zu einem weitgehenden Umdenken in Gesellschaft und Wirtschaft in Bezug auf die Bedingungen für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer voraus.

Dort, wo es bereits gelungen ist, Arbeitgeber zum Umdenken zu bewegen, gibt es eine Vielzahl von Unterstützungs- oder Fördermaßnahmen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. So kann z.B. eine „Unterstützte Beschäftigung“ oder die Beschäftigung in einem Integrationsprojekt den Menschen mit psychischer Behinderung die Möglichkeit bieten, eine Tätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben. Diese Maßnahmen sind in der Bestandsaufnahme im Anhang 2 unter „soziale Teilhabe und Arbeit und Beschäftigung“ (5.2.2.7, S. 97 ff.) aufgeführt.

Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM)

Das deutsche Sozialleistungssystem bietet mit den Werkstätten für die Betroffenen umfassende und flächendeckende Möglichkeiten zur Beschäftigung. Dies gilt auch für die rund 21 % der Beschäftigten mit psychischen Beeinträchtigungen.

Als „lernendes“ System sind die WfbM – auch vor dem Hintergrund der Impulse der UN-BRK – gehalten, sich ständig weiter zu entwickeln. Aus Sicht des Landes ist in diesem Kontext die Kernfrage, welche Rolle den Werkstätten für behinderte Menschen zukünftig zukommt. Der gesetzliche Auftrag, die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern, muss deutlich stärker als bisher von den Werkstätten wahrgenommen werden, so dass sich der Anteil an Übergängen in den allgemeinen Arbeitsmarkt deutlich erhöht. Dies kann z.B. bedeuten, dass

- Teile von Werkstätten näher mit anderen Betrieben verbunden werden (auch z.B. durch betriebsintegrierte Arbeitsplätze) oder
- Teile von „normalen“ Betrieben in der WfbM Räume bekommen, um dort Produktion oder andere Arbeiten zu leisten,
- die Werkstatt sich der Bevölkerung durch Angebote im öffentlichen Raum (zum Beispiel in Form des Betriebes eines Kiosks, eines Lebensmittelladens oder eines Hotels) öffnet,
- das im Bundesteilhabegesetz verankerte Budget für Arbeit vorangetrieben sowie das Übergangsmanagement weiter intensiviert werden.

Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Wichtige Punkte des neuen BTHG für den Bereich der „Teilhabe an Arbeit“, die auch wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung der Teilhabe von erwerbsgeminderten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bedeuten, sind aus Sicht des Landes:

- Zukünftig können voll erwerbsgeminderte Menschen mit Behinderungen auch außerhalb von Werkstätten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten. Neben den Werkstätten sollen auch andere Anbieter (Werkstatt-)Leistungen anbieten können.
- Das „Budget für Arbeit“ ermöglicht, betriebliche begleitete Arbeitsplätze für diejenigen, die Anspruch auf einen Werkstattarbeitsplatz haben, alternativ zu finanzieren.
- In den im BTHG vorgesehenen Teilhabekonferenzen muss die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ein zentraler Bestandteil sein.

Mit der Verabschiedung des Gesetzes beginnt die Phase der realen Umsetzung. Hier gilt es, die bisherigen Erfahrungen aus Modellprojekten zu jetzt gesetzlich verankerten neuen Teilhabeleistungen zu nutzen.

Einer der Schwerpunkte in NRW wird dabei sein, die neuen Instrumente des BTHG, wie z. B. das „Budget für Arbeit“, bei den Menschen mit Behinderung bekannt zu machen und hier Akzeptanz herzustellen.

Weitere Handlungsfelder und -empfehlungen:

Die positiven Effekte einer Beratung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen (Peer Counseling / peer support) bei der Teilhabe am Arbeitsleben sollten weiter gefördert werden. Die im Rahmen des BTHG vorgesehene „unabhängige Teilhabeberatung“ kann dafür wesentliche Entwicklungsimpulse liefern.

Für den Personenkreis der Arbeitsuchenden mit psychischen Erkrankungen im SGB II ist die Netzwerkarbeit in Richtung einer integrierten rechtskreisübergreifenden Hilfeplanung (SGB II/III mit SGB IX/V) weiterzuentwickeln. Im Sinne der Betroffenen sind die Dienstleistungen miteinander zu verknüpfen und Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Beschäftigungsfähigkeit aufeinander abzustimmen.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Gesundheitliche Erkrankungen jeglicher Art, darunter auch psychische Erkrankungen, können die Beschäftigungsfähigkeit und den Übergang von Arbeitsuchenden in den Arbeitsmarkt nachhaltig beeinträchtigen. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass gerade psychiatrische Erkrankungen von Leistungsberechtigten spezifische Herausforderungen für die Jobcenter mit sich bringen, für deren Bewältigung Handlungsstrategien zu entwickeln sind. Das MAIS wird diesen Prozess begleiten und im Dialog mit den Beteiligten unterstützen.
- Die erfolgreiche Bearbeitung des Handlungsfeldes erfordert in besonderem Maße eine Kooperation und Vernetzung der Akteurinnen und Akteure bis hin zur Vereinbarung trägerübergreifender Ziele und Verknüpfung der Dienstleistungen. Das MAIS und das MGEPA beabsichtigen, diesen Prozess zu unterstützen und voranzutreiben, insbesondere durch einen organisierten Austausch erfolgreicher Praxis und Transfer

von Methodenwissen zum rechtskreisübergreifenden networking, zum Beispiel im Rahmen von Fachtagungen mit Netzwerkpartnern.

3.6 Hilfeplanung und Steuerung optimieren

- ***Kooperation und Verantwortung für integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung***

In der Ausschussarbeit und in der FOGS-Studie wurden Kooperationsvereinbarungen in den Regionen zwischen den Landschaftsverbänden und den Kommunen vorgeschlagen, in denen die Zusammenarbeit in der integrierten Hilfeplanung geregelt wird. Ein regionaler Steuerungsverbund kann den geeigneten Rahmen bilden.

Ein weiterer Schritt ist die Einbindung der weiteren Leistungsträger in die Hilfeplanprozesse mit dem Ziel einer leistungsträger- und hilfeartübergreifenden Gesamtplanung. Hierzu wird empfohlen, auf Landes- und kommunaler Ebene Kooperationsgespräche unter Beteiligung aller Leistungsträger, insbesondere der Krankenkassen und Pflegekassen, unter Moderation der Kommune bzw. des Landes (MAIS, MGEPA, MFKJKS) zu führen, um Lösungswege zu erarbeiten.

Auch die Mitwirkung der Pflegekassen an der Teilhabe- und Gesamtplanung ist im Verfahren zu regeln. Die zentrale Schnitt- bzw. Nahtstelle von Pflegeleistungen und Leistungen zur Sozialen Teilhabe in der Eingliederungshilfe braucht für eine bedarfsgerechte, maßgeschneiderte Hilfeplanung verbindliche Regularien.

Die Teilhabe- bzw. Gesamtplanung sollte konzeptionell auf der Grundlage des Bundes- teilhabegesetzes weiterentwickelt und im ganzen Land in vergleichbarer Form umgesetzt werden.

Die Einbindung der Leistungserbringer sollte regelhaft angestrebt werden. Die Frage der Finanzierung der Beteiligung der Leistungserbringer an Bedarfsfeststellung, Planung und Koordination ist dabei mitzudenken. So sind z. B. auch Anreize für die Beteiligung der niedergelassenen Fachärzteschaft und der ambulant tätigen Psychotherapeuteschaft zu entwickeln.

Eine stärkere strukturelle Verbindung zwischen Fall- und Systemebene (Sozialplanung/Angebotsentwicklung) ist notwendig, um die psychiatrischen und psychosozialen Angebotsstrukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Erfolgreich arbeitende trägerübergreifende Foren für Besprechung und Planung schwieriger Fallkonstellationen sollten dabei beibehalten und ggf. ausgebaut werden.

Eine Auswertung der Integrierten Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen sollte in anonymisierter Form nach einheitlichen Standards erfolgen und als Grundlage für die Planung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der (kommunalen und regionalen) psychiatrischen und psychosozialen Angebotsstrukturen genutzt werden. Konferenzsysteme sollten Standards im Verfahren festlegen, z.B. Dokumentation, Mustergeschäftsordnung. So sollten Schwerpunkte und Regeln zur Bestimmung der Prioritäten (was, mit wem, wie viel Zeit?) vereinbart werden.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Das MAIS und das MGEPA initiieren gemeinsam Fachtage zur Vorbereitung und Begleitung der Fachkommission, in denen die Bedarfsermittlung und integrierte Hilfeplanung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Fokus stehen. Damit soll eine Darstellung und Bewertung der aktuellen Situation und zugleich ein Fachdiskurs zur Umsetzung der neuen Gesetzgebung für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ermöglicht werden. Externes Fachwissen (aus der Versorgungsforschung und aus anderen Bundesländern) ist hinzuziehen.

- Leistungsträger in Kooperation und Verantwortung für regionale Steuerung

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) als Verbände vorrangig der Leistungsanbieter weisen derzeit die stärkste Steuerungsfunktion auf (FOGS, 2016). Viele Interviewte dieser FOGS-Studie regten an, in den einzelnen Kommunen die Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der verschiedenen Gremien zu überprüfen und künftig verstärkt Gemeindepsychiatrische Verbände aufzubauen.

Es wird empfohlen, ggf. angebunden an die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (oder an den GPV) eine Arbeitsgemeinschaft der Leistungsträger i. S. von § 94 SGB X (und § 25 SGB IX) zu konstituieren, die zur Überwindung von Fehl- und Unterversorgung sowie Weiterentwicklung der Angebote im Bereich der Teilhabeleistungen beiträgt (FOGS, 2016).

Steuerung braucht valide Datengrundlagen in den Kommunen und im Land. In der FOGS-Studie wurde deshalb angeregt, analog zur Suchthilfe einen einheitlichen Datensatz zur psychosozialen und psychiatrischen Versorgung zu entwickeln, der kommunal genutzt wird und in die Gesundheitsberichterstattung des Landes einfließt.

Eine weitere Empfehlung aus der FOGS-Studie ist, dass die Kommunen – anknüpfend an die dargestellten rechtlichen Rahmenbedingungen – ihre Planungs- und Steuerungsaktivitäten verstärken sollten. Unterschiedliche Faktoren erschweren die kommunalen Steuerungsanstrengungen, darunter verschiedene leistungsrechtliche Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, steigende Konkurrenz von Leistungsanbietern sowie historisch gewachsene Trägerstrukturen.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Seitens des Landes wird ein Kerndatensatz bzw. Indikatorensatz sowohl zu den Lebenslagen als auch zur Versorgungssituation psychisch kranker Menschen entwickelt und planungsbezogen regelhaft ausgewertet. Hierzu sollten zunächst eine Arbeitsgruppe unter Mitwirkung der relevanten Akteurinnen und Akteure (LZG NRW, IT NRW, Leistungsträger, kommunale Spitzenverbände) eingerichtet und Arbeitsaufträge formuliert werden. Der Kerndatensatz der Suchthilfe soll Berücksichtigung finden.
- Die Datenauswertung erfolgt landesweit, der Rückfluss der Daten zu den wesentlich Beteiligten wird sichergestellt. Land und Kommunen sollten die Ergebnisse regelmäßig gemeinsam beraten und für die Ableitung von Konsequenzen nutzen, bspw. im Rahmen des geplanten Landesfachbeirats Psychiatrie. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben sind zu beachten.
- Das Land strebt ein Entwicklungsprojekt an, das die Förderung und den Ausbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) zum Ziel hat. Gemeindepsychiatrische

Verbände als Leistungserbringerverbände gewährleisten gemeinsame Planung, Sicherstellung und Qualitätssicherung der Hilfen und arbeiten in regionalen Steuerungsgremien mit. Ein besonderer Fokus liegt auf der Vermeidung von Unterbringungen und Zwang sowie den Leistungen für schwer kranke Menschen. Neben den bestehenden GPV und deren fachlicher Weiterentwicklung sollten auf der Grundlage der BAG-GPV-Kriterien weitere aufgebaut werden unter enger Einbeziehung der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und kommunalen Gesundheitskonferenzen. Zugleich wird durch externe Supervision geprüft, inwieweit die bisherigen Gremien die Steuerungsfunktion optimieren können. Zu finanzieren wären seitens des Landes diesbezüglich Beratungsleistungen und Knowhow, das den Regionen zur Verfügung gestellt werden soll.

3.7 Selbsthilfe und Partizipation – Strukturen fördern

- *Strukturen verbessern als Aufgabe der Leistungsträger*

Die strukturellen Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe bei psychischen Störungen sind zu verbessern und die Infrastruktur besser zu finanzieren. Die mit dem Präventionsgesetz verbundene Erhöhung des Selbsthilfefördervolumens durch die Krankenkassen und neue Möglichkeiten im Rahmen der Pflegeversicherung bieten gute Chancen.

Selbsthilfe sollte unter Berücksichtigung des Rechtsberatungsgesetzes eine unabhängige, niedrighschwellige Beratung leisten.

Im Rahmen der selbsthilfegestützten Teilhabeberatung, die im Bundesteilhabegesetz verankert ist, sind die Belange von Menschen mit psychischen Störungen zu berücksichtigen.

Das Land sollte die Initiativen der Krankenkassenverbände zur Bewerbung des Selbsthilfedankens auf kommunaler Ebene aufgreifen (MGEPA, 2017) und auch von der Landesebene aus Unterstützungsmöglichkeiten prüfen. Ziel ist es, möglichst weite Teile der Bevölkerung mit sachlichen Informationen anzusprechen, um Stigmatisierungen bei psychischen Störungen entgegenzuwirken.

- *Selbsthilfe erleichtern in der Praxis*

In jedem Behandlungs- und Rehabilitationssetting sollte Selbsthilfe im Sinne einer Peer-Beratung angeboten werden. Diese Unterstützung sollte honoriert werden (z. B. EX-IN Genesungsbegleitung). Selbsthilfekontaktstellen sollen die besonderen Bedarfe von Selbsthilfe bei psychischen Störungen erkennen und berücksichtigen. Angebote der geschlechtersensiblen Selbsthilfe (z. B. Frauenselbsthilfe bei Gewalterfahrungen) sind zu stärken.

Die Versorgungsforschung sollte untersuchen, warum die Betroffenen sich eher begrenzt organisieren bzw. z. T. wenig Kooperation mit den Selbsthilfe-Kontaktstellen anstreben und hilfreiche Unterstützungsformen für mehr Selbsthilfeengagement vorschlagen.

- *Partizipation ermöglichen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe*

Nach Auffassung des Landes und insbesondere der in der FOGS-Studie interviewten kommunalen Gesprächspartnerinnen und -partner sollten sich mehr psychiatrienerfahrene Personen bzw. Selbsthilfevertretende und Angehörige aktiv an den verschiedenen Pla-

nungs- und Vernetzungsgremien insbesondere auf kommunaler Ebene beteiligen können.

Für Patienten- bzw. Betroffenenvertreterinnen und -vertreter sollen geeignete und geregelte Rahmenbedingungen geschaffen werden, dazu gehört auch die gesicherte Finanzierung der Aufwendungen (Reisekosten, Entgeltausfall, Assistenz etc.) für Gremienarbeit. Beteiligungsrechte und Möglichkeiten der Patientenbeteiligung müssen für Betroffene und Interessierte transparent sein (Inhalt und Umfang der Beteiligung, Regeln und Anforderungen).

Die beteiligten Akteurinnen und Akteure in der Gremienarbeit berücksichtigen die Ressourcen der Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe. Sie unterstützen sie soweit möglich und gewünscht bei der Vorbereitung von Terminen und Stellungnahmen, bieten geeignete Fachinformationen und Möglichkeiten zur Fortbildung an. Die Leistungsträger und Leistungserbringer sollten sicherstellen, dass den Patientenvertreterinnen und -vertretern keine Nachteile durch ihre Tätigkeit in den Gremien entstehen und eine unabhängige Beschwerdemöglichkeit zur Verfügung steht.

Psychiatrie-Erfahrene bzw. Selbsthilfe-Vertretende sollten in Beteiligungssituationen (z. B. Gremien oder Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung) bei Bedarf Unterstützerinnen und Unterstützer hinzuziehen oder sich durch diese vertreten lassen können. In der Forschung sollte Selbsthilfe und Partizipation stärker Berücksichtigung finden. Betroffene, Angehörige und ihre Selbsthilfeorganisationen sollen bei Forschung mitwirken und beteiligt werden.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Die Zusammenarbeit von Selbsthilfeverbänden auf Landes- und kommunaler Ebene mit besonderem Fokus der Stärkung der Selbstvertretung wird vom Land projektorientiert gefördert (Bereitstellung von Infrastruktur und Finanzierung von Ressourcen, Fachtag). Ziel ist insbesondere die Stärkung der Partizipation.
- Das MGEPA wird in den strukturierten Dialog mit den Landesverbänden der Selbsthilfe darüber eintreten, wie die Beteiligung der Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen bzw. Psychiatrie-Erfahrener an Gremien zur Weiterentwicklung der Psychiatrie auf Landesebene verbessert werden kann.

3.8 Zwang minimieren und überwinden – Beschwerdewesen ausbauen

- *Zwang minimieren und überwinden in der klinischen Behandlung*

Die Leitungen von Kliniken und Einrichtungen müssen die Prävention von Gewalt weiterhin mit hoher Priorität behandeln. Unter Einbeziehung der Mitarbeitenden sollte jeweils ein detaillierter Plan zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) ausgearbeitet werden. Darin werden klare Ziele und Wege zur Reduktion von Fixierungen benannt, und die erforderlichen Rollen und Verantwortungsbereiche für alle Mitglieder der Einrichtung eindeutig festgeschrieben. Organisationsinterne, transdisziplinäre und möglichst dialogisch erstellte Standards zum Umgang mit FEM unter Beteiligung aller Berufsgruppen geben Orientierung. Durch Identifizierung von Teams, die erfolgreich

FEM-Zahlen reduziert haben, besteht die Möglichkeit, ihr Wissen und ihre Erfahrungen zu teilen.

Eine deeskalierend wirkende Raumausstattung (leicht einsehbare Dienstzimmer, kleine Überwachungsbereiche auf jeder Station, Klingelmatten, erreichbare Gärten bzw. ausreichende Möglichkeiten für Aufenthalt im Freien, ausreichend Räume für Rückzug usw.) wird empfohlen. In der Gerontopsychiatrie kann es als gesichert gelten, dass einfache Mittel wie z. B. Niedrigflurbetten Fixierungen zu einem großen Teil überflüssig machen.

Durch milieutherapeutische Maßnahmen sollte eine Behandlungsumgebung geschaffen werden, in der die Prinzipien von Recovery einbezogen sind. Dies schließt ein, die Mitarbeitenden so zu schulen, dass sie in der Lage sind, individuell auf die erkrankten Menschen bezogene Zwangsreduktionsstrategien anzuwenden. Dazu gehören Informationen und Schulungen auch für Angehörige darüber, wie Eskalationen zustande kommen. Frühere Erfahrungen von Psychiatrie-Erfahrenen und vom Personal sollten berücksichtigt werden.

Das Arbeiten mit Behandlungsvereinbarungen ist regelhaft anzustreben, um für den Krisenfall ein zwischen der bzw. dem Betroffenen und dem Krankenhaus vereinbartes Vorgehen festzulegen.

Die Weiterentwicklung der S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie“ ist unterstützend zu begleiten. Eine Leitlinienentwicklung aus dem Geist der UN-BRK, aber auch aus den vorhandenen Evidenzen ist notwendig, um zu klären, welches Vorgehen und welche Maßnahmen in welchem Stand der Akuität der erkrankten Personen und ihrer Behandlung am ehesten zu wählen ist. Besonderes Augenmerk ist auf das Thema Gewalterfahrung von Frauen und Männern zu legen, da bei solcher Vorerfahrung die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen als besonders einschneidend erlebt werden kann.

Es ist zu prüfen, wie Unterbringungen nach Betreuungsrecht und nach § 1631 BGB (Kinder und Jugendliche) durch die Besuchskommissionen mit kontrolliert werden könnten. Für die Dokumentation von Zwang im Rahmen der betreuungsrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Unterbringung sollten landeseinheitliche Vorgaben entwickelt werden.

- ***Zwang minimieren und überwinden – Verantwortung aller Beteiligten***

Zur Reduzierung von Zwang sind Sensibilisierung und Weiterbildung aller in diesem Bereich handelnden Menschen erforderlich, von Polizei über Ordnungsämter und Gerichte, therapeutisch und pflegerisch Tätige bis zu Forschungseinrichtungen, die sich mit diesem Thema beschäftigen.

Geeignete Formen zur vertiefenden statistischen Untersuchung zur Lebenserwartung psychisch Kranker unter Berücksichtigung morbogener, pharmakogener und sozialer Einflussfaktoren sind zu prüfen.

Ein Prüfauftrag ist an die Fachgesellschaften zu richten, wie die Behandlungsleitlinien in Bezug auf Umsetzung der angeführten Anforderungen und der Aufklärungspflichten durch Ärztinnen und Ärzte weiter verbessert werden können.

- ***Evidenz verbessern in Bezug auf offene Unterbringung – Auftrag an Versorgungsforschung***

Trotz Studien und Erfahrungen zur offenen Psychiatrie muss die Evidenz verbessert werden. So ist die sogenannte „Psychiatriemessung“ zur Behandlungsqualität seit 2012 eine Selbstverständlichkeit. Die Ergebnisse des landesweiten Vergleichs zum Thema „freiheitsbeschränkende Maßnahmen“ wurden im November 2016 transparent publiziert. Erforderlich sind weitere Studien, die Psychiatrien mit offenen Stationen denen mit geschlossenen Stationen differenziert gegenüberstellen.

Das psychiatrische Hilfesystem, sei es offen oder geschlossen, muss sich aber nicht nur an seinen Konzepten, sondern auch an den Fakten des Erreichten messen lassen.

Kriterien des Erfolgs der offenen Psychiatrie sind weniger aggressive Vorkommnisse, weniger Fixierungen, weniger Zwangsmedikationen. Die Ansätze und Daten national und international weisen vielversprechende Perspektiven für eine sich weiter verbessernde Versorgung psychisch kranker Menschen mit mehr Selbst- und Mitbestimmungsrechten aus.

- ***Spezifische Empfehlungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe***

Notwendig sind eine bundesweit einheitliche Definition von Zwangsmaßnahmen und ein kontinuierliches Monitoring über Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im Rahmen des § 1631 BGB.

Für die Erarbeitung struktureller Anforderungen an kinder- und jugendpsychiatrische Settings, die zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen führen können, bieten die angeführten Anforderungen in Kapitel 2 Orientierung.

- ***Vermeidung und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in somatischen Krankenhäusern, in der betreuungsrechtlichen Unterbringung und in der Pflege***

Betreuungsrechtliche Unterbringungen sollten genauso kontrolliert werden wie Unterbringungen in Psychiatrien. Da die Unterbringungsdauer dort viel länger ist, ist die Kontrolle äußerst wichtig. Hier sollte die Möglichkeit einer Besuchskommission geprüft werden.

Die Thematik der Vermeidung und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und -behandlung darf nicht auf die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen beschränkt bleiben, sondern sollte auch die somatischen Krankenhäuser mit bedenken.

Dies gilt auch für die Wohn- und Pflegeheime, Wohngemeinschaften und die private Häuslichkeit, wo Menschen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen betreut, versorgt, behandelt und gepflegt werden.

Zwangsmaßnahmen können teilweise schon dadurch vermieden werden, dass eine Krisenhilfe dazu beiträgt, Krisen so frühzeitig zu erkennen und zu bearbeiten, dass eine weitere Eskalation und die damit einhergehenden Folgen abgewendet werden können (siehe Krisendienste im Kapitel 3.3).

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Das Land wird sich an den beiden bundesweit durchgeführten Projekten zur Bestandsaufnahme und Entwicklung von Perspektiven zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im gesamten psychiatrischen Hilfesystem (Klinik, Pflegeheim, Wohnheim) auch durch die Mitwirkung an Teilprojekten beteiligen und die Ergebnisse zugänglich machen. Im Rahmen der Teilprojekte werden etwa Betroffene dazu befragt, wie sie Zwang in der Psychiatrie erleben und inwieweit der Einsatz von Zwangsmaßnahmen durch Peer-Begleitung oder Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen reduziert werden kann.
- Zu Behandlungsvereinbarungen wird das Land Initiativen unterstützen, die eine Verbreitung des Instrumentes anstreben. Es muss darum gehen, auch diejenigen Patientinnen und Patienten zu erreichen, die eine ablehnende Haltung signalisieren. Zudem ist zu prüfen, inwieweit dadurch Zwang reduziert werden kann.
- Landesweite geschlechterdifferenzierte Dokumentation und Auswertung der Zwangsmaßnahmen sollte sich auf Unterbringungen nach dem PsychKG und betreuungsrechtliche Unterbringung beziehen. Die Datenlage zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung wird sich durch die PsychKG Novellierung deutlich verbessern, zur betreuungsrechtlichen Unterbringung sollte eine vergleichbare Entwicklung eingeleitet werden. Hierzu wird das MGEPA in den Dialog mit den beteiligten Akteuren treten.

- *Beschwerdewesen ausbauen – Finanzierungszuständigkeiten klären*

Ergebnisse der FOGS-Studie verweisen auf den Bedarf an adäquaten unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten bezogen auf ambulante und stationäre Angebote, insbesondere in geschlossenen Bereichen, im Maßregelvollzug, aber auch bezogen auf Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege.

Standards für Ausstattung, Aufgaben, Zuständigkeitsbereiche, Pflichten, Befugnisse und Dokumentation von Beschwerdestellen sollten entwickelt werden. Dabei sollten sowohl die persönliche und parteiliche bzw. anwaltliche Unterstützung von sich beschwerenden Personen als Aufgabe definiert werden wie auch der Beitrag zur Qualitätssicherung.

Im stationären psychiatrischen Bereich sollten die Besuchskommissionen weiterhin stark auf die Umsetzung von unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten achten; die Informationen zur Umsetzung in den Kliniken sollten ausgewertet werden.

Qualitätssicherung nach innen durch Supervision und Austausch zwischen den Beschwerdestellen im Land (und darüber hinaus) sind wichtige Elemente der Weiterentwicklung.

Mit Blick auf die umfassende Zuständigkeit und den Beitrag zur Qualitätssicherung für die regionale Versorgung wurde in der FOGS-Studie eine Umlagefinanzierung vorgeschlagen, zumindest eine Mitfinanzierung durch alle im Versorgungsgebiet im Bereich Psychiatrie tätigen Institutionen angeregt. Im Rahmen von Zertifizierungssystemen könnte die Unterstützung externer Beschwerdestellen (anstatt interner Regelungen) als Qualitätssicherungselement anerkannt werden.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Das Land wird prüfen, inwieweit eine Beteiligung an einem regionalen Beschwerdewesen realisiert werden kann. Sofern Beschwerdestellen auf der Grundlage einer Umlagefinanzierung durch die Leistungserbringer und Leistungsträger aufgebaut werden, kann dies z. B. durch Anschubfinanzierung für die Infrastruktur geschehen.
- Das Land wird den Vorschlag der FOGS-Studie prüfen, dass alle Beschwerden bzgl. psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Beratung, Behandlung und Betreuung, die an verschiedenen Stellen (Landesbeauftragte, Bezirksregierungen, Heimaufsicht, KV, Psychotherapeutenkammer etc.) eingehen, von zentraler Stelle jährlich zusammengetragen werden. Um Wirkung für die Weiterentwicklung des regionalen Systems entfalten zu können, sollte darüber in den relevanten Gremien (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Gemeindepsychiatrischer Verbund, Kommunale Gesundheitskonferenz, Landesfachbeirat Psychiatrie, Landesgesundheitskonferenz etc.) berichtet werden.

3.9 Menschen in spezifischen Problemlagen bedarfsgerecht unterstützen

3.9.1 Menschen mit weiteren Beeinträchtigungen

- ***Inklusive, personenzentrierte Ausrichtung der Hilfen und Sicherstellung von Spezialwissen – Gestaltungsauftrag an die Leistungserbringung und die Psychiatrieplanung***

Systematische Fallbesprechungen und Konsiliartätigkeit sollten insbesondere in Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der Jugendhilfe ermöglicht und gegebenenfalls im Rahmen von Vereinbarungen verbindlich geregelt werden.

Auf Landes- und regionaler Ebene besteht Steuerungs- und Abstimmungsbedarf bezüglich der Leistungsgestaltung. In bereits bestehenden Gremienstrukturen sollten konkrete Absprachen insbesondere zu Kooperation und Sicherstellung von Hilfen getroffen werden (z. B. auf kommunaler Ebene Gesundheitskonferenzen, auf Landesebene Landesfachbeirat Psychiatrie, Landesgesundheitskonferenz). Dadurch wird regionale Qualitätssicherung gewährleistet und einer Fehl-, Über- und Unterversorgung entgegengesteuert.

In Bezug auf die Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen / körperlichen Beeinträchtigungen und mit psychischen Erkrankungen sollte in Abstimmung mit den Fachverbänden eine Übersicht für NRW in Bezug auf barrierefreie und bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote erstellt werden.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Für Menschen mit psychischen Erkrankungen und weiteren Beeinträchtigungen wird in Abstimmung mit den Fachverbänden eine Übersicht für NRW in Bezug auf barrierefreie und bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote erstellt.
- Wegen der mangelhaften Datenlage und der zum Teil kontrovers geführten Fachdiskussion sollte ein Gutachten seitens des Landes in Auftrag gegeben werden, das ei-

ne Bestandsaufnahme durchführt und auf dieser Grundlage Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung herausgearbeitet werden.

Bisherige Fragestellungen und Untersuchungsbedarf:

- Prävalenzen in NRW
- Inanspruchnahme der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung und Rehabilitation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie (alle Altersgruppen)
- Nutzerbefragungen
- Selbsthilfe
- Konzeptionelle Ansätze in NRW, bundesweit und im Ausland
- Finanzierung

3.9.2 Menschen mit Suchtproblemen

- ***Kooperation Suchthilfe und Psychiatrie als Pflichtaufgabe in der Leistungserbringung***

Die beteiligten Einrichtungen sollten eine Kooperationsvereinbarung über die gemeinsamen Ziele und Ausgestaltung der regionalen Kooperation abschließen. Zu empfehlen ist eine Verbundstruktur, wobei vorhandene Strukturen genutzt werden sollen (siehe regionale Steuerung - Gemeindepsychiatrischer Verbund).

Die Kooperationsvereinbarung legt Ablaufregeln und Übergänge verbindlich fest und regelt die zeitnahe Informationsweitergabe. Außerdem empfiehlt es sich, die Übergabschnittstellen zu beschreiben. Regelmäßige Treffen der Kooperationspartner sind verbindlich fest zu legen und dienen sowohl der kollegialen Fallbesprechung als auch dem Erfahrungsaustausch. Jährlich durchgeführte Fachkolloquien zu bestimmten Themen ergänzen die Absprachen¹⁰.

Insbesondere in Bezug auf die Zielgruppen der chronisch mehrfach abhängigen Menschen und chronisch psychisch kranken Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen, oftmals verbunden mit Verarmung, Wohnungslosigkeit und Straffälligkeit, ist die koordinierte und integrierte Bedarfsermittlung und Hilfeplanung (Hilfen nach § 53 ff und § 67 SGB XII) abzustimmen. Gemeinsame Hilfeplankonferenzen sind erforderlich.

In Bezug auf Abstimmung und Zusammenarbeit bei der Konzeptionierung und Vorhaltung von Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung sollten gemeinsame Arbeitsgremien im Rahmen der Leistungserbringerverbundstrukturen aber auch unter Beteiligung der Leistungsträger verabredet werden.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Die Landesfachbeiräte Sucht und Psychiatrie sollten die Thematik aufgreifen. Dabei sollte ein Kooperationstreffen auf Landesebene für 2017 vereinbart und dort für 2018 eine inhaltliche Fachveranstaltung vorbereitet werden. Zunächst werden die Zielgruppen der chronisch mehrfach abhängigen Menschen und der chronisch psy-

¹⁰ Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) November 2010 Hamm

chisch kranken Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen in den Fokus genommen.

- Durch die vom MGEPA geförderte Landeskoordinierungsstelle berufliche und soziale Integration Suchtkranker in NRW sollte ein Erfahrungsaustausch zwischen Suchthilfe und Psychiatrie zu bisherigen Erfahrungen mit den Leistungen im Bereich SGB II initiiert werden. Dabei sollen Synergieeffekte, gemeinsame Lernmöglichkeiten und Planungen erörtert werden.

3.9.3 Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte

- ***Sprachmittlung organisieren, kultursensibel behandeln, im Verbund handeln – eine Gemeinschaftsaufgabe von Regelversorgung, Selbstverwaltung, Bund, Land und Kommune***

Institutionsübergreifende und interdisziplinäre Versorgungskonzepte für traumatisierte Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung, in denen ein Ineinandergreifen von traumapädagogischer und traumasensibler psychotherapeutischer Beziehungsarbeit möglich bzw. verbessert wird, sollten konzipiert und realisiert werden. Dies beinhaltet die Weiterentwicklung von Interventionskonzepten für behandlungsbedürftige Geflüchtete, die eine fallbezogene bedarfsgerechte Interventionsplanung erlaubt, entsprechend dem differentialindikatorischen Prinzip („What works for whom?“).

In der Entschließung der Landesgesundheitskonferenz 2016 wurde die Erwartung formuliert, dass der Bund bei der Bereitstellung von qualifizierter Sprachmittlung zur Unterstützung der Betreuung und Sicherstellung der gesundheitlichen und therapeutischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und -bewerbern verantwortlich gefordert ist. Sie ist insofern zwar richtungsweisend, kann aber nur mittelfristig Lösungen aufzeigen.

Die vorgesehene Bestandsaufnahme der derzeit verfügbaren Sprachmittler-Ressourcen (Zahl der entsprechend qualifizierten Menschen) sollte zeitnah umgesetzt werden.

Psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung der Migrantinnen und Migranten ist bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Die Bedarfsplanung in Bezug auf Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollte sich dementsprechend auch an der „Migrationsgeschichte“ derjenigen orientieren, die das Versorgungssystem in Anspruch nehmen. Diesbezügliche regionale Unterschiede sind dabei zu berücksichtigen.

Um den Zugang entsprechend zu verbessern, soll die Versorgung gegebenenfalls durch lokale Sonderbedarfszulassungen ermöglicht werden. Dabei sollten die Sonderbedarfszulassungen an das Durchführen von Psychotherapien mit Fremdsprachenkenntnissen geknüpft werden. Zu klären sind die Voraussetzungen bezüglich des Sprachniveaus.

Alle Behandlungs- und Rehabilitationsangebote sollten Verantwortung und Zuständigkeit für kultursensible Entwicklung personell verorten und bspw. Beauftragte für Migration benennen, die Klientel und Beschäftigte unterstützen und dazu beitragen, geeignete Strukturen zu entwickeln.

Prävention und Förderung der seelischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten insbesondere der Kinder und Jugendlichen aus Migrantenfamilien ist unter Berücksichtigung der Sprachmittlung und kultureller Aspekte auszubauen.

Die gesetzliche und fachliche Verankerung des Erwerbs von interkultureller Kompetenz in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der gesundheitsbezogenen Berufe und in den Lehrplänen der universitären Fakultäten ist anzustreben.

- **Migration im Fokus regionaler Steuerung**

Regionale Verbundstrukturen und Steuerungsgremien der psychiatrischen Versorgung (wie die Gemeindepsychiatrischen Verbände oder die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften) sollten regelhaft das Thema Migration/Geflüchtete und kultursensible Versorgung aufgreifen, die Versorgungssituation analysieren und Strategien zur Überwindung von Fehl- und Unterversorgung entwickeln.

Die Kooperation von Trägern der gemeindepsychiatrischen Arbeit zu jenen Akteurinnen und Akteuren der Integrationsarbeit die frühzeitig auf psychisch belastete Flüchtlinge bzw. Migrantinnen und Migranten treffen (Sprachschulen, Jobcenter aber auch KiTa, Schulen) ist auszubauen. Dabei können Basisinformationen zum Zusammenhang von Migration/Flucht und psychischen Erkrankungen vermittelt werden sowie zu den Möglichkeiten, die betroffenen Menschen in das gemeindepsychiatrische System weiterzuleiten, z. B. zu SPZ.

In die bedarfsgerechte Ausgestaltung psychosozialer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung sollten Betroffene einbezogen werden. Die Peer-to-Peer-Ansätze zur niedrighschwelligen Unterstützung von Geflüchteten sind zu fördern.

Die Weiterentwicklung und Umsetzung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migrantinnen und Migranten im Asyl-, Straf-, Zivil- und Sozialrecht ist zu gewährleisten.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Es besteht Evaluationsbedarf zu Klientel und Bedarfen: Wie viele Menschen mit Migrationsgeschichte gelangen in welche Dienste bzw. nutzen welche Hilfen? Woher kommen die Klientinnen und Klienten? Wie ist ihre Sprachkompetenz? Welche Probleme und Bedarfe bestehen? Welche mehrsprachigen Angebote stehen bereit? Welche Dienste, Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten beraten und behandeln in welcher Sprache? Die im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans erfolgte Bestandsaufnahme wird kurzfristig vom Land fortgeschrieben (vorerst jährlich), um den auf Grund des enorm angestiegenen Bedarfs forcierten Ausbau der Versorgungsstrukturen kontinuierlich darstellen und auswerten zu können.
- Im Bereich der Versorgungsforschung ist ein Projektdesign zur wissenschaftlichen Auswertung von standardisierten Screening-Maßnahmen und der dort erhobenen Daten mit dem Ziel zu entwickeln, diese für künftige Versorgungsplanungen auch andernorts zu nutzen. Durch Landesförderung wird die Projektdurchführung ermöglicht.
- Durch den zukünftigen Landesfachbeirat Psychiatrie sollte ein zeitlich befristetes Arbeitsgremium einberufen werden, in dem die Bewältigung der genannten kurz- und mittelfristigen Herausforderungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung (möglichst eingebettet in bestehende Gremienstrukturen) einschließlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Fokus steht.

- Aktuell ist die Sprachmittlung eine der vorrangig zu lösenden Problemstellungen in der Regelversorgung. Daher wird kurzfristig eine Koordinierungs- und Steuerungsgruppe mit Beteiligung der relevanten Akteurinnen und Akteure unter Moderation des MGEPA zum Thema Sprach- und Kulturmittlung (Finanzierung, aber auch Standards, Beispiele guter Praxis; Durchführung einer weiteren Dialogveranstaltung) einberufen, um mögliche Umsetzungsoptionen auf der Grundlage bestehender bundesrechtlicher und Regelungen auf EU-Ebene sowie anderer Finanzierungswege (Projektfinanzierungen, Eigenmittel, EU-Projekte, Spenden, Stiftungen) zu prüfen.

3.9.4 Menschen im psychiatrischen Maßregelvollzug

- **Verbesserung der Prävention von Gewalttaten psychisch Kranker als Gemeinschaftsaufgabe**

Rund 75% der Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten (§ 63 StGB) wurden vor einer Unterbringung im Maßregelvollzug in einer Klinik der Allgemeinpsychiatrie stationär behandelt (Daten: LWL, Stichtag: 01.11.2016). Aus wissenschaftlichen Untersuchungen von schizophrenen Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten ist bekannt, dass das Unterbringungsdelikt in fast 30% der Fälle in einem Zeitraum von bis zu 3 Monaten nach einer Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik stattfindet (Piontek et al., 2013).

Dies legt nahe, dass grundsätzlich Möglichkeiten bestehen, im Rahmen der Prävention das Deliktrisiko durch Behandlungsmaßnahmen zu reduzieren. Die forensischen Kliniken können im Risikomanagement bei psychisch kranken Personen in Einzelfällen der Allgemeinpsychiatrie Unterstützung anbieten, z. B. in gemeinsamen Fallbesprechungen.

In den regionalen Steuerungsgremien sollten Arbeitsstrukturen verabredet werden, in denen unter Beteiligung forensischer Kliniken die Verbesserung der Prävention von Gewalttaten psychisch kranker Menschen und die Entwicklung präventiver Maßnahmen in Einzelfällen sowie Umsetzungsschritte erörtert werden.

In einem Modellprojekt an der LVR-Klinik Düsseldorf wurde eine intensivierete ambulante Betreuung von Personen mit einer Schizophrenie mit dem Ziel pilotiert, u. a. die Fremdgefährdung und Wiederaufnahmen zu verringern (Sturm et al., 2016). Die Untersuchung kommt zu dem Fazit, dass klinisch schwierige Patientinnen und Patienten mit ambulanter Komplexintervention erreichbar sind und sich in das ambulante Versorgungssystem eingliedern lassen. Es ergaben sich Hinweise darauf, dass die Interventionen einem Prozess zunehmender PsychKG-Einweisungen aufgrund von Fremdgefährdung entgegenwirken.

- **Kooperation Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug an den Schnittstellen weiterentwickeln**

Der konzeptionelle Austausch mit der Allgemeinpsychiatrie über stationäre und ambulante Behandlungsmethoden und -settings ist in gemeinsamen Arbeits- und Qualitätszirkeln sicherzustellen. Dabei sollte die Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Entlassungsaussichten im Fokus stehen.

Die regionalisierte Nachsorge ist über die forensischen Ambulanzen auszubauen, indem sich forensische Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie enger verzahnen. In den regionalen Nachsorgestrukturen sollen mithilfe fester Ansprechpartner in den gemeindepsychiat-

rischen Gremien der Städte und Kreise regelhafte Versorgungspfade entwickelt werden. Gemeinsame regionale Fallkonferenzen sind ein geeignetes Mittel, dies zu erproben.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Die Implementierung adäquater Betreuungsformen für 'schwer vermittelbare Patientinnen und Patienten' in Zusammenarbeit mit Projekten im allgemeinspsychiatrischen Bereich, die auf die Versorgung von Menschen mit einem besonderen und hohen Unterstützungsbedarf zielen, ist unter Beteiligung des Landes anzustreben. Das Gesundheitsministerium wird zu einer Dialogveranstaltung einladen.

3.10 Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung – Inklusion fördern und Exklusion verhindern

- *Prävention und Gesundheitsförderung – eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung*

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Partizipation sollen einem partizipativen Ansatz folgen, der sowohl die Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen mit dem Ziel der Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und die Befähigung der Menschen, sich für gesunde Lebensweisen einzusetzen, umfasst. Bevölkerungsgruppen, an die gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen gerichtet werden sollen, müssen in die Planung und Durchführung einbezogen werden. Präventive Maßnahmen und Programme zur Gesundheitsförderung sind auf ihre Zielgruppengerechtigkeit zu überprüfen. Insbesondere müssen verhaltensbezogene Maßnahmen bei Menschen mit multiplen sozialen, ökonomischen, gesundheitlichen und insbesondere psychischen Problemen weiterentwickelt und durch Verhältnisprävention ergänzt werden.

Grundsätzlich ist mehr Forschung zur Wirksamkeit von Maßnahmen in der Prävention notwendig. Besondere Schwerpunkte sind bei der niedrigschwelligen Beratung und der Vernetzung Jugendhilfe – Gesundheitsbereich – Erziehung zu setzen. Die trägerübergreifende Berichterstattung zur Prävention und Förderung seelischer Gesundheit sollte ausgebaut werden.

Zwischen Frauen und Männern existieren Unterschiede in Mortalität, Morbidität und Gesundheitsverhalten (z. B. in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum). Für LSBTI*¹¹ zeigen sich weitere Unterschiede, insbesondere bei Prävalenzen für depressive Störungen und Suizidraten.

Die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen insbesondere bei Mehrfachbeeinträchtigungen sind im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention stärker zu beachten. Barrieren im Zugang sind zu beseitigen. Leistungserbringer und Leistungsträger überprüfen gemeinsam mit den Verbänden der Menschen mit Beeinträchtigungen vorhandene Angebote auf ihre Eignung für Menschen mit Behinderungen.

¹¹ Die Buchstabenfolge LSBTI* meint Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans* und Inter* Personen. Das Sternchen wird verwendet, um die vielfältigen Möglichkeiten der Selbstidentifikation im Rahmen sexueller und geschlechtlicher Identität auszudrücken.

Sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei der Planung und Erbringung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen sind daher geschlechts- und diversitybezogene Aspekte zu berücksichtigen.

- ***Präventionsträger gestalten und steuern gemeinsam***

Die Präventionsträger sollten entsprechende Überprüfungen für ihre Versorgungs- bzw. Angebotsbereiche vornehmen, damit Barrieren abgebaut und tragfähige zielgruppenorientierte Strategien entwickelt werden können. Um Parallelstrukturen zu vermeiden, sollten regionale Netzwerke sowie die Koordinierungsarbeit der Gesundheitsämter berücksichtigt (und gefördert) werden.

Zugangsmöglichkeiten zu Präventionsprogrammen für seelisch belastete/erkrankte Menschen sollten verbessert werden: Niedrigschwellig, unterstützend bei der Inanspruchnahme, bürokratische Hürden abbauend.

In der regionalen Steuerung im Bereich Psychiatrie (Gesundheitskonferenzen, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften) und auf Landesebene ist die Prävention psychischer Störungen und die Förderung seelischer Gesundheit stärker in den Fokus zu rücken. Die entsprechenden Vereinbarungen über die Zusammenarbeit von Kommunen und Sozialleistungsträgern im Zusammenhang mit der Bundesrahmenempfehlungsvereinbarung sind richtungsweisend. In die Qualifikation und Fortbildung zu den vielfältigen Aspekten der Prävention (Einbezug in den alltäglichen Berufsalltag, Förderung von Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Wahrnehmung) müssen alle Professionen einbezogen werden.

Trotz der Relevanz von Früherkennung psychischer Störungen sind entsprechende diagnostische und therapeutische Angebote noch lange nicht flächendeckend implementiert (Leopold et al, 2015). NRW wird aus diesem Grund die Förderung und der Ausbau von Früherkennungszentren unterstützen und die Förderung der Öffentlichkeitsarbeit veranlassen.

- ***Inklusion fördern – Gemeinsame Verantwortung für Projekte und Initiativen***

Die Entwicklung und Durchführung von Anti-Stigma-Projekten ist in den letzten Jahren rückläufig, ohne dass von einer Stigma-Reduzierung in einem erheblichen Ausmaß auszugehen ist. Hier sollten wieder verstärkt Impulse in der Öffentlichkeitsarbeit zum Beispiel über die Woche oder Tage der „Seelischen Gesundheit“ in den Kommunen oder andere regionale und überregionale Aktivitäten gesetzt werden. Die Entwicklung eines Datenportals für entsprechende Projekte (gute Praxis) könnte die Umsetzung in jeweils anderen Regionen forcieren.

Bei Inklusions- und Anti-Stigma-Projekten ist der Einbezug Betroffener und Angehöriger von Beginn der Planung an eine Voraussetzung für das Gelingen. Dies entspricht zum einen den Maßgaben der UN-BRK, zum anderen den Ergebnissen der Evaluation zahlreicher Antistigma-Projekte, bei denen sich Kontakt und Austausch mit Betroffenen als das effektivste Element im Hinblick auf Reduktion sozialer Distanz erwiesen hat. Settingorientierte Projekte mit Einbindung von Betroffenen bzw. Erfahrungswissen tragen wesentlich zu einer Entstigmatisierung von psychischen Störungen bei. Diese Projekte sollten regional weitere Verbreitung erhalten. Aber auch Settings wie die Jugendhilfe oder auch Sportvereine können weitere Orte für Anti-Stigma-Arbeit sein. Die Robert-Enke-Stiftung setzt beispielsweise wegweisende Impulse.

Entwicklungsprojekte und Maßnahmen auf Landesebene

- Im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes wird ein Fachkongress „Prävention bei psychischen Erkrankungen einschließlich Anti-Stigma-Arbeit“ zum aktuellen Stand und Perspektiven durchgeführt. Die Veranstaltung sollte in Kooperation des MGEPA und des LZG.NRW mit den Präventionsträgern konzipiert werden.
- Die „Bündnisse gegen Depressionen“, die Bürgerinitiative „Zentren für Selbsthilfe“ und die Initiative „Verrückt? Na und!“ von „Irrsinnig Menschlich“ sind Beispiele für gelingende bürgerschaftliche und selbsthilfeorientierte Aktivitäten in der Prävention auf Quartiersebene. Diese und weitere Initiativen gilt es, nachhaltig zu unterstützen.
- Eine Evaluation von Diskriminierungsrisiken und besonderen Einschränkungen des Zugangs zu Gesundheitswesen oder Behörden, zu öffentlichem Raum (Geschäfte, Quartier) für Menschen mit psychischen Störungen bzw. seelischen Beeinträchtigungen ist zu konzipieren und durchzuführen. Zu klären sind Finanzierungsmöglichkeiten durch Stiftungen oder Landesmittel.

4 ANHANG 1: PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND LEBENSLAGEN

Das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis geht bei der Entstehung psychischer Störungen von einer komplexen Interaktion zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Variablen aus. Damit in engem Zusammenhang steht das so genannte Vulnerabilitäts-Stress-Modell, das als integratives Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen verstanden werden kann. Nach diesem Modell führt Vulnerabilität (=Verletzlichkeit), die sowohl biologischer als auch sozialer Art sein kann, für sich genommen nicht zur Störung. Es ist erforderlich, dass stressbezogene Anforderungssituationen hinzukommen (z. B. kritische Lebensereignisse oder Belastungssituationen). Das Ausmaß der Stressbelastungen ist von vielen Faktoren abhängig, zum Beispiel von entwicklungsbezogenen oder psychologischen Faktoren.

Zur Darstellung der Auswirkungen der psychologischen und sozialen Dimension ist der Lebenslagenansatz ein geeignetes Konzept, das auch in der Teilhabeberichterstattung für Menschen mit Behinderungen auf Bundesebene Anwendung findet (BMAS, 2013). Dieser Ansatz betrachtet unterschiedliche Dimensionen und Handlungsspielräume, die für die Lebenswirklichkeit eines Menschen relevant sind (Voges et al., 2003). Mit den bisher vorliegenden Daten zu Zusammenhängen von psychischen Störungen und Lebenssituationen von betroffenen Menschen können nur einzelne Ausschnitte beleuchtet werden. Wechselwirkungen zwischen Einflussfaktoren sind in der Regel mit der aktuellen Daten- und Forschungslage nicht abbildbar. Gleichwohl geben die vorliegenden Daten Anhaltspunkte, die Teilhabechancen und Barrieren von Menschen mit psychischen Störungen zu erfassen.

4.1 Bevölkerung in NRW

2014 lebten in NRW 17.638.098 Menschen (ca. 9 Mio. Frauen und 8,6 Mio. Männer). 46% der Gesamtbevölkerung in NRW waren verheiratet oder lebten in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, 40% waren ledig und 14% verwitwet oder geschieden. In NRW ist seit einigen Jahren ein Bevölkerungswachstum zu verzeichnen, das in erster Linie aus einem zunehmend positiven Wanderungssaldo resultiert (IT.NRW, 2015a). Bei den „natürlichen“ Bevölkerungsbewegungen (Geburten und Sterbefälle) ist die Bilanz negativ; 2014 verstarben mehr Personen als Kinder geboren wurden (IT.NRW, 2015a; MGEPA, 2016). Im Kontext des demographischen Wandels zeigt sich seit dem Jahr 2000 ein Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung. Es wird erwartet, dass dieser Anteil weiter steigen wird (MGEPA, 2016).

Ende 2015 lebten in Deutschland 9,1 Millionen Ausländerinnen und Ausländer – davon knapp 2,2 Millionen in NRW. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte in Deutschland lag 2014 bei 20% (16,4 Mio.) (Destatis, 2016b), in NRW betrug der Anteil etwa 23% (über 4,1 Mio). Etwa zwei Drittel dieser Menschen sind zugewandert und ein Drittel wurde in Deutschland geboren. Menschen mit Migrationsgeschichte sind keine homogene Gruppe, sie unterscheiden sich z. B. durch Migrationsmotive, Aufenthaltsstatus, Geschlecht, ethnische, religiöse, kulturelle und soziale Herkunft.

Aktuell ist die Zuwanderung durch den Zuzug Geflüchteter gekennzeichnet. Die Gesamtzahl der Geflüchteten in NRW lag zum 01.10.2016 bei 214.489¹². Allein 2016 kamen

¹² Gezählt wurden diejenigen Flüchtlinge, die vorher in Aufnahmeeinrichtungen des Landes NRW aufgenommen und nach ihrer Registrierung den Kommunen zugewiesen wurden. Ebenfalls gezählt wurden diejenigen, die unerlaubt eingereist sind und jetzt von den Kommunen betreut werden. Auch enthalten sind diejenigen, deren Asylantrag abgelehnt wurde und die aus humanitä-

über 67.000 Geflüchtete nach NRW, der überwiegende Teil aus Syrien, dem Irak und Afghanistan. Über 110.000 geflüchtete begleitete und weitere etwa 13.000 unbegleitete Minderjährige wurden zwischen Januar 2015 und Januar 2016 in die Kommunen in NRW verteilt (alle Zahlen aus interner Datensammlung des MGEPA auf Basis der Zahlen der Staatskanzlei NRW und der Bezirksregierung Arnsberg).

4.2 Psychisches Wohlbefinden, psychische Auffälligkeiten und psychische Störungen

4.2.1 Kinder und Jugendliche

Bundesweite Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)“ zeigen, dass insgesamt ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren Risiken für psychische Auffälligkeiten aufweisen¹³. Dabei lassen sich keine bedeutsamen Veränderungen zu einer früheren Erhebung nachweisen, sodass von einer zeitlichen Stabilität ausgegangen werden kann. Diese psychischen Auffälligkeiten und Störungen gehen häufig mit erheblichen Beeinträchtigungen des familiären, schulischen oder erweiterten sozialen Umfelds einher und belasten somit die Lebensqualität nachhaltig. Darüber hinaus kann eine psychische Störung bis in das Erwachsenenalter chronifizieren und soziale Beziehungen, Bildungs- und Berufserfolg sowie die somatische Gesundheit negativ beeinflussen (Hölling et al., 2014).

Jungen weisen signifikant häufiger Anzeichen für psychische Auffälligkeiten auf als Mädchen (23% vs. 17%). Im Vergleich waren bei Jungen Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivitätsprobleme sowie Peer-Probleme und ein geringeres prosoziales Verhalten stärker ausgeprägt als bei Mädchen (Hölling et al., 2014). Analog zu diesen Ergebnissen wird bei Jungen vermehrt eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) diagnostiziert (Huss et al., 2008). Auch in den Bereichen Chronizität und familiäre Belastungen zeigten sich vermehrt Beeinträchtigungen bei Jungen (ebd.); bei Mädchen sind dagegen emotionale Probleme stärker ausgeprägt. Mädchen im Alter von 11-17 Jahren zeigen mit 29% fast doppelt so häufig Symptome von Essstörungen wie Jungen (15%; RKI, 2006).

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind eine der psychischen Störungen mit Ursprung in der frühen Kindheit, deren Symptomatik in aller Regel lebensbegleitend bestehen bleibt und mit erheblicher Krankheitslast einhergehen kann. Zu den ASS gehören der „frühkindliche Autismus“, der „atypische Autismus“ und das „Asperger-Syndrom“. Bei etwa der Hälfte der von ASS betroffenen Kindern und Jugendlichen liegen Lernschwierigkeiten vor. Prävalenzzahlen verschiedener internationaler Studien legen ein Auftreten bei etwa einem von 160 Kindern nahe. Einige populationsbasierte Untersuchungen berichten etwa zwei- bis dreifach höhere Prävalenzraten. Es wird von einem Verhältnis männlich zu weiblich von ca. 2-3:1 ausgegangen (Freitag und Vogeley, 2016).

ren Gründen dennoch eine Aufenthaltserlaubnis besitzen. Zudem wird die Zahl der vor Ort betreuten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge hinzugerechnet.

¹³ Bei den beschriebenen Ergebnissen handelt es sich nicht um manifeste psychische Störungen, sondern um psychische Auffälligkeiten. Zum methodischen Vorgehen vgl. <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>.

Die Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen folgen einem sozialen Gradienten. Je höher der soziale Status der Herkunftsfamilie, desto geringer ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen (RKI, 2014). Darüber hinaus haben Kinder, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, ein erhöhtes Risiko, selbst psychische Probleme zu entwickeln (Lieb und Knappe, 2011). Instabile Familienverhältnisse und fehlende soziale Unterstützung gelten als risikoerhöhende Faktoren.

Bezogen auf die Behandlungszahlen der betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigt sich, dass etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung ist. Mit steigendem sozioökonomischem Status nimmt die Behandlungsquote der Betroffenen stark zu. Als Ursachen dieser insgesamt geringen Behandlungsquote werden neben der mangelnden Aufklärung und Erreichbarkeit u.a. auch die Fehleinschätzung von Eltern in Bezug auf die Ernsthaftigkeit der Probleme sowie die Angst vor Stigmatisierung genannt (Ravens-Sieberer und Klasen, 2014).

4.2.2 Erwachsene Menschen

Mit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) und mit dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) hat das RKI bundesweite Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen ermittelt. Auf Grundlage einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe liegt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen (ohne Nikotinabhängigkeit) für die 18- bis 79-Jährigen in Deutschland bei 28%, wobei Frauen mit 34% stärker betroffen sind als Männer (22%). Die bei Kindern und Jugendlichen beobachtete geschlechtsspezifische Verteilung von psychischen Auffälligkeiten und Störungen setzt sich z.T. im Erwachsenenalter fort. So sind Frauen fast dreimal so häufig von einer Essstörung (1,4 %) betroffen wie Männer (0,5 %). Bei Männern sind Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und affektive Störungen am häufigsten (in dieser Reihenfolge; ohne Nikotinabhängigkeit), bei Frauen treten Angststörungen, affektive Störungen und somatoforme Störungen am häufigsten auf. Psychische Störungen (ohne Demenzen) treten häufiger bei jungen Erwachsenen (18-34 Jahre) und seltener bei Menschen im Alter von 65-79 Jahren auf (12-Monats-Prävalenz: 37% vs. 20%). Auch bei Erwachsenen ist ein höherer sozioökonomischer Status mit niedrigerer Prävalenz verbunden (Jacobi et al., 2014; Jacobi et al., 2015).

Ein besonderes Augenmerk ist auf die somatoformen Störungen zu legen. Bei dieser Störungsgruppe ist die Gefahr von Über-, Unter- und insbesondere Fehlversorgung bei Diagnostik und Behandlung groß (Hausteiner-Wiehle et al., 2012). Betroffene haben hohen Leidensdruck in Bezug auf körperliche Symptome, dadurch kommt es zu jahrelanger intensiver Inanspruchnahme somatischer Ausschlussdiagnostik. Durch ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln der somatoformen Störung wäre dies zu verhindern. Abgesehen von den damit einhergehenden Kosten für das Gesundheitssystem ist auch ein vermeidbar langer Leidensweg der Betroffenen mit genannter Fehlversorgung verbunden.

Ein Vergleich der 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen aus dem Bundesgesundheitsurvey (BGS98) und dem DEGS1-MH zeigt keine Veränderungen der Prävalenzen in den 11-14 Jahren zwischen beiden Erhebungszeitpunkten für irgendeine psychische Störung (Gesamtprävalenz aller psychischer Störungen), auch nicht für die größten Störungsgruppen der Angst- oder affektiven Störungen (Jacobi et al., 2014; Ja-

cobi et al., 2015). Dennoch ist in den letzten Jahren ein Anstieg der Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen, des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU) und der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen zu verzeichnen (vgl. Anhang 2). Mögliche Gründe für diese Diskrepanz sind eine gesteigerte Akzeptanz von psychischen Störungen in der Gesellschaft, verbunden mit mehr Offenheit der Betroffenen, sowie ein verändertes Diagnoseverhalten der Ärztinnen und Ärzte.

Für psychotische und affektive Störungen ist eine erhöhte Prävalenz in Großstädten zu finden (Jacobi et al., 2014). Laut einer Studie von Gaebel und anderen (2013) hat knapp ein Drittel aller gesetzlich Versicherten im Dreijahreszeitraum Kontakte zum Versorgungssystem aufgrund der Diagnose einer psychischen Störung. Jacobi und andere (2014) fanden heraus, dass mit zunehmender Anzahl der Diagnosen der Anteil der in Behandlung befindlichen betroffenen Menschen steigt.

Für NRW zeigen unterschiedliche Studien Ergebnisse, die denen auf Bundesebene weitgehend entsprechen. Im NRW-Gesundheitssurvey 2015 gaben 11% der Befragten eine diagnostizierte Depression (12-Monats-Prävalenz) an. Die Lebenszeitprävalenz der Depression bzw. depressiven Verstimmung liegt bei 19%, wobei Frauen mit 23% häufiger eine entsprechende Diagnose erhielten als Männer (15%). Deutlich weniger Menschen gaben die Diagnose einer Angststörung oder einer Phobie an (8% Lebenszeitprävalenz, 6% 12-Monats-Prävalenz), hier bestanden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Von Depressionen und Angststörungen waren Personen mit einem niedrigen Sozialstatus häufiger betroffen als Personen mit einem hohen Sozialstatus (LZG.NRW, 2016).

Eine Sonderauswertung des RKI zur psychischen Gesundheit in NRW¹⁴ zeigt, dass gut jeder Vierte (27%) eine beeinträchtigte psychische Gesundheit in den letzten vier Wochen angab. Diese Zahlen entsprechen etwa denen für das ganze Bundesgebiet. Frauen gaben häufiger als Männer an, von einer Beeinträchtigung betroffen zu sein (31% vs. 22%). Bezogen auf das Alter zeigte sich, dass die 30- bis 59-Jährigen häufiger angaben, eine beeinträchtigte psychische Gesundheit zu haben (28%); auffällig häufig im Vergleich zu Männern meldeten Frauen der Altersgruppe 18-24 Jahre solche Beeinträchtigungen (18% vs. 31%) (RKI, 2016).

4.2.3 Ältere Menschen

Laut DEGS1-MH-Studie berichten ältere Menschen (65-79 Jahre) seltener von psychischen Störungen als Menschen in anderen Altersgruppen (Demenzerkrankungen und Nikotinabhängigkeit wurden nicht erfasst)¹⁵. Demnach wiesen 20% der älteren Menschen eine psychische Störung in den letzten 12 Monaten auf (15% Männer, 25% Frauen). Auch hier zeigt sich, dass eine höhere Prävalenz bei niedrigem sozioökonomischen Status vorliegt (Jacobi et al., 2014; Jacobi et al., 2015).

¹⁴ Die Stichproben sind aus Daten der GEDA-Befragung des RKI aus mehreren Jahren gewonnen worden, um eine bessere Repräsentativität für NRW gewährleisten zu können. Dennoch sind die Zellbelegungen für manche Auswertungen gering, sodass nur eine eingeschränkte Aussagekraft/Interpretation für ganz NRW gegeben ist. Weitere Informationen zu GEDA sind unter www.rki.de zu finden. Definition zur psychischen Gesundheit auf Basis des Mental Health Inventory (MHI-5)

¹⁵ Statistisch bedeutsam ist der Unterschied nur im Vergleich zu den 35- bis 49-Jährigen (Referenzgruppe) und gilt nicht für psychotische Störungen.

Die Sonderauswertung der GEDA-Daten für NRW zeigt, dass eine beeinträchtigte psychische Gesundheit in den letzten 4 Wochen bei 28% der älteren Menschen ab 70 Jahre vorlag. Ältere Frauen gaben signifikant häufiger eine beeinträchtigte psychische Gesundheit an als Männer (RKI, 2016).

Neben Depressionen gehört die Demenz zu den häufigsten und folgenreichsten Erkrankungen im hohen Alter (RKI, 2006). Aktuellen Zahlen zufolge sind in Europa etwa 7% der Männer und 11% der Frauen ab 65 Jahren an einer Demenz erkrankt. In Deutschland leben zurzeit etwa anderthalb Millionen Menschen ab 65 Jahren mit einer Demenz. Bevölkerungsvorausberechnungen zufolge wird sich die Zahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 auf rund 3 Millionen erhöhen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2016).

In NRW wurden im Jahr 2012 insgesamt 371.077 Personen wegen einer Demenz ambulant behandelt. Darunter befanden sich 349.861 Frauen und Männer, die 65 Jahre und älter waren. Im Jahr 2015 waren es 448.728 Personen, von denen der überwiegende Anteil (423.446 Personen) 65 Jahre und älter war. Bezogen auf die Bevölkerung in NRW entspricht das einer Behandlungshäufigkeit im Jahr 2015 von 2,5% insgesamt und 11,6% der Personen ab 65 Jahren (rohe Rate) (MGEPA, 2016). Mit zunehmendem Alter steigt auch die Suizidmortalität in NRW an. 34% aller Männer und 43% aller Frauen, die in NRW durch Suizid starben, waren 65 Jahre und älter, während der Bevölkerungsanteil dieser Gruppe nur bei 20% lag (MGEPA, 2016).

4.3 Zusammenhang mit den Lebenslagen

Gesundheitszustand, Mortalität und letztendlich die Lebenserwartung korrelieren mit dem sozialen Status (Lampert et al., 2015; Lampert und Kroll 2014) und den unmittelbaren Lebensverhältnissen (Pfortner, 2015). Auch bei neuen Höchstständen von sozialversicherten Beschäftigungsverhältnissen und einem gutem Wirtschaftsklima gibt es in NRW immer mehr Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht selbst ausreichend finanzieren können. Derzeit können in NRW ca. 2,8 Mio. Menschen als einkommensarm bezeichnet werden (MAIS, 2016a).

4.3.1 Wohnsituation und Wohnungslosigkeit

Studienergebnisse belegen, dass Wohnen neben Arbeit einen wichtigen Bestandteil gesellschaftlicher Teilhabe darstellt. Im Jahr 2015 waren laut Wohnungslosenstatistik 20.914 Menschen in NRW wohnungslos (MAIS, 2016b). Studienergebnisse zeigen, dass psychische Beeinträchtigungen bei wohnungslosen Menschen weitaus häufiger anzutreffen sind als in der Allgemeinbevölkerung. Dies umfasst auch schwere psychiatrische Erkrankungen wie etwa Schizophrenien, neuropsychologische Beeinträchtigungen und Lernschwierigkeiten (Forschungsgruppe SEEWOLF, 2014).

Die Zahlen derjenigen, die Leistungen der Eingliederungshilfe und Hilfe in besonderen Lebenslagen (insbesondere bei Wohnungslosigkeit) beziehen, haben sich jeweils seit 2007 um ca. 50% erhöht. Mehr als ein Drittel der Leistungsbewilligungen im Rahmen der Eingliederungshilfe betrifft ambulantes und stationär betreutes Wohnen von Menschen mit seelischen Behinderungen (GBE, 2016; IT.NRW, 2016a).

4.3.2 Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Die Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit bildet einen weiteren wesentlichen Faktor, der mit psychischen Störungen zusammenhängen kann. Im Juli 2016 wurde eine Arbeitslosenquote von 8% gemeldet, wobei innerhalb von NRW große regionale Unterschiede zu verzeichnen sind (Bundesagentur für Arbeit, 2016). Ein zentraler Indikator für das Ausmaß der Auswirkungen von psychischen Störungen im Arbeitsleben sind ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten; IAB, 2013). Im Jahr 2013 war mehr als jeder siebte Ausfalltag psychisch bedingt, und der Anteil an betrieblichen Fehltagen aufgrund psychischer Störungen ist in den letzten Jahren fast kontinuierlich angestiegen (BPtK, 2015; TK, 2015). Für NRW liegen Zahlen der BKK-Versicherten vor; diese Daten zeigen, dass in den vergangenen Jahren die AU-Fälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen kontinuierlich zugenommen haben. Der Anteil an BKK-Versicherten (ohne Rentnerinnen und Rentner), die aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen arbeitsunfähig waren, lag 2014 bei 6% (www.lzg.nrw.de).

Psychische Störungen sind ein häufiger Grund für einen Erwerbsausstieg und Frühberentung. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich ein deutlich ansteigender Trend psychisch bedingter Zugänge in die Erwerbsminderungsrente. War die Ursache für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem regulären Arbeitsleben im Jahr 1995 in 19% der Fälle eine psychische Störung, so lag der Anteil in 2011 bei mehr als 40% (DRV Bund, 2012a). Der Anteil der Menschen mit einer psychischen Störung liegt bei Arbeitslosen deutlich höher als bei Erwerbstätigen und bei Langzeitarbeitslosigkeit deutlich höher als bei kürzerer Arbeitslosigkeit. Daten der Techniker Krankenkasse und des IAB (TK, 2008; IAB, 2013) zeigen, dass der Anteil derjenigen, die mindestens eine psychiatrische Diagnose in einem Jahr erhalten haben, bei SGB II-Empfangenden (TK Versicherte) fast doppelt so hoch liegt wie bei Erwerbstätigen und der Anteil im SGB II kontinuierlich steigt. Bei AOK-Versicherten lag der Anteil 2011 bereits bei 40% (IAB, 2013).

Für den beobachteten schlechteren Gesundheitszustand von Arbeitslosen gegenüber Beschäftigten kommen zwei Erklärungsansätze in Frage. Die Kausalhypothese geht davon aus, dass Arbeitslosigkeit selbst eine Ursache für gesundheitliche Belastungen von Arbeitslosen ist. Demgegenüber steht die Selektionshypothese, nach der ein schlechterer Gesundheitszustand ein erhöhtes Risiko für den Arbeitsplatzverlust mit sich bringt (IAB, 2013). Insgesamt waren in NRW im Juli 2016 im SGB II-Bereich 538.495 Arbeitslose registriert. Dies bedeutet eine leichte Abnahme gegenüber den drei Vorjahren. Dagegen ist die Zahl der Leistungsempfängenden von Hilfen zum Lebensunterhalt im Bereich des SGB XII deutlich angestiegen. Gleiches gilt für die Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im SGB XII (IT.NRW, 2016a).

4.3.3 Migration und Flucht

Menschen mit Migrationsgeschichte

Repräsentative Daten zu psychischen Störungen bei Menschen mit Migrationsgeschichte liegen für Deutschland nicht vor. Verschiedene nationale und internationale Studien weisen jedoch auf eine höhere Belastung dieser Gruppe hin (Schouler-Ocak et al., 2015). So liegen höhere Prävalenzraten der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Vollbild bzw. ein häufigeres Auftreten einer ausgeprägten posttraumatischen Symptomatik vor (Tagay et al., 2008). Eine besondere Migrantengruppe stellen die geflüchteten Menschen dar. So weisen Geflüchtete höhere Prävalenzraten der PTBS auf

als Arbeitsmigranten. Bei der Interpretation dieser Zahlen muss eine Vielzahl von Wirkfaktoren berücksichtigt werden, darunter sozioökonomische, demographische sowie individuelle Belastungsfaktoren (FOGS, 2016). Spezifische protektive Faktoren (familiäre Bindungsqualität, kulturbasierte Regeln u. ä.) können das Auftreten von psychischen Beeinträchtigungen und die Resilienz günstig beeinflussen.

Prävalenz psychischer Störungen bei geflüchteten Minderjährigen

Alle Studien belegen, dass die Mehrzahl der geflüchteten Minderjährigen traumatische Erfahrungen gemacht hat und die Prävalenz psychischer Störungen in dieser Gruppe erhöht ist (Gavranidou et al., 2008). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) berichteten signifikant häufiger von traumatischen Erfahrungen (Krieg, Gewalt, Verfolgung, Misshandlung, Verletzungen oder Tod einer nahestehenden Person) (UNHCR, 2015) als begleitete (Batista Pinto Wiese und Burhorst, 2007). UMF gelten als besonders vulnerable Gruppe für psychische Störungen. Ein hoher Anteil von Flüchtlingskindern (44-58%) bleibt jedoch trotz teils schwerwiegender potentiell traumatisierender Erlebnisse psychisch stabil. Sie gelten als „resilient“ (Fazel et al., 2012).

4.3.4 Familiäre und soziale Situation

Alleinerziehende

Im Jahr 2015 gab es in NRW ca. 589.000 Alleinerziehende, davon sind die meisten (86%) alleinerziehende Mütter (IT.NRW, 2016b). Aufgrund einer breiten Definition des Begriffs „Alleinerziehende“ sowie sehr heterogener sozialer und ökonomischer Lebenssituationen sind Alleinerziehende unterschiedlich stark durch psychosoziale und gesundheitliche Risiken belastet und mit verschiedenen Ressourcen ausgestattet. Faktoren wie Wohnsituation, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Alter, Bildung und Anzahl der Kinder können starken Einfluss auf den Gesundheitszustand Alleinerziehender haben (RKI, 2003).

Insgesamt besteht ein erheblicher Unterschied in der gesundheitlichen Lage und dem psychischen Befinden zwischen alleinerziehenden und verheirateten Müttern. So leiden Alleinerziehende mit 24,7% mehr als doppelt so häufig an psychischen Erkrankungen als verheiratete Mütter. Bezüglich psychischer Beeinträchtigungen schildern sie häufiger Nervosität, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit sowie ein geringeres Ausmaß an positiver Stimmung (RKI, 2003).

*LSBTI*¹⁶*

Laut einer europaweiten, repräsentativen Umfrage (Dalia Research, 2016) geben 7,4% der Befragten in Deutschland an, lesbisch, schwul, bisexuell oder transgender (LSBT) zu sein, wobei sich mehr Frauen (8,4%) als Männer (6,4%) den LSBT zuordnen.

Rund 42.000 eingetragene Lebenspartnerschaften bestehen bundesweit, davon ca. 17.000 zwischen Frauen und ca. 24.000 zwischen Männern (Statistisches Bundesamt, 2014). In NRW wurden im Jahr 2015 knapp 1.700 eingetragene Lebenspartnerschaften geschlossen, davon 51,5% zwischen Frauen. Insgesamt gab es in diesem Jahr 22.000 eingetragene Lebenspartnerschaften in NRW (IT.NRW, 2016c).

¹⁶ Die Buchstabenfolge LSBTI* meint Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans* und Inter* Personen. Das Sternchen wird verwendet, um die vielfältigen Möglichkeiten der Selbstidentifikation im Rahmen sexueller und geschlechtlicher Identität auszudrücken.

Zahlen für trans* und inter* Menschen sind nur schwer erfassbar. Im Jahr 2015 kam es in NRW zu 386 Verfahren zur Vornamens- und Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz (Justiz NRW, 2015).

Bei LSBTI* zeigt sich insgesamt eine stärker beeinträchtigte seelische Gesundheit als bei der Allgemeinbevölkerung. King und andere (2008) konnten bei homo- und bisexuellen Frauen und Männern erhöhte Suizidalität und anderthalbfach erhöhte Prävalenzen für Depression, Angst- und Suchterkrankungen nachweisen. Eine aktuelle internationale Meta-Analyse (Hottes et al., 2016) ergab, dass 4% aller Menschen irgendwann in ihrem Leben einen Suizidversuch begehen, für LSB lag die Quote bei 11%; innerhalb der Gruppe der sexuellen Minderheiten wiesen Bisexuelle ein noch höheres Risiko als Homosexuelle auf. Als Erklärung für das höhere Risiko psychischer Beeinträchtigungen wird der schädigende Effekt von tatsächlicher oder befürchteter Gewalt und Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung diskutiert (Minoritätenstress). Eine Übersichtsarbeit österreichischer Forscher zu Depression und Suizidalität homo- und bisexueller Männer (Plöderl et al., 2009) zeigt, dass diese Gruppe bereits vor dem Coming-Out mit negativen sozialen Reaktionen konfrontiert ist und so das Risiko für spätere psychische Probleme steigt.

Plöderl (2016) beschreibt in einer aktuellen Übersichtsarbeit auch bei trans* Personen erhöhte Raten an nicht suizidalen Selbstverletzungen, Suizidversuchen und Suiziden sowie Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Substanzmissbrauch. Für inter* Menschen ist die Datenlage zur psychischen Gesundheit uneinheitlich, was insbesondere auf sehr kleine Studienstichproben wegen der insgesamt geringen Auftretenshäufigkeit von Intersexualität zurückzuführen ist (Plöderl, 2016). Grundsätzlich greift auch bei trans* und inter* Menschen als Erklärungsmodell für zusätzliche psychische Belastungsfaktoren das Minoritätenstress-Modell. Darüber hinaus stellen für diese Gruppen das Auffinden adäquater Gesundheitsversorgung und die Prozesse der Identitätsfindung zusätzliche Herausforderungen dar (Plöderl, 2016).

Gewalterfahrung

Gewalt gegen Frauen ist ein globales Gesundheitsproblem (WHO, 2013). Ausgehend von den befragten Frauen in einer Studie von Müller und Schröttle (2004) erlebten 37% der in Deutschland lebenden Frauen ab dem 16. Lebensjahr körperliche Gewalt, 13% sexuelle Gewalt (strafrechtlich relevante Formen) und 42% psychische Gewalt. Jede vierte Frau hatte körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch frühere oder aktuelle Beziehungspartnerinnen und -partner¹⁷ erlebt. Frauen erlebten Gewalt demnach überwiegend im privaten Kontext. Vergleichbare Prävalenzen zeigen europäische Studien (FRA, 2014).

Abhängig von der Gewaltform benannten 56-80% der betroffenen Frauen psychische Folgebeschwerden wie z. B. Schlafstörungen, erhöhte Ängste, vermindertes Selbstwertgefühl, Depressionen, Selbstmordgedanken, Essstörungen sowie Selbstverletzungen (Müller und Schröttle, 2004). Ferner ist das Risiko, an Depressionen zu erkranken, bei einer gewaltbetroffenen Frau um das 2-3-fache erhöht (WHO, 2013). Mädchen und Frauen mit Behinderung sind noch häufiger von Gewalterfahrungen betroffen, weshalb das Risi-

¹⁷ In der Studie von Müller und Schröttle sind fast ausschließlich männliche Beziehungspartner die Gewalt ausübenden Partner (99%) (ebd.).

ko, an Depressionen und psychosomatischen Störungen zu erkranken, in dieser Gruppe ebenfalls erheblich erhöht ist (Janz et al., 2016).

In der Aachener Studie „Gender-Gewaltkonzept“ wurden von den befragten Frauen und Männern psychische Beschwerden als häufigste Folge von Gewaltbelastungen angegeben, unabhängig von der erlebten Gewaltform. Das Erleben mehrfacher Gewaltarten führte dabei häufiger zu psychischen Störungen (Habel et al., 2016). Bei Frauen resultierten die Gewalterfahrungen insbesondere in einem erhöhten Risiko für depressive Symptome und selbstverletzendes Verhalten; bei Männern stieg das Risiko für Alkohol-, Drogen- und Nikotinmissbrauch. Männer erleben Gewalt überwiegend öffentlich und durch andere Männer (BMFSFJ, 2006).

Soziale Einbindung

Die Entstehung und der Verlauf psychischer Erkrankungen werden in vielfacher Weise von der sozialen Einbindung des betroffenen Menschen beeinflusst. Ein gut funktionierendes soziales Netzwerk z. B. durch feste Partnerschaft, Familienangehörige und enge Freund- und Nachbarschaften kann einen wichtigen Beitrag zur psychischen Stabilisierung leisten. Soziale Unterstützung kann auch durch verschiedene Organisationen erfahren werden, in denen die betroffene Person mitwirkt, beispielsweise die Arbeitsstelle, Vereine, Kultureinrichtungen oder Kirchengemeinden (Elgeti, 2001).

Daten des RKI zur Situation in NRW (RKI, 2016) zeigen, dass Menschen mit einer geringen sozialen Einbindung¹⁸ jeweils mehr als doppelt so häufig eine selbstberichtete diagnostizierte Depression in den letzten zwölf Monaten (15%) sowie eine beeinträchtigte psychische Gesundheit in den letzten vier Wochen (56%) aufwiesen als Befragte, die sozial eingebunden waren (Depression: 6%; beeintr. psych. Gesundheit: 26%). Unter den Menschen mit geringer sozialer Einbindung berichteten Frauen geringfügig häufiger als Männer eine diagnostizierte Depression (16% vs. 14%) oder beeinträchtigte psychische Gesundheit (56% vs. 55%) (RKI, 2016).

Nicht feststellen lässt sich mit diesen Zahlen, welche Aspekte der sozialen Einbindung von besonderer Relevanz sind. Darüber hinaus ist unklar, ob die fehlende soziale Einbindung ein Risikofaktor ist oder ob bestehende psychische Störungen und Belastungen die soziale Einbindung beeinträchtigen (RKI, 2016). In vielen Studien lässt sich jedoch zeigen, dass Menschen ohne ausreichende Unterstützung psychosoziale Belastungen schlechter bewältigen können, anfälliger für psychische und körperliche Krankheiten und Beschwerden sind sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen (RKI, 2014b).

Auch bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich, dass ein positives Familienklima und soziale Unterstützung der Entwicklung einer depressiven Symptomatik entgegenwirken (Plass et al., 2016).

¹⁸ Für die Sonderauswertung des RKI wurden Angaben der Befragten zusammengefasst, die Einfluss auf den Grad der wahrgenommenen sozialen, emotionalen oder instrumentellen Unterstützung haben könnten. Auf Basis dieser Zusammenfassung wurden Aussagen zur sozialen Einbindung der Befragten getroffen. Die Merkmalsausprägung „geringe soziale Einbindung“ stellte die Zusammenfassung der Merkmale „allein lebend“, „keine feste Partnerschaft“ und „geringe soziale Unterstützung“ dar.

5 ANHANG 2: BESTANDSAUFNAHME DER HILFEN FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN NRW

5.1 Selbsthilfe

Es gibt keine landesweite zentrale Zuständigkeit für Selbsthilfe-Informationen. Informationen zur Anzahl und Art der Selbsthilfegruppen sind unvollständig. Selbst landesweite Datenquellen wie die Koordinationsstelle der Selbsthilfekontaktstellen (KOSKON, s.u.) und das „Selbsthilfenetz“¹⁹ liefern keine vollständige Erfassung. Gründe für die Nichterfassung sind ehrenamtliche Strukturen, ein geringer Organisations- und Institutionalisierungsgrad und kein Interesse an einer Erfassung.

5.1.1 Selbsthilfestrukturen

Selbsthilfegruppen

Im Selbsthilfenetz (PARITÄT NRW) können Informationen zu 9.000 Selbsthilfegruppen auf Basis freiwilliger Meldungen abgerufen werden. Etwa 800 Selbsthilfegruppen lassen sich thematisch dem Bereich der psychischen Störungen zuordnen. Die häufigsten diagnosebezogenen Selbsthilfegruppen thematisieren Depression, Bipolare Störung, Angst- und Panikstörungen.²⁰

Die Erfassung der Selbsthilfestrukturen war Bestandteil der FOGS-Studie (FOGS, 2016). Angaben aus 32 Kreisen und kreisfreien Städten beziehen sich vorwiegend auf Selbsthilfegruppen psychisch kranker bzw. psychiatrieerfahrener Personen sowie auf diagnose-spezifische Gruppen. Weniger als ein Viertel der Gruppen richtet sich an Angehörige. Mit insgesamt 391 Nennungen liegen die diagnosespezifischen Gruppen an erster Stelle und sind in den entsprechenden Kreisen und kreisfreien Städten im Schnitt durch 13 Gruppen vertreten. Die erfassten 366 Gruppen psychisch kranker bzw. psychiatrieerfahrener Personen verteilen sich auf 30 Kreise und kreisfreie Städte (im Mittel je 12,2 Gruppen). Beim Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen sind 50 dieser Gruppen organisiert (vgl. FOGS, 2016).

Selbsthilfeorganisation

Für den Bereich Psychiatrie bzw. psychische Gesundheit sind die Landesverbände Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V. und der Angehörigen psychisch Kranker e. V. sowie diagnosespezifische Selbsthilfeorganisationen aktiv. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW e. V. (LPE) besteht seit 1995 und ist ein Zusammenschluss von etwa 400 Menschen, die Psychiatrie-Patientinnen und -Patienten sind oder waren.

Der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. arbeitet seit 1989 als Zusammenschluss von Angehörigen psychisch kranker Menschen sowie entsprechender Selbsthilfegruppen und -vereine und bietet diesen Unterstützung durch Information, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie politische Arbeit. Bei den diagnosespezifischen Selbsthilfeorganisationen sind es vor allem

- der Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e. V.,

¹⁹ <http://www.selbsthilfenetz.de/>

²⁰ <http://www.selbsthilfenetz.de/>

- die Deutsche DepressionsLiga,
- die Deutsche Gesellschaft für bipolare Störung,
- der Autismus Landesverband NRW e.V. und
- der Fachausschuss Suchtselbsthilfe,

die auf Landesebene aktiv sind (FOGS, 2016).

Die verschiedenen landesweiten Selbsthilfeorganisationen verfolgen unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte, die von Krankheitsbewältigung über Psychiatriekritik, sozialpsychiatrisches Engagement, Antistigma-Arbeit bis hin zu Inklusion und Teilhabe im Sinne der UN-BRK und der Kooperation mit Behindertenverbänden reichen.

Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen unterstützen mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Mitglieder von Selbsthilfegruppen, helfen bei Gruppengründungen und beraten Menschen auf ihrem Weg in die Selbsthilfe.

In NRW bestehen 37 Selbsthilfekontaktstellen und 13 angeschlossene Selbsthilfebüros. Darüber hinaus gibt es die Koordinationsstelle der Selbsthilfekontaktstellen (FOGS, 2016).

5.1.2 Selbsthilfeförderung

Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen

Die Förderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist nach dem Sozialgesetzbuch (§ 20h SGB V) in zwei Förderstränge aufgeteilt. Durch die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung) findet eine Basisfinanzierung statt. Mit diesen Mitteln werden Porto, Telefon, Internet, Miete usw. pauschal gefördert. An diesem Auswahlverfahren sind Vertretungen der Selbsthilfe auf allen Ebenen beteiligt.

Krankenkassenindividuelle Förderung (Projektförderung) ermöglicht zeitliche befristete und inhaltlich begrenzte Maßnahmen. Grundlage sind die „Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10.03.2000, neu beschlossen am 06.10.2009“ des GKV-Spitzenverbandes Bund.

Im Jahr 2015 haben die Krankenkassen/-verbände in NRW insgesamt über 6,4 Millionen Euro für die kassenartenübergreifende Förderung zur Verfügung gestellt. Davon erhielten die Landesorganisationen der Selbsthilfe 1,3 Millionen Euro, die Selbsthilfekontaktstellen 2,9 Millionen Euro und die örtlichen Selbsthilfegruppen über 2,2 Millionen Euro. Darüber hinaus wurden Projekte von Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen krankenkassenindividuell mit einer ähnlich hohen Summe finanziert. Der Anteil der Selbsthilfeförderung für psychische Störungen an der Förderung der gesetzlichen Krankenkassen beträgt 8% (FOGS, 2016).

Selbsthilfeförderung durch das Land

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter unterstützt die Selbsthilfe mit immateriellen und materiellen Leistungen; z. B. fördert das MGEPA die Selbsthilfekontaktstellen, die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter und die KOSKON

NRW (Koordination für die Selbsthilfe NRW) und ein Projekt des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener NRW. Die Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen ist eine Gemeinschaftsaufgabe. In allen 53 Kreisen und kreisfreien Städten kann eine Fördersumme bis zu 15.000 Euro je Kontaktstelle beantragt werden. Aktuell werden 37 Kontaktstellen gefördert. Die Förderung des Landes ergänzt die durch die Gesetzliche Krankenversicherung, die jeweiligen Kommunen und die Träger der Einrichtungen bereitgestellten Mittel.

Zusätzlich finanziert das MGEPA seit 1995 alle zwei Jahre Fachveranstaltungen zu Selbsthilfethemen, die die KOSKON inhaltlich vorbereitet und organisiert.

Selbsthilfeförderung in der Rehabilitation und Teilhabe für behinderte Menschen sowie durch die Pflegeversicherung

Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, werden gemäß § 29 i.V. § 13 SGB IX von Leistungsträgern der medizinischen Rehabilitation nach einheitlichen Grundsätzen gefördert. Die Rehabilitationsträger haben zur Sicherung der Zusammenarbeit eine Gemeinsame Empfehlung vereinbart.

Die soziale Pflegeversicherung sieht im § 45d SGB IX die Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe vor. Je Versicherten werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die Pflegebedürftige, Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie Angehörige unterstützen.

Selbsthilfeförderung durch Kommunen

In NRW unterstützen rd. 45% der Kommunen Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen und von Angehörigen. Dies geschieht entweder durch direkte finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen durch entsprechende Fonds/Richtlinien oder über die Unterstützung anderer Strukturen wie bspw. der Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros oder durch Übernahme von Sach- und Fahrtkosten. Die Beträge variieren dabei von 92 Euro bis zu 20.000 Euro pro Gruppe und Jahr.

5.2 Integrierte Hilfen zur Behandlung, Pflege, sozialen Teilhabe und Arbeit und Beschäftigung

5.2.1 Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

5.2.1.1 Ambulante Angebots- und Leistungsstrukturen

Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung

Am Jahresende 2015 umfassten die ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten 231 niedergelassene Fachärztinnen und –ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 809 Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten in NRW. Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten liegen keine Daten vor. Die Anzahl an niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist von 2010 auf 2015 um 180 Tätige angestiegen, die Anzahl an Fachärz-

tinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie blieb auf nahezu gleichem Niveau (leichter Anstieg um 9 Ärztinnen und Ärzte) (MGEPA, 2017). Zwischen 2005 und 2010 war noch ein Anstieg in der Ärzteschaft und bei der Kinder- und Jugendpsychotherapie um jeweils 60% zu verzeichnen gewesen.

Dabei bestehen regional sowohl in Nordrhein als auch Westfalen-Lippe unterschiedliche Versorgungsdichten und damit unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zum spezialisierten, ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen sowie -psychotherapeutischen Behandlungssystem. Die Versorgungsdichte schwankt zwischen ca. 8.200 minderjährigen Einwohnerinnen/Einwohnern pro Ärztin/Arzt in Köln und ca. 22.800 im Kreis Paderborn (MGEPA, 2017).

Die Daten des vierten Abrechnungsquartals der jeweiligen Jahre 2012 bis 2015 der Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW zeigen, dass für die beiden Facharztgruppen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie insbesondere die Inanspruchnahme bei den Jugendlichen und Adoleszenten angestiegen ist (Tabelle 1).

Tabelle 1: Inanspruchnahme (alle ICD-10 Diagnosen) niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Abrechnungsdaten der Patientinnen und Patienten, 4. Abrechnungsquartal nach Altersgruppen, NRW, 2012-2015

Fachärztin/Facharzt bzw. Psychotherapeutin/ Psychotherapeut	4. Quartal des Jahres	Altersgruppen				
		0-4	5-9	10-14	15-19	18-21
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2012	1.867	23.150	30.329	14.733	3.789
	2013	1.868	23.326	31.344	16.680	4.428
	2014	1.879	23.650	31.789	17.972	4.970
	2015	1.912	24.035	31.755	19.059	5.551
Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie	2012	514	5.897	9.421	8.913	4.122
	2013	513	6.064	10.261	10.217	4.619
	2014	473	6.418	10.971	11.467	5.152
	2015	529	6.602	11.550	12.724	6.005

Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe

Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-19 Jahren sind Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in der ambulanten Versorgung in NRW die häufigste Behandlungsdiagnose, gefolgt von den hyperkinetischen Störungen. Die Behandlungsdiagnose „andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ steht an dritter Stelle der 20 häufigsten Diagnosen im Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen der ICD-10. Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sind jeweils bei Mädchen und Jungen auf Rang 1 (MGEPA, 2017).

In Nordrhein waren 690 und in Westfalen-Lippe 526 Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin in 2016 niedergelassen (Vollzeitäquivalente).

Leistungen und Inanspruchnahme im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die „Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht der gezielte Ausbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patientinnen und Patienten erforderlich sind.²¹

Durch die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sollen vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen integrative Behandlungskonzepte unter Leitung der Praxisinhaberin bzw. des Praxisinhabers und Einbezug verschiedener Heilberufe (z. B. Sozialpädagogik, Heilpädagogik) als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. In NRW arbeiten nach Angaben der KV Nordrhein und Westfalen-Lippe 209 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Die Verteilung ist weitgehend als flächendeckend einzustufen. In den kreisfreien Großstädten gibt es vielfach eine Anhäufung der teilnehmenden Praxen.

Eine Studie auf Bundesebene zur Sozialpsychiatrie-Vereinbarung 2013/2014 hat die Arbeit und Leistungen von Praxen mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung evaluiert. Zusammenfassend zeigt sich laut der Studie in Bezug auf die Strukturqualität der teilnehmenden Praxen eine ausgeprägte interdisziplinäre Kooperation und ein differenziertes therapeutisches Vorgehen ohne eine einseitige Präferenz beispielsweise rein medikamentöser Strategien. Zudem ist insgesamt und vor allem auch diagnosespezifisch eine vergleichsweise geringe Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka dokumentiert und in Bezug auf die Behandlungskontinuität, werden im Quartalsvergleich regelmäßiger und kurzfristig aufeinander folgender Behandlungstermine angeboten.

Sozialpädiatrische Zentren und interdisziplinäre Frühförderstellen

In NRW gibt es 43 Sozialpädiatrische Zentren, die über eine interdisziplinäre Personalausstattung verfügen. Neben den zahlenmäßig am stärksten vertretenen Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin (ca. 140; LAG-SPZ, 2014) arbeiten in NRW etwa 130 Psychologinnen und Psychologen (Diplom oder Master; davon etwa ein Drittel approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten). Sie werden unterstützt durch ca. 65 Mitarbeitende aus den Bereichen Heilpädagogik, Sozialpädagogik und Soziale Arbeit, die insbesondere die Vernetzung mit Kindergärten, Schulen, Jugendämtern, Fachdiensten u.a. gewährleisten.

Zudem werden in mehr als 70 Interdisziplinären Frühförderstellen heilpädagogisch-psychologische und medizinisch-therapeutische Angebote als Komplexleistung vorgehalten.

²¹ Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)

Kinder- und Jugendmedizin

Bei der Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte ist von 2012 bis 2015 in allen Altersgruppen ein leichter Anstieg der Abrechnungsfälle zu verzeichnen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Inanspruchnahme (alle ICD-10 Diagnosen) niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte Kinder- und Jugendmedizin, Abrechnungsdaten der Patientinnen und Patienten, 4. Abrechnungsquartal nach Altersgruppen, NRW, 2012-2015

	4. Quartal des Jahres	Altersgruppen				
		0-4	5-9	10-14	15-19	18-21
Kinder- und Jugendmedizin	2012	514.911	375.518	263.023	86.371	5.670
	2013	517.656	366.179	254.164	87.942	6.035
	2014	544.362	382.184	268.395	93.162	6.541
	2015	556.747	381.411	263.228	94.044	6.744

Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe

Bedarfsplanung und Bewertung

Nach dem Bedarfsplan der KV Westfalen-Lippe war 2014 eine fachärztliche Unterversorgung in fünf Planungsregionen auf der Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA festzustellen, so dass zu diesem Zeitpunkt noch Anträge für insgesamt 10,5 Zulassungen oder Anstellungen möglich waren. Auch im Bereich der psychotherapeutischen Bedarfsplanung konnte nicht in allen Regionen der vorgesehene Anteil von 20% für Kinder- und Jugendpsychotherapie festgestellt werden, so dass zumindest im Hochsauerlandkreis zwei Neuzulassungen möglich waren (KVWL, 2016).

In der Ausschussarbeit zur Erstellung des Landespsychiatrieplans wurden Verbesserungen in der ambulanten Versorgung in der Fläche konstatiert. Jedoch trifft dies insbesondere im ländlichen Bereich nicht flächendeckend zu. Altersbedingt können vermehrt Praxen nicht weitergeführt werden.

Berichtet wird aber auch über Wartezeiten insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. So waren nach einer Erhebung der Bundespsychotherapeutenkammer Wartezeiten von 13,8 Wochen in NRW zu verzeichnen (BPtK, 2011). Neuere Daten liegen nicht vor.

Ambulante Versorgung durch Ergotherapie und ambulante psychiatrische Pflege

In den letzten 10 Jahren ist in Nordrhein-Westfalen die Anzahl an Ergotherapie-Praxen stetig gestiegen. Aktuelle Schätzungen des Bundesverbandes der Ergotherapeuten legen nahe, dass insgesamt von ca. 1.700 Praxen in diesem Bundesland ausgehen kann. Durch die relativ hohe Dichte an Ergotherapie-Praxen ist eine wohnortnahe und, ergänzt durch die Möglichkeit des ärztlich verordneten Hausbesuchs, eine lebensweltorientierte Therapie möglich. Die nur sehr begrenzt zur Verfügung stehenden Daten zur Inan-

spruchnahme sind bei den Inanspruchnahmedaten der Erwachsenen angeführt. Eine Unterscheidung nach Altersgruppen war nach den vorliegenden Daten nicht möglich.

Zur ambulanten psychiatrischen Pflege erfolgt eine Leistungsbeschreibung im Abschnitt zur Versorgung psychisch kranker Erwachsener. Die Inanspruchnahme durch Kinder und Jugendliche ist die Ausnahme. Insgesamt bieten ca. 100 Pflegedienste diese Leistung an.

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste sind vorrangig auf Erwachsene ausgerichtet, dies ist historisch so gewachsen. Gleichwohl ist im PsychKG keine Alterseingrenzung explizit vorgegeben. In fünf größeren Städten (Bochum, Köln, Bielefeld, Essen, Münster) haben sich kinder- und jugendpsychiatrische Dienste entwickelt.

Alle Dienste bieten telefonische Abklärung, (Krisen-)Beratung und Krisenintervention als Entlastungs- und Orientierungshilfe sowie persönliche Krisenberatung in der Dienststelle und Informationen über individuelle Hilfen an. Sie sind zur Abklärung und Beratung aufsuchend tätig (mobile Einsätze am Ort der Krise). Alle Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste vermitteln Klientinnen und Klienten an spezialisierte ambulante Hilfen und leiten ggf. stationäre (Krisen-)Behandlung ein.

Regionale Krisendienste außerhalb der stationären und ambulanten Notfallversorgung

Ein Teil der Kommunen (38 von 45 Kreisen und kreisfreien Städten), die über keinen eigenen Dienst verfügen nannten insbesondere kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, deren Ambulanzen und andere stationäre Einrichtungen (n = 19) sowie das Jugendamt (n = 17). Weiterhin haben Ergebnisse der Studie gezeigt, dass das Jugendamt in vielen Fällen als erste Instanz tätig wird, wenn Kinder und Jugendliche auffällig werden bzw. ihre Eltern Hilfe suchen (FOGS, 2016).

5.2.1.2 Stationäre und teilstationäre Krankenhausversorgung

Die regionale Sicherstellung ist durch die Krankenhausplanung des Landes zu gewährleisten. Die Verfahrensregelungen sind im Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG) festgelegt.

Angebotsstruktur

In NRW waren 2015 insgesamt 32 Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie per Feststellungsbescheid zur teilstationären und stationären Behandlung zugelassen. Die Hälfte der Angebote war mit bis zu 50 Betten bzw. Plätzen im Krankenhausplan ausgewiesen. Ca. 38% der Krankenhäuser hielten 50-100, und insgesamt vier Fachkrankenhäuser über 100 Betten bzw. Plätze vor. In Bezug auf die Gesamtzahl der Betten und tagesklinische Plätze ist seit 2005 ein Anstieg um ca. 20% zu verzeichnen.

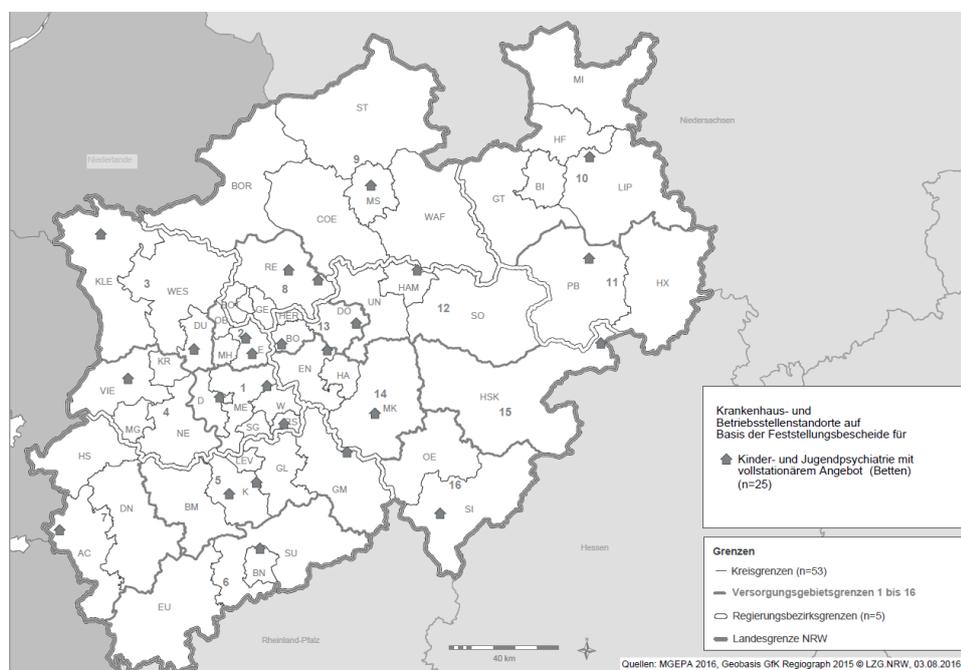
Tabelle 3: Betten/Plätze in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (KJPP), NRW, 2015

	vollstationär	teilstationär	Summe	pro 1.000 minderjährige Einwohnerinnen/Einwohner
2005	1.029	558	1.587	0,47
2010	1.144	674	1.818	0,60
2015	1.188	720	1.908	0,64

Quelle: MGEPA 2016, unveröffentlichte Daten

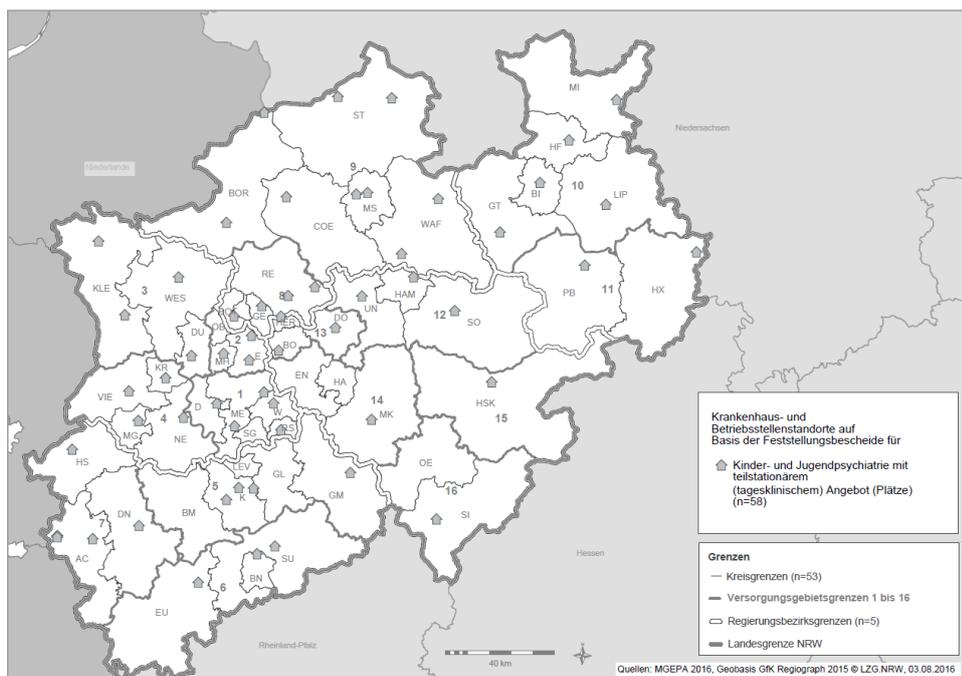
Mit 25 Standorten in NRW ist eine Konzentration in der Metropolregion Rhein-Ruhr ersichtlich. Im Gegensatz dazu zeigen die 58 Tageskliniken mit kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung in NRW 2015 keine deutliche Standortkonzentration.

Abbildung 1: Krankenhausstandorte mit psychiatrischer Versorgung für Kinder und Jugendliche, NRW, 2015



Quelle: MGEPA 2016, Darstellung LZG.NRW

Abbildung 2: Tageskliniken mit psychiatrischer Versorgung für Kinder und Jugendliche, NRW, 2015



* ein Standort (Oberhausen) ist nicht adressenscharf zugeordnet (geokodiert): Quelle: MGEPA 2016, Darstellung LZG.NRW

In der vollstationären Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie gab es mit 62% aller Betten und Plätze zwar immer noch weit mehr Kapazitäten als in der teilstationären Versorgung (Tabelle 4), aber der Anteil der tagesklinischen Plätze hat sich mit 38% gegenüber 35% im Jahr 2005 erkennbar erhöht und liegt deutlich höher als in der Erwachsenenpsychiatrie (21%).

Die Auslastung (Nutzungsgrad) in der KJP (Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen) betrug 2014 für NRW 96% (unveröffentlichte MGEPA-Daten). Der Krankenhausplan NRW 2015 sieht eine begrenzte Bettenausweitung vor, deren Obergrenze Ende 2016 noch nicht erreicht war.

Im Vergleich der westdeutschen Länder lag NRW 2015 auf einem mittleren Niveau, die ostdeutschen Länder wiesen eine höhere Versorgungsdichte auf (Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie der AOLG, in Vorbereitung).

Die Bettenzahl der Kinder- und Jugendmedizin betrug 2015 4.627 Betten in insgesamt 70 Krankenhäusern. Die Zahl ist in den letzten fünf Jahren nahezu konstant geblieben.

Inanspruchnahme, stationär

Im Jahr 2014 wurden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 13.656 Fälle stationär und 3.979 teilstationär behandelt. Das ist im stationären Bereich eine Steigerung um ca. 10% gegenüber 2010 (Tab. 4). Aus der Praxis und im Rahmen der Ausschussarbeit wurde von Wartezeiten auf stationäre und teilstationäre Behandlung berichtet. Die Zahl der Krankenhausfälle wegen psychischer Erkrankungen in dieser Altersgruppe hat zwischen 2005 und 2014 um 35% zugenommen (MGEPA, 2017).

Tabelle 4: Stationäre und teilstationäre Belegungssituation KJP (Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen) nach den Erhebungen der Statistischen Landesämter für das Jahr 2014, NRW

	aufgestellte Betten/Plätze	Belegungstage (Pflegetagevolumen)	Fallzahlen	Nutzungsgrad (Auslastung) in %	Verweildauer (Tage)
stationär	1.160	404.751	13.656	95,60	29,64
Tagesklinik	596	139.457	3.979	93,6	35

Quelle: MGEPA 2016, unveröffentlichte Daten

Die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0-19 Jahren mit Wohnort in NRW wird auch in NRW behandelt. Lediglich 4% der ICD-10-Diagnosen des Kapitels Psychische und Verhaltensstörungen aus dieser Altersgruppe wurden 2014 außerhalb von NRW versorgt, obwohl ihr Wohnort in NRW war (MGEPA, 2017).

Etwas mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einer F-Diagnose (Kapitel V der ICD-10) im Alter von 0-17 Jahren wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (53%) versorgt. Im Jahr 2014 wurden 227 Krankheitsfälle von Kindern und Jugendlichen in dieser Altersgruppe verzeichnet, die in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt wurden. Ein Anteil von 46 % wurde in nicht-psychiatrischen Fachabteilungen behandelt.

Insgesamt gab es im Jahr 2014 in NRW 32.886 stationäre Behandlungsdiagnosen aus dem ICD-10 Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen für Kinder und Jugendliche (0-19 Jahre). Die häufigsten Diagnosen in der stationären Versorgung sind ab 15 bis 27 Jahren die „psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ sowie die „affektiven Störungen“. Bis 14 Jahre einschließlich spielen die „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ eine dominierende Rolle.

Bei Mädchen ist die häufigste Behandlungsdiagnose die „Depressive Episode“, gefolgt von „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“, bei Jungen ist die Reihenfolge umgekehrt (MGEPA, 2017).

Krankenhausplanung und Bewertung

Für eine wohnortnahe Versorgung, wie sie in den Anforderungen dargestellt ist, ist eine entsprechende Verteilung der Betten- und Platzkapazitäten notwendig. Dies ist angesichts der Darstellung der Krankenhausstandorte grundsätzlich als gegeben anzusehen, allerdings ist zu beachten, dass in einigen Regionen nur eine tagesklinische Versorgung besteht. Die hohe Inanspruchnahme und die Berichte über Wartezeiten waren Anlass, die Kapazitäten im stationären und teilstationären Bereich im Krankenhausplan NRW 2015 um ca. 10% zu erhöhen.

5.2.1.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Die Anzahl der psychiatrischen Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche hat sich in NRW von 2010 bis 2015 um drei auf 32 Einrichtungen erhöht (MGEPA, 2017). Die Mehrzahl der Ambulanzen und die zur Behandlung ermächtigte Institution befinden sich am Standort der Klinik, die anderen am Standort der „ausgelagerten“ Tagesklinik.

Die Anzahl der abgerechneten Fälle ist im Vergleich 2015 zu 2010 um 11% auf 71.882 angestiegen. Mit dieser Steigerung liegt NRW im Trend der anderen Bundesländer.

5.2.1.4 Medizinische Rehabilitation

Angebote der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sind bisher in NRW nur sehr begrenzt vorhanden. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden stationär, ambulant oder gemischt stationär/ambulant durchgeführt. Nur für einen Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen die Leistungsvoraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation durch die Rentenversicherung (mindestens 6 Monate sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in den letzten zwei Jahren).

5.2.1.5 Übergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe/Eingliederungshilfe

Der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie gestaltet sich für die betroffenen Jugendlichen in der Organisation der Hilfen oft schwierig.

Aus der Krankenhausdiagnosestatistik ist ersichtlich, dass der größte Teil der jungen Erwachsenen ab einem Alter von 18 Jahren in der Erwachsenenpsychiatrie versorgt werden, obwohl auch die Fortführung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei entsprechender Begründung möglich wäre. Die Zuständigkeit für die Behandlung und die Erbringung von Teilhabeleistungen der psychisch auffälligen bzw. psychisch erkrankten jungen Erwachsenen muss im gegliederten System der Sozialgesetzgebung in oft langwierigen Prozessen geklärt werden.

Ein wesentliches Problemfeld ist die Festlegung der Altersgrenze: Für die stationäre psychiatrische Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Altersgrenze von 18 Jahren entscheidend. Die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung endet i.d.R. mit 18 Jahren, kann ambulant bis 21 Jahren ausgedehnt werden. Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie sind oft nicht angezeigt, da die jungen Menschen häufig angesichts ihres Entwicklungsstandes eher die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung inkl. der dort selbstverständlich integrierten pädagogischen Hilfen benötigen. Gemäß dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) können 18- bis 21-Jährige Hilfe für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII ab dem 18. Lebensjahr erhalten, wenn diese als Nachbetreuung einer Hilfe zur Erziehung nach § 27 ff SGB VIII stattfindet. Bei seelischer Behinderung sind Teilhabeleistungen nach § 35a SGB VIII in der Regel bis zum 21. Lebensjahr möglich.

In der konkreten Arbeit vor Ort wird immer wieder deutlich, dass es für psychisch auffällige und/oder psychisch erkrankte junge Erwachsene zu wenig adäquate Angebote gibt. Dies betrifft vor allem Personen mit vielfältigen Sozialisationsdefiziten, geringen tragfähigen sozialen Kontakten, diversen Problemlagen (fehlender Schulabschluss, Arbeitslosigkeit, Verschuldung, schwierige Wohnsituation). Erschwerend kommt hinzu, dass viele Leistungsträger eine Mitwirkung der jungen Menschen erwarten. Doch diese ist bei der Zielgruppe störungs-/krankheitsbedingt häufig nicht gegeben bzw. ihnen nicht möglich.

5.2.1.6 Soziale und berufliche Teilhabe- und Förderleistungen

Angebote der Kinder- und Jugendhilfe

Die Anzahl der Hilfen zur Erziehung ist zwischen 2008 und 2014 von 209.728 auf 238.623 Leistungen angestiegen (+14%). 2014 wurden damit 271.885 junge Menschen erreicht und damit 776 pro 10.000 der unter 21-Jährigen. 2008 lag dieser Wert noch bei

624 jungen Menschen. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Hilfesegment ist ein Zuwachs im betrachteten Zeitraum zwischen 2008 und 2014 festzustellen. Mit einem Plus von 18.459 Hilfen (41%) fällt dieser im ambulanten Bereich deutlicher aus als bei den stationären Hilfen mit 13.572 Hilfen (33%). Bei der Erziehungsberatung ist zwischen 2008 und 2014 insgesamt ein Rückgang der Fallzahlen um 3.136 Hilfen (-3%) festzustellen (Tabel et al., 2016).

Bezüglich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen hat sich die altersspezifische Inanspruchnahmequote bei den jungen Menschen ab 6 Jahren zwischen 2008 und 2014 in jedem Altersjahrgang erhöht. Die Inanspruchnahme der Eingliederungshilfen bei einer (drohenden) seelischen Behinderung hat von 2008 auf 2014 deutlich zugenommen.

Sowohl die Kinder- und Jugendpsychiatrie (ambulant und stationär tätige Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie, KJPD) als auch die Kinder- und Jugendhilfe (einerseits Jugendamt öffentliche Träger und Leistungsträger, andererseits meist freie Träger = Leistungserbringer) arbeiten nach verbindlichen Rechtsrahmen, aber regional unterschiedlich (zusammen).

Verschiedene Fallstudien weisen auf eine erhöhte Interaktion zwischen beiden Hilfesystemen hin. So berichtet eine LWL Studie (2015) von knapp 19% der Fälle, in denen die Fachkräfte in Jugendämtern mit der Kinder- bzw. Jugendpsychiatrie kooperieren. Die Kliniken arbeiten in 60% ihrer Fälle mit einem Jugendamt zusammen. Andere Studien zeigen eine ähnliche Größenordnung der Kooperation (Beck, 2011) auf.

Kooperation KJP und Jugendhilfe

Zum Themenkomplex „Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ wurde eine Umfrage über die Landesjugendämter der Landschaftsverbände in den Jugendämtern durchgeführt, inwieweit strukturierte Kooperationsbezüge vorliegen. So konnten durch die Rückläufe (30) in 16 Regionen Kooperationsvereinbarungen zur Zusammenarbeit und in 3 Regionen zur Diagnostik identifiziert werden. Ein regelmäßiger fachlicher Austausch fand in 13 Kommunen statt (LVR und LWL, 2016 unveröffentlicht).

Die Landesjugendämter gehen davon aus, dass die überwiegende Zahl der Jugendämter in NRW über (strukturierte) Kooperationsbezüge zu Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf strukturellen Maßnahmen, z. B. schriftlichen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit. Über Maßnahmen auf operativer Ebene wird dagegen weniger berichtet.

Schulische Bildung, Ausbildungs- und Arbeitsförderung

Die Teilhabe an Bildung, Arbeit und Ausbildung bzw. die Verhinderung von Exklusion durch die psychische Erkrankung ist für den Gesundungsprozess von immenser Bedeutung. Insofern ist ein besonderer Fokus in Bezug auf unterstützende Angebote und Maßnahmen im Rahmen einer integrierten Hilfeleistung zu setzen.

Schulische Förderung

Die Schule für Kranke unterrichtet Kinder und Jugendliche aller Schulformen, die in einem Schulverhältnis stehen und in Krankenhäusern und medizinisch-therapeutisch vergleichbaren Einrichtungen behandelt werden. Schülerinnen und Schüler der Schule für Kranke sind vorrangig langfristig Erkrankte, die für einen ärztlich prognostizierten Zeit-

raum von mindestens vier Wochen nicht am Unterricht ihrer Schule teilnehmen können. Das Schulverhältnis zur Stammschule bleibt dabei bestehen. Ein Schulwechsel selbst findet nicht statt. In NRW wurden 2016 insgesamt 35 Schulen für Kranke vorgehalten. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und die Niedergelassenen kooperieren eng mit den Schulen; zum Teil befinden sich die Schulen auf dem Klinikgelände bzw. im Klinikbereich.

Nach den Bestimmungen der §§ 43 bis 46 der Ausbildungsordnung sonderpädagogische Förderung (AO-SF) ist auch Unterricht zu Hause möglich.

Ausbildungs- und Arbeitsförderung

Grundsätzlich gilt das gesamte Förderinstrumentarium der Sozialgesetzbücher auch für Jugendliche und junge Erwachsene, es wird in diesem Bericht bei den Erwachsenen dargestellt.

Weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote

Die „Allgemeinen Sozialdienste“, die Familienberatungs- und Erziehungsberatungsstellen, Kindertagesstätten, Mütterberatung, Schulpsychologische Dienste und die Schulsozialarbeit sind im Einzelfall wichtige Kooperationspartner. Allerdings liegen dem MGEPA keine landesweiten Daten vor, in welcher Art und Weise und mit welchem Schweregrad Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen diese aufsuchen.

5.2.2 Psychisch kranke Erwachsene

5.2.2.1 Ambulante Behandlung - Angebots- und Leistungsstrukturen

Die Bedarfsplanung für die fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung ist nicht Sache der Länder, sondern Aufgabe der Selbstverwaltung. Nach der Flexibilisierung des gesetzlichen Rahmens der Bedarfsplanung mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der G-BA in der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 die bisherigen Vorgaben überarbeitet. Insbesondere die Planungsbereiche wurden neu definiert.

Angebotsstruktur

In der ambulanten fachärztlichen psychiatrischen Versorgung der Erwachsenen waren 2015 1.007 niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie und für Nervenheilkunde tätig. Hinzu kamen 74 Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die ambulante Versorgung wird ferner durch 4.413 niedergelassene Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten wahrgenommen (MGEPA, 2017).

Die Anzahl der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte ist nach einem Rückgang im Jahr 2010 in 2015 wieder gestiegen. Die Anzahl der niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten hat nach einem Anstieg von 2005 auf 2010 in 2015 etwa das Niveau gehalten. Die Anzahl der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz hat sich in 2015 nochmals erhöht: von 2939 in 2010 auf 3337 in 2015 (MGEPA, 2017).

Die regionale Versorgungsdichte (Einwohnerinnen/Einwohner pro Vollzeitäquivalente) in Bezug auf die Psychotherapeutenschaft schwankt in Nordrhein zwischen fast 7.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Kreis Wesel und knapp über 1.200 Einwohnerinnen

und Einwohnern (in Bonn) pro Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeut. Eine vergleichbare Situation zeigt sich in Westfalen-Lippe.

Planungsbereiche mit einer hohen fachärztlichen Versorgungsdichte verfügen auch über eine gute psychotherapeutische Versorgung.

Gleichwohl ist auf der Basis der Versorgungsgrade, die anhand der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA ermittelt werden, in Nordrhein nicht von unterversorgten Gebieten in der fachärztlichen Versorgung auszugehen; alle Gebiete waren für Neuzulassungen gesperrt. Die Versorgungsgrade variieren zwischen 286% und 116%. In Westfalen-Lippe konnte nach Erscheinen des neuen Bedarfsplans für Nervenärztinnen und -ärzte²² nur in einem Gebiet keine Überversorgung festgestellt werden.

Die Versorgungsgrade der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Westfalen-Lippe zeigen regelhaft nach den Bedarfsplanungsrichtlinien eine rechnerische Überversorgung. Die Versorgungsgrade schwanken zwischen 281% und 112%. Im Rheinland zeigt sich auch eine vergleichbare Situation. Nur in einem Kreis war eine Niederlassungsmöglichkeit mit einem halben Kassensitz gegeben.

Die Psychotherapeutenkammer NRW weist darauf hin, dass die Bedarfsplanung – bis auf die rein ländlichen Regionen – auf den Bestand an KV-Praxen aus den Jahren 1999 bzw. 2004 zurückgeht. Die bereits damals bestehende Unterversorgung wurde nicht beseitigt. Die angebliche Überversorgung beruhe auf der Berechnungsmethode.

Die beiden KVen betonen, dass nach den in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgegebenen Regelungen die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW ausreichend gesichert ist. Längere Wartezeiten auf Behandlungstermine stehen im Widerspruch zu dieser Aussage.

Die ambulante Versorgung in den Städten und Kreisen des Ruhrgebiets wird nach der geltenden Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA von eigenständigen Messzahlen bestimmt. Eine Überprüfung dieser Ausnahmeregelung „Sonderregion Ruhrgebiet“ und ggf. eine Änderung bzw. Anpassung soll nach den Vorgaben der Richtlinie bis Ende 2017 erfolgen. Aus Sicht des MGEPA muss der Status „Sonderregion Ruhrgebiet“ bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung in der Bedarfsplanung aufgegeben werden.

Häufig ist die Hausarztpraxis die erste medizinische Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige. So liegt die Diagnose einer „depressiven Episode“ an achter Stelle der häufigsten Diagnosen in der Hausarztpraxis in Nordrhein und hat einen Anteil von 9% aller Diagnosen (GBE, 2016). Nicht selten erfolgt der Hausarztbesuch aufgrund somatischer Begleiterscheinungen (Schlafstörung, Probleme mit der Ernährung, Medikamentenverordnungen etc.), die psychische Thematik ist aus diversen Gründen oft nicht der (Haupt-)Anlass.

Inanspruchnahme

Zur Inanspruchnahme der ambulanten fachärztlichen Behandlung liegen Sonderauswertungen der Statistik der Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Neben den Abrechnungs-

²² : Nervenärztinnen und -ärzte, Neurologen, Psychiaterinnen und Psychiater, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

daten zu den Fachgruppen (alle ICD-10 Diagnosen) können die Behandlungsdiagnosen abgebildet werden.

In allen Fachgruppen – bis auf die Neurologie und Psychiatrie – ist ein Anstieg der Inanspruchnahme in den letzten vier Jahren zu verzeichnen. In der psychotherapeutischen Versorgung sind es mehr als 10%. Die Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen ist stärker vertreten als die Altersgruppe der 30 bis 44-Jährigen. Die jüngeren Erwachsenen nutzen die Fachgruppen deutlich weniger (MGEPA, 2017).

Zusätzliche Auswertungen dieser Statistik zeigen, dass im Jahr 2014 am häufigsten die ambulante Behandlungsdiagnose „Depressive Episode“ bei Menschen im Alter zwischen 20 und 59 Jahren gestellt wurde, dicht gefolgt von „Somatoformen Störungen“ und „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“.

Bei beiden Geschlechtern ist die „Depressive Episode“ die häufigste ambulante Behandlungsdiagnose; während bei Männern auf dem 2. Rangplatz die „Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak“, dicht gefolgt von den „Somatoformen Störungen“ auf dem dritten Platz, zu finden sind, sind es bei Frauen die „Somatoformen Störungen“, gefolgt von „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (MGEPA, 2017). Die „rezidivierende depressive Störung“ liegt an siebter Stelle der 20 häufigsten Störungen aus dem ICD-10 Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ für die Menschen im Alter von 20 bis 59 Jahren.

5.2.2.2 Ambulante Versorgung durch Ergotherapie, Soziotherapie und APP

Ergotherapie

Ergotherapie kann ärztlich verordnet werden. Der Heilmittelkatalog der Krankenkassen definiert das Leistungsspektrum.

An beispielhaften Zahlen der AOK Rheinland lässt sich hochrechnen, dass die ergotherapeutische Leistung mit leicht steigender Tendenz im Leistungsgeschehen eine wichtige Rolle spielt. So wurden in 2015 ca. 190.000 Einzelbehandlungen durchgeführt und ca. 9.700 Gruppenbehandlungen durchgeführt.

Soziotherapie

Die Leistung dient vorrangig zur Motivation und Unterstützung, damit Menschen mit schweren psychischen Störungen ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch nehmen können. Die Schwere dieser Störungen wird im Rahmen der Soziotherapie anhand der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) gemessen.

Bis zum Oktober 2008 wurden bundesweit 260 Verträge mit soziotherapeutischen Leistungserbringern (Einzelpersonen und Einrichtungen) in der Regel durch die Landesverbände/Ländervertretungen der Krankenkassen geschlossen (aktuelle Zahlen liegen nicht vor). Mit Stand vom Oktober 2008 sind bundesweit knapp 900 Ärztinnen und Ärzte befugt, Soziotherapie zu verordnen. Neuere Daten speziell für NRW liegen nicht vor. Die Ergebnisse von zwei durchgeführten Untersuchungen (G-BA, 2008; APK, 2005) lassen den Schluss zu, dass diese Leistung psychisch kranken Menschen nur in wenigen Regionen in NRW zur Verfügung steht. Nach Befragung einzelner Krankenkassen (mündliche Befragung seitens des MGEPA) ist aktuell nur von Bewilligungen im Umfang von ca. 500 soziotherapeutischen Behandlungen außerhalb der IV-Verträge auszugehen. Durch ge-

setzliche Änderungen und überarbeitete Richtlinien des G-BA sind die Rahmenbedingungen verbessert worden.

Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)

Im § 37 SGB V ist die häusliche Krankenpflege gesetzlich verankert, die Versicherte neben der ärztlichen Behandlung in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort durch geeignete Pflegekräfte in Anspruch nehmen können,

- wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist,
- oder wenn Krankenhausbehandlung dadurch vermieden oder verkürzt wird.

Häusliche psychiatrische Krankenpflege wird in den Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege seit 2005 gesondert erwähnt. Inwieweit diese spezifische häusliche Krankenpflege als wichtiger Baustein in der ambulanten Behandlung sinnvoll und notwendig ist, war zunächst in Modellregionen erprobt worden. Aktuell werden in ca. 20 Regionen noch Angebote der APP vorgehalten. Die Gesamtzahl der vertraglich nach § 132a Abs. 2 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen anerkannten Pflegedienste für ambulante psychiatrische Krankenpflege beträgt nach Angaben der Landesverbände der Krankenkassen für NRW 102 Pflegedienste. Eine Übersicht über die regionale Verteilung liegt dem MGEPA nicht vor.

Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste in kommunaler Trägerschaft

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen liegt nach dem „Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGDG NRW) und dem „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG) bei den Kreisen und kreisfreien Städten als unteren Gesundheitsbehörden als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung. Die untere Gesundheitsbehörde ist verpflichtet, für die Hilfen für Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen, psychisch kranke Menschen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und ihren Angehörigen einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) vorzuhalten. Die Aufgaben umfassen vorbeugende, beratende, begleitende, aufsuchende und nachsorgende Aufgaben sowie Krisenintervention. Ein hoher Anteil der von SpDis betreuten Personen ist zum Zeitpunkt des Erstkontakts ohne jegliche ärztliche Versorgung. Kontaktaufnahme und niedrigschwellige Angebote durch die SpDis sind nicht selten die einzige Verbindung der Betroffenen zur Gesellschaft und können im Verlauf der Begleitung eine minimale existenzielle und soziale Absicherung anbahnen. Insbesondere werden durch nachgehende aufsuchende Kontakte auch die Betroffenen erreicht, die andere Hilfen ablehnen. Ebenso spielen die SpDis eine wichtige Rolle bei der Vermeidung von Zwang.

Tabelle 5: Hauptamtlich Beschäftigte im Dezember 2014 im SpDi (Gesamt Vollzeitäquivalente (VZÄ); N = 47)

Fachgebiet/Berufsgruppe	Anzahl der Kommunen	min.	max.	Durchschnitt	Anzahl VZÄ
Ärztinnen und Ärzte	43	0,5	7,0	1,75	75,2
Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Dipl.-Pädagogik	43	1,5	16,0	6,7	289,7

Dipl.-Psychologie	7	0,3	2,0	1,1	7,8
Krankenpflege	7	1,0	4,0	1,6	11,0
Verwaltung	31	0,5	9,0	1,8	55,4
Sonstige	3	0,5	1,0	0,8	2,3

Quelle: FOGS, 2016, S. 20

Die FOGS-Studie hat insgesamt 52 SpDis in NRW ermittelt. Die Ergebnisse der Auswertung der schriftlichen Befragung zur personellen Ausstattung ergeben sich aus Tabelle 5 (nicht für alle SpDis sind Daten vorhanden).

Öffnungs- und Sprechzeiten der SpDi konnten für 48 Kreise und kreisfreie Städte ermittelt werden. Davon sind 45 von Montag bis Freitag zu üblichen Sprechzeiten (i. d. R. sechs bis acht Stunden, ggf. an einem Tag verkürzt) für Krisen erreichbar.

SpDis haben z. T. mehrere Dienst-/Nebenstellen und bieten ihre Krisenhilfen an mehreren Standorten an. So variiert die Zahl der Standorte eines Dienstes zwischen einem (in 17 Kommunen, hauptsächlich in kreisfreien Städten) und bis zu insgesamt elf Standorten/Nebenstellen (FOGS, 2016).

Regionale Krisendienste außerhalb der stationären und ambulanten Notfallversorgung

Da dem Land keine differenzierten Erkenntnisse über regionale Krisendienste in NRW vorlagen, waren diese auch Gegenstand der bereits angeführten FOGS-Studie und der dabei durchgeführten Befragung in den Kreisen und kreisfreien Städten (FOGS, 2016). Folgende Ergebnisse liegen vor:

Meist ist der SpDi der einzige ambulante Dienst, der Krisenhilfe anbietet. Weniger als die Hälfte der teilnehmenden Kreise und kreisfreien Städte können für ambulante Krisenhilfe auf mindestens einen weiteren Akteur zurückgreifen, 13 Kreise und kreisfreien Städte geben explizit an, dass die ambulante Krisenhilfe des SpDi in Kooperation mit anderen Stellen, Akteuren oder Angeboten erbracht werden. Zwölf Kreise und kreisfreie Städte benennen diese näher (FOGS, 2016):

- spezialisierte Krisendienste vor Ort, an die die Versorgung (nachts bzw. am Wochenende) im Rahmen vertraglicher Regelungen (teilweise) delegiert wird (ausschließlich in kreisfreien Städten)
- örtliche Kliniken bzw. Institutsambulanzen (Vermittlung)
- Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie (Vermittlung)
- psychosoziale Beratungsstellen/Suchtberatung (Vermittlung und Delegation)

Spezialisierte Krisendienste

Aus sechs Kommunen (fünf kreisfreie Städte und ein Kreis) liegen Angaben zum Träger der spezialisierten Krisendienste vor. Die Träger variieren von (frei)gemeinnützig bis zu kirchlich. Andere haben die Rechtsform einer gGmbH (FOGS, 2016).

Die beschriebenen Krisendienste zeichnen sich nach den Angaben im Rahmen der Befragung nicht durch eine andere/besondere Zielgruppe (bspw. ältere Menschen²³) aus, sondern vielmehr durch die Sicherstellung einer Erreichbarkeit nachts und am Wochenende. Die räumliche Erreichbarkeit der spezialisierten Krisendienste wurde in allen sechs Kommunen als gut eingeschätzt, in vier ist auch ausdrücklich Barrierefreiheit gegeben. Vier Anbieter sind explizit (nur) telefonisch erreichbar. Die Erreichbarkeit unter der Woche in den Abendstunden (zumindest bis 22 Uhr) ist in fünf Kommunen sichergestellt, am Wochenende in allen sechs Kommunen, zum Teil auch 24 Stunden (FOGS, 2016).

Zur Inanspruchnahme liegen aus fünf spezialisierten Krisendiensten Angaben zur Gesamtzahl der Krisenfälle vor (in einem Fall geschätzt). Insgesamt wird in der Befragung von 8.737 Fällen im Bezugsjahr 2014 berichtet, was einer durchschnittlichen Fallzahl von 1.747,4 pro spezialisierten Krisendienst entspricht. Die Fallzahl pro Jahr schwankt zwischen knapp 200 und gut 3.000 Fällen, insbesondere die hohen Fallzahlen hängen vermutlich mit (schwerpunktmäßig geleisteten) Telefonberatungen zusammen (FOGS, 2016).

5.2.2.3 Angebots- und Leistungsstrukturen des Krankenhauses einschließlich der Institutsambulanzen

Angebotsstruktur - stationär und teilstationär

Die insgesamt 104 stationären Angebote (Abb. 3) und 156 tagesklinischen Angebote (Abb. 4) der Fachkrankenhäuser bzw. Allgemeinkrankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie versorgen mit insgesamt 13.044 vollstationären und 3.451 teilstationären Plätzen (Tab. 6) jährlich 236.000 Behandlungsfälle. Die Versorgungskapazitäten der Tageskliniken haben im Zeitraum von 2005 bis zum 2015 deutlich zugenommen (21%). Hier haben sich die stärkere Dezentralisierung und die höhere Nachfrage ausgewirkt.

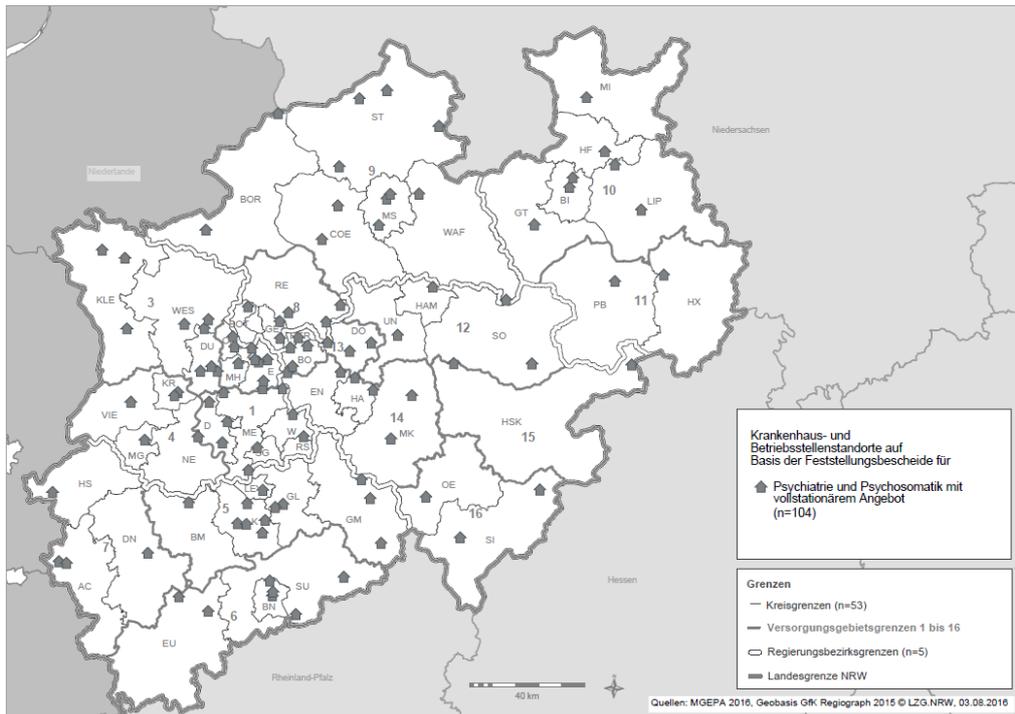
Tabelle 6: Anzahl der Betten/Plätze in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie und psychosomatische Medizin und Psychotherapie - NRW, 2005, 2010, 2015

	vollstationär	teilstationär	Summe	pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	Anteil teilstationär in %
2005	13.101	2.856	15.957	0,88	17,9
2010	12.904	3.152	16.056	0,9	19,63
2015	13.044	3.451	16.495	0,92	20,92

Quelle: MGEPA 2016, unveröffentlichte Daten

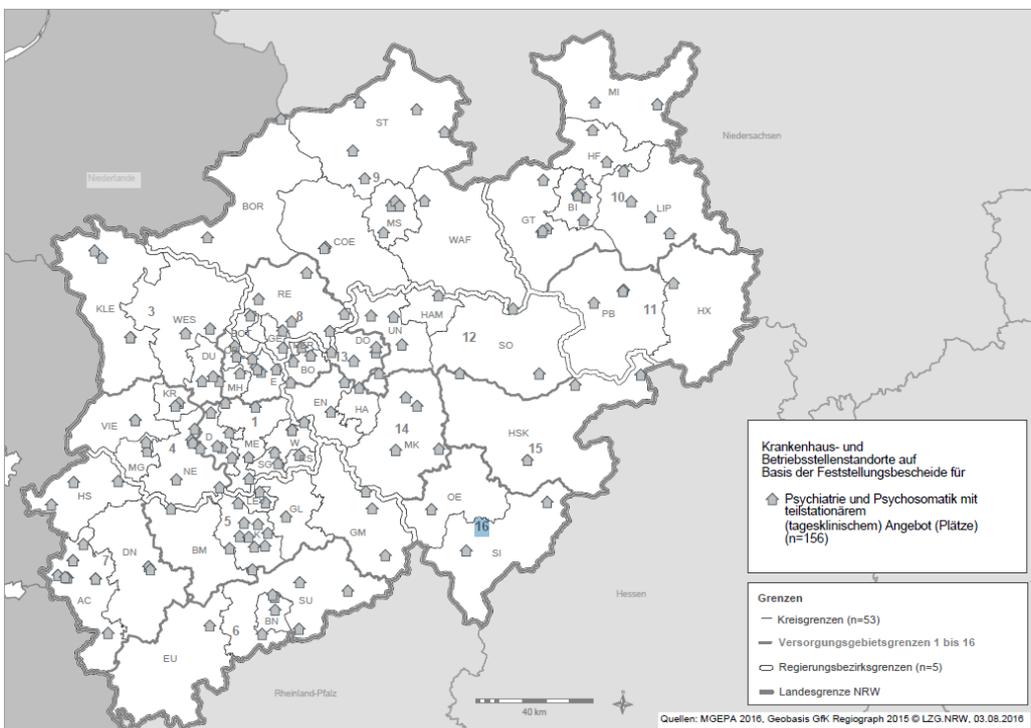
²³Für die Zielgruppe älterer Menschen mit psychischen Problemen wurden sowohl in der Daten- und Literaturrecherche als auch in der Breitenerhebung kaum Hinweise auf ambulante gerontopsychiatrische Krisenhilfen erfasst. Diese Zielgruppe wird laut Angaben in der Befragung einerseits von SpDi mitversorgt und findet andererseits spezialisierte Angebote im stationären Bereich.

Abbildung 3: Krankenhausstandorte mit stationärer psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung in NRW 2015



* drei Standorte (Solingen, Geldern, Bergheim) sind nicht adressenscharf zugeordnet (geokodiert)
Quelle: MGEPA 2016, Darstellung LZG.NRW

Abbildung 4: Tageskliniken mit psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung in NRW 2015



*fünf Standorte (Bergisch Gladbach, Würselen, Bergheim, Plettenberg, Brilon) sind nicht adressenscharf zugeordnet (geokodiert); Quelle: MGEPA 2016, Darstellung LZG.NRW

Die regionale Verteilung auf die Versorgungsgebiete wird über die regionalen Planungskonzepte sichergestellt. Der Krankenhausplan NRW 2015 sieht nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sowie nach Anhörung der Fachgesellschaften einen Bettenbedarf von 14.438 und einen Behandlungsplatzbedarf von 3.906 als realistisch an. Daher werden sich nach Abschluss der regionalen Planungsverfahren die Bettenzahlen wahrscheinlich erhöhen.

Bewertung

Der Krankenhausplanung ist es im letzten Jahrzehnt gelungen, eine weitgehend flächendeckende stationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung sicherzustellen. Gleichwohl sind noch nicht alle Regionen so aufgestellt, dass die in den Anforderungen formulierten flexiblen Behandlungskonzepte einschließlich Home-treatment umgehend realisiert werden können. Hier reichen teilstationäre „Satelliten“ nicht aus, es muss auch eine noch bessere Verteilung der stationären Kapazitäten gelingen.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Die Anzahl der Institutsambulanzen in NRW ist im Zeitraum 2005 bis 2010 stark angestiegen (plus 41 Ambulanzen auf 124). Insbesondere war der Aufbau von Tageskliniken in Kombination mit Institutsambulanzen ein Ausbaumodul, um die Erreichbarkeit in ländlichen Regionen zu verbessern. Im Zeitraum 2010 bis 2015 sind lediglich zwei weitere Ambulanzen zugelassen worden (MGEPA, 2016; unveröffentlichte Daten). Nach dem PsychVVG ist zukünftig auch die Einrichtung von Psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIA) möglich.

5.2.2.4 Inanspruchnahme, stationär und teilstationär

In den Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik waren 4.485.538 Belegungstage im Jahr 2014 mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 22,41 Tagen und einem durchschnittlichen Nutzungsgrad von 97% zu verzeichnen. Gegenüber 2010 ist eine sinkende Verweildauer und ein leichter Anstieg der Belegungstage festzustellen (MGEPA, 2017).

Auswertungen der Krankenhausdiagnosestatistik zeigen, dass die Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen eine steigende Tendenz an Krankenhausfällen für die Abteilungen Psychiatrie und Psychotherapie bis zur Altersgruppe 50-54 Jahre zeigt, danach ist eine leichte Abnahme zu erkennen (MGEPA, 2017). Das integrative Konzept²⁴ bildet sich noch nicht ab und wird sich erst in den nächsten Jahren auswirken. Ca. 20% aller Behandlungsfälle der F-Diagnosen der ICD-10 sind den somatischen Abteilungen in den Krankenhäusern zuzuordnen. Daten zu den dortigen Verweildauern wurden nicht ausgewertet.

Behandlungsdiagnosen

„Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ sowie Diagnosen aus dem depressiven Erkrankungsspektrum führen die Rangliste der psychischen Erkrankungen bei den 20-59 Jährigen an. Bei Männern wurde wesentlich häufiger (fast 3-mal so häufig) als bei Frauen auf Grund einer „Psychischen oder Verhaltensstörung durch Alkohol“ behandelt.

²⁴ Auf Grund der Komplexität psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder ist im Krankenhausplan 2015 ein ganzheitlicher integrativer Behandlungsansatz als notwendig definiert, der von einem engen Zusammenwirken beider Gebiete sowie aller an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen getragen wird.

Diese Diagnose ist damit auch mit deutlichem Abstand die häufigste bei den Männern vor der „Schizophrenie“. Bei den Frauen werden – neben den alkoholbezogenen Störungen auf dem ersten Rang – am zweit- und dritthäufigsten „rezidivierende depressive Störung“ und „depressive Episode“ behandelt; zusammen machen diese beiden Diagnosen 25.955 Behandlungsfälle bei den Frauen aus und wurden in der stationären Versorgung häufiger als bei Männern behandelt (19.162 Behandlungsfälle) (MGEPA, 2017).

Die „somatoforme Störung“ führte über alle Altersgruppen hinweg zu 5.046 stationären Behandlungsfällen (hier sind Mehrfachzählungen derselben Erkrankten enthalten, wenn sie mehrmals stationär behandelt wurden).

5.2.2.5 Medizinische Rehabilitation – Sicherstellung und Inanspruchnahme

Die Angebote zur stationären psychosomatischen Rehabilitation sind vergleichsweise gut ausgebaut. Diese Angebote sind überwiegend nicht für Menschen mit schwereren psychischen Beeinträchtigungen ausgerichtet und nur begrenzt in der Lage, die krankheitsbedingte schwankende Belastbarkeit konzeptionell und in der Umsetzung zu integrieren.

Für diese Zielgruppe ist seitens der Rehabilitationsträger 2005 die *Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK-E)* auf der Grundlage der Empfehlungsvereinbarung von 1986 abgeschlossen worden. Diese bildet die konzeptionelle Grundlage und Orientierung für Einrichtungen und Angebote der Rehabilitation psychisch Kranker (RPK). Die Behandlung ist sowohl stationär als auch ganztägig ambulant möglich. Hier ist grundsätzlich eine Kombination von medizinischer und beruflicher Rehabilitation vorgesehen.

Eine „klassisch ambulante“, stundenweise bzw. auch aufsuchende Rehabilitation wie in der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) ist bisher nur als Nachsorgeangebot möglich. Auch sind keine Peer-Angebote bzw. Einsatzmöglichkeiten, wie in der somatischen Rehabilitation zumindest erprobt, bekannt.

Angebotsstruktur und Sicherstellung

Psychosomatische Rehabilitation

Für die stationäre psychosomatische Rehabilitation besteht ein Angebot von ca. 3.000 Behandlungsplätzen in NRW. Da im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation durch die Rehabilitationsträger auch wohnortfern belegt wird, ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten auch Angebote in anderen Bundesländern nutzen, bzw. die Kliniken in NRW auch aus anderen Bundesländern belegt werden. Im Bereich der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation werden in NRW vier Rehabilitationsangebote in Düsseldorf, Essen, Gelsenkirchen und Münster vorgehalten. Teilweise wird in diesen Einrichtungen das Projekt „PAULI“ (Psychosomatik, Auffangen, Unterstützen, Leiten, Integrieren) durchgeführt, das möglichst frühzeitig nach dem Eintreten von Arbeitsunfähigkeit im psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachgebiet den Versicherten ein Therapieangebot zur Verfügung stellt.

Medizinische Rehabilitation nach der RPK-Empfehlungsvereinbarung bzw. Angebote zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

Aktuell bieten 15 Einrichtungen in Westfalen medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Personen mit schwerwiegenden, aber therapeutisch gut beeinflussbaren Krankheitsverläufen bei Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen und komorbiden Abhängigkeitserkrankungen. Die Einrichtungen mit einer Größe von rund 25-35 Plätzen bieten stationäre und im begrenzten Umfang auch ambulante Leistungen für eine Dauer von bis zu 12 Monaten an. Insgesamt sind es ca. 350 Behandlungsplätze in Westfalen. Im Rheinland arbeitet zurzeit nur eine Einrichtung in Aachen nach der RPK-Empfehlungsvereinbarung mit 30 stationären und 30 ambulanten Plätzen.²⁵ Seit Oktober 2016 bietet der gleiche Träger das Angebot auch in Düsseldorf an. Im Rheinland halten 12 Träger ein ambulantes psychosomatisches Angebot vor, das nicht die RPK-Empfehlungsvereinbarung exakt umsetzt.²⁶ Von diesen 12 Einrichtungen halten vier Einrichtungen in Aachen, Düsseldorf, Essen und Köln ein Rehabilitationsangebot nach dem PAULI-Konzept vor.²⁷

Inanspruchnahme

Für die medizinische Rehabilitation liegen Daten aus der stationären und ambulanten Rehabilitation für die F-Diagnosen vor. Für den stationären Bereich zeigt sich, dass die typischen Diagnosebereiche der psychosomatischen Rehabilitation und der Suchtrehabilitation auf Grund der angeführten Angebotsstruktur dominieren (MGEPA, 2017).

Im Jahr 2014 gab es 39.839 Behandlungsfälle in der stationären Rehabilitation. 95 % aller Behandlungsfälle der 20- bis 59-Jährigen in der Rehabilitation gehörten im Jahr 2014 zu den Gruppen „Affektive Störungen“, „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“.

Bewertung

Flexible und settingübergreifende Konzepte, also eine bedarfsbezogene Kombinationsmöglichkeit von stationären, ambulanten und mobilen Elementen, sind eher die Ausnahme. Die Angebote nach der RPK-Empfehlungsvereinbarung bzw. für die dort angeführten Zielgruppen sind nicht flächendeckend vorhanden, mit einer unterschiedlichen Versorgungsdichte zwischen dem Rheinland und Westfalen.

Seitens der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und Westfalen wird im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation von einem gut etablierten Angebot ausgegangen, das im Bereich der RPK bei entsprechender Nachfrage noch ausgebaut werden kann, allerdings unter den bundesweit geltenden Vorgaben der RPK-E und nach Wirtschaftlichkeitskriterien. Die Leistungserbringer im Bereich der RPK bemängeln teilweise, dass kleinere, wohnortnah konzipierte Einrichtungen mit personenzentrierten Ansätzen die „starr“ wirtschaftlichen und fachlichen Vorgaben nur schwer bis kaum erfüllen können. Gleichzeitig besteht vor Ort eine entsprechende Nachfrage.

²⁵ <http://www.rpk-aachen.de/>

²⁶ <http://www.koelnerverein.de/content/oskar/oskar.htm>

²⁷ Nach Angabe der DRV Rheinland

5.2.2.6 Soziale Teilhabe²⁸

In der Eingliederungshilfe wurden Ende 2014 in NRW insgesamt 100.764 Menschen mit Behinderungen stationär und ambulant in der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unterstützt. Im ambulanten Bereich werden inzwischen mehr als 50% der Menschen mit Behinderungen betreut (57.332). Der ambulante Versorgungsbereich ist inzwischen für die Menschen von gleichrangiger Bedeutung. Bei den Neufällen in 2014 (ca. 9.000) ist mit 80% ambulanter Eingliederungsleistungen sogar ein deutliches Übergewicht zur ambulanten Versorgung zu verzeichnen (Regionaldatenanalysen der Landschaftsverbände, unveröffentlicht).

46.000 Menschen mit psychischen Störungen bzw. Beeinträchtigungen (ca. 46%) erhielten Leistungen der Eingliederungshilfe; die Tendenz ist steigend. Bei der Hilfeart verschiebt sich das Gewicht weiterhin in Richtung ambulanter Eingliederungshilfeleistungen.

Unterstützungsangebote selbstbestimmt Wohnen

Ambulante Hilfen zum selbstständigen Wohnen

Die ambulanten Hilfen zum selbstständigen Wohnen werden in der Regel als gemeindeintegrierte ambulante Hilfen zur Eingliederung von (i. d. R. erwachsenen) Klientinnen und Klienten im häuslichen Umfeld erbracht. Bisher war die Bezeichnung dieses Leistungsmoduls „ambulant betreutes Wohnen“ (ABW). Mit der Einführung des BTHG soll die Bezeichnung „Assistenzleistung“ verwandt werden (siehe Kapitel zu Anforderungen). Das ABW erbringt Unterstützungsleistungen, die vor allem im Bereich der Selbstversorgung, der Kommunikation und Kontaktfindung in Koppelung mit der Krankheitsbewältigung angesiedelt sind. Vorrangiges Ziel der Betreuungsleistungen ist die Befähigung der Klientin bzw. des Klienten zu einer möglichst eigenständigen und selbstbestimmten Lebensführung und ihre bzw. seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Zum 31.12.2015 wurden in NRW 44.147 Unterstützungsangebote für Menschen mit seelischen Behinderungen im Bereich des selbstständigen Wohnens (ambulant betreutes Wohnen) gewährt. Dies bedeutet eine Vervierfachung des Angebotes im Verhältnis zum Jahr 2000 (9.736) und einen Anstieg um 35% gegenüber 2010 (31.980).

Angebote des stationär betreuten Wohnens

Nachdem noch bis zur Jahrtausendwende Großeinrichtungen mit über 100 Plätzen dominierten, haben sich die Angebote im letzten Jahrzehnt deutlich in Richtung Dezentralisierung verändert, ohne dass Großeinrichtungen ganz aufgelöst wurden.

Tabelle 7: Anzahl der Plätze in vollstationären Einrichtungen (Heime) nach §§ 53, 54 SGB XII für Menschen mit einer seelischen Behinderung, NRW

Plätze gegliedert nach Heimgröße						Summe
bis 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100	über 100	
3.775	3.291	1.078	906	717	2.610	12.377

²⁸ Aussagen in dem Kapitel „Soziale Teilhabe“, die Leistungsausweitungen bzw. Definitionen des Leistungsumfangs beinhalten, die das zukünftige Bundesteilhabegesetz betreffen, haben keine Zustimmung der kommunalen Spitzenverbände gefunden.

Quelle: MGEPA 2016, unveröffentlichte Daten

Seit 2005 stagniert die Zahl der Plätze im Wesentlichen. Somit ist trotz des Vorrangs ambulanter vor stationärer Angebote kein Abbau bestehender Kapazitäten erfolgt. Gleichwohl steht der beschriebene Anstieg der ambulanten Hilfen dem gegenüber.

Angebote an Tagesstätten und weiteren tagesstrukturierenden Maßnahmen

Tagesstätten fördern erwachsene Menschen mit einer psychischen Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII, die einen individuellen Bedarf an tagesstrukturierender Betreuung mit gezielter und geplanter Förderung haben und die die Anforderungen des allgemeinen und besonderen Arbeitsmarkts zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht erfüllen. Die Platzzahl ist in den letzten 10 Jahren im Rheinland fast konstant geblieben und in Westfalen kontinuierlich leicht angestiegen (BAGüS, 2014).

Waren es 2005 noch insgesamt 1.693 Plätze, so ist die Zahl auf 2.113 und die Anzahl der Einrichtungen von 102 auf 108 gestiegen (MGEPA, 2017).

Der Landschaftsverband Rheinland bewilligt für die Nutzung tagesgestaltender Angebote eine Geldleistung. Die Geldleistung wird jeweils für ein Jahr bewilligt. Die Höhe der Geldleistung bemisst sich an der Anzahl der Tage innerhalb des Jahres, in dem eine entsprechende Leistung in Anspruch genommen werden kann.

Kontakt- und Beratungsstellen

Die Kontakt- und Beratungsstelle (KuB) für Menschen mit psychischer Störung oder Behinderung ist ein ambulantes Angebot der Gemeindepsychiatrie. Sie bietet den Besucherinnen und Besuchern eine niedrigschwellige und sozialraumorientierte Möglichkeit zum Aufbau von Kontakten, zur Alltagsgestaltung und zur Beratung in psychosozialen Belangen. Der Zugang zur KuB ist unbürokratisch, niedrigschwellig, kostenlos und auf Wunsch der Besucher anonym. Insgesamt werden in NRW 146 Kontakt- und Beratungsstellen vorgehalten (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW, 2011).

Angebote der Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland

Das SPZ bündelt wohnortnahe ambulante und teilstationäre Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen in kleinräumigen, überschaubaren Regionen. Unter dem Dach des Sozialpsychiatrischen Zentrums sollen unterschiedliche Hilfeangebote koordiniert zusammengefasst werden: die Kontakt- und Beratungsstelle, das ambulant Betreute Wohnen, die Tagesstätte, die ambulante psychiatrische Pflege, der Integrationsfachdienst und Arbeits- und Zuverdienstmöglichkeiten.

Sozialpsychiatrische Zentren sollen als Initiatoren für die Vernetzung und Entwicklung von Hilfeangeboten für psychisch kranke Menschen in ihrer Versorgungsregion wirken. Der Landschaftsverband Rheinland fördert für die Koordination jeweils eine Fachkraftstelle. Insgesamt werden 67 Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland vorgehalten²⁹.

29

http://www.lvr.de/de/nav_main/kliniken/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/frderprogramme/sozialpsychiatrischezentrenspz/sozialpsychiatrischezentrenspz_2.jsp

5.2.2.7 Arbeit und Beschäftigung

Die Zusammenarbeit zwischen Landesregierung, Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit, Jobcentern, Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe sowie vielfältigen Trägern ermöglicht ein differenziertes Förderangebot in NRW. Die Integrationsämter der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe bieten Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung Hilfen nach dem SGB IX an. Dazu gehören: Beratung, Betreuung, finanzielle Hilfen im Rahmen der begleitenden Hilfe sowie der Kündigungsschutz für Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Die Hilfen sind – auch durch die örtliche Präsenz der Integrationsfachdienste sowie der Fachstellen für behinderte Menschen im Beruf – in allen Städten und Kreisen des Landes vorhanden.

Integrationsfachdienste

Die Integrationsfachdienste (IFD) unterstützen in NRW pro Jahr vor Ort ca. 30.000 Personen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung, rund 30 Prozent weisen psychiatrische Diagnosen auf. Die IFD berücksichtigen die besonderen Bedürfnisse seelisch kranker Menschen im Arbeitsleben. 2015 konnte in 85% der Fälle, bei denen sich ein Betreuungsbedarf aus einer mehr oder weniger akuten Arbeitsplatzgefährdung ergeben hatte, der Arbeitsplatz erhalten werden.

Die IFD können auch unterstützend bei Menschen tätig werden, die zwar behindert, aber nicht anerkannt schwerbehindert sind. Diese Regelung trägt ausdrücklich dem besonderen Bedarf seelisch behinderter oder von seelischer Behinderung bedrohter Menschen Rechnung (§ 109 Abs. 4 SGB IX).

Die Rehabilitationsträger sollten das Angebot der IFD im Bereich der Arbeitsvermittlung verstärkt nutzen. Diese können auch Menschen mit seelischen Behinderungen ohne Schwerbehindertenausweis zuweisen. Grundlage dafür sind der § 109 Abs. 4 SGB IX sowie die Gemeinsame Empfehlung Integrationsfachdienste (GE IFD) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

In Westfalen-Lippe besteht bei den IFD das niedrigschwellige, modellhafte und ortsnahe Angebot „Übergang Psychiatrie“ für arbeitslose Menschen, die nach überstandener psychischer Erkrankung in das Berufsleben zurückkehren wollen. Hier übersteigt die Nachfrage die begrenzten und aus Mitteln der Ausgleichsabgabe nicht erweiterbaren IFD-Ressourcen.

Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

Die beruflichen Trainingszentren (BTZ) Köln, Duisburg, Dortmund, Paderborn und Gütersloh bieten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen 482 Plätze. BTZ sind regionale, ambulante Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 SGB IX. Sie unterstützen Menschen nach einer psychischen Erkrankung beim Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die fünf Berufsförderungswerke (ca. 3.700 Plätze) und zehn Berufsbildungswerke (mit ca. 2.400 Plätzen) in NRW stehen auch psychisch beeinträchtigten Menschen offen und bieten Maßnahmen mit speziellen Umschulungs- und Ausbildungsinhalten an. Durch die auf Bundesebene gestartete Initiative „RehaFutur“ sind die Standards in der beruflichen Rehabilitation weiterentwickelt worden, von denen insbesondere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen profitieren. Gestärkt wurden u.a. die Individualisierung und die Betriebsorientierung der Angebote.

Unterstützte Beschäftigung als Alternative zur Werkstatt

Die Unterstützte Beschäftigung (UB) ist die betriebliche Qualifizierung, Einarbeitung und Begleitung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes nach dem Grundsatz „erst platzieren, dann qualifizieren“ von Menschen mit Behinderung im Grenzbereich zwischen Werkstatt und allgemeinem Arbeitsmarkt, die einen hohen Bedarf an individueller Unterstützung aufweisen. Kerninhalte sind z. B. die persönliche Berufs- bzw. Zukunftsplanung, die Erarbeitung eines individuellen Fähigkeitsprofils, die Arbeitsplatzakquisition, die Arbeitsplatzanalyse und Anpassung des Arbeitsplatzes. Das Konzept eröffnet gerade auch Menschen mit seelischen Behinderungen gute Chancen.

In der ersten Phase geht es um eine individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ), die direkt in Betrieben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt stattfindet und von einem Träger begleitet wird. In der Regel erbringt die Agentur für Arbeit die Leistungen für diese Phase, in manchen Fällen sind auch andere Rehabilitationsträger zuständig. Wird ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis für den Betroffenen erreicht und ist eine weitergehende Unterstützung erforderlich, startet die zweite Phase der Berufsbegleitung. Diese wird bei anerkannt schwerbehinderten Personen von den Integrationsämtern gesteuert. Die Berufsbegleitung, die meist von den IFD erbracht wird, dauert so lange, wie sie erforderlich ist. 2015 nahmen 657 Menschen in NRW teil, darunter 237 schwerbehinderte Menschen.³⁰ Eine Differenzierung nach Behinderungsarten findet zurzeit aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht statt.³¹

Integrationsprojekte (künftig Inklusionsbetriebe)

Ergänzt wird dieses Angebotspaket durch Integrationsprojekte (§§ 132ff SGB IX). Diese sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen, unternehmensinterne Betriebe oder Abteilungen zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an Beschäftigung behinderungsbedingt auf besondere Schwierigkeiten stößt. Zielgruppe sind nach § 132 Abs. 2 SGB IX u.a. schwerbehinderte Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung oder einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung. Weitere Zielgruppen sind:

- Schwerbehinderte Menschen, die nach zielgerichteter Vorbereitung in einer WfbM oder in einer psychiatrischen Einrichtung für einen Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommen.
- Schwerbehinderte Schulabgänger von Förderschulen mit der Aussicht auf eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Schwerbehinderte langzeitarbeitslose Menschen (inklusive Anrechnung auf die Quote § 132 Abs. 4 SGB IX).

Integrationsunternehmen beschäftigen mindestens 25% schwerbehinderte Menschen der oben beschriebenen Zielgruppen, aber maximal 50%. Auf die Quote werden auch psychisch kranke beschäftigte Menschen angerechnet, die behindert oder von Behinderung bedroht sind und deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allge-

³⁰ Angabe der Quelle: Statistik der BA

³¹ Ein bundesweite Befragung der BAG UB (98 UB-Träger, 1162 TN) hatte 2014 einen Anteil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der UB von ca. 22 % ergeben (http://www.bag-ub.de/dl/ub/umfrage/Auswertung_BAG_UB_Bundesweite_Umfrage_UB_2014.pdf)

meinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände auf besondere Schwierigkeiten stößt.

Mit dem Landesprogramm „Integration unternehmen!“ fördert NRW die Schaffung neuer sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen in Integrationsprojekten mit jährlich 2,5 Mio. €. Hinzukommen Mittel der Landschaftsverbände für Investitionen und laufende Leistungen in Höhe von 15 Mio. € sowie Eigenmittel der Projektträger und Gelder von Stiftungen. Die Bilanz (Stand 31.12.2015):

- 276 Integrationsprojekte,
- 3.173 sozialversicherungspflichtige Zielgruppenarbeitsplätze, davon sind 799 von Menschen mit einer psychischen Behinderung besetzt.

In allen Integrationsprojekten wird der Mindestlohn eingehalten, in über 90 Prozent der Integrationsprojekte liegen die tariflichen Löhne oberhalb des Mindestlohns von 8,50 €. Dies zeigt, dass sich Wirtschaftlichkeit und die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Menschen mit Behinderung nicht ausschließen sowie dass Marktgängigkeit und faire Arbeit vereinbar sind.

Mit dem Bundesprogramm „Inklusionsinitiative II – Alle Im Betrieb“ legt das BMAS aus dem Ausgleichsfonds ein Programm auf, dessen Ziel es ist, zusätzliche Arbeits- und Ausbildungsplätze in bestehenden oder neuen Integrationsprojekten schaffen. Hieraus stehen NRW insgesamt rd. 34,2 Mio. € zu. Die Mittel aus dem Landesprogramm „Integration unternehmen!“ dienen weiterhin der investiven Impulsförderung und bewirken einen positiven kumulativen Effekt mit den hinzutretenden Bundesmitteln.

Werkstätten für Menschen mit Behinderung

104 Werkstätten für behinderte Menschen in NRW bieten insgesamt rund 66.000 Arbeitsplätze für Menschen, die wegen der Art oder Schwere der Behinderung nicht oder noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können (fast 13.750 Arbeitsplätze ausschließlich für die Personengruppe der Menschen mit seelischer Behinderung (=21%)). Gemäß SGB IX ist die Werkstatt für behinderte Menschen „eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“ und zur Eingliederung in das Arbeitsleben.

Die WfbM haben ein breites Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen, qualifiziertes Personal sowie einen begleitenden Dienst. Teilzeitarbeitsplätze können ebenfalls angeboten werden, ebenso ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dieses Angebot nutzen in NRW rund 1.100 Menschen mit psychischer Behinderung.

Das Land NRW förderte mit den Landschaftsverbänden im Rahmen der Landesinitiative „Teilhabe an Arbeit – 1.000 neue Außenarbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen“ die Schaffung weiterer Arbeitsplätze. Von den so geschaffenen 668 neuen Außenarbeitsplätzen wurden 180 Außenarbeitsplätze von Menschen mit einer psychischen Behinderung eingenommen (rd. 27 %).

Die beiden Landschaftsverbände entwickeln außerdem über den Abschluss von Zielvereinbarungen mit den WfbM die Beschäftigungsangebote für Menschen mit Behinderungen weiter. Eine weitere Aufgabe der WfbM ist die Förderung des Übergangs der Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Im Rahmen von Modellen unterstützen die beiden Landschaftsverbände – in der Regel über die IFD – die Werkstätten bei dieser wichtigen Aufgabe. Im Jahr 2015 wechselten 91 Menschen mit einer psychischen Behin-

derung von einer WfbM auf eine Ausbildungs- oder Arbeitsstelle des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Trotz rückläufiger Zugangszahlen in die WfbM von jungen Menschen wird aufgrund des demografischen Wandels mit einer anwachsenden Gesamtbeschäftigtenzahl in den WfbM gerechnet; der Anteil von Beschäftigten mit psychischen Behinderungen steigt hierbei stetig. Der bedarfsgerechte Ausbau und die Ausstattung der Werkstätten wird deshalb vom Land NRW finanziell mit rund 5 Mio. € pro Jahr unterstützt.

Beschäftigung im Zuverdienst

In NRW werden als Alternative zur Beschäftigung in einer WfbM auch Beschäftigungsverhältnisse im Zuverdienst gefördert. Im Rheinland werden im Rahmen des LVR-Budget für Arbeit mit dem Modellprojekt „Beschäftigungsmöglichkeiten als Zuverdienst“ geringfügige Beschäftigungsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Minijobs) für Menschen mit Behinderungen gefördert. Als Alternative zur Beschäftigung in einer WfbM oder einer tagesstrukturierenden Maßnahme (LT 22-24)³² erhalten vollerwerbsgeminderte Leistungsberechtigte reguläre Arbeitsverträge. Die Förderung umfasst einen Minderleistungsausgleich sowie bei Bedarf eine psychosoziale Begleitung und Unterstützung. Aktuell werden im Rheinland mit steigender Tendenz 140 (Stand Juni 2016) Beschäftigungsverhältnisse für Menschen mit psychischer Behinderung gefördert.

Weitere Förderprogramme (Berufsorientierung, Ausbildung, Arbeitsplätze insbesondere für Menschen mit Schwerbehinderung)

Darüber hinaus gibt es in NRW einen umfangreichen weiteren Maßnahmenkatalog, der ständig weiter entwickelt wird:

Mit der "Aktion 100 zusätzliche Ausbildungsplätze für Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen" fördert die Landesregierung NRW mit ESF-Mitteln seit 2007 in Zusammenarbeit mit der Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit (RD) ein zusätzliches Ausbildungsangebot für Jugendliche mit Behinderung, die nicht erfolgreich in eine Ausbildung eingemündet sind. Die Bilanz nach zehn Jahren: mehr als 1.100 zusätzliche Ausbildungsverträge, mehr als 130 verschiedene Berufsbilder und rd. 1.000 Unternehmen als betriebliche Ausbildungspartner. Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke stehen den teilnehmenden Jugendlichen und den bei der Ausbildung mitwirkenden Unternehmen zur Seite und lotsen kompetent durch die Ausbildung. Pro Ausbildungsjahr werden für bis zu 150 Plätze 2,3 Mio. € aus Landes- und ESF-Mitteln bereitgestellt. Im Januar 2017 startete der 11. Durchgang der Förderaktion.

Im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Initiative Inklusion“, das NRW in Zusammenarbeit mit den Landschaftsverbänden, der Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen der Bundesagentur für Arbeit und den Optionskommunen seit 2011 umsetzt, wurden in NRW rd. 30 Mio. € aus Mitteln des Ausgleichsfonds zur Verbesserung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingesetzt. Ein Kernelement der Initiative war der flächendeckende Aufbau der STAR-Angebote zur Be-

³² S. Landesrahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII – Anlage 1: „Art und Anzahl der Leistungstypen für Einrichtungen der Behindertenhilfe und stationäre Einrichtungen der Hilfe für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten in Nordrhein-Westfalen“,
z. B. http://www.lwl.org/abt20-download/sgb_xii/Rahmenvertrag79.pdf (= Landesrahmenvertrag)
http://www.lwl.org/abt20-download/sgb_xii/Anlage_1.pdf (=Anlage 1)

rufsorientierung für Jugendliche mit Behinderung in NRW, für die mehr als 19 Mio. € bereitgestellt wurden.

NRW wird es als einem der ersten Bundesländer gelingen, nach Beendigung der Laufzeit des Bund-Länder-Programms „Initiative Inklusion“ eine flächendeckende Verstärkung der Berufsorientierung von Schülerinnen und Schülern mit wesentlichen Behinderungen zu erzielen, die, abgesichert über Mittel des Landes, der RD und der beiden Landschaftsverbände, unter dem Dach des Landesvorhabens „Kein Abschluss ohne Anschluss“ im Sinne eines Regelsystems umgesetzt wird. Davon profitieren auch junge Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, insbesondere mit Autismus-Spektrum-Störungen.

Bislang konnten durch die „Initiative Inklusion“ über 600 neue Ausbildungsplätze und rd. 1.000 neue Arbeitsplätze in NRW geschaffen werden.

Arbeitsuchende mit psychischen Problemlagen im SGB II

Über ein Drittel der SGB II-Leistungsbezieher weist innerhalb eines Jahres eine ärztlich festgestellte psychiatrische Diagnose auf.³³ Das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW hat sich daher in einer Arbeitsgruppe mit vier Jobcentern (zugelassene kommunale Träger³⁴) exemplarisch mit folgenden Themen beschäftigt:

- Stärkung der Jobcentermitarbeiterinnen und -mitarbeiter im Umgang mit psychisch erkrankten Arbeitsuchenden und Abstimmung von realistischen Zielen bei der Betreuung.
- Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit der Jobcenter zur verbesserten Heranführung psychisch Erkrankter an den Arbeitsmarkt.
- Möglichkeiten der Einrichtung institutionenübergreifender Fallkonferenzen zur Verbesserung der Lebenssituation und der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitsuchenden mit psychiatrischen Diagnosen und Verbesserung ihrer Zugänge zu bestehenden Hilfesystemen.
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem Jobcenter und den psychiatrischen Kliniken.

Auf Empfehlung des Inklusionsbeirates wird außerdem eine „Rahmenvereinbarung zur Verbesserung der beruflichen Integration von Arbeitsuchenden mit Behinderungen bzw. gesundheitlichen Einschränkungen (Menschen mit Beeinträchtigungen) in der Grundversicherung für Arbeitsuchende in Nordrhein-Westfalen (NRW)“ unter Beteiligung der Selbsthilfe erarbeitet. Diese zielt nicht alleine auf die Gruppe schwerbehinderter Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern, sondern richtet sich auch an Arbeitsuchende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die insbesondere deren berufliche Teilhabechancen einschränken. Da psychische Beeinträchtigungen und psychiatrische Krankheitsbilder allerdings häufig mit besonderen Zugangsschwierigkeiten zum Arbeitsmarkt verbunden sind, greift die Vereinbarung mit den Jobcentern NRW insbesondere für Arbeitslose mit psychischen Beeinträchtigungen.

³³ IAB-Forschungsbericht 12/2013, aktualisierte Fassung vom 04.11.2013, S. 79

³⁴ Im Bereich der Gemeinsamen Einrichtungen finden ebenso Aktivitäten für die Zielgruppe der Arbeitsuchenden mit psychischen Problemen statt, die von der Bundesagentur für Arbeit gesteuert werden.

Partizipation auf Landesebene (und regionaler Ebene)

Wichtiger Aspekt im Aktionsplan NRW inklusiv ist die Beteiligung der Menschen mit Behinderungen. Deshalb hat die Landesregierung den Inklusionsbeirat zu ihrer eigenen Beratung eingerichtet, dem entsprechende Fachbeiräte, wie z. B. der Fachbeirat „Arbeit und Qualifizierung“, zuarbeiten. Hier erarbeiten z. B. Vertreter und Vertreterinnen der Selbsthilfe, von Elternverbänden und Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung zusammen mit anderen Akteuren aus dem Bereich Arbeit, gleichberechtigt fachliche Grundlagen für Empfehlungen des Inklusionsbeirates an die Landesregierung.

In vielen Kommunen ist die Mitwirkung von Betroffenen in Kooperations- und Steuerungsgremien wie den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und den Gemeindepsychiatrischen Verbänden realisiert. Hier ist eine Chance, dem Themenbereich „Arbeit und Beschäftigung“ in Zukunft noch mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und Jobcenter sowie Arbeitsagenturen regelmäßig zu beteiligen.

In diesem Kontext zu erwähnen sind die alle zwei Jahre stattfindenden Tagungen des Landschaftsverbandes Rheinland mit den Werkstatträten der rheinischen WfbM, die Informationen zu aktuellen Themen sowie die Möglichkeit des intensiven Austauschs der Werkstatträte untereinander sowie mit dem LVR als Leistungsträger bieten.

5.2.3 Psychisch kranke ältere Menschen

5.2.3.1 Ambulante Angebots- und Leistungsstrukturen

Psychiatrisch-fachärztliche und psychotherapeutische Leistungen

In der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bestehen für ältere Menschen dieselben Angebotsstrukturen wie für jüngere Erwachsene und Erwachsene mittleren Alters. Eine systematische Erfassung der Fachärztinnen und -ärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie liegt ebenso wenig vor wie eine Erhebung des Behandlungsschwerpunkts Gerontopsychiatrie.

Die Inanspruchnahme psychiatrisch-fachärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen durch ältere Menschen ist von 2012 bis 2015 angestiegen. Die Anzahl der Abrechnungen im 4. Quartal 2015 lag um 11% höher als im 4. Quartal 2012.

Im Vergleich der psychiatrisch-psychotherapeutisch arbeitenden Fachgruppen zeigt sich, dass Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie die höchsten Abrechnungszahlen bei älteren Menschen aufweisen. Die Anzahl der Abrechnungen blieb in den letzten Jahren relativ konstant. Anstiege der Abrechnungszahlen zeigen sich in der Psychologischen Psychotherapie, bei Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie sowie in starkem Maße bei Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie (MGEPA, 2017).

Abrechnungszahlen zeigen, dass die Inanspruchnahme psychotherapeutisch arbeitender Fachberufe (ärztliche/psychologische Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie) eher durch „jüngere Alte“ erfolgt, wohingegen die Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr eher die Leistungen von Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie in Anspruch nehmen (MGEPA, 2017).

Daten der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen, dass die häufigste Diagnose in der ambulanten Versorgung die depressive Episode ist, gefolgt von der somatoformen Störung. An dritter Stelle liegt die nicht näher bezeichnete Demenz. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen stehen bei älteren Menschen an sechster Stelle. (MGEPA, 2017).

Integrierte, ambulante Leistungen

Tritt bei Menschen im höheren Lebensalter eine psychische Störung auf, ist in besonderem Maße eine Behandlung unter Berücksichtigung relevanter Faktoren der individuellen Lebenssituation nötig. So ist der Zugang zu Diagnostik und Behandlung barrierefrei zu gestalten und somatische Komorbiditäten sind zu berücksichtigen. Ambulante Leistungen beinhalten neben der psychiatrischen, psychosomatischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Leistung in vielen Fällen Hilfen zur Koordination der Leistungen, ambulante pflegerische Unterstützung, Soziotherapie und Heilmittel. Für Leistungen der sozialpsychiatrischen Dienste, Krisenhilfen, soziotherapeutische Leistungen, Heilmittel, und ambulante psychiatrische Pflege können ältere Menschen auf dieselben Versorgungsstrukturen wie Erwachsene im Alter von 20-59 Jahren zurückgreifen (s. Kap 4.3.).

Gerontopsychiatrische Zentren

Das Konzept der gerontopsychiatrischen Zentren (GPZ) fußt auf drei Säulen der Hilfeleistung: ambulante Diagnostik und Therapie, teilstationäre Behandlungsangebote und gerontopsychiatrische Beratung, insbesondere für Angehörige. Während die Leistungen der ersten beiden Hilfssäulen als Krankenkassenleistungen finanziert werden, fehlt für die Beratungsleistung oft eine Finanzierung.

Im Rheinland wurden seit 2009 14 GPZ mit einer Anreizfinanzierung unterstützt. Bei allen unterstützten Zentren konnte nach Beendigung eine Verstetigung erreicht werden. Je nach Kreis fungieren sowohl Sozialpsychiatrische Zentren als auch Kliniken als Träger. Auch in Westfalen-Lippe existieren äquivalente Angebote.

Gedächtnissprechstunden

In Deutschland erbringen zunehmend spezialisierte Gedächtnissprechstunden umfangreiche, meist multiprofessionelle Demenz- und Demenzausschlussdiagnostik, Beratung zu individuellen Therapieoptionen und zum Umgang mit einer Demenzerkrankung sowohl für Betroffene als auch für Angehörige. In NRW existieren 24 solcher Gedächtnissprechstunden (Hirnliga e.V., 2016).

Demenzservicezentren

Demenz-Servicezentren haben die Aufgabe, die häusliche Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Ihr Anliegen ist die Vernetzung, der Ausbau und die Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote im Wohnquartier der Menschen. Demenz-Servicezentren arbeiten in Kooperation mit vorhandenen Diensten, Einrichtungen und Initiativen in ihrem Einzugsbereich. Die 13 Demenz-Servicezentren in NRW sind - insgesamt flächendeckend - jeweils für bestimmte Regionen zuständig. Eine Ausnahme ist das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Gelsenkirchen.

Kooperation Gerontopsychiatrie und Geriatrie

Für eine enge Kooperation sind die Faktoren räumliche Nähe und enge Kooperation auch auf Trägerseite günstig. Bei der Kooperation zwischen stationären Einrichtungen wurden in einer Befragung des Landesverbandes Geriatrie als regionale Ausgestaltung die Bildung einer interdisziplinären gemeinsamen Station angeführt. Verwirklicht wurde dies am Standort der LWL-Klinik Gütersloh und im Alexianer-Krankenhaus in Krefeld. An anderen Standorten sind die Planungen für eine interdisziplinäre Station weit fortgeschritten oder wurden beantragt. In diesen Einrichtungen stehen Geriatrie und Gerontopsychiatrie unter gleicher Trägerschaft.

Sofern beide Disziplinen im gleichen Gebäude oder auf demselben Gelände lokalisiert sind und den gleichen Träger haben, ist die Kooperation besonders eng und beinhaltet in der Regel Elemente wie gegenseitige Konsiliartätigkeit, gemeinsame Visiten (u.a. auch auf der Intensivstation), gemeinsame Bereitschaftsdienste, interdisziplinäre Fallkonferenzen, Personalrotation oder auch den interdisziplinären Einsatz von Beschäftigten (Fachärztinnen und -ärzten, Psychologinnen und Psychologen), gemeinsame Fortbildungen oder auch interdisziplinäre Behandlungspfade. Bei größerer räumlicher Entfernung bestehen an vielen Standorten gegenseitige Konsiliardienste, außerdem werden gemeinsame Fallkonferenzen, gemeinsame Fortbildungen, Besprechungen oder interdisziplinär durchgeführte Maßnahmen in der Lehre oder der Öffentlichkeitsarbeit aufgeführt.

An einigen Standorten wird eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern gepflegt, die ihre Patientinnen und Patienten dann während des stationären Aufenthaltes konsiliarisch weiterbetreuen.

5.2.3.2 Angebots- und Leistungsstrukturen des Krankenhauses einschließlich der Institutsambulanzen

Eine Darstellung der in NRW verfügbaren Behandlungsplätze für ältere Menschen im Kliniksetting (stationär/teilstationär/Institutsambulanz) befindet sich in Kapitel 4.2.2. Eine systematische Erfassung stationärer gerontopsychiatrischer Angebote findet nicht statt, da keine gesonderte Ausweisung im Krankenhausplan erfolgt.

Daten zur Inanspruchnahme, stationär

Daten aus der Krankenhausdiagnosestatistik zeigen, dass bei Menschen ab 60 Jahren etwa zwei Drittel der psychischen und Verhaltensstörungen in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen behandelt werden. In Bezug auf die Altersverteilung ist zu erkennen, dass ältere Menschen nahezu ausschließlich in der Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt werden. Die Menschen in der Psychosomatik sind in der überwiegenden Mehrheit sog. „junge Alte“.

Für Menschen ab 60 Jahren wurden im Jahr 2014 insgesamt 67.413 stationäre Behandlungsfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen erfasst.

Die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ stehen an erster Stelle, dicht gefolgt vom „Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt“ sowie der „Rezidivierenden depressiven Störung“ und der „depressiven Episode“ an dritter und vierter Stelle. Es zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rangliste der 20 häufigsten Störungen: Männer sind mit Abstand häufiger aufgrund „Psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ in stationärer Behandlung, Frauen

häufiger wegen „Rezidivierender depressiver Störung“ bzw. wegen „depressiver Episode“ (MGEPA, 2017).

5.2.3.3 Medizinische Rehabilitation

Spezielle Angebote zur Rehabilitation Älterer mit psychischen Störungen bestehen in NRW nicht. Den älteren Menschen stehen dieselben Angebote wie auch den Erwachsenen mittleren Alters zur Verfügung.

Im Jahr 2014 entstanden in NRW insgesamt 3.795 Rehabilitationsfälle wegen psychischer Störungen bei Menschen ab 60 Jahren. Hier ist darauf hinzuweisen, dass die gesetzliche Rentenversicherung nur bis zum Eintritt der Regelaltersrente zuständig ist, in der Folge sind die Krankenkassen zuständig.

Über die Hälfte dieser Behandlungen erfolgte aufgrund einer Erkrankung aus dem Bereich der affektiven Störungen. Etwa einem Drittel lag eine Diagnose aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen zugrunde. Zusammen deckten diese beiden Störungsgruppen 88,9% aller Rehabilitationsfälle aufgrund psychischer Störungen für Versicherte im Alter von 60 bis 64 ab.

5.2.3.4 Leistungsstrukturen in der Pflege und Altenhilfe

Die vorliegenden Statistiken auf Landesebene zu Pflegeleistungen geben nur ansatzweise und mithilfe von Schätzungen Auskunft, in welchen Größenordnungen ältere Menschen mit psychischen Störungen welche Leistungen erhalten. Ein Grund hierfür ist z. B., dass die „Demenz“ nur ein für die Pflegestufe 0 bzw. die Leistungen nach § 45 SGB XI ausschlaggebendes Kriterium war, sodass auch keine Notwendigkeit bestand, entsprechend differenzierte statistische Angaben zu den bisherigen Pflegestufen 1-3 zu machen.

Dies hat sich mit dem Pflegestärkungsgesetz II geändert, mit dem seit dem 1. Januar 2017 körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Begutachtung bzw. Festlegung der Pflegegrade einbezogen werden. Das Ausmaß der Selbstständigkeit wird in sechs Bereichen erfasst und bewertet, darunter „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“. Es ist davon auszugehen, dass dies schrittweise die Erkenntnislage zu psychischen Problemstellungen verbessern wird.

In NRW stehen 2.098 stationäre Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung nach SGB XI zur Verfügung. Diesen Einrichtungen halten insgesamt 181.670 Plätze vor (GMK-Berichtsabfrage, Stichtag 31.12.2015). Zur Tagespflege stehen weitere 4.708 Plätze zur Verfügung (Stichtag 31.12.2013). Die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI im Zeitraum 01.01. bis 31.12.2015 betrug in NRW 581.492 Personen. 160.324 Menschen lebten zum Stichtag 31.12.2015 in einem Pflegeheim.

5.2.4 Menschen mit weiteren Beeinträchtigungen

Psychische Störung und Lernschwierigkeiten³⁵

In Deutschland ist etwa ein Prozent der Bevölkerung, das entspricht ungefähr 0,8 Millionen Menschen, von Lernschwierigkeiten betroffen. Von ihnen leiden ca. 30% an einer psychischen Störung. In NRW liegt bei ca. 50.000 Menschen mit Lernschwierigkeiten eine psychische Störung vor (Häßler, 2014; Walsh et al., 2003).

Die sehr begrenzte Datenlage zur Inanspruchnahme deutet darauf hin, dass sich nur ein kleiner Teil dieser Gruppe vom psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem erreicht wird und sich die Frage stellt, ob sich diese mehr als bisher der Menschen mit Lernschwierigkeiten annehmen muss.

Die Behandlung von Menschen mit Lernschwierigkeiten erfordert Kenntnisse der Besonderheiten von Symptomatik und Verlauf psychischer Störungen bei diesen inklusive der kontextabhängigen Verhaltensauffälligkeiten. Die „S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung“ (Häßler, 2014) bietet eine Orientierung.

Psychische Störung, Sinnesbeeinträchtigungen und körperliche Beeinträchtigungen

Für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen sind die therapeutischen Konzepte überwiegend kongruent mit der Regelversorgung. Vorrangiges Problem ist, die Zugänglichkeit zu Hilfen in Bezug auf die jeweilige Beeinträchtigung barrierefrei zu gestalten, insbesondere bei Sinnesbeeinträchtigungen. Die psychiatrische Versorgung ist trotz ihres Problembewusstseins, entsprechender Zielsetzungen und -vereinbarungen und trotz verschiedener Fortschritte in den vergangenen Jahren bislang weder räumlich noch sprachlich, akustisch und optisch umfassend barrierefrei. Bisherige Maßnahmen berücksichtigen - wenn auch nicht immer ausreichend - Menschen mit körperlichen Behinderungen, seltener Personen mit einer Sinnesbeeinträchtigung.

Fachdiskurs Spezialisierung und Regionalisierung

Das Ziel, ein Höchstmaß an Gesundheit, Lebensweltorientierung und Teilhabe ohne Diskriminierung aufgrund der Behinderung zu erreichen, führt in der praktischen Umsetzung zu einem Spannungsfeld zwischen den Möglichkeiten regionaler Versorgung und der Notwendigkeit hochspezialisierter Angebote. In der AG-Arbeit in der beteiligungsorientierten Phase wurde ein Fachdiskurs diesbezüglich geführt.

Fachdiskurs

Pro Regionalisierung und Wohnortnähe

Laut Krankenhausgestaltungsgesetz NRW und dem Krankenhausplan NRW besteht eine regionale Verpflichtung für psychiatrische Krankenhäuser, alle psychiatrischen und

³⁵ Der Begriff „Lernschwierigkeiten“ wird im Folgenden bewusst verwendet, um nicht nur auf die nach ICD-10, Kapitel V unter dem Begriff „Intelligenzminderung“ definierte verzögerte oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten als Beeinträchtigung bzw. Behinderung zu verweisen. Damit soll zugleich darauf hingewiesen werden, dass Behinderung durch die Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die betroffene Menschen an der vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

psychosomatischen Krankheitsbilder bei Menschen mit Lernschwierigkeiten zu behandeln.

Das Leitbild der Inklusion und Zugänglichkeit ist unter Bezug auf die UN-BRK zu beachten. Ziel ist die Vermeidung unzumutbarer Anfahrtswege und weitestgehend die Einbindung der Angehörigen / Peer-Groups / sonstiger Lebensweltbezüge (Schule, Arbeit). Flexibilität im Behandlungssetting bis zum Hometreatment und die Einbindung der Institutsambulanz ermöglichen personelle Behandlungskontinuität settingübergreifend.

Ein regionales Versorgungsmanagement setting- und sektorenübergreifend (Klinik / Fachärztinnen und -ärzte / weitere ambulante SGB-V-Leistungen) ist die Voraussetzung.

In der Erwachsenenpsychiatrie stehen regional ausreichende Versorgungskapazitäten zur Verfügung, um ein Spezialangebot zu entwickeln. Dies kann stationsorientiert, aber auch stations- und settingübergreifend orientiert sein. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die regionale Sicherstellung nur durch eine sektor und settingübergreifende Vernetzung in enger Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe realisierbar.

Es besteht kein umfassender Überblick über das Leistungsgeschehen und die Sicherstellung der Konsiliartätigkeit.

Pro Spezialisierung ggfls. überregional

Schwierige und komplexe Fälle erfordern in Diagnostik und Therapie spezialisiertes Wissen und Erfahrung. In überregionalen Zentren können theoretisches Wissen gesammelt und notwendige Fertigkeiten erworben werden.

Krisenintervention findet regional statt, ggf. auch Behandlungen, aber für besonders schwere oder seltene Fälle sind zusätzlich besondere Plätze notwendig. Kompetenzzentren und Pflichtversorgung schließen sich eher aus.

Spezialangebote werden angenommen, ggf. auch, wenn weite Wege in Kauf genommen werden müssen. Spezialisierung bedeutet qualitativ umfassendere Leistung für die Patientinnen/Patienten. Eine spezifische Diagnostik ist notwendig: dafür ist mehr Zeit für das Erleben Betroffener einzuplanen; dies wirkt sich auch auf die Konsiliartätigkeit aus; diagnostische Einschätzung von Verhalten ist nicht einfach (z. B. Unterschied psychotisches Verhalten zu Verhaltensauffälligkeiten, Beachtung möglicher somatischer Genese).

Aus Landessicht überwiegen die Argumente für eine regionale Sicherstellung von Spezialwissen. Gleichwohl fehlen ausreichende Daten und teilweise regionales Know How.

Bestandsaufnahme

Versorgungssituation bei psychischer Störung und Lernschwierigkeiten

Angebotsstruktur

In Westfalen verfügen vier LWL-Kliniken über Spezialangebote für die Versorgung der Zielgruppe: Die LWL-Kliniken Bochum und Hemer bieten im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanzen Menschen mit Lernschwierigkeiten und einer psychischen Störung Hilfe an. Des Weiteren verfügt die LWL-Klinik in Münster in einem spezialisierten Fachbereich über ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten.

Im Rheinland bieten drei LVR-Kliniken Spezialambulanzen und z. T. Spezialstationen für Menschen mit Lernschwierigkeiten und psychischen Störungen. In der LVR-Klinik in Bedburg-Hau bieten eine Spezialambulanz und eine Station Menschen mit IM aus dem Kreis Kleve im Alter von 18 bis 65 Jahren Behandlung an. In der LVR-Klinik Langenfeld steht ein Kompetenzzentrum für psychisch erkrankte Erwachsene mit IM mit einer Spezialambulanz und vier Stationen darunter eine forensische Station zur Verfügung.

Die LVR Klinik Viersen bietet ambulante Behandlung im Rahmen der Ambulanzen einschließlich aufsuchender Therapie speziell für Kinder und Jugendliche mit Lernschwierigkeiten an.

In der LWL Klinik Marsberg – KJP wird eine fakultativ geschlossen geführte Station für 10-18-jährige intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit akuten psychischen Störungen mit einem heilpädagogisch-therapeutischen Schwerpunkt vorgehalten, die, sofern es die Belegung zulässt, elektive Patientinnen und Patienten auch überregional aufnimmt.

Der LVR hat im Jahr 2000 ein Team für Konsulentenarbeit aufgebaut, das 2006 in das „Institut für Konsulentenarbeit – Kompass“ überführt wurde. Das Team unterstützt Menschen ambulant-mobil mit geistigen und Mehrfachbehinderungen in „festgefahrenen“ Situationen, um gemeinsam mit Angehörigen und Betreuungspersonen neue Perspektiven zu erarbeiten.

Inanspruchnahme

Eine Auswertung der ICD-10-Daten der Krankenhausstatistik gibt nur sehr begrenzt Anhaltspunkte, da im Rahmen der Statistik nur führende Behandlungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) erfasst werden. Da mit der vorliegenden Datenlage nicht darstellbar ist, wie oft bei anderen Hauptdiagnosen zusätzlich Lernschwierigkeiten vorliegen, wird auf eine auf Datenangaben verzichtet.

Menschen mit psychischen Erkrankungen und Sinnesbeeinträchtigungen / körperlichen Behinderungen

Besondere Bedarfe bestehen hier auf Barrierefreiheit und auf konzeptionelle spezifische Anpassungen bezogen. Spezialangebote für Menschen mit psychischen Störungen und Sinnesbeeinträchtigungen sind für NRW nicht bekannt. Daten zur Barrierefreiheit für Sinnesbeeinträchtigungen und körperlichen Beeinträchtigungen liegen nicht vor.

5.2.5 Menschen mit Suchtproblemen

Die psychiatrische Versorgung und die Suchtkrankenversorgung verfügen über unterschiedliche Traditionen und weisen unterschiedliche Versorgungsstrukturen auf. Deswegen sieht das Land NRW unterschiedliche Planungsgrundlagen für beide Hilfesysteme vor.

Trotz der in weiten Teilen bestehenden Unterschiede in den Versorgungsstrukturen wird ein Teil suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangeboten behandelt. So finden in der psychiatrischen klinischen und ambulanten Versorgung fachübergreifend neben qualifizierten Entzugsbehandlungen auch Behandlungen psychiatrischer Komorbidität (Doppel- und Mehrfachdiagnosen) statt. Ebenfalls werden Angebote der Substitutionsbehandlung vorgehalten

und ist der Zugang zur ambulanten Psychotherapie nach dem Psychotherapeutengesetz möglich.

Die niedrigschwelligen Hilfe- und Beratungsangebote sowie die psychosoziale Betreuung, die Förderung der sozialen und beruflichen Teilhabe und die medizinische Rehabilitation sind der Suchthilfe zuzuordnen. Gleichwohl ergeben sich in Bezug auf spezifische Zielgruppen auch über diese Differenzierung und Zuordnung Schnittmengen, in denen beide Hilfesysteme mit unterschiedlicher Intensität und unterschiedlicher fachlicher Zuständigkeit tätig sind. Hier sind insbesondere die Wohnungslosenhilfe und die Straffälligenhilfe zu nennen, sofern Komorbidität vorliegt. Auf Grund der Vielzahl von Schnittstellen kommt der Zusammenarbeit auf der Ebene der Kooperation, Koordination und Fallsteuerung zwischen Psychiatrie und Suchthilfe ein großer Stellenwert zu.

Dabei bezieht sich die Zusammenarbeit auf die Vermittlung und Übernahme sowie die Koordination und Fallverantwortung in der gemeinsamen Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten. Die unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Strukturen spiegeln sich in der Zuordnung der Leistungsangebote zur Suchthilfe und Psychiatrie und in der Ausgestaltung wider:

Suchthilfe:

- Sucht- und Drogenberatungsstellen sowie niedrigschwellige Kontakt-Angebote der kommunalen Suchthilfe
- Unterstützungsleistungen zur soziale und berufliche Teilhabe
- Suchtrehabilitation als medizinische Rehabilitation (stationär, teilstationär, ambulant)
- Suchtselbsthilfe

Behandlung suchtkranker Menschen in der Psychiatrie:

- kommunale Sozialpsychiatrische Dienste (ÖGDG NRW und PsychKG)
- suchtpsychiatrische Krankenhausbehandlung und Qualifizierte Entzugsbehandlung
- Behandlung von Doppeldiagnosen und Komorbidität als Krankenhausbehandlung
- Leistungen der niedergelassenen Fachärzteschaft (ambulante Entzugsbehandlung, Substitutionsbehandlung, Behandlung von psychischen Störungen oder Komorbidität sowie chronisch mehrfach Abhängigen)
- Ambulante Psychotherapie (Richtlinien-Psychotherapie, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil bzw. bei Komorbidität)

Bestandsaufnahme

In den bereits angeführten Statistiken zu Behandlungsdiagnosen weisen ca. ein Drittel der Krankenhausbehandlungsfälle und ca. ein Viertel der ambulanten Behandlungsfälle bei der niedergelassenen Fachärzteschaft F10-F19 Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) auf.

Eine weitergehende systematische Bestandsaufnahme ist in NRW nicht erfolgt. Insofern werden hier nur Einzelaspekte aus der Teilnehmerbefragung im Rahmen der Arbeitsgruppe im beteiligungsorientierten Verfahren angeführt.

Insgesamt ist die kommunale Planung für Schnittstellen regional unterschiedlich entwickelt und ausgestaltet. Daraus ergeben sich vielfach Brüche in den Behandlungsverläu-

fen. Die Beratungsstellen sind für die Vorbereitung und Übernahme nach stationären Aufhalten personell nicht immer ausreichend ausgestattet. Die Finanzierung der Aufnahmebegleitung in die Reha ist nicht geregelt. Brüche in der Überleitung führen zu Wartezeiten und Motivationsverlust. Aufgrund der einzuhaltenden Schweigepflicht können Behandlungsinformationen zwischen den Versorgungssystemen nicht oder zumindest erst nach Vorlage einer Erklärung von der Entbindung der Schweigepflicht ausgetauscht werden.

Charakteristisch für die Suchterkrankung ist nach wie vor eine späte Inanspruchnahme des Hilfesystems. Auch wenn Betroffene sich früher in Behandlung begeben, kann das System nicht immer schnell genug agieren. Zudem ist die Beteiligung der niedergelassenen Fachärzteschaft und der Psychologischen Psychotherapeuteschaft mit Kassenzulassung noch nicht zufriedenstellend. Ambulante Psychotherapie ist faktisch die Ausnahme.

Es besteht Sorge um Stellenwert und Bedeutung der Suchtbehandlung in der Krankenhausversorgung durch Verzicht auf eine gesonderte Planung auf Landesebene.

5.2.6 Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte

5.2.6.1 Klinische Angebote und Inanspruchnahme einschließlich Ambulanzen

Stationäre und teilstationäre Angebote - Erwachsene und Kinder/Jugendliche

Die Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik in NRW haben sich seit der Veröffentlichung der Sonnenberger Leitlinien dieser Zielgruppe verstärkt - wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß - geöffnet.

Im stationären und teilstationären Sektor gibt es keine spezifischen Angebote. Hier steht die Umsetzung der Anforderungen in Bezug auf Personalbesetzung und Sprachmittlung im Fokus der Konzepte. So haben beispielweise einzelne Klinikverbünde Beschäftigten aus Behandlung und Pflege und anderen Berufsgruppen, sowie Patientinnen und Patienten und Angehörigen/Interessierten verschiedene kultursensible Tools zur Verfügung gestellt. Zudem wird aus Kliniken berichtet, dass bei Bedarf Sprach- und Kulturmittlung bzw. Sprach- und Integrationsmittlung eingesetzt und regelmäßig Fortbildungen durchgeführt werden.

Im Bereich der Institutsambulanzen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten ein Netz von interkulturellen Ambulanzen etabliert. Eine flächendeckende Angebotsstruktur ist nicht vorhanden. Im Rheinland werden an mehreren Kliniken migrationsspezifische Ambulanzen vorgehalten, auch in Westfalen werden in verschiedenen Regionen Ambulanzleistungen für spezifische Migrantengruppen angeboten.

Für psychisch belastete Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen sind in Aachen und Münster spezifische Ambulanzen entwickelt worden.

5.2.6.2 Inanspruchnahme

Die Datenlage ist nicht ausreichend für eine detaillierte und valide Darstellung der Inanspruchnahme von Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen. Untersuchungen zur Versorgungslage von Migrantinnen und Migranten weisen darauf hin, dass diese zwar mehr Notfallleistungen erhalten, aber weniger ambulante psychotherapeutische Behand-

lungen und rehabilitative Angebote (Borde et al., 2003). Auch im europäischen Vergleich zeigen sich Hinweise, dass Migrantinnen und Migranten unter den unfreiwilligen Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie immer noch überrepräsentiert sind, signifikant kürzere Verweildauern in der Behandlung haben und diese seltener regulär beenden als einheimische Patientinnen und Patienten (Mulder et al., 2006). In einer Umfrage in 350 psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken (Schouler-Ocak M. et al., 2008) hatten 17% der Patientinnen und Patienten eine Migrationsgeschichte.

Angaben über die Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen mit Migrationsgeschichte im stationären und teilstationären Bereich insgesamt liegen dem MGEPA nicht vor.

Im Rahmen der Ausschussarbeit wurde berichtet, dass es bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen mit hoher psychischer Belastung zunehmend zu Krisenvorstellungen und Notaufnahmen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken kommt. Die Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken für akute Kriseninterventionen reichen oft nicht aus, um der Komplexität der Belastungen unter Einschluss von traumatischen Erlebnissen im Heimatland, Flucht- und Migrationserfahrung mit der gebotenen Kultursensibilität, migrationspsychiatrischer und psychotraumatologischer Expertise hinreichend Rechnung zu tragen.

5.2.6.3 Ambulante Angebote, Behandlung und psychosoziale Hilfen – Angebotsstruktur und Inanspruchnahme

Fachärzteschaft und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Bei der niedergelassenen Fachärzteschaft und der niedergelassenen Psychotherapeutenchaft liegen nur begrenzt Informationen über kultursensible Angebotsstrukturen vor. So sind zum Teil bei den migrationspezifischen Fachgesellschaften und Verbänden Listen und bei den Kammern Informationen über muttersprachliche und fremdsprachliche Behandlerinnen und Behandler zu beziehen.

Mit der Verordnung zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wurde 2015 die Ärzte-Zulassungsverordnung um den bedarfsunabhängigen Ermächtigungstatbestand der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, ergänzt. Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung (persönliche Ermächtigung) oder psychosoziale Einrichtungen mit einer fachlich-medizinischen ständigen ärztlichen Leitung können eine Zulassung beantragen.

In Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer NRW werben die Kassenärztlichen Vereinigungen intensiv für die Beteiligung bislang nicht vertragsärztlich tätiger Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Versorgung von Flüchtlingen. Bis Mitte Oktober 2016 wurden in Westfalen-Lippe zehn und in Nordrhein 13 Ermächtigungen erteilt.

Psychosoziale Zentren

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) bieten Psychotherapie, psychosoziale Beratung, therapiebegleitende Sozialarbeit für Flüchtlinge, die durch Ver-

folgung, Folter, Haft, Krieg und durch die Flucht traumatisiert sind oder die psychisch erkrankt sind. Zudem bieten die PSZ Informationen, Fachberatung, Fortbildungen und manche auch Supervision für in der Flüchtlingsarbeit haupt- und ehrenamtlich Tätige an.

Das Ministerium für Inneres und Kommunales NRW finanziert mit einem Festbetragszuschuss über das Landesprogramm „Soziale Beratung für Flüchtlinge“ mindestens 3,5 Vollzeitstellen pro Zentrum.

In jedem Regierungsbezirk gibt es mittlerweile mindestens ein PSZ. Zurzeit sind PSZ vorhanden in Aachen, Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Hagen, Köln, Lüdenscheid, Mönchengladbach, Münster, Paderborn, Siegen und im Kreis Wesel (Dinslaken, Moers). Die Psychosozialen Zentren sind in NRW in einem Netzwerk (<http://www.psz-nrw.de>) und auf Bundesebene in einer Bundesarbeitsgemeinschaft (<http://www.baff-zentren.org/>) zusammengeschlossen. Die Anfragen an die PSZ übersteigen deren Kapazitäten.

Sozialpsychiatrische Dienste

Das Leistungsangebot der sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) ist im Abschnitt 6.2.2 beschrieben. Menschen mit Migrationsgeschichte mit einer psychischen Störung oder seelischen Behinderung gehören zu der Zielgruppe der Angebote der SpDi's.

Im Rahmen der von FOGS durchgeführten Befragung gaben rund zwei Drittel der befragten Kreise und kreisfreien Städte an, in mehreren Sprachen zu beraten (FOGS, 2016). Die Mehrzahl von ihnen gab an, auf Hilfen zurückgreifen zu können.

Bei den fünf kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten lag der durchschnittliche Anteil der Klientinnen und Klienten mit Migrationsgeschichte bei 23,5 %.

Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration

Im Rheinland fördert der LVR sechs Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM) in Aachen, Bonn, Duisburg, Essen, Köln und Solingen im Umfang einer Vollzeitstelle.

Die SPKoM unterstützen die interkulturelle Öffnung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen in den ihnen zugewiesenen Regionen, die jeweils ca. 1,2 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner und zehn Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) umfassen. Sie setzen Impulse zur interkulturellen Öffnung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen und organisieren Schulungen zur interkulturellen Kompetenz. In enger Kooperation mit den SPZ entwickeln sie Informationsmaterialien, Newsletter, Fortbildungsangebote und Supervision, Fachtage und Leitlinien. Sie fördern die Vernetzung der sozialpsychiatrischen Einrichtungen mit weiteren Beratungseinrichtungen und Migrant*innenorganisationen und unterstützen Migrantinnen und Migranten bei der Gründung von Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus bieten sie Erstberatung in Einzelfällen und Information über gemeindepsychiatrische Angebote für Migrantinnen und Migranten.

Selbsthilfe

Die Selbsthilfe von Migrantinnen und Migranten hat sich bisher nur in geringem Umfang etablieren können. Möglicherweise greift auch ein anderes kulturelles Hilfeverständnis: Man hilft sich entweder selbst bzw. innerhalb der Familie, oder man greift auf Expertinnen und Experten zurück.

War migrationsbezogene Selbsthilfe lange wenig im Blick, so engagieren sich in NRW die vorrangig Selbsthilfe fördernden Institutionen aktuell verstärkt für eine Verbesserung. 2013 und 2014 wurden einzelne Aktivitäten gefördert. So richteten sich bspw. Projekte in einzelnen Regionen vorrangig an türkischsprachige Gruppen, im Kreis Gütersloh wurden alle Menschen mit Migrationsgeschichte angesprochen (Gesetzliche Krankenkassen/-verbände in NRW, 2015).

Soziale Teilhabe und Teilhabe an Bildung

Anspruch auf Leistungen zur Eingliederungshilfe nach dem SGB XII haben nur Menschen mit einem gesicherten Aufenthaltsstatus. Im Rahmen des Förderprogramms „Soziale Beratung von Flüchtlingen in Nordrhein-Westfalen“ wird eine soziale Beratung durch das Ministerium für Inneres und Kommunales bereitgestellt. Psychosoziale Hilfen mit dem Ziel der Stabilisierung können neben der Beratung Hilfen zur Tagesgestaltung und Alltagsbewältigung sein (Freizeitangebote, niedrigschwellige Kontaktangebote, Verhaltenstraining, etc.).

Die Psychosozialen Zentren halten solche Angebote in unterschiedlichem Umfang vor. Auch bieten Träger der Gemeindepsychiatrie bzw. die Wohlfahrtspflege Maßnahmen an über Projektfinanzierung (ESF, Land etc.) an. Ein landesweiter Überblick über die Angebotssituation liegt nicht vor.

Ein Überblick, wie hoch der Anteil der Migrantinnen und Migranten in Angeboten der Eingliederungshilfe ist, liegt weder dem MGEPA noch dem MAIS vor. Im Kennzahlenvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger sind hierzu keine Angaben angeführt.

5.2.7 Menschen im Maßregelvollzug

Der Maßregelvollzug dient der Behandlung von psychisch kranken und suchtkranken Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung Straftaten begangen haben. Zur Vermeidung neuer Straftaten und zum Schutz der Bevölkerung sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Mitpatientinnen und Mitpatienten müssen die notwendige psychiatrische Behandlung der den Straftaten zugrunde liegenden Erkrankung sowie die Rehabilitation und Wiedereingliederung unter entsprechend gesicherten Bedingungen stattfinden. Der Gesetzgeber spricht von „Maßregeln der Besserung und Sicherung“. Zu diesen Maßnahmen gehören die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) sowie die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf den Maßregelvollzug nach § 63 StGB.

Der Maßregelvollzug ist eine staatliche Aufgabe des Landes. Gesetzliche Regelungen zur Durchführung sind im Maßregelvollzugsgesetz NRW normiert. Zuständig sind das Gesundheitsministerium, als Landesoberbehörde die oder der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug sowie die Direktorin bzw. der Direktor des jeweiligen Landschaftsverbandes als untere staatliche Maßregelvollzugsbehörde. Zusätzlich wurden zwei Träger für den Betrieb der Maßregelvollzugseinrichtungen in Duisburg und Münster-Amelsbüren belien.

Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs werden in NRW in 14 Maßregelvollzugseinrichtungen sowie 23 allgemeinspsychiatrischen Kliniken und Einrichtungen behandelt. Aktuell (Stichtag 1.1.2017) gibt es in NRW knapp 2.000 Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB, von denen etwa 80 % stationär

untergebracht sind. Die Zahl der Untergebrachten ist über einen sehr langen Zeitraum kontinuierlich angestiegen. Neben den Patientinnen und Patienten, die sich noch im Maßregelvollzug befinden, werden in NRW über 500 ehemalige Patientinnen und Patienten im Rahmen der Nachsorge durch den Maßregelvollzug betreut.

Bei ca. 50% der Betroffenen liegt als Hauptdiagnose eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Der Anteil dieser Patientinnen und Patienten hat sich in den vergangenen 10 Jahren erhöht. Weitere wesentliche Diagnosegruppen sind Persönlichkeitsstörungen sowie hirnorganische Störungen und Lernschwierigkeiten. Doppel- und Mehrfachdiagnosen sind dabei weit verbreitet. Rund 30% der Betroffenen sind wegen Körperverletzungen untergebracht. Weitere maßgebliche Deliktgruppen sind Sexualstraftaten und Tötungsdelikte.

Rund 75% der Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten (§ 63 StGB) wurden vor einer Unterbringung im Maßregelvollzug in einer Klinik der Allgemeinpsychiatrie stationär behandelt (Daten: LWL, Stichtag: 01.11.2016). Aus wissenschaftlichen Untersuchungen von schizophrenen Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten ist bekannt, dass das Unterbringungsdelikt in fast 30% der Fälle in einem Zeitraum von bis zu 3 Monaten nach einer Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik stattfindet (Piontek et al., 2013).

Schnittstellen während des Maßregelvollzugs

Der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten ist stationär in einer der 14 Maßregelvollzugseinrichtungen untergebracht. Daneben lassen der Behandlungsstand und die geringe Gefährlichkeit bei rund 10% der Betroffenen eine Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie zu. Von dieser Möglichkeit wird in größerem Umfang im Landesteil Westfalen-Lippe Gebrauch gemacht. Dort sind die Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs entweder in spezialisierten Stationen oder gemeinsam mit denen der Allgemeinpsychiatrien des Landschaftsverbandes untergebracht. Daneben gibt es kleinere Kontingente und einzelfallbezogene Lösungen, in denen psychiatrische Kliniken oder psychiatrische Abteilungen von Krankenhäusern für die Behandlung von forensischen Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Beleihung mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet werden.

Ein erheblicher zeitlicher Anteil der Maßregelvollzugsunterbringung entfällt auf die Vorbereitung der Entlassung. In diesem Rahmen wird unter Kostenträgerschaft des Landes das Setting erprobt, das den Betroffenen nach der Entlassung ein Leben ohne erneute Delikte ermöglichen soll. Dabei wird in der Regel zunächst außerhalb der Klinik weiter behandelt, um psychische und emotionale Stabilität sowie lebenspraktische und soziale Fähigkeiten in einem neuen sozialen Umfeld weiter zu entwickeln. Entsprechend des Bedarfs und des Grades der Selbstständigkeit kann diese Behandlung außerhalb der Klinik in einer Wohnung im Rahmen des ambulant „Betreuten Wohnens“, in einer Wohngemeinschaft, in einem Wohnheim oder in einer stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Während der sogenannten Beurlaubung werden die Patientinnen und Patienten unter schrittweise weniger kontrollierten Bedingungen in enger Zusammenarbeit zwischen den Bezugstherapeuten der abgebenden Station bzw. dem Team der Forensischen Ambulanz und den Leistungsanbietern der Gemeindepsychiatrie betreut. Aus den dafür erforderlichen Angeboten ergeben sich Schnittstellen mit den psychiatrischen Hilfesystemen.

Schnittstellen nach der Entlassung

Forensische Ambulanzen sorgen für die notwendige Transparenz bei der Überleitung und den erforderlichen Wissenstransfer von den Kliniken zu den nachsorgenden Leistungsanbietern im Sinne eines qualifizierenden Dienstes. Darüber hinaus haben die Forensischen Ambulanzen – im Rahmen ihrer überwiegend aufsuchend-nachgehenden Arbeitsweise – sicherzustellen, dass auch nach der Entlassung eine ständig wiederkehrende Risikoeinschätzung vorgenommen wird. Früherkennung und ein gesichertes Krisenmanagement sind wesentliche Merkmale einer qualifizierten Nachsorge durch die Forensischen Ambulanzen.

Die Anforderungen an Angebote für ehemalige Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs werden durch die zu erwartende Zunahme von Entlassungen aufgrund einer Unverhältnismäßigkeit der Unterbringungsdauer weiter steigen. Meist handelt es sich hier um diejenigen, bei denen die Klinik aufgrund ihrer Legalprognose keine weitgehenden Vollzugslockerungen gewähren konnte. Daher kann es Fälle geben, in denen der Entlassung keine ausreichende Vorbereitung auf das Leben außerhalb des Maßregelvollzugs vorausgehen kann. Hier ist eine besonders enge Kooperation mit der Gemeindepsychiatrie erforderlich.

5.3 Strukturen und Ausrichtung der Hilfen

5.3.1 Integrierte Hilfeplanung

Bisher gibt es nur begrenzt im SGB IX Zuständigkeiten- und Strukturregelungen für das Zusammenwirken der verschiedenen Maßnahmen, die zugunsten einer Person gleichzeitig und nacheinander ergriffen werden. Zudem haben die bereits vorhandenen Regelungen noch nicht ausreichend Wirkung entfaltet. Mit dem Bundesteilhabegesetz sind ab 2017 neue Regelungen für verbindliche Kooperation und Verfahren vorgegeben.

Für den Bereich Behandlung sind Vorgaben zur Behandlungsplanung im Patientenrechtegesetz, in Behandlungsleitlinien bzw. G-BA-Richtlinien und den Vorgaben zum Entlassmanagement und Versorgungsmanagement verankert. Es besteht Weiterentwicklungsbedarf in Bezug auf die konkrete Ausgestaltung.

Im Bereich von Arbeit und Beschäftigung außerhalb der Teilhabe am Arbeitsleben sind keine dezidierten Vorgaben im SGB II und im SGB III verankert. Hier sind die Empfehlungen und Geschäftsanweisungen der BA richtungsweisend - so auch im 4-Phasen Modell. Orientierung bieten die Veröffentlichungen des Instituts für Arbeitsmarktforschung und weitere Projekte im Rahmen der Arbeitsmarkt- und Sozialforschung.

Im Bereich Pflege sind Vorgaben durch die neuen Begutachtungsinstrumente des Pflegestrukturgesetzes II (PSG II) sowie der Stärkung der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten gegeben.

5.3.1.1 Bestandsaufnahme

Durch die Konzeption des personenzentrierten Ansatzes (Kruckenberg et al., 1998) in der psychiatrischen Versorgung wurden die Anforderungen an Hilfeplanung insbesondere bei komplexem Hilfebedarf konkretisiert. In der Folge wurde die Umsetzung dieser

Anforderungen in Implementationsprojekten auf Bundesebene und in NRW in Projektregionen erprobt³⁶.

Die FOGS-Studie beinhaltet eine Bestandsaufnahme für NRW.

Integrierte Hilfeplanung durch die Eingliederungshelfer

In NRW sind die beiden überörtlichen Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig. Für alle in § 2 Abs. 1 AV-SGB XII NRW aufgeführten Leistungen und damit weitgehend für die relevanten Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen. Die Zuständigkeit beinhaltet dabei gem. § 2 Abs. 2 AV-SGB XII NRW auch die Planungsverantwortung und die Ermittlung des Bedarfs.

Sowohl der LVR und LWL setzen im Bereich der Eingliederungshilfe individuelle Hilfeplanverfahren um. Beide Landschaftsverbände binden dabei im gesamten Verfahren soweit möglich auch andere Leistungsträger ein.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Der LWL setzt in 21 zu seinem Zuständigkeitsbereich gehörenden Kommunen das Hilfeplan- bzw. Clearingverfahren als Standardverfahren für Menschen mit Behinderungen um, das aus folgenden Verfahrenselementen besteht:

- Beratung der antragstellenden Personen (durch Leistungsträger und -anbieter)
- Erhebung des individuellen Hilfebedarfs durch den Leistungsanbieter mittels eines vom LWL entwickelten Hilfeplaninstruments (drei Bogen)
- einschließlich einer obligatorisch durchzuführenden Hilfeplankonferenz (Clearing).

Nach Abschluss der sozialhilferechtlichen Prüfungen führt der LWL die Bedarfsermittlung und -feststellung durch und bewilligt die wohnbezogenen Leistungen nach §§ 53 ff SGB XII. Die Hilfeplankonferenz bzw. das Clearing wird i. d. R. vom Hilfeplaner oder der Hilfeplanerin des LWL geleitet. Desweiteren ist die Hilfeplankonferenz (zumindest) mit je einer Vertreterin/Vertreter des Sozial- oder Gesundheitsamtes der zuständigen kreisfreien Stadt / des Landkreises, eines ambulanten und eines stationären Leistungserbringers besetzt.

Landschaftsverband Rheinland

Auch der LVR hat ein Planungs-Verfahren entwickelt, um den individuellen Hilfebedarf zu ermitteln. Dabei wird der Hilfe- und Unterstützungsbedarf im gemeinsamen Gespräch erarbeitet und im Hilfeplan beschrieben. Als Gesprächsgrundlage und Planungsbogen wird gegenwärtig der ICF-orientierte Individuelle Hilfeplan (IHP 3.1) eingesetzt. Der Hilfeplan bildet alle Bedarfe ab und ist die Grundlage für einen Antrag auf Wohnunterstützung beim LVR. Auf der Basis des ausgefüllten Hilfeplanbogens bewilligt der LVR ggf. nach Beratung in der örtlichen Hilfeplankonferenz und nach den vorgeschriebenen sozialhilferechtlichen Prüfungen ein maximal bedarfsdeckendes zulässiges Budget für Unterstützungsleistungen.

Die Hilfeplankonferenz der jeweiligen Stadt oder des jeweiligen Kreises setzt sich aus Personen von folgenden Trägern und Anbietern zusammen (LVR, 2015):

³⁶ Abschlussbericht „Implementation PzA in NRW APK 2008

- Vertretungen des LVR, des örtlichen Trägers der Sozialhilfe, des Gesundheitsamtes,
- Vertretungen ambulanter und stationärer Leistungsanbieter
- Vertretung von SPZ bzw. KoKoBe bzw. Suchtberatung.

Integrierte Hilfeplanung durch weitere Leistungsträger

Die weiteren Leistungsträger schreiben in der Regel keine integrierte Hilfeplanung vor. Seitens der Krankenkassen wird davon ausgegangen, dass die Leistungserbringer eine Behandlungsplanung durchführen. Erst durch die differenzierteren Vorgaben durch das Versorgungsstärkungsgesetz zum Versorgungsmanagement wird zukünftig der Fokus auch auf den Schnittstellen zu den anderen Versorgungsbereichen liegen müssen. Einzige Ausnahme im Behandlungsbereich ist die ambulante Psychotherapie, hier schreibt die Richtlinie einen psychotherapeutischen Behandlungsplan vor.

Seitens der Träger der Arbeitsförderung werden den Fallmanagern dezidierte Verfahren zur Planung vorgegeben, diese betreffen jedoch nur die eigenen Leistungen. Gleiches gilt für die Rentenversicherung.

Nur im Bereich der Pflege bestehen für die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte Vorgaben zur integrierten Versorgungsplanung. Dem MGEPA liegen zur Anwendung bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen keine Informationen zum Umfang vor.

Bewertung - Evaluation und Fachdiskurs

Die FOGS-Studie beinhaltet eine Befragung, wie die Kommunen die Hilfeplanverfahren einschätzen. Die Mehrzahl der antwortenden Kommunen misst den Hilfeplankonferenzen (HPK) für die einzelfallbezogene Steuerung der Eingliederungshilfe-Leistungen einen hohen Stellenwert zu, u. a. auch deshalb, weil es möglich ist, gemeinsam mit den Betroffenen eine Hilfeplanung zu erarbeiten. (FOGS, 2016).

Zudem wird berichtet, dass sowohl in westfälischen als auch in rheinischen Kommunen neben den HPK sog. „Clearing-Gruppen“ oder „Runde Tische“ bestehen, in denen besondere Fälle (sog. „Systemsprenger“ wie z. B. „Verwahrfälle“, die längere Klinikaufenthalte aufweisen, und die in geschlossenen Einrichtungen untergebracht werden sollen, jüngere chronisch psychisch kranke Menschen mit herausforderndem Verhalten) erörtert. In diesen Fallkonferenzen arbeiten vergleichbare Akteure wie in der HPK sowie Fachkräfte der (zuständigen) psychiatrischen Kliniken/Abteilungen mit.

Bemängelt wurde auch in der Ausschussarbeit zur Erarbeitung der Landespsychiatrieplanung, dass nicht alle Leistungsträger in die Hilfeplanung durchgängig einbezogen sind, insbesondere nicht in die Hilfeplankonferenz. Dabei wurden vor allem die Krankenkassen als Leistungsträger, aber auch die Leistungserbringer im Bereich Behandlung genannt. Als Schwierigkeit seitens der Krankenkassen wurde die große Zahl beteiligter Krankenkassen angeführt und dass die HPKs für jede einzelne Krankenkasse bei nur wenigen Fällen mit hohem Aufwand verbunden sind. Gleiches gilt so auch für die niedergelassene Ärzteschaft in Bezug auf den Aufwand, der nicht vergütet wird.

5.3.2 Regionale und überregionale Steuerung

Die regionale und überregionale Steuerung war ein weiterer Evaluationsschwerpunkt der FOGS-Studie.

5.3.2.1 Regionale Steuerung

Kommunale Psychiatriekoordination und Psychiatriepläne

In NRW sind in insgesamt 36 Kreisen und kreisfreien Städten Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren (Umfang von 0,1 bis 1,0 Stelle) tätig. Deren koordinative und vernetzende Aufgaben beziehen sich oftmals sowohl auf Angebote von Menschen mit psychischen Störungen als auch auf Hilfen für suchtkranke Personen. Organisatorisch liegt die Psychiatrie- und Suchtkoordination überwiegend im Gesundheitsamt. Der Psychiatrie- bzw. Suchtkoordination kommt eine wichtige Rolle für Planung, Steuerung und Vernetzung örtlicher Hilfesysteme zu, gleichwohl werden Ressourcenprobleme auf Grund der Vielzahl von administrativen Tätigkeiten gesehen. (FOGS, 2016).

Für 15 kommunale Gebietskörperschaften (schriftliche Befragung) konnten von FOGS Psychiatriepläne bzw. -berichte erfasst werden. Auffallend ist, dass die Psychiatriepläne oftmals älter als zehn Jahre sind, die neusten (zwei) Psychiatriepläne stammen aus dem Jahr 2009. Kein Psychiatrieplan enthält explizite Hinweise auf Planungshorizonte, in denen vereinbarte Handlungsvorschläge umgesetzt werden sollen. Im Vergleich dazu sind die Psychiatrieberichte häufiger aktueller; so wurden vier Berichte in den letzten vier Jahren erstellt.

Kommunale Gesundheitskonferenzen

In der Datenrecherche konnten von den insgesamt 53 Kommunalen Gesundheitskonferenzen 47 recherchiert werden. Die KGK sind vorrangig auf die Mitwirkung an der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (z. B. Erstellung von „Basisberichten“) und auf eine Verbesserung der lokalen gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet. Im Vergleich zu dieser Funktion hat Planung, Weiterentwicklung und Vernetzung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote – trotz des Bestehens z. T. darauf ausgerichteter Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreise – gegenwärtig eine eher nachrangige Bedeutung (FOGS 2016).

In den KGK sind neben Vertreterinnen und Vertretern der Politik und der Leistungsträger Leitungskräfte aus Diensten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie Selbsthilfevertretende repräsentiert. Die KGK stellen – im Vergleich zu anderen Gremien – am ehesten „Entscheidungsgremien“ dar; von ihnen gehen – allerdings zwischen den Kommunen sehr unterschiedlich ausgeprägt – wichtige Impulse für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung aus (FOGS, 2016).

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Für 32 Kommunen konnten Angaben zu Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) erfasst werden. In den PSAG, die i. d. R. schon seit vielen Jahren bestehen, wirken vorrangig Gesundheitsämter, SpDi, psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen sowie ambulante und stationäre Wohneinrichtungen für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen, WfbM, Beratungsstellen und i. d. R. Psychiatrieerfahrene und Angehörige mit. Aufgaben der PSAG sind die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote, die Psychiatrieplanung sowie die fallbezogene Zusammenarbeit. Darüber hinaus dienen die PSAG vor allem dem Informations- und Erfahrungsaustausch, der Verbesserung der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit, der Vorstellung neuer Angebote sowie der Diskussion psychiatrierelevanter Themen. Eine i. e. S. Steuerungs- und Koordinationsfunktion wurde Ihnen nicht zugemessen. Die Verbindlichkeit der in den

PSAG getroffenen Vereinbarungen wurde von einigen Befragten als (sehr) begrenzt eingeschätzt (FOGS, 2016).

Gemeindepsychiatrische Verbände

In der schriftlichen Befragung konnten 13 Gemeindepsychiatrische Verbände ermittelt werden. Misst man die GPV an den Qualitätsstandards der BAG GPV e.V.³⁷, so zeigt sich, dass deren Arbeit i. d. R. auf einer schriftlichen Grundlage (Geschäftsordnungen, Kooperationsvereinbarungen bzw. -verträge) basiert, dass die für die jeweiligen Regionen oder Kreise und kreisfreien Städte relevanten Leistungsanbieter in ihnen repräsentiert sind und dass ihr Aufgabenspektrum von der einzelfallbezogenen Steuerung (u. a. Strukturierung von Aufnahme, Über- und Abgabe gemeinsamer Klientinnen und Klienten) über die Vereinheitlichung von Dokumentation und Qualitätssicherung bis zur Weiterentwicklung psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen reicht.

Aus den Gesprächen der Tiefenerhebung geht hervor, dass sich die GPV erwartungsgemäß vor allem als Leistungserbringer-Verbände verstehen, aber auch Psychiatric-Erfahrene und Angehörige eine wichtige Rolle spielen. Die GPV stellen aus Sicht der Interviewten – auch im Vergleich zur PSAG und anderen Planungs- und Vernetzungsgremien – die zentrale Koordinations- und Vernetzungsinstanz für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in ihrer Kommune sowohl auf der Fall- als auch Angebots-ebene dar. Entwicklungsbedarfe werden – je nach Ausgangssituation – insbesondere im Hinblick auf die Implementierung leistungsanbieterübergreifender Krisendienste und in der Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen gesehen.

In den Kommunen, die gegenwärtig über keinen Gemeindepsychiatrischen Verbund verfügen, scheiterten die Versuche, ebenfalls einen GPV zu konstituieren, vornehmlich an der kritischen Haltung bzw. der Konkurrenz der Leistungsanbieter. Gleichwohl zielen weiterhin die Anstrengungen darauf, mittelfristig Gemeindepsychiatrische Verbände aufzubauen (FOGS, 2016).

Regionale Planungskonferenzen und weitere Gremien

Die im Rahmen von Datenrecherche und Breitenerhebung im Rheinland und in Westfalen-Lippe erfassten 29 Regionalen Planungskonferenzen bzw. Regionalkonferenzen spielen bisher – wie aus den vertiefenden Interviews hervorgeht – für die Steuerung, Planung und Vernetzung psychiatrischer und psychosozialer Angebote in den jeweiligen Regionen bzw. Kreisen und kreisfreien Städten keine große Rolle. Sie dienen vielmehr der Darstellung und Diskussion der Fallzahl- und Angebotsentwicklung vorrangig von Wohnhilfen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährt werden (FOGS, 2016).

Bewertung

Nach der FOGS-Studie und in der Ausschussdiskussion ergaben sich keine Hinweise auf Gremien, in denen sich Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Leistungsträger allein zu einem Steuerungsverbund (z. B. Regionale Arbeitsgemeinschaften gem. § 94 SGB X) zusammengeschlossen hätten. Insgesamt zeigen die verschiedenen Erhebungen, dass die jeweils in den Kommunen arbeitenden Planungs- und Vernetzungsgremien nur eine begrenzte Steuerungsfunktion hinsichtlich der (Weiter-)Entwicklung psychiatri-

³⁷ www.bag-gpv.de

scher und psychosozialer Versorgungsstrukturen wahrnehmen. Der Planungsaspekt tritt deutlich hinter dem Vernetzungsaspekt zurück. Einzelne Gremien dienen vorrangig dem Erfahrungs- und Informationsaustausch, der einzelfallbezogenen Koordination und Kooperation der Leistungsanbieter sowie der Verstärkung der Netzwerkbildung zwischen den verschiedenen Akteuren (FOGS, 2016).

5.3.2.2 Überregionale Steuerung und Planung

Wesentliche Akteurinnen und Akteure im Land sind die zuständigen Landesministerien, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaft NRW, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, Rentenversicherung, Träger der Arbeitsförderung, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe sowie Fach- und Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfe.

Überregionale Steuerung und Planung auf Landesebene setzt das Bewusstsein und die Bereitschaft auf Landesebene voraus, in vorab geplanten, jeweils sachgerecht besetzten Zusammenkünften leistungsträgerübergreifende, innovative, interdisziplinäre Problemstellungen konsens- und lösungsorientiert aufzugreifen und Lösungswege zu erarbeiten.

Die rechtlichen Grundlagen sind verankert im ÖGDG NRW, KHGG NRW, Inklusionsstärkungsgesetz, SGB V, SGB X, BTHG-SGB IX.

Aktuell arbeiten in NRW folgende überregionale Steuerungsgremien:

- **Landesgesundheitskonferenz**

Die Landesgesundheitskonferenz berät gesundheitspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.

- **Landeskrankenhausausschuss**

Der Landeskrankenhausausschuss erarbeitet insbesondere die Empfehlungen, die zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben für die Krankenhausversorgung notwendig sind.

- **Landesgremium nach § 90a SGB V**

Das gemeinsame Landesgremium gibt Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen.

- **Inklusionsbeirat**

Der Beirat berät die Landesregierung bei der Umsetzung des Inklusionsstärkungsgesetzes und gestaltet den sich aus Artikel 33 Absatz 3 der UN-BRK ergebenden Überprüfungsprozess.

Im Rahmen der Novellierung des PsychKG NRW wurde ein Landesfachbeirat Psychiatrie verankert. Dieser soll zur Beratung der Landesregierung ab 2017 eingerichtet werden. Für den Bereich der Suchtkrankenversorgung besteht ein Landesfachbeirat Sucht.

5.3.3 Partizipation

Auf Landesebene ist die Selbsthilfe in der Landesgesundheitskonferenz über die LAG Selbsthilfe und im Landesfachbeirat Sucht über den Selbsthilfefachausschuss Sucht NRW vertreten. In dem zukünftigen Landesfachbeirat Psychiatrie wird die Selbsthilfe vertreten sein (§ 31 PsychKG).

Zur Partizipation von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der regionalen Ebene lagen bisher dem Land keine Daten vor. Im Rahmen der FOGS-Studie wurden die Kommunen befragt.

Ergebnisse der FOGS-Befragung Kommunen (Kreise und kreisfreie Städte)

Die Partizipation Betroffener und Angehöriger bei der Weiterentwicklung der Versorgung der Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen stellt sich in den antwortenden Kommunen (n = 39) unterschiedlich dar: Rund die Hälfte der Antwortenden (n = 20) stufte eine entsprechende Partizipation in der Kommune bzw. in den Gremien als (fast) nicht vorhanden ein.

In vier Kommunen wurden die Partizipation als gut bewertet und vereinzelt die Gremien benannt, in denen Betroffene und/oder Angehörige unmittelbar einbezogen werden.

In anderen Kommunen wurde hinsichtlich der Beteiligung Betroffener angegeben, dass Betroffene in fast allen Gremien beteiligt sind und dass die Selbsthilfe-Kontaktstelle regelmäßig in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen einbezogen wird sowie Vertreterinnen und Vertreter der Angehörigengruppen, soweit vorhanden, eingeladen werden. Zudem haben in einigen Kommunen die Träger der sozialpsychiatrischen Versorgung Patientenbeiräte gegründet. Diese werden an den Planungen beteiligt, die Mitwirkung wird als gut eingestuft.

Ein Projekt der LAG Selbsthilfe mit dem Thema „Politische Partizipation von Menschen mit Behinderung in Kommunen stärken!“ zeigt, dass bislang 20% der Kommunen der in NRW im Behindertengleichstellungsgesetz formulierten Verpflichtung nachgekommen sind, eine Satzung zu erarbeiten, die den Belangen von Menschen mit Behinderungen auf örtlicher Ebene Rechnung trägt. Die Recherchen zu vorhandenen Strukturen der Interessenvertretungen in ganz NRW zeigten außerdem, dass es in 47 % der Kommunen eine Behindertenvertretung gibt.

5.3.4 Selbstbestimmung und Zwang

5.3.4.1 Daten zu Unterbringungen und freiheitseinschränkenden Maßnahmen

Unterbringungen nach dem PsychKG NRW und nach § 1906 BGB

Unterbringungen nach dem PsychKG NRW

Im Jahr 2014 wurden in NRW nach PsychKG 23.684 Personen gerichtlich untergebracht. Damit ist die Gesamtzahl im Vergleich zu 2013 etwa gleich (23.777) geblieben.³⁸ Der Anteil der Frauen lag in den letzten zehn Jahren zwischen 43 und 46% (2014: 43,9%). Personen ab 60 Jahren machten 2014 einen Anteil von etwa 28% aus. Unterbringungen fanden zum größeren Teil außerhalb der regulären Dienstzeiten der kommunalen Behörden statt.³⁹

Bei etwa der Hälfte der Unterbringungen nach PsychKG wurde das ärztliche Zeugnis 2014 durch Ärztinnen und Ärzte psychiatrischer Krankenhausabteilungen ausgestellt; bei knapp 15% von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhausabteilungen. Je etwa 10%

³⁸ Darstellung der Geschäfte des Amtsgerichts, NRW, Geschäftsjahre 2013 und 2014

³⁹ LZG-Datenabfrage bei Kommunen, unveröffentlicht

stammten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie von weiteren Arztgruppen (Rettungswesen, Polizei). Knapp 6% der ärztlichen Zeugnisse wurden von Ärztinnen und Ärzten der Sozialpsychiatrischen Dienste ausgestellt und 2% von niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzten.

Im Jahr 2014 wurden 10.543 Personen nach § 1906 BGB untergebracht. Ein leichter Rückgang zu 2013 ist zu verzeichnen.⁴⁰

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (einschließlich Zwangsbehandlung) nach dem PsychKG

Auf der Grundlage eines Erlasses des MGEPA dokumentieren die Kliniken seit 2014 freiheitseinschränkende Maßnahmen einschließlich Zwangsbehandlung im Rahmen der Unterbringung nach dem PsychKG. Die Dokumentation wird ausgewertet, und der Aufsichtsbehörde ist jährlich Bericht zu erstatten.

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 1.855 Zwangsbehandlungen gemeldet. Diese Zahl beinhaltet auch die Mehrfachbehandlungen derselben Patientinnen und Patienten. Der Anteil der Männer bei Zwangsbehandlungen lag bei 58%. Insgesamt wurden 11.732 Fixierungen angeordnet. Die Dauer der Fixierungen betrug im Großteil der Fälle 1-24 Stunden. Auch hiervon sind Männer mit 62% stärker betroffen als Frauen. Ferner wurden 3.258 Isolierungen angeordnet. In 44 Kliniken (60% der Kliniken, die Daten rückgemeldet haben) fand keine Isolierung nach dem PsychKG statt. Der Anteil der Männer bei Isolierungen lag bei 59% (Meldedaten an das MGEPA, unveröffentlicht).

Unterbringungsähnliche Maßnahmen und Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht

Betreuungsrechtlich wurden 10.744 unterbringungsähnliche Maßnahmen (Fixierungen, Bettgitter etc.) 2014 angeordnet bzw. genehmigt. Zwangsbehandlungen wurden in 1.758 Fällen genehmigt (Meldedaten Justizministerium NRW, unveröffentlicht).

Unterbringungen bei Kindern und Jugendlichen nach §1631b BGB

In NRW wurden 2014 durch die Amtsgerichte 2.683 Verfahren mit dem Verfahrensgegenstand „Unterbringung nach § 1631b BGB“ erledigt. Im Jahr 2015 waren es 3.058 Verfahren.

5.3.4.2 Offene Unterbringungsformen

Weit überwiegend werden psychiatrische Krankenhäuser in NRW mit einer Aufteilung in „offene“ und „geschlossene“ Stationen betrieben. Es liegen aber auch langjährige Erfahrungen mit einer Versorgungspsychiatrie vor, die auf geschlossene Stationen verzichtet.

Gestützt werden die Veränderungsprozesse in Richtung offene Stationen durch klinische Erfahrungen und erste Studienergebnisse. Bereits längere Praxiserfahrungen bestehen in NRW in den Kliniken in Herne und Hamm. Aber auch andere Kliniken in NRW verfügen über Erfahrungen in Bezug auf offenere Formen der Unterbringung. Dem Land liegen jedoch keine validen Informationen über das Ausmaß der Umsetzung von offenen Unterbringungsformen vor. In dem vom Land geförderte Projekt „ZWARD“ wird aktuell eine Klinikbefragung durchgeführt.

⁴⁰ Darstellung der Geschäfte des Amtsgerichts, Geschäftsjahre 2013 und 2014

Einer Untersuchung der Einflussfaktoren auf eine Unterbringung nach PsychKG in NRW durch das LWL-Forschungsinstitut im Auftrag des Landes (Juckel und Haußleiter, 2015) ergab, dass das Vorhandensein geschlossener Stationen keinen signifikanten Einfluss auf die Rate der Unterbringungen hatte, die Aktivität des jeweiligen SpDi hingegen schon. Jedoch war die Rate von Fixierungen und Zwangsmedikationen in einer sich explizit als offene Psychiatrie verstehenden Klinik deutlich geringer.

Bewertung

In der aktuellen Diskussion beziehen sich die Vertreterinnen und Vertreter der offenen Psychiatrie u.a. auf die DGPPN-Stellungnahme zur Selbstbestimmung, aber auch auf die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der BÄK, und erachten eine veränderte Grundhaltung gegenüber Zwang in der Psychiatrie als wirkungsvoll. Zum Schutz der Patientenrechte ist es demnach unter anderem notwendig, dass sich Konzepte der offenen Türen von Akutstationen auch in der Fläche durchsetzen (DGPPN, 2014; ZEKO, 2013).

Die Arbeitsgruppe im Rahmen der Erarbeitung des Landespsychiatrieplans hat die Datenlage zu den Auswirkungen einer offenen Psychiatrie als heterogen eingestuft: teilweise Rückgang, teilweise Zunahme von Entweichungen im offenen Setting, Ressourcenverlust durch Öffnen und Schließen der Tür steht dem Ressourcenverlust durch „Überwachen“ der Tür und der Verunsicherung nach schweren Zwischenfällen gegenüber. Gleichwohl wurden die Studienergebnisse und die Praxiserfahrungen in der jüngeren Vergangenheit positiv in Richtung einer offeneren Unterbringung bewertet. Es wurde weiterer Forschungsbedarf gesehen.

Die Landesregierung und das Parlament haben sich im Rahmen der Novellierung des PsychKG dafür ausgesprochen, Unterbringungen so weitgehend wie möglich offen zu gestalten.

5.3.5 Beschwerdewesen

Die Etablierung von Beschwerdemöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen und Angehörige stellt ein menschenrechtliches Anliegen im Kontext der UN-BRK dar und ist Qualitätsmerkmal für das Hilfesystem (FOGS, 2016). In manchen Bereichen sind Beschwerdemöglichkeiten (deshalb) gesetzlich verankert (Kliniken, ambulante Medizin). Menschen mit psychischen Störungen benötigen in Konfliktfällen Unterstützung bei der Wahrung und Durchsetzung ihrer Rechte, weil sie aufgrund ihrer Erkrankung z. T. weniger durchsetzungsfähig sind. Aufgrund der Abhängigkeit vom Behandlungssystem ist die Unabhängigkeit einer Beschwerdestelle besonders bedeutsam (Uebele, 2009).

Bestandsaufnahme – Ergebnisse der FOGS-Studie

Patientinnen und Patienten haben eine Vielzahl von Beschwerdemöglichkeiten: Petitionsausschuss (Bund/Land), Patienten- und Behindertenbeauftragte (Bund/Land), Bezirksregierung, Kassenärztliche Vereinigung, Ärzte- und Psychotherapeutenkammer, Beschwerdestellen in Kliniken und Kommunen, die Beratung im Rahmen der UPD u.v.m. Doch ist unklar, wie über Ansprechpersonen, Zugangswege und Handlungsmöglichkeiten informiert wird. Zudem überfordert die Frage, wann wer und wo zuständig ist, viele Betroffene und Angehörige (FOGS, 2016). Im Rahmen der Recherchen für die FOGS-Studie konnten zu vielen Beschwerdemöglichkeiten im ambulanten oder stationären Be-

reich kaum nähere Angaben zu Umfang und Art der Inanspruchnahme ermittelt werden. Es bleibt vielfach offen, ob und wie Beschwerden dokumentiert und ausgewertet werden.

Die Beschwerdemöglichkeiten im stationären Bereich sind im Krankenhausgestaltungsgesetz geregelt. Die Berichte der Besuchskommissionen zeigen, dass eine systematische Verankerung im Qualitätsmanagementsystem nicht überall erfolgt ist.

Das Beschwerdewesen außerhalb psychiatrischer Kliniken stellt sich in den Kommunen heterogen dar. 24 Kreise und kreisfreie Städte berichten in der Befragung, dass eine Anlaufstelle für Beschwerden von Menschen mit psychischen Störungen bzw. für deren Angehörige außerhalb von psychiatrischen Kliniken vorhanden ist, 23 Antwortende verneinen das. Zu den zentralen Aufgaben dieser Anlaufstellen zählen insbesondere die Annahme von Beschwerden sowie die Beratung der Nachfragenden. Angaben zu Öffnungszeiten bzw. Sprechzeiten beziehen sich häufiger auf Hinweise zur telefonischen Erreichbarkeit, meistens während der üblichen Dienst- oder Arbeitszeiten (8 bis 17 Uhr).

Träger der Anlaufstellen für Beschwerden sind die PSAG (n=7), der GPV (n=4), kommunale Stellen oder Gremien (n=3); Geschäftsstelle Psychiatriekoordination oder SPZ, Anbieter der Eingliederungshilfe oder Unabhängige Patientenberatung Deutschland (FOGS, 2016).

Eine eigenständige Finanzierung der Beschwerdestelle ist i. d. R. nicht gegeben. Neben dem Hinweis, dass die Arbeit ehrenamtlich ausgeführt wird, berichten sechs Kommunen von Unterstützungen der Arbeit, z. B. durch eine (anteilige) Übernahme von Sachkosten, die Zur-Verfügung-Stellung von Räumen oder die Übernahme von Fahrt- oder Telefonkosten sowie – seltener – die Gewährung von Aufwandsentschädigungen oder eine nicht näher beschriebene „teilweise Mitfinanzierung“ durch die Kommune (ebd.).

5.4 Ausgestaltung Prävention und Inklusion

5.4.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Primärprävention und Gesundheitsförderung sind eher als eine Einheit denn als voneinander abgrenzbare Felder zu sehen. Präventive Ziele können durch die Senkung von Belastungen erreicht werden. Zugleich ist die Vermehrung von gesundheitlichen Ressourcen der betroffenen Individuen bzw. der Zielgruppen anzustreben. Dieser Aspekt der Ressourcenstärkung wird der Gesundheitsförderung zugeordnet.

5.4.1.1 Leistungen der GKV

Die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung zu erbringen, und das dafür vorzusehende Ausgabevolumen sind im § 20 SGB V verankert. Die Krankenkassen sollen im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab 2016 einen Betrag in Höhe von 7,00 Euro zur Verfügung stellen. Ab dem Jahr 2016 sollen von dem veranschlagten Gesamtbetrag mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und betriebliche Gesundheitsförderung verwendet werden.

Datenlage 2015

Seitens der Krankenkassen wurden 2015 317 Millionen € für Prävention ausgegeben, davon 32 Millionen für Setting-Ansätze. Mit 4,49 € pro Versichertem investierten die

Krankenkassen deutlich mehr als den gesetzlich vorgesehenen Betrag von 3,17 €. Die Settingansätze betrafen überwiegend Schulen und Kindertagesstätten. Bei der Hälfte aller Maßnahmen, unabhängig von Setting und Alter, betrafen die inhaltlichen Ausrichtungen die Bereiche „Stärkung psychischer Ressourcen“ und „Stressreduktion und Entspannung“. Bei den individuellen Ansätzen war ein Viertel der Kursteilnahmen (ca. 400.000) den Inhalten „Stressbewältigung und Entspannung“ zuzuordnen.

Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Prävention werden überwiegend von Frauen nachgefragt. Bei den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist die Geschlechterverteilung nahezu ausgeglichen.

Die Krankenkassen haben 2015 für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 76 Mio. € ausgegeben und damit 1.302.383 Beschäftigte in 10.922 Betrieben erreicht. Die Hälfte verhaltensbezogener Interventionen war inhaltlich auf Stressbewältigung und Ressourcenstärkung ausgerichtet.

5.4.2 Inklusion und Anti-Stigma-Arbeit

Inklusion beschreibt die Zugehörigkeit und Gleichwertigkeit eines Individuums, ohne dass dabei „Normalität“ vorausgesetzt wird. Normal sind vielmehr die Vielfalt und das Vorhandensein von Unterschieden. Die einzelne Person darf nicht mehr gezwungen werden, nicht erreichbare Normen zu erfüllen. Vielmehr ist es die Gesellschaft, die Strukturen schafft, in denen sich Personen mit Besonderheiten einbringen und auf die ihnen eigene Art wertvolle Leistungen erbringen und sich als Teil des Ganzen erleben können. Dies setzt voraus, Freiräume für individuelle Lebensformen zu ermöglichen und Akzeptanz den anderen gegenüber sowie gegenseitige Rücksichtnahme alltäglich zu leben.

Exklusion beschreibt Prozesse des nachhaltigen Ausschlusses Einzelner oder ganzer Gruppen von sozialer, ökonomischer und beruflicher Teilhabe an der Gesellschaft. Exklusion und Ausgrenzung kann vielfältig auswirken. So sind Exklusionsprozesse vom Arbeitsmarkt, ökonomischer (Armut, Wohnungslosigkeit) und institutioneller Art (Zugangsbarrieren), durch soziale Isolierung sowie durch kulturelle und räumliche Gegebenheiten (sozialräumliche Segregation) vorzufinden.

5.4.2.1 Exklusion und Ausgrenzung – Datenlage und Handlungsbedarf

Menschen mit psychischen Störungen sind überproportional von Exklusion vom Arbeitsmarkt betroffen und beziehen überdurchschnittlich häufig Erwerbsminderungsrenten und Grundsicherungsleistungen.

Die soziale Exklusion ist zu beachten. Die Landesgesundheitskonferenz hat 2012 in ihrer EntschlieÙung auf die durch fehlende Ressourcen und Armut gekennzeichnete Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen hingewiesen. Der Armutsbericht der Bundesregierung und der Aktionsplan „Armut und soziale Ausgrenzung in NRW“ belegen den Zusammenhang von Armut und seelischer Gesundheit.

Auch im Bereich der Kindertagesstätten und des Schulwesens ist die Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen ein wichtiges Aufgabenfeld (Umgang mit Situation durch Schulung des Personals, Eskalation durch Fehlverhalten des Personals, frühzeitig Öffentlichkeitsarbeit durch geschultes Personal).

Die Teilhabeberichterstattung in Bezug auf Menschen mit Behinderungen erfasst die unterschiedlichen Beeinträchtigungen nicht. Die Datenlage für Menschen mit psychischen Störungen ist in Bezug auf eine ökonomische Exklusion (Armut) oder eine räumliche Exklusion (Mobilität und Ghettoisierung) sehr begrenzt, da die Wohn- und Lebenssituation der Betroffenen bisher nicht statistisch erfasst wird – zum Teil aus Datenschutzgründen und zum Teil aus Gründen des fehlenden Auftrags.

Fehlende Mobilität kann zu einer räumlichen Ausgrenzung beitragen. Ein Sozialticket ermöglicht einen Beitrag zur Teilhabe an einem durch Mobilität bestimmten Leben.

Als Folge der Wohnungsknappheit steigen die Preise für Vermietungen. Von den Wohnungsmarktengpässen sind einkommensärmere Haushalte besonders betroffen. Solche Haushalte haben in manchen Städten Probleme, bezahlbaren Wohnraum zu finden.

5.4.2.2 Bestandsaufnahme: Einstellungen, Lebenslagen, Anti-Stigma- und Inklusionsprojekte

NRW-Gesundheitssurvey 2015

Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) führt seit 2003 jährlich repräsentative, telefonische Befragungen der erwachsenen deutschsprachigen Bevölkerung mit Festnetzanschluss und Wohnsitz in NRW durch. Die Ergebnisse fließen in die Landesgesundheitsberichterstattung ein. Die Befragung im Jahr 2015 befasste sich mit Wissen, Einstellungen und Einschätzungen der Bevölkerung zu psychischen Erkrankungen und der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Wissen über psychische Erkrankungen

Den Teilnehmenden wurde während des Interviews ein Fallbeispiel zu einem von vier psychischen Krankheitsbildern (Angststörung, Depression, Demenz und Schizophrenie) vorgestellt. Die Art der Erkrankung wurde dabei im Fallbeispiel nicht explizit genannt.

Im Vergleich zeigte sich, dass die (Alzheimer-)Demenz mit einer Erkennungsquote von 90% am leichtesten identifizierbar war, gefolgt von der Depression (65%). 44% der Befragten erkannten das Krankheitsbild einer Angststörung in dem entsprechenden Fallbeispiel und 16% eine Schizophrenie.

Jede und jeder Zweite kannte eine Person, die an einer Demenz (49%) oder an einer Depression (50%) erkrankt ist. Etwa jede und jeder Dritte kannte jemanden, der unter einer Angststörung (37%) oder einer Schizophrenie (34%) leidet. Zu den Ursachen für eine Angststörung, Depression oder Schizophrenie gehören laut Meinungen der Befragten hauptsächlich eine unglückliche oder schwierige Kindheit, belastende Lebensumstände oder auch Stresssituationen. Hingegen spielen bei der Entstehung einer Demenz laut Angaben der Befragten Faktoren wie Alter, Gene oder körperliche Erkrankungen eine wesentliche Rolle. 67% sind der Überzeugung, dass das Auftreten einer Angststörung durch vorbeugendes Handeln beeinflusst werden kann. Bei einer Depression oder Schizophrenie war etwa jede und jeder Zweite der Meinung, präventives Handeln beeinflusse die Entstehung der Krankheit. In Bezug auf Demenzerkrankungen waren es 45%. (LZG.NRW, 2016).

Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen

In Bezug auf ihre Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen gab die deutliche Mehrheit der Befragten an, dass sie, in Bezug auf die Personen im Fallbeispiel, das Bedürfnis verspüren zu helfen sowie Mitleid und Sympathie für die erkrankten Personen empfinden. Angst und Verärgerung waren nur jeweils bei etwa 10% der Befragten Gefühle, die durch die beschriebene Person aus dem Beispiel bei ihnen hervorgerufen wurden. Im Vignettenvergleich zeigt sich, dass Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, bei den Teilnehmenden etwas häufiger Unbehagen und Verunsicherung auslösen als Personen mit anderen psychischen Erkrankungen.

Anti-Stigma-Arbeit

In der für die Erstellung des Landespsychiatrieplans durchgeführten Bestandsaufnahme von Initiativen in den Bereichen Inklusion und Anti-Stigma konnten insgesamt 41 Projekte zur Entstigmatisierung und 42 Projekte zur Inklusion identifiziert werden.

Bei den Projekten zur Destigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen wurden insbesondere Informationsveranstaltungen, Diskussionsrunden, schriftliches Informationsmaterial, Vorträge und Kulturangebote durchgeführt und angeboten. In den meisten Fällen sollten diese Maßnahmen die allgemeine Öffentlichkeit, Schülerinnen und Schülern, Studierenden und Auszubildenden ansprechen. Vor allem wurde die Aufklärung und Verbreitung von Wissen sowie der Abbau von Stigma anvisiert.

Bezogen auf die Inklusion wurden ebenfalls vor allem Maßnahmen wie Informationsveranstaltungen und schriftliches Informationsmaterial herangezogen. Es kamen auch häufig kulturschaffende Gruppen und internetbasierte Maßnahmen zum Einsatz.

Zugang zu Sport-, Freizeit- und Kulturangeboten, Begegnungen von Menschen mit und ohne Erkrankungen sowie die Beteiligung am öffentlichen und politischen Leben sollten mithilfe der Projekte erreicht werden. Dabei richteten sie sich insbesondere an die allgemeine Öffentlichkeit und an Betroffene. Die Projekte zur Inklusion wurden weitaus häufiger evaluiert als die Projekte zur Destigmatisierung und positive Ergebnisse konnten aufgezeigt werden. Hierbei sind vor allem die Eingliederung in die Arbeitswelt sowie die Stärkung des Selbstbewusstseins und der sozialen Kompetenz der Betroffenen zu nennen. Viele der Projekte sind langfristig angelegt worden (MGEPA, 2017).

6 LITERATURVERZEICHNIS

APK.e.V. – Aktion Psychisch Kranke e.V. (2005): Evaluation der Umsetzung des § 37a SGB V (Soziotherapie) – Projektbericht. Unveröffentlicht.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW (2011): Orientierung in bewegten Zeiten. Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie in Nordrhein-Westfalen. Caritas Düsseldorf.

BAGüS – Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2014): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Online: <http://www.lwl.org/spur-download/bag/2016-02-02-bericht2014.pdf> [zuletzt eingesehen am 16.08.2016]

Batista Pinto Wiese E, Burhorst I (2007): The Mental Health of Asylum-seeking and Refugee Children and Adolescents Attending a Clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44 (4), 596-613.

Beck N (2011): Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie: Möglichkeiten und Herausforderungen der Zusammenarbeit aus Sicht der Jugendhilfe, in: Hölzl H, Knab E, Mörsberger H, Remschmidt H, Scholten H (Hrsg.): Fachübergreifend helfen. Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Erziehungshilfe, Freiburg im Breisgau 2011, S.180-197.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) (Hrsg.): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Ergebnisse der Pilotstudie.

Borde T, Braun T, David M (2003): Gibt es Besonderheiten in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten?. In: Borde T, David M (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt/M; Mabuse: 43-81.

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung - Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Online: http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf [zuletzt eingesehen am 02.12.2016]

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Berlin.

Bundesagentur für Arbeit (2016): Statistik nach Regionen. Bundesland Nordrhein-Westfalen. Online: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Nordrhein-Westfalen-Nav.html> [zuletzt eingesehen am 09.08.2016]

Dalia Research (2016): 6% of Europeans identify as Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender (LGBT). Online: https://daliaresearch.com/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-10_pressrel_LGBT.pdf [zuletzt eingesehen am 30.03.2017]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg.) (2016): Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Online: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzq.pdf [zuletzt eingesehen am 25.08.2016]

Destatis (2016b): Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf Rekordniveau. Pressemitteilung Nr. 327 vom 16. September 2016. Online:

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/09/PD16_327_122pdf.pdf?__blob=publicationFile [zuletzt eingesehen am 06.12.2016].

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin.

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. online:

http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2014/2014-09-22_DGPPN_Stellungnahme_TF_Ethik_final.pdf [zuletzt eingesehen am 02.12.2016]

DRV Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund (2012a): Rentenzugang 2011. DRV Bund, Berlin.

Elgeti H (2001): Hilfen für psychisch Kranke. 20 Stichworte zur Orientierung. Medizinische Hochschule Hannover – Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Hannover.

Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A (2012): Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. The Lancet, 379, 266-282.

FOGS Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (2016): Abschlussbericht zur Studie: Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern. unveröffentlichtes Dokument

Forschungsgruppe SEEWOLF (2014): Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung. München. Online: http://www.mri.tum.de/system/files/SEEWOLF-Studie%20-%20Eine%20Zusammenfassung_0.pdf [zuletzt eingesehen am 10.08.2016]

FRA – European Union Agency For Fundamental Rights (2014): Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen. online: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_de.pdf [zuletzt eingesehen am 01.12.2016].

Freitag CM, Vogeley K (2016): Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen. AWMF online: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018m_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf [zuletzt eingesehen am 01.12.2016].

Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J (2013): Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Deutsches Ärzteblatt International, 110(47): 799-808.

Gavranidou M, Niemiec B, Magg B, Rosner R (2008): Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. Kindheit und Entwicklung, 17, 224-231.

G-BA (2008): Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie. Evaluationsbericht. Online: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2516/2008-01-17-Evaluationsbericht-Soziotherapie_korr.pdf [zuletzt eingesehen am 30.11.2016]

Gesetzliche Krankenkassen/-verbände in NRW (2015): Dokumentation: Neue Ideen – Gesundheitsbezogene Modellvorhaben bei Selbsthilfekontaktstellen/-büros in NRW 2013/2014. Dortmund: vdek.

GMK-Bericht (2012): AG Psychiatrie der AOLG – Bericht für die Gesundheitsministerkonferenz 2012. Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG. Online: <http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/AOLG%20Bericht%20Psychiatrie.pdf>

Habel et al. (2016): Gewalt und Gesundheit. Symptome, Folgen und Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten. In: Bundesgesundheitsblatt, 59, 17-27.

Häßler F (2014): S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. Deutsche Gesellschaft für Kinder-Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12.pdf [zuletzt eingesehen am 01.12.2016].

Hausteiner-Wiehle C, Schäfert R, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Sattel H, Henningsen P (2012): S 3 Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, Langfassung. Online: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001l_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf [zuletzt eingesehen am 25.08.2016]

Hirnliga e.V. (2016): Liste der Gedächtnissprechstunden und Memorykliniken in Deutschland. online: <http://www.hirnliga.de/frueh-erkennung> [zuletzt abgerufen am 07.12.2016].

Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 7-2014, 807-819.

Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D (2016): Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. American Journal of Public Health, 106: e1–e12.

Huss M, Hölling H, Kurth BM, Schlack R (2008): How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KIGGS). European Child and Adolescent Psychiatry, 17, 52-58.

IAB – Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (Hrsg.) (2013): IAB Forschungsbericht 2013. Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB, Nürnberg.

IT.NRW – Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2015a): Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf. IT.NRW - Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2016a): Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe in NRW. Online: <https://www.it.nrw.de/statistik/e/daten/eckdaten/r512sozialh1.html> [zuletzt eingesehen am 03.08.2016].

IT.NRW – Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2016b): Familien mit ledigen Kindern in NRW - Ergebnisse des Mikrozensus. Online:

<https://www.it.nrw.de/statistik/a/daten/eckdaten/r514familie.html> [zuletzt eingesehen am 03.08.2016].

IT.NRW – Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2016c): 1663 gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften wurden 2015 in NRW geschlossen. Pressemitteilung. Online: https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2016/pres_192_16.html [zuletzt eingesehen am 30.03.2017].

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87.

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2015): Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction Online: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.1479/abstract> [zuletzt eingesehen am 15.02.2017].

Janz et al. (2016): Faktenblatt: Depression und (Häusliche) Gewalt. Online: <http://frauenundgesundheit-nrw.de/infothek/faktenblaetter/>

Jessen F, Dodel R (2014): Prädiktion der Alzheimer-Demenz. *Nervenarzt*, 85:1233-1237.

Juckel G, Haußleiter I (2015): Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Krankengesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatrische Praxis*, 42: 133-139.

Justiz NRW (2015): Darstellung der Geschäfte des Amtsgerichts, NRW, 2015. Online: https://www.justiz.nrw.de/WebPortal/Gerichte_Behoerden/zahlen_fakten/statistiken/justizgeschaeftsstatistik/amtsgerichte/geschaeftsuebersichten_2015.pdf [zuletzt eingesehen am 16.02.2017]

King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I (2008): A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 8: 70.

Klosterkötter J (2014): Prädiktion von Psychosen. *Nervenarzt*, 85: 1238-1248.

LAG-SPZ – Strukturdatenerhebung der Landesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren (2014), unveröffentlichtes Dokument.

Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015): Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. *GBE kompakt* 6(1). Online:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.pdf;jsessionid=5F41EAA81B2610AE562B72E3BE95774.2_cid298?_blob=publicationFile [zuletzt eingesehen am 10.08.2016].

Lampert T, Kroll LE (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. *GBE kompakt* 5(2). Online: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?_blob=publicationFile [zuletzt eingesehen am 10.08.2016].

Landeszentrum Gesundheit NRW (2016): Wissen und Einstellungen der Bevölkerung zu psychischen Erkrankungen und der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ergebnisse des NRW-Gesundheitssurveys 2015. unveröffentlichte Daten.

Leopold K, Nikolaidis A, Bauer M, Bechdorf A, Correll C U, Jessen F, Juckel G, Karow A, Lambert M, Klosterkötter J, Ruhrmann S, Pfeiffer S, Pfennig A (2015): Angebote zur Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen in Deutschland. Bestandsaufnahme. *Nervenarzt*, 86:352-358.

Lieb R, Knappe S (2011): Familiäre Transmission psychischer Störungen. In: Wittchen HU, Hoyer J, (Hrsg): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg. Springer: 91-105.

LVR - Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Soziales (2015). IHP 3.1 Handbuch Individuelle Hilfeplanung 2015. Köln: LVR.

LVR - Landschaftsverband Rheinland und LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2016): Umfrage: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unveröffentlichte Ergebnisse.

LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2015): Herausforderungen und Lösungsansätzen für eine verbesserte Kooperation zwischen den (LWL-)Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Jugendämtern in Westfalen Lippe, Münster.

MAIS – Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2016a): Sozialbericht NRW 2016. Armuts- und Reichtumsbericht. Analysen-Maßnahmen-Ergebnisse. Düsseldorf.

MAIS – Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (Hrsg.) (2016b): Integrierte Wohnungsnotfall-Berichterstattung 2015 in Nordrhein-Westfalen. Struktur und Umfang von Wohnungsnotfällen. Düsseldorf.

Mann K, Batra A (2016): S3 – Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". AWMF – Register Nr. 076 – 00. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen. AWMF Online: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.) (2016): Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.) (2017): Bericht zum beteiligungsorientierten Verfahren im Rahmen der Erstellung eines Landespsychiatrieplans.

Müller U, Schröttle M (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. BMFSFJ.

Mulder CL, Koopmans GT, Selten JP (2006): Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands. *Br J Psychiatry*, 188: 386-391.

Pfennig A, Correll CU, Leopold K, Juckel G, Bauer M (2012): Früherkennung und Frühintervention bei bipolaren Störungen. *Nervenarzt*, 83:897-902.

Pförtner T-K (2015): Materielle Deprivation und Gesundheit von Männern und Frauen in Deutschland. Ergebnisse aus dem Sozioökonomischen Panel 2011. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 58: 100-107.

Piontek K, Kutscher S-U, König A, Leygraf N (2013): Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. Ein Vergleich mit schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Nervenarzt 84:55-64.

Plass A, Haller AC, Habermann K, Barkmann C, Petermann F, Schipper M, Wiegand S, Hölling H, Ravens-Sieberer, Klasen F (2016): Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung, 25: 41-49.

Plöderl M, Kralovec K, Fartacek C, Fartacek R (2009): Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. Blickpunkt DER MANN, 7: 28-37.

Plöderl M (2016): LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle. Psychotherapie-Wissenschaft, 2: 140-151.

Ravens-Sieberer U, Klasen F (2014): Sachbericht des Abschlussberichts der BELLA plus – Befragung. (Befragung „Seelisches Wohlbefinden und Verhalten“). Prädiktoren, Verlauf und Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Abschlussbericht_BellaPlus_2014-11-26.pdf [zuletzt eingesehen am 10.08.2016]

RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 14. RKI, Berlin.

RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.

RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2014a): Psychische Auffälligkeiten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin.

RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2014b): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. RKI, Berlin.

RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2016): Durchführung eines Auswertungsprojektes mit Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA). Regionalauswertungen für das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. unveröffentlichte Daten.

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A (2008): Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities - A Representative National Survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. European Psychiatry 23, Supplement 1: 21-27.

Statistisches Bundesamt (2014): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Online: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/HaushalteFamilien2010300147004.pdf?_blob=publicationFile [zuletzt eingesehen am 19.08.2016]

Sturm D, Arends S, Henke T, Reichmann C, Janssen B, Görtz P (2016): Assessmentgesteuertes Home Treatment für Patienten mit schweren psychotischen Störungen. *Psychiat Prax*, 43: 333-338.

Tabel A, Pothmann J, Fendrich S (2016). Entwicklungen bei der Inanspruchnahme und den Ausgaben erzieherischer Hilfen in Nordrhein-Westfalen. *HxE Bericht 2016 - Erste Ergebnisse*. Herausgegeben von: Arbeitsstelle Kinder- & Jugendhilfestatistik, LWL-Landesjugendamt Westfalen, LVR-Landesjugendamt Rheinland, Münster/Köln/Dortmund.

Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegl S, Brähler E, Senf E (2008): Traumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstörung bei türkischsprachigen Patienten in der Primärversorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58: 155-161.

TK – Techniker Krankenkasse (2008): Gesundheitsreport 2008 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 18.

TK – Techniker Krankenkasse (2015): Gesundheitsreport 2015, Vorab-Ergebnisse. Online: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/695642/Datei/139185/TK-Pressemappe-Depressionsatlas-2015-Praesentation-Dr-Grobe.pdf> [zuletzt eingesehen am 16.08.2016]

Uebele, G. (2009). Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Praktizierter Dialog. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 39.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2015): Mid-year trends 2015. Online: <http://www.unhcr.org/56701b969.html> [zuletzt eingesehen am 29.09.2016].

Voges W, Jürgens O, Maurer A, Meyer E (2003): Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Endbericht im Auftrag des BMGS, Bremen.

Walsh PN, Kerr M, van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ (2003): Health indicators for people with intellectual disabilities - A European perspective. *European Journal of Public Health*, 13: 47–50.

WHO (2013): Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Online: <https://www.bmfsfj.de/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf> [zuletzt eingesehen am 01.12.2016].

WHO (2013b): Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.

ZEKO – Zentrale Ethikkommission (2013): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*. Jg. 110 (26). online: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/StellZwangsbehandlungPsych2013.pdf> [zuletzt eingesehen am 07.12.2016].

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat "Reden, Publikationen"
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Kontakt

Referat "Psychiatrie"
Jörg Holke
Telefon: 0211 8618-3243
E-Mail: Joerg.Holke@mgepa.nrw.de

Fotos/Illustrationen

Rückseite: Gebäude des Ministeriums © MGEPA NRW / Ralph Sondermann

© 2017 / MGEPA 221

Der Landespsychiatrieplan NRW kann heruntergeladen werden:

Im Internet: www.mgepa.nrw.de/publikationen

Bitte die Veröffentlichungsnummer **221** angeben.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

