



Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/ Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern.

Studie im Auftrag des LZG.NRW

Gesundheitsförderung

Infektionsschutz

Gesundheitsdaten

Pharmazie

Gesundheitswirtschaft

Versorgung

Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern.

Studie der FOGS GmbH – Gesellschaft für
Forschung und Beratung im Gesundheits-
und Sozialbereich im Auftrag des LZG.NRW

Impressum

Herausgeber

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen im Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter.

Diese Publikation gibt ausdrücklich die Auffassung der Verfasser wieder. Das LZG.NRW behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor.

Eine Studie im Auftrag des LZG.NRW, durchgeführt von **FOGS**

FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich

Autorinnen & Autoren
Martina Schu, FOGS
Hans Oliva, FOGS
Miriam Martin, FOGS
Rüdiger Hartmann, FOGS
Günter Schlanstedt, FOGS
Prof. Dr. Rudolf Schmid, FOGS

Layout und Verlag
LZG.NRW

Bildnachweis: © Pavlo Vakhrushev - Fotolia.de

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bielefeld, April 2017

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.

Inhalt

Teil A

Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern

[Kurzfassung zum Abschlussbericht](#)
[Untersuchungsdesign und Kernaussagen](#)

Teil B

Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern

[Abschlussbericht](#)

Abschlussbericht Untersuchungsdesign und Kernaussagen

Angebotsituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psy- chischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern

für das Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



FOGS
Gesellschaft für
Forschung und Beratung
im Gesundheits- und
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 0221 973101-0
Fax: 0221 973101-11

E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de
www.fogs-gmbh.de

Bearbeitet durch:
Martina Schu
Hans Oliva
Miriam Martin
Rüdiger Hartmann
Günter Schlanstedt
Prof. Dr. Rudolf Schmid

Köln, im Juli 2016
Projektnummer: 890/2015

Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	HINTERGRUND DES VERSORGFORSCHUNGS-AUFTRAGS	1
2	METHODISCHES VORGEHEN	1
2.1	Datenrecherchen und Sekundäranalysen	1
2.2	Breitenerhebung	2
2.3	Tiefenerhebung	2
3	ZUSAMMENFASSENDEN KERN-AUSSAGEN	3
3.1	Handlungsfeld 1: Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen	3
3.2	Handlungsfeld 2: Regionale Steuerung, Kooperation und Verbundstrukturen	10
3.3	Handlungsfeld 3: Beschwerdewesen	15
3.4	Handlungsfeld 4: Partizipation und Selbsthilfe	18

1 Hintergrund des Versorgungsforschungsauftrags

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) erstellt derzeit gemeinsam mit den dafür relevanten Akteuren einen Psychiatrieplan für das Land Nordrhein-Westfalen. Der für Anfang 2017 vorgesehene Psychiatrieplan soll die Hilfe- und Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Störungen in Nordrhein-Westfalen systematisch darstellen und einen Handlungsrahmen zu deren Verbesserung und Weiterentwicklung schaffen. Zudem soll er Transparenz herstellen und Betroffenen Orientierung und Hilfestellung geben. Dazu sind qualitativ gute und vernetzte psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Angebote wichtig.

Als Unterstützung für die Erstellung des Landespsychiatrieplans Nordrhein-Westfalen wurde vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) im Sommer 2015 ein Versorgungsforschungsauftrag an FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (Köln) vergeben, der im Juli 2016 mit der Vorlage des Berichts abgeschlossen wurde. Eine wesentliche Aufgabe der Untersuchung bestand darin, eine umfassende Bestandsaufnahme und Bewertung der regionalen und kommunalen Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in vier Handlungsfeldern vorzunehmen:

1. Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen
2. Regionale Steuerung – Kooperation und Verbundstrukturen
3. Beschwerdewesen
4. Selbsthilfestrukturen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen.

Auftragsgemäß war der Forschungsauftrag auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen – ohne vorrangige Suchtprobleme ausgerichtet; dementsprechend war die Sucht- und Drogenhilfe nicht Gegenstand der Untersuchung.

Wie vereinbart, wurden alle Arbeitsschritte in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber und dem zuständigen Fachreferat des MGEPA durchgeführt.

2 Methodisches Vorgehen

FOGS setzte im Zeitraum von August 2015 bis April 2016 ein mehrschrittiges Vorgehen zu den vier Handlungsfeldern um, das sowohl Datenrecherchen und Sekundäranalysen als auch eigene quantitative und qualitative Erhebungen umfasste. Im Einzelnen wurden durchgeführt:

2.1 Datenrecherchen und Sekundäranalysen

Im Rahmen von Recherche und Analyse vorliegender Datenbestände und Dokumente zu den vier Handlungsfeldern wurde zum einen erfasst, welche gesetzlichen Grundlagen sowie gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen für jedes Handlungsfeld maßgebend sind; zum anderen wurde genauer ermittelt, ob und welche struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Angaben zu den o. g. Handlungsfeldern vorliegen. FOGS erfasste dabei zunächst systematisch, welche Datenquellen und -halter für die einzelnen Handlungsfelder bedeutsam sein könnten. Im nächsten Schritt wurden aus den je Handlungsfeld vorgegebenen Untersuchungsdimensionen Suchbegriffe/Items abgeleitet, die die Ba-

sis für vertiefte Datenrecherchen bildeten. Die Recherchestrategie wurde ebenso wie die Datenquellen und Suchtbegriffe mit dem Auftraggeber abgestimmt.

Die Suche der für den Versorgungsforschungsauftrag relevanten Daten stützte sich vor allem auf Internet- sowie Literaturrecherchen in Datenbanken und auf Webseiten, auch von bundesweit agierenden Verbänden und Fachgesellschaften. Ein Schwerpunkt der Recherche richtete sich auf die Internetauftritte der 53 nordrhein-westfälischen Kommunen. Zudem wurden Datenbestände von für die Untersuchung relevanten Datenquellen- und -haltern erfragt und, sofern vorhanden, systematisch durchgesehen. Ergänzend wurden statistische Daten, Repräsentativerhebungen sowie Angaben der landesweiten und kommunalen Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Ergebnisse relevanter Forschungs- und Modellprojekte sowie „graue Literatur“, wie bspw. Praxisberichte, Konzepte, Jahresberichte und Tagungsbände erfasst und ausgewertet.

2.2 Breitenerhebung

Zügig nach Auftragserteilung wurde eine umfassende Breitenerhebung mit zwei Befragungen durchgeführt: (1) eine umfassende Befragung zu allen vier Handlungsfeldern, die sich an die Kommunen und hier vor allem an die für die Koordination der psychiatrischen Versorgung zuständigen Stellen richtete, sowie (2) eine Befragung von Selbsthilfe-Landesverbänden mit einem thematischen Schwerpunkt in Handlungsfeld 4 – Selbsthilfe.

Die Befragung der nordrhein-westfälischen Kommunen wurde als schriftliche (teilstandardisierte) Vollerhebung angelegt und in Design und Vorgehen eng mit dem Auftraggeber abgestimmt. Die insgesamt 114 quantitativen und qualitativen Fragen (mit über 1.000 Items) beziehen sich auf alle Handlungsfelder. Die schriftliche Befragung wurde online durchgeführt. Über insgesamt knapp zwei Monate beteiligten sich bis zum 4. Dezember 2015 insgesamt 50 de 53 Kommunen in NRW an der Erhebung. Der gute Rücklauf kann als Hinweis auf das große Interesse der Kommunen an der Psychiatrieplanung des Landes gewertet werden. Gleichwohl sind Datenqualität und -umfang der Angaben sehr unterschiedlich, nicht alle Kommunen haben alle Fragen vollständig beantwortet.

Als zweites Element der Breitenerhebung wurde eine Befragung der Selbsthilfe-Landesverbände durchgeführt. Dazu wurden zunächst in Nordrhein-Westfalen tätige Landesverbände recherchiert und dann gemeinsam mit dem Auftraggeber insgesamt 15 Adressaten abgestimmt. Darunter befanden sich, neben den beiden Landesverbänden der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker, auch diagnosespezifische Gruppen und Gruppen mit möglichem Bezug/Überschneidungen zu psychischen Störungen. Die Befragung erfolgte in Papierform und wurde am 14. Oktober 2015 an die Verbände versandt. Nach Abschluss der schriftlichen Erhebung Anfang Dezember 2015 lagen insgesamt fünf auswertbare Fragebogen von Selbsthilfe-Landesverbänden vor.

Die Auswertung der schriftlichen Befragungen erfolgt unter Wahrung des Datenschutzes ausschließlich in anonymisierter Form, alle Ergebnisse werden ausschließlich gruppiert vorgestellt.

2.3 Tiefenerhebung

Als letzter Erhebungsschritt wurde die Tiefenerhebung durchgeführt: Dabei führte FOGS zum einen in sechs Kommunen mit ausgewählten Akteuren aus Verwaltung, Anbieterseite und Betroffenenvertretungen (Gesundheits-/Sozialamt, Psychiatrie- und Suchtkoordination/Sozialplanung, Leistungsanbieter, Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfegrup-

pen) qualitativ ausgerichtete Fachgespräche durch. Kriterien für die Auswahl von gut 10 % aller Kommunen in NRW waren einerseits strukturelle Aspekte (groß-)städtisch ($n = 1 + 2$) und ländlichen Kommunen ($n = 3$) sowie die Zugehörigkeit zu den Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe. Andererseits wurden auf Basis von Datenanalyse und Breitenerhebung inhaltliche Kriterien definiert, darunter bspw. Vorhandensein bzw. Fehlen eines Krisendienstes, einer unabhängiger Beschwerdestelle sowie von GPV bzw. PSAG). Zudem bot die Auswahl die Möglichkeit, zu verschiedenen Aspekten Modelle guter Praxis zu besuchen.

In die Tiefenerhebung wurden die Städte Köln, Mönchengladbach und Münster sowie der Ennepe-Ruhr-Kreis und die Kreise Herford und Wesel einbezogen. Insgesamt wurden in diesen sechs Kommunen 16 Fachkräfte von Kommunen, 14 Vertretungspersonen von Leistungsanbieterseite und vier von Selbsthilfe-Kontaktstellen sowie sieben Psychiatrie-Erfahrene und sechs Angehörige vertieft interviewt.

Neben den Gesprächen in den Kommunen wurde weitere Fachgespräche mit Akteuren von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen, Beispielen guter Praxis, landesweit relevanten Institutionen, Angeboten, Akteuren etc. geführt, um je spezifische Aspekte intensiver zu untersuchen. An den Fachgesprächen waren über 40 Personen, vor allem Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige sowie Fachkräfte aus verschiedenen (Spezial-)Angeboten von Verbänden und Leistungsträgern beteiligt. In den Gesprächen wurden die Themen des Auftrags je spezifisch beleuchtet und bspw. die Partizipation Betroffener bzw. Angehöriger an der Versorgung und der Versorgungsentwicklung, Stellenwert und Perspektive von Beschwerdemöglichkeiten in den Kommunen oder die Versorgung spezifischer Gruppen thematisiert.

Die Gespräche erfolgten als Einzel- oder Gruppeninterview sowie als Fokusgruppengespräche, weit überwiegend vor Ort und persönlich. Sämtliche Gespräche wurden protokolliert, die Auswertung erfolgte unter Wahrung des Datenschutzes.

3 Zusammenfassende Kernaussagen

Im Folgenden werden aus dem Abschlussbericht zum Versorgungsforschungsauftrag die jeweiligen „Zusammenfassenden Kernaussagen“ zu den vier Handlungsfeldern ungekürzt wiedergegeben.

3.1 Handlungsfeld 1: Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen

Kernelemente der ambulanten Krisenhilfe sind neben der schnellen Erreichbarkeit zur Gewährleistung von Soforthilfe ein niedrigschwelliger und zugehender Ansatz (Gehstruktur) und insgesamt Flexibilität bzgl. Ort, Zeit, Dauer und Setting. Die 2013 erschienene S3-Leitlinie zu Psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen betont des Weiteren, dass die „Möglichkeit von mobiler Krisenintervention [...] 24 Stunden an 7 Tagen die Woche vorgehalten werden muss, um Patienten in Krisen in ihrem Lebensumfeld über die Dauer der akuten Krankheitsphase zu behandeln“¹.

¹ DGPPN und Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 51, 53. Vgl. hierzu auch bspw. Schleuning, G. (2014). Soforthilfe bei seelischen Krisen – psychiatrische Versorgung neu aufstellen! In: Aktion Psychisch Kranke, W. Peter & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen*. (S. 30-49). Köln: Psychiatrie Verlag.

Im Rahmen der Breitenerhebung und der vertiefenden Gespräche wurden die Kommunen und die befragten Akteure um Einschätzungen zu Stärken, aber auch zu Entwicklungsbedarfen im Bereich ambulanter Hilfe bei psychischen Krisen gebeten. Immer wieder genannte positive Aspekte sind: gute trägerübergreifende Zusammenarbeit (ambulante und stationäre Hilfen unter Einschluss von Trägern der freien Wohlfahrtspflege), Niedrigschwelligkeit bzw. (schnelle) Erreichbarkeit der Angebote/Hilfen sowie Multiprofessionalität der Teams, fachliche Kompetenz und umfassende/langjährige Erfahrung. Als wegweisend werden vor allem Modelle mit eigenständigen Krisendiensten bewertet – idealerweise dialogisch organisiert. Hilfreich sei zudem eine Behandlungsermächtigung für den SpDi, die ggf. eine ad-hoc-Behandlung ermögliche. Als beispielhaft für die Regelversorgung gelten auch Versorgungsmodelle, die im Rahmen der Integrierten Versorgung auf umfassende Angebote und Netzwerkstrukturen zurückgreifen.

Nach Entwicklungsbedarfen im Bereich der Versorgung bei psychischen Krisen befragt, wurde im Rahmen der Tiefenerhebung vor allem auf den Bedarf nach Angeboten außerhalb der üblichen Sprechzeiten fokussiert. Dabei gab es jedoch durchaus unterschiedliche Einschätzungen der Expertinnen und Experten hinsichtlich der rund um die Uhr Versorgung: Einerseits wurde die Meinung vertreten, dass ein 24-Stunden-Angebot für Krisenhilfe unabhängig vom tatsächlichen Bedarf ein fester Bestandteil der kommunalen Daseinsfürsorge sein müsse. Andererseits gab es Stimmen, die einschränkend betonten, eine Versorgung in den „Hauptnachfragestunden“ außerhalb der regulären Dienstzeiten (bspw. bis zwei Uhr nachts) sei ausreichend. Weitere Entwicklungsbedarfe betreffen den (personellen) Ausbau des SpDi und die Gewährung von Behandlungsermächtigungen für den SpDi, zumindest für bestimmte, andernorts nicht behandelbare Patientinnen und Patienten. Angeregt wurde die Verbesserung der Kooperation untereinander, hierfür wird u. a. die Wiedereinrichtung einer Psychiatriekoordination gewünscht oder der Ausbau der Stellenkapazität. Dabei wird z. T. lobend an das alte Modellprogramm des Landes erinnert. Generell wird vielfach auf das Problem der Kosten verwiesen: Ohne mehr Ressourcen sei ein umfassender und aufsuchender Krisendienst, insbesondere außerhalb der üblichen Zeiten, nicht leistbar.² Einzelne Voten galten einer besseren Öffentlichkeitsarbeit, die den Menschen am Ort mehr Transparenz bietet, welche Angebote wann und für wen bereitstehen.

In den Erhebungen wurde grundsätzlich die unzureichende Einbindung niedergelassener psychiatrischer und psychotherapeutischer Praxen in (aufsuchende) Krisenhilfe problematisiert. Gewünscht wurde zumindest deren Mitwirkung an einem ärztlichen Hintergrunddienst und Kapazitäten für kurzfristige Notfallsprechstunden. Stellvertretend für diese Stimmen soll hier eine Stellungnahme wiedergegeben werden: „Es wäre schon sehr viel getan, wenn die Versorgungslage im Verantwortungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen die tatsächlichen Bedarfe in der Behandlung psychiatrisch schwerkranker Menschen decken würde: Zugang zu ambulant fachpsychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung mit deutlich kürzeren Wartezeiten einschließlich einer gewissen Kapazität für psychiatrische Notfälle, die nicht vollstationär behandlungspflichtig sind.“

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Recherchen sehen viele Befragte in NRW darüber hinaus Bedarf nach alternativen/innovativen und ggf. institutionsübergreifenden Konzepten/Versorgungsangeboten (Home Treatment, Krisenbetten außerhalb der Klinik etc.), von denen auch positive Auswirkungen auf Auftreten und Bewältigung von Krisen erwartet werden. Tatsächlich gibt es in NRW derzeit im Bereich der ambulanten Versorgung bei psychischen Krisen – trotz einiger guter Beispiele (s. o.) – eher wenig aufsu-

² Hier sei auch auf entsprechende Stellungnahmen im Bericht des MGEPA an den Landtag über die Evaluierung von Gesetzen und Verordnungen aus dem Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW verwiesen.

chende Ansätze oder alternative Rückzugsmöglichkeiten. Die Angebote im Rahmen der Integrierten Versorgung beinhalten zwar meist gute Kriseninterventionsmöglichkeiten, jedoch nur für eingeschriebene Versicherte bzw. bei bestimmten Erkrankungen und nicht im gesamten Land. Auch die gründlich recherchierte Übersicht der DGPPN für die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen bestätigt, dass es in Deutschland insgesamt wenig multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung bzw. spezielle Angebote von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (= Home Treatment auch durch so genannte „Crisis intervention teams, Crisis resolution teams“) gibt.³ Erstaunlicherweise verweisen die Ergebnisse der Tiefenerhebung darauf, dass die vorhandenen alternativen Angebote nur begrenzt genutzt werden. Hier ist zu fragen, ob wirklich so wenig Bedarf gegeben ist oder ob die Angebote nicht bekannt oder nicht akzeptiert sind.

Insgesamt wird mit Blick auf das Handlungsfeld ambulante Krisenhilfe in NRW konstatiert, dass die Hilfen überwiegend nur zu den üblichen Sprechzeiten bereit stehen und keine ambulante Rund-um-die-Uhr-Krisenhilfe gegeben ist. Hauptleistende sind die SpDi und, soweit vorhanden, kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, spezialisierte Krisendienste sowie Rettungsdienste, Feuerwehr und Polizei. Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind an kurzfristigem Krisengeschehen kaum beteiligt, Peer-Konzepte oder Dialogische Ansätze sind die Ausnahme. Eine institutionenübergreifende Gestaltung von Komplexleistungen konnte am ehesten im Rahmen von IV-Modellen identifiziert werden, die jedoch nur eingeschriebenen Versicherten bestimmter Krankenkassen zur Verfügung stehen und zudem i. d. R. das Vorliegen von bestimmten F-Diagnosen voraussetzen. Sofern Krisendienste bestehen, werden sie fast ausschließlich kommunal finanziert, z. T. auch im Rahmen von Eingliederungshilfe. Die Krankenkassen beteiligen sich nach den Erkenntnissen der Untersuchung in zwei Kommunen an Krisendiensten.

In der Tiefenerhebung wurde deutlich, dass derzeit insbesondere Personen, die nicht bereits „im System“ sind, von den bestehenden Krisenangeboten weniger gut erreicht werden und dass es vielerorts schwierig ist, für aggressiv-gewalttätige Patienten und Patientinnen eine adäquate Einrichtung zu finden, die zur Aufnahme bereit ist. Allgemein ist auch aufgrund nicht vergleichbarer Dokumentation die Datenlage im Bereich Krisenhilfe schwierig und damit der landesweite Kenntnisstand begrenzt.

Im Rahmen der Gespräche wurde zudem vielfach betont, dass der Erwerb transkultureller Kompetenzen in der Psychiatrie und eine kultursensible Hilfestaltung (insbesondere auch mit Blick auf Krisenhilfe) nach wie vor – und zukünftig steigend – notwendig ist. Derzeit werde der grundlegende Anspruch, dass Migrantinnen und Migranten in psychischen Krisen bzw. mit psychischen Störungen/Erkrankungen die gleiche Hilfe zukommt wie anderen Menschen, nicht eingelöst. Bemängelt wurde, dass im Rahmen der LPP-Erstellung keine Arbeitsgruppe zu transkultureller Arbeit eingerichtet wurde. Zudem wiesen viele Stimmen im Land auf die aktuell drängende Frage der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen mit psychischen Störungen/Erkrankungen hin.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Krisen ein vielfältiges Geschehen darstellen und von psychosozialen Krisen bis zu psychiatrischen Notfällen reichen können. Da die Übergänge fließend sind, sollten alle Menschen in seelischen Notlagen Hilfe bekommen können. Alle Menschen bedeutet auch: nicht nur bestimmte Personengruppen, wie z. B. eingeschriebene Versicherte in Modellen Integrierter Versorgung, Krankenhäusern schon

³ DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 170.

bekannte Patientinnen und Patienten oder die Klientel von Eingliederungshilfeangeboten. Gute Krisenhilfe kann das System entlasten, sekundärpräventiv wirken und Zwangseinsweisungen vermindern, die überwiegend Selbstgefährdung/Suizidgefahr zum Anlass haben. Krisenhilfe kann hier suizidpräventiv wirken. Angesichts dessen, dass in Deutschland mehr Menschen an einem Suizid sterben „als durch Verkehrsunfällen, Mord, Totschlag, Drogenkonsum und Aids zusammen“⁴ sollte einer schnellen Krisenhilfe also hohe Bedeutung zukommen.

Folgende Punkte können aus den verschiedenen Arbeitsschritten und Erhebungen (Datenrecherche, Breiterehebung sowie Tieferhebung) als Kernaussagen zusammengetragen werden:

- Die Ergebnisse der Recherchen verweisen auf die Bedeutung, die einer flächendeckenden Verfügbarkeit von ambulanter Krisenhilfe zugemessen wird, diese ist am besten jeden Tag rund um die Uhr verfügbar, mindestens jedoch bis Mitternacht.
- Die Elemente von Krisenhilfe umfassen zumindest telefonische Erreichbarkeit und Beratung. Mit Blick auf neuere Generationen und veränderte Kommunikationsformen erscheint es sinnvoll, Krisen-Kommunikation auch per SMS oder Internet zu ermöglichen. Des Weiteren gehört ein mobiler aufsuchender Dienst dazu, der im Bedarfsfall schnell aufsuchende Hilfe leisten kann. In bestimmten Fällen wird dafür votiert, so lange nachgehende Versorgung sicherzustellen, bis die Menschen bei anderen Hilfen angekommen sind.
- Als wichtig wird erachtet, in allen Kommunen im Anschluss an Krisenintervention eine systematische Nachsorge sicherzustellen, zu deren Aufgaben in jedem Fall gehören sollte, aktiv zugehende Suizidnachsorge im Sinne der Sekundärprävention zu gewährleisten.
- Viele Befragte messen gemeinsamen Behandlungsvereinbarungen und Krisenplänen einen großen Stellenwert zu – generell in der psychiatrischen Versorgung, aber insbesondere mit Blick auf Patientinnen und Patienten mit wiederholten Krisenepisoden. Dies erhöhe u. a. die Sicherheit und könne damit sekundärpräventiven Charakter entfalten.
- Eine Vielzahl der Befragten bewerten – in Übereinstimmung mit der Fachdiskussion – eine Tandemstruktur als sinnvoll für aufsuchende Krisenhilfe, am besten in gemischtgeschlechtlichen Teams. Die Mitwirkenden sollten in Deeskalation und Krisenhilfe geschult sein, Menschen mit Migrationshintergrund sollte mehrsprachige Unterstützung angeboten werden. Der Krisendienst sollte auf erfahrene (fach-)ärztliche Bereitschaftsdienste (auch durch niedergelassene Praxen)/leitende Notärztinnen/-ärzte zurückgreifen können.
- Die ersten Erfahrungen in NRW bestätigen Studienergebnisse aus anderen Ländern: Krisendienste profitieren vom Einsatz geschulter Psychiatrie-Erfahrener (EX-IN, Peer-Beratung u. ä.), die Passgenauigkeit der Interventionen kann verbessert und (manche) Klinikeinweisung vermieden werden. Zudem macht das Erleben von Betroffenen-Expertinnen und -Experten Mut, dass Krisen oder Krankheit überwunden werden können.
- Die Erfahrung der handelnden Personen (ob in Krisendiensten oder im Rettungsdienst) ist von hoher Bedeutung, deshalb bewährt sich nach Einschätzung von Ver-

⁴ Fiedler, G. (2015). Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Suizide in Deutschland 2013. Foliensatz. Online unter: <https://suizidpraevention.wordpress.com/suizide-in-deutschland-2012/> (Abruf zuletzt am 28. April 2016). Die Daten zum Jahr 2013 weisen für Nordrhein-Westfalen mit 9,6 pro 100 Tsd. EW die niedrigste Suizidrate unter den Bundesländern in Deutschland aus.

verantwortlichen im Land sowohl bei der Organisation des Rettungs-/Notdienstwesens als auch für spezielle Krisendienste ein stabiler Beschäftigtenstamm sowie laufende Qualifikation, Deeskalationstrainings und die regelhafte – am besten triadische – Nachbereitung der Fälle und Interventionen.

- Verschiedene Krisendienste binden begrenzte Ressourcen und erschweren Patientinnen und Patienten das Auffinden der „richtigen“ Hilfe. Deshalb erscheint es ratsam, ein zentrales Angebot für Krisen vorzuhalten. Dort, wo verschiedene Akteure mitwirken, hilft eine für eine/n Region/Stadt/Landkreis/Sektor/Sozialraum gemeinsame bzw. abgestimmte Organisation/Steuerung von Krisenhilfe bspw. durch eine Leitstelle. Für Betroffene ist es hilfreich, wenn Krisenhilfe durchgehend unter einer Telefonnummer und ggf. einer Mailadresse erreichbar ist.
- Es wurde berichtet, dass bei geschätzt einem Drittel der Krankenhausverbringungen im Rahmen von Krisenfällen die Patientinnen und Patienten die Klinik gleich am nächsten Tag wieder verlassen. Viele Befragte in NRW vermuteten, dass in diesen Fällen und in einer unbekanntem Zahl darüber hinaus alternative Rückzugsmöglichkeiten, Peer-Ansätze o. ä. ausgereicht hätten. Deshalb wurde breit befürwortet, derartige Angebote verstärkt aufzubauen und dabei eine pauschale Finanzierung anzustreben, die unabhängig von einer konkreten Auslastung zur Verfügung steht.
- Für Menschen „im System“ können Krisen über niedrigschwellig-zugehende Hilfsformen mit rund-um-die-Uhr Notdienst oft schon im Vorfeld einer Zuspitzung abgedeckt werden, bspw. mit APP oder Home Treatment. Für schwierige Übergangssituationen, Personen ohne Anbindung an eine Hilfe sowie „Härtefälle“ wurden flexible Lösungen gewünscht (Versorgungsverpflichtung, Zuweisungsvereinbarungen, nach Umzug ggf. Verbringungsmöglichkeit im „Stammkrankenhaus“ statt im regional nun zuständigen).
- Zur Förderung der Fachkunde im Umgang mit Krisen (in außerklinischen Settings) wurde vorgeschlagen, im Rahmen der Facharztweiterbildungen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie grundsätzlich ein paar Monate im Öffentlichen Gesundheitsdienst vorzusehen.
- Sehr viele Stimmen regten an, dass psychosoziale Krisendienste im psychiatrischen Notfall auf die Unterstützung fachkundiger/erfahrener Fachärztinnen und -ärzte zurückgreifen können sollten, nach Möglichkeit auch aus dem Kreis der niedergelassenen Fachpraxen. An dieser medizinischen Unterstützung sollten die Krankenkassen sich zumindest beteiligen.
- Befragte berichteten von guten Erfahrungen mit Deeskalationstrainings und regten an, zur Prävention krisenhafter Zuspitzungen im Vorfeld flächendeckend und regelmäßig Deeskalationstrainings für Betroffene und Angehörige anzubieten. Diese Trainings sollten kostenlos sein und u. a. über Selbsthilfeorganisationen und sozialpsychiatrische Dienste, Kliniken etc. organisiert werden.
- Patientinnen und Patienten sowie Angehörige wollen und sollten wissen, dass und welche Hilfen es im Krisenfall gibt. Sie wünschen sich, dass die Informationen dazu breit und auch weit außerhalb des sozialpsychiatrischen Hilfesystems gestreut werden. Dies würde vor allem Erstfällen den Zugang erleichtern.
- Ambulante psychosoziale/psychiatrische Krisenhilfe berührt unterschiedliche sozialrechtliche Zuständigkeiten (Prävention, Daseinsfürsorge, Behandlung, Teilhabe, Kinder- und Jugendhilfe). Die Erfahrung im Land ist, dass dies vor allem eine gute Krisenhilfe verhindert. Befragte aus verschiedenen Kontexten wünschten sich deshalb eine gemeinschaftliche Verantwortung und Finanzierung unter Mitwirkung von

Kommunen, Krankenversicherung und Eingliederungshilfe. Insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung soll als Zuständige für Prävention und Versorgung wesentlich an ambulanter Krisenhilfe beteiligt sein. Pauschale Förderungen scheinen dem Gegenstand dabei angemessener als fallbezogene Abrechnungen, zumindest seien Sockelfinanzierungen notwendig.

- Die Erhebungsergebnisse verweisen auf die Bedeutung der Organisation von Rettungs- und Notarztwesen. Da keine systematischen Kenntnisse zu den Regelungen in den Kommunen in NRW bestehen, wäre eine Erhebung/Bestandsaufnahme zu den Modellen der ordnungsbehördlichen Organisation der Einleitung von Einweisungen sowie der Organisation der entsprechenden rettungsdienstlichen und notärztlichen Versorgung hilfreich. Die Untersuchung sollte sich auch den Zusammenhängen von Organisation und Einweisungsgeschehen widmen sowie Verläufe betrachten.
- Um den interkommunalen Austausch zu Modellen und Erfahrungen zu fördern, wünschen sich die Kommunen einen vom Land organisierten/koordinierten datengestützten (s. o.) Austausch. Hier können positive Beispiele identifiziert und gegenseitiges Lernen gefördert werden. Dies gilt gleichermaßen für Rettungswesen und Organisation der Unterbringungspraxis wie auch für Modelle psychosoziale Krisenhilfe.
- Mit Blick auf die Klientel mit Migrationshintergrund wird vielfach Klärungsbedarf gesehen: Wo kommen die Klientinnen und Klienten her? Wie ist ihre Sprachkompetenz? Welche Probleme und Bedarfe bestehen? Welche mehrsprachigen Angebote stehen bereit? Welche Dienste, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten beraten in welcher Sprache? Hier sollten Untersuchungen und eine regelhafte Dokumentation herkunftsbezogener Aspekte in Klienten- und Tätigkeitsdokumentationen u. ä. zu einem systematischen Bild zur Situation im Land beitragen.
- Des Weiteren wurde es als hilfreich erachtet, dass die (sozial-)psychiatrischen Dienste Verantwortung und Zuständigkeit für kultursensible Entwicklung personell vororten und bspw. eine oder Beauftragte/n für Migration benennen. Diese Stelle könnte Klientel und Beschäftigte unterstützen und dazu beitragen, geeignete Strukturen zu entwickeln. Ergänzend sollten niedrigschwellige und schnelle Hilfen und Angebote für Flüchtlinge dazu beitragen, krisenhafte Entwicklungen und Verschlimmerung zu vermeiden.
- Nach Ergebnissen der Recherche⁵ und der Gespräche in der Tieferhebung scheinen für die Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Krisen weniger spezielle Dienste wichtig, als der schnelle Aufbau kompetenter Dolmetscher-/Sprachmittlungsdienste und von zentralen Sprachmittlungspools. Um schneller eine psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen zu ermöglichen, sollten der Zugang zu Hilfen verbessert, Psychotherapie schneller genehmigt und die Hinzuziehung von Dolmetscherdiensten finanziert werden. Eine Umsetzung des Vorschlags von BPTK und Bundesärztekammer (BÄK) zu einem Modellversuch⁶, der zudem die Qualifizierung von Therapeutinnen und Therapeuten vorsieht, wird im Land breit befürwortet.
- Mit Hinweis auf gute Erfahrungen in Skandinavien wurde auch ein zentraler psychiatrischer Telefon-Dolmetscherdienst vorgeschlagen, der in Krisenfällen kurzfristig

⁵ Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B. & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4, 2, 144-151; Frommberger, U., Angenendt, J. & Berger, M. (2014). Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 11, 5, 59-66.

⁶ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer & Bundesärztekammer (2015). *Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) zu den Eckpunkten eines Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge*.

erreichbar ist. Notwendig sei in jedem Fall, Dolmetschereinsätze angemessen zu vergüten.

- Mit Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung in psychischen Krisen wurde in der Tieferhebung zum einen ein besserer Zugang zu den Basisversorgungssystemen (Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene psychiatrische Versorgung, SpDi) durch Sensibilisierung, Abbau von Berührungängsten, Motivation und Kompetenzaufbau (grundständige Ausbildung, Weiterbildungscurricula, Fortbildungen) sowie durch kollegiale Beratung, Schulung und Supervision von Regelversorgung und Behindertenhilfe durch (aufsuchende) Spezialdienste und die Entwicklung von interdisziplinärer Arbeit und von Kooperationsstrukturen als wichtig erachtet.
- Zum anderen wurde für dringende und komplexe Situationen ein Bedarf an ambulanten und stationären Spezialangeboten für kurzfristige Diagnostik und Behandlung (bspw. als Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen [MZEB] mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Angebot, auch aufsuchend) gesehen.
- Zur Prävention von krisenhaften Zuspitzungen könnte nach den Ergebnissen von Recherchen⁷ und Tieferhebung ein verbesserter Zugang zu adäquater Psychotherapie für Menschen mit geistigen Behinderungen, eine Anpassung der Psychotherapierichtlinien und eine flexible Anpassung von Altersgrenzen beitragen. Für alle Angebote gelte, dass die aufwendige Arbeit adäquat finanziert werden müsse.
- Nach den Untersuchungsergebnissen werden weithin landesweite Standards zum Krisenbegriff und zur ambulanten Versorgung in Krisen als notwendig erachtet, die gemeinsam von Land und Kommunen erarbeitet werden sollten.
- Zudem machen die Untersuchungsergebnisse deutlich, dass weiterer Bedarf nach landesweiten Standards für die Dokumentation von Krisen und Krisenhilfe sowie zu Unterbringungen (und beides miteinander verknüpft) besteht. Ebenso sollte die Klientel einheitlich beschrieben werden, genauso Tätigkeiten im Krisenfall (zu definieren sind bspw. Alter, Migrationshintergrund, Uhrzeit, Anlässe, Diagnosen/Erstmanifestation, Hilfeart- und -umfang o. ä.). Die Kommunen wünschen sich, über eine regelmäßige Auswertung, die Krisenhilfen entsprechend der Zielgruppenbedarfe zu optimieren und dafür u. a. in der landesweiten Betrachtung gute Beispiele zu identifizieren und Lerngelegenheiten zu finden.
- Moniert wird ein Mangel an objektiven Daten, als wichtig wurde deshalb erachtet, die verschiedenen Formen von Krisenhilfe und Rettungswesen, des Einbezugs von geschulten Betroffenen bzw. von Angehörigen etc. zu evaluieren und durch partizipative Forschung weiter zu untersuchen.

Die Befragungsergebnisse und die Recherchen verdeutlichen, dass bei der Weiterentwicklung des PsychKG des Landes die Notwendigkeit ambulanter Krisenhilfe unter Berücksichtigung o. g. Aspekte festgeschrieben und darauf aufbauend zusammen mit allen zuständigen Akteuren adäquate Finanzierungsmodelle entwickelt werden sollten.

⁷ Vgl. dazu bspw. Schreiben der DGSGb an den GBA vom 26. November 2015 „Vorschläge der DGSGb zur Überarbeitung der Psychotherapierichtlinien.“

3.2 Handlungsfeld 2: Regionale Steuerung, Kooperation und Verbundstrukturen

Wie aus der Datenrecherche sowie der Breiten- und Tiefenerhebung hervorgeht, wurden in Nordrhein-Westfalen im Verlauf der letzten 30 Jahre eine Vielzahl von Gremien und Verfahren entwickelt, die sich auf eine (bessere) angebots- und einzelfallbezogene Steuerung, Planung und Vernetzung psychiatrischer und psychosozialer Hilfen beziehen.

Die rechtlichen Grundlagen dafür ergeben sich zum einen aus einschlägigen Landesgesetzen wie dem ÖGDG, PsychKG und GEPA NRW; zum anderen bietet das gegliederte System bundesdeutscher Sozialgesetzgebung (u. a. SGB I, II, V, IX, X, XI und XII) und die UN-BRK rechtliche Anknüpfungspunkte, die jetzt und zukünftig für die Weiterentwicklung von Steuerung, Planung und Netzwerkbildung regional/lokal genutzt werden könnten. Allerdings besteht z. T. noch Unkenntnis bei Betroffenen und Leistungsanbietern; z. T. ist – wie dargestellt – auf Seiten vor allem der Leistungsträger die sektor-, bereichs- und trägerübergreifende Perspektive noch zu wenig entwickelt. Zugleich stellen eine Vielzahl gesetzlicher Regelungen zu den Aspekten der Planung, Steuerung und Koordination Soll bzw. Kann-Bestimmungen mit einem geringen Verbindlichkeitsgrad dar.

Anknüpfend an Datenrecherche sowie die Breiten- und Tiefenerhebung sollen nachfolgend wesentliche Ergebnisse zusammengefasst und mit Blick auf die Aufgabenstellung des Versorgungsforschungsauftrags sowie bezogen auf das Handlungsfeld 2 vorgestellt werden:

- In Nordrhein-Westfalen sind in insgesamt 36 Kommunen *Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren* (mit Stellumfängen von 0,1 bis 1,0 Stelle) tätig, wobei sich deren koordinative und vernetzende Aufgaben oftmals sowohl auf Angebote von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen als auch auf Hilfen für suchtkranke Personen beziehen. Die organisatorische Verortung der Psychiatrie- und Suchtkoordination erfolgt dabei überwiegend im Gesundheitsamt. Die Kombination von Psychiatrie- und Suchtkoordination wird in den Befragungen überwiegend als zielführend bewertet. Mehrere Kommunen betonten in der schriftlichen Befragung die große Bedeutung einer unabhängigen Koordination und bedauerten, dass in den letzten Jahren insbesondere aus finanziellen Gründen die Stellen für Psychiatriekoordination gestrichen bzw. Stellenanteile reduziert wurden. Außerdem haben die in der Tiefenerhebung geführten Gespräche gezeigt, dass die Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren aufgrund der Vielzahl ihrer vor allem auch administrativen Tätigkeiten inzwischen nur noch sehr begrenzt in der Lage sind, originäre planerische und koordinative Aufgaben im Bereich psychiatrischer, psychosozialer und suchtbbezogener Hilfen wahrzunehmen. Gleichwohl wird der Psychiatrie- bzw. Suchtkoordination (mit einer angemessenen personellen Ausstattung und zielführender organisatorischer Anbindung) nach wie vor eine wichtige Rolle für die Planung, Steuerung und Vernetzung lokaler/regionaler Hilfesysteme zugemessen.
- Für 18 (Datenrecherche) bzw. 15 kommunale Gebietskörperschaften (schriftliche Befragung) konnten von FOGS Psychiatriepläne bzw. -berichte erfasst werden. Auffallend ist, dass vorrangig die Psychiatriepläne oftmals älter als zehn Jahre sind, die neuesten (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 etwas aktueller; so wurden vier Berichte in den letzten vier Jahren erstellt. Sowohl die Ergebnisse der schriftlichen Befragung als auch die qualitativen Befunde der Tiefenerhebung weisen in der Summe darauf hin, dass aus kommunaler Sicht der Erstellung neuer bzw. der Fortschreibung älterer Psychiatriepläne – aufgrund veränderter Rahmenbedingungen – nach wie vor eine große Bedeutung für eine bedarfsge-

rechte Weiterentwicklung psychiatrischer und psychosozialer Angebotsstrukturen zukommt; zugleich wurde aber auch immer wieder betont, dass in vielen Kommunen derzeit (aufgrund der jeweiligen Haushaltssituation) keine ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen zur Umsetzung einer darauf ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stünden. Auf Daten der SpDi könnte dabei nur in begrenztem Ausmaß zurückgegriffen werden. Mit Blick auf das Land (und den zu erstellenden Psychiatrieplan) besteht aus Kommunensicht vor allem die Erwartung, dass eine Art „Kerndaten- bzw. Indikatoren-Satz Psychiatrie“ gemeinsam entwickelt wird, der dann u. a. für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung genutzt werden könnte.

- In der Datenrecherche konnten insgesamt 47 *Kommunale Gesundheitskonferenzen* ermittelt werden, obgleich in der Breitenerhebung lediglich von 37 KGK berichtet wurde. Die KGK sind vorrangig auf die Mitwirkung an der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (z. B. Erstellung von „Basisberichten“) und – wie vor allem aus den Gesprächen der Tiefenerhebung hervorgeht – auf eine Verbesserung der lokalen medizinischen und gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet. Im Vergleich zu dieser Funktion kommt der Planung, Weiterentwicklung und Vernetzung der i. e. S. psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote – trotz des Bestehens z. T. darauf ausgerichteter Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreise – gegenwärtig eine eher nachgeordnete Bedeutung zu.

An den Kommunalen Gesundheitskonferenzen wirken zwischen zwölf und 31 Mitglieder mit; durchschnittlich werden – wie die schriftliche Befragung zeigt – etwa 20 Akteure berufen. In den KGK sind neben Vertreterinnen und Vertretern der Politik ganz überwiegend Leitungskräfte aus Diensten und Einrichtungen der Gesundheitsförderung und -versorgung repräsentiert. Zugleich arbeiten Leistungsträger (vor allem der gesetzlichen/privaten Krankenversicherung und der Renten- bzw. Pflegeversicherung) sowie Beschäftigte von Selbsthilfe-Kontaktstellen in den KGK mit. Die KGK stellen – im Vergleich zu anderen Gremien – am ehesten „Entscheidergremien“ dar; von ihnen gehen – allerdings zwischen den Kommunen z. T. sehr unterschiedlich ausgeprägt – wichtige Impulse für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung aus. Die Rolle der KGK hängt dabei entscheidend davon ab, mit welcher Haltung und Zielsetzung sie von Politik und Verwaltung zu Veränderungen bzw. Weiterentwicklung der verschiedenen Hilfesysteme genutzt wird.

- Neben den KGK arbeiten in den Kommunen i. d. R. weitere (Vernetzungs-)Gremien, die auf institutioneller und fallbezogener Ebene an Kooperations- und Koordinationsprozessen beteiligt sind. Im Rahmen der Breitenerhebung konnten für 32 Kommunen 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. Als Aufgaben der PSAG wurden in der schriftlichen Befragung sowohl die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote als auch die Psychiatrieplanung sowie die fallbezogene Zusammenarbeit genannt. Die im Rahmen der Tiefenerhebung durchgeführten Gespräche akzentuieren dieses Bild hinsichtlich einiger wesentlicher Aspekte: Zunächst wurde in den Interviews darauf hingewiesen, dass in den PSAG vorwiegend Fachkräfte der Einrichtungen und Dienste und i. d. R. keine „Entscheider“ (auf Abteilungs-, Fachbereichs- und Geschäftsführungsebene) zusammenarbeiten. Darüber hinaus dienen die PSAG aus Sicht der Interviewten vor allem dem Informations- und Erfahrungsaustausch, der Verbesserung

der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit, der Vorstellung neuer Angebote und Projekte sowie der Diskussion psychiatrierelevanter Themen. Eine i. e. S. Steuerungs- und Koordinationsfunktion wurde den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in den Interviews (und auch der schriftlichen Befragung) nicht zugemessen. Zudem wurde die Verbindlichkeit der in den PSAG getroffenen Vereinbarungen von einigen Befragten als (sehr) begrenzt eingeschätzt. Schließlich konnte beobachtet werden, dass die Bedeutung der PSAG in den Kommunen, die über einen Gemeindepsychiatrischen Verbund verfügen, aufgrund großer inhaltlicher und z. T. personeller Überschneidungen zwischen beiden Gremien eher abnimmt.

- In der schriftlichen Befragung konnten 13 *Gemeindepsychiatrische Verbände* ermittelt werden. Misst man die GPV an den Qualitätsstandards der BAG GPV e. V. so zeigt sich, dass deren Arbeit i. d. R. auf einer schriftlichen Grundlage (Geschäftsordnungen, Kooperationsvereinbarungen bzw. -verträge) basiert, dass die für die jeweiligen Regionen/Kommunen relevanten Leistungsanbieter in ihnen repräsentiert sind und dass ihr Aufgabenspektrum von der einzelfallbezogenen Steuerung (u. a. Strukturierung von Aufnahme, Über- und Abgabe gemeinsamer Klientinnen/Klienten) über die Vereinheitlichung von Dokumentation und Qualitätssicherung bis zur Weiterentwicklung psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen reicht. Aus den Gesprächen der Tieferhebung geht hervor, dass sich die GPV erwartungsgemäß vor allem als *Leistungserbringer-Verbände* verstehen, hier aber konzeptgemäß ganz überwiegend auch Psychiatrieerfahrene und Angehörige eine wichtige Rolle spielen. Die GPV stellen aus Sicht der Interviewten (mit GPV) – 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 Angebotsebene dar. Entwicklungsbedarfe werden – je nach Ausgangssituation – insbesondere im Hinblick auf die Implementierung leistungsanbieterübergreifender Krisendienste und in der Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen gesehen. In den vertieft befragten Kommunen, die gegenwärtig über keinen Gemeindepsychiatrischen Verbund verfügen, scheiterten die bisher unternommenen Versuche, ebenfalls einen GPV zu konstituieren, vornehmlich an der kritischen Haltung bzw. der (zunehmenden) Konkurrenz der Leistungsanbieter untereinander. Gleichwohl zielen auch dort die von den zuständigen Stellen initiierten Anstrengungen darauf, mittelfristig Gemeindepsychiatrische Verbände aufzubauen.
- 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. Kommunen keine große Rolle. Sie dienen vielmehr der Darstellung und Diskussion der Fallzahl- und Angebotsentwicklung vorrangig von Wohnhilfen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährt werden. Viele Gesprächspartnerinnen und -partner kritisierten die geringe Verbindlichkeit der in Regionalen Planungskonferenzen bzw. Regionalkonferenzen getroffenen Vereinbarungen. Zugleich wünschten sie sich, dass sich in Zukunft die Arbeit dieser Gremien nicht nur mit Wohnhilfen, sondern auch mit dem Handlungsfeld Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen beschäftigen sollte.
- Außer den genannten Planungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsgremien bestehen je nach Region und Kommune *weitere Gremien* wie z. B. Fachkonferenz „Psychiatrie“ oder „SPZ-Verbände“, die – je nach lokaler Ausgangssituation – ebenfalls einen

wichtigen Stellenwert für die (Weiter-)Entwicklung psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen haben.

- Weder aus der Breiten- noch aus der Tiefenerhebung ergaben sich Hinweise auf Gremien, in denen sich Vertreterinnen/Vertreter verschiedener Leistungsträger zu einem *Steuerungsverbund* (z. B. Regionale Arbeitsgemeinschaften gem. § 94 SGB X) zusammengeschlossen hätten.
- Von den beiden Landschaftsverbänden LVR und LWL wurden als Folge der Hochzonung in Nordrhein-Westfalen Hilfeplanverfahren und -instrumente implementiert, die auf Basis der vom Deutschen Verein entwickelten Bewertungsmaßstäbe eine individuelle Bedarfsermittlung und Hilfeplanung der Menschen mit Behinderungen gewährleisten sollen. Wie die verschiedenen Erhebungen gezeigt haben, tragen dabei *Hilfeplankonferenzen* entscheidend dazu bei, anbieterübergreifend personenzentrierte Hilfen vor allem für Menschen mit komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen abzustimmen. Gleichwohl wurde in verschiedenen Gesprächen der Tiefenerhebung auf negative Folgen der „Hochzonung“ für die fall- und angebotsbezogene Steuerung hingewiesen, da sich Kommunen nicht in ausreichender Form in die Hilfeplanverfahren einbezogen fühlen. Zudem würden die Hilfeplanprozesse noch zu wenig zu einer (leistungsträger- und hilfeartübergreifenden) Gesamtplanung i. S. des § 58 SGB XII sowie zur Planung und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der (kommunalen und regionalen) psychiatrischer und psychosozialer Angebotsstrukturen genutzt.
- Die Ergebnisse von Breiten- und Tiefenerhebung legen nahe, dass Psychiatrieerfahrene und Angehörige psychisch Kranker in unterschiedlichem Ausmaß an der fallbezogenen Steuerung und Angebotsentwicklung beteiligt werden: Zwar ist Partizipation an Entscheidungsprozessen, die zur (Weiter-)Entwicklung der Versorgungsstrukturen führen, eher selten. Doch stellen einige Kommunen schon heute in hohem Maße eine Partizipation Betroffenen und ihrer Angehörigen sicher, indem sie diese umfassend an den relevanten Koordinations- und Vernetzungsgremien und an individuellen Hilfeplanungen beteiligen. Ein Teil der Kommunen ist gerade dabei, die Beteiligungsmöglichkeiten zu verbessern und stärker in den Gremien zu verankern. Auch in den beiden Landschaftsverbänden sind, i. d. R. im Kontext der Umsetzung der UN-BRK, vermehrt Initiativen zu beobachten, die Partizipationsmöglichkeiten Betroffener zu verbessern.

Aus den von FOGS im Rahmen des Versorgungsforschungsauftrags durchgeführten Befragungen lassen sich im Handlungsfeld 2 „Regionale Steuerung, Kooperation und Verbundstrukturen“ eine Vielzahl von Einschätzungen, Hinweisen und Anregungen ableiten, die für die Erstellung des Psychiatrieplans für das Land Nordrhein-Westfalen bedeutsam sein könnten:

- Insgesamt zeigen die verschiedenen Erhebungen, dass die jeweils in den Kommunen arbeitenden Planungs- und Vernetzungsgremien nur eine begrenzte Steuerungsfunktion hinsichtlich der (Weiter-)Entwicklung psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen wahrnehmen. Dabei tritt der Planungsaspekt 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. Wie sowohl aus der schriftlichen Befragung als auch aus den Interviews hervorgeht, kommt den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (als Verbände vorrangig der Leistungsanbieter) derzeit die relativ stärkste Steuerungsfunktion zu. Viele Interviewte regten an, dass in den einzelnen Kommunen die Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der verschiedenen Gremien überprüft und künftig verstärkt

Gemeindepsychiatrische Verbände aufgebaut werden sollten. Seitens des Landes könnte dieser Prozess gefördert werden, indem dazu Know-How zur Verfügung gestellt und Fachforen für den kommunalen Austausch eingerichtet werden. Schließlich wurde vereinzelt vorgeschlagen, ggf. angebunden an die KGK (oder an den GPV) eine Arbeitsgemeinschaft der Leistungsträger i. S. von § 94 SGB X (und neu § 25 Referentenentwurf BTHG) zu konstituieren, die zur Überwindung von Fehl- und Unterversorgung sowie Weiterentwicklung der Angebote im Bereich der Teilhabeleistungen beiträgt.

- Aus den verschiedenen Erhebungen geht weiter hervor, dass die Kommunen und das Land eine inklusive Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Angebote gezielt fördern sollten. Dabei sollten Betroffene und Angehörige intensiv und verbindlich beteiligt werden. Mittels der „Ladder of participation“ könnte dabei die Realisierung von Partizipation überprüft werden. Kommunen und Land sollten – so die Auffassung von Interviewten – die Interessenvertretung Betroffener fördern, barrierefreie Mitwirkungsmöglichkeiten ermöglichen und dazu angemessene Ressourcen zur Verfügung stellen (vgl. hierzu auch Kap. 0).

Insbesondere in den Gesprächen der Tiefenerhebung wurde vorgeschlagen, dass die Kommunen – anknüpfend an die dargestellten rechtlichen Rahmenbedingungen – ihre Planungs- und Steuerungsaktivitäten verstärken und dafür künftig angemessene organisatorische und personelle Voraussetzungen schaffen sollten. Dies auch deshalb, weil unterschiedliche Faktoren die kommunalen Steuerungsanstrengungen erschweren, darunter verschiedene leistungsrechtliche Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, z. T. erhebliche finanzielle Kürzungen von Leistungen und damit verbundene größere Konkurrenz von Leistungsanbieter sowie historisch gewachsene Trägerstrukturen und -macht.

- Steuerung braucht zudem – wie die Befragungen gezeigt haben – eine valide Datengrundlage in den Kommunen und im Land. In vielen Interviews wurde deshalb angeregt, analog zur Suchthilfe einen einheitlichen Datensatz zur psychosozialen/psychiatrischen Versorgung zu entwickeln, der kommunal genutzt wird und in die GBE des Landes einfließt. Das Land könnte diese Entwicklung unterstützen, die Datenauswertung landesweit übernehmen und den Rückfluss der Daten in die Kommunen sicherstellen. Land und Kommunen sollten die Ergebnisse regelmäßig gemeinsam beraten und für die Ableitung von Konsequenzen nutzen, bspw. im Rahmen des geplanten Fachbeirats Psychiatrie.
- Zudem wurde in den Erhebungen angeregt, dass das Land auf eine regelhafte kommunale Psychiatrieplanung hinwirken und mit Rahmenvorgaben unterlegen sollte; in den Planungsprozess sollten dabei alle relevanten Akteure inkl. Betroffene und Angehörige einbezogen werden.
- Nach Ansicht von befragter Personen sollte künftig – anknüpfend an das neue BTHG – die Teilhabe-/Hilfeplanung im Bereich der Eingliederungshilfe weiterentwickelt und in beiden Landesteilen in vergleichbarer Form umgesetzt werden. Hilfeplanprozesse sollten dabei stärker für eine (leistungsträger- und hilfartübergreifenden) Gesamtplanung i. S. des § 58 SGB XII genutzt werden. Zudem sollte eine stärkere strukturelle Verbindung zwischen Fall- und Systemebene (Sozialplanung/Angebotsentwicklung) gewährleistet werden, um die psychiatrischen und psychosozialen Angebotsstrukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Bestehende erfolgreich arbeitende trägerübergreifende Foren für Besprechung und Planung schwieriger Fallkonstellationen sollten dabei beibehalten und ggf. ausgebaut werden.

- Schließlich wurde insbesondere in den Gesprächen mit den Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren die Erwartung formuliert, dass der Psychiatrieplan des Landes NRW die Rahmenbedingungen für die Steuerung der psychiatrischen Versorgung genauer festlegt.

3.3 Handlungsfeld 3: Beschwerdewesen

Eine neutrale Anlaufstelle bzw. die Etablierung von Beschwerdemöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und Angehörige stellt ein menschenrechtliches Anliegen im Kontext der UN BRK dar und ist zudem Qualitätsmerkmal für das Hilfesystem. In manchen Bereichen sind Beschwerdemöglichkeiten (deshalb) gesetzlich verankert (Kliniken, niedergelassene Medizin). Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen benötigen in Konfliktfällen Unterstützung bei der Wahrung und Durchsetzung ihrer Rechte, gerade weil sie aufgrund ihrer Erkrankung allein z. T. weniger durchsetzungsfähig sind. Aufgrund der hohen Abhängigkeit vom Behandlungssystem ist die Unabhängigkeit einer Beschwerdestelle besonders bedeutsam.⁸

Auch Kruckenberg⁹ ordnet die Verwirklichung von Patientenrechten, darunter Beschwerdemöglichkeiten, in die Umsetzung von Partizipation und Teilhabe und damit der UN-Behindertenrechtskonvention ein und verweist in diesem Zusammenhang bspw. auf das Positionspapier des Landesverbands Psychiatrieerfahrener »zwecks Anpassung an internationale Chartas und Konventionen sowie nationale Grund- und Patientenrechte«, in dem (u. a.) unabhängige niedrigschwellige Beschwerdestellen gefordert werden.

Die Untersuchungsergebnisse verweisen zum einen auf eine unzureichende Datenlage zum Handlungsfeld Beschwerdewesen in NRW. Zum anderen gilt, dass Patientinnen und Patienten zwar eine Vielzahl von Beschwerdemöglichkeiten haben: Petitionsausschuss (Bund/Land), Patienten- und Behindertenbeauftragte (Bund/Land), Bezirksregierung, Kassenärztliche Vereinigung, Ärzte- und Psychotherapeutenkammer, Beschwerdestellen in Kliniken und in den Kommunen, die UPD u. v. m. Doch ist unklar, wie darüber und über Ansprechpersonen, Zugangswege und Handlungsmöglichkeiten informiert wird. Zudem überfordert die unüberschaubare Anzahl potenziell Beschwerden entgegennehmender Stellen und die Regularien, wann wer zuständig ist, viele Betroffene und Angehörige.

Auch im Rahmen der Recherchen konnten zu vielen Beschwerdemöglichkeiten im ambulanten oder stationären Bereich kaum nähere Angaben zu Umfang und Art der Inanspruchnahme ermittelt werden. Es bleibt vielfach offen, ob bzw. wie Beschwerden dokumentiert und ausgewertet werden, ob eine Zusammenfassung von Beschwerden über die verschiedenen Stellen hinweg erfolgt und was mit Beschwerden geschieht.

Am genauesten geregelt sind Beschwerdemöglichkeiten *im stationären Bereich*, doch erlauben zumindest die untersuchten Berichte der Besuchskommissionen nur begrenzt Aussagen zur Umsetzung, andere Daten dazu liegen bisher nicht vor. Die Auswertungen lassen annehmen, dass manche der besuchten Kliniken die Bedeutung von (unabhängigen) Beschwerdemöglichkeiten für ihre Patientinnen und Patienten eher niedrig gewichten und dass eine systematische Verankerung im Qualitätsmanagementsystem nicht überall erfolgt.

⁸ Uebele, G. (2009). Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Praktizierter Dialog. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 39,3, S. 10 ff.

⁹ Kruckenberg P. (2013). Patientenrechte und Länderinitiativen in Bremen, In: Aktion Psychisch Kranke, Wiß, P. & Heinz, A. (Hrsg.). *Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe*. Dokumentation der Tagung am 6./7. November 2012 in Berlin. S. 209- 212. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Die Datenlage für das Beschwerdewesen *außerhalb* psychiatrischer Kliniken konnte durch die schriftliche Befragung der Kommunen deutlich verbessert werden. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass etwa die Hälfte der Kommunen in NRW (auch) außerhalb von psychiatrischen Kliniken über eine Beschwerdestelle für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen bzw. Angehörige verfügt. Zu den zentralen Aufgaben dieser Anlaufstellen zählen insbesondere die Annahme von Beschwerden sowie die Beratung der Nachfragenden.

Die bisher ermittelten quantitativen und qualitativen Daten verdeutlichen, dass die Anlaufstellen für Beschwerden in den Kommunen die Qualitätskriterien nur teilweise erfüllen, die im Rahmen des DGSP-Modellprojekts zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen erarbeitet wurden. Eine trialogische Besetzung kann lediglich für vier Kommunen bestätigt werden. Beschwerdestellen bieten regelmäßige Sprechzeiten an, allerdings nur selten wöchentlich.

Die im DGSP-Modellprogramm erarbeiteten Standards raten zu einer breiten Öffentlichkeitsarbeit über Plakate und/oder Aushänge in allen Einrichtungen und Praxen sowie durch Ankündigung der Sprechstunden in der Lokalpresse. Über Informationen in Einrichtungen wurde berichtet, jedoch nicht durchgängig. Zum Teil wird in der lokalen Presse informiert, überwiegend allerdings per Internet.

Schließlich ist zu konstatieren, dass die Einflussmöglichkeiten der Beschwerdestellen sich vor allem auf Einzelfallklärungen konzentrieren. Vielfach ist eine Verbindung in regionale Gremien bzw. zu planungsrelevanten Akteuren gegeben, was jedoch selten systematisch für die Weiterentwicklung der Versorgung genutzt wird.

Mindestens zehn Kommunen, die bisher keine eigenständige Beschwerdestelle haben, planen die Etablierung eines unabhängigen Angebots in ihrer Kommune oder würden dies zumindest als sinnvoll einstufen. Hilfreich wäre hier eine gesetzliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen als Pflichtaufgabe der Kommunen.

Auch im Rahmen der Tiefenerhebung wurde mit einer Vielzahl von Gesprächspartnerinnen und -partnern das Thema Beschwerdewesen vertieft. Dabei wurde es mit Blick auf die zuvor vorgestellten Gegebenheiten in den Kommunen – mit und ohne Beschwerdestellen – weit überwiegend als erstrebenswert erachtet, in jeder Kommune eine zentrale unabhängige Beschwerdestelle zu haben, die sich selbst um Beschwerden kümmert oder diese an die eigentlich zuständigen Stellen weiterleitet und die Nutzenden im Kontakt mit diesen Stellen unterstützt.

Mit Blick auf unabhängige Beschwerdemöglichkeiten können aus den Recherchen und Erhebungen folgende Kernaussagen zusammengefasst werden:

- Im PsychKHG in Baden-Württemberg ist ein Rechtsanspruch auf die Möglichkeit zur Beschwerde verankert und sind unabhängige Beschwerdestellen als Standardausstattung jeder Kommune festgeschrieben. Viele Befragte in NRW wünschen sich ähnliches auch im neuen Psychiatrieplan und/oder im PsychKG ihres Landes.
- Damit verbunden sollten Standards für Ausstattung, Aufgaben, Zuständigkeitsbereiche, Pflichten, Befugnisse und Dokumentation definiert werden. Dabei sollten sowohl die persönliche und parteiliche/anwaltliche Unterstützung von sich beschwerenden Personen als Aufgabe definiert werden wie auch der Beitrag zur Qualitätssicherung in der Kommune.
- Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass es für potenzielle Beschwerdeführer hilfreich ist, sich mit allen Arten von Beschwerden bzw. mit Beschwerden bzgl. verschiedener Angebote an eine zentrale Stelle wenden zu können. Deshalb ist es wichtig, unabhängige Beschwerdemöglichkeiten zentral und am ehesten kommunal veror-

tet aufzubauen und dabei auch sicherzustellen, dass Beschwerden ggf. an die jeweils zuständige Leistungsträger-bezogene Beschwerdestelle weitergeleitet werden und dass bei Bedarf die Nutzenden im Kontakt mit diesen Stellen unterstützt werden.

- Generell wird betont, dass Beschwerdestellen hoch angesiedelt sein bzw. einen direkten Zugang zu Verantwortungsträgern haben sollten. Eine verantwortliche Mitwirkung von Psychiatriekoordination wird deshalb weithin befürwortet.
- Beschwerdestellen sollten unabhängig von Trägerinteressen sein. Gute Erfahrungen bestehen an einigen Orten mit der Mitwirkung „interessierter Bürgerinnen oder Bürger“. Die meisten Stimmen befürworteten eine (mindestens) triadische Besetzung, z. T. wurde in der Tiefenerhebung aufgrund der großen Bedeutung juristischer Aspekte bspw. bei Unterbringungen, im Maßregelvollzug oder der Einrichtung von Betreuungen auch eine „quadrologische“ Besetzung durch Einbezug juristischer Kompetenz empfohlen.
- Hilfreich ist es, Beschwerdestellen mit Rechtsberatung zu verknüpfen, um bei Beschwerden wegen gravierender Vorkommnisse diesen wirkungsvoll abhelfen zu können. Mit dadurch gesteigerten Erfolgsaussichten, Missständen wirkungsvoll abzuwehren, wurde in der Tiefenerhebung u. a. die Hoffnung verbunden, dass Menschen sich dann öfter beschweren.
- Für Betroffene ist es wichtig, dass grundsätzlich die Möglichkeit von Peer Beratung gegeben ist. Zumindest wollen Beschwerdeführende wählen können, ob sie ihre Beschwerde ausschließlich an andere Betroffene richten (Peer Support).
- Für die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen sollte eine angemessene Aufwandsentschädigung geleistet werden.
- Eine Kombination aus Kontakt- und Beschwerdestelle erscheint vielen Befragten sinnvoll.
- Mit Blick auf die umfassende Zuständigkeit und den Beitrag zur Qualitätssicherung für die regionale Versorgung wurde in der Tiefenerhebung mehrfach eine Umlagefinanzierung, 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, ja gefordert, werden.
- Sowohl seitens kommunaler Akteure wie von Leistungsanbietern und Betroffenen wurde eine (Anschub-)Finanzierung durch das Land angeregt, um in allen Kommunen Beschwerdestellen zu implementieren bzw. noch zu definierende Standards umzusetzen.
- 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 breit zu informieren (z. B. über Webseiten und Printmedien). Auch sollte in jeder Einrichtung, die Hilfen für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen anbietet, umfassend über Beschwerdemöglichkeiten informiert werden.
- Recherchen und Befragungen verweisen darauf, dass der Austausch zwischen den Beschwerdestellen im Land (und darüber hinaus) wichtig für die Weiterentwicklung ist. Gewünscht wurde deshalb vielfach eine finanzielle Förderung und Unterstützung dessen, ebenso wie von Qualitätssicherung nach innen durch Supervision o. ä.

- Um Wirkung für die Weiterentwicklung des regionalen Systems entfalten zu können, wäre es wichtig, Beschwerden systematisch zu erfassen und darüber in den relevanten Gremien zu berichten.
- Die Untersuchungsergebnisse verweisen auf den Bedarf nach adäquaten unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten in allen Kliniken und hier insbesondere in geschlossenen Bereichen und im Maßregelvollzug. Landesweite Standards für Zugang, Präsenz (im geschlossenen Bereich), Besetzung der Stellen und ein transparentes Berichtswesen wären hilfreich für eine gute Praxis/Umsetzung.
- Für den stationären Bereich regten die Befragten an, dass die Besuchskommissionen weiterhin stark auf die Umsetzung von unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten achten und Informationen zur Umsetzung in den Kliniken zusammentragen sollten.
- In der Tieferhebung wurde der Wunsch deutlich, 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 (Land) jährlich systematisch zusammengetragen sowie auf grundlegende Missstände geprüft werden und diesen nach Möglichkeit (und in Kooperation mit den je zuständigen Stellen) abgeholfen wird.

Seitens vieler Akteure im Land wird die landesweite Etablierung von unabhängigen Beschwerdestellen als wichtiges menschenrechtliches Instrument zur Umsetzung der UN BRK betrachtet. Neben der Unterstützung Einzelner kann eine zentrale Beschwerdestelle Qualitätssicherungsaufgaben für das regionale Versorgungssystem wahrnehmen und zu dessen Weiterentwicklung beitragen. Beides ist als gemeinsame Aufgabe aller Akteure ohne große Kosten realisierbar. Schon aufgebaute Beschwerdestellen würden durch eine gesetzliche Verankerung als Pflichtaufgabe im kommunalen Rahmen gestärkt und Kommunen, die noch nicht über eine Beschwerdestelle verfügen, würden verpflichtet, eine einzurichten.

3.4 Handlungsfeld 4: Partizipation und Selbsthilfe

Nordrhein-Westfalen verfügt sowohl über ein flächendeckendes Netz an lokalen Selbsthilfeunterstützungsangeboten in Form von Selbsthilfe-Kontaktstellen oder Selbsthilfebüros als auch über landesweite Strukturen in Form von Landesverbänden, der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe und der Koordination für die Selbsthilfe-Unterstützung in Nordrhein-Westfalen (KOSKON). Die Selbsthilfe-Kontaktstellen werden durch die Erhöhung der GKV-Förderung ab dem Jahr 2016 vermutlich deutlich ausgebaut.

Selbstvertretungsorganisationen sind im Bereich psychischer Störungen/Erkrankungen noch wenig verbreitet, hier zeigen sich vermutlich unterschiedliche Selbstverortungen (Gesundheitsbereich und Behindertenhilfe) und Folgen der verteilten Zuständigkeiten auf Seite der Ministerien (vor allem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW [MGPEA] und Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW [MAIS]). Manche Selbsthilfeorganisationen verfolgen über die Unterstützung und Beratung Betroffener hinaus auch politische, menschenrechtliche und teilhabebezogene Zielsetzungen. Im Zuge der Umsetzung der UN-BRK wachsen in jüngster Zeit verschiedene Initiativen zusammen, bspw. ist der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener Mitglied in der im Dezember 2015 neu gegründeten LIGA Selbstvertretung.

Die Selbsthilfelandchaft im Bereich psychische Gesundheit ist in NRW durchaus vielseitig, aber lokal auch sehr unterschiedlich verankert. So unterscheiden sich vor allem die (Möglichkeiten der) Mitwirkung in Planungs- und Steuerungsprozessen. Interessenvertretungen der Selbsthilfe, in denen auch Gruppen aus dem Bereich psychischer Erkrankung mitwirken, sind generell rar. Im Hinblick auf Mitwirkungsmöglichkeiten bestehen weiterhin Entwicklungsbedarfe – dies bestätigen auch die Einschätzungen von Seiten der Selbsthilfe ebenso wie von kommunalen Akteuren und befragten Anbietern. Neben unzureichenden Mitwirkungsmöglichkeiten durch fehlenden Einbezug und Verankerung in Gremien und Entscheidungsprozedere oder unzureichende Unterstützung/Assistenz etc. gibt es jedoch auch mangelnde Mitwirkungsfähigkeiten, denn vielfach fehlen in der Selbsthilfe engagierte/aktive Akteure.

Die geschätzt bis zu 15.000 Selbsthilfegruppen in NRW beschäftigen sich vorwiegend mit Gesundheitsselbsthilfe und sind zu großen Teilen im Selbsthilfenetz des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes organisiert („Wittener Kreis“). Der Anteil von Gruppen im Bereich psychischer Gesundheit ist dabei nicht eindeutig ermittelbar und liegt bei schätzungsweise etwa 8 %. Es gibt Hinweise, dass sich eher Betroffene mit leichteren psychischen Störungen oder in Lebenskrisen in Selbsthilfegruppen zusammenfinden. Demgegenüber sind die psychisch Kranken, deren Angehörigen sich in Selbsthilfegruppen engagieren, meist Personen mit schwereren Störungen/Erkrankungen.

Zur Selbsthilfe liegen aufgrund struktureller Gegebenheiten auf der einen Seite und mangelnder Forschung auf der anderen Seite kaum empirische Daten vor. In ihrer S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verweist auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in einem eigenen Kapitel zur Selbsthilfe auf die Schwierigkeit der Untersuchung von Selbsthilfeansätzen (und deren Wirksamkeit): „Obwohl der Nutzen von Selbsthilfe unumstritten ist, ist die Effektivität von Selbsthilfegruppen bisher nicht hinreichend belegt. Die Breite der Anwendungsmöglichkeiten und uneinheitliche Operationalisierungen des Begriffes von Selbsthilfegruppen erschweren einen Überblick über den gegenwärtigen Forschungsstand.“¹⁰

Die begrenzte Verfügbarkeit und Qualität bzw. Belastbarkeit von Sekundärdaten zu Selbsthilfegruppen bestätigt auch die hier vorgelegte Analyse: Zwar existieren für NRW mehrere landesweite Datenquellen zu Selbsthilfe, doch sind die verfügbaren Daten (u. a. aufgrund mangelnder Aktualität) weder vollständig noch belastbar und sie enthalten auch keine über die Anzahl und den Schwerpunkt der Institutionen hinausgehenden weiterführenden Informationen zu den zu untersuchenden (Qualitäts-)Dimensionen. Dies liegt auch daran, dass Dokumentation im Bereich Selbsthilfe kein Fördergegenstand ist. Auch die im Rahmen der durchgeführten schriftlichen Befragungen erhobenen Primärdaten in Bezug auf Anzahl, Mitglieder und Ausstattung (Personal und Finanzen) von Selbsthilfe vor Ort sind nur begrenzt aussagekräftig.

Dennoch kann zur Bestandsaufnahme festgehalten werden, dass Selbsthilfe sich grundsätzlich an Betroffene und Angehörige in unterschiedlichen Altersgruppen und Lebensphasen richtet. Wie schon andere Studien, Mitgliederuntersuchungen u. ä. verweisen jedoch auch die Ergebnisse der hier vorgelegten Untersuchung darauf, dass viele Akteure älter sind oder hochaltrig und dass Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen Probleme haben, jüngere Menschen für Beratung, Vorstands- oder Gremienarbeit zu gewinnen.

¹⁰ DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 154.

Der Zugang zu Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in NRW ist zwar vielfach barrierefrei möglich (überwiegend i. S. von rollstuhlgerecht), doch verfügen lediglich 32 von 52 Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros über eine barrierefreie Internetseite. In den Gruppen wirken kaum Menschen mit Behinderungen mit, sich auf sie einzustellen erscheint kompliziert, erfordert mehr oder andere Ressourcen und rührt auch an Selbstverständnissfragen der Betroffenen.

Die Themenbereiche Gender und Migration finden in der Selbsthilfe zu psychischer Gesundheit noch wenig strukturelle und konzeptionelle Verankerung. Gleichwohl gibt es in Kommunen einzelne Selbsthilfegruppen, die sich an spezifische Zielgruppen (z. B. an Frauen, an türkischsprachige Personen) richten. Grundsätzlich setzt sich die Gesundheits-selbsthilfe zunehmend v. a. mit dem Thema Migration und kulturelle Vielfalt auseinander, spezifische Förderungen durch die Krankenkassen unterstützen den Prozess.

In Bezug auf die Finanzierung kann mittels Daten der Krankenkassen sowie der Angaben zu Landesmitteln (NAKOS) nur eine Annäherung an die Gesamtförderung erzielt werden. Die nicht unerheblichen kommunalen Unterstützungen konnten im Rahmen der durchgeführten Untersuchung fast gar nicht ermittelt werden.

Zusammenfassend werden mit Blick auf Selbsthilfe, Selbstvertretung und Partizipation in NRW einige Entwicklungsbedarfe konstatiert. Bezugnehmend auf die Magdeburger Thesen als auch die Vorgaben der UN-BRK (Recht Partizipation) können aus der Datenrecherche und den durchgeführten Erhebungen folgende Kernaussagen zusammengefasst werden:

- Die Ergebnisse von Recherchen und Erhebungen verweisen darauf, dass Selbsthilfe Betroffener und von Angehörigen zunehmend und verbindlich an relevanten Gremien in Land und Kommunen beteiligt werden sollten. Wichtig erscheint den Befragten bspw., dass Selbsthilfe (weiterhin bzw. verstärkt) verbindlich in Besuchskommissionen, im geplanten Landesfachbeirat und im Inklusionsbeirat mitwirkt sowie in den kommunalen Gremien, Regionalkonferenzen und Verbänden. Um der Vielfalt psychiatrischer Problemlagen und Auffassungen zu ‚guter Versorgung‘ gerecht zu werden, erscheint es hilfreich, deutlich mehr als einen Verband/eine Person zu beteiligen – wie es bei den professionellen Institutionen geschieht. Die Beteiligungsmöglichkeiten von Selbsthilfe können auch dadurch verbessert werden, dass auf deren Rahmenbedingungen Rücksicht genommen wird und bspw. Sitzungen öfter am Abend oder am Wochenende geplant werden. Um zudem Menschen mit ausgeprägten Problemen, bspw. in Heimen Lebende oder Menschen mit (zusätzlichen) Behinderungen zu erreichen, regten Befragte an, Beteiligung organisatorisch und durch Assistenz zu unterstützen.
- Vielfach wurde dafür votiert, Selbstvertretung genauso wie Selbsthilfe gesetzlich zu verankern. Entsprechende Kooperationen könnten helfen, diesbezügliche Erfahrungen aus dem Behinderten-/Inklusionsbereich stärker zu nutzen. Als hilfreich wird auch eine bessere Vernetzung der Aktivitäten auf ministerieller Ebene erachtet (Kooperation MAIS und MGEPA).
- In der Tiefenerhebung wurde, wie auch beim Fachtag zum Landespsychiatrieplan am 25. Februar 2016 in Mülheim an der Ruhr gefordert, die Umsetzung von Partizipation im Rahmen der Landespsychiatrieberichteinstellung einem regelmäßigen Monitoring zu unterziehen, bspw. entlang der „ladder of participation“. Diese Aufgabe könnte u. a. bei dem geplanten Fachbeirat Psychiatrie verortet werden. Die Basis des landesweiten Monitorings sollten kommunale Evaluationen sein.
- In Breiten- und Tiefenerhebung wurde dafür votiert, in allen Kommunen Trialogforen zu verankern und ihre Beiträge für die Qualitätssicherung der regionalen Versor-

gung zu nutzen. Perspektivisch könnte der Trialog zu einem „Quadrolog“ weiterentwickelt werden, in dem Juristen wie Richterinnen und Richter (Vormundschaftsgericht/Unterbringung), Rechtsanwälte und gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen mitwirken. Ihre Beteiligung wird mit Blick auf die wichtigen Themen Recht und Zwang empfohlen. In den Gesprächen im Rahmen der Tiefenerhebung wurde die z. T. geringe Beteiligung von Fachkräften an den Trialogforen problematisiert und zum einen vorgeschlagen, die Beteiligung im Rahmen klinischer/pflegerischer Ausbildungen regelhaft vorzusehen und zum anderen Trägern empfohlen, entsprechende Selbstverpflichtungen umzusetzen.

- Rechte ohne Ressourcen sind ein grausamer Scherz¹¹: Einen breiten Raum im Rahmen der Breiten- und vor allem der Tiefenerhebung (und des o. g. Fachtags) nahm ein, dass Rechte und Wünsche nach Mitwirkung, die Bedeutung von Partizipation im Rahmen regionaler Qualitätssicherung und die Aufgaben, die jüngst im neuen Referentenwurf zum Bundesteilhabegesetz der Selbsthilfe zugeordnet werden (z. B. §§ 32, 39, 131 BTHG) immer weniger zur bisher fast ausschließlich ehrenamtlichen Struktur von Selbsthilfe und Selbsthilfe-Beteiligung passen. Die professionellen wie die betroffenen Fachleute im Land verwiesen darauf, dass Betroffene und ihre Selbstvertretungsorganisationen Ressourcen brauchen, um die Rechte auf Beteiligung wahrzunehmen. Notwendig seien Basisfinanzierungen der Organisationen, verlässliche und verbindliche Förderung von Personal für Geschäftsstellen, Buchhaltung, Förderung von Kommunikationstechnik u. ä. Als gutes Beispiel dafür wurde auf die Kompetenzzentren selbstbestimmt Leben verwiesen. Zudem sollte ehrenamtliches Engagement zumindest in Teilen in bezahlte Arbeit überführt werden – mit den Worten eines Interviewpartners: „sonst ist ‚Augenhöhe‘ Augenwischerei“. Darüber hinaus sollte der Aufwand für Gremien-Mitarbeit adäquat entschädigt bzw. honoriert werden.
- Ehrenamtlich Aktive brauchen Know How für ihre Arbeit. Als hilfreich werden bspw. Schulungsmaßnahmen für Selbsthilfe-Gruppenleitungen, supervisorische Begleitung oder kollegialer Austausch erlebt, deshalb wurde angeregt, derartige Hilfen regelhaft zum (möglichen) Gegenstand von Förderung zu machen. Ebenfalls als hilfreich werden Seminare u. ä. zur persönlichen Stärkung und zur Empowerment-Förderung bewertet, wie bspw. die modellhaft entwickelten Angebote der ISL. Eine Möglichkeit wurde darin gesehen, dass die Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW mit der erweiterten Förderung ab 2016 entsprechende Angebote aufbauen.
- Die Ergebnisse der Recherche zeigen, dass Peer-Arbeit Erreichbarkeit und Compliance von Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg verbessert sowie Befinden und Ressourcen von Angehörigen. Peer-to-Peer-Ansätze sollen deshalb – in unterschiedlichen Kontexten – gefördert werden. Als wichtig wurde erachtet, dem anerkannten Modell der EX-IN-Genesungsbegleitung zu mehr Geltung zu verhelfen. Dazu sollten zum einen Formen gefunden werden, die Ausbildung finanziell zu unterstützen (verstärkte Anerkennung als berufliche Weiterbildung im Rahmen der Arbeitsförderung und Förderung im Rahmen von SGB I und SGB III, Gewährung von Darlehen o. ä.). Zum anderen wurde angeregt, Genesungsbegleiterinnen und –begleiter verstärkt in aufsuchende Teams in den Gemeinden und im Rahmen klinischer Behandlung einzusetzen. Perspektivisch solle eine Anerkennung als Beruf, auch im Rahmen der Tarifwerke (etwa vgl. dem Suchtkrankenhelfer-Status) mit einer angemessenen Entlohnung angestrebt werden. Die Ergebnisse der aktuellen Modellvor-

¹¹ Verkürzt nach: Rappaport, J. (1981). In praise of paradox. A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1, 1-25, S. 13. Originaltext: „Having rights but no resources and no services available is a cruel joke.“

haben von LWL und LVR sollten landesweit kommuniziert und auf Konsequenzen für die Versorgung beleuchtet werden. Die Erfahrungen mit dem Einsatz von Genesungsbegleitung verweisen darauf, dass es wichtig ist, die Einsätze regelhaft von Leitung vorzubereiten und zu stützen, in Teambesprechungen und Supervisionen zu reflektieren und die Erfahrungen systematisch für Behandlungsverbesserungen zu nutzen.

EX-IN- und andere Peer-Ansätze sollten landesweit auch durch die Organisation regelmäßiger Treffen der Beteiligten für einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch und zur Artikulation von Interessen unterstützt werden. Verbreitung und Praxis von Genesungsbegleitung und anderen Peer-Ansätzen in NRW sollten in ein paar Jahren (erneut) evaluiert werden.

- In Übereinstimmung mit der S3-Praxisleitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verweisen auch die aktuellen Untersuchungsergebnisse darauf, dass Betroffene durch Behandelnde zeitnah nach Auftreten einer Störung in allen Settings Ratgeber, Selbsthilfemanuale und andere Informationsmaterialien bzw. Hinweise darauf erhalten sowie über Selbsthilfegruppen informiert und aktiv zur Teilnahme ermuntert werden sollten. Angeregt wurde zudem, dass in den Kliniken regelmäßig Sprechstunden von Selbsthilfegruppen Betroffener stattfinden.
- Angehörige sind oft die erste und eine wertvolle Unterstützung bei der Versorgung psychisch kranker Menschen. Sie brauchen dafür Wissen und Beratung über Erkrankung und Hilfen sowie Unterstützung. Auch ihnen helfen Informationen, Aufklärungsmaterialien, darüber hinaus sind ihnen ein aktiver und wertschätzender Einbezug durch die Behandlungspersonen sowie Beistand und vielfältige und bedarfsbezogene Entlastungsangebote wichtig, dazu gehört auch, dass Entlassungen erkrankter Personen in familiäre o. ä. Settings mit den Angehörigen vorbereitet werden. Angehörige wollen standardmäßig durch professionelle Akteure (Behandlungs- und Hilfeangebote, Krankenkassen etc.) über Selbsthilfeangebote informiert und zur Teilnahme motiviert werden. In den Kliniken wünschen sie sich regelmäßig Sprechstunden von Angehörigen-Selbsthilfegruppen. Auch für Geschwister und Kinder von Betroffenen sind aufgrund ihrer spezifischen Belastung Unterstützungsangebote¹² wichtig. Hilfreich erscheint, Informationen über Selbsthilfeangebote in allen psychiatrischen Praxen, Diensten und Einrichtungen sowie in (lokalen) Zeitungen und Medien zu verbreiten.
- Die Erhebungen zeigten, dass junge Menschen und Personen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderungen durch Selbsthilfe kaum erreicht werden. Auch deshalb wurden entsprechende Fördermaßnahmen und Vorhaben wie bspw. das erwähnte Projekt „Migration und Selbsthilfeaktivierung“ von den Interviewpersonen ausdrücklich begrüßt. Um für andere Zielgruppen zugänglicher zu sein, wurde bspw. angeregt, dass Selbsthilfe sich durch entsprechende Ausstattung (Mehrsprachigkeit, leichte Sprache und Barrierefreiheit), adäquate Konzepte und die Nutzung unterschiedlicher (lebensweltorientierter) Kommunikationskanäle (bspw. soziale Netzwerke) und Settings zielgruppengerechter aufstellt.
- In der Tiefenerhebung wurde angeregt, landesweit über alle Fördermaßnahmen und -möglichkeiten zentral und online zu informieren und Antragsformulare verschiedener Förderinstitutionen an einer Stelle zugänglich zu machen.

¹² Vgl. bspw. Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe. Auch in den Blick zu nehmen sind hier ältere Kinder von psychisch Kranken, die erst im (hohen) Alter erkranken.

- In den Recherchen wie auch in Breiten- und Tiefenerhebung fanden sich Hinweise auf mangelnde (wissenschaftliche) Erkenntnisse zu Selbsthilfe. Um dem abzuhelpfen wurde gefordert, dass Selbsthilfe stärker Gegenstand von Forschung sein sollte. Dabei wollen und sollen Betroffene und Angehörige und ihre Selbsthilfeorganisationen bei der Generierung von Forschungsfragen und -designs, dem Forschungsprozess und der Auswertung und Interpretation von Ergebnissen beteiligt werden.

Abschlussbericht

Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern

für das Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



FOGS
Gesellschaft für
Forschung und Beratung
im Gesundheits- und
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 0221 973101-0
Fax: 0221 973101-11

E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de
www.fogs-gmbh.de

Bearbeitet durch:
Martina Schu
Hans Oliva
Miriam Martin
Rüdiger Hartmann
Günter Schlanstedt
Prof. Dr. Rudolf Schmid

Köln, im Juli 2016
Projektnummer: 890/2015

Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	EINLEITUNG UND AUFTRAG	1
2	VORGEHEN	2
2.1	Datenrecherche und Sekundäranalysen	4
2.2	Breitenerhebung	5
2.2.1	Schriftliche Befragung der Kommunen	6
2.2.2	Schriftliche Befragung der Selbsthilfeverbände	8
2.3	Tiefenerhebung	10
2.3.1	Gespräche in sechs Kommunen	10
2.3.2	Weitere Fachgespräche	12
3	ERGEBNISSE HANDLUNGSFELD 1: AMBULANTE HILFEN BEI PSYCHISCHEN KRISEN	13
3.1	Datengrundlage und rechtlicher Rahmen	13
3.2	Integrierte Beschreibung der Ergebnisse	15
3.2.1	Sozialpsychiatrische Dienste	19
3.2.2	Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste	29
3.2.3	Spezialisierte Krisendienste	33
3.2.4	Hilfen für Menschen mit Migrationshintergrund in psychischen Krisen	37
3.2.5	Einweisungen nach PsychKG	39
3.3	Umsetzungsbeispiele	43
3.4	Zusammenfassende Kernaussagen	48
4	ERGEBNISSE HANDLUNGSFELD 2 – REGIONALE STEUERUNG, KOOPERATION UND VERBUNDSTRUKTUREN	54
4.1	Datengrundlagen	54
4.2	Rechtliche Rahmenbedingungen und begriffliche Grundlagen	56
4.3	Integrierte Beschreibung der Ergebnisse	67
4.3.1	Psychiatriekoordination und -Planung	67
4.3.2	Steuerung, Koordination und Netzwerkbildung	73
4.3.3	Einzelfallbezogene Steuerung der Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen Behinderung	94
4.3.4	Partizipation Betroffener bei Planung, Steuerung und Netzwerkbildung	97
4.4	Zusammenfassende Kernaussagen	100
5	ERGEBNISSE HANDLUNGSFELD 3: BESCHWERDEWESEN	105
5.1	(Daten-)Grundlagen	105
5.2	Auswertung übergreifender Quellen	107
5.3	Beschwerdewesen im stationären Bereich	109
5.4	Beschwerdewesen im ambulanten Bereich	111
5.5	Umsetzungsbeispiele	114
5.6	Zusammenfassende Kernaussagen	116

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
6	ERGEBNISSE HANDLUNGSFELD 4: PARTIZIPATION UND SELBSTHILFE	119
6.1	Datengrundlage	119
6.2	Integrierte Beschreibung der Ergebnisse	124
6.2.1	Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros	126
6.2.2	Selbsthilfeorganisationen/-gruppen und Selbstvertretung	131
6.2.3	Brückenangebote, Peer-Konzepte	143
6.2.4	Partizipation von Selbsthilfe/Selbstvertretung	149
6.2.5	Zusammenfassende Kernaussagen	152
7	LITERATURVERZEICHNIS	158
8	GLOSSAR	166
9	ANHANG	170

Tabellenverzeichnis

<u>Tab.</u>		<u>Seite</u>
Tab. 1:	Materialien zur Breitenerhebung mit Bezug zum Handlungsfeld 1	15
Tab. 2:	Spektrum der Dienste, die ambulante Hilfen in psychischen Krisen erbringen	18
Tab. 3:	Anbieter ambulanter Hilfen in psychischen Krisen	19
Tab. 4:	Hauptamtlich Beschäftigte im Dezember 2014 im SpDi	20
Tab. 5:	Leistungen und Angebote der Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in 2014	25
Tab. 6:	Kann der SpDi auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachiger Klientel zurückgreifen?	26
Tab. 7:	Hauptamtlich Beschäftigte im Dezember 2014 im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst	31
Tab. 8:	Zielgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste	32
Tab. 9:	Professionen/Institutionen in NRW, die das maßgebliche ärztliche Zeugnis gem. § 12 PsychKG attestiert haben	42
Tab. 10:	Ergänzende Materialien zur schriftlichen Befragung mit Bezug zu Handlungsfeld 2	56
Tab. 11:	Eigenständige Stelle/Abteilung für Psychiatriekoordination in der Kommune	68
Tab. 12:	Psychiatriepläne/-berichte nach Erscheinungsjahr	70
Tab. 13:	Übersicht über die von den Kommunen dokumentierten Steuerungsgremien	74
Tab. 14:	Recherchetreffer zu Schlagworten für den Bereich Selbsthilfe	133
Tab. 15:	Angaben zu (diagnosespezifischen) Selbsthilfegruppen (SHG) in den kreisfreien Städten in NRW	135
Tab. 16:	Anzahl der aktiven örtlichen Selbsthilfegruppen in NRW	137

Abbildungsverzeichnis

<u>Abb.</u>		<u>Seite</u>
Abb. 1:	Beispiel-Screenshot Datenbank zur Erfassung kommunenbezogener Rechercheergebnisse	5
Abb. 2:	Krisenhilfe-Fälle der SpDi	28

1 Einleitung und Auftrag

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) erstellt derzeit gemeinsam mit den dafür relevanten Akteuren einen Psychiatrieplan für das Land Nordrhein-Westfalen. Dieser soll die Hilfe- und Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen/Störungen in NRW systematisch darstellen und einen Handlungsrahmen zu deren Verbesserung und Weiterentwicklung schaffen. Zudem soll der Psychiatrieplan Transparenz herstellen und Betroffenen Orientierung und Hilfestellung geben. Dazu sind qualitativ gute und vernetzte psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Angebote wichtig.

Als ein wichtiger Baustein zur Erstellung des Landespsychiatrieplans Nordrhein-Westfalen wurde ein Versorgungsforschungsauftrag an FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln vergeben. Die zentrale Aufgabe besteht dabei entsprechend der Leistungsbeschreibung vom 19. Mai 2015 darin, eine Bestandsaufnahme und Bewertung der regionalen und kommunalen Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in folgenden vier¹ Handlungsfeldern durchzuführen:

1. Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen
2. Regionale Steuerung – Kooperation und Verbundstrukturen
3. Beschwerdewesen
4. Selbsthilfestrukturen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen.

In allen Handlungsfeldern sollten auftragsgemäß zunächst umfassende Recherchen der relevanten Datenquellen zu den vier Handlungsfeldern, eine Bewertung der Datenqualität und eine Analyse von Aussagekraft, landesweiter Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit, Lücken, Linkage-Möglichkeiten etc. stattfinden. Im zweiten Schritt waren die Dokumente, Berichte, Daten sekundäranalytisch mit Blick auf die Fragestellungen der Handlungsfelder und unter Beachtung von gender-, herkunfts- und zielgruppenbezogenen Aspekten auszuwerten und zu interpretieren.

Die Ausschreibung sah als dritten Schritt vor, im Rahmen einer Breitenerhebung ggf. festgestellte Daten- und Informationslücken zu schließen. Dazu wurde eine Vollerhebung in allen Kommunen² in Nordrhein-Westfalen und bei allen Landesverbänden der Selbsthilfe von Betroffenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen durchgeführt. Die Breitenerhebung sollte zunächst zeitlich nachgelagert erfolgen, wurde mit Blick auf den knappen Zeitrahmen der Untersuchung aber in Abstimmung mit dem Auftraggeber parallel zu den vorgenannten Arbeitsschritten durchgeführt.

Als vierter Arbeitsschritt war vorgesehen, vertiefende Fachgespräche mit kommunal Verantwortlichen für die Versorgungsangebote und für Planung, Steuerung und Koordination sowie mit Betroffenen- und Angehörigen-Selbsthilfe und mit Leistungsanbietern zu führen. Schließlich wurden in sechs ausgewählten Kommunen sowie mit landesweit agierenden Akteuren und handlungsfeldspezifischen Beispielen guter Praxis u. a. Gespräche geführt.

¹ Abweichend von der Leistungsbeschreibung wurde mit dem Auftraggeber im Auftaktgespräch vereinbart, dass die zu betrachtenden Bereiche in vier (statt drei) Handlungsfelder unterteilt werden.

² Der Begriff „Kommune“ wird hier und im Folgenden als Überbegriff für alle kommunalen Gebietskörperschaften benutzt. Gemeint sind immer die 53 kreisfreien Städte und Landkreise (inkl. der Städteregion Aachen) in NRW.

Die Untersuchung fokussiert auftragsgemäß auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen – ohne vorrangige Suchtprobleme, Suchthilfe gehört insgesamt nicht zum Untersuchungsfeld.

2 Vorgehen

Wie in der Leistungsbeschreibung gefordert und im Angebot der FOGS geplant, wurde die Untersuchung in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) und dem zuständigen Fachreferat des MGEPA durchgeführt. Eine erste Abstimmung erfolgte zeitnah nach der Entscheidung zur Auftragsvergabe am 16. Juli 2015 im MGEPA. In dem Gespräch wurden inhaltliche Schwerpunkte aus Sicht des Landes und damit der Recherche, eine Untergliederung in vier Handlungsfelder (statt drei), Zulieferungen des MGEPA sowie eine wesentliche Änderung der zeitlichen Abfolge der Bearbeitung vereinbart: Die handlungsfeldübergreifend angelegte Befragung der Kommunen und die der Landesverbände der Selbsthilfe (Breitenerhebung) wurden unmittelbar vorbereitet und noch im Herbst (Oktober bis Anfang Dezember) 2015 durchgeführt – mit Auswirkungen auf die gesamte Arbeitsplanung. Kurz danach wurde gemeinsam festgelegt, auf welche Dienste und Aspekte sich die Datenrecherche und die geplanten schriftlichen Befragungen konzentrieren sollten.

FOGS begann nach der ersten Sitzung unmittelbar einerseits mit den Recherchen zu Datenquellen und Daten (kommunenbezogen und übergreifend) und andererseits mit der Vorbereitung der Breitenerhebung. Ende August 2015 wurden dem Auftraggeber die ersten Entwürfe für die Befragungen der Kommunen und der Landesverbände der Selbsthilfe vorgelegt, die dann zeitnah im MGEPA diskutiert und anschließend von FOGS überarbeitet wurden. Vereinbart wurde, die Befragung der Kommunen online durchzuführen, die der Selbsthilfe-Landesverbände per paper-and-pencil. Es wurden Strategien zur Erhöhung der Rücklaufquote abgestimmt, darunter Motivationsschreiben des MGEPA, Information der Unterausschüsse und der Sprecherin/dem Sprecher der Arbeitskreise der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren. Gemeinsam wurden die Adressaten der Selbsthilfe-Befragung festgelegt und weitere zentrale Absprachen zum Vorgehen fixiert.

Im September erhielten insgesamt sechs Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren den überarbeiteten Fragebogen für Kommunen zur Vorab-Prüfung. Entsprechend der Ergebnisse dieser 14-tägigen Prüfung wurde der Bogen nochmals angepasst. An dieser Stelle gilt den Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren für ihr kurzfristiges und z. T. sehr intensives Bearbeiten des Fragebogenentwurfs großer Dank.

Absprachegemäß wurde für die Befragung der Selbsthilfe kein Pretest durchgeführt. Stattdessen erhielten im entsprechenden Ausschuss mitwirkende Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe eine Liste zu den Themen der Befragung der Selbsthilfelandesverbände und dem diesbezüglichen Teil der Kommunen-Befragung. Die Rückmeldungen wurden in den Fragebogen eingearbeitet.

Ende September 2015 wurden beim nunmehr vierten Gespräch (im LZG.NRW) die Befragungen abschließend konsentiert, die Anschreiben an die Kommunen abgestimmt und Vereinbarungen zu den Adressdaten der Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister sowie Landrätinnen und Landräte getroffen. Weitere Beratungen galten der Erfassung von Selbsthilfegruppen im Land und Ergänzungen zu relevanten Recherchequellen.

Absprachegemäß wurden die Anschreiben zur Befragung am 14. Oktober 2015 an Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister sowie Landrätinnen und Landräte versandt, zeitgleich erhielten 15 Selbsthilfe-Landesverbände Fragebogen und fertig adressierte

Freiungsschläge für die Rücksendung. Das Online-Befragungs-Tool für die Kommunen wurde am 15. Oktober 2015 freigeschaltet. LZG.NRW und MGEPA erhielten zur Information Word-Versionen der Befragungen und der Anschreiben (vgl. E-Mail vom 16. Oktober 2015). Für die Rücksendung beider Befragungen wurde eine Frist bis zum 6. November 2015 festgesetzt, die in Abstimmung mit dem Auftraggeber bis Anfang Dezember verlängert wurde.

Ende Oktober 2015 wurde fristgerecht der erste Zwischenbericht mit ersten Ergebnissen der kommunenbezogenen und der übergreifenden Recherchen mit einem Schwerpunkt auf der Bewertung der Datenlage und Qualität vorgelegt und am 10. November 2015 im MGEPA besprochen. Der daraufhin überarbeitete und gleichzeitig aktualisierte Bericht war Gegenstand der Besprechung am 26. Januar 2016 im MGEPA. Bei diesem Treffen wurden zudem Erwartungen bezüglich des zweiten Zwischenberichts erörtert sowie erste Punkte zu den geplanten Tiefeninterviews abgesprochen.

FOGS nahm am 10. November 2015 an einer Sitzung des Lenkungsausschusses teil, berichtete über das Vorgehen und beantwortete Fragen von Teilnehmenden.

Am 10. Dezember 2015 sahen zwei Mitarbeiterinnen der FOGS in MGEPA die Protokolle der Besuchskommissionen des Jahres 2014 nach Aussagen zum Beschwerdewesen in den Kliniken durch.

Parallel zur Überarbeitung des ersten Zwischenberichts wurden mit der Auswertung der Breiterehebung begonnen sowie die Recherche und die Sekundäranalyse identifizierter Materialien fortgeführt und für den zweiten Zwischenbericht aufbereitet. Es folgten Dateneingabe, Plausibilitätsprüfung und die Auswertung sowohl der quantitativen als auch der qualitativen Angaben. Die Daten der Breiterehebung wurden dabei mit den durch die Internetrecherche gewonnenen Ergebnissen abgeglichen und bei Unklarheiten nachrecherchiert (z. T. telefonisch).

Der zweite Zwischenbericht wurde absprachegemäß am 5. Februar 2016 vorgelegt und am 7. März 2016 im MGEPA besprochen. In diesem Zwischenbericht wurden die vollständigen Ergebnisse der Breiterehebung (quantitativ und qualitativ) dargestellt. In der Besprechung mit der MGEPA wurde abgestimmt, dass die abschließende Berichterstattung strukturell und inhaltlich auf der Grundlage dieses Zwischenberichts i. S. einer Weiterbearbeitung/Vervollständigung bzgl. der Erkenntnisse aus der Tiefenerhebung basieren sollte. Darüber hinaus wurden die sechs Kommunen für die Tiefenerhebung festgelegt.

FOGS nahm am 25. Februar 2016 an der Fachtagung „Landespsychiatrieplan NRW – Ziele, Perspektiven, Visionen“ teil. Hier konnten Diskussionslinien eingefangen und Kontakte für die Tiefenerhebung geknüpft werden.

Letzter Arbeitsschritt war die Tiefenerhebung, die von Anfang März bis Anfang April 2016 durchgeführt wurde. Im Rahmen der Tiefenerhebung waren zunächst Gespräche in sechs Kommunen geplant, je zusammenhängend an einem Tag. Es zeigte sich jedoch, dass die Gespräche nicht wie geplant an einem Tag organisiert werden konnten. Des Weiteren zeigte sich, dass auch die Planung der übergreifenden Gespräche anzupassen war. Um mit Blick auf Aussagekraft und Qualität gleichwohl den Großteil der Gespräche persönlich zu führen, wurde der Auftrag abgeändert. So war es möglich, mit mehr Zeiteinsatz, mehr Reisekosten und zusätzlicher Reisezeit mehr Termine vor Ort durchzuführen.

Die Gespräche in den sechs Kommunen und die meisten Gespräche mit weiteren Akteuren zu handlungsfeldbezogenen Aspekten fanden im März/April 2016 statt, einige weitere Gespräche waren schon zuvor arbeitsbegleitend durchgeführt worden.

Der vorliegende Abschlussbericht basiert auf den Erkenntnissen der Arbeitsschritte:

- Datenrecherche und Sekundäranalyse
- Breiterhebung
- Tieferhebung.

In diesem Abschlussbericht wird die vollständige Analyse der Sekundär- und Primärdaten – unter Einbeziehung der Tieferhebung – vorgestellt. Zuvor soll ein kurzer Überblick zu Vorgehen und Datenbasis gegeben werden.

2.1 Datenrecherche und Sekundäranalysen

Im Rahmen der Recherche und Analyse vorhandener Datenbestände und Dokumente zu den vier Handlungsfeldern sollte einerseits erfasst werden, welche gesetzlichen Grundlagen sowie gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen für jedes Handlungsfeld maßgebend sind; andererseits sollte genauer eruiert werden, ob und welche struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Angaben zu den einzelnen Handlungsfeldern vorliegen.

FOGS erfasste zunächst systematisch, welche Datenquellen für die Handlungsfelder bedeutsam sein könnten. Im zweiten Schritt wurden, abgeleitet aus den in der Leistungsbeschreibung je Handlungsfeld vorgegebenen Untersuchungsdimensionen, Suchbegriffe/Items definiert, die die Basis für die vertieften Datenrecherchen darstellten. Datenquellen und -halter sowie Suchbegriffe für die Recherchen wurden gemeinsam mit dem Auftraggeber abgestimmt (siehe Tab. 17 im Anhang).

Die Suche der für den Versorgungsforschungsauftrag relevanten Daten stützte sich vor allem auf Internet- sowie auf Literaturrecherchen in Datenbanken und auf Webseiten. Die Datenrecherchen erfolgten entlang der abgestimmten Liste von Stichworten, Suchbegriffen und Items (siehe Tab. 18 im Anhang). Der Schwerpunkt der Recherche richtete sich auf die 53 nordrhein-westfälischen Kommunen (Internetauftritte der Kommunen). Zudem wurden Datenbestände von für die Untersuchung relevanten Datenquellen/-haltern erfragt und, sofern vorhanden, systematisch durchgesehen. Ergänzend wurden statistische Daten, Repräsentativerhebungen sowie Daten der landesweiten und kommunalen Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Ergebnisse aus relevanten Forschungs- und Modellprojekten sowie ‚graue Literatur‘, wie bspw. Praxisberichte, Konzepte, Jahresberichte und Tagungsbände gesammelt und vertieft ausgewertet.

Im Untersuchungszeitraum erfolgte die Erfassung relevanter Informationen und Dokumente für die 53 nordrhein-westfälischen Landkreise und kreisfreien Städte mittels einer eigens dafür entwickelten Datenbank. In dieser wurde für jede Kommune ein Datensatz angelegt, in dem, gegliedert nach den vier Handlungsfeldern, sowohl die zunächst im Zuge der kommunenbezogenen Recherche festgestellte Datenlage als auch eine Bewertung des Informationsgehalts dokumentiert wurde (vgl. nachfolgende Abbildung).

Abb. 1: Beispiel-Screenshot Datenbank zur Erfassung kommunenbezogener Rechercheergebnisse

The screenshot displays the FileMaker Pro Advanced interface for a database titled "[LPP_NRW (Filemaker Server FOGS GmbH)]". The main window shows a grid of data entry forms for various action fields (Handlungsfelder). The forms are organized into columns and rows, each with a header and a set of input fields. The columns are labeled: "Handlungsfeld 1 - Krisenhilfe", "Handlungsfeld 2 - Steuerung & Vernetzung", "Handlungsfeld 3 - Beschwerdewesen", and "Handlungsfeld 4 - Selbsthilfe". The rows represent different action fields: "Gesundheitskonferenz", "Psychik_Ansprech", "PSAG", "GPV", "Steuerung Psychiatrie", "Vernetzung Psychiatrie", "Integrierte psychiatrische Versorgung", and "einzelfallbezogene Steuerung". Each form includes fields for "Infos vorhanden" (yes/no), "Material und Quellen", and "Bemerkungen". There are also fields for "HF2a_...Links" and "...Material". The interface includes a menu bar (File, Edit, View, Insert, Format, Records, Scripts, Tools, Window, Help) and a toolbar with buttons for "New Record", "Delete Record", "Find", and "Sort". The status bar at the bottom shows "Records: 54 Total (Unsorted)".

Nach Sammlung und Sichtung der FOGS zugänglichen Informationen und Dokumente der kommunalen Seiten konnte eine erste Einschätzung der Datenlage vorgenommen werden. Dabei wurde u. a. erfasst, ob über die kommunenbezogenen Recherchen Angaben zu den einzelnen Stichworten des jeweiligen Handlungsfelds ermittelt werden konnten. In einem weiteren Auswertungsschritt wurden dann die Daten und Dokumente auf ihren Informationsgehalt (Vollständigkeit, Aktualität, Vergleichbarkeit) hin überprüft, wobei in der Datenbank ein entsprechendes Raster zur Dokumentation der jeweils relevanten Merkmale besteht.

Ein weiterer Arbeitsschritt beinhaltete die Recherche von übergreifenden landesweiten und z. T. bundesweiten Datenquellen. Für vertiefende Auswertungen wurde vereinbart, dass diese sich im Wesentlichen auf Unterlagen aus den letzten fünf Jahren konzentrieren sollte. Soweit dies möglich war, wurden kommunenbezogene Ergebnisse der übergreifenden Recherchen den jeweiligen Kommunen zugeordnet (Übertrag in die Datenbank).

Darüber hinaus wurden die maßgebenden gesetzlichen Grundlagen erfasst und mit Blick auf relevante Ansatzpunkte für jedes Handlungsfeld ausgewertet.

2.2 Breitenerhebung

Abprachegemäß wurde die Breitenerhebung zeitlich deutlich vorgezogen. Dabei wurden zwei Befragungen realisiert: (1) eine umfassende Befragung zu allen vier Handlungsfeldern, die sich an die Kommunen und hier vor allem an die für die Koordination der psychiatrischen Versorgung zuständigen Stellen richtete, sowie (2) eine Befragung von

Selbsthilfe-Landesverbänden mit einem thematischen Schwerpunkt in Handlungsfeld 4 (vgl. dazu Kap. 6).

2.2.1 Schriftliche Befragung der Kommunen

Die Befragung der Kommunen wurde als schriftliche teilstandardisierte Vollerhebung angelegt und in Design und Vorgehen eng mit dem Auftraggeber abgestimmt. Der Entwurf der Befragung wurde von mehreren Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren geprüft und auf Basis ihrer Anregungen finalisiert. Die insgesamt 114 quantitativen und qualitativen Fragen (und über 1.000 Items) beziehen sich auf alle vier Handlungsfelder (Krisenhilfen, Steuerung und Vernetzung, Beschwerdewesen und Selbsthilfe). Wie der gesamte Auftrag fokussierte auch die schriftliche Befragung auf Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen, sie galt nicht der Versorgung vorrangig suchtkranker Personen.

Zu den Fragekomplexen gehören vor allem:

- Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen (durch die sozialpsychiatrischen Dienste, die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste, spezielle Krisendienste und Krisenhilfen durch weitere Angebote)
 - Anzahl, Art und Träger der Krisenhilfen
 - Finanzierung und zuständige Leistungsträger
 - Standorte und Erreichbarkeit
 - Konzeption, Ziele und Arbeitsansätze
 - Leistungen der Krisenhilfen, auch für nicht deutsch sprechende Personen
 - Hilfen für Personen, die im Rahmen von Eingliederungshilfe betreut werden
 - Zielgruppen der Krisenangebote
 - Anzahl und Merkmale der nachfragenden Personen
 - Ausstattungsmerkmale: Qualifikation, Art und Umfang der personellen Ausstattung (hauptamtlich und ehrenamtlich)
 - Öffnungszeiten, Sprechzeiten, tel. und online-Erreichbarkeit, mobile Hilfe
 - Angebotsspektren und -schwerpunkte
 - Vermittlung zu anderen Angeboten und Trägern
 - Vernetzung mit Polizei und Feuerwehr
 - Dokumentation und Qualitätssicherung.
- Regionale Planung und Steuerung, Koordination
 - Psychiatriekoordination: Ausstattung, Aufgaben, Qualifikation, Abgrenzung zu Suchtkoordination; anderweitige Wahrnehmung
 - Psychiatriebericht oder -planung
 - Vernetzungs- bzw. Steuerungsgremien und dazu jeweils: Beteiligte, Reichweite/Ausrichtung, Struktur, gesetzliche Grundlagen, vertragliche Vereinbarungen, Rechtsform/Organisation, Prozessmerkmale, Aufgaben, Dokumentation/Qualitätssicherung)
 - Implementierung von angebotsübergreifender Steuerung, Rolle der Gremien für die Steuerung
 - Instrumente fallbezogener Steuerung

- Partizipation Betroffener bei fallbezogener Steuerung und Entwicklung der Versorgung.
- Beschwerdewesen (absprachegemäß ausschließlich bezogen auf Beschwerdemöglichkeiten außerhalb von psychiatrischen Kliniken)
 - Träger, Ausstattung, Finanzierung, Öffnungszeiten der Beschwerdestellen
 - personelle Besetzung der Beschwerdestellen (Verteilung ehrenamtlich Mitwirkende und professionell Beschäftigte, zeitliche Kapazitäten)
 - Zuständigkeits- und Tätigkeitsspektrum der Beschwerdestellen
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Inanspruchnahme der Beschwerdestellen (Umfang und Personenkreise)
 - Unabhängigkeit der Beschwerdestellen.
- Selbsthilfestrukturen (professioneller Bereich Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros sowie ehrenamtlicher Bereich: Selbsthilfegruppen)
 - Selbsthilfe-Kontaktstellen/-büros: Einrichtung, Träger, Personal, Finanzierung, Öffnungszeit/Webseite, Aufgaben, Zugänglichkeit
 - Anzahl, Struktur, Organisationsgrad und Zielgruppen der Selbsthilfegruppen
 - Finanzierung/Förderstrukturen/Fördermittel der Kommunen
 - Abstimmung der Selbsthilfeförderung der Krankenkassen mit den Kommunen
 - Kooperation Selbsthilfe mit professionellen Hilfen, anderen Gruppen, der Psychiatriekoordination
 - Mitwirkung bei Dialogforen, Planungsprozessen.

Die Kommunen wurden in jedem Handlungsfeld abschließend zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen (Stärken/Schwächen) qualitativ befragt und um die Benennung von Beispielen guter Praxis sowie Angaben zu Entwicklungsbedarfen gebeten. Grundsätzlich wurden für alle Angebote, die sich an Betroffene richten, gender-, kultur- und behinderungsbezogene Zugänglichkeit und Umsetzung erfragt. Alle Fragen, auch die quantitativen, boten die Möglichkeit zu Ergänzungen und Erläuterungen in Freitext.

Die Befragung wurde online durchgeführt. Die FOGS GmbH schrieb am 14. Oktober 2015 die Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister sowie Landrätinnen und Landräte aller Kommunen in NRW an und lud zur Mitwirkung an der (Online-)Befragung ein. Dem Anschreiben lag auch ein Brief des MGEPA bei. Der Fragebogen konnte zudem als Word-Formular am PC bearbeitet oder als PDF-Datei heruntergeladen, ausgedruckt und auf Papier bearbeitet werden. Die Zuständigen konnten sich mittels eines mitgesandten Zugangs-Codes in die Befragung einloggen, die Fragen in einem Word-Formular bearbeiten oder sich eine PDF-Version des Fragebogens herunterladen, ausdrucken und auf Papier ausfüllen. Der Zugangs-Code für die Online-Befragung wurde adressatengenau vergeben und ermöglichte eine Zuordnung der Antworten, sodass die Auswertung bspw. nach Regionen, Kommunengrößen o. a. gruppiert werden konnte. Zudem ermöglichte dieses Verfahren einen Abgleich mit den Versandlisten zur exakten Bestimmung des Rücklaufs.

Da der Rücklauf nach Ablauf der Bearbeitungsfrist (bis 6. November 2015) nicht zufriedenstellend war (16 abgeschlossene Teilnahmen, weitere 13 Kommunen waren noch dabei, die Befragung zu bearbeiten), wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber die Bearbeitungsfrist verlängert und sofort eine Nachfassaktion gestartet: Alle Adressaten, die sich noch nicht beteiligt hatten oder die die Befragung noch nicht abgeschlossen hatten,

wurden am 6. November 2015 erneut angeschrieben, wieder mit einem Unterstützungsschreiben des MGEPA. In diesem Schreiben wurden alle Adressaten nochmals um Mitwirkung gebeten. Die Rücksendefrist wurde bis zum 30. November 2015 verlängert. Die Befragung blieb auch nach diesem Datum noch geöffnet, da einige Kommunen sich gemeldet hatten und noch einige zusätzliche Tage benötigten, um ihre schon weit gediehene Bearbeitung fertigstellen zu können.

Bis zum 4. Dezember 2015 nahmen schließlich 50 Kommunen an der Befragung teil. Gründe für die Nicht-Teilnahme, soweit diese erläutert wurden, lagen bei personellen Engpässen, z. T. aufgrund von Krankheit bzw. daran, dass die Anschreiben erst sehr spät bei den zuständigen Stellen ankamen (bis zum 19. November 2015). Es kann als sehr positiv bezeichnet werden, dass sich so viele Kommunen an der Befragung beteiligten – insbesondere angesichts des Umfangs der Befragung. Dies gilt umso mehr, als die Kommunen zeitgleich durch Wahlen und vor allem durch die Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen sehr stark belastet waren. Der Rücklauf kann sicherlich als Hinweis auf das große Interesse der Kommunen an der Psychiatrieplanung des Landes gewertet werden.

Insgesamt sind Datenqualität und -umfang der im Rahmen der schriftlichen Befragung erhobenen Daten sehr unterschiedlich. Nicht alle Fragen wurden von allen Kommunen beantwortet. Es ist insgesamt eine Abnahme der Antworthäufigkeit im Verlauf des Fragebogens zu beobachten. Des Weiteren unterscheiden sich die Ausführlichkeit und die Häufigkeit der Erläuterungen z. T. sehr. Darüber hinaus wurden die Kommunen gebeten, nützliche Materialien und/oder Informationen zum Befragungsgegenstand beizufügen. Davon machten insgesamt 15 Kommunen Gebrauch.

2.2.2 Schriftliche Befragung der Selbsthilfeverbände

Die Befragung von Selbsthilfelandesverbänden stellte Teil zwei der Breitenerhebung dar.³ Dazu wurden zunächst in NRW tätige Landesverbände recherchiert und dann gemeinsam mit dem Auftraggeber insgesamt 15 Adressaten abgestimmt, darunter neben den beiden Landesverbänden der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker auch diagnosespezifische Gruppen und Gruppen mit möglichem Bezug/Überschneidungen zu psychischen Störungen. Im Einzelnen wurden einbezogen:

- ADHS Deutschland e. V., Landesgruppe NRW
- Arbeitskreis Down-Syndrom e. V.
- Autismus Landesverband NRW e. V.
- Autonome Frauenberatungsstellen NRW e. V.
- Demenz Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte
- Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e. V. (DGBS)⁴
- Gemeinsam Leben Gemeinsam Lernen Nordrhein-Westfalen e. V. – der Inklusionsfachverband
- Huntington-Selbsthilfe NRW e. V.

³ Zum Teil können im Rahmen des gewählten Designs Selbsthilfegruppen nicht befragt werden, weil sie nicht über eine Landesstruktur verfügen (bspw. die Selbsthilfegruppen für bipolare Störungen) oder weil sie anonym bleiben wollen (wie bspw. die Emotions Anonymous mit ihren derzeit 36 Gruppen in NRW, Stand September 2015).

⁴ Die DGBS wurde aufgrund des Engagements von Mitgliedern des Verbands im Rahmen der Landespsychiatrieplanerstellung einbezogen, sah jedoch mit Verweis auf eine fehlende Landesebene von der Teilnahme ab.

- Landesverband Alzheimer Gesellschaften NRW e. V.
- Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
- Landesverband NRW für Körper-und Mehrfachbehinderte e. V.
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW e. V.
- Landesvereinigung SeHT NRW e. V.
- LERNEN FÖRDERN – Landesverband zur Förderung Lernbehinderter NRW e. V.
- M-S-N Landesvertretung Nordrhein-Westfalen e. V. (Messie-Selbsthilfe-Netzwerk).

Für die Befragung der Landesverbände der Selbsthilfe wurde ein 35 Fragen umfassender Fragebogen erstellt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Inhaltliche Schwerpunkte waren dabei:

- Gründungsjahr
- Konzeption, Selbstverständnis, Ziele und Arbeitsansatz
- Organisationsstruktur
- Stellenausstattung/Mitwirkende (haupt- und ehrenamtlich)
- Anzahl Gruppen im Landesverband und Verteilung über NRW
- Anzahl Aktive und Mitglieder in den Gruppen
- Erreichbarkeit des Landesverbands und Zugangswege
- Merkmale der Mitglieder
- Gender- und kulturbezogene Ansprache/Aktivitäten
- Angebote des Landesverbands
- Finanzierung/Förderstrukturen/Fördermittel (leistungsträgerbezogen)
- Kooperation/Vernetzung mit anderen Selbsthilfeorganisationen, professionellen Hilfen, Psychiatriekoordination
- Dokumentation und Qualitätssicherung
- Mitwirkung bei regionaler Planung, in Gremien, Arbeitsgruppen, Dialogforen
- Einschätzungen zu Partizipation und die Einwirkungsmöglichkeiten, Unterstützungsbedarf und Erwartungen an die Landespsychiatrieplanung.

Die Befragung erfolgte per paper-and-pencil und wurde am 14. Oktober 2015 an die Verbände verschickt, auch hier lag ein Motivationsschreiben des MGEPA bei. Auf Wunsch konnten die Verbände ein Word-Formular zur Bearbeitung der Befragung am PC erhalten. Dies wurde einmal angefragt.

Für die Bearbeitung wurden zunächst drei Wochen Zeit eingeräumt. Aufgrund des geringen Rücklaufs (N = 2, eine Absage bis zum 6. November 2015) wurde auch hier eine Nachfassaktion gestartet: Noch am 6. November 2015 wurden alle noch fehlenden Adressaten erneut angeschrieben, nochmals mit einem Schreiben des MGEPA. Die Rücksendefrist wurde bis zum 30. November 2015 verlängert. Bis zum 4. Dezember 2015 erhöhte sich der Rücklauf jedoch nur begrenzt auf insgesamt sechs Bogen. Davon wurden fünf in die Auswertung einbezogen. Ein Bogen musste ausgeschlossen werden, weil er von einer Selbsthilfegruppe kam statt vom *Landesverband*, der den Fragebogen vermutlich weitergegeben hatte. Sofern Absagen vorlagen (N = 3), wurden diese mit Verweis auf die feh-

lende Landesvertretung begründet oder damit, dass die Organisationen sich für psychische Erkrankungen nicht zuständig fühlten bzw. keinen inhaltlichen Bezug sahen.

Aufgrund dieser Ausgangslage war es sowohl im Rahmen der ersten Datenrecherche als auch der weiterführenden Sekundäranalyse und der schriftlichen Befragung schwierig, valide Angaben zu den o. g. strukturellen Merkmalen und den genauen Angeboten der Selbsthilfe für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen zu identifizieren.

Die Auswertung der schriftlichen Befragungen erfolgt unter Wahrung des Datenschutzes und Zusicherung einer anonymisierten gruppierten Darstellung.

2.3 Tiefenerhebung

Die Tiefenerhebung wurde im Wesentlichen im März und Anfang April 2016 durchgeführt. Zum einen wurden in sechs ausgewählten Kommunen zahlreiche leitfadengestützte Fachgespräche geführt und zum anderen fanden Gespräche mit weiteren Akteuren, u. a. auch mit Anbietern von Beispielen guter Praxis, statt.

2.3.1 Gespräche in sechs Kommunen

Im Rahmen der Tiefenerhebung wurden in sechs kriteriengeleitet ausgewählten Kommunen in verschiedenen Fachgesprächen Einschätzungen, Planungen und Möglichkeiten qualitativ vertieft untersucht. Kriterien für die Auswahl von einem Anteil von gut 10 % der Kommunen in NRW waren zum einen strukturelle Aspekte wie z. B. die Betrachtung von (groß-)städtisch (n = 1 + 2) und ländlichen Kommunen (n = 3), die Zugehörigkeit zu den beiden Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe. Zum anderen wurden auf Basis von Datenanalyse und Breitenerhebung inhaltliche Kriterien definiert (Vorhandensein von Krisendienst, Unabhängiger Beschwerdestelle, GPV bzw. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften [PSAG]). Zudem bot die Auswahl Modelle guter Praxis, die so gezielt besucht wurden. Die Festlegung der Kriterien und die Auswahl der Kommunen erfolgten in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber am 7. März 2016. Umfassend in die Tiefenerhebung einbezogen wurden Köln, Mönchengladbach und Münster sowie der Ennepe-Ruhr-Kreis, die Kreise Herford und Wesel. In den Kommunen wurden Gespräche geführt vor allem mit:

- Gesundheits- und/oder Sozialamt (Leitung, Abteilungsleitung, Leitung SpDi)
- Psychiatrie- (und Sucht-)koordination bzw. mit der dafür zuständigen Stelle
- teilweise mit der Sozialplanung
- Leistungsanbietern (ambulant/ambulant oder ambulant/stationär)
- Selbsthilfegruppen und/oder Selbsthilfe-Kontaktstelle

Mit den Akteuren wurden längere, oft mehrstündige Interviews geführt. Insgesamt wurden in den sechs Kommunen 16 Fachkräfte von Kommunen, 14 von Leistungsanbieterseite und vier von Selbsthilfe-Kontaktstellen sowie sieben Psychiatrie-Erfahrene und sechs Angehörige gesprochen. Darüber hinaus nahm FOGS in Bielefeld an einem Auswertungstreffen aller am Krisendienst in der Stadt beteiligten Akteure teil und führte anschließend ein vertiefendes Gespräch mit Psychiatriekoordination, Sozialpsychiatrischem Dienst und Krisendienst.

In den Gesprächen wurden die Themen der Breitenerhebung vertieft, offene Fragen geklärt und weitere Aspekte betrachtet, darunter bspw.:

Krisenhilfe

- Angebot zur Krisenhilfe, zeitliche Ausdehnung, Erfahrungen
- Beteiligung Betroffener und/oder Angehöriger, von Peer Beratung und/oder EX-IN
- Stehen aufsuchende Hilfen, Home Treatment, Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) oder anderes in Krisen zur Verfügung?
- Deeskalationstraining, Psychoedukation o. ä.
- Organisation von Notdienst und Einweisungen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) §§ 10 bis 14 und ggf. Regelungen mit Feuerwehr, Polizei, Notarztwesen
- Stärken, Schwächen, Handlungsbedarfe

Regionale Steuerung und Kooperation

- Gremienvielfalt, Zielsetzung und Abgrenzung (u. a. originärer Aufgabenbereich, unterschiedliche Aufgabenwahrnehmung)
- Planung und Steuerung in der Kommune, Beteiligte, Erfahrungen, notwendige Rahmenbedingungen, Verbindlichkeit
- Vergleich PSAG vs. GPV
- Stärken, Schwächen, Handlungsbedarfe

Beschwerdewesen

- Angebot/Möglichkeiten in der Kommune
- Finanzierung, Besetzung, Organisation
- Stellenwert und Perspektiven
- Stärken, Schwächen, Handlungsbedarfe

Partizipation und Selbsthilfe(-strukturen)

- Unterstützung von Selbsthilfe durch die Kommune
- Partizipation von Selbsthilfe an Gremien, an Planung, Steuerung, Weiterentwicklung der Versorgung
- Aufgaben, Leistungen der Selbsthilfe-Kontaktstellen
- Selbsthilfe für Menschen mit Migrationshintergrund und andere spezifische Zielgruppen
- Innovative Ansätze der Selbsthilfe(-förderung)
- Stärken, Schwächen, Handlungsbedarfe

Im Laufe der Planung der Gespräche zeigte sich trotz dieser Unterstützung, dass der ursprünglich geplante Aufwand zur Realisierung der Interviews nicht ausreichte. Um dennoch eine Vielzahl von Gesprächen persönlich und ausführlich durchführen zu können, was erfahrungsgemäß eine größere Aussagekraft und eine bessere Qualität sicherstellt, wurde der Auftrag ergänzt. In den Gesprächen der Tiefenerhebung konnten so – jeweils

mit unterschiedlichen Schwerpunkten – alle vier Handlungsfelder sowie Erfahrungen, tatsächliche Ergebnisse vor Ort, hilfreiche und erschwerende Bedingungen qualitativ beleuchtet und nach Entwicklungsbedarfen in Kommune und im Land gefragt werden.

Dankenswerterweise unterstützten die Kommunen FOGS aktiv, u. a. bei der Terminplanung und z. T. durch die Zur-Verfügung-Stellung zentral gelegener Räumlichkeiten für die Gespräche.

2.3.2 Weitere Fachgespräche

FOGS hat neben den vertiefenden Gesprächen in den Kommunen (auch im Rahmen der Auftragsergänzung) mit Akteuren von Selbsthilfe und Selbstvertretungsorganisationen, Beispielen guter Praxis, landesweit relevanten Akteuren etc. vertiefende Gespräche geführt, um verschiedene Aspekte intensiver zu recherchieren. Auch um exemplarisch verschiedene Sichtweisen einzubeziehen sowie Erfahrungen und Handlungsbedarfe aus unterschiedlichen Blickwinkeln zusammenzutragen. Im Einzelnen waren beteiligt:

- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Nordrhein-Westfalen
- Deutsche Depressionsliga
- Psychiatrie-Erfahrene in den PsychKG Besuchskommissionen
- Kompetenzzentren selbstbestimmt Leben in Rheinland und Westfalen
- Landesverband und Beirat EX-IN NRW
- Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker
- Beauftragter der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten
- Beauftragte der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen – LZG.NRW
- Verband der Ersatzkassen – vdek
- Koordination für Selbsthilfe in NRW – KOSKON
- Landschaftsverband Rheinland – LVR
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe – LWL
- Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration im Rheinland
- Gesellschaft für Sozialarbeit, Bielefeld
- Der Paritätische NRW.

In den Gesprächen waren insgesamt über 40 Personen beteiligt. Neben vielen Fachkräften auch eine Reihe von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen. Es wurde u. a. die Partizipation Betroffener bzw. Angehöriger in den verschiedenen Gremien sowie Stellenwert und Perspektive von Beschwerdestellen in den Kommunen thematisiert. Protokollierung und Auswertung der Gespräche erfolgten unter Wahrung des Datenschutzes.

Allen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern gilt Dank für Ihre Bereitschaft, die Untersuchung mit Auskünften, Materialien und Einschätzungen zu unterstützen.

3 Ergebnisse Handlungsfeld 1: Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen

3.1 Datengrundlage und rechtlicher Rahmen

Zur Untersuchung der Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern im Rahmen der Landespsychiatrieplanung NRW wurde zunächst eine Recherche und Sekundäranalyse der vorhandenen Daten(-quellen) und Materialien vorgenommen. Für das Handlungsfeld ambulante Krisenhilfe wurden dabei neben den kommunalen Webseiten sowie den Rats- und Kreistagsinformationssystemen der 53 Kommunen insbesondere folgende Datenquellen und -halter nach Informationen durchsucht:

- MGEPA
- LZG.NRW (z. B. zur Gesundheitsberichterstattung [GBE] des Landes und der Kommunen)
- Gesundheits- und Sozialberichterstattung des Landes und der Kommunen
- Berichte der kommunalen Gesundheitskonferenzen
- die für das Projekt relevanten Dezernate/Ämter der 53 nordrhein-westfälischen Kommunen; Sozial- und Gesundheitsämter
- Sozialpsychiatrische Dienste in NRW.
- Berichte der PSAG
- Berichte der Psychiatriekoordination und der Arbeitsgemeinschaften der Psychiatriekoordination
- Kommunale Psychiatriepläne
- Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL)
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW
- Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW
- Landesarbeitsgemeinschaften der Freien Wohlfahrtspflege NRW
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Aktion Psychisch Kranke
- DGSP
- Psychiatrienetz
- relevante Datenbanken wie Medpilot, Psychinfo, Psychindex und Scholar.

Ergänzend fand eine offene Suche nach einschlägigen Studien, Forschungs- und Modellprojektberichten statt, soweit sie sich auf das Land NRW beziehen, ebenso wie eine Suche nach statistischen Daten und Repräsentativerhebungen. Hervorzuheben sind als einzelne Materialien bspw. der Bericht an den Landtag über die Evaluierung von Gesetzen und Verordnungen aus dem Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der DGPPN. Materialien, die älter als fünf Jahre alt sind, wurden i. d. R. nicht in die vertiefende Sekundäranalyse einbezogen.

Aus den übergreifenden (bundes- und landesweiten) Datenquellen sowie im Bereich Forschung konnten auch nach weiterführender Recherche wenig bis keine vertieften und verlässlich validen Informationen zur ambulanten Krisenhilfe in Nordrhein-Westfalen gewonnen werden. Bei vereinzelt Hinweisen zum Thema handelte es sich, bis auf Erläuterungen bzw. Darstellungen der rechtlichen Grundlagen sowie Angaben zu zwei Modellprojekten⁵, vorrangig um Tagungsberichte, Fortbildungsangebote sowie politische Stellungnahmen (zumeist eher auf Bundesebene als mit NRW-Bezug).

Die durch die Recherche und die Sekundäranalyse gewonnenen Zwischenergebnisse zeigten viele Lücken und insbesondere eine geringe Belastbarkeit der vorhandenen Daten in Bezug auf Aussagekraft hinsichtlich der zu untersuchenden Aspekte auf (vgl. 1. Zwischenbericht). Mithilfe der Breitenerhebung sollten daher Daten- und Informationslücken geschlossen werden.

Für das Handlungsfeld der ambulanten Krisenhilfe wurde im Rahmen dieser Befragung um Angaben zu folgenden Aspekten gebeten:

- Anzahl, Art und Träger der Krisenhilfen
- Standorte und Erreichbarkeit
- Ausstattungsmerkmale: Qualifikation, Art und Umfang der personellen Ausstattung (hauptamtlich und ehrenamtlich)
- Finanzierung und zuständige Leistungsträger
- Konzeption, Ziele und Arbeitsansätze
- Zielgruppen der Krisenangebote
- Öffnungszeiten, Sprechzeiten, tel. und online-Erreichbarkeit, mobile Hilfe
- Angebotsspektren und Angebotsschwerpunkte
- Leistungen der Krisenhilfen, auch für nicht deutsch sprechende Personen
- Hilfen für Personen, die im Rahmen von Eingliederungshilfe betreut werden
- Anzahl und Merkmale der nachfragenden Personen
- Dokumentation und Qualitätssicherung
- Vermittlung zu anderen Angeboten und Trägern
- Vernetzung mit Polizei und Feuerwehr
- Einschätzung von Stärken und Schwächen im Zuständigkeitsgebiet
- Hinweise zu Beispielen guter Praxis
- Weiterentwicklungsbedarf der Krisenhilfen.

Nicht alle Kommunen haben sämtliche Fragen des Erhebungsbogens im Detail beantwortet. Im Bereich Krisenhilfe werden an manchen Stellen Probleme der Datenqualität deutlich, die u. a. darauf zurückzuführen sind, dass nicht detailliert genug ausgefüllt wurde und andererseits darauf, dass der Begriff Krisenhilfe unterschiedlich definiert bzw. verstanden wird (vgl. S. 16). In der Befragung gab es auch die Möglichkeit für ausführliche Erläuterungen und das Beifügen von Materialien. Davon wurde in unterschiedlichem

⁵ Materialien aus dem Modellprojekt *Frühwarn- und Frühinterventionssystem zur Vermeidung und Bewältigung psychiatrischer Krisen* in Bielefeld gehen in die Ergebnisse mit ein, während Unterlagen zum Projekt der Aktion Psychisch Kranke e.V. *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse* (noch) keine spezifischen Informationen zur Krisenhilfe in NRW beinhalten.

Ausmaß Gebrauch gemacht: Aus 14 Kommunen wurden bspw. (zumeist aktuelle) Materialien (18 Dokumente) zum Handlungsfeld Krisenhilfe zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei insbesondere um Standards/Leitlinien sowie Jahresberichte und Konzepte der vorhandenen Dienste, vgl. folgende Tab. 1.

Tab. 1: *Materialien zur Breitenerhebung mit Bezug zum Handlungsfeld 1*

Dokument	Erscheinungsjahr
QM-Handbuch SpDi	2015
Konzept SpDi	2015
Konzept SpDi	2015
Konzept SpDi	2014
Handlungsleitlinien Abteilung Psychische Gesundheit	2014
Standards SpDi	2014
Aufgabenbeschreibung SpDi	keine Angabe
Leitbild SpDi	2007
Revision SpDi	2012
Sachstandsbericht SpDi	2008
Flyer SpDi	2015
Konzept Sozialpsychiatrische Ambulanz	2013
Konzeption Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	1992
Konzept Krisendienst	2009
Jahresbericht Krisendienst	2014
Datensammlung: Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, psychischen Behinderungen oder in Lebenskrisen	2014
Übersicht Versorgungssystem für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung	keine Angabe
Abschlussbericht Modellprojekt	2013

Ergänzend zu den genannten Erhebungen wurden wie in Kap. 2.3 beschrieben in sechs ausgewählten Kommunen sowie mit übergreifenden Stellen qualitative vertiefende Gespräche geführt und dabei das Thema Krisenhilfe näher beleuchtet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung dargestellt, verknüpft mit den Erkenntnissen der Datenrecherche und der Sekundäranalyse sowie den Erkenntnissen aus der Tieferhebung.

3.2 Integrierte Beschreibung der Ergebnisse

Krisenhilfe ist für eine umfassende Versorgung im Bereich psychischer Gesundheit grundlegend. Dabei ist es essentiell, die Hilfen für alle Menschen möglichst niedrigschwellig, barrierefrei und jederzeit zugänglich zu machen. Dies sollte auch beinhalten, dass Hilfen personenzentriert, zugehend und zielgruppengerecht erbracht werden können.

Sämtliche Diskussionen – in diesem Bericht und andernorts – stehen, wie auch die Erhebungen zu Krisenhilfe, vor der Schwierigkeit, dass der Begriff „Krise“ kaum einheitlich verstanden oder definitorisch eindeutig gefasst ist.

Zum Begriff „Krise“

Weder in der Praxis (und grundlegenden Gesetzgebung) noch in der Fachliteratur gibt es eine einheitliche übergreifende Definition des Begriffs Krise und der damit zusammenhängenden Interventionen bzw. Hilfen. Dies bezieht sich auch auf Abstufungen und Synonyme wie psychosoziale vs. psychiatrische Krise oder Notfall. Die vom LÖGD NRW im Jahr 2005 herausgegebene Arbeitshilfe „Psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis“ fasst die psychiatrische Fachdiskussion folgendermaßen zusammen: „Mit dem Begriff des Notfalls ist ein akutes Krankheitsgeschehen gemeint, das sofortiges ärztliches Handeln und eine enge Verbindung von allgemeiner Notfallmedizin und psychiatrischer Intervention erfordert. Während der Begriff dem pragmatischen Verständnis der Notfallpsychiatrie entstammt, hat der Begriff „seelische Krise“ einen eher theoretisch fundierten Hintergrund. Krisen entstehen danach bei Belastungen, die an der Grenze oder jenseits des Bewältigungsvermögens liegen.“⁶ Bei Krisen ist das persönliche Bewältigungsvermögen, aber auch das Vorhandensein schneller Hilfe entscheidend über den Verlauf und den damit verbundenen Hilfebedarf. Bei Misslingen der Krisenbewältigung können psychische Beeinträchtigungen die Folge sein, hier ist auch von „abnormen Krisen“ oder anders von „akuten (psychischen) Krisen“ die Rede. Der Übergang der verschiedenen Formen und die Abgrenzung zum Notfall sind fließend.

Eine Definition des Begriffs Krise ist mit Blick auf rechtliche Grundlagen und Zuständigkeiten wichtig. Eine grundlegende, auch präventiv orientierte Krisenversorgung, wie bspw. im Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung der Bayerischen Bezirke beschrieben, setzt einen weitgefassten Krisenbegriff voraus: „Krisen sind demnach seelische Notlagen und akute psychische Ausnahmezustände unabhängig von diagnostischer Zuordnung, Entstehungshintergrund psychiatrischer Grunderkrankung sowie akute psychosoziale Krisen, wobei die Übergänge fließend sind. Entscheidend ist dabei die Perspektive des Betroffenen bzw. eines beteiligten Dritten. Die Zielgruppe sind also Menschen, die sich selbst oder einen Dritten als jemand definieren, der sich in einer psychiatrischen oder psychosozialen Krise befindet, deren Bewältigung mit eigenen Mitteln nicht mehr möglich erscheint. Es kommt damit auf die subjektive Perspektive des Hilfesuchenden an. Ein leistungsfähiges niederschwelliges System setzt voraus, dass der Betroffene nicht zunächst langwierig prüfen lassen muss, welches Hilfesystem nun für ihn gerade zuständig ist oder selbst über eine genaue Kenntnis der Schnittstellen zwischen den Hilfesystemen verfügt. Nur eine weite Fassung der Zielgruppe gewährleistet eine entsprechende frühe Interventionsmöglichkeit.“⁷

Unabhängig von einer definatorischen Engführung ist festzuhalten, dass psychiatrische Krisenversorgung immer an der Schnittstelle verschiedener Leistungssysteme liegt. Die Umsetzung wird zu einer komplexen Herausforderung, weil sie unterschiedliche sozialrechtliche Zuständigkeiten berührt, darunter:

- Prävention
- Allgemeine Daseinsfürsorge
- Medizinische Behandlung

⁶ Regus, M. & Gries, K. (2005). *Psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis. Arbeitshilfe für die Kommunale Gesundheitsberichterstattung mit umfangreichem Materialteil*. Hrsg. vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, S. 17. Bielefeld: lögd.

⁷ Vgl. Wenk-Wolff, C. (2014). Rahmenprogramm von der Funktion her denken! In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen*. (S. 272-280). Köln: Psychiatrie Verlag. S. 273.

- Krisenhilfe im Rahmen laufender Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.⁸

Die regionale Versorgung im Bereich psychischer Gesundheit sowie darunter die Sicherung der Krisen- und Notfallhilfe für Menschen in psychischen und seelischen Krisen ist eine Aufgabe kommunaler Daseinsfürsorge, auch wenn sie rechtlich nicht explizit definiert ist.

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen liegt nach dem „Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGDG NRW) und dem „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG NRW) bei den Kreisen und kreisfreien Städten – als unteren Gesundheitsbehörden – als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung. Im PsychKG NRW sind die durch den Sozialpsychiatrischen Dienst zu leistenden Hilfen näher beschrieben. Die Aufgaben umfassen vorbeugende, beratende, begleitende und nachsorgende Aufgaben sowie Krisenintervention, wobei der SpDi als einziger Dienst auch zu aufsuchender Hilfe verpflichtet ist. In Notfällen sollen sie kurzfristig und auch auf Meldung von Personen aus dem Umfeld der Betroffenen reagieren.

Für medizinische Hilfen bei psychischen Krisen ihrer Versicherten ist im Rahmen ihres Leistungskatalogs grundsätzlich auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zuständig. Das SGB V beinhaltet Sicherstellungsaufträge der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 23 Absatz 1 Nr. 1 SGB V) sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 72 Absatz 1 und Absatz 2 und § 75 SGB V) – „darunter auch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten, also eine notärztliche Versorgung“⁹. Im stationären Bereich besteht nach § 118 SGB V ein Versorgungsauftrag der stationären Leistungserbringer durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie nach § 108 SGB V eine Verpflichtung der Krankenhäuser.¹⁰

Zudem „können die erforderlichen Leistungen [der Krisenhilfe] grundsätzlich [auch] im Rahmen des SGB XII (Sozialhilfe), und zwar insbesondere als Hilfen zur Gesundheit (§§ 47, 48 SGB XII), zur Eingliederung von behinderten Menschen (§§ 53 ff. SGB XII), zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 ff. SGB XII) und in anderen Lebenslagen (§§ 70 ff. SGB XII) erbracht werden.“¹¹

Das 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) rückt auch Belange der psychischen Gesundheit in den Vordergrund. Verbunden mit dem Gesetz sind insbesondere Anpassungen des Fünften Sozialgesetzbuches, aber auch der Sozialgesetzbücher VI, VII, VIII und XI.

Die ambulante Versorgung in psychischen Krisen obliegt in Deutschland u. a. niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern und psychiatrischen Institutsambulanzen, in akuten Notfällen steht der ärztliche (oder psychiatrische) Bereitschaftsdienst der kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.¹² Hinzu kommt als flächendeckendes Angebot die

⁸ Vgl. Schmid-Zabel, R. (2014). Krisenhilfe – politischer Auftrag. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 62-68). Köln: Psychiatrie Verlag.

⁹ Vgl. Wenk-Wolff, C. (2014). Rahmenprogramm von der Funktion her denken! In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 272-280). Köln: Psychiatrie Verlag, S. 274.

¹⁰ Ebd.

¹¹ Krasney, O. E. (2014). Rechtliche Zuständigkeit im gegliederten System. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 84-92). Köln: Psychiatrie Verlag.

¹² Vgl. hierzu bspw. Schleuning, G. (2014). Soforthilfe bei seelischen Krisen – psychiatrische Versorgung neu aufstellen! In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 30-49). Köln: Psychiatrie Verlag.

sozialpsychiatrische und psychosoziale Basisversorgung durch kommunale Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi). Diese bieten (in unterschiedlicher Form) auch Leistungen der Krisenintervention an, z. T. in Zusammenarbeit mit anderen Hilfeanbietern und/oder Selbsthilfegruppen. Die Verzahnung der unterschiedlichen Akteure gelingt derzeit nur sehr unbefriedigend und stellt, insbesondere wenn es um sozialgesetzbuchübergreifende Komplexleistungen geht/gehen soll, eine große Herausforderung dar.¹³

Es gibt also in NRW, wie in Deutschland insgesamt, unterschiedliche Akteure für die Erbringung ambulanter Krisenhilfe. Als flächendeckende Struktur – auch für im Rahmen niedergelassener Versorgung nicht erreichte Gruppen – sind in erster Linie die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen Anlaufstellen in Krisen. Die Ergebnisse der Befragung bestätigen dieses Bild. Von den 50 teilnehmenden Kommunen gaben 49 an, dass der jeweilige Sozialpsychiatrische Dienst ambulante Hilfen bei psychischen Krisen erbringt. Bei einer dieser Kommunen liegt die Krisenhilfe allerdings bei der Ambulanz eines Sozialpsychiatrischen Zentrums. Die Kommune, in der der SpDi keine ambulanten Hilfen bei psychischen Krisen erbringt, verweist darauf, dass Krisenhilfen durch Institutsambulanzen vorgehalten werden. Bereits im Rahmen der Datenrecherche konnten – für zwölf Kommunen – Hinweise auf weitere Krisendienste identifiziert werden.

Dass die Datenqualität nicht belastbar war, war u. a. auf mangelnde Aktualität der Datenquellen, aber auch auf unterschiedliche Verwendungen des Begriffs Krisenhilfe zurückzuführen. Diese Schwierigkeit prägte auch die schriftliche Befragung.

Tab. 2: *Spektrum der Dienste, die ambulante Hilfen in psychischen Krisen erbringen*

Spektrum der Dienste	Anzahl Kommunen
Ausschließlich der SpDi	28
SpDi und ein weiterer Akteur	14
SpDi und zwei weitere Akteure	6
SpDi und drei weitere Akteure	1
Keiner	1
Gesamt	50

Deutlich überwiegend ist der SpDi der einzige ambulante Dienst, der Krisenhilfe anbietet. Weniger als die Hälfte der teilnehmenden Kommunen können für ambulante Krisenhilfe auf mindestens einen weiteren Akteur zurückgreifen, darunter geben 13 Kommunen explizit an, dass die ambulante Krisenhilfe des SpDi in Kooperation mit anderen Stellen, Akteuren oder Angeboten erbracht werden. Zwölf Kommunen benennen diese näher, wobei deutlich wird, dass auch Kliniken dabei sind:

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

¹³ Vgl. dazu Erfahrungen aus Bayern: Wenk-Wolff, C. (2014). Rahmenprogramm von der Funktion her denken! In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 272-280). Köln: Psychiatrie Verlag.

Laut Befragung stehen in fünf Kommunen spezialisierte Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (auch) für Hilfen in psychischen Krisen zur Verfügung, sechs Kommunen berichten über spezialisierte Krisendienste am Ort.

Tab. 3: Anbieter ambulanter Hilfen in psychischen Krisen (Mehrfachangabe möglich)

	Anzahl Kommunen	
	ja	nein
Sozialpsychiatrischer Dienst	49	1
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	5	45
spezialisierte Krisendienste	6	44
Sonstiges	18	32

Spezialisierte Krisendienste arbeiten, mit einer Ausnahme, ausschließlich in kreisfreien Städten. In 18 Kommunen (10 Landkreise und acht kreisfreie Städte) stehen sonstige ambulante Dienste zur Unterstützung in psychischen Krisen zur Verfügung.

Neben den in den folgenden Kapiteln genauer beschriebenen ambulanten Krisenhilfeangeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes und spezialisierte Krisendienste wurden im Rahmen der durchgeführten Datenrecherche bereits Hinweise auf weitere Angebote mit Bezug zu Krisenhilfe ermittelt. Ob und in welcher Form dabei tatsächlich Hilfen i. S. eines Krisendienstes vorgehalten werden, konnte den analysierten Recherche-/Datenquellen nicht entnommen werden. Auch in der schriftlichen Befragung der Kommunen finden sich Angaben zu weiteren Beteiligten an ambulanten Krisenhilfen. Verwiesen wird dabei auf Ambulanzen/Abteilungen von Kliniken, die niedergelassenen (Fach-)Ärzte und Ärztinnen, (Notdienste der) Jugendämter sowie auf weitere Beratungsstellen. Die Beiträge dieser Akteure zur Versorgung im Bereich ambulante Krisenhilfe reichen von fachärztlicher Behandlung über psychosoziale Beratung bis hin zu Krisenbewältigung und -bearbeitung u. a. durch längere Begleitung, Gesprächsangebote und/oder Hausbesuche (insbesondere bei Suizidalität).

Im Folgenden werden die vorhandenen Dienste auf Basis der Erhebungsergebnisse genauer dargestellt.

3.2.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Die im Zuge der ersten Recherche erfassten Daten und Materialien der 52 SpDi in NRW variierten deutlich in Bezug auf ihren Informationsgehalt hinsichtlich der oben genannten Themen. Teilweise lagen umfangreichere Angaben vor, aber teilweise auch kaum Daten. Dabei war häufig nicht ersichtlich, ob die erfassten Informationen aktuell sind. Die vorliegenden Ergebnisse der schriftlichen Befragung beinhalten vertiefende Informationen zu 49 Sozialpsychiatrischen Diensten. Dabei lassen sich die Angaben jedoch nicht immer eindeutig auf den Krisendienst innerhalb des SpDi beziehen. Wo dies erkennbar ist, wird im Folgenden darauf jeweils hingewiesen.

Personal

Über die Zusammensetzung der Teams bzw. die personelle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste konnten in der Datenrecherche für 41 Kommunen zwar Informationen ermittelt werden, allerdings z. T. nur sehr begrenzt: So werden auf den entsprechenden

Webseiten der Kommunen zu einzelnen SpDi Angaben zur Anzahl und der (Grund-)Qualifikation der Beschäftigten gemacht, z. T. wird die Anzahl der *Planstellen* differenziert nach den verschiedenen Berufsgruppen vorgestellt – ohne dass eindeutig ist, ob diese auch besetzt sind.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden die Kommunen gefragt, wie viele hauptamtlich Beschäftigte im Sozialpsychiatrischen Dienst tätig sind, ob es eigenständige Fachkraft-Kapazitäten für Krisenhilfe gibt und falls ja, wie groß diese sind. Insgesamt fällt die Differenzierung der Beschäftigtenzahlen und insbesondere -anteile in Abgrenzung zwischen SpDi insgesamt und dem Anteil Krisenhilfe nicht leicht. 16 Kommunen können die Angaben nicht differenzieren oder berichten, dass Krisenhilfe eine Aufgabe aller Mitarbeitenden ist. Zwei Kommunen verweisen auf zusätzliche Personalkapazitäten bei Kooperationspartnern, die Krisenhilfe außerhalb der Dienstzeiten des SpDi leisten.

Im Folgenden sollen die Stellenanteile der hauptamtlich Beschäftigten des gesamten SpDi nach Fachgebiet dargestellt werden.

Tab. 4: Hauptamtlich Beschäftigte im Dezember 2014 im SpDi (Gesamt 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

Angaben zu den hauptamtlich Beschäftigten im Sozialpsychiatrischen Dienst (Stand: Dezember 2014) liegen – z. T. unvollständig – aus 47 Kommunen vor.¹⁴ In 43 Kommunen ist mindestens eine Ärztin oder ein Arzt (zumindest mit einer halben Stelle) beschäftigt. Durchschnittlich arbeiten Ärztinnen und Ärzte im Umfang von 1,75 Vollzeitstellen-Äquivalenten (VZÄ) in den betreffenden SpDi.¹⁵ Ebenfalls arbeiten in 43 Kommunen hauptamtlich Fachkräfte aus Sozialarbeit, -pädagogik bzw. Dipl.-Pädagogik im SpDi mit, durchschnittlich mit 6,7 VZÄ (Minimum 1,5 – Maximum 16). Informationen zu hauptamtlich Beschäftigten aus anderen Fachbereichen liegen von deutlich weniger Kommunen vor: Sieben Kommunen berichten über die hauptamtliche Beschäftigung von Dipl.-Psychologinnen und -Psychologen (0,3 bis 2 VZÄ, im Mittel 1,1) und von Krankenpflegepersonal (1 bis 4 VZÄ, im Mittel 1,6).

Verwertbare Angaben zu Verwaltungskräften liegen aus 31 Kommunen vor: Demnach verfügen diese SpDi über durchschnittlich 1,8 VZÄ Verwaltungskräfte (mindestens eine halbe Stelle bis maximal neun Vollzeitstellen).

Die Kommunen wurden im zweiten Schritt gefragt, wie viel der Gesamtpersonalkapazität speziell für Krisenhilfe vorhanden ist. Hierzu liegen Angaben von 22 Kommunen vor, allerdings beziehen diese sich in 16 Kommunen auf das gesamte Personal im SpDi. Das

¹⁴ Einige Kommunen gaben keine Gesamt-Vollzeitäquivalente an, sondern lediglich die Anzahl der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten, die aufgrund der nicht bekannten Teilzeitanteile nicht hochgerechnet werden konnten.

¹⁵ Die Durchsicht der vorliegenden Angaben zeigt, dass auch in weiteren Kommunen Ärzte und Ärztinnen im SpDi hauptamtlich beschäftigt sind. Hier fehlten lediglich Angaben zu den Vollzeitäquivalenten bzw. zu deren Berechnung.

heißt, in diesen Kommunen ist Krisenhilfe (potentiell) Aufgabe aller im SpDi Beschäftigten. In sechs anderen Kommunen wurden anteilige Vollzeitäquivalente für Krisenhilfe angeben, darunter zweimal ausschließlich für ärztliche Kapazität. Auf die gesamte Personalausstattung bezogen liegen die personellen Kapazitäten für Krisenhilfe in den sechs Kommunen bei Anteilen zwischen 4 % und 84 % der Gesamtfachkraft-VZÄ¹⁶.

Da die Personalausstattung also kaum irgendwo zwischen SpDi gesamt und der Krisenhilfe abgrenzbar ist, kann für weitere Betrachtungen in Zusammenhang mit den Personalkapazitäten nur auf die Vollzeitäquivalente des Gesamtpersonals bzw. der Fachkräfte SpDi (ohne Verwaltung) zurückgegriffen werden. Daraus lassen sich insgesamt allenfalls grobe Hinweise zur Personalkapazität in den einzelnen Kommunen ableiten, Aussagen zu Krisenhilfe-Kapazitäten sind nicht möglich.

Um einen vergleichenden Eindruck für die Gesamtpersonalausstattung der SpDi in den Kommunen zu bekommen, wurde die Gesamtkapazität hauptamtlicher Fachkräfte im SpDi auf die Einwohnerzahl der Kommunen bezogen. Das war für 40 Kommunen möglich¹⁷. Insgesamt standen in den SpDi dieser 40 Kommunen hauptamtliche Fachkräfte im Umfang von 354,8 VZÄ zur Verfügung, im Durchschnitt entspricht dies knapp neun VZÄ pro Kommune.¹⁸ Im Rheinland liegt dieser Wert bei den Kommunen, die verwertbare Angaben machten, etwas darunter, in Westfalen etwas darüber.

In der Tiefenerhebung häuften sich Hinweise darauf, dass es den SpDi z. T. aufgrund zu geringer personeller Besetzung schwerfällt, so aufsuchend zu arbeiten, wie es aus fachlicher Sicht wünschenswert wäre.

Finanzierung

Detaillierte Informationen zur (Höhe der) Finanzierung einzelner Sozialpsychiatrischer Dienste und insbesondere zur dort verankerten Krisenhilfe konnten durch die zunächst durchgeführte Datenrecherche nicht identifiziert werden. Im Zuge der Befragung gaben vier Kommunen an, für die Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes über eine eigenständige Finanzierung/ein eigens definiertes Budget zu verfügen. Zwei Kommunen erläuterten dies nicht weiter, eine Kommune gab ein Budget von 21.900 Euro für Honorarärztinnen und Honorarärzte (Grundlage: Krankenhilfe und PsychKG) an. Die vierte gab an, in Rahmenverträgen geregelte Leistungen von kooperierenden freien Trägern zu honorieren.

Konzept

In der Datenrecherche konnten wenig aussagekräftige Informationen und Materialien bezüglich der konzeptionellen Arbeitsansätze der vorhandenen ambulanten Krisenhilfeangebote erfasst werden. So wurden bspw. lediglich in fünf Kommunen SpDi-Konzepte ermittelt. Demgegenüber gaben in der schriftlichen Befragung 17 Kommunen an, die Arbeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes über die gesetzliche Definition hinaus in einer schriftlichen Konzeption näher beschrieben zu haben, die laut eigenen Angaben in elf Kommunen explizit auch auf Krisenhilfe eingeht. Im Rahmen der Breitenerhebung wurde

¹⁶ Unter Fachkräften werden hier die ärztlichen, psychologischen, pädagogischen, therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen zusammengefasst – ohne Verwaltungspersonal.

¹⁷ In die Berechnung sind hier nur die Kommunen eingegangen, deren Angaben für alle dokumentierten Berufsgruppen auf VZÄ hochgerechnet werden konnten.

¹⁸ Addiert man die in der Befragung dokumentierten hauptamtlichen Fachkräfte aus anderen Krisendiensten dazu erhöht sich der Gesamtwert nur wenig auf insgesamt 370 VZÄ.

auch darum gebeten, die Konzeption zur Verfügung zu stellen. Dem kamen acht Kommunen nach, wobei es sich nicht immer um Konzeptionen, sondern häufiger um Aufgabenbeschreibungen, Standards, Leitbilder, Handbücher, Jahresberichte und/oder Flyer handelt, in denen zumeist das Angebot der Krisenintervention (kurz) erwähnt wird.

Eine detaillierte Analyse der eingereichten Unterlagen zeigt, dass in den vier Kommunen, in denen eine explizite Konzeption des Sozialpsychiatrischen Dienstes (bzw. in einem Fall der Sozialpsychiatrischen Ambulanz) vorliegt, jeweils auch der Aspekt Krisenhilfe Erwähnung (in kurzen Abschnitten zu den Punkten Ziele/Definition, Zielgruppen sowie Ablaufplan/Organisation/Standards) findet. Die vier Konzeptionen sind relativ aktuell, die „älteste“ stammt aus dem Jahr 2013. Darüber hinaus liegt die Konzeption (inkl. Kooperationsvereinbarung) eines spezialisierten Krisendienstes vor, dessen Angaben aufgrund der vertraglichen Aufgabenteilung mit dem SpDi in Kap. 3.2.3 mitbetrachtet werden. Die Stadt Münster verfügt bspw. über umfangreiche Handlungsleitlinien für die Arbeit in der Abteilung Psychische Gesundheit des Amtes für Gesundheit, Veterinär- und Lebensmittelangelegenheiten, in denen je in einem Unterkapitel auf den Krisennotdienst und in detaillierter Form auf die Bearbeitung Psychiatrischer Notfälle eingegangen wird (u. a. durch Darstellung des Handlungsablaufs bei Krisenintervention und die Bereitstellung einer Checkliste).

Die Befragten wurden außerdem gebeten, den Arbeitsansatz der Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes kurz zu charakterisieren. Die Angaben fallen sehr unterschiedlich aus und variieren von „Hilfe bei Bedarf“ oder Verweisen wie „Erfüllung der Pflichtaufgaben, Beratung und Gehstruktur, soweit Ressourcen reichen“ bzw. „Grundlage der Tätigkeit ist das PsychKG NRW, keine explizite Beschreibung einer Krisenhilfe“ über Hinweise auf eine ausführliche schriftliche Konzeption bis hin zu der genauen Beschreibungen des Ablaufs im Krisenfall im Sinne folgender Schritte:

- Bei Kontaktaufnahme einer ratsuchenden Person direkt reagieren bzw. „Warnnotiz“ mit wichtigsten Infos hinterlegen (innerhalb von 2 Tagen intervenieren)
- Einschätzung der Dringlichkeit (Polizei?)
- Wer ist der Hauptakteur?
- Wie soll vorgegangen werden (Zeitablauf? Wen nehme ich mit? Wer führt? Was muss mitgenommen werden (Handy etc.)? Wer muss informiert werden?)
- Abklärung – bspw. im Hausbesuch – der Bedrohungslage (z. B. Suizidgefahr) → vorrangiges Ziel, Gefahr abzuwehren und Überleben sichern, sowie Fremdgefährdung vermeiden
- Ggf. Kontakt mit behandelndem Arzt oder behandelnder Ärztin und wenn nötig Notfallhilfen einleiten
- Für sofortige Unterbringung Ordnungsbehörde beteiligen
- Durchführung der Krisenintervention
- Nach Beendigung weiterer Beratungstermin ansonsten weitere Hilfen (z. B. Einweisung nach PsychKG).

Zielgruppen

Angaben zur Zielgruppe der Sozialpsychiatrischen Dienste wie z. B. psychisch Kranke inkl. suchtkranke Personen, Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen, Menschen mit psychischen und seelischen Problemen und gerontopsychiat-

risch kranke Menschen konnten im Rahmen der Datenrecherche bereits bei 44 Kommunen ermittelt werden. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Kommunen zeigen, dass die Krisenangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste grundsätzlich ein offenes Angebot darstellen und einem breiten Spektrum an Zielgruppen zur Verfügung stehen. In allen 48 Kommunen, die hierzu Angaben gemacht haben, gehören folgende Zielgruppen dazu:

- Menschen mit akuten psychischen Problemen, ohne (bisher) diagnostizierte psychische Erkrankung
- Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung
- Menschen mit einer seelischen Behinderung
- Menschen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung
- Wohnungslose mit einer psychischen Störung/Erkrankung
- Angehörige von Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung.

In fast allen Kommunen werden zudem folgende Personen durch die Angebote zur Krisenhilfe der Sozialpsychiatrischen Dienste angesprochen:

- andere Bezugspersonen von Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung (N = 47)
- Flüchtlinge mit einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung (N = 46)
- gerontopsychiatrisch kranke Menschen (N = 46)
- Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung/Störung (N = 45).

Obgleich 45 SpDi angeben, auch Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung/Störung zur Verfügung zu stehen, bieten lediglich die SpDi in Bochum und in Herne eine explizite Spezial-Sprechstunde bzw. eine Beratungsstelle für Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Störungen an. Inwiefern die Hilfestellung in den übrigen Diensten der Zielgruppe gerecht wird, muss offen bleiben: Denn die Diagnostik einer psychischen Krise bei Menschen mit geistiger Behinderung ist, ebenso wie deren Behandlung, mit besonderen Anforderungen verbunden. Vielfach werden Anzeichen als behinderungsbedingt eingestuft (Diagnostic Overshadow). Und selbst wenn Fachkräfte sich im Krisenfall auf die besondere Art der Kommunikation einlassen und über Kenntnisse zu Erscheinungsbild und Verlauf psychischer Störungen und Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung verfügen sowie geeignete spezifische Diagnostikverfahren einsetzen, ist eine Befragung der Betroffenen oft aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit nur begrenzt möglich. Die Diagnostik ist regelhaft langwierig und nur unter Einbezug des Umfelds möglich (mit ggf. vorhandenen subjektiven Interpretationen oder settingbestimmten Aspekten, ggf. sogar Overreporting). Es ist zu prüfen, ob die Krise auf eine primäre psychische Störung oder auf eine demenzielle Entwicklung zurückgeht oder ob es sich um Verhaltensauffälligkeiten in einem anderen als dem üblichen Ausmaß handelt. Ersteres zieht psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach sich, letzteres eher Änderungen im Setting oder im Umgang. Allerdings können Verhaltensauffälligkeiten auch Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein und beide Aspekte vielfältig ineinander verwoben auftreten.

Die Hälfte der befragten Kommunen zählen auch Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung zu ihrer Zielgruppe (vgl. Tab. 32 im Anhang).

19 Kommunen ergänzen die Zielgruppenbeschreibung um Beschäftigte aus anderen Diensten oder gesetzlich Betreuende oder verweisen explizit auf ihre Zuständigkeit für alle Bürgerinnen und Bürger der Kommune.

Für Personen, die im Rahmen von Eingliederungshilfemaßnahmen betreut werden, sollen die Leistungserbringer lt. Leistungs- und Entgeltvereinbarungen in psychischen Krisen Hilfen sicherstellen. 43 Kommunen machten Angaben, wie dies in der jeweiligen Kommune genau geregelt ist: In neun Kommunen besteht demnach keine besondere Regelung bzw. leistungsberechtigten Personen stehen die gleichen Angebote zur Verfügung wie allen anderen auch. In 26 Kommunen halten die jeweiligen Anbieter der Eingliederungshilfe eigene Krisenmanagementsysteme (zumeist in Form von Rufbereitschaft) vor. Tatsächlich bestätigen die Gespräche im Rahmen der Tiefenerhebung, dass die in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe betreuten Menschen kaum Krisenhilfen beanspruchen. Sich anbahnende Krisen werden dort wohl meist frühzeitig bemerkt und durch vorbeugende Maßnahmen beherrscht.

Erreichbarkeit

Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben z. T. mehrere Dienst-/Nebenstellen und bieten auch 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. Mehr Nebenstellen finden sich entsprechend der räumlichen Größe v. a. in Landkreisen.

Zwei Drittel der Kommunen bewerten die Erreichbarkeit (der Krisenhilfe) des Sozialpsychiatrischen Dienstes als gut, ein Drittel als „teils/teils“. Mit 94 % geben fast alle Kommunen an, dass der Sozialpsychiatrische Dienst (generell bzw. für Krisenhilfe) barrierefrei zugänglich ist. Eingeschränkte Barrierefreiheit bezieht sich zumeist auf Nebenstellen sowie auf eingegrenzte Öffnungszeiten.

Im Rahmen der Datenrecherche wurde festgestellt, dass sich Angaben zu den Öffnungs- und Sprechzeiten der SpDi lediglich in 36 Kommunen über deren Webseiten identifizieren ließen. Laut Angaben in der schriftlichen Befragung ist der Sozialpsychiatrische Dienst in 45 von 48 Kommunen von Montag bis Freitag zu den „normalen“ Sprechzeiten für Krisen erreichbar. Unter „normalen“ Sprechzeiten werden hier verschiedene Uhrzeiten (i. d. R. sechs bis acht Stunden, ggf. an einem Tag verkürzt) von Montags bis Freitag zusammengefasst. Die Sprechzeiten beginnen meistens in der Zeit zwischen 7:30 und 8:30 Uhr und enden zwischen 17:00 und 18:00 Uhr. Drei Kommunen schließen für eine Mittagspause und öffnen am Nachmittag nur noch kurz. Vier Kommunen gaben lediglich Sprechzeiten an einzelnen Wochentagen oder nur an Vormittagen an, z. T. sind sie jedoch während der Woche täglich telefonisch (bis nachmittags) erreichbar. Nur in einer Kommune steht in Krisensituationen auch in den Abendstunden und am Wochenende Krisenhilfe zur Verfügung – durch das Angebot des SpDi-Kooperationspartners (psychosozialer Krisendienst eines freien Trägers). Insgesamt bestätigt sowohl die Befragung als auch die Tiefenerhebung die Einschätzung des MGEPA im Bericht an den Landtag über die Evaluierung des PsychKG¹⁹, in dem auf Grundlage der aus Fachkreisen eingeholten

¹⁹ Bericht über die Evaluierung von Gesetzen und Verordnungen aus dem Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW an den Landtag vom 16. Januar 2015. Vorlage 16/2622.

Stellungnahmen festgestellt wird, dass „durch einen Mangel an aufsuchenden, niedrigschwelligen Krisendiensten eine notfallmäßige Krisenhilfe außerhalb der Regelarbeitszeiten in vielen Regionen des Landes nur eingeschränkt möglich ist“.

58 % der Kommunen geben an, dass die Website des SpDi barrierefrei ist.

Angebote

Im Rahmen der Datenrecherche konnten für 47 Kommunen Hinweise zu den Angeboten der SpDi identifiziert werden. Dabei wurden überwiegend die Kernangebote ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Information, Beratung und Hilfe bei seelischen Problemen und Erkrankungen, Hilfe in Krisensituationen sowie aufsuchende Arbeit ermittelt.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung präzisieren diese Informationen.

Tab. 5: Leistungen und Angebote der Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in 2014 (Mehrfachnennungen möglich; N = 48)

Leistung/Angebot	Anzahl Kommunen
Abklärung am Telefon	48
Telefonische Krisenberatung und Krisenintervention als erste Entlastungs- und Orientierungshilfe	48
Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen und Bezugspersonen vor Ort (mobile Einsätze am Ort der Krise)	48
Information über individuelle Hilfen	48
Zuweisung zu stationärer (Krisen)-Behandlung	45
Tagesgleiche persönliche Krisenberatung in der Dienststelle	44
Vermittlung an spezialisierte ambulante Hilfen (z. B. (Krisen-)Beratung und Behandlung)	37

Die von allen befragten Krisenhilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorgehaltenen Angebote und Leistungen reichen von Information über individuelle Hilfen und Abklärungen am Telefon über telefonische Krisenberatung und Krisenintervention als erste Entlastungs- und Orientierungshilfe bis zu Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen und Bezugspersonen vor Ort (mobile Einsätze am Ort der Krise). 44 Kommunen realisieren nach Möglichkeit im SpDi tagesgleiche persönliche Krisenberatung in der Dienststelle.

Gut zwei Drittel der befragten Kommunen können nach eigenen Angaben dabei in mehreren Sprachen beraten. Neben Deutsch handelt es sich dabei allerdings fast immer um Englisch (N = 31) und in 12 Kommunen um Französisch. Beratung in Türkisch, Polnisch oder Russisch, den Herkunftssprachen der größten Migrantengruppen in Deutschland, ist lediglich in drei bzw. vier Kommunen möglich (im Einzelnen s. Tab. 36 im Anhang). Die Mehrzahl der Kommunen gab allerdings an, auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachiger Klientel zurückgreifen zu können.

Tab. 6: Kann der SpDi auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachiger Klientel zurückgreifen? (Mehrfachnennungen möglich; N = 48)

	Anzahl Kommunen
ja, auf mehrsprachige Personen	20
ja, auf Dolmetscher	24
ja, auf Sprachmittler	13
ja, auf Sprach- und Integrationsmittler	12
nein	10

Von den 48 Befragten hatten zehn SpDi keine Möglichkeiten der Unterstützung im Bereich Fremdsprachen. Von den 38 SpDi, die sprachliche Hilfemöglichkeiten haben, berichten 20, dass sie auf mehrsprachige Personen und mehr als ein Viertel, das sie auf Sprachmittlerinnen und Sprachmittler zurückgreifen können.

Sieben Kommunen beurteilten die Unterstützung bei der Kommunikation mit fremdsprachiger Klientel als ausreichend bis gut, es überwiegen jedoch eindeutig negative Einschätzungen: In mehr als der Hälfte der Kommunen wird auf Schwierigkeiten bzw. Verbesserungsbedarf hingewiesen; die Probleme werden einerseits in der grundsätzlichen Schwierigkeit von Übersetzung in Krisenbetreuung gesehen, da schnell und oft am besten unvermittelt gehandelt werden muss. Andererseits gibt es Probleme aufgrund unzureichender Kapazitäten von professionell dolmetschenden Fachkräften mit Kenntnissen der notwendigen Sprachen und von Finanzmitteln. Dabei hat bereits jetzt ein relevanter Anteil von Klientinnen und Klienten einen Migrationshintergrund (s. Tab. 41 im Anhang) und der Bedarf steigt. Im Rheinland können SpDi auf Unterstützung durch die Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren für Migration zurückgreifen und in Westfalen-Lippe denken einzelne sozialpsychiatrische Dienste über eine kultursensible Gestaltung der Arbeit nach, wie bspw. eine Fachtagung zur Interkulturellen Öffnung im September 2013 in Bielefeld²⁰ zeigt.

Bezogen auf die SpDi stellt, über Beratung und Information/Abklärung hinaus, auch Vermittlung eine bedeutende Aufgabe dar: 96 % der Kommunen gaben an, dass die SpDi Hilfesuchende in stationäre (Krisen)-Behandlung vermitteln, wenn die eigenständigen Hilfen und Unterstützungsangebote nicht ausreichen (Empfehlung), 78 % der SpDi verweisen z. B. an spezialisierte ambulante (Krisen-)Hilfen.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung machten 42 Kommunen detaillierte Angaben zu der Frage, wohin Betroffene im Krisenfall vor allem vermittelt werden; davon werden in 29 Kommunen die Angaben durch Einschätzungen der jeweiligen Anteile der Vermittlungen zu den jeweiligen Einrichtungen und Diensten ergänzt. Diese werden jedoch zum Teil als schwierig abgrenzbar bzw. unterschiedlich definiert erläutert. Manche Angaben sind bspw. explizit nur auf „psychiatrische Notfälle“, nicht aber auf „psychosoziale Krisen“ bezogen²¹, andere Befragte klassifizieren ihre Antworten als „sehr grob“.

Am häufigsten wird insgesamt zu folgenden Diensten und Einrichtungen vermittelt:

- psychiatrische Abteilungen oder Kliniken (N = 36, davon 26-mal an erster Stelle genannt)
- niedergelassene (Fach-)Ärztinnen und Ärzte (N = 32, davon 7-mal an erster Stelle)

²⁰ Vgl. <http://www.psychiatrie-bielefeld.de/wb/pages/aktuelles/dokumentation-der-fachtagung-zur-interkulturelloeffnung-vom-25-september-2013.php> (Abruf zuletzt am 3. Februar 2016).

²¹ Vgl. auch Ausführungen zum Begriff Krise, S. 11.

- Psychiatrische (Instituts-)Ambulanzen (N = 12, davon 3-mal an erster Stelle)
- andere Beratungsstellen, v. a. Sucht- und Drogenberatung (N = 14)
- Betreutes Wohnen (N = 10)
- gesetzliche Betreuung (N = 7)
- spezialisierte bzw. andere Krisendienste (N = 5)
- Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ) (N = 2).

Inanspruchnahme (Nutzerinnen und Nutzer)

Angaben zur Inanspruchnahme der Angebote der Sozialpsychiatrischen Dienste konnten im Rahmen der Sekundäranalyse nur vereinzelt in Jahresberichten oder Psychatrieplänen ermittelt werden, wobei es sich i. d. R. um Zahlen zur Gesamtklientel handelt und nicht um Krisen-Fälle. Die Sekundäranalyse gab so bereits erste Hinweise auf grundlegende Probleme bzgl. der Datenlage zur Inanspruchnahme ambulanter Krisenhilfe. Auch das LÖGD NRW konstatierte im Jahr 2005: „Bereits die Erfassung aller Notfälle, die bei den relevanten Diensten und Einrichtungen in Erscheinung treten, stößt auf große Schwierigkeiten. Da die Fälle sehr unterschiedlich und wenig transparent behandelt [werden ...]. Zusätzliche Probleme resultieren aus der bereits beschriebenen Schwierigkeit der Abgrenzung von Krisen- und Notfallhilfe.“²²Die Breitenerhebung lieferte zwar umfassende Angaben zu den Nutzerinnen und Nutzern der Krisenhilfe (Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung, ohne vorrangig suchtkranke Personen) als die Datenrecherche. Allerdings konnten nicht alle Kommunen im Rahmen der Befragung detaillierte Angaben machen, da bspw. Krisenfälle nicht separat erfasst werden. Von einigen Beteiligten wurde die Problematik beim Ausfüllen der gefragten Angaben erläutert sowie auf den nicht einheitlich definierten Krisenbegriff verwiesen. Da zum einen in der Befragung der Begriff „Krise“ nicht sehr eng definiert war oder weil die kommunale Statistik keine Unterscheidung macht, beziehen sich einige Angaben ausschließlich auf (nach eigener Definition) sog. „harte“ Fälle i. S. unterbringungspflichtiger psychiatrische Notfälle – nicht aber auf Grenzfälle oder Fälle psychosozialer Krisen²³.

In der schriftlichen Befragung war der Krisenbegriff tatsächlich nicht eng vorgegeben und nur um eine Abgrenzung zur Gesamtklientel sowie zu suchtkranken Personen gebeten worden. Stattdessen wurden konzeptionell Einschätzungen zum Krisenbegriff der jeweiligen Adressaten eruiert. Die Beteiligten sollten die „Fallzahl von Krisenhilfen im Jahr 2014“ möglichst exakt angeben (notfalls geschätzt), wenn möglich auch getrennt für Betroffene und Angehörige. Insgesamt liegen Angaben aus 40 Kommunen vor, wobei diese nicht alle vollständig und im Detail vergleichbar sind (23 dieser Angaben sind geschätzt). Für eine Reihe Antwortender war es schwierig, Krisenfälle von der Gesamtklientel des SpDi abzugrenzen. So wurde vereinzelt darauf hingewiesen, dass die Angaben differenziert wurden, in anderen Fällen wurde erläutert, dass es sich bei den Angaben um Gesamtzahlen handelt. Den meisten Angaben ist diese Information jedoch nicht eindeutig zu entnehmen.

40 Kommunen machten Angaben zur Gesamtzahl von Krisenfällen (bzw. SpDi-Fällen) im Jahr 2014. Diese Gesamtzahlen summieren sich auf insgesamt 21.081 (Krisen-)Fälle im Jahr 2014. Dies bedeutet, dass pro SpDi durchschnittlich 527 Fälle bearbeitet wurden

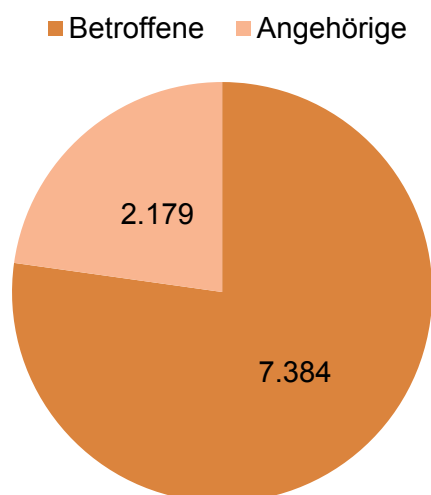
²² Ebd.

²³ Vgl. auch Ausführungen zum Begriff Krise, S. 13.

– im Rahmen der Krisenhilfe oder/und insgesamt im Dienst. Die Gesamtzahlen schwanken zwischen 50 (Krisen-)Fällen und 2.132 Fällen (insgesamt).

14 Kommunen differenzierten bei ihren Angaben zwischen den (Krisen-)Fallzahlen Betroffene und (Krisen-)Fallzahlen Angehörige (alle Angaben geschätzt). Demnach verteilen sich Betroffene und Angehörige wie folgt:

Abb. 2: Krisenhilfe-Fälle der SpDi, $N = 14$, Gesamtzahl der Fälle 9.563



In diesen 14 Kommunen entfällt ein Viertel der Fälle, die durch die SpDi (im Bereich Krisenhilfe oder insgesamt) betreut wurden, auf Angehörige. Mit drei Vierteln stellen selbst betroffene Klientinnen und Klienten die Mehrzahl der (Krisen-)Fälle.²⁴

Neun weitere Kommunen machten bei dieser Frage ausschließlich Angaben zu betreuten Betroffenen (insgesamt weitere 4.012 Fälle, zwischen 58 und 1.365 Fällen pro Kommune, Durchschnitt: 446).

Die Ergebnisse der Befragung verweisen an dieser Stelle auf mehrere Einschränkungen bzw. offene Fragen: Zum einen gaben manche Kommunen Krisenfälle im engeren Sinn an, andere alle Fälle des SpDi. Bei den meisten Kommunen bleibt unklar, um welche Bezugsgröße es sich handelt. Hier stellt sich die Frage, was genau Inhalt der Dokumentation der SpDi-Arbeit ist. Eine zweite Frage könnte jedoch auch sein, ob die Kommunen einen unterschiedlichen Krisenbegriff haben.

Ein anderer Fragekomplex galt den Angaben zu Krisenfällen Betroffener und Krisenfällen Angehöriger. 14 Kommunen differenzierten ihre Angaben nach den beiden Gruppen, die anderen nicht. Liegt dies an einer unterschiedlichen Art der Dokumentation? Oder werden z. T. ausschließlich Betroffene als Krisenfall wahrgenommen? Werden dann in Krisen nachfragende Angehörige nicht als Zielgruppe von Krisenhilfe wahrgenommen oder werden ihre Nachfragen nicht eigens dokumentiert?

Für im Rahmen von Krisenhilfe betreute Betroffene wurden Angaben zum Geschlecht abgefragt. 35 Kommunen stellten dazu Daten zur Verfügung, davon 26-mal geschätzt: Der (geschätzte) Anteil der weiblichen Klientel variiert dabei zwischen 20,0 und 62,1 %.

²⁴ Abweichend von allen anderen Kommunen gab eine Kommune eine vielfach höhere Zahl an Angehörigen an. Nachfragen ergaben, dass die Schätzung dieses Dienstes auf der Annahme beruht, dass jede selbst betroffene Person etwa drei Angehörige habe, an die sozusagen „automatisch“ auch Hilfen zu adressieren seien. Um die Auswertung nicht zu verzerren, wurde dieser „Ausreißer-Wert“ nicht in die Berechnungen einbezogen.

Angaben zum Alter der Betroffenen, die im Bezugsjahr 2014 Krisenhilfe durch den SpDi in Anspruch genommen haben, liegen aus 31 Kommunen vor (davon 27-mal geschätzt). Entsprechend der Zielgruppen (vorwiegend Erwachsene) wurden überwiegend Personen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren erreicht. Durchschnittlich gehören rd. 60 % der Klientel dieser Altersgruppe an. Im Mittel sind knapp 20 % älter und gut 20 % jünger. In den Kommunen, in denen ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst aktiv ist (s. u.), sind die Anteile der jüngeren Klientinnen und Klienten im SpDi geringer. Nur vereinzelt wurden unter 18-Jährige durch den SpDi betreut (insgesamt N = 15).

Alle 48 SpDi, die entsprechende Angaben in der Befragung gemacht haben, zählen auch Menschen mit Migrationshintergrund zu ihrer Zielgruppe. Angaben zum Migrationshintergrund der Klientel im Bezugsjahr 2014 liegen jedoch lediglich aus 32 Kommunen vor, davon 30-mal geschätzt.

Der (geschätzte) Anteil der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund an der Klientel liegt zwischen 10 % und 40 %. An dieser Stelle soll noch einmal auf die oben beschriebenen eher knappen Fremdsprachkompetenzen in der Beratung erinnert werden. Geschätzt niedrigere Anteile an Klientel mit Migrationshintergrund sind überwiegend in Landkreisen mit entsprechend geringerem Anteil an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu finden und umgekehrt höhere Anteile eher in kreisfreien Städten.

Dokumentation und Qualitätssicherung

Von den 47 Kommunen, die im Rahmen der Befragung zu Dokumentation und Qualitätssicherung Angaben machten, berichteten 34, dass Klientinnen- und Klientendaten sowie Leistungsdaten im Rahmen der Krisenhilfe EDV-gestützt dokumentiert werden. Dabei wird eine große Bandbreite an Dokumentationssystemen eingesetzt: Mehr als einmal genannt wurden Access, Äskulab, Gumax, Horizont, ISGA®-Informationssystem Gesundheitsamt, Mikropro, Octoware, SoPart sowie eigens erstellte Systeme. Einige Kommunen weisen explizit darauf hin, dass die Dokumentation der Krisenhilfe-Fälle in die allgemeine Dokumentation integriert ist und keine gesonderte Erfassung existiert. Im Rahmen der Tieferenerhebung wurde deutlich, dass die SpDi vorwiegend jeweils selbst definierte Punkte dokumentieren und dass ein Gutteil der Dokumentationen keine einfachen Auswertungsroutinen ermöglicht. Im Ergebnis lassen sich viele Daten nicht landesweit vergleichbar betrachten und müssen Fragen wie jene in der Breiterhebung durch Schätzungen beantwortet werden.

Lediglich elf Kommunen verwiesen darüber hinaus darauf, dass im SpDi mit einem Qualitätsmanagementsystem gearbeitet wird, wobei sieben dieses benennen: Es handelt sich um DIN EN ISO 9001 (N = 5) und EFQM (N = 2). Aus einer Kommune liegt ein Auszug aus dem QM-Handbuch zur Arbeit des SpDi vor. Krisenhilfe findet hier durch das Stichwort „Krisenintervention gem. PsychKG NRW“ Erwähnung, konzentriert sich also auf Einweisungen.

3.2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste

Im Rahmen der kommunalen und übergreifenden Datenrecherche konnten ebenso wie in den Literaturrecherchen kaum Hinweise zu Krisenhilfen durch Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste identifiziert werden. Die von der Aktion Psychisch Kranke (APK) im September 2013 durchgeführte Tagung „Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen“ widmete sich dem Handlungsfeld Psychiatrische Krisen bei Kindern und Jugendlichen zwar in einem eigenen Themenblock, dokumentiert dabei allerdings kein Beispiel aus

NRW.²⁵ Die APK ist zudem Projektträger des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Vorhabens „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“, das vom 1. November 2014 bis zum 31. Dezember 2016 läuft. Im Juni 2016 wird im Rahmen dieses bundesweiten Projekts ein Workshop zur „Kinder- und Jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten Setting“ stattfinden.

Die Breitenerhebung sollte durch die Abfrage bei den Kommunen helfen, die Situation der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen in psychischen Krisen in NRW zu beleuchten. Dabei zeigte sich, dass fünf der an der Befragung teilnehmenden Kommunen über einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (in einem Fall mit drei Standorten in der Stadt) als Anbieter von Krisenhilfe für diese Zielgruppe verfügen. Es handelt sich dabei ausschließlich um große kreisfreie Städte mit mehr als 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Von den 45 Kommunen, in denen laut Befragung kein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Krisenhilfe anbietet, liegt 38-mal eine Erläuterung dazu vor, wer in psychischen Krisen von jungen Menschen stattdessen hilft. Genannt wurden dabei insbesondere (Ambulanzen von) Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken bzw. andere stationäre Einrichtungen (N = 19) sowie das Jugendamt (N = 17). Das Jugendamt wird in vielen Fällen als erste Instanz tätig, wenn Kinder und Jugendliche auffällig werden bzw. ihre Eltern Hilfe suchen. Zudem wurde auf niedergelassene Fachärzte im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (N = 12) verwiesen. Außerdem wurde in fünf Kommunen der Kinder- und Jugendärztliche Dienst sowie in je vier Kommunen der schulpsychologische Dienst bzw. die Erziehungsberatung als Ansprechpartner für Kinder- und Jugendliche in Krisen genannt. Seltener wurden auf Sozialpädiatrische Zentren sowie spezialisierte Krisendienste aufmerksam gemacht. Informationen dazu, inwiefern diese alternativen Anlaufstellen kurzfristig und ggf. sogar „rund um die Uhr“ Krisenhilfe durchführen, liegen nicht vor.

Im Folgenden sollen kurz die Angaben der fünf beschriebenen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste zusammenfassend vorgestellt werden.

Von den fünf Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten gaben zwei an, dass die Leistungen im Bereich der ambulanten Krisenhilfe in *Kooperation* mit anderen Stellen oder Akteuren erbracht werden. In einem Fall übernimmt das Jugendamt Krisenintervention. In einem anderen Fall ist Beratung (in Krisensituationen) an Schulen bzw. die dort angesiedelten Fachkräfte aus dem Bereich Sozialarbeit/(Sozial-)Pädagogik delegiert, wobei offen bleibt, ob die Krisenhilfe auch abends oder am Wochenende zur Verfügung steht. Eine eigenständige *Finanzierung* bzw. ein definiertes Budget für die Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes gibt es laut eigenen Angaben in keiner der fünf Kommunen.

Öffnungs- und (telefonische) Sprechzeiten werden weder für das Wochenende noch die Abendstunden angegeben, sondern sind ausschließlich von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 17:30 Uhr (inkl. telefonischer Erreichbarkeit mindestens 27 und maximal 40,5 Stunden pro Woche) möglich (vgl. Tab. 54 im Anhang). Alle fünf Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste sind barrierefrei zugänglich, eine barrierefreie Webseite haben zwei Kommunen, viermal wird die Erreichbarkeit insgesamt als gut eingeschätzt.

²⁵ Vgl. Herberhold, M. (2014). Ambulante Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 187-200). Köln: Psychiatrie Verlag; sowie Herberhold, M. (2011). Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen – die Versorgungslage im Überblick. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & R. Peukert (Hrsg.). *Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe* (S. 279-287). Köln: Psychiatrie Verlag.

Ähnlich wie zuvor im Bereich der Arbeit des SpDi sind auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste die Angaben zum *Personal* schwierig auszuwerten. Es wurde bspw. darauf verwiesen, dass ein Krisenbereitschaftsdienst vorgehalten wird, der in die übrigen Aufgabenfelder des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes eingebettet ist bzw. dass bei Bedarf auch für Kinder und Jugendliche Krisenintervention seitens des SpDi durchgeführt wird²⁶ – allerdings gilt die dort übliche Begrenzung der Erreichbarkeitszeiten.

Verwert- und vergleichbare Angaben zu den Gesamt-Vollzeitäquivalenten nach Fachgebieten liegen aus vier Kommunen vor.

Tab. 7 Hauptamtlich Beschäftigte im Dezember 2014 im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (Gesamt VZÄ)

Fachgebiet/Berufsgruppe	N	min	max	Durchschnitt	Summe
Ärztinnen und Ärzte	4	0,5	1,5	0,9	3,5
Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Dipl.-Pädagogik	3	1,0	3,0	1,8	5,5
Dipl.-Psychologie	2	1,0	1,5	1,25	2,5
Verwaltung	2	0,7	1,0	0,85	1,7

In allen vier Diensten, für die Angaben zum Personal vorliegen, arbeitet ärztliches Personal, mindestens mit einer halben Stelle hauptamtlich beschäftigt. In drei Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten sind zudem Fachkräfte aus dem Bereich Sozialarbeit/(Sozial-)Pädagogik im Rahmen zumindest eines Vollzeitäquivalents und in zwei Diensten in Form mindestens einer Stelle aus der Psychologie für Krisenhilfe zuständig. Für keinen der Dienste wurde über Krankenpflegepersonal berichtet.

In drei der fünf Kommunen mit Kinder- und Jugendpsychiatrischem Dienst wurden dessen Aufgaben in einer schriftlichen *Konzeption* beschrieben, wobei das Feld der Krisenhilfe nur in zwei Kommunen explizit ausgeführt wurde. FOGS wurden im Rahmen der Befragung zwei Konzepte zur Verfügung gestellt. Eine dieser Konzeptionen beschreibt ausführlich Aufgabenstellung, Grundsätze und Arbeitsweise speziell für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst – allerdings wurde die Konzeption seit über 20 Jahren nicht mehr aktualisiert. Die andere Konzeption stellt keine eigene konzeptionelle Darstellung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes dar, sondern eine integrierte Beschreibung der Aufgaben des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in den Handlungsleitlinien für die Arbeit in der Abteilung Psychische Gesundheit des Gesundheitsamtes.

Die *Zielgruppen* der fünf Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste werden in folgender Übersicht dargestellt.

26 Diese Fälle finden sich in den Inanspruchnahme-Zahlen der SpDi bei den entsprechenden Altersgruppen wieder.

Tab. 8: Zielgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste (N = 5)

	Kinder	Jugendliche	Junge Erwachsene
Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene (KiJu) mit akuten psychischen Problemen ohne (bisher) diagnostizierte psychische Erkrankung	5	5	2
KiJu mit einer psychischen Störung/Erkrankung	5	5	2
KiJu mit einer seelischen Behinderung	5	5	2
KiJu mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung	5	5	2
Minderjährige Flüchtlinge mit einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung	5	5	2
KiJu mit geistiger Behinderung und psychischer Störung/Erkrankung	5	5	2
Sonstige	1	1	0
Angehörige von Kindern/Jugendlichen	5		
Andere Bezugspersonen von Kindern/Jugendlichen mit einer psychischen Störung/Erkrankung	5		

Alle Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste richten sich an Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen, einer diagnostizierten psychischen Störung/Erkrankung und/oder einer seelischen Behinderung – auch wenn diese einen Migrationshintergrund haben bzw. wenn es sich um Flüchtlinge handelt. Zwar können lediglich zwei Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste fremdsprachige Beratung (auf Englisch) leisten, doch haben alle fünf Dienste die Möglichkeit, auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachiger Klientel zurückzugreifen (Dolmetschende, Sprachmittlung etc.; vgl. Tab. 57 im Anhang). Dreimal wird diese Unterstützung als positiv eingeschätzt. Einmal können zwar Dolmetschende hinzugezogen werden, doch wird hier problematisiert, dass eine aus fachlicher Sicht wünschenswerte transkulturell wirklich kompetente Übersetzung kaum zu organisieren sei.

In zwei Kommunen gehören auch junge Erwachsene (18 bis 26 Jahre) zu den Adressaten der angebotenen Hilfen.

Über die genannten Zielgruppen hinaus sind alle fünf Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste offen für Angehörige und andere Bezugspersonen von Kindern/Jugendlichen mit einer psychischen Störung/Erkrankung.

Während der Arbeitsansatz der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste im Rahmen der Befragung nicht näher beschrieben wurde, liegen zum *Angebotsspektrum* folgende Informationen vor: Alle fünf Dienste bieten Abklärung am Telefon und telefonische Krisenberatung und Krisenintervention als erste Entlastungs- und Orientierungshilfe sowie tagesgleiche persönliche Krisenberatung in der Dienststelle und Information über individuelle Hilfen an. Alle Dienste sind zur Abklärung und Beratung aufsuchend tätig (mobile Einsätze am Ort der Krise), z. T. erst im Nachgang zu einer Abklärung durch das Jugendamt.

Alle Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste vermitteln Klientinnen und Klienten an spezialisierte ambulante Hilfen (z. B. [Krisen]-Beratung und Behandlung) und leiten ggf. stationäre (Krisen)-Behandlung ein (Empfehlung). Alle fünf Kommunen machten Angaben zu den Vermittlungen Betroffener im Rahmen der Krisenhilfe des Kinder- und Ju-

gendspsychiatrischen Dienstes. Vermittelt werden Kinder und Jugendliche insbesondere in kinder- und jugendspsychiatrische Praxen sowie in entsprechende Kliniken bzw. Ambulanzen einerseits, andererseits zum Jugendamt sowie zu Erziehungsberatungsstellen (zum Leistungsspektrum s. Tab. 55 im Anhang).

Zur Frage ambulanter Hilfe in akuten psychischen Krisen für Kinder und Jugendliche, die im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen (SGB VIII) betreut werden, verwiesen die Befragten auf nicht näher erläuterte Kooperationsvereinbarungen der Jugendhilfe sowie auf spezifische Ablaufprozesse und Vertretungsregelungen. In einem Fall wurde explizit berichtet, dass es für diese Zielgruppe keine grundsätzlich anderen Regelungen gebe.

Vergleichbar der Problematik bei der Darstellung der Zahlen zur *Inanspruchnahme* von Krisenhilfe im SpDi stellt sich die Situation der Angaben zu Krisenhilfe-Fällen in den Kinder- und Jugendspsychiatrischen Diensten dar. Im Rahmen der Befragung konnten für alle fünf erwähnten Dienste Informationen zur Gesamtfallzahl der Krisenhilfe im Jahr 2014 gemacht werden, in drei Kommunen geschätzt. Insgesamt wurde über 469 Fälle im Bezugsjahr 2014 berichtet, wobei die Inanspruchnahme zwischen 15 und rd. 200 Fällen (durchschnittlich 93,8 Fälle) variiert. Betreute Angehörige wurden nur in einer Kommune angegeben.

Zum Geschlecht der Betroffenen liegen Angaben aus allen fünf Kinder- und Jugendspsychiatrischen Diensten vor, in drei Kommunen erneut geschätzt. In vier der fünf Kinder- und Jugendspsychiatrischen Dienste wurden im Jahr 2014 mehr Jungen als Mädchen in Krisen unterstützt. Der Anteil männlicher Klienten variiert von 39,4 bis 70,6 %.

Auch zum Anteil der unterschiedlichen Altersgruppen der von den Kinder- und Jugendspsychiatrischen Diensten betreuten Kinder und Jugendlichen liegen aus allen fünf Kommunen Angaben vor. Aus den Zahlen wird deutlich, dass 14 bis 17-jährige Jugendliche mit einem Anteil zwischen 33,3 und 82,4 % die Hauptklientel der Krisenhilfe der beschriebenen Kinder- und Jugendspsychiatrischen Dienste bilden. Doch ist ein großer Anteil der Klientel noch im Kindesalter (bis 13 Jahre; 17,6 bis 66,7 %). Zwei Kinder- und Jugendspsychiatrische Dienste betreuten im Rahmen von Krisenhilfe im Jahr 2014 auch – zu einem Anteil von 5 % bzw. 7,5 % – junge Erwachsene zwischen 18 und 26 Jahren.

Die aus den fünf Kommunen vorliegenden Angaben zu betroffenen Nutzerinnen und Nutzern der Kinder- und Jugendspsychiatrischen Dienste beinhalten auch Informationen zum Migrationshintergrund der Klientel im Bezugsjahr 2014. Demnach betrug der durchschnittliche Anteil der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund, vergleichbar mit dem der Klientel der SpDi, etwa 23,5 %. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen ist in diesen Altersgruppen, insbesondere in den Standorten der Kinder- und Jugendspsychiatrischen Dienste, jedoch höher, z. T. deutlich.²⁷

Laut eigenen Angaben in der Befragung arbeiten zwei der fünf Kinder- und Jugendspsychiatrischen Dienste mit einem EDV-gestützten *Dokumentationssystem*, während dies in den anderen drei Kommunen allerdings im SpDi der Fall ist. Über ein *Qualitätsmanagementsystem* berichtet keiner der Kinder- und Jugendspsychiatrischen Dienste.

3.2.3 Spezialisierte Krisendienste

Die Psychiatriekoordination der Stadt Köln erstellte im Jahr 2005 eine vergleichende Analyse von insgesamt acht Kommunen mit Krisendienst: „Die Analyse zeigte, dass die

²⁷ Vgl. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. 3. Kommentierte *Zuwanderungs- und Integrationsstatistik Nordrhein-Westfalen*. Ausgabe 2014.

Krisendienste größtenteils eine telefonische Erreichbarkeit sicherstellen und meist nicht-ärztliche Fachkräfte tätig sind (evtl. mit ärztlicher Rufbereitschaft im Hintergrund). Deutlich wurde auch, dass die Krisendienste häufig von Menschen in Lebenskrisen und weniger von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen wurden.“²⁸

Während mittels der Datenrecherche in elf Kommunen in NRW eher wenig belastbare Hinweise auf spezialisierte Krisendienste (sowie weiterführende Informationen über diese) bzw. auf Planungen dazu²⁹ erfasst wurden, berichten in der Breitenerhebung sechs Kommunen vom Vorhandensein eines spezialisierten ambulanten Krisendienstes. In einer weiteren Kommune, in der ein spezialisierter Krisendienst existiert und in enger Kooperation mit dem SpDi arbeitet, wird dieser aufgrund der engen und vertraglich fixierten Kooperation nicht separat aufgeführt, sondern wurde unter den Angaben zum SpDi mitbeschrieben. Alle sechs spezialisierten Krisendienste über die in der Befragung berichtet wird, wurden auch in der Recherche erfasst. Von den übrigen fünf Kommunen, in denen Hinweise zu spezialisierten Krisendiensten gefunden wurden, haben manche sich nicht an der schriftlichen Befragung beteiligt und andere haben die vorhandenen spezialisierten Angebote nicht als „spezialisierten Krisendienst“ eingeordnet (bspw. Krisentelefon/Telefonseelsorge).

Im Folgenden sollen die in der Befragung näher beschriebenen spezialisierten Krisendienste anhand der vorliegenden Angaben zusammenfassend beschrieben werden.

Aus allen sechs Kommunen (fünf kreisfreie Städte und ein Kreis) liegen weitere Angaben zum Träger der spezialisierten Krisendienste vor. Die Träger variieren von (frei)gemeinnützig bis zu kirchlich. Andere haben die Rechtsform einer (gemeinnützigen) GmbH. Unter den Diensten befinden sich auch ein Krisentelefon und ein städtischer Krisennotdienst (nur am Wochenende). Das Versorgungsgebiet erstreckt sich laut Angaben jeweils auf die gesamte Kommune (und das regionale Umfeld).

Die beschriebenen Krisendienste zeichnen sich nach den Angaben im Rahmen der Befragung nicht durch eine andere/besondere Zielgruppe (bspw. ältere Menschen³⁰) 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. Für alle sechs spezialisierten Krisendienste liegen genaue Angaben zur (telefonischen) Erreichbarkeit vor, die untermauern, dass hier Angebote außerhalb der regulären Sprechzeiten etwa des SpDi vorgehalten werden: 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).

Wie bereits erwähnt, richten sich die spezialisierten Krisendienste, über die in der Befragung berichtet wird, nicht an spezielle *Zielgruppen*, sondern an alle Menschen mit psychischen Problemen und Störungen/Erkrankungen, an Menschen mit einer seelischen Behinderung sowie an Angehörige und Bezugspersonen. Eingeschlossen sind dabei sowohl Menschen mit Migrationshintergrund, als auch – in vier von sechs Diensten – Kinder und Jugendliche (vgl. Tab. 68 im Anhang).

28 Stadt Köln (Hrsg.) (2011). *Psychiatrie 2011. Bericht und Planung*. S. 25.

29 Im Psychiatrieplan der Stadt Köln findet sich bspw. der Hinweis auf die dortigen Bemühungen der Einrichtung eines spezialisierten Krisendienstes.

30 Für 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.

Angaben zum *Personal* sind auch für diese Dienste schwierig auszuwerten. Einige spezialisierte Krisendienste haben im Rahmen der schriftlichen Befragung zwar Angaben zu Personalkapazitäten gemacht, jedoch nicht immer entsprechend der Vorgaben. So wurden in einigen Fällen bspw. Angaben zur Gesamtzahl zur Verfügung stehender Honorarkräfte gemacht, jedoch nicht angegeben, in welchem Umfang diese Personen tätig werden (können). Obgleich die Befragung auf hauptamtlich Beschäftigte fokussierte, handelt es sich lt. der Erläuterungen hier explizit um nebenberuflich tätige Fachkräfte. Zwei Kommunen gaben an, dass der vorhandene spezialisierte Krisendienst zusätzlich auch auf ehrenamtlich Beschäftigte zurückgreifen kann, ohne jedoch weitere Informationen bezüglich Anzahl und Umfang der Unterstützung zu machen. Verwert- und vergleichbare Angaben zu den Gesamt-Vollzeitäquivalenten der hauptamtlich Beschäftigten nach Fachgebieten liegen lediglich aus zwei Kommunen vor, auf eine detaillierte Darstellung wird deshalb an dieser Stelle verzichtet.

Für vier Kommunen können Angaben zur *Finanzierung* der spezialisierten Krisendienste ausgewiesen werden. Alle vier Dienste werden – im Rahmen der Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen – hauptsächlich (70 %, 80 % und in zwei Kommunen sogar vollständig) aus kommunalen Mitteln finanziert. Lediglich in einer Kommune tragen Krankenkassen zur Finanzierung des spezialisierten Krisendienstes bei³¹: In Münster stellt die Stadt den Krisendienst, ärztliche Hausbesuche werden jedoch von den Krankenkassen refinanziert. Ein anderer Krisendienst finanziert sich zu 20 % aus sonstigen Mitteln, vorrangig Spenden.

Für vier spezialisierte Krisendienste wurde angegeben, dass eine schriftliche Konzeption vorliegt, wobei für zwei Angaben zur Aktualität gemacht wurden: Eine Konzeption stammt aus dem Jahr 2014, die andere Konzeption ist über zehn Jahre alt. Auf die Bitte in der Befragung, Konzeptionen sowie andere Materialien beizufügen, fügte ein spezialisierter Krisendienst einen Jahresbericht bei.³² Darin finden sich im einleitenden Kapitel auch konzeptionelle Ausführungen zur Arbeit des Krisendienstes mit Erläuterungen zu Zielgruppen, Erreichbarkeit, Trägerschaft und Finanzierungsgrundlage, zum Arbeitsansatz und den Aufgaben.

Gefragt nach einer Beschreibung des *Arbeitsansatzes* des spezialisierten Krisendienstes, standen erneut v. a. die alternativen Zeiten der Erreichbarkeit im Mittelpunkt. Darüber hinaus variieren die Arbeitsansätze: Bei einem der Krisendienste handelt es sich um eine anonyme Telefonberatung. Ein anderer Dienst verfügt über ein Einsatzteam aus einer großen Zahl bei Bedarf zu aktivierender Honorarkräfte. Ein Weiterer betont seinen niedrigschwelligen und präventiven Charakter durch das Ansprechen von Personen in jeglichen subjektiv wahrgenommenen Krisen (sowohl anonym als auch zuhause).

Konkrete Angaben zum *Angebotsspektrum* liegen aus allen sechs Kommunen vor, die von einem spezialisierten Krisendienst berichten: Alle sechs Dienste bieten Abklärung am Telefon und telefonische Krisenberatung und Krisenintervention als erste Entlastungs- und Orientierungshilfe sowie Information über individuelle Hilfen an. In fünf Kommunen gehören zum Aufgabenbereich der spezialisierten Krisendienste auch aufsuchende Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen. In drei Kommunen leistet der spezialisierte Krisendienst zudem tagesgleiche persönliche Krisenberatung in der Dienststelle. In vier Kommunen werden Betroffene bei Bedarf durch den Dienst zu anderen am-

³¹ Im Rahmen der Literaturrecherche konnte ein zweites Beispiel in NRW identifiziert werden, was in der schriftlichen Befragung keine Erwähnung gefunden hatte.

³² Darüber hinaus erhielt FOGS die Konzeption des spezialisierten Krisendienstes, der aufgrund der berichteten engen vertraglichen Kooperation mit dem SpDi in Kap. 3.2.1 berücksichtigt wurde. Die Recherche hatte keine Hinweise auf aktuellere Konzepte spezialisierter Krisendienste in NRW ergeben.

bulanten Hilfen (Beratungsstellen, SpDi, Praxen) oder in stationäre (Krisen)-Behandlung in (psychiatrische) Kliniken vermittelt.

Obwohl in sechs Kommunen sowohl Personen mit Migrationshintergrund als auch Flüchtlinge explizit zur Zielgruppe der spezialisierten Krisendienste gehören, kann laut Angaben in der Befragung in keinem der spezialisierten Krisendienste Beratung in anderen Sprachen als Deutsch und Englisch (sowie in einem Fall Gebärdensprache) angeboten werden. Lediglich in zwei Kommunen kann der spezialisierte Krisendienst auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachiger Klientel zurückgreifen (vgl. Tab. 71 im Anhang).

Für die spezifische Zielgruppe der Menschen mit einer geistigen Behinderung in einer Krisensituation gibt es in NRW – über die beiden Spezialangebote der SpDi in Bochum und Herne hinaus – keinen spezifischen ambulanten Krisendienst. Doch können sowohl in Westfalen als auch im Rheinland jeweils in drei Kliniken Spezialangebote, -ambulanzen oder -sprechstunden genutzt werden. Zum Teil leisten diese Ambulanzen auch aufsuchende Diagnostik und Behandlung sowie Hausbesuche. Inwiefern hier schnelle Hilfe in akuten Krisen möglich ist, muss offen bleiben. Im Rheinland bietet zudem das Institut für Konsulentenarbeit – Kompass des LVR seit dem Jahr 2000 in Anlehnung an das niederländische Konzept der Konsulentenarbeit Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen in festgefahrenen Situationen Hilfe an. Gemeinsam mit Angehörigen und Betreuungspersonen wird versucht, neue Perspektiven zu erarbeiten. Der Dienst arbeitet ambulant-mobil und bietet neben der Beratung vor Ort auch Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen an.

Inanspruchnahme

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.³³ Die Fallzahl/Jahr schwankt zwischen knapp 200 und gut 3.000 Fällen, insbesondere die hohen Fallzahlen hängen vermutlich mit (schwerpunktmäßig geleisteten) Telefonberatungen zusammen.

Weitere Angaben zur Klientel liegen nur begrenzt vor: Zwei Einrichtungen unterscheiden bei ihrer Klientel nach Betroffene bzw. Angehörige, dabei ist der Anteil der Betroffenen jeweils mehr als zehnmal so hoch wie jener der Angehörigen. Zum Geschlecht der Nutzerinnen und Nutzer der spezialisierten Krisendienste machen fünf Kommunen Angaben (dreimal geschätzt). In diesen Krisendiensten überwogen bei den dabei insgesamt 8.706 Nutzerinnen und Nutzern, für die Angaben zu Geschlecht gemacht wurden, im Bezugsjahr 2014 Klientinnen mit einem Anteil von 58,9 % (N = 5.130).

Vier Kommunen haben zum Alter der Klientel (N = 5.707) Angaben dokumentiert (zweimal geschätzt): Demnach sind in allen dokumentierten Diensten Klientinnen und Klienten zwischen 25 und 64 Jahre in der Mehrzahl (zwischen 55,0 % und 87,0 %). Die Anteile der über 65-Jährigen schwanken zwischen 4,4 und 30,0 % sowie die der jungen Erwachsene (18 – 24 Jahre) zwischen 4,0 % und 15,0 % der Klientel. Minderjährige sind laut Angaben von zwei Diensten mit maximal 2,5 % die Ausnahme.

Auch die Angaben der Kommunen zum Migrationshintergrund der Klientel spezialisierter Krisendienste beruhen in zwei von drei Kommunen auf Schätzungen (es wurden lediglich Anteile angegeben bzw. geschätzt): durchschnittlich beträgt der Anteil der Nutzerinnen

³³ Für einen der Krisendienste liegt ein Jahresbericht vor, der ausführlichere Angaben zu Klientel und Nutzung enthält.

und Nutzer mit Migrationshintergrund demnach in diesen drei Krisendiensten rd. 20 % (umgerechnet ca. 430 Fälle).

Laut Angaben von sechs Kommunen arbeiten vier der spezialisierten Krisendienste mit einem EDV-gestützten *Dokumentationssystem*; über ein *Qualitätsmanagementsystem* berichtet keine der Kommunen.

3.2.4 Hilfen für Menschen mit Migrationshintergrund in psychischen Krisen

Psychische Erkrankungen (und Krisen) können jeden betreffen, auch Menschen mit Migrationshintergrund. Repräsentative Daten zur psychischen Belastung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland liegen nicht vor, doch verweisen verschiedene Studien in Deutschland und im Ausland auf eine höhere Belastung in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, bspw. bzgl. Depressionen.³⁴ Auch werden der subjektive Gesundheitszustand und die Gesundheitszufriedenheit von Migrantinnen und Migranten niedriger eingeschätzt als von der Herkunftsbevölkerung. Flüchtlinge sind in besonderer Weise in Folge von Gewalterfahrung, Bedrohung, Flucht etc. von Posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen. Doch auch ohne dies geht Migration häufig mit erheblichen Belastungen einher: Trennungsschmerz, Verständigungsschwierigkeiten, Enttäuschung von Erwartungen, Ablehnung und Diskriminierung durch die neue Umgebung, Beziehungskrisen in den eigenen Familien, Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit. Alle denkbaren Integrationsprobleme stellen Belastungen dar, die sich in verschiedenen Symptomen ausdrücken können. Die Interpretation von Erkrankungsdaten muss dabei jedoch eine Vielzahl von Wirkfaktoren berücksichtigen: demographische Faktoren (z. B. Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener), sozioökonomische Faktoren (z. B. Vergleich von Bevölkerungsgruppen in ähnlichen ökonomischen Situationen), Rollenzuweisungen durch die Aufnahmegesellschaft sowie spezifische, z. T. akute, Belastungsfaktoren.

Die Problembelastung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, besonders aber die Möglichkeit, derartige Probleme zu überwinden, steht in einem engen Zusammenhang mit der Bereitstellung adäquater Hilfeangebote – auch und vor allem in Krisensituationen. Tatsächlich werden soziale und medizinische/psychiatrische Hilfeangebote von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten nur unzureichend in Anspruch genommen, durchgehend weniger als von der übrigen Bevölkerung. Offensichtlich bestehen Zugangsbarrieren, wie bspw. ein kulturabhängig unterschiedliches Krankheitsverständnis, Mangel an Wissen über Hilfemöglichkeiten und an Vertrauen in deutsche Hilfeangebote oder Sprachbarrieren und weitere Kommunikationsschwierigkeiten.³⁵

Die Recherchen zu den Sprachkompetenzen in den sozialpsychiatrischen Diensten bestätigen die begrenzten Möglichkeiten, bei SpDi mehrsprachige Hilfe zu finden und Sprachmittlungsdienste oder Dolmetscher und Dolmetscherinnen stehen z. T. auch nur begrenzt zur Verfügung (siehe oben). Zudem erschwert die oft mangelhafte Passung von Hilfen, das Fehlen kultursensibler Konzepte und Vorgehensweisen die Nutzung.

³⁴ Vgl. z. B. Schuler-Ocak, M., Eichberger, M.C., Penka, S., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 58, 6, 527-532.

³⁵ Vgl. z. B. DGPPN & Falkai, 2013, S. 200ff.; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2012). *Positionspapier*. Berlin: AK Migration und öffentliche Gesundheit – online unter: https://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragtefuerIntegration/weitereschwerpunkte/gesundheitundsoziales/_node.html (Abruf zuletzt am 18.04.2016); Horn, A., Vogt, D., Messer, M. & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. *Bundesgesundheitsbl* 58, 6, 577-583.

Der LVR bemüht sich im Rheinland schon seit Jahren einen Akzent auf eine kultursensible Psychiatrie zu legen. So werden in neun Kliniken *migrationspezifische Ambulanzen* vorgehalten, die auch im Krisenfall in Anspruch genommen werden können. I. d. R. kümmern sich *Integrationsbeauftragte* um die Weiterentwicklung kultursensibler Arbeit und fungieren als Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. In allen Kliniken werden regelmäßig entsprechende Fortbildungen durchgeführt und systematisch bei Bedarf Sprach- und Kulturmittlung bzw. Sprach- und Integrationsmittlung eingesetzt – allerdings ist dies im Rahmen geplanter Behandlungen leichter zu realisieren als im akuten Krisenfall. Im Rheinland existieren des Weiteren fünf vom LVR geförderte *Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM)*: in Aachen, Bonn, Duisburg, Köln und Solingen. 2016 sollen zwei weitere SPKoM hinzukommen. Der LVR fördert für jedes SPKoM eine Stelle, in einigen Städten kommen ergänzend kommunal geförderte Stellen hinzu. Seit 2015 fördert das MGEPA an allen SPKoM ein Projekt für traumatisierte Flüchtlinge. Die SPKoM sind bei den Sozialpsychiatrischen Zentren verortet und stehen dort u. a. für Erstberatung und Information über gemeindespsychiatrische Angebote für Migrantinnen und Migranten zur Verfügung. Schwerpunktmäßig richten sie sich jedoch an die Fachkräfte und Dienste der Sozialpsychiatrie. Sie unterstützen die interkulturelle Öffnung gemeindespsychiatrischer Einrichtungen, entwickeln Informationsmaterialien, Newsletter, Fortbildungsangebote und Supervision, Fachtage und Leitlinien.

In Westfalen liegt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund lediglich 3 Prozentpunkte unter dem im Rheinland, gleichwohl konnte keine vergleichbare systematische Verankerung migrationsbezogener Arbeit recherchiert werden. Der LWL hat im LWL-Aktionsplan Inklusion unter dem Titel „Abbau kultureller und sprachlicher Barrieren bei Migrantinnen und Migranten bei psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung“ einige vor allem auf die klinische Versorgung bezogene Maßnahmen aufgenommen.

Migrationsbezogene Aktivitäten resultieren in Westfalen stärker aus dem Engagement einzelner Personen. Beispielsweise hat der Verein Psychosoziale Hilfen in Bochum, Mitglied des dortigen GPV, in einem von der Aktion Mensch geförderten dreijährigen Projekt ein SPKoM aufgebaut, für das nach dem Auslaufen der Förderung im Oktober 2014 jedoch keine Anschlussfinanzierung erreicht werden konnte.

In Bielefeld arbeitet seit 2009 das Netzwerk Migration und psychosoziale Versorgung, das u. a. zwei Fachtage zum Thema organisiert hat (zuletzt im März 2016).³⁶ Die Gesellschaft für Sozialarbeit e. V. – gfs richtet seit Jahren besondere Aufmerksamkeit auf das Thema, hat einen AK dazu eingerichtet und sämtliche Leitungskräfte der ersten und zweiten Ebene zu transkulturellem Arbeiten fortgebildet, anschließend erhielt die gesamte Belegschaft Diversity-Fortbildungen. Ein Drittel der Klientel hat einen Migrationshintergrund, viele Beschäftigte ebenfalls. Seit kurzem greift auch Bethel das Thema auf, so wurde bspw. in der in Kooperation mit einer Universität organisierten Fortbildungsreihe ein Semester lang das Thema interkulturelle Arbeit fokussiert und ein Leitfaden zum Thema erarbeitet.

³⁶ Vgl. dazu bspw. Schrader, R. (2015). *Muttersprachliche Betreuung als Methode des Ambulant Betreuten Wohnens*. Stellungnahme der Arbeitsgruppe Psychiatrie und Migration des Facharbeitskreises Sozialpsychiatrie der Parität vom November 2015.

3.2.5 Einweisungen nach PsychKG

Die Zahl der Unterbringungen insgesamt (in absoluten Zahlen), aber auch die Unterbringungsrate variiert in den einzelnen Kommunen. Die für die Jahre 2011 bis 2013 durchschnittliche Rate der Unterbringungen nach PsychKG – berechnet je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern – schwankte von 0,3 bis 2,9.³⁷

Die Interpretation der kommunalen Daten zur Unterbringung und damit zusammenhängende Rückschlüsse auf die (ambulante) Versorgungslage müssen als schwierig bewertet werden. Im Rahmen dieser Untersuchung konnten keine systematischen Zusammenhänge mit der Versorgungssituation vor Ort (Ausstattung SpDi, Psychiatrische Klinik am Ort oder Vorhandensein eines Krisendienstes) festgestellt werden. Schon im Jahr 2005 wies das LÖGD NRW in diesem Zusammenhang auf das multifaktorielle Bedingungsgefüge der örtlichen Unterbringungspraxis hin und schlussfolgerte: „Da es keine eindeutigen, empirisch fassbaren Indikatoren gibt, mit denen die Ergebnisqualität der Krisenhilfe und Unterbringungspraxis gemessen werden könnte, wird man sich bei der Evaluation auf die (multiperspektivische) Einschätzung von Aspekten der Struktur- und Prozessqualität stützen müssen, was eine gute Kenntnis der konkreten Verhältnisse vor Ort voraussetzt.“³⁸ Hinzu kommen die Unterbringungen (und die veränderte Gesetzeslage) im Bereich Betreuungsrecht, die für ein vollständiges Bild zu berücksichtigen wären, da deren Zahl in einem wechselseitigen Zusammenhang mit Unterbringungen nach PsychKG stehen. Diese Zahlen liegen jedoch nicht vor.

Kommunale Zuständigkeit nach §§ 10 – 14 PsychKG

Polizei und Feuerwehr kommen immer wieder in Kontakt mit Personen in akuten psychischen Krisen und werden z. T. in Konzeptionen von Krisendiensten explizit als Akteure der Kooperation genannt. Im Rahmen der Breiterhebung wurde um Angaben dazu gebeten, ob es in der jeweiligen Kommune Vereinbarungen mit Polizei und Feuerwehr über die Zusammenarbeit/die Einschaltung ambulanter Krisenhilfen gibt, bspw. zur Deeskalation von Situationen oder bzgl. der Vermeidung von Klinikeinlieferungen. 19 Kommunen machten dazu Angaben, darunter berichteten zwölf Kommunen, dass entsprechende Vereinbarungen bestehen (sieben Kommunen verneinen explizit Vereinbarungen). Geschildert wurden überwiegend informelle Absprachen, Informationsaustausch o. ä. Berichtet wurde vereinzelt auch von gemeinsamen Hausbesuchen und/oder anderen Einsätzen sowie gemeinsamen Fortbildungen.

Im Rahmen der Tieferhebung und durch weitere Nachfragen zeigten sich mit Blick auf die Organisation zum einen der Einweisungen nach §§ 10 – 14 PsychKG zum anderen von Rettungsdiensten und notärztlicher Tätigkeit verschiedene Modelle – mit Auswirkungen auf die Unterbringungspraxis.

Den örtlichen Ordnungsbehörden in den Kommunen obliegt, nach einer medizinisch-fachlichen Stellungnahme die Einleitung von Unterbringungen nach PsychKG: „Die Unterbringung wird auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst vom zuständigen Amtsgericht angeordnet.“ (§ 12, sachliche Zu-

³⁷ Die Zahlen zu Einweisungen wurden aufgrund z. T. starker Schwankungen zwischen einzelnen Jahren über drei Jahre addiert und gemittelt. Vgl. Tab. 20 im Anhang, Quelle: eigene Berechnungen aus Daten des Landeszentrum Gesundheit NRW, online unter: https://www.lzg.nrw.de/themen/gesundheit_berichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_kreise/themen3_2/index.html (Abruf zuletzt am 22. November 2015).

³⁸ Regus, M. & Gries, K. (2005). *Psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis. Arbeitshilfe für die Kommunale Gesundheitsberichterstattung mit umfangreichem Materialteil*. Hrsg. vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, S. 17. Bielefeld: lögd, S. 24.

ständigkeit). Darüber, wie die Kommunen bzw. die Ordnungsbehörden diese Zuständigkeit wahrnehmen, liegen keine landesweiten Daten vor. Die Tiefenerhebung zeigt, dass die Zuständigkeit für diese Aufgabe tatsächlich überwiegend bei den Ordnungsämtern verortet ist, die Umsetzung unterscheidet sich jedoch erheblich – insbesondere außerhalb der üblichen Dienstzeiten:

In Mönchengladbach bspw. liegt die Zuständigkeit beim Ordnungsamt – und das an sieben Tagen/Woche rund um die Uhr. Das Ordnungsamt organisiert mit insgesamt zehn Fachkräften eine Rufbereitschaft, die telefonisch über die Einsatzleitstelle der Polizei benachrichtigt werden kann. Die Fachkräfte alarmieren dann einen Notarzt/eine Notärztin und fahren zum Ort des Geschehens. Beschäftigte übernehmen diese Bereitschaftsdienste erst nach Einarbeitung in die Rechtsmaterie PsychKG durch erfahrene Kollegen/Kolleginnen und supervidierte Begleitung bei den ersten Einsätzen. Auch der Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten trägt zur Qualifizierung bei. Die Fachkräfte des Ordnungsamtes treffen sich in größeren Abständen regelmäßig mit den Ärztinnen und Ärzten der psychiatrischen Klinik am Ort zum fallbezogenen Austausch und nutzen die Zusammenarbeit mit dem SpDi um ihr Urteilsvermögen zu schulen.

In Köln wurde die ordnungsbehördliche Zuständigkeit für §§ 10 – 14 PsychKG demgegenüber im April 2000 vollständig an die Feuerwehr übertragen, die diese Aufgaben im Rahmen des Rettungsdienstes, ebenfalls in Abhängigkeit vom ärztlichen Votum, wahrnimmt. Die Verfügung regelt zudem, dass „die sichere und geordnete Aufgabenwahrnehmung bei [...] durch die alle Verfahrensschritte regelnde Dienstweisung für den Rettungsdienst der Stadt Köln [...] gewährleistet“ wird.³⁹

In Bielefeld nimmt der SpDi während der Dienstzeit auch die Aufgaben der Ordnungsbehörde wahr und entscheidet über die sofortige Unterbringung gem. § 14 PsychKG NRW. Seit dem 01.04.2015 gibt es in Bielefeld nachts und an Wochenenden einen ordnungsbehördlichen Rufbereitschaftsdienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Dieser entscheidet auch über die sofortige Unterbringung gem. § 14 PsychKG NRW (früher lief dies über die Feuerwehr, davor über den Krisendienst). Da in Bielefeld nachts und an Wochenenden häufig in der Psychiatrie erfahrene Ärztinnen und Ärzte für die Erstellung von ärztlichen Zeugnissen nicht zur Verfügung stehen, hat er im akuten Krisenfall die Möglichkeit einen Ingewahrsamnahme gem. § 24 OGB i. V. m. § 35 PolG NRW zu verfügen. Dann wird die/der Betroffene in die pflichtversorgende Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel gebracht. Dort erfolgt eine Diagnostik und es wird ggf. ein ärztliches Zeugnis ausgestellt, das Grundlage für die Entscheidung des ordnungsbehördlichen Rufbereitschaftsdienstes des Sozialpsychiatrischen Dienstes über die sofortige Unterbringung gemäß § 14 PsychKG NRW wird.

Durch die Bearbeitung in einer Hand werden Reibungsverluste vermieden und es kann eine gute Qualität bei den Entscheidungen zur Einleitung von Einweisungen ebenso sichergestellt werden wie Nachsorge durch den SpDi. Diese umfassende Zuständigkeit beim SpDi kann allerdings die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten belasten. Die Nachrufbereitschaft übernehmen sieben Personen, die explizit dafür bei der Stadt angestellt sind. Da diese Personen jeweils auch noch in anderen Diensten der psychosozialen/psychiatrischen Versorgung arbeiten, fördert diese Struktur zudem die Vernetzung.

In anderen Städten liegt die Verantwortung zu den üblichen Dienstzeiten beim Ordnungsamt, abends, nachts und am Wochenende bei der Feuerwehr (oder der Polizei).

³⁹ Stadt Köln (2000). Organisationsverfügung zur Regelung der Zuständigkeiten nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 30. März 2000.

Rettungswesen und ärztlicher Notdienst

Bei akuten psychiatrischen Notfällen können sowohl der Rettungsdienst und der ärztliche Notdienst als auch der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst um Hilfe gebeten werden.

Das Rettungswesen ist eine öffentliche Aufgabe der Länder und dient der lebensrettenden Gefahrenabwehr. Rechtsgrundlage in Nordrhein-Westfalen für das Rettungswesen ist das „Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmen (Rettungsgesetz NRW – RettG NRW)“, das im März 2015 novelliert wurde.

Wer fährt also in der Praxis „raus“, wenn ein psychosozialer oder psychiatrischer Notfall gemeldet wird? In vielen Kommunen in NRW ist die Polizei zuständig, andernorts die Feuerwehr, manchmal beide. In den Erhebungen zeigte sich, dass der Kassenärztliche Notdienst allerdings kaum eine Rolle spielt: Psychiatrische Notdienste existieren nicht (mehr) und am Gesamt-Notdienst beteiligen sich Psychiater kaum. In psychiatrischen Notfällen und in psychischen Krisen werden deshalb außerhalb der Dienstzeiten der SpDi in der Regel eher die Rettungsdienste kontaktiert.

Nach den Ergebnissen der Recherchen zeigt sich, dass von den allermeisten Befragten der Einsatz der Feuerwehr präferiert wird, v. a. aufgrund der größeren persönlichen Kontinuität. Je nach Bedarf kommt auch der Notarzt/die Notärztin hinzu. Der notärztliche Dienst, der für die Einleitung der Unterbringung das entscheidende Votum abgibt, ist ebenfalls unterschiedlich aufgestellt: Überwiegend nutzen die Kommunen ärztliche Notdienste von Kliniken, an denen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Weiterbildung mitwirken. Einzelne Kommunen, wie bspw. Köln und der Kreis Erftstadt verfügen über einen Stab festangestellter hauptamtlicher Notärztinnen und Notärzte.

In Köln werden zudem die von den Kliniken im Rahmen der Weiterbildung für sechs Monate für den Notdienst gestellten Ärztinnen und Ärzte für diese Zeit ebenfalls bei der Stadt angestellt. So ergibt sich in Köln eine lineare Organisation der (psychiatrischen) Notdienste, in der von Einsatz, Entscheidung und ggf. Verbringung alle Arbeitsschritte in einer Verantwortung liegen. Laut Aussage des Ärztlichen Leiters des Rettungsdiensts werden die Einsatzkräfte regelmäßig zum Umgang mit psychischen Erkrankungen und Krisen geschult sowie besondere Fälle nachbereitet. Dass seit Einführung dieser Regelung die Zahl der Zwangseinweisungen in Köln zurückgegangen ist, wird jedoch noch stärker als mit den Schulungen damit in Zusammenhang gebracht, dass in dieser einheitlichen Organisationsform für schwierige Fälle der Leitende Notarzt/die Leitende Notärztin vom Dienst rund um die Uhr als erfahrener Entscheidungsträger bereitsteht. Diese Fachkraft ist in der Lage, Erkrankungen in Verbindung mit Gefährdungen zu beurteilen und die daraus für das Verfahren nach PsychKG notwendigen Gefährdungsprognosen abzugeben.

In Mönchengladbach hat die Kommune zunächst mit dem notärztlichen Dienst der KV zusammengearbeitet, nunmehr aber schon seit vielen Jahren für psychiatrische Notfälle einen eigenen Notarztpool aufgebaut. Die ebenfalls erfahrenen Kolleginnen und Kollegen werden im Rahmen des Bereitschaftsplans vom Ordnungsamt hinzugezogen und kommen bei Bedarf ohne Wartezeit unmittelbar dazu. Die Stadt finanziert diese Einsätze, da die GKV eine Kostenübernahme für notärztliche Einsätze mit Verweis darauf ablehne, dass diese Einsätze vorrangig im Rahmen der ordnungsbehördlichen Aufgabe und nicht zur Behandlung von Patientinnen und Patienten anfallen.

In Münster arbeiten im spezialisierten Krisendienst am Wochenende ausschließlich berufserfahrene Psychiaterinnen und Psychiater und erfahrene psychiatrische/psychosoziale Fachkräfte der Träger mit. Die Erfahrung zeigt, dass es hier lediglich in einem Drittel der

Einsätze zu Unterbringungen in psychiatrische Kliniken kommt, nur in 4 % der Fälle per Einweisung nach PsychKG (Angaben aus dem Jahr 2015).

Alle Gesprächspartnerinnen und -partner, mit denen die Organisation des Notfallgeschehens und der Einweisungspraxis vertieft wurde, verweisen auf die hervorgehobene Bedeutung professioneller Erfahrung: Sind die Fachkräfte in der Beurteilung und Prognose von Selbst- oder Fremdgefährdung nicht erfahren, neigen sie deutlich verstärkt zur Einweisung – „sicherheitshalber“. Eine angemessene Beurteilung der Gefährdungssituation verlange Schulung, u. a. zu Deeskalation, Nachverfolgung und Reflexion der Fälle sowie – an erster Stelle – Erfahrung.

Mitwirkung der SpDi an Unterbringungen

Zu den Aufgaben des SpDi gehört neben gewöhnlichen Vermittlungen zu Fachärztinnen und -ärzten oder in Kliniken auch die Mitwirkung an/Einleitung von Unterbringungen nach dem PsychKG NRW (s. o.). Im Rahmen der GBE des Landes werden die Kommunen danach befragt, welche Professionen/Institutionen das maßgebliche ärztliche Zeugnis gem. § 12 PsychKG attestiert haben. Das Ergebnis für die 22.748 Unterbringungen nach dem PsychKG, die in NRW im Jahr 2013 stattfanden, weist folgende Tabelle aus:

Tab. 9: *Professionen/Institutionen in NRW, die das maßgebliche ärztliche Zeugnis gem. § 12 PsychKG attestiert haben (2013)*

Profession/Institution	in %
Ärztinnen und Ärzte einer psychiatrischen Krankenhausabteilung	48,2
Ärztinnen und Ärzte anderer Krankenhausabteilungen	17,8
sonstige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	11,8
andere Ärztinnen und Ärzte (Notarzt/Polizeiärztin etc.)	9,7
Sozialpsychiatrische Dienste	5,9
niedergelassene Nervenärzte und -ärztinnen, Psychiaterinnen und Psychiater	3,4
ohne Angabe	3,3

Quelle: Landeszentrum Gesundheit NRW.

Die Tabelle zeigt, dass der weitaus größte Teil von Unterbringungen im stationären Bereich veranlasst wird, fast die Hälfte aller Fälle findet in psychiatrischen Kliniken statt. Dabei handelt es sich auch um Einweisungen, die im Nachgang an freiwillige Zugänge im Rahmen von Krisen für notwendig erachtet werden. Andere Krankenhausabteilungen zeichnen für etwa ein Sechstel der Einweisungen verantwortlich. In den Tiefenerhebungen wurde deutlich, dass es hier vielfach um Menschen mit demenziellen Veränderungen oder um akut Suchtkranke geht. Niedergelassene nicht-psychiatrische Praxen wirken in einem Zehntel der Fälle an Einweisungen mit, psychiatrische Praxen lediglich in gut drei Prozent. Den SpDi kommt eine vergleichsweise nachgeordnete Rolle zu: Im Jahr 2013 wurde in lediglich 5,9 % der Fälle das maßgebliche ärztliche Zeugnis gem. § 12 PsychKG von SpDi ausgestellt. Anders als in Kliniken verteilt sich die Attestierung nach § 12 PsychKG in Praxen und SpDi vermutlich vor allem auf die üblichen Sprechzeiten.

3.3 Umsetzungsbeispiele

Im Rahmen der Recherche und der unterschiedlichen Erhebungen zeigte sich, dass die Ausgestaltung der ambulanten Krisenhilfe nicht nur von den verschiedenen Rahmenbedingungen in der einzelnen Kommunen abhängt, sondern auch von der Situation der hilfebedürftigen psychisch kranken Menschen.

Obwohl Krisenhilfe sich insgesamt als offenes Angebot an alle Menschen richtet, wie auch in der Breiterhebung deutlich wurde, lassen sich aus den Erfahrungen der Tieferhebung die Zielgruppen von Krisenhilfe – auch in Bezug auf mögliche Zugänge zu Hilfeangeboten – grob in drei verschiedene Personenkreise unterscheiden:

1. Personen, die erstmals in psychische Krisen geraten/psychisch erkranken und dadurch zum ersten Mal das Hilfesystem in Anspruch nehmen („Erstfälle“)
2. Personen mit bekannter psychiatrischer Diagnose
3. Menschen mit chronischen psychisch Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen, die durch psychosoziale Dienste betreut werden.

Angehörige der Gruppe 3, die durch ambulante Dienste (ABW, APP o. ä.) oder in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe betreut werden oder regelmäßig Tagesstätten o. ä. bedürfen nach den Ergebnissen der Tieferhebung nur selten einer Einweisung nach PsychKG. Die Ergebnisse von Breiten- und Tieferhebungen zeigten zum einen, dass die Leistungsanbieter in der Regel die in den Leistungsverträgen geforderten Nacht- und Bereitschaftsdienste vorhalten. Wichtiger scheint jedoch zum anderen, dass es in diesen Betreuungskontexten krisenhafte Entwicklungen und Krisenanzeichen i. d. R. frühzeitig wahrgenommen werden. Die mit den Betroffenen vertrauten Fachkräfte versuchen dann, die Situation durch eine Intensivierung des Kontakts, Gespräche, die Anpassung des Betreuungssettings o. ä. zu beruhigen und krisenhafte Zuspitzungen zu vermeiden.

In einigen Kommunen wird derzeit überlegt, die eigenen Not- und Bereitschaftsdienste und jene der Eingliederungshilfe trägerübergreifend zu bündeln oder zusammen mit den Eingliederungshilfeangeboten einen gemeinsamen Dienst aufzubauen. Damit wird die Hoffnung verbunden, Synergieeffekte zu nutzen und kostensparend einen breiter tätigen Krisendienst anbieten zu können.

Personen, die nicht durch professionelle Dienste betreut werden, stehen die üblichen offenen Behandlungsinstitutionen zur Verfügung, darunter vielfach der SpDi, sowie außerhalb der Sprechzeiten vor allem psychiatrische Kliniken und – so vorhanden – spezifische Krisenhilfen. Sofern die Daten zu Krisenhilfen dies ausweisen, werden sie öfter von Personen mit bekannter psychischer Erkrankung genutzt. Dies kann neben einem größeren Bedarf auch daran liegen, dass diese Personen das Hilfesystem besser kennen.

Grundsätzlich ist die ambulante Krisenhilfe in den Kommunen in NRW unterschiedlich aufgestellt – insbesondere abends und am Wochenende. In vielen Kommunen bleibt im Krisenfall nur der Anruf bei ärztlichem Notdienst, Feuerwehr oder Polizei, wobei sich deren Einsatz bei psychiatrischen Notfällen und der Organisation ggf. notwendiger Einweisungen nach PsychKG (§§ 10 – 14) stark unterscheiden – mit Auswirkungen auf das Unterbringungsgeschehen (vgl. Kap. 3.2.5).

Wie sowohl aus der Recherche als auch aus den Befragungsergebnissen deutlich geworden war, sind im ambulanten Bereich landesweit in erster Linie die Sozialpsychiatrischen Dienste Anlaufstelle für Menschen in akuten psychischen Krisen. Auch in den Gesprächen im Rahmen der Tieferhebung bestätigte sich dieses Bild. Vielfach wurde beklagt, dass die niedergelassenen Fachärzte und -ärztinnen sowie Psychotherapeuten und -

therapeutinnen, vor allem die psychotherapeutischen Praxen, sich nicht an Notdiensten beteiligen und keine Notfalltermine bereitstellen.

Im Rheinland spielen die flächendeckend durch den LVR geförderten Sozialpsychiatrischen Zentren in den einzelnen Kommunen häufig auch konkret als Krisenhilfeangebot eine besondere Rolle, z. T. schon allein durch die Wahrnehmung krisenhafter Entwicklung bei ihrer Klientel und die Einleitung von Maßnahmen zur Stabilisierung. Manche SPZ stellen auch einen eigenen Krisendienst bereit, allein oder in Kooperation mit anderen, bspw. mit einem SpDi.⁴⁰ Eine vergleichbare Basisstruktur besteht in Westfalen-Lippe nicht.

In NRW sind alternative Krisenangebote, wie Krisenwohnungen oder Weglaufhäuser die Ausnahme. So unterhält der LPE Krisenwohnungen in Bochum und Köln und im Rahmen der Integrierten Versorgung/Netzwerk psychische Gesundheit werden ebenfalls – jedoch nur für die entsprechend versicherten Personen – Krisenwohnungen vorgehalten. Im Rahmen der Tieferhebung wurde berichtet, dass diese Angebote kaum oder gar nicht genutzt werden. Dabei ist jedoch unklar, woran dies liegt. Möglicherweise ist das Angebot in der Region nicht ausreichend bekannt, insbesondere nicht bei den Notdienst-Akteuren oder es wird nicht akzeptiert.

Sofern in Kommunen ambulante Krisenhilfeangebote vorgehalten werden, unterscheiden sich diese je nach Kommune insbesondere dadurch, ob sie nur zu den üblichen Öffnungszeiten des SpDi vorgehalten werden oder auch bis in die Abendstunden bzw. durchgehend. Zudem bestehen Unterschiede im Hinblick auf die Aufgabenstellung (psychosozial – psychiatrisch) und die personelle Besetzung (ausschließlich Fachkräfte, ausschließlich Selbsthilfe oder in Kombination).

Im Folgenden sollen exemplarisch für die unterschiedliche Ausgestaltung der ambulanten Krisenhilfe einige Beispielkommunen, die durch die Tieferhebungen näher beleuchtet wurden, kurz dargestellt werden:

Bielefeld: Die Stadt verfügt nicht nur über einen Sozialpsychiatrischen Dienst, der ambulante Hilfe bei psychischen Krisen anbietet, sondern auch über einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst mit entsprechenden Angeboten. Ergänzend sichert bereits seit den 1980er Jahren ein spezialisierter Krisendienst in den Abend- und Nachtstunden und am Wochenende die Versorgung. Seit 2003 wird dieser Krisendienst gemeinsam durch die PariSozial gGmbH des Paritätischen und das Evangelische Krankenhaus Bielefeld (Bethel) auf Grundlage einer Leistungs- und Finanzierungsvereinbarung mit der Stadt umgesetzt. Die fachliche Leitung des Dienstes liegt bei Ärztinnen und Ärzten des Evangelischen Krankenhauses, die Geschäftsführung bei PariSozial.

Wochentags stehen Menschen in psychischen Krisen und Angehörigen der Sozialpsychiatrischen Dienst und der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst im Gesundheitsamt für Notfallhilfe und Beratung zur Verfügung. Kinder- und Jugendliche werden je nach Situation an den SpDi weiter verwiesen, da im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst weniger personelle Kapazitäten (und keine ärztlichen) für Krisenhilfe zur Verfügung stehen. Zwischen Dienstschluss und erneutem Dienstbeginn übernimmt der Krisendienst: Über eine öffentlich bekannte Telefonnummer können dort erfahrene Fachkräfte aus einem multiprofessionell (insbesondere mit Abschlüssen im Bereich Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Fachkrankenpflege für Psychiatrie) besetzten Pool von 45 Personen erreicht wer-

⁴⁰ Laut SPZ Report 2006 – 2011 des LVR verfügten im Jahr 2011 27 von 85 Kontakt- und Beratungsstellen über einen eigenen Krisendienst. Vgl. online unter: http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/klinikhph/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/dokumente_158/2011_2/SPZ_Report_2006-2011.pdf (letzter Abruf am 20. April 2016).

den. Die Bereitschaftsdienste werden immer durch zwei Fachkräfte im Tandem wahrgenommen, bei Bedarf wird mobil-aufsuchend gearbeitet.

In den letzten Jahren wurde der Krisendienst jeweils rund 3.000-mal angefragt, wobei es in knapp 20 % der Anfragen zu mobilen Einsätzen kam. Im Jahr 2014 führten rd. 12 % der Einsätze zu einer stationären Aufnahme, dabei war der Krisendienst meistens (n = 51) auch bei einer Unterbringung nach PsychKG beteiligt.

Von 2011 bis 2013 wurde in Bielefeld das Modellprojekt „Frühwarn- und Frühinterventionsystem zur Vermeidung und Bewältigung psychischer Krisen“ durchgeführt, das sowohl primär- und sekundärpräventive (Kooperation, Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit, Evaluation) als auch tertiärpräventive Maßnahmen (Einbindung ärztlicher Komponente, Präventionsstelle Kontakt aktiv) beinhaltete. Ziel war (und ist) die Reduzierung von zwangsweisen Unterbringungen nach dem PsychKG. Ergebnisse des Projekts waren, neben einem Wegweiser „Hilfen bei psychischen Krisen in Bielefeld“, eine schriftlich fixierte Kooperation verschiedener Akteure (zu den einschlägigen Diensten auch Polizei, Feuerwehr, ambulante und stationäre Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe sowie viele rechtliche Betreuerinnen und Betreuer) mit Absprachen zur Zusammenarbeit bei präventiven Maßnahmen, Krisenbewältigung und Nachsorge. Des Weiteren wurden ein Krisenleitfaden, ein gemeinsamer Krisenplan und eine Behandlungsvereinbarung erarbeitet und implementiert.⁴¹

Die Zahl der Unterbringungen hat sich in Bielefeld seit Beginn der im Rahmen des Modellprojekts aufgebauten Krisenhilfe nicht nennenswert verändert. Erreicht werden lt. Auskunft der Beteiligten überwiegend schon im System bekannte oder in Betreuung befindliche Personen. Derzeit werden die Ergebnisse des Modellprojekts von den Unterzeichnern des Kooperationsvertrags reflektiert und neue Schwerpunkte in der gemeinsamen Arbeit bearbeitet bzw. vereinbart. Unter anderem wird über eine einheitliche Definition bzw. ein gemeinsames Verständnis von ‚Krise‘ beraten (der Krisendienst arbeitet inzwischen explizit psychosozial/sozialpsychiatrisch, während im Modellprojekt psychiatrische Krisen im engeren Sinn im Vordergrund standen).

Herford: Herford gehört zu den Kommunen in NRW mit vergleichsweise niedrigen Unterbringungsraten. Hier wurde vor über 20 Jahren der psychosoziale Krisendienst durch eine Angehörigengruppe initiiert und wird in Kooperation zwischen dem kommunalen SpDi und dem psychosozialen Krisendienst in Trägerschaft der Interessengemeinschaft der Angehörigen durchgeführt. Der Krisendienst tritt dabei nach außen als ein gemeinsamer Dienst auf und ist unter einer Telefonnummer erreichbar. Bisher ist im Kreis Herford keine 24-Stunden-Erreichbarkeit des Krisendienstes sichergestellt. Werktags übernimmt der psychosoziale Krisendienst nach Dienstschluss im SpDi von 17 bis 22 Uhr in den Räumlichkeiten des Kreises die Arbeit. An Wochenenden und Feiertagen ist der psychosoziale Krisendienst zwischen 10 und 22 Uhr erreichbar. Im Jahr 2015 wurden durch den Psychosozialen Krisendienst 332 Personen erreicht, die zum Teil auch tagsüber Kontakt zum SpDi aufnahmen. Insgesamt lagen die Kontaktzahlen des Psychosozialen Krisendienstes nach den Angaben im Rahmen der Tiefenerhebung bei 1.153 gut doppelt so hoch wie im Bereich Krisenhilfe des SpDi.

Verbindliche gegenseitige Aufträge und Übergaben zwischen SpDi und psychosozialen Krisendienst sind ebenso wichtiges Merkmal der Zusammenarbeit zwischen Kreis und In-

⁴¹ Vgl. Stadt Bielefeld (o. J.). *Abschlussbericht zum Projektverlauf – Internetversion. „Frühwarn- und Frühinterventionsystem zur Vermeidung und Bewältigung psychiatrischer Krisen“ mit dem Ziel der Reduzierung von zwangsweisen Unterbringungen nach dem PsychKG NRW.* Projektlaufzeit vom 1. März 2011 bis 28. Februar 2013. Bielefeld: Gesundheitsamt; online unter <https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/AbschlussberichtModellprojekt.pdf>

teressengemeinschaft der Angehörigen wie auch eine einheitliche Dokumentation. Der Angehörigenverein erhält für den psychosozialen Krisendienst ein Budget vom Landkreis, nutzt Räume, Kommunikationstechnik und Dienstwagen des SpDi. Das Team des psychosozialen Krisendienstes besteht aus ca. 30 Ehrenamtlichen, die zum großen Teil schon sehr lange (z. T. 20 Jahre) mitarbeiten und alle über qualifizierte Abschlüsse und Berufserfahrung in psychosozialen oder psychiatrischen Diensten verfügen. Alle Mitarbeitenden erhalten einschlägige Fortbildungen. Der Krisendienst ist in den Abendstunden und am Wochenende jeweils zu zweit besetzt. Schwerpunkte der Arbeit des Psychosozialen Krisendienstes sind psychiatrische Krisen bis hin zum psychiatrischen Notfall sowie suizidale Krisen: In Herford wird jeder Mensch nach Suizidversuch durch den SpDi oder durch den psychosozialen Krisendienst aufgesucht (Prävention in der Suizidnachsorge).

Im Aktionsplan Inklusion des Kreises Herford wird eine Ausweitung des Krisendienstes „rund-um-die-Uhr“ angestrebt. Dazu wird derzeit im GPV mit den Trägern diskutiert, ob deren Bereitschaftsdienste zu einem Dienst für alle Hilfesuchenden im Kreis zusammengelegt werden könnten. Ein weiteres Thema ist die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen durch Träger. Derzeit sei es in einigen schwierigen Fällen (z. B. aggressive/gewalttätige Klienten) schwierig, sie – in Übergangssituationen oder Krisen – unterzubringen.

Münster: In Münster stehen für psychosoziale Krisen die Telefonseelsorge und ein spezialisierter Krisennotdienst zur Verfügung, der im Rahmen des Landes-Modellprogramms aus den Jahren 1994/1995 aufgebaut wurde. Die Stadt finanziert mit etwa 44 Tsd. Euro im Jahr den Krisennotdienst, der am Wochenende (Freitag 20 Uhr bis Montag 8 Uhr) und an Feiertagen in schweren seelischen Notlagen überbrückende Hilfe leistet. Bisher wurde kommunal eine Ausweitung auf jeden Abend/jede Nacht nicht für erforderlich gehalten.

Der Krisennotdienst wird seitens des SpDi für ein Jahr im Voraus organisiert (hierfür steht ein Zeitkontingent im SpDi zur Verfügung). Alle Kliniken und psychosozialen Träger in Münster bzw. deren Mitarbeitende wirken an den Bereitschaftsdiensten mit. Die zentrale Krisenrufnummer läuft über die Telefonseelsorge oder die LWL-Klinik, letztere stellt einen Dienstwagen für das Wochenende bereit. Je ein Facharzt/eine Fachärztin und eine psychosoziale Fachkraft (Psychologie, Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Pflege) aus einem Pool von insgesamt 43 Personen haben für ein Wochenende zusammen Dienst (60 Stunden, durch die Stadt pauschal entgolten) und sind telefonisch erreichbar, auch für Feiertage besteht eine Regelung. Im Bedarfsfall bieten die Fachkräfte aufsuchende Hilfen an, wofür sie eine zusätzliche Vergütung erhalten. Diese Hausbesuche werden über die Krankenkassen refinanziert. Die Feuerwehr, deren Rettungsdienst vielfach involviert ist, wird als engagiert und qualifiziert erlebt und nimmt auch regelmäßig an den Treffen des Krisennotdienstes und am AK Psychiatrie teil.

Im Jahr 2015 nahm der Krisennotdienst 257 Anrufe entgegen und fuhr zu 199 Hausbesuchen (leicht weniger als in den Vorjahren), in 32 Fällen handelte es sich um Erstmanifestationen psychischer Störungen. Mehr als zwei Drittel der Krisenfälle können ohne Klinikweisung deeskaliert werden, zu Unterbringungen nach PsychKG kam es in nur 4 % der Fälle – dies wird auf die große Erfahrung der Fachkräfte zurückgeführt. Bei der Klientel des Krisennotdienstes handelt es sich weit überwiegend um Personen mit einer bekannten psychiatrischen Erkrankung. Demgegenüber berichtet die LWL-Klinik, dass es sich bei geschätzt etwa der Hälfte der Fälle, die sich abends oder am Wochenende dort melden, um Neufälle/Erstmanifestationen handelt. Dieser Unterschied mag darin begründet liegen, dass erstmals psychisch erkrankte Menschen weniger Kenntnis über die Existenz des Krisennotdienstes haben.

In Solingen⁴² unterhält ein Träger, der Psychosoziale Trägerverein, seit Anfang der 1980er Jahre einen Krisendienst. Rund um die Uhr ist eine psychosoziale Fachkraft telefonisch erreichbar, bei Bedarf erfolgt ein Hausbesuch durch eine berufserfahrene Fachkraft. Für eine Doppelbesetzung des aufsuchenden Krisendienstes stehen nicht genügend personelle Ressourcen zur Verfügung, bei absehbaren Komplikationen wird die Polizei hinzugerufen. Als dritte Stufe des Krisendienstes existiert seit Mitte der 1980-er Jahre eine Krisenwohngruppe, in der jederzeit ein „Notbett“-Platz zur Sofortaufnahme zur Verfügung steht. Seit 1991 ist die Krisenwohngruppe mit der Tagesklinik verbunden, wo ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner gleichzeitig in Behandlung ist. Die Wohngruppe hat jedoch den Charakter einer niederschweligen Zufluchtsstätte behalten und orientiert sich konzeptionell an den Ideen der Soteria-Häuser, allerdings mit deutlich geringerem Personaleinsatz.

Tagsüber verfügt die Krisenwohngruppe über ein eigenes kleines Team, der telefonische Krisendienst wird auf mehrere Teams verteilt, und die ohnehin aufsuchend arbeitenden Fachkräfte des Betreuten Wohnens fahren bei Bedarf zum Hausbesuch. Nachts und am Wochenende beteiligen sich nahezu alle psychosozialen Fachkräfte am Bereitschaftsdienst im Haus, der für Krisentelefon und Krisenwohngruppe zuständig ist, oder an der Rufbereitschaft des mobilen Krisendienstes.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 677 Krisenkontakte dokumentiert. Der Krisendienst wird seit vielen Jahren überwiegend durch Klienten und Klientinnen des Trägervereins in Anspruch genommen, gleichwohl gelten rund ein Drittel der Kriseninterventionen Personen, die bisher mit dem Trägerverein noch nicht in Kontakt waren. Der Trägerverein erhält einen Betriebskostenzuschuss der Stadt Solingen und für die Krisenwohngruppe eine Teilfinanzierung durch die Krankenkassen.

Eine ganz andere Situation zeigt sich in Köln: In der Stadt stehen zwei alternative Krisenangebote zur Verfügung: ein Krisenzimmer der Anlaufstelle Rheinland des LPE NRW⁴³ sowie ein Rückzugsraum/Krisenwohnung des Kölner Verein für Rehabilitation (als Angebot im Rahmen der GPG NRW, Integrierte Versorgung für Versicherte von verschiedenen Krankenkassen⁴⁴, über die Nutzung liegen keine Daten vor). Köln startete im September 2015 mit einem Modellprojekt der AOK nach § 64b SGB V: APPV (durchführbar durch alle APP-Dienste). Bei Vorliegen einer F-Diagnose ist eine aufsuchende Betreuung auch ohne Verordnung möglich. Als Richtwert für den Betreuungsumfang wird derzeit von bis zu ca. 150 Std./Patient oder Patientin im Jahr ausgegangen, wobei die individuelle Gesamtdauer im Rahmen der achtjährigen Modelllaufzeit nicht begrenzt ist. Der Dienst verfügt über 24 Stunden telefonische Erreichbarkeit (in Krisen) und sucht bei Bedarf die Klientel auf – auch am Wochenende und abends/nachts.

In Köln wird vor allem für eine noch nicht im System betreute Klientel Bedarf nach einem eigenständigen mobilen Krisendienst gesehen – für psychosoziale wie psychiatrische Notfälle. Krisen entstehen erfahrungsgemäß vielfach durch Stressfaktoren etwa in der häuslichen Situation oder in der Vergangenheit verstärkt im Kontext von Sanktionen im SGB II. Bedarf nach einer derartigen Krisenhilfe mit klinikvermeidenden Interventionen wird vorrangig bis etwa 0 Uhr/2 Uhr gesehen. Die Unterbringungszahlen sind in Köln mit

42 Text basiert auf der (hier gekürzten) Beschreibung des Solinger Krisendienstes: Greve, N. (2014). Krisenhilfe in Solingen und in der Integrierten Versorgung. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 143-151). Köln: Psychiatrie Verlag.

43 In beiden Krisenzimmern des LPE in Köln und Bochum fanden im Jahr 2015 elf Krisenbegleitungen statt (vgl. Tätigkeitsbericht des LPE NRW e. V. für 2015, *Lautsprecher*, 51/2016, S. 6).

44 Derzeit: TK, KKH, Pronova BKK, AOK, BKK Siemens, Aesculap BKK, Daimler BKK, BKK Merck, Siemens BKK und Salus BKK, online unter: <http://www.koelnerverein.de/content/netzwerk/netzwerk.htm> (Abruf zuletzt am 25. April 2016).

der in Kap. 3.2.5 vorgestellten Umorganisation des Notdienstes, die eine Reaktion durch erfahrene und eigens geschulte Fachkräfte ermöglicht, gesunken.

In der S3-Leitlinie wird als innovativer Ansatz ambulanter Krisenhilfe in NRW, das auch im Rahmen der Befragung als gutes Beispiel aufschien, das Modell der Integrativen Psychiatrischen Behandlung in Krefeld genannt. Hier wird, wie auch in weiteren Modellvorhaben nach § 64 SGB V u. a. Home Treatment als Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (z. B. in Krisensituationen) angeboten (bspw. Integrative Psychiatrie Hamm⁴⁵) oder die Vorhaben in Bochum und Düsseldorf und die Klinik in Lengerich. Ergänzend kann auf das zweite Krisenzimmer des LPE in Bochum hingewiesen werden.

3.4 Zusammenfassende Kernaussagen

Kernelemente der ambulanten Krisenhilfe sind neben der schnellen Erreichbarkeit zur Gewährleistung von Soforthilfe ein niedrigschwelliger und zugehender Ansatz (Gehstruktur) und insgesamt Flexibilität bzgl. Ort, Zeit, Dauer und Setting. Die 2013 erschienene S3-Leitlinie zu Psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen betont des Weiteren, dass die „Möglichkeit von mobiler Krisenintervention [...] 24 Stunden an 7 Tagen die Woche vorgehalten werden muss, um Patienten in Krisen in ihrem Lebensumfeld über die Dauer der akuten Krankheitsphase zu behandeln“⁴⁶.

Im Rahmen der Breitenerhebung und der vertiefenden Gespräche wurden die Kommunen und die befragten Akteure um Einschätzungen zu Stärken, aber auch zu Entwicklungsbedarfen im Bereich ambulanter Hilfe bei psychischen Krisen gebeten. Immer wieder genannte positive Aspekte sind: gute trägerübergreifende Zusammenarbeit (ambulante und stationäre Hilfen unter Einschluss von Trägern der freien Wohlfahrtspflege), Niedrigschwelligkeit bzw. (schnelle) Erreichbarkeit der Angebote/Hilfen sowie Multiprofessionalität der Teams, fachliche Kompetenz und umfassende/langjährige Erfahrung. Als wegweisend werden vor allem Modelle mit eigenständigen Krisendiensten bewertet – idealerweise dialogisch organisiert. Hilfreich sei zudem eine Behandlungsermächtigung für den SpDi, die ggf. eine ad-hoc-Behandlung ermögliche. Als beispielhaft für die Regelversorgung gelten auch Versorgungsmodelle, die im Rahmen der Integrierten Versorgung auf umfassende Angebote und Netzwerkstrukturen zurückgreifen.

Nach Entwicklungsbedarfen im Bereich der Versorgung bei psychischen Krisen befragt, wurde im Rahmen der Tiefenerhebung vor allem auf den Bedarf nach Angeboten außerhalb der üblichen Sprechzeiten fokussiert. Dabei gab es jedoch durchaus unterschiedliche Einschätzungen der Expertinnen und Experten hinsichtlich der rund um die Uhr Versorgung: Einerseits wurde die Meinung vertreten, dass ein 24-Stunden-Angebot für Krisenhilfe unabhängig vom tatsächlichen Bedarf ein fester Bestandteil der kommunalen Daseinsfürsorge sein müsse. Andererseits gab es Stimmen, die einschränkend betonten, eine Versorgung in den „Hauptnachfragestunden“ außerhalb der regulären Dienstzeiten (bspw. bis zwei Uhr nachts) sei ausreichend. Weitere Entwicklungsbedarfe betreffen den (persönlichen) Ausbau des SpDi und die Gewährung von Behandlungsermächtigungen für den SpDi, zumindest für bestimmte, andernorts nicht behandelbare Patientinnen und Patienten. Angeregt wurde die Verbesserung der Kooperation untereinander, hierfür wird u. a.

⁴⁵ Vgl. http://www.marienhospital-hamm.de/dokumente/pdf/Modellvorhaben_Patienteninformation.pdf (Abruf zuletzt am 25. Januar 2015).

⁴⁶ DGPPN und Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 51, 53. Vgl. hierzu auch bspw. Schleuning, G. (2014). Soforthilfe bei seelischen Krisen – psychiatrische Versorgung neu aufstellen! In: Aktion Psychisch Kranke, W. Peter & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen*. (S. 30-49). Köln: Psychiatrie Verlag.

die Wiedereinrichtung einer Psychiatriekoordination gewünscht oder der Ausbau der Stellenkapazität. Dabei wird z. T. lobend an das alte Modellprogramm des Landes erinnert. Generell wird vielfach auf das Problem der Kosten verwiesen: Ohne mehr Ressourcen sei ein umfassender und aufsuchender Krisendienst, insbesondere außerhalb der üblichen Zeiten, nicht leistbar.⁴⁷ Einzelne Voten galten einer besseren Öffentlichkeitsarbeit, die den Menschen am Ort mehr Transparenz bietet, welche Angebote wann und für wen bereitstehen.

In den Erhebungen wurde grundsätzlich die unzureichende Einbindung niedergelassener psychiatrischer und psychotherapeutischer Praxen in (aufsuchende) Krisenhilfe problematisiert. Gewünscht wurde zumindest deren Mitwirkung an einem ärztlichen Hintergrunddienst und Kapazitäten für kurzfristige Notfallsprechstunden. Stellvertretend für diese Stimmen soll hier eine Stellungnahme wiedergegeben werden: „Es wäre schon sehr viel getan, wenn die Versorgungslage im Verantwortungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen die tatsächlichen Bedarfe in der Behandlung psychiatrisch schwerkranker Menschen decken würde: Zugang zu ambulant fachpsychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung mit deutlich kürzeren Wartezeiten einschließlich einer gewissen Kapazität für psychiatrische Notfälle, die nicht vollstationär behandlungspflichtig sind.“

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Recherchen sehen viele Befragte in NRW darüber hinaus Bedarf nach alternativen/innovativen und ggf. institutionsübergreifenden Konzepten/Versorgungsangeboten (Home Treatment, Krisenbetten außerhalb der Klinik etc.), von denen auch positive Auswirkungen auf Auftreten und Bewältigung von Krisen erwartet werden. Tatsächlich gibt es in NRW derzeit im Bereich der ambulanten Versorgung bei psychischen Krisen – trotz einiger guter Beispiele (s. o.) – eher wenig aufsuchende Ansätze oder alternative Rückzugsmöglichkeiten. Die Angebote im Rahmen der Integrierten Versorgung beinhalten zwar meist gute Kriseninterventionsmöglichkeiten, jedoch nur für eingeschriebene Versicherte bzw. bei bestimmten Erkrankungen und nicht im gesamten Land. Auch die gründlich recherchierte Übersicht der DGPPN für die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen bestätigt, dass es in Deutschland insgesamt wenig multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung bzw. spezielle Angebote von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (= Home Treatment auch durch so genannte „Crisis intervention teams, Crisis resolution teams“) gibt.⁴⁸ Erstaunlicherweise verweisen die Ergebnisse der Tiefenerhebung darauf, dass die vorhandenen alternativen Angebote nur begrenzt genutzt werden. Hier ist zu fragen, ob wirklich so wenig Bedarf gegeben ist oder ob die Angebote nicht bekannt oder nicht akzeptiert sind.

Insgesamt wird mit Blick auf das Handlungsfeld ambulante Krisenhilfe in NRW konstatiert, dass die Hilfen überwiegend nur zu den üblichen Sprechzeiten bereit stehen und keine ambulante Rund-um-die-Uhr-Krisenhilfe gegeben ist. Hauptleistende sind die SpDi und, soweit vorhanden, kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, spezialisierte Krisendienste sowie Rettungsdienste, Feuerwehr und Polizei. Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind an kurzfristigem Krisengeschehen kaum beteiligt, Peer-Konzepte oder Dialogische Ansätze sind die Ausnahme. Eine institutionenübergreifende Gestaltung von Komplexleistungen konnte am ehesten im Rahmen von IV-Modellen identifiziert werden, die jedoch nur eingeschriebenen Versicherten bestimmter Krankenkassen zur Verfügung ste-

⁴⁷ Hier sei auch auf entsprechende Stellungnahmen im Bericht des MGEPA an den Landtag über die Evaluierung von Gesetzen und Verordnungen aus dem Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW verwiesen.

⁴⁸ DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 170.

hen und zudem i. d. R. das Vorliegen von bestimmten F-Diagnosen voraussetzen. Sofern Krisendienste bestehen, werden sie fast ausschließlich kommunal finanziert, z. T. auch im Rahmen von Eingliederungshilfe. Die Krankenkassen beteiligen sich nach den Erkenntnissen der Untersuchung in zwei Kommunen an Krisendiensten.

In der Tieferhebung wurde deutlich, dass derzeit insbesondere Personen, die nicht bereits „im System“ sind, von den bestehenden Krisenangeboten weniger gut erreicht werden und dass es vielerorts schwierig ist, für aggressiv-gewalttätige Patienten und Patientinnen eine adäquate Einrichtung zu finden, die zur Aufnahme bereit ist. Allgemein ist auch aufgrund nicht vergleichbarer Dokumentation die Datenlage im Bereich Krisenhilfe schwierig und damit der landesweite Kenntnisstand begrenzt.

Im Rahmen der Gespräche wurde zudem vielfach betont, dass der Erwerb transkultureller Kompetenzen in der Psychiatrie und eine kultursensible Hilfestaltung (insbesondere auch mit Blick auf Krisenhilfe) nach wie vor – und zukünftig steigend – notwendig ist. Derzeit werde der grundlegende Anspruch, dass Migrantinnen und Migranten in psychischen Krisen bzw. mit psychischen Störungen/Erkrankungen die gleiche Hilfe zukommt wie anderen Menschen, nicht eingelöst. Bemängelt wurde, dass im Rahmen der LPP-Erstellung keine Arbeitsgruppe zu transkultureller Arbeit eingerichtet wurde. Zudem wiesen viele Stimmen im Land auf die aktuell drängende Frage der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen mit psychischen Störungen/Erkrankungen hin.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Krisen ein vielfältiges Geschehen darstellen und von psychosozialen Krisen bis zu psychiatrischen Notfällen reichen können. Da die Übergänge fließend sind, sollten alle Menschen in seelischen Notlagen Hilfe bekommen können. Alle Menschen bedeutet auch: nicht nur bestimmte Personengruppen, wie z. B. eingeschriebene Versicherte in Modellen Integrierter Versorgung, Krankenhäusern schon bekannte Patientinnen und Patienten oder die Klientel von Eingliederungshilfeangeboten. Gute Krisenhilfe kann das System entlasten, sekundärpräventiv wirken und Zwangseinsweisungen vermindern, die überwiegend Selbstgefährdung/Suizidgefahr zum Anlass haben. Krisenhilfe kann hier suizidpräventiv wirken. Angesichts dessen, dass in Deutschland mehr Menschen an einem Suizid sterben „als durch Verkehrsunfällen, Mord, Totschlag, Drogenkonsum und Aids zusammen“⁴⁹ sollte einer schnellen Krisenhilfe also hohe Bedeutung zukommen.

Folgende Punkte können aus den verschiedenen Arbeitsschritten und Erhebungen (Datenrecherche, Breiterhebung sowie Tieferhebung) als Kernaussagen zusammengetragen werden:

- Die Ergebnisse der Recherchen verweisen auf die Bedeutung, die einer flächendeckenden Verfügbarkeit von ambulanter Krisenhilfe zugemessen wird, diese ist am besten jeden Tag rund um die Uhr verfügbar, mindestens jedoch bis Mitternacht.
- Die Elemente von Krisenhilfe umfassen zumindest telefonische Erreichbarkeit und Beratung. Mit Blick auf neuere Generationen und veränderte Kommunikationsformen erscheint es sinnvoll, Krisen-Kommunikation auch per SMS oder Internet zu ermöglichen. Des Weiteren gehört ein mobiler aufsuchender Dienst dazu, der im Bedarfsfall schnell aufsuchende Hilfe leisten kann. In bestimmten Fällen wird dafür votiert, so lange nachgehende Versorgung sicherzustellen, bis die Menschen bei anderen Hilfen angekommen sind.

⁴⁹ Fiedler, G. (2015). Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Suizide in Deutschland 2013. Foliensatz. Online unter: <https://suizidpraevention.wordpress.com/suizide-in-deutschland-2012/> (Abruf zuletzt am 28. April 2016). Die Daten zum Jahr 2013 weisen für Nordrhein-Westfalen mit 9,6 pro 100 Tsd. EW die niedrigste Suizidrate unter den Bundesländern in Deutschland aus.

- Als wichtig wird erachtet, in allen Kommunen im Anschluss an Krisenintervention eine systematische Nachsorge sicherzustellen, zu deren Aufgaben in jedem Fall gehören sollte, aktiv zugehende Suizidnachsorge im Sinne der Sekundärprävention zu gewährleisten.
- Viele Befragte messen gemeinsamen Behandlungsvereinbarungen und Krisenplänen einen großen Stellenwert zu – generell in der psychiatrischen Versorgung, aber insbesondere mit Blick auf Patientinnen und Patienten mit wiederholten Krisenepisoden. Dies erhöhe u. a. die Sicherheit und könne damit sekundärpräventiven Charakter entfalten.
- Eine Vielzahl der Befragten bewerten – in Übereinstimmung mit der Fachdiskussion – eine Tandemstruktur als sinnvoll für aufsuchende Krisenhilfe, am besten in gemischtgeschlechtlichen Teams. Die Mitwirkenden sollten in Deeskalation und Krisenhilfe geschult sein, Menschen mit Migrationshintergrund sollte mehrsprachige Unterstützung angeboten werden. Der Krisendienst sollte auf erfahrene (fach-)ärztliche Bereitschaftsdienste (auch durch niedergelassene Praxen)/leitende Notärztinnen/-ärzte zurückgreifen können.
- Die ersten Erfahrungen in NRW bestätigen Studienergebnisse aus anderen Ländern: Krisendienste profitieren vom Einsatz geschulter Psychiatrie-Erfahrener (EX-IN, Peer-Beratung u. ä.), die Passgenauigkeit der Interventionen kann verbessert und (manche) Klinikeinweisung vermieden werden. Zudem macht das Erleben von Betroffenen-Expertinnen und -Experten Mut, dass Krisen oder Krankheit überwunden werden können.
- Die Erfahrung der handelnden Personen (ob in Krisendiensten oder im Rettungsdienst) ist von hoher Bedeutung, deshalb bewährt sich nach Einschätzung von Verantwortlichen im Land sowohl bei der Organisation des Rettungs-/Notdienstwesens als auch für spezielle Krisendienste ein stabiler Beschäftigtenstamm sowie laufende Qualifikation, Deeskalationstrainings und die regelhafte – am besten dialogische – Nachbereitung der Fälle und Interventionen.
- Verschiedene Krisendienste binden begrenzte Ressourcen und erschweren Patientinnen und Patienten das Auffinden der „richtigen“ Hilfe. Deshalb erscheint es ratsam, ein zentrales Angebot für Krisen vorzuhalten. Dort, wo verschiedene Akteure mitwirken, hilft eine für eine/n Region/Stadt/Landkreis/Sektor/Sozialraum gemeinsame bzw. abgestimmte Organisation/Steuerung von Krisenhilfe bspw. durch eine Leitstelle. Für Betroffene ist es hilfreich, wenn Krisenhilfe durchgehend unter einer Telefonnummer und ggf. einer Mailadresse erreichbar ist.
- Es wurde berichtet, dass bei geschätzt einem Drittel der Krankenhausverbringungen im Rahmen von Krisenfällen die Patientinnen und Patienten die Klinik gleich am nächsten Tag wieder verlassen. Viele Befragte in NRW vermuteten, dass in diesen Fällen und in einer unbekanntem Zahl darüber hinaus alternative Rückzugsmöglichkeiten, Peer-Ansätze o. ä. ausgereicht hätten. Deshalb wurde breit befürwortet, derartige Angebote verstärkt aufzubauen und dabei eine pauschale Finanzierung anzustreben, die unabhängig von einer konkreten Auslastung zur Verfügung steht.
- Für Menschen „im System“ können Krisen über niedrigschwellig-zugehende Hilfformen mit rund-um-die-Uhr Notdienst oft schon im Vorfeld einer Zuspitzung abgedeckt werden, bspw. mit APP oder Home Treatment. Für schwierige Übergangssituationen, Personen ohne Anbindung an eine Hilfe sowie „Härtefälle“ wurden flexible Lösungen gewünscht (Versorgungsverpflichtung, Zuweisungsvereinbarungen, nach Umzug ggf. Verbringungsmöglichkeit im „Stammkrankenhaus“ statt im regional nun zuständigen).

- Zur Förderung der Fachkunde im Umgang mit Krisen (in außerklinischen Settings) wurde vorgeschlagen, im Rahmen der Facharztweiterbildungen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie grundsätzlich ein paar Monate im Öffentlichen Gesundheitsdienst vorzusehen.
- Sehr viele Stimmen regten an, dass psychosoziale Krisendienste im psychiatrischen Notfall auf die Unterstützung fachkundiger/erfahrener Fachärztinnen und -ärzte zurückgreifen können sollten, nach Möglichkeit auch aus dem Kreis der niedergelassenen Fachpraxen. An dieser medizinischen Unterstützung sollten die Krankenkassen sich zumindest beteiligen.
- Befragte berichteten von guten Erfahrungen mit Deeskalationstrainings und regten an, zur Prävention krisenhafter Zuspitzungen im Vorfeld flächendeckend und regelmäßig Deeskalationstrainings für Betroffene und Angehörige anzubieten. Diese Trainings sollten kostenlos sein und u. a. über Selbsthilfeorganisationen und sozialpsychiatrische Dienste, Kliniken etc. organisiert werden.
- Patientinnen und Patienten sowie Angehörige wollen und sollten wissen, dass und welche Hilfen es im Krisenfall gibt. Sie wünschen sich, dass die Informationen dazu breit und auch weit außerhalb des sozialpsychiatrischen Hilfesystems gestreut werden. Dies würde vor allem Erstfällen den Zugang erleichtern.
- Ambulante psychosoziale/psychiatrische Krisenhilfe berührt unterschiedliche sozialrechtliche Zuständigkeiten (Prävention, Daseinsfürsorge, Behandlung, Teilhabe, Kinder- und Jugendhilfe). Die Erfahrung im Land ist, dass dies vor allem eine gute Krisenhilfe verhindert. Befragte aus verschiedenen Kontexten wünschten sich deshalb eine gemeinschaftliche Verantwortung und Finanzierung unter Mitwirkung von Kommunen, Krankenversicherung und Eingliederungshilfe. Insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung soll als Zuständige für Prävention und Versorgung wesentlich an ambulanter Krisenhilfe beteiligt sein. Pauschale Förderungen scheinen dem Gegenstand dabei angemessener als fallbezogene Abrechnungen, zumindest seien Sockelfinanzierungen notwendig.
- Die Erhebungsergebnisse verweisen auf die Bedeutung der Organisation von Rettungs- und Notarztwesen. Da keine systematischen Kenntnisse zu den Regelungen in den Kommunen in NRW bestehen, wäre eine Erhebung/Bestandsaufnahme zu den Modellen der ordnungsbehördlichen Organisation der Einleitung von Einweisungen sowie der Organisation der entsprechenden rettungsdienstlichen und notärztlichen Versorgung hilfreich. Die Untersuchung sollte sich auch den Zusammenhängen von Organisation und Einweisungsgeschehen widmen sowie Verläufe betrachten.
- Um den interkommunalen Austausch zu Modellen und Erfahrungen zu fördern, wünschen sich die Kommunen einen vom Land organisierten/koordinierten datengestützten (s. o.) Austausch. Hier können positive Beispiele identifiziert und gegenseitiges Lernen gefördert werden. Dies gilt gleichermaßen für Rettungswesen und Organisation der Unterbringungspraxis wie auch für Modelle psychosoziale Krisenhilfe.
- Mit Blick auf die Klientel mit Migrationshintergrund wird vielfach Klärungsbedarf gesehen: Wo kommen die Klientinnen und Klienten her? Wie ist ihre Sprachkompetenz? Welche Probleme und Bedarfe bestehen? Welche mehrsprachigen Angebote stehen bereit? Welche Dienste, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten beraten in welcher Sprache? Hier sollten Untersuchungen und eine regelhafte Dokumentation herkunftsbezogener Aspekte in Klienten- und Tätigkeitsdokumentationen u. ä. zu einem systematischen Bild zur Situation im Land beitragen.

- Des Weiteren wurde es als hilfreich erachtet, dass die (sozial-)psychiatrischen Dienste Verantwortung und Zuständigkeit für kultursensible Entwicklung personell vororten und bspw. eine oder Beauftragte/n für Migration benennen. Diese Stelle könnte Klientel und Beschäftigte unterstützen und dazu beitragen, geeignete Strukturen zu entwickeln. Ergänzend sollten niedrigschwellige und schnelle Hilfen und Angebote für Flüchtlinge dazu beitragen, krisenhafte Entwicklungen und Verschlimmerung zu vermeiden.
- Nach Ergebnissen der Recherche⁵⁰ und der Gespräche in der Tieferhebung scheinen für die Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Krisen weniger spezielle Dienste wichtig, als der schnelle Aufbau kompetenter Dolmetscher-/Sprachmittlungsdienste und von zentralen Sprachmittlungspools. Um schneller eine psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen zu ermöglichen, sollten der Zugang zu Hilfen verbessert, Psychotherapie schneller genehmigt und die Hinzuziehung von Dolmetscherdiensten finanziert werden. Eine Umsetzung des Vorschlags von BPTK und Bundesärztekammer (BÄK) zu einem Modellversuch⁵¹, der zudem die Qualifizierung von Therapeutinnen und Therapeuten vorsieht, wird im Land breit befürwortet.
- Mit Hinweis auf gute Erfahrungen in Skandinavien wurde auch ein zentraler psychiatrischer Telefon-Dolmetscherdienst vorgeschlagen, der in Krisenfällen kurzfristig erreichbar ist. Notwendig sei in jedem Fall, Dolmetschereinsätze angemessen zu vergüten.
- Mit Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung in psychischen Krisen wurde in der Tieferhebung zum einen ein besserer Zugang zu den Basisversorgungssystemen (Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene psychiatrische Versorgung, SpDi) durch Sensibilisierung, Abbau von Berührungängsten, Motivation und Kompetenzaufbau (grundständige Ausbildung, Weiterbildungscurricula, Fortbildungen) sowie durch kollegiale Beratung, Schulung und Supervision von Regelversorgung und Behindertenhilfe durch (aufsuchende) Spezialdienste und die Entwicklung von interdisziplinärer Arbeit und von Kooperationsstrukturen als wichtig erachtet.
- Zum anderen wurde für dringende und komplexe Situationen ein Bedarf an ambulanten und stationären Spezialangeboten für kurzfristige Diagnostik und Behandlung (bspw. als Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen [MZEB] mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Angebot, auch aufsuchend) gesehen.
- Zur Prävention von krisenhaften Zuspitzungen könnte nach den Ergebnissen von Recherchen⁵² und Tieferhebung ein verbesserter Zugang zu adäquater Psychotherapie für Menschen mit geistigen Behinderungen, eine Anpassung der Psychotherapierichtlinien und eine flexible Anpassung von Altersgrenzen beitragen. Für alle Angebote gelte, dass die aufwendige Arbeit adäquat finanziert werden müsse.
- Nach den Untersuchungsergebnissen werden weithin landesweite Standards zum Krisenbegriff und zur ambulanten Versorgung in Krisen als notwendig erachtet, die gemeinsam von Land und Kommunen erarbeitet werden sollten.

50 Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B. & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4, 2, 144-151; Frommberger, U., Angenendt, J. & Berger, M. (2014). Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 11, 5, 59-66.

51 Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer & Bundesärztekammer (2015). *Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und der Bundesärztekammer (BÄK) zu den Eckpunkten eines Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge*.

52 Vgl. dazu bspw. Schreiben der DGSGB an den GBA vom 26. November 2015 „Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der Psychotherapierichtlinien“.

- Zudem machen die Untersuchungsergebnisse deutlich, dass weiterer Bedarf nach landesweiten Standards für die Dokumentation von Krisen und Krisenhilfe sowie zu Unterbringungen (und beides miteinander verknüpft) besteht. Ebenso sollte die Klientel einheitlich beschrieben werden, genauso Tätigkeiten im Krisenfall (zu definieren sind bspw. Alter, Migrationshintergrund, Uhrzeit, Anlässe, Diagnosen/Erstmanifestation, Hilfeart- und -umfang o. ä.). Die Kommunen wünschen sich, über eine regelmäßige Auswertung, die Krisenhilfen entsprechend der Zielgruppenbedarfe zu optimieren und dafür u. a. in der landesweiten Betrachtung gute Beispiele zu identifizieren und Lerngelegenheiten zu finden.
- Moniert wird ein Mangel an objektiven Daten, als wichtig wurde deshalb erachtet, die verschiedenen Formen von Krisenhilfe und Rettungswesen, des Einbezugs von geschulten Betroffenen bzw. von Angehörigen etc. zu evaluieren und durch partizipative Forschung weiter zu untersuchen.

Die Befragungsergebnisse und die Recherchen verdeutlichen, dass bei der Weiterentwicklung des PsychKG des Landes die Notwendigkeit ambulanter Krisenhilfe unter Berücksichtigung o. g. Aspekte festgeschrieben und darauf aufbauend zusammen mit allen zuständigen Akteuren adäquate Finanzierungsmodelle entwickelt werden sollten.

4 Ergebnisse Handlungsfeld 2 – Regionale Steuerung, Kooperation und Verbundstrukturen

4.1 Datengrundlagen

Im *Handlungsfeld 2* geht es einerseits um die Erfassung regionaler bzw. kommunaler Steuerungs- und Planungsprozesse sowie Vernetzungs- und Verbundstrukturen psychiatrischer und psychosozialer Angebote; zugleich sollen andererseits einzelfallbezogene Steuerungsverfahren und -instrumente beschrieben werden. Wie bereits erwähnt wurden dazu von FOGS zunächst die kommunalen Webseiten und Rats-/Kreistags-Informationssysteme der 53 nordrhein-westfälischen Kommunen sowie die nachfolgenden Datenquellen und -halter sekundäranalytisch ausgewertet:

- MGEPA (diverse Papiere und Unterlagen)
- LZG.NRW (z. B. zur GBE des Landes und der Kommunen)
- Gesundheits- und Sozialberichterstattung des Landes und der Kommunen
- relevante Dezernate/Ämter aller nordrhein-westfälischen Kommunen sowie die SpDi
- Berichte der Kommunalen Gesundheitskonferenzen
- Kommunale Psychiatriepläne/-berichte
- Berichte der PSAG, der Psychiatriekoordination und der Arbeitsgemeinschaften der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren
- Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL)
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW
- Landesarbeitsgemeinschaften der Freien Wohlfahrtspflege NRW
- Aktion Psychisch Kranke e. V.
- DGSP e. V.
- Psychiatrienetz

- BAG GPV e. V., z. B. bzgl. Standards, Vereinbarungen/Verträge zur Implementierung/Umsetzung Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV)
- relevante Literatur-Datenbanken wie vor allem Medpilot, Psychinfo, Psychindex und Scholar
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW e. V.
- Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

Ergänzend wurde, wie in den anderen drei Handlungsfeldern auch, eine offene Suche nach einschlägigen Studien, Forschungs- und Modellprojektberichten (soweit sie sich auf das Land oder Kommunen/Organisationen von Nordrhein-Westfalen beziehen) durchgeführt. Ebenso fand eine Recherche nach rechtlichen Grundlagen, statistischen Angaben sowie Gesundheits- und Sozialberichten statt. Dabei wurden Unterlagen, die älter als fünf Jahre sind, absprachegemäß nicht in die vertiefende Sekundäranalyse einbezogen.

Die Ergebnisse der Recherchen und Sekundäranalysen weisen z. T. erhebliche Lücken auf. Zudem besteht eine geringe Aussagekraft bzw. Belastbarkeit der erfassten Daten in Bezug auf relevante Aspekte des Handlungsfelds regionale Steuerung, Kooperation und Verbundstrukturen (z. B. Anzahl, Aufgaben und Mitglieder wesentlicher Steuerungs-, Vernetzungs- und Planungsgremien). Parallel dazu wurden deshalb im Rahmen der schriftlichen Befragung, bezogen auf das zweite Handlungsfeld, insbesondere folgende Dimensionen erhoben:

- Stelle/Abteilung Psychiatriekoordination
- organisatorische Anbindung/Rang der Stelle
- Stellenumfang und Qualifikation
- Aufgaben der Psychiatriekoordination
- weiteres Personal der Psychiatriekoordination
- Psychiatrieberichte und -pläne (Erstellungsjahr und Planungshorizont)
- Art der relevanten Steuerungs-, Vernetzungs- und Planungsstrukturen/-gremien, u. a.:
 - Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK)
 - Arbeitsgruppen (AG) der KGK
 - Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG) inkl. Arbeitskreise und -gruppen (AK/AG)
 - Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV)
 - Regionale Planungskonferenzen (LWL) und Regionalkonferenzen (LVR)
 - Psychiatriebeiräte
 - Trialogforen
 - weitere für die psychiatrische Versorgung (relevante) Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsgremien
- Grundlagen der Steuerungs-, Vernetzungs- und Planungsstrukturen/-gremien (u. a. Rechtsform, Geschäftsordnung, Leitung, personelle Ausstattung, Anzahl der Sitzungen und Protokollierung)
- Aufgaben dieser Gremien
- Mitglieder/Akteure dieser Gremien

- Stellenwert und Beitrag der Gremien für die Steuerung, Planung und angebotsorientierte Vernetzung
- Stellenwert und Beitrag zu einzelfallbezogener Steuerung
- Stellenwert und Rolle von Hilfeplankonferenzen bzw. Clearingstellen
- Partizipation Betroffener und Angehöriger bei Steuerung und Planung
- Gute Beispiele (u. a. in Bezug auf eine angebots- und fallbezogene Steuerung, Partizipation Betroffener und Angehöriger).
- Stärken, Schwachstellen und Weiterentwicklungsbedarfe im Handlungsfeld 2 aus Sicht der Kommune.

Mit Hilfe der schriftlichen Befragung der nordrhein-westfälischen Kommunen konnten z. T. Daten- und Informationslücken geschlossen, z. T. konnten die recherchierten Angaben ergänzt bzw. spezifiziert werden, wobei die Beantwortung der quantitativ und qualitativ ausgerichteten Fragen unterschiedlich differenziert ausgefallen ist. Mit der Befragung war auch die Möglichkeit verbunden, einzelne Aspekte ausführlich zu erläutern bzw. dazu Dokumente beizufügen. Davon wurde für das Handlungsfeld 2 – wie die nachfolgende Tabelle zeigt – von drei Kommunen (fünf Dokumente) Gebrauch gemacht.

Tab. 10: *Ergänzende Materialien⁵³ zur schriftlichen Befragung mit Bezug zu Handlungsfeld 2*

Dokumente	Erscheinungsjahr
Versorgungssystem: Menschen mit psychischer Beeinträchtigung	keine Angabe
Entwicklungen im Jahre 2013: Daten und Fakten	2014
Gesundheitskoordination, Projektbeschreibung	keine Angabe
Gremien	2015
Leitlinien: Abteilung Psychische Gesundheit	2014

Auftragsgemäß wurden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung (Breitenerhebung) sämtlicher nordrhein-westfälischer Kommunen um qualitative Einschätzungen aus sechs Kommunen und von zahlreichen landesweit agierenden Akteuren ergänzt, die im Rahmen der Tieferhebung befragt wurden.

Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse der Breiten- und Tieferhebung, verbunden mit Erkenntnissen der Datenrecherche, detailliert beschrieben.

4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen und begriffliche Grundlagen

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen ist seit der Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung von 1975 und den Empfehlungen der Expertenkommission aus dem Jahr 1988 umfänglich ausgebaut worden. Einerseits resultiert dieser Ausbau aus einer Zunahme psychischer Störungen/Erkrankungen in der Bevölkerung; andererseits wurde er durch veränderte (sozial-)rechtliche, finanzielle und versorgungspolitische Rahmenbedingungen sowie Reformanstrengungen gefördert. Dabei ging die Weiterentwicklung der Angebote mit einer Spezialisierung der Dienste und Einrich-

⁵³ In einigen Konzepten vorhandener Dienste (z. B. SpDi) oder Standards/Leitlinien finden sich Hinweise zu Gremien, die in die Ergebnisdarstellung eingeflossen sind.

tungen, einer Diversifizierung der Akteure und einer Pluralisierung der Professionen einher. Heute umfasst die Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen psychiatrische und (psycho-)therapeutische (Behandlungs-)Angebote in der leistungsrechtlichen Zuständigkeit vor allem der Kranken- und Rentenversicherung, niedrigschwellige Hilfen, Beratung, Behandlungsvor- und -nachbereitung sowie Betreuung als überwiegend staatliche bzw. kommunale Aufgaben. Die genannten Angebote und Hilfen werden dabei ganz vorwiegend ambulant, teil- und vollstationär im psychiatrischen Versorgungssektor sowie in angrenzenden Hilfesystemen (u. a. Sucht- und Jugendhilfe, Alten- und Behindertenhilfe, Wohnungslosenhilfe) erbracht.

Damit steht für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen ein vielfältiges und differenziertes Versorgungssystem zur Verfügung. Zudem haben Leistungsträger und Leistungsanbieter erhebliche Anstrengungen unternommen, Hilfen auf deren individuelle Situation zuzuschneiden. Dennoch weist die Versorgungsrealität – auf unterschiedlichen Ebenen – weiterhin strukturelle Probleme der Leistungsgewährung und -erbringung sowie bei der Steuerung, Planung und Verbundbildung der Dienste und Einrichtungen auf:

- Unterschiedliche leistungsrechtliche Zuständigkeiten und damit verbundene Abgrenzungsprobleme führen vor allem zwischen der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung sowie auch der Eingliederungshilfe zu Problemen in der Leistungserbringung. Sie erschweren reibungslose Übergänge zwischen verschiedenen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen vor allem für Personen mit komplexen Problemlagen. Zudem ergeben sich aus dem zunehmenden Wettbewerb der verschiedenen Leistungsanbieter (in den letzten Jahren verstärkt auch aus dem privaten Sektor) Friktionen in der Zusammenarbeit.
- Trotz der in den letzten Jahren zu beobachtenden Verbesserungen sind die organisatorischen und versorgungsbezogenen Schnittstellen zwischen den ambulanten und stationären Beratungs-, Behandlungs- sowie Betreuungsangeboten der verschiedenen Hilfesysteme weiter entwicklungsbedürftig.
- Daneben werden die für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen erbrachten Leistungen noch zu wenig zwischen den Trägern, Diensten und Einrichtungen der verschiedenen Versorgungssektoren abgestimmt und auf den individuellen Bedarf der Klientel zugeschnitten.
- Auch ist die Kooperation zwischen den psychiatrischen und psychosozialen Diensten und Einrichtungen sowie der Selbsthilfe bzw. Betroffenen- und Angehörigen-Gruppen vor allem aufgrund unterschiedlicher Haltungen, Arbeitsansätze und Traditionen noch zu verbessern.⁵⁴

Mit der Differenzierung des Angebotsspektrums und der Vielzahl unterschiedlicher Hilfesysteme, die an der Beratung, Betreuung und Behandlung der Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen beteiligt sind, ist die Bedeutung von Steuerung, Planung und Netzwerkbildung eher noch gestiegen.⁵⁵

Gleichzeitig hat das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen eine große Zahl von Gesetzen, Verordnungen und Vorschriften zu beachten und weist sehr viele Schnittstellen zu angrenzenden Hilfesystemen auf. Hinzu

54 Vgl. dazu vor allem Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Sondergutachten zu Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*, SVR (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung* und SVR (2005). *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*.

55 Vgl. Kruckenberg, P. et al (1999). *Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*. Band 116/I und II. der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden.

kommt, dass sich in den letzten Jahren die versorgungsstrukturellen, finanziellen und (sozial-)rechtlichen Rahmenbedingungen für die Akteure erheblich verändert haben. Mit Blick auf die aktuelle und künftige Gestaltung der Steuerung, Planung und Vernetzung psychiatrischer und psychosozialer Hilfen stellt sich die Ausgangssituation auf nationaler (Land und Bund) und internationaler Ebene wie folgt dar.

Landesebene

In Nordrhein-Westfalen spielen vor allem folgende gesetzliche Grundlagen eine wichtige Rolle für die Planung, Steuerung und Netzwerkbildung im Bereich psychiatrischer und psychosozialer Versorgung:

- Das am 1. Januar 1998 in Kraft getretene „*Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst*“ (*ÖGDG NRW*) verweist in § 3 darauf, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit anderen an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Institutionen und Organisationen eng zusammenarbeitet. Hierbei wirkt er auf eine bedarfsgerechte gegenseitige Information und Koordination ihrer gesundheitlichen Maßnahmen und Leistungen hin. Gem. § 5 Abs. 1 ÖGDG sind die Kreise/kreisfreien Städte (als untere Gesundheitsbehörden) und das Land Träger des ÖGD. Eine wesentliche Aufgabe als untere Gesundheitsbehörde besteht dabei darin, die gesundheitliche Versorgung mit Hilfe der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) ortsnah zu koordinieren (§§ 23 und 24 ÖGDG) und eine kommunale Gesundheitsberichterstattung (§ 21 ÖGDG) umzusetzen.⁵⁶
- Außerdem stellt das „*Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten*“ (*PsychKG*) vom 17. Dezember 1999 einen wichtigen rechtlichen Bezugsrahmen für die Darstellung des zweiten Handlungsfeldes dar. Mit Blick auf die Planung und Steuerung der Hilfen sowie die Netzwerkbildung ist dabei vor allem auf § 6 PsychKG hinzuweisen. Danach arbeiten die Kreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden (Träger der Hilfen) als Unterstützung und Ergänzung der eigenen Maßnahmen insbesondere mit Betroffenen- und Angehörigenorganisationen, Krankenhäusern (i. S. von § 10, Abs. 2, Satz 1), niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Einrichtungen der Suchthilfe, sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, Sozial- und Jugendhilfe, mit Betreuungsbehörden und -vereinen und mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege eng zusammen. Dabei ist die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung gemäß §§ 3 und 23 ÖGDG sicherzustellen.
- In Nordrhein-Westfalen sind die beiden überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Landeschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe) auf der Grundlage der *Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe des Landes Nordrhein-Westfalen (AV-SGB XII NRW)* sachlich zuständig für die in § 2 Abs. 1 aufgeführten Leistungen. Nach § 2 Abs. 2 umfasst die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe auch die Planungsverantwortung und die Ermittlung des individuellen Bedarfs, wobei § 58 SGB XII und § 95 SGB X zu beachten sind. Dafür sind die überörtlichen und örtlichen Träger der Sozialhilfe verpflichtet, ihre Leistungsinhalte und -strukturen in Planungs- und Steuerungsgremien gemeinsam weiterzuentwickeln und zu koordinieren. Zu diesem Zweck schließen sie

56 Vgl. zur Evaluation des ÖGDG: BearingPoint & FOGS (2003). *Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW*. Abschlussbericht für das MAGS. Hamburg/Köln.

Kooperationsvereinbarungen.⁵⁷ In Verbindung mit der AV-SGB XII NRW haben die beiden Landschaftsverbände und die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen in den letzten zehn Jahren verschiedene Rahmenvereinbarungen geschlossen, in denen es um die zukünftige Ausgestaltung der Eingliederungshilfe geht.⁵⁸

- Gem. § 12 Abs. 1 Satz 1 „Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen“ (KHGG NRW) stellt das zuständige Ministerium einen Krankenhausplan nach § 6 „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ (KHG) auf und schreibt ihn fort. Dabei weist der Krankenhausplan den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine gemeindenahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gem. § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aus.
- Das am 15. Oktober 2014 in Kraft getretene „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) stellt das übergreifende Reformgesetz zu den Themen Pflege und Alter in Nordrhein-Westfalen dar. Es soll das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) aus dem Jahr 2008 modernisieren und das bisherige Landespflegegesetz von 2003 als Alten- und Pflegegesetz (APG) weiterentwickeln. Gem. § 1 (Teil 1: Allgemeine Bestimmungen) zielt das Gesetz vor allem darauf, eine leistungsfähige und nachhaltige Unterstützungsstruktur für ältere Menschen und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige durch die Förderung der Entstehung, Entwicklung und Qualität von Dienstleistungen, Beratungsangeboten, Pflegeeinrichtungen und alternativen Wohnformen sicherzustellen. Zugleich verpflichtet es die Kreise und kreisfreien Städte auf der Grundlage von § 4 Abs. 1 dazu, eine den örtlichen Bedarfen entsprechende pflegerische Angebotsstruktur zu gewährleisten. Die dazu erforderliche örtliche Planung umfasst gem. § 7 Abs. 1 GEPA NRW „1. die Bestandsaufnahme der Angebote, 2. die Feststellung, ob qualitativ und quantitativ ausreichend Angebote zur Verfügung stehen und 3. die Klärung der Frage, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung oder Weiterentwicklung der Angebote erforderlich sind.“ Dabei hat die Planung durch die kommunalen Körperschaften übergreifende Aspekte der Teilhabe einer altengerechten Quartiersentwicklung zur Sicherung eines würdevollen inklusiven und selbstbestimmten Lebens, bürgerliches Engagement und das Gesundheitswesen einzubeziehen.

Bundesebene

Mit Blick auf die Gestaltung von Planung, Steuerung und Netzwerkbildung im Bereich psychiatrischer und psychosozialer Hilfen sowie angrenzender Versorgungsbereiche ergeben sich im gegliederten System der deutschen Sozialgesetzgebung u. a. folgende *rechtliche Anknüpfungspunkte*, die in der praktischen Umsetzung von allen relevanten Akteuren des Handlungsfelds (u. a. vor- und nachrangige Sozialleistungsträger, Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Ärzteschaft, Bundes-

57 Inzwischen stellt die rechtliche Grundlage der „Hochzonung“ das „Erste allgemeine Gesetzes zur Stärkung der Sozialen Inklusion in Nordrhein-Westfalen“ („Inklusionsstärkungsgesetz“) dar, dass nach der 2. Lesung am 8. Juni 2016 vom nordrhein-westfälischen Landtag angenommen und verabschiedet wurde. Es regelt in Artikel 3 „Änderung des Landesausführungsgesetzes zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – für das Land Nordrhein-Westfalen“ in § 2a die sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe neu.

58 Vgl. hierzu u. a. die Rahmenvereinbarung „Zukunft der Eingliederungshilfe in NRW sichern“ aus dem Jahr 2011 und die Rahmenvereinbarungen Wohnen I und II aus den Jahren 2006 und 2008.

agentur für Arbeit, Kommunen, Träger der Sozialhilfe und Leistungsanbieter) zu berücksichtigen sind:

- Gem. § 17 Abs. 1 SGB I sind die Sozialleistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und zügig erhält und dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.
- § 18 SGB II sieht eine Zusammenarbeitspflicht auf örtlicher Ebene für die Bundesagentur für Arbeit und die Kreise bzw. kreisfreien Städte mit den Beteiligten des örtlichen Arbeitsmarktes zur Erbringung der Eingliederungsleistungen in Arbeit (§ 16 SGB II) vor. Dieses Kooperationsgebot ermöglicht eine Zusammenarbeit zu Zwecken der Planung, der sozialen Infrastrukturgestaltung und der Abstimmung mit gewerblichen und gemeinnützigen Anbietern sozialer Dienstleistungen. Verstärkt wird diese Vorgabe in § 18 Abs.1 Satz 2 SGB II durch eine weiter gefasste Zusammenarbeitspflicht der Träger der Sozialhilfe in § 4 SGB XII. Ähnliche strukturelle Zusammenarbeitsgebote enthalten § 9 Abs. 3 und 9a SGB III für die Agenturen für Arbeit im Bereich des SGB III und die §§ 13 Abs.4 und 81 SGB VIII für die öffentlichen Träger der Jugendhilfe in Bezug auf die besonders wichtige Verbindung von Jugendhilfe und der Grundsicherung für Arbeitsuchende.
- In § 75 SGB V ist verbindlich geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 75 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen haben.
- Mit dem SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (2001) wurde in der Bundesrepublik Deutschland der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt. Danach sollen die Hilfen für Menschen mit geistigen, körperlichen und psychischen Behinderungen sowie für suchtkranke Personen ausdrücklich darauf ausgerichtet sein „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die persönliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (SGB IX § 4 Abs. 1 Ziff. 4).⁵⁹

In § 10 „Koordinierung der Leistungen“ sieht das SGB IX deshalb vor, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den leistungsberechtigten Personen, die nach dem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Zur gemeinsamen Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände gem. § 12 Abs. 2 SGB IX insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.⁶⁰

- Eine eindeutige Verpflichtung zu Kooperation sieht das SGB X (das die Sozialverwaltungsverfahren regelt) vor: Danach sind die Leistungsträger, ihre Verbände und die öffentlich-rechtlichen Vereinigungen gem. § 86 SGB X verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten. Hierzu sieht der Gesetzgeber die Möglichkeit vor, dass die Leistungsträger gem. § 94 SGB X Arbeitsgemeinschaften bilden können. Zudem können sie auf der Grundlage von § 95 SGB X in ihren Auf-

59 Vgl. Schädlér, J. u. a. (2008). *Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Selbstständiges Wohnen behinderter Menschen. Individuelle Hilfen aus einer Hand“*. Siegen: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE), Forschungsgruppe IH-NRW, S. 256 ff.

60 Vgl. Holke, J. (2009). *Rechtliche Aspekte regionaler Qualitätssteuerung*. In: Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel & P. Kruckenberg (Hrsg.). *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie – Tagungsbericht Kassel 3./4. November 2008*. S. 71 – 83. Köln: Psychiatrie-Verlag.

gabenbereichen gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne über ihre Dienste und Einrichtungen insbesondere deren Bereitstellung anstreben und abgestimmte Forschungsvorhaben durchführen.

- Zugleich hat der Gesetzgeber sowohl im SGB IX (u. a. § 10 Abs. 1) als auch im SGB XII seinen Willen zum Ausdruck gebracht, die Leistungserbringung am Bedarf des Einzelfalls zu orientieren; Leistungsanbieter und Leistungsträger sollen abgestimmte und maßgeschneiderte Hilfen zur Verfügung stellen. Der Träger der Sozialhilfe stellt dazu so frühzeitig wie möglich einen *Gesamtplan* zur Durchführung der einzelnen Leistungen auf. Bei der Erarbeitung des Gesamtplans und der Durchführung der Leistungen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem behinderten Menschen und den sonst im Einzelfall Beteiligten, insbesondere mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, zusammen (vgl. § 58 Abs. 1 und 2 SGB XII).

Der gewünschte prinzipielle Wechsel von einer angebots- zu einer personenzentrierten Versorgung setzt ein hohes Maß an lokal/regional orientierter Zusammenarbeit der Akteure sowie die fallbezogene Vernetzung von Hilfeangeboten mit reibungslosen Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen voraus. Gemeindeintegrierte bzw. wohnortnahe Behandlungs- und Betreuungsangebote sollen ermöglichen, dass gewünschte bzw. erforderliche Hilfen „zum Bürger kommen“ und nicht umgekehrt.

- Ausgehend vom Selbstbestimmungsrecht und der Eigenverantwortung der Menschen mit Behinderungen wurde in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Vorschlägen für die Weiterentwicklung der im SGB XII geregelten Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Sechstes Kapitel) entwickelt.⁶¹ So haben in den Jahren 2009 und 2010 die Arbeits- und Sozialministerkonferenzen (ASMK) die Bundesregierung gebeten, die „Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und zur besseren Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben“ umzusetzen und den Entwurf eines Reformgesetzes zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vorzulegen.⁶² Ausgehend von der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD (2013) auf Bundesebene wird seit zwei Jahren eine Reform der Eingliederungshilfe mit dem Ziel vorbereitet, ein modernes Teilhaberecht zu entwickeln, das dem Ansatz der Personenzentrierung verpflichtet ist.⁶³ Inzwischen hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) den Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung

61 Vgl. u. a. Deutscher Verein (2007). Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe. *NDV*, 7, 245 ff.
Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2009). Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII. In Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). *Beschlüsse der 86. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden, München: BStMAS.
Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2010). *Beschlüsse der 87. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 20./21. Oktober 2010 in Wiesbaden. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.
Schädler, J. & Rohrman A. (2007). Zuständigkeitsregelungen und Reformperspektiven für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen. *NDV*, 6, 229 ff.
Deutscher Verein (2009). *Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen*. *NDV*, 7, 253 ff.

62 Vgl. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2009). *Beschlüsse der 86. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden. München: BStMAS.
Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2010). *Beschlüsse der 87. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 20./21. Oktober 2010 in Wiesbaden. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.

63 Vgl. zum aktuellen Stand des Reformprozesses Bundesteilhabegesetz u. a.: Deutscher Verein (2015). *Positionen und Wirkungen des Deutschen Vereins im Prozess der Reform der Eingliederungshilfe*. *NDV*, 3, 123 ff.

von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vorgelegt.⁶⁴ Anknüpfend an die spezifischen Aufgaben- und Fragestellungen des Versorgungsforschungsauftrags des LZG.NRW ist aus dem Referentenentwurf des BMAS vor allem auf folgende leistungs- und verfahrensbezogene Regelungsinhalte hinzuweisen:

- Gem. § 25 Abs. 2 Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) (Teil 1, Kapitel 5) sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften entsprechend § 88 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB X bilden.
- Entsprechend § 32 plant das BMAS, zur Stärkung der Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung zu fördern, dabei soll insbesondere Peer-Ansätzen eine größere Bedeutung zukommen.
- Nach § 95 (Teil 2, Kapitel 1) sollen die Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherstellen (Sicherstellungsauftrag).
- Gem. § 96 Abs. 1 sollen die Träger der Eingliederungshilfe mit den Leistungsanbietern und anderen Stellen, deren Aufgabe die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen betrifft, zusammenarbeiten.
- Nach § 106 Abs. 1 (Kapitel 2) sollen die Leistungsberechtigten, auf ihren Wunsch auch im Beisein einer Person ihres Vertrauens, vom Träger der Eingliederungshilfe beraten und, soweit erforderlich, unterstützt werden. Gem. § 103 Abs. 2 bezieht sich die Beratung u. a. auf (1) die persönliche Situation, den Bedarf, die eigenen Kräfte und Mittel sowie die mögliche Stärkung der Selbsthilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft einschließlich eines gesellschaftlichen Engagements, (2) den Leistungen nach diesem Teil einschließlich des Zugangs zum Leistungssystem und (3) Leistungen anderer Leistungsträger. Im Rahmen der Beratung und Unterstützung sind die Leistungsberechtigten gem. § 106 Abs. 4 von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege sowie von Angehörigen rechtsberatender Berufe und von sonstigen Stellen auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 hinzuweisen.
- Entsprechend § 117 Abs. 1 (Kapitel 7) sollen die Träger der Eingliederungshilfe ein Gesamtplanverfahren durchführen, das folgende Maßstäbe zu beachten hat:
 - o Beteiligung der Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten beginnend mit der Beratung
 - o Dokumentation der Wünsche der Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen
 - o Beachtung der Kriterien a) transparent, b) trägerübergreifend, c) interdisziplinär, d) konsensorientiert, e) individuell, f) umweltbezogen, g) sozialraumorientiert und h) zielorientiert
 - o Ermittlung des individuellen Bedarfs
 - o Durchführung einer Gesamtkonferenz
 - o Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer

⁶⁴ Vgl. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2016). Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) (Bearbeitungsstand: 26. April 2016).

Gesamtplankonferenz unter Beteiligung betroffener Leistungsträger.

- Der Träger der Eingliederungshilfe soll gem. § 118 Abs. 1 die Leistungen (nach den Kapiteln 3 bis 6) unter Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsberechtigten feststellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfs soll durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert. Dabei soll das Instrument eine Beschreibung u. a. folgender Lebensbereiche vorsehen: Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung und Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.
- Gem. § 119 Abs. 1 kann mit Zustimmung der Leistungsberechtigten der Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtplankonferenz durchführen, um die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 sicherzustellen. Von dem Vorschlag auf Durchführung einer Gesamtplankonferenz kann abgewichen werden, wenn der Träger der Eingliederungshilfe den maßgeblichen Sachverhalt schriftlich ermitteln kann oder der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistungen steht.
- Nach § 121 Abs. 1 soll der Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich nach Feststellung der Leistungen einen Gesamtplan insbesondere zur Durchführung der Leistungen oder einer Einzelleistung aufstellen. Gem. Abs. 2 dient der Gesamtplan der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses.
- Gem. § 122 kann der Träger der Eingliederungshilfe mit dem Leistungsberechtigten eine Teilhabezielvereinbarung zur Umsetzung der Mindestinhalte des Gesamtplans oder von Teilen davon abschließen.⁶⁵

Daneben wurden in den letzten Jahren verschiedene Reformgesetze auf den Weg gebracht, die ebenfalls unmittelbar Einfluss auf die Gestaltung von Planung, Steuerung und Netzwerkbildung im Bereich psychiatrischer und psychosozialer Versorgung haben. Nachfolgend sollen einige (ausgewählte) Gesetzesvorhaben kurz beschrieben werden:

- Mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen „*Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz [GMG])*“ wurden einige wesentliche rechtliche Bestimmungen eingeführt, die unmittelbaren Einfluss auf die Gestaltung der ambulanten und der stationären Versorgung im Bereich der Psychiatrie haben. Dies gilt vor allem für die Möglichkeit gem. § 140a SGB V Integrierte Versorgungsformen (IV) umzusetzen.
- Am 1. Dezember 2011 hat der Bundestag das „*Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV – Versorgungsstrukturgesetz – GKV – VStG*“ verabschiedet. Schwerpunkte des Gesetzes sind u.a. weitere Schritte zur Überwindung der ambulanten-stationären Sektorentrennung sowie insbesondere Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung vor allem auch in ländlichen Regionen.
- Mit dem am 21. Juli 2012 vom Bundestag beschlossenen „*Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)*“ wurde auf der Grundlage von § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) (auch) für die Psychiatrie/Psychosomatik ein neues leistungsbezogenes, pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Dazu wurde der vom „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ (InEK) entwickelte PEPP-Entgelt-

⁶⁵ Vgl. ebenda, insbesondere die Seiten 63 bis 77.

katalog (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) in Optionskrankenhäusern erprobt und sollte 2015 bundesweit verbindlich in allen Krankenhäusern angewendet werden. Durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 wurde die Optionsphase für die Krankenhäuser um zwei Jahre verlängert. Der Zeitraum bis Ende 2016 sollte dabei für eine Überarbeitung des PEPP-Entgeltkatalogs oder eine Neuausrichtung der Entgeltsystematik genutzt werden. Auf Wunsch der Bundesländer hat der Bundesminister für Gesundheit während der verlängerten Optionsphase zu einem strukturierten Dialog eingeladen, die erste Veranstaltung dazu fand im Mai 2015 statt. Zu der Veranstaltung und in den folgenden Monaten wurde von den psychiatrischen und psychosomatischen Fachverbänden sowie weiteren Akteuren eine Vielzahl von Stellungnahmen vorgelegt. Zur zweiten Dialogveranstaltung am 18. Februar 2016 hat der Bundesminister für Gesundheit nach Auswertung aller eingegangenen Stellungnahmen neue „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vorgelegt. Kernpunkte darin sind vor allem das Home Treatment, an der Psych-PV orientierte Personalmindestvorgaben, krankenhausindividuelle Budgets und die Schaffung bundesweiter Qualitätsvergleiche zwischen den Kliniken. Die Neuausrichtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für das neue Psych-Entgeltsystem soll noch im Jahr 2016 erfolgen, sodass das neue Entgeltsystem ab dem Jahr 2017 von allen Abteilungen und Kliniken unter budgetneutralen Bedingungen verbindlich anzuwenden wäre. Da die neuen Personalvorgaben erst Anfang 2020 vorzulegen sind, wird die Psych-PV möglicherweise über den Geltungszeitraum bis Ende 2018 hinaus gültig bleiben.⁶⁶

- Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)“ vom 23. Juli 2015 wurde der § 92a in das SGB V eingefügt. Auf dieser Grundlage werden neue sektorübergreifende Versorgungsformen gefördert, sofern sie „hinreichendes Potential aufweisen“, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Ausführungsbestimmungen dazu sind in § 92b SGB V beschrieben.
- Mit dem zweiten *Pflegestärkungsgesetz (PSG II)* hat die Bundesregierung den zweiten Teil einer umfassenden Pflegereform vorgelegt, die 2014 mit dem ersten *Pflegestärkungsgesetz (PSG I)* eingeleitet wurde. Es sieht ab dem Jahr 2017 als Kernstück die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor, der u. a. statt bisher drei dann fünf Pflegegrade vorsieht. Ein geändertes Begutachtungsverfahren soll gewährleisten, dass Demenz sowie geistige und psychische Beeinträchtigungen ebenfalls neben den körperlichen Einschränkungen Berücksichtigung finden. Geplant ist, in einem dritten Baustein (*PSG III*) die Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen bei der Planung und Steuerung von (ambulanten, teil- und vollstationären) Pflegeangeboten zu stärken (so soll u. a. eine kommunale Pflegestrukturplanung als optionales Instrument der Länder im SGB XI verankert werden) sowie die Koordination und Kooperation bei der Pflegeberatung zu verbessern.⁶⁷

66 Vgl. dazu im Einzelnen: Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen „über den Stand zum Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vom 4. März 2016 und Krüger, U. (2016). PEPP ist weg. Kurswechsel beim Entgeltsystem. *Psychosoziale Umschau*, 2, 21-23.

67 Vgl. dazu im Einzelnen die „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ vom 12. Mai 2015 sowie den vom Bundesministerium für Gesundheit am 26. April 2016 vorgelegten „Referentenentwurf für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (PSG III)“.

- Der Bundestag hat am 18. Juni 2015 das *Präventionsgesetz* verabschiedet. Es sieht diverse Verbesserungen auf diesem Gebiet vor, verpflichtet u. a. die Kranken- und Pflegekassen zu Präventionsprogrammen in Schulen, Kindertagesstätten, Betrieben und Pflegeeinrichtungen. Die Mittel für Präventionsaufgaben werden bei den gesetzlichen Krankenkassen generell erhöht. Um dem Selbsthilfegedanken im Gesundheitswesen stärkere Bedeutung zu verschaffen, sollen Selbsthilfegruppen künftig verstärkt durch die Krankenkassen gefördert werden.

Internationale Ebene

Von großer Bedeutung für die Gestaltung der Versorgung und die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter mit Blick auf Menschen mit Beeinträchtigungen ist – neben den dargestellten Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene – die im Jahr 2009 von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte *UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK)*. Die Behindertenrechtskonvention konkretisiert vor dem Hintergrund spezieller Bedürfnisse und Lebenslagen die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen. Dabei verfolgt die UN-BRK ein grundsätzlich neues Leitbild: die *Inklusion*. Ziel ist es, dass Menschen mit und ohne Behinderungen in allen Lebensbereichen (Erziehung und Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Wohnen, Kultur/Sport/Freizeit, Gesundheit und Pflege, Schutz der Persönlichkeitsrechte, Partizipation und Interessenvertretung, Mobilität und Barrierefreiheit sowie barrierefreie Kommunikation und Information) selbstbestimmt und gleichberechtigt (zusammen-)leben. Allgemeine Grundsätze der UN-Behindertenkonvention sind (s. Artikel 3 und 25 Abs. d):

- Achtung der Würde, Autonomie, Selbstbestimmung
- Nichtdiskriminierung
- volle Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft
- Achtung der Unterschiedlichkeit und Akzeptanz der Vielfalt
- Chancengleichheit
- Barrierefreiheit
- Gleichberechtigung von Mann und Frau
- Achtung vor sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderung und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Die UN-Behindertenrechtskonvention betont – im Sinne dieser Grundsätze – die volle und wirksame gesellschaftliche Teilhabe und wirkt insofern sowohl auf der gesellschaftlichen als auch auf der persönlichen Ebene.⁶⁸

Sowohl die Bundesregierung als auch die Landesregierung Nordrhein-Westfalens haben zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention einen Aktionsplan⁶⁹ vorgelegt. Insbesondere der Aktionsplan der Landesregierung nimmt den Ansatz der Entwicklung eines inklusiven Gemeinwesens auf. Er empfiehlt den Kommunen einen „Planungsansatz, der das Gemeinwesen insgesamt in den Blick nimmt und Sozialräume unter inklusiven Ge-

68 Vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.). (2009). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn: BMAS.

69 Der Aktionsplan des Bundes steht im Internet unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a740-aktionsplan-bundesregierung.html> zur Verfügung (Abruf zuletzt geprüft am 28.01.2016), der Aktionsplan des Landes Nordrhein-Westfalen unter http://www.mais.nrw.de/08_PDF/003/121115_endfassung_nrw-inklusiv.pdf (Abruf zuletzt am 28. Januar 2016).

sichtspunkten weiterentwickelt. Auf dem Weg zu einem ‚inkluisiven Gemeinwesen‘ steht dabei nicht allein das sozialrechtlich normierte ‚Leistungsgeschehen‘, sondern auch das lokale ‚Gesamtgeschehen‘ im Mittelpunkt⁷⁰. Die Landesregierung hat den Kommunen dazu Empfehlungen und eine Arbeitshilfe an die Hand gegeben.⁷¹ Auch die konkreten Handlungsfelder und Maßnahmen (selbstbestimmte Lebensführung, Interessenvertretung, Barrierefreiheit, Arbeit, Bildung, Gesundheit etc.), die im Aktionsplan des Landes beschrieben werden, können ihre Wirksamkeit nur dann entfalten, wenn sie auf kommunaler Ebene aufgegriffen und in eigener Verantwortung gestaltet werden.

Darüber hinaus stellt auch die *UN-Kinderrechtskonvention* einen wichtigen Rahmen für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Nordrhein-Westfalen dar. Mit Blick auf seelisch kranke sowie für teilhabebeeinträchtigte und behinderte Kinder und Jugendliche sind neben den grundsätzlichen Ausführungen (z. B. zu Rechten auf Ruhe, Freizeit, Bildung, Unterhalt, soziale Sicherheit, Meinungs- und Religionsfreiheit, Schutz von Privatsphäre und Ehre, Verbot von Diskriminierung) für Behandlung und Betreuung insbesondere folgende Punkte handlungsleitend:

- Recht auf Gesundheit und Behandlung
- Behandlung, Förderung und Teilhabe behinderter Kinder
- Sicherung von Betreuungs- und Behandlungsstandards
- Verbot rechtswidriger freiheitsentziehender Maßnahmen.

Die UN-Kinderrechtskonvention stellt Flüchtlingskinder unter besonderen Schutz und verlangt für sie angemessene humanitäre Hilfe. Mit Blick auf unbegleitete Flüchtlinge weist die Konvention darauf hin, diesen denselben Schutz zu gewähren wie jedem anderen Kind, das aus irgendeinem Grund dauernd oder vorübergehend aus seiner familiären Umgebung herausgelöst ist.

Vor diesem sozialrechtlichen und -politischen Hintergrund sollen zur Einordnung und Interpretation der Ergebnisse der Sekundäranalyse von Daten sowie der Breiten- und Tieferhebung *Planung, Steuerung, Kooperation sowie Netzwerkbildung* begrifflich präzisiert und stärker voneinander abgegrenzt werden:

- *Planung*: Daten- und konzeptgesteuertes, vorausschauendes Handeln im Hinblick auf die Bereitstellung von Strukturen, Angeboten und Ressourcen, um dadurch Ziele kurz-, mittel- und langfristig zu erreichen.
- *Steuerung*: Systematische und planvolle Lenkung der (leistungsträgerübergreifenden) Hilfen und des Ressourceneinsatzes unter der Maßgabe der Ziel- und Bedarfsgerechtigkeit sowie der Funktionalität, Effektivität und Effizienz der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen. Systematisch bezieht sich Steuerung dabei sowohl auf die Gestaltung der (regionalen und kommunalen) Angebotsstrukturen (Angebotssteuerung) als auch auf die Planung und Organisation individueller Hilfeprozesse (einzelfallbezogene Steuerung).
- *Kooperation und Netzwerkbildung*: Ziel- und praxisorientierte Verknüpfung der im Versorgungssystem handelnden Leistungsträger, Einrichtungen, Dienste und Berufs-

70 Ebenda S. 195.

71 Die Empfehlungen und die Arbeitshilfe sind verfügbar unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mais/inklusive-gemeinwesen-planen-eine-arbeitshilfe/1758> (Abruf zuletzt 22. Januar 2016).

gruppen; Förderung der Zusammenarbeit unter diesen Akteuren und mit den psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen.⁷²

Grundsätzlich kommt der Umsetzung dieser Funktionen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung ein besonderer Stellenwert zu, weil – wie gezeigt – das Hilfesystem stark fragmentiert und „versäult“ ist und gleichzeitig bei vielen psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen ein komplexer Hilfebedarf besteht, der Leistungen und deren Finanzierung von mehreren Leistungsanbietern und -trägern erfordert.

4.3 Integrierte Beschreibung der Ergebnisse

4.3.1 Psychiatriekoordination und -Planung

In den Empfehlungen der Expertenkommission von 1988⁷³ wurde die verbindliche Einführung von Koordinationsstellen zur Psychiatrieplanung auf kommunaler Ebene gefordert. In Nordrhein-Westfalen wurde die Einrichtung von Stellen für Psychiatriekoordination von 1989 an zunächst modellhaft und von 1993 bis 1997 regelhaft vom Land gefördert. Mit dem ÖGDG wurde die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung den unteren Gesundheitsbehörden als eigenständige gesetzliche Aufgabe übertragen.⁷⁴

Wie aus der Breiterehebung hervorgeht, gaben insgesamt zwölf Kommunen⁷⁵ an, dass sie gegenwärtig über keine eigenständige Stelle bzw. Abteilung für Psychiatriekoordination verfügen. In diesen kommunalen Körperschaften werden die Aufgaben einer Psychiatriekoordination ganz überwiegend durch die Leitung des SpDi (N = 8) wahrgenommen. Zugleich wird vereinzelt von Kommunen darauf aufmerksam gemacht, dass zur Aufgabenwahrnehmung nur geringe Stellenanteile zur Verfügung stehen. Zwei Kommunen verweisen auf die Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK) und eine auf die Abteilung Gesundheitswesen, die mit spezifischen Koordinationsaufgaben betraut sind.

Aus den FOGS zugänglichen Datenquellen konnten im Rahmen der Recherche insgesamt 36 Kommunen ermittelt werden, in denen Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren tätig sind, i. d. R. übergreifend als Psychiatrie- und Suchtkoordination definiert. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung bestätigen dieses Bild: In 38 Kommunen besteht eine eigenständige Stelle bzw. Abteilung für Psychiatriekoordination (vgl. Tab. 11). Die Stelle wird von acht Kommunen als eigenständige Psychiatriekoordination eingestuft, in der Mehrzahl allerdings als Psychiatrie- und Suchtkoordination.

72 Vgl. u. a. Bullinger, H. & Nowak J. (1998). *Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus; Oliva, H., Görgen, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Abschlussbericht*. (Schriftenreihe des BMG, Bd. 135). Baden-Baden: BMG; Görgen, W., Hartmann, R. & Oliva, H. (2007). *Integrierte Versorgungsstrukturen in der Caritas Suchthilfe. Bestandsaufnahme und strategische Perspektiven vernetzter Versorgungsstrukturen*. Freiburg im Breisgau: Caritasverband; Oliva, H. & Walter-Hamann, R. (2013). *Suchthilfe in Netzwerken. Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation*, Freiburg im Breisgau, Lambertus Verlag; LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen, Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement (Hrsg.). (2009). *Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement – NBQM. Ein Landesmodellprojekt zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe 2006 – 2008*. Köln: LVR.

73 Vgl. Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: BMFSFJ.

74 Vgl. Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen (2005). *Hilfen zum selbständigen Wohnen in der Stadt Dortmund* (überarbeitete Version vom 2. März 2005). Siegen: ZPE.

75 Eine Kommune hat „nein“ (keine eigenständige Stelle bzw. Abteilung für Psychiatriekoordination) angekreuzt, dann aber keine weiteren Angaben dazu gemacht.

Tab. 11: *Eigenständige Stelle/Abteilung für Psychiatriekoordination in der Kommune*

	Anzahl
nein	12
ja, als eigenständige Psychiatriekoordination	8
ja, als gemeinsame Psychiatrie- und Suchtkoordination	30
Gesamt	50

Die organisatorische *Anbindung* der Psychiatriekoordination erfolgt weit überwiegend an das Gesundheitsamt, in Einzelfällen an das Amt für Soziales und Wohnen (Sozialamt) oder beim Ressort bzw. Fachbereich Soziales. Die *Funktion* kann bei der Abteilungsleitung, als Stabsstelle (z. B. in einem Fachbereich) oder bei der Leitung des SpDi angesiedelt sein. Der Psychiatriekoordination *vorgesetzt* ist häufig die Leitung des Gesundheitsamts oder die Fachbereichs- bzw. Abteilungsleitung.

Die acht Fachkräfte die ausschließlich als *Psychiatriekoordinatorin/Psychiatriekoordinator* tätig sind, verfügen vor allem über folgende *Grundqualifikationen*: Ca. die Hälfte hat ein Diplom in Sozialpädagogik, als weitere Qualifikationen werden Diplome in Verwaltungswirtschaft oder Gesundheits- und Sozialwissenschaft genannt.

Auch bei den 30 als gemeinsame *Psychiatrie- und Suchtkoordination* organisierten Stellen überwiegt die Qualifikation Diplom-Sozialpädagogik bzw. -Sozialarbeit (N = 13). Darüber hinaus sind auch Fachärztinnen und Fachärzte (N = 4) oder Diplom-Psychologinnen und -Psychologen (N = 3) beschäftigt sowie Diplom-Verwaltungswirtinnen und -Verwaltungswirte (N = 3) und sieben anders qualifizierte Mitarbeitende/Fachkräfte (u. a. aus den Bereichen Pädagogik, Soziologie, Master Prävention).

Der *Stellenumfang* liegt bei den Stellen, die als eine eigenständige Psychiatriekoordination organisiert sind, zwischen 0,2 und 1,0 (im Mittel bei 0,62 VZÄ). Auch bei den als gemeinsame Psychiatrie- und Suchtkoordination ausgewiesenen Stellen liegt der Stellenumfang zwischen 0,1 und 1,0 (im Mittel bei 0,76 VZÄ) und zeigt eine breite Streuung: Knapp die Hälfte (N = 13) der Fachkräfte verfügt über eine volle Stelle, drei weitere über rd. 0,85 Stellenanteile und fünf Fachkräfte bekleiden eine halbe Stelle. Zwei Kommunen können den Stellenumfang nicht getrennt ausweisen bzw. nicht explizit angeben.

In der Hälfte der befragten Kommunen steht kein *weiteres Personal* für den Bereich der Psychiatriekoordination zur Verfügung. Andere Antwortenden können auf Sekretariatsanteile (N = 7) zurückgreifen (bis zu 0,5 VZÄ) oder verfügen über weitere Stellenanteile zur Unterstützung der Psychiatriekoordination (0,1 bis 1,1 VZÄ).

Auch die Interviews der Tiefenerhebung haben gezeigt, dass sich die Koordinationsfunktion sowohl auf die Psychiatrie als auch die Sucht- und Drogenhilfe bezieht, sie i. d. R. organisatorisch bei den jeweiligen Gesundheitsämtern verortet ist und das dafür zwischen 0,75 bis 1,0 Stellenanteile zur Verfügung stehen. Mit Ausnahme einer befragten Kommune kann zur Wahrnehmung damit verbundener Aufgaben auf keine weiteren personellen Ressourcen zurückgegriffen werden. In übergreifenden Gesprächen wurde darauf hingewiesen, dass in vielen Kommunen im Verlauf der letzten Jahre die personellen Kapazitäten für Psychiatriekoordination eher reduziert denn erhöht wurden.

Aufgaben der Psychiatriekoordination

Einzelne Antworten (N = 4) beschreiben das *Aufgabenspektrum* der Psychiatriekoordination eher allgemein, z. B. mit „alles was in dem Bereich anfällt“, „Psychiatriekoordinati-

on“ oder „Planung und Weiterentwicklung“. Doch stellt die Mehrzahl (N = 28) der Befragten das Aufgabenspektrum detailliert dar: In einer Kommune werden z. B. „Gesundheitskoordination bzgl. Psychiatrie, Sucht, AIDS, Schwangerenberatung, Psychoonkologie; Vertragsgestaltung mit freien Trägern, Verwaltung der Transferleistungen, Öffentlichkeitsarbeit, Projektentwicklung u. a.“ als Aufgaben angeführt. In einer anderen Kommune umfasst das Tätigkeitsspektrum „Vernetzung, Vor- und Nachbereitung von Gremien, Vorsitz im Arbeitskreis, Kooperation mit LVR, Qualitätssicherung im Betreuten Wohnen, Stellungnahmen schreiben, interkommunale Zusammenarbeit auf dem Gebiet Suchthilfe, Initiierung von Fortbildungen und Aktionstagen etc.“

Mehrheitlich wurden Koordination und Vernetzung sowie Planung und (Weiter-)Entwicklung der Versorgungsstrukturen genannt, häufig auch die Wahrnehmung von Leitung oder Geschäftsführung von Gremien (z. B. PSAG, GPV, Regionale Planungskonferenzen) bzw. die Mitarbeit in Gremien. Die Grundaufgaben der Psychiatriekoordination umfassen damit sowohl fachlich-inhaltliche als auch verwaltungsorganisatorische Tätigkeiten.

Weitere Aufgaben (N = 26) der Psychiatriekoordination betreffen, neben der Wahrnehmung von Abteilungsleitungsfunktionen insbesondere die Gesundheitsberichterstattung sowie die Wahrnehmung der Funktion einer bzw. eines Behindertenbeauftragten. Darüber hinaus werden Projektarbeit und Projektmanagement sowie die fachliche Begleitung verschiedener Gremien bzw. Akteure genannt.

In sieben Kommunen wurde neben der Psychiatriekoordination eine eigene Suchtkoordination dokumentiert. Als Aufgaben der Suchtkoordination werden die Koordination und Vernetzung speziell der Sucht- und Drogenhilfe sowie die Suchtprävention genannt. Die Suchtkoordination ist z. B. für den Bereich der illegalen Suchstoffe zuständig und an die Koordinierungsstelle Drogenhilfe organisatorisch angebunden. Zwei Kommunen erläuterten, dass „Sucht und Psychiatrie hier seit einiger Zeit getrennt sind“ bzw. dass je spezifische Arbeitskreise und Gremien bestehen. Eine andere Kommune betonte die enge Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Psychiatriekoordination, die im gleichen Amt angesiedelt sind.

In den Interviews der Tiefenerhebung wiesen die befragten Sucht- und Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren übereinstimmend darauf hin, dass sie aufgrund ihrer Aufgabenfülle (u. a. Verwaltungstätigkeiten, Teilnahme an diversen Sitzungen, Erstellung von Protokollen, Erstellung von Berichten für die Politik, Geschäftsführungsaufgaben in einer Vielzahl von Gremien) nur noch über sehr begrenzte zeitliche Kapazitäten verfügen, um i. e. S. Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsfunktionen im Bereich psychiatrischer, psychosozialer und suchtbezogener Hilfen und Angebote wahrnehmen zu können. Insgesamt wurde kritisch hervorgehoben, dass in den letzten Jahren verstärkt administrative Aufgaben den Arbeitsalltag der Psychiatrie- und Suchtkoordination prägen. Wünschenswert wäre es aus Sicht der befragten Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren deshalb, wenn zur Wahrnehmung originärer Planungs-, Koordinations- und Vernetzungsaufgaben das Personal aufgestockt werden würde.

Psychiatrieberichte bzw. -pläne

Wie oben dargestellt, stellt in Nordrhein-Westfalen § 21 ÖGDG die rechtliche Grundlage für die kommunale Gesundheitsberichterstattung dar. Danach erstellt die untere Gesundheitsbehörde zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 ÖGDG regelmäßig Gesundheitsberichte auf Basis eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse. Der kommunalen Gesundheitsberichterstattung kommt insgesamt die Funktion zu, Politik, Fachöffentlichkeit und die Bevölkerung über die gesundheitliche Situation, Gesundheits-

risiken und zur Verfügung stehende Gesundheitsleistungen zu informieren sowie Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Dabei soll sie die Basis für kommunale Planungs- und Steuerungsprozesse bilden und zugleich der Kontrolle und Qualitätssicherung im Hinblick auf die Umsetzung von Empfehlungen der KGGK dienen.

Vor diesem Hintergrund konnte FOGS im Zuge der Datenrecherche 18 kommunale *Psychiatrieberichte bzw. -pläne* erfassen. Die Bezeichnung als Psychiatrieplan bzw. -bericht folgt dabei jener der Kommunen, unabhängig davon, ob tatsächlich Planung im eigentlichen Sinne vorliegt. In der schriftlichen Befragung gaben insgesamt fünfzehn Kommunen an, dass ein *Psychiatrieplan* vorliegt; zwölf Kommunen haben einen *Psychiatriebericht* erstellt. Tab. 12 gibt Auskunft darüber, von wann die Pläne bzw. Berichte stammen.

Tab. 12: *Psychiatriepläne/-berichte nach Erscheinungsjahr (chronologisch geordnet)*

Kommune (anonymisiert)	Erscheinungsjahr	
	Psychiatrieplan	Psychiatriebericht
A	1987	
B	1989	
C	1991	
D	1992	
E	1993	
F	1993	
G	1993 - 1995	
H	1997	2013
I	2000	
J	2001	
K	2003	
L	2004	
M	2006, 2007, 2009	
N	2007	
O	2008/2009	
P		2000 und 2005
Q		2002
R		2003
S		2006
T		2007
U		2008
V		2008
W		2010/2011
X		2011
Y		2011
Z		2014

Die in den Kommunen vorliegenden Psychiatriepläne sind oftmals vor vielen Jahren erstellt worden (bis zu 27 Jahre). Wie aus Tab. 12 hervorgeht, stammen die beiden aktuell-

sten Psychiatriepläne aus dem Jahr 2009, neuere Psychiatrieberichte u. a. aus den Jahren 2011, 2013 und 2014. In den anderen Kommunen sind die Psychiatriepläne oftmals älter als zehn Jahre. Eine Kommune bezeichnete die vorliegenden Berichte als veraltet, „eine neue Berichtsform ist in Abstimmung“. Eine andere Kommune wies darauf hin, dass trotz des veralteten Berichts dennoch eine „kontinuierliche strategische und operative Planung und Steuerung zur Weiterentwicklung und Optimierung des Hilfesystems“ erfolgt. Eine Kommune erwähnte, dass die Begleitung der im Psychiatrieplan aufgelisteten Handlungsempfehlungen in der „Fachkonferenz Psychiatrie und Sucht“ erfolgt. Nach Angaben der kommunalen Körperschaften enthält *keiner* dieser Psychiatriepläne konkrete Hinweise auf Planungshorizonte, einmal wurde der Planungszeitraum als „unbefristet“ eingestuft.

Im Vergleich dazu sind die *Psychiatrieberichte* wesentlich aktueller als die o. g. Psychiatriepläne. Der älteste Bericht wurde 2000 erstellt, der aktuellste stammt aus dem Jahr 2014. Vier Berichte wurden in den letzten vier Jahren vorgelegt, wobei für zwei Berichte ein Planungshorizont angegeben wurde (bis 2017 bzw. 2019).

Sowohl die schriftliche Befragung (N = 15) als auch die Tiefenerhebung haben im Hinblick auf Kommunen ohne Psychiatriebericht bzw. -plan gezeigt, dass zum einen die finanziellen Mittel zur Erstellung eines Psychiatrieberichtes eingespart wurden, andere Kommunen verwiesen auf unzureichende personelle Kapazitäten, um einen datengestützten Psychiatrieplan zu erarbeiten. In vier Kommunen liegen Teilpläne vor (z. B. Psychiatrie, Psychotherapie), deshalb wurde auf die Erstellung eines umfassenden Plans verzichtet. Weitere Kommunen erläuterten, dass Planung und Berichterstattung (bei Bedarf) auch ohne schriftliche Niederlegung im Rahmen von (Vernetzungs-)Gremien (z. B. PSAG, KGK, Regionalkonferenz) erfolgen könne, manche Kommune befand „solche Pläne als Arbeitsinstrument nicht sehr geeignet“, besser sei die verbindliche Arbeit in Netzwerken unter Beteiligung der Politik (u. a. GPV, Regionalkonferenz). Eine andere Kommune betonte, dass Psychiatrieplanung als fortlaufender Arbeitsgruppen-Prozess stattfindet, in dem „Handlungsempfehlungen“ erarbeitet und auch umgesetzt werden. Weitere Kommunen gaben an, Jahresberichte, z. B. des SpDi zu nutzen oder im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Daten aufzubereiten, um auf diesen Grundlagen Bedarfe zu ermitteln, Änderungen in den Anforderungen der Arbeit oder bei den Angeboten abzustimmen und Ziele ggf. (neu) zu formulieren.

Vier Kommunen schilderten, dass ein Psychiatriebericht in Planung bzw. in Arbeit sei, ein Psychiatrieplan und ein Basisgesundheitsbericht (mit sozialpsychiatrischen Daten) z. Zt. erstellt sowie ein Suchthilfeplanungskonzept inkl. Berichtswesen entwickelt würden. Eine weitere Kommune plant die Erstellung eines „kommunalen inklusionsorientierten Psychiatrieplans“ unter Beteiligung aller Akteure des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen von psychisch kranken und suchtkranken Menschen soll mittelfristig in diesem Plan dargestellt werden. Als wichtige Aufgabe wird zudem die Organisation langfristiger Versorgungsleistungen im Sinne von einer Gesamthilfeplanung (wirkungsorientierte Steuerung) formuliert. Der Inklusionsplan soll der Begrenzung ökonomischer Ressourcen ebenso Rechnung tragen wie der Notwendigkeit von Qualitätsstandards. Planung, Kooperation, Steuerung und Sozialraumorientierung (Erbringung von Leistungen unmittelbar im Sozialraum) werden als wichtige Grundlage eingestuft, um mit den bestehenden Ressourcen die Qualität und Quantität des Hilfe- und Unterstützungssystems für psychisch- bzw. suchtkranke Menschen in der Kommune weiterzuentwickeln.

Die in der Tiefenerhebung geführten Interviews bestätigten die im Rahmen der schriftlichen Befragung erfassten Bewertungen ganz überwiegend. Insbesondere wurden in den verschiedenen Gesprächen folgende Gesichtspunkte ergänzend hervorgehoben:

- Zum einen wurde von der überwiegenden Zahl der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner der Kommunen betont, dass die Fortschreibung älterer Psychiatriepläne bzw. die Erstellung neuer Psychiatriepläne – aufgrund veränderter sozialrechtlicher, demographischer und epidemiologischer Rahmenbedingungen – dringend erforderlich wäre, um auf einer belastbareren Datenbasis Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsaufgaben wahrnehmen zu können. In den neu erstellten Plänen müssten dabei valide Daten insbesondere zur Ist-Situation der psychiatrischen und psychosozialen (regionalen bzw. kommunalen) Angebotsstrukturen sowie zu den beobachteten Versorgungslücken und Bedarfen und daraus abgeleitet Handlungsempfehlungen enthalten sein.
- Zum anderen wiesen die meisten Interviewten darauf hin, dass schon lange keine ausreichenden personellen Ressourcen (mehr) zur Verfügung stünden (s. o.), um neue Psychiatriepläne bzw. -berichte – etwa als gemeinsame Prozesse mit relevanten Akteuren – zu erarbeiten. Lediglich in einer Kommune kann derzeit eine vergleichsweise umfassende Gesundheitsberichterstattung als Grundlage von Planungsprozessen umgesetzt werden, weil hierfür eine zusätzliche Fachkraft im Gesundheitsamt zur Verfügung steht.
- Lediglich in einer Kommune wurde die Auffassung vertreten, dass Psychiatriepläne „nicht mehr das Instrument der Wahl seien“, um Steuerungs- und Koordinationsaktivitäten angemessen zu unterstützen. „Effektiver sei stattdessen die Arbeit in Vernetzungsgremien.“
- Darüber hinaus wurde in den Gesprächen angemerkt, dass für die Gesundheitsberichterstattung des Landes und der Kommunen ein einheitlicher „Kerndaten- bzw. Indikatoren-Satz Psychiatrie“ (bspw. ähnlich dem „Deutschen Kerndatensatz Sucht“, jedoch auf weniger/andere Aspekte fokussiert) entwickelt werden müsste. Wichtig sei daneben auch, die Dokumentation der Unterbringungen nach PsychKG landesweit einheitlich zu gestalten.

Ob und wie *Daten von SpDi, kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten oder anderen Hilfen bei psychischen Krisen* für die Psychiatrieplanung in einer Kommune genutzt werden, beantworteten in der Breiterehebung sowohl Kommunen, für die kein Psychiatrieplan bzw. -bericht vorliegt als auch Kommunen mit einem Plan oder Bericht. Genutzt werden vorhandene Datenquellen bzw. Statistiken sowie Jahresberichte in unterschiedlichem/er Umfang bzw. „Datentiefe“. Häufiger wurden die Jahresstatistiken der SpDi genannt, vereinzelt PsychKG-Statistiken, Jahresberichte des Krisendienstes, Statistiken der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe-Einrichtungen für Menschen mit seelischen Behinderungen bzw. längerfristiger Suchterkrankung oder auch Auswertungen der (pflichtversorgenden) Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie. Weitere Hinweise beziehen sich auf Angaben zur Klientel oder Daten zur Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen, ohne dass diese näher spezifiziert wurden.

Eine Kommune wies darauf hin, dass über Inanspruchnahme-Statistiken bzw. die erreichten Personen und ihre Merkmale sowie über bestimmte Angebote und Leistungen regelmäßig in Fachgremien sowie in einer vom Gesundheitsamt veröffentlichten Datensammlung berichtet wird. Diese Informationen dienen als Grundlage zur angebotsübergreifenden Abstimmung der Beschreibung und Bewertung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Zielgruppe.

Manche Kommunen können also für Planungsprozesse auf weitere Daten zurückgreifen. Allerdings bleiben sowohl der Umfang der Nutzung als auch der Stellenwert für planerische Aspekte unklar. Die Erhebungen verdeutlichten zudem, dass für die in den SpDi eingesetzten EDV-gestützten Dokumentationssysteme teilweise keine Auswertungsmodu-

le vorhanden sind, um relevante Daten für eine Psychiatrieplanung zu erzeugen. So mussten die Angaben zu vielen Fragen nach Klienten-Merkmalen im Rahmen der Breitenerhebung geschätzt werden (vgl. Kap. 3).

4.3.2 Steuerung, Koordination und Netzwerkbildung

Ausgehend von der Zielsetzung, eine personenzentrierte Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen umzusetzen, spielen Planung, Steuerung und Netzwerkbildung mit Blick auf psychiatrische und psychosoziale Hilfen eine zentrale Rolle. Dies betrifft zum einen die koordinierte Planung und Erbringung der Hilfen auf individueller Ebene; zum anderen bezieht sie sich auch auf Vereinbarungen und Absprachen, die die Dienste und Einrichtungen bzw. ihre Träger in einer Kommune bzw. Versorgungsregion treffen sowie auf „institutionalisierte“ Formen der Kooperation (z. B. Kommunale Gesundheitskonferenzen [KGK]⁷⁶, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften [PSAG], Gemeindepsychiatrische Verbände [GPV] oder andere Formen institutioneller Zusammenarbeit). Für deren Umsetzung sind neben internationalen (vor allem UN-BRK) und nationalen Bestimmungen (u. a. SGB I, II, III, V, IX, X, XI und XII) sowie für Nordrhein-Westfalen darüber hinaus das ÖGDG (§§ 23 und 24) in Verbindung mit dem PsychKG (vor allem § 10, Abs. 2, Satz 1) bedeutsam (s. o.).

Im Rahmen der Datenrecherche zum Handlungsfeld 2 konnten insbesondere folgende Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsstrukturen/-gremien erfasst werden:

- Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK) und/oder Arbeitsgruppen
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG)
- Regionale Planungskonferenzen (LWL) und Regionalkonferenzen (LVR)⁷⁷
- Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV)
- Psychiatriebeiräte
- Dialogforen
- sonstige Gremien.

Wie bereits dargestellt, wiesen die durch die Recherche und Sekundäranalyse gewonnenen Zwischenergebnisse Informationslücken hinsichtlich wesentlicher Untersuchungsdimensionen auf (z. B. personelle Ressourcen, Aufgaben, Mitgliederzahl), die größtenteils im Rahmen der Breitenerhebung geschlossen werden konnten. Die nachfolgende Tabelle informiert auf Basis der schriftlichen Befragung über die verschiedenen, auf die psychiatrische und psychosoziale Versorgung bezogenen Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsgremien in den nordrhein-westfälischen Kommunen.

76 Vgl. zu Implementierung, Struktur und Aufgabenwahrnehmung der KGK BearingPoint/FOGS (2003). *Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW*. Abschlussbericht für das MAGS NRW. Hamburg/Köln, S. 131 ff.

77 Hinsichtlich der Regionalen Planungskonferenzen (LWL) bzw. Regionalkonferenzen (LVR) soll darauf hingewiesen werden, dass sie i. d. R. kooperativ zwischen den beiden Landschaftsverbänden LVR und LWL sowie den jeweiligen Kommunen durchgeführt werden.

Tab. 13: Übersicht über die von den Kommunen dokumentierten Steuerungsgremien (N = 50)

Gremien	Anzahl	Gremien	Anzahl
Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK)	37	Regionale Planungskonferenzen/Regionalkonferenzen	29
- AG Psychiatrie der KGK	7	Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV)	13
- AG Gerontopsychiatrie der KGK	8	Psychiatriebeiräte	6
- AG psychisch kranke Kinder/Jugendliche der KGK	7	Dialogforen	11
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG)	38	weitere Formen der Zusammenarbeit (sonstige Gremien)	23

Neben KGK und PSAG arbeiten Regionale Planungskonferenzen/Regionalkonferenzen in der überwiegenden Zahl der befragten Kommunen. Ein Vergleich der Befragungsergebnisse hinsichtlich der o. g. Gremien mit den Auswertungen der Sekundäranalyse weist folgende Befunde auf:

- Während im Rahmen der Datenrecherche das Vorhandensein von insgesamt 47 KGK ermittelt wurde, konnten in der schriftlichen Befragung lediglich für 37 KGK vertiefende Angaben erfasst werden.
- In der von FOGS durchgeführten Datenrecherche konnten für 32 Kommunen Daten zu PSAG erhoben werden; demgegenüber zeigt die Breitenenerhebung, dass augenscheinlich in 38 kommunalen Gebietskörperschaften entsprechende Gremien vorhanden sind.
- Im Verlauf der Datenrecherche konnten für insgesamt 17 Kommunen Daten zu GPV festgestellt werden, während im Rahmen der schriftlichen Befragung Daten zu lediglich 13 GPV dokumentiert wurden.
- Acht Kommunen benennen insgesamt elf Dialogforen als (auch) für Planung und Steuerung relevante Gremien. Hinzu kommen weitere Dialogforen: Insgesamt 22 der befragten Kommunen berichteten über derartige Foren, die Datenrecherche weist sogar 29 Dialogforen in NRW aus (vgl. Kap. 4.3.2.6).

Nachfolgend werden – auf Basis der Breiten- und Tiefenerhebung – die verschiedenen Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsgremien hinsichtlich wesentlicher (quantitativer und qualitativer) Aspekte, wie z. B. formale Grundlagen, Aufgaben und Mitglieder/Akteure, Entwicklungsbedarfe und Beispiele guter Praxis vertieft beschrieben.

4.3.2.1 Kommunale Gesundheitskonferenzen

Ein wesentliches Ziel der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen bestand darin, die Gesundheitsplanung und -steuerung sowie das kommunale Gesundheitsmanagement zu verbessern und dafür leistungsfähige informationelle Grundlagen, Strukturen und Instrumente zu entwickeln und in den unteren Gesundheitsbehörden zu implementieren. Vor diesem Hintergrund kommt der Kommunalen Gesundheits-

konferenz (KGK) „als neues legislatives Element kommunikativer, auf Konsens angelegter Gesundheitspolitik“⁷⁸ eine herausragende Bedeutung für die Umsetzung der Ziele zu.

Gem. § 24 Abs. 1 ÖGDG wird die Kommunale Gesundheitskonferenz von Rat oder Kreistag als Versammlung der an der Gesundheitsförderung und -versorgung der Bevölkerung beteiligten Akteure, Selbsthilfegruppen und Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz einberufen. Ihre Funktion besteht vor allem darin, auf örtlicher Ebene Fragen zu sozialer und gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung mit dem Ziel der Koordinierung zu beraten und bei Bedarf Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Wie oben aus Tab. 13 hervorgeht, gaben im Rahmen der Breitenerhebung 37 Befragte an, dass in ihrer Kommune eine KGK eingerichtet wurde. Als Arbeitsgrundlage der KGK wird fast ohne Ausnahme eine Geschäftsordnung (GO) (N = 34; vgl. Tab. 83 im Anhang) angegeben, die übrigen Angaben beziehen sich auf die gesetzliche Grundlage im ÖGDG.

Die FOGS vorliegenden Geschäftsordnungen der KGK umfassen in erster Linie folgende Regelungsbereiche:

- Rechtsgrundlage/n
- Mitglieder/Zusammensetzung
- Ziele und Aufgaben
- Arbeitsgruppen (und öffentliche Fachforen)
- Leitung und Geschäftsführung
- Sitzungen/Sitzungshäufigkeit
- Einladung und Tagesordnung
- Beratungsergebnisse und Abstimmungen/Empfehlungen und Stellungnahmen.

Im Bereich Ziele und Aufgaben werden in den Geschäftsordnungen (GO) vorrangig folgende Aspekte genannt:

- gemeinsame Beratung der gesundheitliche Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung verschiedener Hilfe-/Angebotsbereiche wie z. B. medizinische Behandlung, psychiatrische und Suchtkrankenversorgung, medizinisch-soziale Behandlung und Betreuung älterer Menschen, Menschen mit Behinderungen sowie Personen mit chronischen Erkrankungen
- Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung
- Steigerung der Transparenz der Leistungsangebote
- Abstimmung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Sicherstellung einer bürgernah gestalteten und am Bedarf ausgerichteten Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen.

Die *Leitung* der KGK liegt häufig beim Gesundheitsamt (z. B. Stabsstelle, Geschäftsführung) bzw. wird vom Landrat, dem Kreisdirektor oder der Sozial- bzw. Gesundheitsdezernentin/-dezernent wahrgenommen.

Angaben zu *Personalkapazitäten der Geschäftsstelle* der KGK liegen aus 21 Kommunen vor: Der Umfang liegt dabei zwischen 0,12 und 1,6 Stellen (im Mittel bei 0,65 VZÄ), wobei fünf Geschäftsstellen über eine Vollzeit-Stelle und zwei weitere über 1,5 bzw. 1,6

78 Kuschke, W., Lafontaine, J., Scharf, B. & Stollmann, F. (2001). *Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)*. Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.

Stellen verfügen. Zwei weitere Kommunen wiesen darauf hin, dass der Stellenumfang nicht getrennt ausgewiesen wird. Zu den für die KGK im Jahr 2014 bereitgestellten *Budgets* liegen sechs Angaben vor, sie variieren zwischen 1.275,- bis zu 15.000,- Euro.

Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen haben im Jahr 2014 unterschiedlich häufig getagt (N = 29): Während in 16 Kommunen in 2014 jeweils zwei Sitzungen stattfanden, wurde/n in elf Kommunen eine Sitzung und in zwei Kommunen vier Sitzungen durchgeführt. Protokolle der Sitzungen werden fast überall angefertigt (N = 34), öffentlich zugänglich sind diese in gut zwei Fünftel der Kommunen (N = 15).

Wie aus der schriftlichen Befragung hervorgeht, sind die *Aufgaben* der KGK sehr vielfältig (vgl. Tab. 84 im Anhang): Am häufigsten wurden in der Breitenerhebung die Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung, die Überprüfung und/oder Weiterentwicklung psychosozialer und gesundheitsbezogener Versorgungsstrukturen in der Kommune genannt. Weitere Aufgaben sind die Sicherstellung einer bürgernahen Versorgung und die gemeinsame Fort- und Weiterbildungsplanung/-durchführung. Die Kommunen benennen bis zu neun Aufgaben der KGK, der Durchschnitt liegt bei vier Aufgaben.

Insgesamt hat sich in den Gesprächen der Tiefenerhebung gezeigt, dass die Kommunalen Gesundheitskonferenzen in ihrer Arbeit vor allem auf eine *Verbesserung der örtlichen gesundheitlichen und medizinischen Versorgung* ihrer Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet sind. Selbst wenn Arbeitsgruppen (s. u.) z. B. zu psychiatrisch relevanten Themen bzw. Zielgruppen bestehen, kommt der Planung, Weiterentwicklung und Vernetzung der i. e. S. psychiatrischen Angebotsstrukturen nur ein eher untergeordneter Stellenwert zu.

Während von 37 Kommunen drei in der schriftlichen Befragung angaben, die *Mitglieder/Akteure* seien nicht genau bekannt, sind die nachfolgende aufgeführten Mitglieder/Akteure in (nahezu) allen Kommunen repräsentiert.⁷⁹

- politische Fraktionen/zuständige Ausschüsse (N = 33)
- Gesundheits- und Sozialamt (N = 33)
- Ärztekammer (N = 33)
- Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung (N = 33)
- Apothekenkammer (N = 33)
- gesetzliche/private Krankenversicherung (N = 34)
- (somatische) Krankenhäuser (N = 33)
- Selbsthilfe-Vertretungen (N = 31).

Mindestens 20-mal werden als Mitglieder der KGK weitere Leistungsträger wie die gesetzliche Pflege- Renten- und Unfallversicherung sowie psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (außer für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik), teil- und vollstationäre Einrichtungen der Pflege und ambulante Pflegedienste benannt.

Die Größe der KGK (Anzahl berufener Mitglieder) weist eine erhebliche Bandbreite auf: Das Minimum liegt danach bei zwölf, das Maximum bei 31 Personen, die durchschnittlich berufenen Personenzahl beträgt 20.

Auch die Interviews der Tiefenerhebung zeigen, dass die Kommunale Gesundheitskonferenz in den jeweiligen Kommunen ganz überwiegend dasjenige Gremium ist, in dem

⁷⁹ Das Mitgliedsspektrum der KGK ist in Tab. 86 im Anhang detailliert dargestellt.

Leistungsträger (vor allem Krankenkassen sowie Renten- und Unfallversicherung) vertreten sind. Darüber hinaus sind i. d. R. auch Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. von Selbsthilfegruppen Mitglied in den KGK, was die Ergebnisse der KOSKON-Untersuchung zur Mitwirkung in KGK aus dem Jahr 2014 bestätigt. Die Untersuchung verweist aber auch auf eine differenzierte Bewertung der Beteiligung, mit z. T. begrenzte Wertschätzung und Auswirkungen auf die Arbeit und die Entscheidungen der KGK.⁸⁰ Im Unterschied zu anderen Gremien (z. B. der PSAG) sind meist die an den KGK beteiligten Institutionen/Organisationen durch Leitungspersonen („*Entscheider*“) repräsentiert.

Schließlich haben die Gespräche in der Tieferenerhebung ergeben, dass in keiner der sechs Kommunen – neben der KGK bzw. der u. g. Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsgremien – Regionale Arbeitsgemeinschaften gem. § 12 Abs. 2 SGB IX (als Leistungsträger-Verbund) arbeiten.⁸¹

Arbeitsgruppen der KGK

Die schriftliche Befragung zeigt, dass in zehn Kommunen den Kommunalen Gesundheitskonferenzen Arbeitsgruppen (AG) zugeordnet sind, die die psychiatrische Versorgung i. e. S. betreffen. Fünf Kommunen ohne eine Kommunale Gesundheitskonferenz geben ebenfalls Arbeitsgruppen (AG) an, die der psychiatrischen Versorgung i. e. S. zugeordnet werden können:

- AG „Psychiatrie“
- AG „Gerontopsychiatrie“
- AG „Psychisch kranke Kinder/Jugendliche“.

Während in zehn Kommunen jeweils *eine* AG existiert, arbeiten in drei Kommunen *zwei* und in zwei Kommunen *drei* Arbeitsgruppen.

Für sieben Kommunen wird (auch) eine *AG Psychiatrie* der KGK dokumentiert. Die Grundlage für die Arbeit der Arbeitsgruppen bildet in drei Kommunen eine Geschäftsordnung, ebenfalls in drei Kommunen handelt es sich entweder um einen informellen Zusammenschluss der beteiligten Akteure oder es wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.

Die *Leitung* der AG Psychiatrie liegt z. T. bei der Geschäftsstelle der KGK, der Psychiatriekoordination, der Leitung des SpDi oder teilweise beim Fachbereich Soziales bzw. der Amtsleitung des Gesundheitsamts. Aus drei Kommunen liegen Angaben zur *Personalkapazität* vor: Der Stellenumfang variiert dabei zwischen 0,1 und 1,0 Stelle.

Im Jahr 2014 tagten die verschiedenen AG Psychiatrie unterschiedlich häufig: Die Sitzungen fanden teilweise einmal im Jahr, in manchen Kommunen auch häufiger statt (zwei- bis dreimal pro Jahr). Alle Arbeitsgruppen protokollieren ihre Sitzungen, die Protokolle sind z. T. öffentlich zugänglich.

Zu den *Aufgaben*⁸² der AG Psychiatrie zählen insbesondere die Mitwirkung an kommunaler Psychiatrieplanung und Gesundheitsberichterstattung, der Überprüfung und Weiterentwicklung der Versorgung(-strukturen) und/oder gemeinsame Fort- und Weiterbil-

⁸⁰ Vgl. S. 149 sowie: Kaiser, A. (2014). Die Beteiligung der Selbsthilfe an der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Ergebnisse einer Befragung der Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen. *NAKOS INFO*, 111, 29-31.

⁸¹ Vgl. auch § 25 Abs. 2 des Referentenentwurfs zum BTHG.

⁸² Vgl. Tab. 84 im Anhang.

dungsplanung und -durchführung. Seltener wurden die Sicherstellung der Versorgung bzw. Entwicklung gemeinsam organisierter Betreuungsprozesse oder (einrichtungsübergreifende) Fallkonferenzen/-besprechungen als Aufgabe genannt.

Zu den *Mitgliedern*⁸³ zählen in (fast) allen Arbeitsgruppen Psychiatrie:

- Gesundheits- und Sozialamt
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege
- psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen
- stationäre Wohn Einrichtungen und Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen.

Als weitere Akteure wurden häufiger (N = 4 bzw. N = 5) Beschäftigte von Tagesstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen sowie Beratungsstellen und/oder Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder Selbsthilfe-/Betroffenen-/Angehörigengruppen genannt.

Eine *AG Gerontopsychiatrie* wurde für acht Kommunen erfasst. Auch hier bildet eine Geschäftsordnung (N = 3) die Arbeitsgrundlage oder es handelt sich um einen informellen Zusammenschluss der beteiligten Akteure (N = 3).

Die *Leitung* der AG Gerontopsychiatrie liegt entweder bei der Psychiatriekoordination (N = 3) oder der Leitung des SpDi bzw. beim Gesundheitsamt.

Fast alle Arbeitsgruppen protokollieren ihre Sitzungen, wobei die *Protokolle* i. d. R. nicht öffentlich zugänglich sind. Der Sitzungsrhythmus variiert zwischen einmal bis zu viermal pro Jahr (2014).

Von der AG Gerontopsychiatrie werden in der Mehrzahl insbesondere folgende *Aufgaben*⁸⁴ durchgeführt:

- Überprüfung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung bzw. an der kommunalen Psychiatrieplanung.

Zu den *Mitgliedern*⁸⁵ zählen in (fast) allen AG „Gerontopsychiatrie“:

- Gesundheitsamt
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege
- psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen
- Tageskliniken für psychisch kranke Personen
- Tagesstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen
- Sozialamt.

83 Vgl. Tab. 86 im Anhang.

84 Vgl. Tab. 84 im Anhang.

85 Vgl. Tab. 86 im Anhang.

Als weitere Akteure (N = 4) sind ambulante Pflegedienste und/oder Krankenhäuser (soma- tisch) beteiligt; Selbsthilfe-/Betroffenen-/Angehörigengruppen sind in zwei AG Ge- rontopsychiatrie vertreten.

In sieben Kommunen existiert eine *AG psychisch kranke Kinder/Jugendliche*. Die Arbeit basiert – wie die schriftlich Befragung zeigt – entweder auf einer Geschäftsordnung bzw. es handelt sich um informelle Zusammenschlüsse.

Geleitet werden die AG psychisch kranke Kinder/Jugendliche entweder durch die Leitung des Gesundheitsamts, die Leitung des SpDi oder durch den Kinder- und Jugendgesund- heitsdienst.

Sämtliche AG psychisch kranke Kinder/Jugendliche fertigen *Protokolle* ihrer Sitzungen an, diese sind in der Mehrzahl nicht öffentlich zugänglich. Die AG treffen sich (mindest- ens) zwei- bis zu viermal im Jahr (2014).

Nachfolgende *Aufgaben*⁸⁶ bestimmen weit überwiegend die Arbeit der AG psychisch kranke Kinder/Jugendliche:

- Überprüfung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- gemeinsame Fort- und Weiterbildungsplanung und -durchführung
- Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung bzw. an der kommunalen Psychiat- rieplanung.

Zu den *Mitgliedern*⁸⁷ der AG psychisch kranke Kinder/Jugendliche zählen – wie schon in den anderen Arbeitsgruppen – vor allem:

- Gesundheitsamt
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege
- psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen
- psychiatrische Tageskliniken
- (sozial-)psychiatrische Beratungsstellen.

Zu den weiteren Mitgliedern (N = 4 bzw. N = 5) zählen Vertreterinnen und Vertreter des Sozialamts, niedergelassene Ärztliche/Psychologische Psychotherapeutinnen und Psycho- therapeuten sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psycho- somatik, Nervenheilkunde, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Zusammenfassend betrachtet wurde in der Breitenerhebung für 37 Kommunen eine Kommunale Gesundheitskonferenz dokumentiert. Fast ausnahmslos basiert die Arbeit der KGK auf einer Geschäftsordnung (vgl. Tab. 83 im Anhang). Die Leitung der KGK wird häufig von Führungskräften des Gesundheitsamts (z. B. Stabsstelle, Geschäftsführung) bzw. von der Fachbereichsleitung wahrgenommen. Zu den „Kernaufgaben“ der KGK zählen – wie sowohl die Breiten- als auch die Tiefenerhebung gezeigt haben – die Wei- terentwicklung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungsstrukturen sowie die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene. Wie aus den Interviews der Tie- fenerhebung hervorgeht, spielen dabei die Kommunalen Gesundheitskonferenzen eine

86 Vgl. Tab. 84 im Anhang.

87 Vgl. Vgl. Tab. 86 im Anhang.

eher untergeordnete Rolle für die kommunale Psychiatrieplanung sowie die Überprüfung und Weiterentwicklung (i. e. S. psychiatrischer) Versorgungsstrukturen.

Die Besetzung der KGK (Anzahl der Mitglieder) variiert zwischen den Kommunen (N = 37) erheblich: Knapp 24 % weisen zwischen zwölf bis 16, rund 36 % zwischen 17 und 19 und rund 40 % zwischen 20 und 31 Mitglieder auf. In den KGK sind neben der Politik ganz überwiegend wesentliche Akteure der gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme repräsentiert. Zugleich sind auch Vertreterinnen und Vertreter der Leistungsträger (vor allem gesetzliche/private Krankenversicherung sowie Renten- und Pflegeversicherung) sowie Selbsthilfe-/Betroffenen-/Angehörigengruppen in der KGK vertreten.

Für die Mehrzahl der befragten Kommunen wurden keine *Arbeitsgruppen der KGK* dokumentiert. In fünfzehn Kommunen mit einer AG (der KGK) reicht die Anzahl von einer bis zu drei Arbeitsgruppen. Zu den Aufgaben, die in den AGs wahrgenommen werden, zählen insbesondere die Überprüfung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Region/Kommune sowie die Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung bzw. der kommunalen Psychiatrieplanung sowie die gemeinsame Fort- und Weiterbildungsplanung/-durchführung.

Die Besetzung der Arbeitsgruppen der KGK (Anzahl der Mitglieder) variiert ebenfalls zwischen 5 und 34 Personen. Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfe-Kontaktstellen, Betroffenen- und/oder Angehörigengruppen sind in der AG Psychiatrie der KGK in vier (von sieben) AG repräsentiert, in den anderen AGs deutlich seltener.

Aus den Gesprächen im Rahmen der Tiefenerhebung ist insgesamt hervorzuheben, dass – etwa im Vergleich zu den PSAG (s. u.) – in den KGK vorrangig Entscheidungsträger der jeweiligen Akteure mitwirken. Zudem ist zu erwähnen, dass die KGK i. d. R. das einzige Planungs- und Vernetzungsgremium sind, in dem überall Vertreterinnen und Vertreter von Leistungsträgern beteiligt sind. Aus Sicht der meisten im Rahmen der Tiefenerhebung interviewten Personen steht und fällt die Qualität der Arbeit der KGK vor allem damit, welchen Stellenwert die Politik und die Verwaltung der jeweiligen Kommune diesem Gremium zumessen.

4.3.2.2 Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Wie oben bereits beschrieben, stellt die Koordination der gesundheitlichen Versorgung eine wichtige Aufgabe der kommunalen Körperschaften dar (§ 23 ÖGDG in Verbindung mit § 6 PsychKG). In Nordrhein-Westfalen spielen neben den KGK *Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG)* schon seit vielen Jahren⁸⁸ eine wichtige Rolle für die (Weiter-)Entwicklung und Vernetzung der Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen sowie für die daran beteiligten Hilfesysteme.

Erwartungsgemäß hat deshalb sowohl die Datenrecherche als auch die schriftlichen Befragung gezeigt, dass in einer Vielzahl nordrhein-westfälischer Kommunen die PSAG planende und vernetzende Aufgaben wahrnehmen (im Rahmen der Datenrecherche konnten für 32, in der Breitenerhebung für 38 Kommunen Angaben zu PSAG erfasst werden).

Wie die Befragung der kommunalen Körperschaften zeigt, basiert die *Zusammenarbeit* der Mitglieder der PSAG ganz überwiegend entweder auf einer Geschäftsordnung

⁸⁸ Bereits im Jahr 1976 verpflichtete der Landesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW in einem Runderlass die Kreise und kreisfreien Städte dazu Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften zur Entwicklung einer angemessenen flächendeckenden psychosozialen Versorgung zu bilden.

(N = 18) oder Satzung (N = 7; vgl. Tab. 83 im Anhang); in zwei PSAG kooperieren die Mitglieder auf der Grundlage eines eingetragenen Vereins (e. V.). Im Unterschied dazu stellt die PSAG bei weiteren zehn Befragten eher einen informellen Zusammenschluss dar.

Die von FOGS recherchierten Geschäftsordnungen bzw. Satzungen beinhalten vor allem folgende Regelungen:

- Name und Sitz
- Aufgaben/Zweck der PSAG
- Erwerb und Beendigung der Mitgliedschaft
- Organe (Mitgliederversammlung und Vorstand)
- Beschlussfassung (Vorstand und Mitgliederversammlung).

In den GO bzw. Satzungen werden überwiegend folgende Aufgaben beschrieben:

- Ausbau der Angebote vor allem für Menschen mit besonderen seelischen Erkrankungen und Belastungen
- Aufdeckung von Versorgungslücken und Planung sowie Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung
- Koordinierung der Planungen und Vernetzung der psychosozialen Versorgung
- gegenseitige fachliche Information und Beratung
- Fortbildung der Mitglieder bzw. der Beschäftigten der Dienste.

Einzelne Geschäftsordnungen bzw. Satzungen der PSAG sehen die Schaffung von Arbeitsgruppen bzw. -kreisen vor, die i. d. R. zielgruppenspezifische (u. a. Kinder und Jugendliche, wohnungslose psychisch kranke Personen, ältere psychisch kranke Menschen) Arbeitsaufträge bzw. Themen bearbeiten.

Bezogen auf die *Leitung der PSAG* zeigt sich eine vielfältige Ausgestaltungspraxis: Entweder wird diese Funktion von der Psychiatriekoordination oder dem Gesundheitsamt, einem Sprecherrat, der Geschäftsstelle der KGK oder leitenden Ärztinnen und Ärzte aus den Kliniken wahrgenommen. Vereinzelt wurden auch ein „ehrenamtlicher Vorsitz“ oder ein „wechselnder Vorsitz“ genannt.

Aus 19 Kommunen liegen Angaben zu den *Personalkapazitäten der Geschäftsstelle* der PSAG vor: Bei neun Antwortenden liegt der Stellenumfang zwischen 0,05 und 1,0 Stelle, der Durchschnittswert beträgt 0,33 Stellenanteile. In den anderen Kommunen ist die personelle Ausstattung nicht getrennt ausgewiesen bzw. die Geschäftsführung wird durch andere Funktionsträger wahrgenommen (s. o.). Ein eigenes finanzielles *Budget* steht für die PSAG i. d. R. nicht zur Verfügung.

Fast alle PSAG (N = 32) protokollieren ihre Sitzungen, öffentlich zugänglich sind die Protokolle – wie die Befragungsergebnisse zeigen – lediglich in acht Kommunen. Die Sitzungshäufigkeit (N = 20) stellt sich im Jahr 2014 sehr unterschiedlich dar: Die Angaben liegen zwischen einer Sitzung im Jahr bis zu 28 Sitzungen, wobei teilweise auch die Anzahl der Untergruppensitzungen bzw. der Fachgruppen sowie des Sprecherrats angegeben wurden.

Auch das *Aufgabenspektrum* der PSAG⁸⁹ weist eine große Bandbreite auf (vgl. Tab. 84 im Anhang). Sowohl die Weiterentwicklung psychosozialer Versorgungsstrukturen in der Kommune als auch die Überprüfung der Versorgung werden besonders häufig genannt. Danach folgen die Mitwirkung an kommunaler Psychiatrieplanung, gemeinsame Fort- und Weiterbildungsplanung/-durchführung sowie die Entwicklung gemeinsam organisierter Betreuungsprozesse. Die Anzahl der Aufgaben streuen dabei zwischen einer bis zwölf Angaben.

Von 38 Kommunen mit einer PSAG gaben zwei an, dass die *Mitglieder/Akteure* nicht im Einzelnen bekannt sind. Folgende Mitglieder bzw. Akteure sind in nahezu allen PSAG vertreten (vgl. Tab. 86 im Anhang):

- Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch kranke Personen (N = 34)
- Sozialpsychiatrischem Dienste (N = 33)
- Gesundheitsämter (N = 32)
- Psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen (N = 32)
- Stationäre Wohneinrichtungen für psychisch kranke Personen (N = 32)
- Beratungsstellen für psychisch kranke Personen (N = 30)
- Werkstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen (N = 29).

Darüber hinaus wirken Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und/oder Tageskliniken für psychisch kranke Personen sowie niedergelassene Ärztliche/Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie in vielen PSAG mit. In zehn bzw. neun Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sind Jobcenter bzw. gesetzliche/private Krankenversicherungen repräsentiert. In sechs Kommunen beteiligt sich die Bundesagentur für Arbeit an der Arbeit der PSAG. Zudem sind – analog zu den KGK – auch in 25 (der 38) PSAG Selbsthilfe-/Betroffenen-/Angehörigen-Gruppen vertreten.

Die Größe der PSAG (Anzahl berufener Mitglieder) umfasst eine Bandbreite von drei Personen bis 33 Personen, wobei die durchschnittliche Personenzahl 17 beträgt.

Wie aus der Tieferhebung hervorgeht, verfügen vier der sechs befragten Kommunen (noch) über eine PSAG. Dabei haben sich in den vergangenen Jahren in den vier Kommunen grob zwei *Ausgestaltungsvarianten* herausgebildet:

- In zwei Kommunen treffen sich die (25 bis 30) Mitglieder der PSAG regelmäßig zwischen vier bis sechs Mal pro Jahr in einem „Plenum“. Zudem wurden aus der PSAG heraus Arbeitsgruppen gegründet, die in unterschiedlichen Zeitintervallen themenspezifische Aspekte der psychiatrischen Versorgung erörtern.
- Ebenfalls in zwei Kommunen setzt sich die PSAG aus einer Vielzahl von Arbeitsgruppen (AG) bzw. Arbeitskreisen (AK) zusammen, die jeweils (zielgruppen-)spezifische Aspekte bzw. Themen psychiatrischer und psychosozialer Versorgung behandeln. In einer Kommune treffen sich die AK alle zwei Jahre zu einem „Plenum“ der PSAG, die Themen dazu werden von den AK eingebracht. Zugleich treffen sich

89 Eine Kommune ergänzte: „Die PSAG berät als Mitglied der KGK in Untergruppen im Auftrag der KGK psychosoziale Themenfelder, enge Kooperation durch identische Geschäftsstelle“. Eine andere Kommune wies darauf hin, dass „die PSAG im Kreis kein Gremium der Kreisverwaltung, sondern ein Zusammenschluss von Trägern und privaten Personen ist. Die PSAG hat einen Sitz in der Kommunalen Gesundheitskonferenz.“

die Sprecherinnen und Sprecher der AK (einschließlich der Psychiatriekoordination) mehrere Male pro Jahr.

Die PSAG sind darüber hinaus durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- In den PSAG bzw. den dazugehörigen Arbeitsgruppen und Arbeitskreisen sind i. d. R. *Beschäftigte* der Leistungsanbieter sowie Psychiatrieerfahrene und Angehörige vertreten. Zudem beteiligen sich (punktuell) Vertreterinnen und Vertreter des LVR oder LWL sowie der Jobcenter.
- Die PSAG dienen vor allem dem *Informations- und Erfahrungsaustausch* auf *Fachkräfte-Ebene*. In den Treffen werden u. a. neue Angebote und Projekte vorgestellt sowie psychiatriespezifische Themen erörtert. Eine i. e. S. Steuerungs- und Koordinationsfunktion wird der PSAG in keiner der vier Kommunen zugemessen. Insgesamt wird zudem die Verbindlichkeit der in der PSAG getroffenen Vereinbarungen von vielen Interviewten als (zu) gering eingeschätzt.
- In den Kommunen, in denen neben der PSAG ein Gemeindepsychiatrischer Verbund geschaffen wurde, nehmen die Bedeutung und die Rolle der PSAG für die Diskussion von die psychiatrische Versorgung betreffenden Fragestellungen eher ab. In einer Kommune der Tiefenerhebung wurde nach Einrichtung des GPV die PSAG (aufgrund thematischer und personeller) Überschneidungen abgeschafft.

4.3.2.3 Gemeindepsychiatrische Verbünde

Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) haben – ausgehend von Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung⁹⁰ – schon seit Jahren einen zentralen Stellenwert für die regionale bzw. kommunale (Weiter-)Entwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen. Aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV e. V.)⁹¹ sind vor allem folgende Qualitätsstandards konstitutiv für GPV:

- GPV sind verbindliche Zusammenschlüsse wesentlicher Leistungsanbieter einer definierten Region.
- GPV übernehmen für eine definierte Region die Verpflichtung zur Organisation umfassender sozialpsychiatrischer Hilfen.
- Zielgruppe der GPV sind insbesondere Menschen mit schweren akuten und langandauernden psychischen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarfen.
- Der GPV umfasst sozialpsychiatrische Hilfen in folgenden Leistungsbereichen:
 - Selbstversorgung/Wohnen
 - Tagesgestaltung und Kontaktfindung
 - Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
 - Grundversorgung
 - spezielle Therapieverfahren

90 Vgl. Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: BMFSFJ.

91 Bundesweit gibt es derzeit 25 Mitgliedsverbünde.

- Behandlungs- und Rehabilitationsplanung i. S. einer regionalen Versorgungs-
verpflichtung.
- Die Kommunen sind im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge Mitglied
im GPV oder es besteht zumindest eine verbindlich geregelte Kooperation.
- GPV-Mitglieder verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation bei psychisch
kranken Menschen mit komplexen Hilfebedarfen.
- GPV-Mitglieder verpflichten sich zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung
der regionalen Versorgungssituation.
- Der GPV sieht sich als Teil des Gemeindepsychiatrischen Hilfesystems. Er trägt ak-
tiv zur Weiterentwicklung der regionalen Steuerung bei, indem er sich u. a. an der
Arbeit der regionalen Steuerungsgremien beteiligt.
- GPV unterstützen den Aufbau und fördern die Arbeit von Selbsthilfeorganisationen.
- Kooperationsverträge, Vereinssatzungen oder eine Grundsatzerklärung regeln die
Zusammenarbeit der Vertragspartner der GPV.⁹²

Im Rahmen der Datenrecherche bzw. der Breitenerhebung konnten für Nordrhein-
Westfalen 14 bzw. 13 GPV ermittelt werden, wovon neun GPV angaben, Mitglied in der
BAG GPV e. V. zu sein.

Wie aus der schriftlichen Befragung hervorgeht, gründet sich die Arbeit der Gemeinde-
psychiatrischen Verbände z. T. auf einer Geschäftsordnung (N = 5) und teilweise auf ei-
ner Kooperationsvereinbarung (N = 5) sowie seltener auf einem Kooperationsvertrag oder
einer Satzung (vgl. Tab. 83 im Anhang). Lediglich in einer Kommune ist der GPV in der
Rechtsform eingetragener Verein (e. V.) organisiert.

Eine Analyse der FOGS vorliegenden Kooperationsverträge- bzw. Kooperationsvereinba-
rungen zeigt, dass die o. g. Qualitätsstandards wie u. a. Definition einer Versorgungsregi-
on, Zielgruppenbeschreibung, Pflichtversorgung, Gewährleistung einer bedarfsgerechten
Behandlung und Hilfe, einzelfallbezogene Kooperation auf der Grundlage individueller
Hilfeplanung sowie Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialer Versor-
gungsstrukturen weitgehend berücksichtigt werden.

Die *Leitung des GPV* wird durch verschiedene Akteure wahrgenommen: Genannt wurden
u. a. Psychiatriekoordinatorinnen/Psychiatriekoordinatoren, Fachkräfte des SpDi, Vertre-
terinnen und Vertreter der Leistungsanbieter und Beschäftigte des Gesundheitsamts.

Personalkapazitäten oder ein eigenes *Budget* wurden für die GPV in der Breitenerhebung
nicht ausgewiesen.

In allen GPV werden die Sitzungen protokolliert, wobei die Protokolle mit einer Aus-
nahme nicht öffentlich zugänglich sind. Der Sitzungsrhythmus reicht von jährlich zwei
bis zu zwölf Sitzungen (2014).

Zu den *Aufgaben* der GPV zählen insbesondere die Überprüfung bzw. Sicherstellung so-
wie die Weiterentwicklung der regionalen bzw. kommunalen Versorgung(-sstrukturen),
die Entwicklung gemeinsam organisierter Betreuungsprozesse sowie die Vereinheitli-
chung von Dokumentation und Qualitätssicherung und/oder die Strukturierung von Über-
gabe, Abgabe, Aufnahme von gemeinsamen Klientinnen und Klienten.

92 Vgl. Qualitätsstandards Gemeindepsychiatrischer Verbände in der BAG GPV vom 14. Dezember 2012;
<http://www.bag-gpv.de/bag-gpv.asp?id=9&mod=User> (Abruf zuletzt am 28.01.2016).

Zu den *Mitgliedern/Akteuren* zählen vor allem:

- psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen (N = 13)
- Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch kranke Personen (N = 12)
- stationäre Wohneinrichtungen für psychisch kranke Personen (N = 12)
- Sozialpsychiatrische Dienste (N = 11)
- Gesundheitsämter (N = 11)
- Werkstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen (N = 10)
- Tagesstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen (N = 10)
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (N = 10).

Weitere Mitglieder der GPV sind Zuverdienst-Projekte für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen o. ä., Beratungsstellen für psychisch kranke Personen und/oder Übergangsheime für psychisch kranke Menschen. In fünf von 13 GPV arbeiten auch Betroffene und Angehörige mit.

Von den in der Tiefenerhebung befragten sechs Kommunen, verfügen drei über einen GPV, wobei in einer Kommune der GPV erst 2016 konstituiert wurde. Die beiden schon langjährig bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbände sind Mitglied in der BAG GPV e. V., der Anfang des Jahres gegründete GPV hat vor kurzem einen Aufnahmeantrag gestellt. Wie sich aus den Gesprächen in den Kommunen mit GPV ergab, verstehen sich alle Gemeindepsychiatrischen Verbände vorrangig als *Leistungserbringer-Verbände*, in denen aber auch Psychiatrieerfahrene und Angehörige psychisch kranker Menschen angemessen vertreten sind.

Aus den verschiedenen Interviews geht hervor, dass die in den drei Kommunen bestehenden GPV eine wesentliche Rolle vor allem für die einzelfallbezogene Steuerung und – hieran anknüpfend – auch für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen spielen.

Auch die Vertreterinnen und Vertreter der übrigen Kommunen (Fachbereichs- oder SpDi-Leitung, Psychiatriekoordination) wünschen sich für ihre Kommunen einen GPV. Bisher scheiterten die dazu unternommenen Bemühungen aber vorwiegend an einer kritischen Haltung bzw. der (zunehmenden) Konkurrenz der Leistungserbringer untereinander. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass es insbesondere in Metropolregionen mit einer Vielzahl von Leistungsanbietern (die in verschiedenen Feldern der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung tätig sind), eine fachliche Herausforderung darstellt, eine den Zielen des GPV angemessene und funktionale Organisationsform zu entwickeln, die von allen Akteuren mitgetragen wird. Konzeptionell wird deshalb grundsätzlich daran gedacht, mehrere GPV für ausgewählte (städtische) Sektoren zu schaffen.

Entwicklungsbedarfe sehen die im Rahmen der Tiefenerhebung befragten Personen vor allem im Hinblick auf die Implementierung leistungsanbieterübergreifender Krisendienste und von unabhängigen Beschwerdestellen unter dem „organisatorischen Dach“ des GPV.

Misst man die im Rahmen der Datenrecherchen sowie Breiten- und Tiefenerhebung eruierten Daten zu den 13 bzw. 14 Gemeindepsychiatrischen Verbänden in Nordrhein-Westfalen an den o. g. Qualitätsstandards der BAG GPV, dann kann folgendes zusammenfassend konstatiert werden:

- Die Arbeit der GPV basiert i. d. R. auf schriftlichen Vereinbarungen (Geschäftsordnungen, Kooperationsvereinbarungen und -verträgen).

- In den auf die jeweiligen Regionen/Kommunen ausgerichteten GPV sind die relevanten Leistungsanbieter der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sowie häufiger auch Betroffene und Angehörige sowie Vertreterinnen und Vertreter von Selbsthilfe-Kontaktstellen repräsentiert.
- Im Vordergrund der Tätigkeit nordrhein-westfälischer GPV stehen einerseits die einzelfallbezogene Kooperation und andererseits der Aufbau und die Weiterentwicklung lokaler/regionaler psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen sowie die gemeinsame Organisation von Behandlungs- und Betreuungsprozessen.
- Wie die im Rahmen der der Tieferhebung durchgeführten Interviews zeigen, sehen die GPV ihre Aufgabe vorrangig in der einzelfallbezogenen Steuerung der Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen verknüpft mit der Planung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen. Insbesondere der größte Teil der befragten Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren wies darauf hin, dass den Gemeindepsychiatrischen Verbänden eine wesentliche Steuerungsfunktion auf regionaler/kommunaler Ebene zukomme.

4.3.2.4 Regionale Planungskonferenzen/Regionalkonferenzen

Mit Blick auf die Regionalen Planungskonferenzen (LWL) bzw. Regionalkonferenzen (LVR) soll zunächst darauf hingewiesen werden, dass sie kooperativ zwischen den beiden Landschaftsverbänden sowie den jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften durchgeführt werden. Die Konferenzen finden sowohl im Rheinland als auch in Westfalen-Lippe seit 2003 statt; sie sollen u. a. auch zu einer stärkeren Verknüpfung von individueller Hilfeplanung im Bereich der Eingliederungshilfe und der Weiterentwicklung (regionaler und kommunaler) Versorgungsstrukturen beitragen.⁹³ Beide Gremien sollen i. d. R. einmal pro Jahr in den einzelnen Kommunen durchgeführt werden.

An Regionalen Planungskonferenzen bzw. Regionalkonferenzen nehmen 29 Kommunen teil (vgl. Tab. 13, s. o.). In jeweils neun Kommunen wurden eine Geschäftsordnung (GO) oder eine Kooperationsvereinbarung als *Grundlage für die Arbeit* dieses Gremiums genannt (vgl. Tab. 83 im Anhang).

Die *Leitung* der Regionalen Planungskonferenzen bzw. Regionalkonferenzen erfolgt entweder durch Vertreterinnen und Vertreter des LVR bzw. LWL oder wird durch Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren bzw. Leitungskräfte des Sozialamts sowie durch Fachbereichsleitungen wahrgenommen.

Angaben zur *Personalkapazität* lagen aus zwölf Kommunen vor: Bei fünf Kommunen beträgt der Stellenumfang zwischen 0,05 und 0,5 Stelle. Andere Kommunen konnten die eingesetzten personellen Ressourcen nicht getrennt ausweisen.

Die i. d. R. jährlich⁹⁴ stattfindenden Sitzungen werden in allen Kommunen (N = 26) protokolliert, öffentlich zugänglich sind die Protokolle in sieben Kommunen.

Wie aus der schriftlichen Befragung hervorgeht, zählen neben der Überprüfung der Versorgungssituation insbesondere die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen in der Kommune sowie die Mitwirkung an kommunaler Psychiatrieplanung und/oder die Si-

93 Vgl. hierzu vor allem § 1 Abs. 2 AV-SGB XII NRW, wonach die überörtlichen und örtlichen Träger der Sozialhilfe verpflichtet sind, ihre Leistungsinhalte und -strukturen in Steuerungs- und Planungsgremien gemeinsam weiterzuentwickeln und zu koordinieren.

94 In zwei Kommunen fanden zwei Sitzungen statt, in drei Kommunen keine Sitzung.

herstellung der Versorgung bzw. die Entwicklung gemeinsam organisierter Betreuungsprozesse zu den häufigsten *Aufgaben* der Mitglieder in diesen Gremien.

Von 29 Kommunen, die an Regionalen Planungskonferenzen bzw. Regionalkonferenzen beteiligt sind, gaben zwei an, dass ihnen die *Mitglieder/Akteure* nicht genau bekannt sind. Folgende Mitglieder bzw. Akteure sind in nahezu allen Konferenzen vertreten (vgl. Tab. 86 im Anhang).

- Gesundheits- und Sozialämter (N = 24)
- Sozialpsychiatrische Dienste (N = 23)
- stationäre Wohneinrichtungen für psychisch kranke Personen (N = 24)
- Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch kranke Personen (N = 24)
- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (N = 21).

Weiterhin arbeiten insbesondere psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen, Werkstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und/oder Beratungsstellen bzw. Tagesstätten für psychisch kranke Personen in den Konferenzen mit. Auch hinsichtlich dieser Gremien zeigt sich eine erhebliche Bandbreite bei der Anzahl berufener Mitglieder: das Minimum liegt bei fünf Personen, das Maximum bei 28 Personen. Im Durchschnitt sind elf Personen beteiligt.

Eine Kommune weist in der schriftlichen Befragung darauf hin, dass die Regionalkonferenz des LVR zukünftig umgestaltet werden soll, weg von einer „reinen Informationsveranstaltung des Veranstalters“ hin zu einem Steuerungs- und Planungsgremium. Dieser Prozess befände sich aber noch in der Konzeptphase.

Insgesamt hat der ganz überwiegende Teil der Gespräche in der Tiefenerhebung gezeigt, dass – im Vergleich zu den Ergebnissen der schriftlichen Befragung – den Regionalen Planungskonferenzen bzw. Regionalkonferenzen nur eine nachgeordnete Bedeutung für die Planung und Vernetzung psychiatrischer und psychosozialer Hilfen zukommt. Im Vordergrund der ein oder zwei Mal pro Jahr stattfindenden Sitzungen stehen nach Ansicht der Interviewten vielmehr die Darstellung und Diskussion der Fallzahl- und Angebotsentwicklung im Bereich der Eingliederungshilfe (und hier vor allem wohnbezogene Hilfen). Wünschenswert wäre es aus Sicht einiger Interviewter, wenn sich diese Gremien nicht nur mit Wohnhilfen, sondern auch mit dem Handlungsfeld Arbeit und Beschäftigung von psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen auseinandersetzen würden. Viele Gesprächspartnerinnen und -partner kritisierten die geringe Verbindlichkeit der in Regionalen Planungskonferenzen bzw. Regionalkonferenzen getroffenen Vereinbarungen. Daneben wurde deutlich, dass in den Regionalen Planungskonferenzen und Regionalkonferenzen nur selten Betroffene und Angehörige mitwirken.

4.3.2.5 Psychiatriebeiräte

Im Verlauf der Datenrecherche wurde in sieben Kommunen ein Psychiatriebeirat ermittelt, wobei in keinem Fall vertiefende Angaben zu diesem Gremium recherchiert werden konnten. Im Rahmen der Breitenerhebung wurde von sechs Kommunen ein Psychiatriebeirat als weiteres Gremium genannt, wobei als Arbeitsgrundlage Geschäftsordnungen oder Satzungen bzw. eine Kooperationsvereinbarung dienen (vgl. Tab. 83 im Anhang). Vier Kommunen mit einem Psychiatriebeirat gehören zum Zuständigkeitsgebiet des LWL, zwei Kommunen zum Zuständigkeitsgebiet des LVR.

Die *Leitung* wird vorwiegend durch die Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren wahrgenommen. Angaben zu den dafür eingesetzten *Personalkapazitäten* bzw. zu einem eigenen *Budget* wurden in der Breiterehebung nicht dokumentiert.

Protokolliert werden alle Sitzungen, wobei die Protokolle öffentlich nicht zugänglich sind. 2014 tagten die Psychiatriebeiräte in den Kommunen zwischen ein- bis viermal jährlich.

Im Vordergrund der Aufgaben stehen die Mitwirkung an der kommunalen Psychiatrieplanung, die Überprüfung und Sicherstellung der Versorgung in der Kommune sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

In (fast) allen Psychiatriebeiräten sind folgende *Mitglieder/Akteure* vertreten:

- Gesundheitsamt
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch kranke Personen
- Tageskliniken für psychisch kranke Personen
- Stationäre Wohneinrichtungen für psychisch kranke Personen
- Psychiatrische Kliniken/Fachabteilungen
- Werkstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen
- Tagesstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen
- Beratungsstellen für psychisch kranke Personen
- Ärztliche/Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Selbsthilfe-/Betroffenen-/Angehörigengruppen.

4.3.2.6 Trialogforen

In den letzten Jahren sind in NRW *trialogische Initiativen* bzw. *Psychose-Foren* entstanden, z. T. von Kliniken ausgehend, teilweise wurden sie vom SpDi oder von Selbsthilfegruppen Betroffener und/oder Angehörigen initiiert. Mit Stand 1. Januar 2016 weist die bundesweite Trialog-Seite für das Land Nordrhein-Westfalen insgesamt 29 Standorte aus.⁹⁵

Trialog bezeichnet eine Form der Begegnung, bei der ein gleichberechtigter Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Behandlern stattfindet – es geht um Partizipation und Beteiligungskultur. Durch trialogische Treffen oder Seminare soll allen Seiten ein Perspektivenwechsel ermöglicht und so ein besseres Verständnis und ein offeneres Miteinander gefördert werden. Die Themen werden von allen Teilnehmenden gemeinsam jeweils wieder neu festgelegt. Trialog begann im Rahmen der Psychoseseminare⁹⁶ in Ham-

95 Vgl. <http://www.trialog-psychoseseminar.de/de/43/Nordrhein-Westfalen.html?stateID=10&action=showCities> (Abruf zuletzt am 01.01.2016).

96 Psychoseseminar bezeichnet eine Form trialogischer „Gesprächs- und Lernforen für Menschen mit eigener Psychose-Erfahrung, für Angehörige von psychoseerfahrenen Menschen und für Fachkräfte aus der Psychiatrie, die Menschen mit Psychose-Erfahrungen professionell begleiten.“ Siehe Trialog Psychoseseminar. Was sind Psychoseseminare? <http://www.trialog-psychoseseminar.de/de/7/Was-sind-Psychoseseminare.html> (Abruf zuletzt am 29.12.2015).

burg und fand bald Verbreitung in der Fachöffentlichkeit sowie unter den Betroffenen. Durch diese Bewegung werden Betroffene zunehmend als Expertinnen und Experten wahrgenommen und einbezogen. Es entstanden Informationsmaterialien, eine große Anti-stigma-Kampagne, Veränderungen im Format der Fachtagungen u. v. m.

Im Verlauf der Datenrecherche wurden für 29 Kommunen Trialogforen ermittelt. Aus der schriftlichen Befragung liegen hingegen lediglich von fünf Kommunen Angaben zu einem und von drei Kommunen zu je zwei Trialogforen vor. Bei den Trialogforen handelt es sich i. d. R. um informelle Zusammenschlüsse, nur ein Trialogforum arbeitet im Rahmen eines eingetragenen Vereins (e. V.). Während drei Kommunen mit einem Trialogforum zum Verbandsgebiet des LVR zählen, gehören fünf Kommunen zum dem des LWL.

In den Trialogforen begegnen sich die Akteursgruppen auf gleichberechtigter Ebene und Augenhöhe, „koordinierende Tätigkeiten“ werden i. d. R. abwechselnd durch Psychiatrie-Erfahrene und „Profis“ wahrgenommen.

Ein eigenes finanzielles *Budget* steht den Trialogforen nicht zur Verfügung.

Sitzungen werden nicht in allen Foren protokolliert; wenn Protokolle angefertigt werden, sind diese nicht öffentlich zugänglich. Für drei Foren liegen die Angaben zu den durchgeführten Sitzungen vor; diese trafen sich zwischen vier- bis zwölfmal im Jahr 2014.

Zu den *Aufgaben* der Trialogforen zählen insbesondere die Mitwirkung an der kommunalen Psychiatrieplanung, die Überprüfung sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Kommune.

Erwartungsgemäß sind in den Trialogforen Selbsthilfegruppen bzw. Betroffene und Angehörige vertreten. Darüber hinaus sind Beschäftigte psychiatrischer Kliniken/ Fachabteilungen und von Angeboten des Ambulant Betreuten Wohnens für die Zielgruppe häufig *Mitglieder* sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsämter bzw. der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege.

Aus fünf Kommunen wurde über ein und aus drei Kommunen über zwei Trialogforen berichtet. Da die deutschlandweite Trialog-Webseite 29 Trialogforen in NRW ausweist, stellt sich hier die Frage, warum nur so wenige in der Befragung erscheinen bzw. ob diese Foren keine Verbindung zu kommunalen Stellen haben.

4.3.2.7 Weitere Gremien

Neben den in der schriftlichen Befragung abgefragten Steuerungs-, Planungs- und Vernetzungsgremien konnten die Kommunen ergänzend *weitere Gremien* nennen (vgl. Tab. 89 im Anhang). Insgesamt wurden von 22 Antwortenden zahlreiche (weitere) Gremien wie Arbeitsgemeinschaften (AG) bzw. Arbeitskreise (AK) wie z. B. AK Psychisch Kranker, AK Psychisch kranke Wohnungslose, AG Sucht, AG Selbsthilfe angegeben. Zudem wurde das Bündnis gegen Depression bzw. das Netzwerk Depression dreimal erwähnt. Einzelne Angaben weisen u. a. auf eine Lenkungsgruppe Suchthilfe oder den Trägerverbund SPZ bzw. auf Gremien hin, in denen das Gesundheitsamt die Geschäftsführung innehat.

Weder aus der Breiten- noch aus der Tiefenerhebung ergaben sich Hinweise auf Steuerungsverbände als Zusammenschluss verschiedener Leistungsträger (z. B. Regionale Arbeitsgemeinschaften gem. § 94 SGB X).

Ergänzende Erläuterungen von einigen Kommunen (N = 17) zu den Vernetzungs-, Planungs- bzw. Steuerungsgremien beinhalten die Nennung weitere Mitglieder zu einzelnen

Gremien, wie z. B. bei der AG psychisch kranke Kinder und Jugendliche der KGK: Jugendämter, Schulamt, Kinderschutz, Amt für Behinderte. Weitere Anmerkungen erläutern inhaltliche Gestaltungsbeispiele in den Kommunen sowie aktuelle Entwicklungen und/oder Bewertungen der regionalen Vernetzung.

In einer Kommune wurde das Arbeitsfeld der psychiatrischen Versorgung aus dem Bereich der KGK herausgelöst und wird seitdem in anderen relevanten Vernetzungsgremien erörtert. Eine Verknüpfung der Ergebnisse der verschiedenen Gremien erfolgt hier über die regelmäßige gegenseitige Berichterstattung. Von einer anderen Kommune wurde angemerkt, dass durch die Trennung von KGK (organisatorisch im Fachbereich Gesundheit, Bildung, Erziehung angesiedelt) und Pflegekonferenz (organisatorisch im Sozialamt verortet) Reibungsverluste bestehen, die zukünftig vermindert werden sollten.

Die nachfolgenden qualitativen Aussagen aus fünf Kommunen illustrieren weitere Aspekte der Vernetzung:

- „Die Vernetzung hat sich in letzter Zeit schrittweise weiterentwickelt, erste gemeinsame Planungen wurden durchgeführt. Für den Bereich geistig Behinderter hat sich gerade eine Arbeitsgruppe gebildet“
- „Die fachlichen Gremien und Netzwerkstrukturen im Hilfebereich Psychiatrie und Sucht haben sich in den letzten zehn Jahren sehr dynamisch entwickelt. Hier finden ein intensiver Austausch und eine Weiterentwicklung des Hilfesystems statt“
- „Im Kreis gibt es seit Ende der 80er Jahre eine sehr gut ausgeformte Vernetzungs-, Kooperations- und Planungskultur in allen psychosozialen Feldern“
- „Die regionale Vernetzung ist sehr gut und soll mit Einrichtung eines GPV verbindlicher werden“
- „Trotz der Gremien(Vielfalt) bedarf es einer gezielten Entwicklung verbindlicher Planungsgremien im Bereich der Psychiatrie- und Suchtkrankenversorgung.“

In einer Bemerkung wurde darauf hingewiesen, dass im Kreis keine Vernetzungs-, Planungs- bzw. Steuerungsgremien vorhanden sind: „Es besteht lediglich eine PSAG ohne Budget, lockerer Zusammenschluss, keine Kompetenzen, lediglich Informationsaustausch.“

4.3.2.8 Bewertungen der Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsgremien und -instrumente sowie gute Beispiele aus Sicht der Kommunen

Für das Handlungsfeld 2 sollten die befragten Kommunen *Bewertungen* zu verschiedenen Aspekten der Steuerungs-, Planungs- und Vernetzungsgremien bzw. -instrumente vornehmen. Zudem sollten *gute Beispiele* – soweit bekannt – benannt werden. Die nachfolgenden Ausführungen fassen die qualitativen Aussagen soweit möglich themenbezogen zusammen.

Die Bewertung der *Implementierung einer angebotsübergreifenden Steuerung* in der Kommune (N = 40) und die damit verbundenen Erfahrungen stellen sich, nicht unerwartet, sehr unterschiedlich dar. Einige Kommunen antworteten „kurz und knapp“, dass es eine angebotsübergreifende Steuerung in der Kommune (fast) nicht gibt, „eine angebotsübergreifende Steuerung in den "Kinderschuh" steckt“ oder „noch ausbaufähig ist“ bzw. noch „Verbesserungsmöglichkeiten in der bereichsübergreifenden Vernetzung“ bestehen.

Andere Befragte beschrieben ihre (guten) Erfahrungen und schilderten (ausführlicher), was sich in den letzten Jahren in ihrer Kommune bewährt habe.

Generell wurde in der schriftlichen Befragung die Bedeutung von Netzwerkarbeit betont bzw. auf die systematisch gewachsene Vernetzung und Kooperation hingewiesen, die überwiegend positive Ergebnisse gezeitigt habe. Es wurde geschildert, dass sich die Entwicklung angebotsübergreifender und untereinander abgestimmter Vorgehensweisen im Sinne der Betroffenen in der Kommune außerordentlich bewährt habe. „Bei der Arbeit an gemeinsamen Zielen steht der Kooperationsaspekt vor dem Konkurrenzgedanken.“ Verbindliche Netzwerkstrukturen hätten dazu beigetragen, dass bedarfsgerechte Abstimmungen und die Koordination und Steuerung in enger Abstimmung zwischen allen Netzwerkpartnern – konsensorientiert – erfolgten.

Aus Sicht von zwei Kommunen hat sich der GPV zur gemeindenahen Steuerung der Hilfen und Sicherung gemeinsamer Arbeitsstandards bewährt. Eine Kommune schilderte, dass die Gründung des GPV (im Jahr 2002) zu sehr positiven Erfahrungen mit einer angebotsübergreifenden personenzentrierten Steuerung geführt hat.

In drei weiteren Kommunen nehmen der SpDi bzw. die PSAG als Vernetzungsgremium eine wichtige Rolle ein und tragen zur gelingenden Umsetzung von Steuerung bei. In einer Kommune besteht die PSAG seit annähernd 30 Jahren. Dort wurde über eine gewachsene, vertrauensvolle Zusammenarbeit berichtet, in der das Zusammenwirken unterschiedlicher Träger und Verbände zu Projekten sowie der Lösung von Problemstellungen geführt hat.

In einem Kreis existieren seit geraumer Zeit Kooperationsbeziehungen zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe bezogen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie. Die geschlossenen Kooperationsvereinbarungen dienen als Arbeitshilfe, um den notwendigen Dialog zwischen den beteiligten Systemen aus Gesundheit und Jugendhilfe zu fördern, Hilfebedarfe wahrzunehmen und angemessene Hilfen anzubieten. Die Informationen über Ansprechpersonen, Abläufe und Konfliktregelungswege geben Handlungssicherheit und Orientierung.

Ein anderer Kreis schilderte, dass es zielführend sei, die Position der Psychiatrie- und Suchtkoordination an einer „neutralen“ Stelle wie der Kommune (Gesundheitsamt) organisatorisch anzusiedeln. Nur so gelinge es, eine Steuerung über Trägergrenzen hinweg und unabhängig von Trägerinteressen zu gewährleisten.

Einige Kommunen wiesen auch auf Schwachstellen hin, die eine *angebotsübergreifende Steuerung* in der Kommune erschwerten bzw. verhinderten. Im Einzelnen wurde genannt:

- unterschiedliche Leistungsträger und damit verbundene Zuständigkeiten
- Entscheidungsträger sind oft nicht mehr vor Ort, sondern auf (über)regionaler Ebene organisatorisch angebunden
- es fehlt häufig an einer Verbindlichkeit der getroffenen Absprachen.

Von einigen Befragten wurde betont, dass es schwierig sei, Leistungsanbieter die nicht durch den örtlichen bzw. überörtlichen Träger der Sozialhilfe (kommunale Familie) finanziert werden, in eine angebotsübergreifende Steuerung einzubeziehen. Deren Berücksichtigung wäre aber zwingend erforderlich, um eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und eine engere Verzahnung verschiedener Hilfesysteme zu erreichen.

Hinsichtlich des *Beitrags bzw. der Rolle der verschiedenen Gremien* in Bezug auf (regionale und kommunale) Steuerung, Planung und Vernetzung der psychiatrischen Versorgung wurden folgende Aspekte als besonders wichtig hervorgehoben:

- Austausch und Verständigung über Ziele und Wege
- Verdeutlichung unterschiedlicher Bedarfe und Problemlagen im Rahmen psychiatrischer Versorgung
- Notwendigkeit, Versorgungslücken und Brüche an den Schnittstellen zu identifizieren
- Entwicklung einer gemeinsamen Verantwortungsstruktur
- Einbeziehung aller Entscheidungsträger
- gute und vertrauensvolle fachliche Zusammenarbeit der Träger und Dienste
- Pflege von Kooperationskultur („gute Vernetzungsqualität“)
- persönliche dialogische Kontakte für gezielte und pragmatische Unterstützungsideen
- Weiterentwicklung bewährter Strukturen
- gemeinsame Planung für weitere Optimierungsprozesse in neuen Aufgabengebieten.

Darüber hinaus wurde als wichtig angesehen, dass eine Änderung der Sichtweise der Gremien von einer ausschließlich durch (Leistungs-)Trägerinteressen geprägten hin zu einer angebots- und (leistungs-)trägerübergreifenden Perspektive, die das Gesamtversorgungssystem und die Bedarfe der Betroffenen in den Vordergrund stellt, erfolgen müsse.

Aus Sicht fast aller Befragten sowohl der Breiten- als auch der Tiefenerhebung sind die einzelnen Steuerungs-, Planungs- und Vernetzungsgremien vorrangig als *Austausch- und Informationsgremien* einzustufen. Daneben geht es vor allem um anbieterübergreifende Kooperationsabsprachen, die punktuelle Weiterentwicklung psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen und um die einzelfallbezogene Steuerung. Schließlich dienen die Gremien der Verstärkung der Netzbildung sowie der Diskussion aktueller gemeindepsychiatrischer Themen.

Dass die oben beschriebenen Gremien *Steuerungsaufgaben* i. e. S. wahrnehmen, wurde von der überwiegenden Zahl der schriftlich befragten Kommunen verneint. Gleichwohl können festgestellte (Versorgungs-)Defizite bearbeitet und – anknüpfend an fachliche und sozialpolitische Ziele – z. T. Angebotsstrukturen verbessert werden.

In der Tiefenerhebung wurde ebenfalls deutlich, dass die verschiedenen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner den jeweils vor Ort befindlichen Planungs- und Vernetzungsgremien, wenn überhaupt, nur eine begrenzte Steuerungsfunktion mit Blick auf die (Weiter-)Entwicklung der lokalen und regionalen Angebotsstrukturen zumessen. Die größte Bedeutung hätten dabei noch – sofern vorhanden – die GPV. Am ehesten sieht ein großer Teil der Interviewten eine Steuerungsfunktion bei den Kommunen, die aber nur (sehr) begrenzt wahrgenommen würde bzw. werden könnte. In den Gesprächen wurden für diese Einschätzung zusammenfassend folgende Gründe genannt:

- unterschiedliche leistungsrechtliche Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Leistungsträgern erschweren bzw. verhindern eine stärkere Steuerung durch die kommunale Ebene
- durch die „Hochzonung“ im Bereich der Eingliederungshilfe komme dem Arbeitsfeld „psychiatrische und psychosoziale Versorgung“ in der Politik der Kommune nur noch ein begrenzter Stellenwert zu
- die personellen und zeitlichen Ressourcen zur Wahrnehmung einer Steuerungsfunktion seien auf kommunaler Ebene unzureichend und in den letzten Jahren eher noch „zurückgefahren“ worden

- auf kommunaler Ebene seien in den letzten Jahren (z. T. erhebliche) finanzielle Kürzungen der Leistungen vorgenommen worden, die auch einen negativen Einfluss auf die Steuerungsfunktion der Kommune hätten
- historisch gewachsene Trägerstrukturen verhinderten – vor dem Hintergrund abnehmender finanzieller Mittel und einer damit verbundenen größer gewordenen Konkurrenz der Leistungsanbieter – eine stärkere Steuerung durch die kommunale Ebene.

Während gut die Hälfte der Befragten keine Beispiele guter Praxis nannte (vgl. Tab. 90 im Anhang), wurde von 16 Kommunen mit Blick auf die *Weiterentwicklung der Versorgung auf gute Praxisbeispiele* hingewiesen. Vier Kommunen⁹⁷ hoben allgemein die große Bedeutung von GPV für die einzelfallbezogene Steuerung und die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen hervor („GPV ist die beste Lösung.“). Diese Einschätzung wurde auch von der Mehrzahl der im Rahmen der Tiefenerhebung Interviewten vertreten. Andere Kommunen nannten jeweils konkrete Projekte (die sich aber nicht alle i. e. S. auf die Planung, Steuerung und Vernetzung bezogen) oder gaben allgemeine Hinweise wie

- „Frühwarn- und Frühinterventionssystem zur Vermeidung und Bewältigung psychiatrischer Krisen“⁹⁸ (Projekt zur Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zum Umgang mit suizidalen Krisen an Schulen), Bielefeld
- www.trimbos.nl⁹⁹
- Arbeitsweise der PSAG Düsseldorf.

Andere, stichwortartige Hinweise, beziehen sich auf interkulturelle Kompetenz, auf die Schaffung regionaler Budgets, netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement oder die Entwicklung wohnbezogener Hilfen bzw. Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern.

Die von den befragten Kommunen (N = 36) beschriebenen *Entwicklungsbedarfe* betreffen insbesondere die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen - z. B. für Menschen mit Migrationshintergrund oder komplexen Hilfebedarfen - und/oder die personelle Verstärkung vorhandener Angebote (z. B. personelle Aufstockung des SpDi sowie Ausbau von [ambulanten] Angeboten sowohl quantitativ als auch qualitativ. Eine Kommune sieht in diesem Zusammenhang einen Bedarf für Angebote für junge psychisch Kranke, Kinder psychisch kranker/suchtkranker Eltern, migrationspezifische Beratungsangebote sowie für den Ausbau von Zuverdienst-Arbeitsplätzen. Die Versorgung mit geeignetem Wohnraum in entsprechenden Quartieren für Menschen auch mit seelischer Behinderung sieht eine andere Kommune als erforderlich an. Weitere Befragte sehen Bedarfe bzgl. der Verstärkung von Kooperation bzw. Vernetzung. Neben einer besseren Vernetzung ambulanter, stationärer und teilstationärer Angebote verschiedener Träger wird die Einbeziehung weiterer Leistungsträger wie z. B. der Krankenkassen etc. als notwendig angesehen, um die Hilfestrukturen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen weiterentwickeln zu können.

97 Diese Kommunen verfügen derzeit nicht über einen Gemeindepsychiatrischen Verbund.

98 Vgl. Modellprojekt der Stadt Bielefeld „Frühwarn- und Frühinterventionssystem zur Vermeidung und Bewältigung psychiatrischer Krisen“: Das MGEPA hat von 2010 bis 2013 das Modellprojekt „Frühwarn- und Frühinterventionssystem zur Vermeidung und Bewältigung psychiatrischer Krisen“ gefördert. In enger Kooperation mit den Akteuren vor Ort wurden in Bielefeld Prävention, ambulante Krisenhilfe bzw. Krisenmanagement, Nachsorge und Fortbildung weiter entwickelt und das Informationsangebot verbessert.

99 Trimbos firmiert als Institut für Seelische Gesundheit und bietet verschiedene Programme an. Die Arbeit des Instituts zielt u. a. darauf ab, die Qualität der psychiatrischen Versorgung in Kommunen zu verbessern.

4.3.3 Einzelfallbezogene Steuerung der Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen Behinderung

Wie im Abschnitt „Rechtliche Rahmenbedingungen und begriffliche Grundlagen“ bereits ausführlich dargestellt, sind die beiden überörtlichen Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig für alle in § 2 Abs. 1 AV-SGB XII NRW aufgeführten Leistungen. Die Zuständigkeit beinhaltet dabei gem. § 2 Abs. 2 AV-SGB XII NRW auch die Planungsverantwortung und die Ermittlung des Bedarfs.¹⁰⁰

Sowohl der LVR als auch der LWL setzen i. S. der dargestellten rechtlichen Überlegungen im Bereich der Eingliederungshilfe individuelle Hilfeplanverfahren um, die den Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen entsprechen. Im Folgenden soll getrennt für die beiden Landschaftsverbände vertieft darauf eingegangen werden.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

Der LWL setzt gegenwärtig in 21 zu seinem Zuständigkeitsbereich gehörenden Kommunen das *Hilfeplan- bzw. Clearingverfahren als Standardverfahren* für Menschen mit Behinderungen um, das grob aus folgenden Verfahrenselementen besteht: Beratung der antragstellenden Personen (durch Leistungsträger und/oder Leistungsanbieter), Erhebung des individuellen Hilfebedarfs durch den Leistungsanbieter mittels eines vom LWL entwickelten Hilfeplaninstruments (das sich aus drei Bogen zusammensetzt) einschließlich einer obligatorisch durchzuführenden Hilfeplankonferenz (Clearing). Nach Abschluss der sozialhilferechtlichen Prüfungen (u. a. Zugehörigkeit zum Personenkreis, sachliche und örtliche Zuständigkeit) führt der LWL die Bedarfsermittlung und -feststellung durch und bewilligt die wohnbezogenen Leistungen nach §§ 53 ff. SGB XII.

Die Hilfeplankonferenz/das Clearing wird i. d. R. vom Hilfeplaner oder der Hilfeplanerin des LWL geleitet. Neben dem Hilfeplaner bzw. der Hilfeplanerin des LWL ist die Hilfeplankonferenz (zumindest) mit folgenden weiteren Institutionen/Personen besetzt:

- ein Vertreter oder eine Vertreterin von Sozial- oder Gesundheitsamt der zuständigen Mitgliedskörperschaft (kreisfreie Stadt/Landkreis)
- ein Vertreter oder eine Vertreterin eines ambulanten Dienstes, der Menschen mit Behinderungen in der kreisfreien Stadt/dem Landkreis betreut
- ein Vertreter oder eine Vertreterin einer stationären Wohn Einrichtung, die Menschen mit Behinderungen in der kreisfreien Stadt/dem Landkreis betreut.

Darüber hinaus wird derzeit – anknüpfend an das im Zeitraum von Oktober 2010 bis Januar 2012 evaluierte Projekt „Teilhabe2012“¹⁰¹ – das Nachfolgeprojekt „Teilhabe2015 – Mehr Teilhabe von Menschen mit Behinderung“¹⁰² durchgeführt. Das Vorhaben zielt auf die Erprobung eines neuen Hilfeplanverfahrens in sechs Modellkommunen (Städte Gelsenkirchen, Hagen und Münster sowie Ennepe-Ruhr-Kreis und die Kreise Paderborn und Warendorf), wobei vor allem für *Neufälle* folgende Verfahrenselemente erprobt und eva-

¹⁰⁰ Siehe dazu auch das inzwischen (am 8. Juni 2016) verabschiedete „Inklusionsstärkungsgesetz“ (vor allem Artikel 3).

¹⁰¹ Vgl. Jaschke, H., Oliva, H. & Schlanstedt, G. (2012). *Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Teilhabe 2012 – Mehr Teilhabe von Menschen mit Behinderung“*, Köln: FOGS & ceus.

¹⁰² Wissenschaftliche Begleitung und Beratung des LWL im Projekt „Teilhabe 2015“: Qualifizierung und Steuerung der Eingliederungshilfegewährung durch FOGS in Zusammenarbeit mit ceus consulting. Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung wurde dem LWL am 31. März 2016 vorgelegt.

luiert werden: Beratung sowie Bedarfsermittlung und -feststellung mittels eines ICF-gestützten Hilfeplaninstrumentariums durch vor Ort tätige LWL-Hilfeplanerinnen bzw. LWL-Hilfeplaner. Für die Bedarfsermittlung gilt, dass nicht mehr obligatorisch, sondern nur noch optional Hilfeplankonferenzen (insbesondere für Menschen mit Behinderungen mit einem komplexen Hilfebedarf) umgesetzt werden. Für *Verlängerungsfälle* werden erstmals umfassender Wirkungskontroll- bzw. Zielerreichungsgespräche und Teilhabefortschreibungen mit einem neu entwickelten Instrumentarium durch die LWL-Hilfeplanerinnen und -planer hinsichtlich ihrer praktischen Anwendung erprobt.

Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Auch der LVR hat ein spezifisches Verfahren entwickelt, um den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen zu erfassen. Dieses Verfahren soll den Dialog zwischen den Menschen mit Behinderungen und dem Anbieter der Hilfeleistungen strukturieren. 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 ausgehend vom IHP 3 von einer Arbeitsgruppe (an der u. a. Vertreterinnen und Vertreter des Landkreis- und Städtetages, der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege, ausgewählter Leistungsanbieter, der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle (KoKoBe) und SPZ sowie Mitarbeitende der Dezernate LVR-Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfe sowie Soziales mitgewirkt haben) grundlegend überarbeitet wurde. 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 sozialhilfrechtlichen 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:

- Vertretung des LVR
- Vertretung des örtlichen Trägers der Sozialhilfe
- Vertretung Gesundheitsamt/Behindertenkoordination
- Vertretungen ambulanter Leistungsanbieter
- Vertretungen stationärer Leistungsanbieter
- Vertretung von SPZ bzw. KoKoBe bzw. Suchtberatung.¹⁰³

Ergebnisse der Breiten- und Tiefenerhebung

Insgesamt 24 Befragte nannten im Rahmen der Breitenenerhebung Hilfeplankonferenzen (HPK) als (wesentliches) Instrument zur *fallbezogenen Steuerung der Hilfen* für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, die in der Kommune eingesetzt werden.

Wie aus der Tiefenerhebung hervorgeht, bestehen sowohl in westfälischen als auch in rheinischen Kommunen neben den HPK sog. „*Clearing-Gruppen*“ oder „*Runde Tische*“ (s. u.) in denen besondere Fälle (sog. „*Systemsprenger*“ wie z. B. „*Verwahrfälle*“, die

¹⁰³ Vgl. dazu im Einzelnen: Landschaftsverband Rheinland – LVR Dezernat Soziales (2015). *IHP 3.1 Handbuch Individuelle Hilfeplanung 2015*. Köln: LVR.

längere Klinikaufenthalte aufweisen, Klientinnen und Klienten in die geschlossenen Einrichtungen untergebracht werden sollen, jüngere chronisch psychisch Kranke mit herausforderndem Verhalten) erörtert. In diesen Fallkonferenzen arbeiten vergleichbare Akteure wie in der HPK sowie Fachkräfte der (zuständigen) psychiatrischen Kliniken/Abteilungen mit.

Weitere Angaben der schriftlichen Befragung entfallen auf die individuelle Hilfeplanung insgesamt oder auf Hilfepläne sowie gesonderte Fallkonferenzen. Drei Beispiele sollen die Praxis der Umsetzung individueller Hilfeplanung illustrieren:

- In einer Kommune finden die *Hilfeplankonferenzen* (Wohnhilfen, Betreutes Einzelwohnen [BEW] §§ 53, 54 SGB XII) monatlich statt. Es werden individuelle Hilfepläne unter Beteiligung der BeWo-Anbieter und der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger besprochen. Zur Qualitätssicherung der HPK finden halbjährliche Treffen statt.
- In einer anderen Kommune haben sich seit 2002 die früheren GPV-Hilfeplankonferenzen und heutigen *Teilhabekonferenzen des Sozialpsychiatrischer Verbund (SPV)* als Steuerungsinstrument für und mit Betroffenen etabliert. Hierzu wurden sehr einfache Teilhabeplan-Formulare mit Betroffenen entwickelt und als Arbeitsinstrumente eingeführt. Diese sehen auch eine Überprüfung durch regelmäßig stattfindende Wiedervorlagen vor. An über 90 % der durchgeführten Teilhabekonferenzen nehmen Betroffene an den Sitzungen teil und gestalten so aktiv ihren Betreuungsprozess mit.
- Eine weitere Kommune berichtet, dass es bei „schwierigen“ Fällen unter Einbeziehung aller Beteiligten sog. „Runde Tische“ (s. o.) gibt. Der GPV hat eine monatlich tagende „Komplementäre Gruppe“ in der Klinik eingerichtet, in der jeweils Fallvorstellungen (in Absprache und ggf. in Anwesenheit der Betroffenen) besprochen werden. Ebenfalls hat der GPV eine „Fachgruppe geschlossene Unterbringung“ eingerichtet, die ad hoc einberufen wird, wenn „irgendwo“ ein entsprechender Bedarf gesehen wird.

Eine befragte Kommune führte aus, dass der LWL die Weiterentwicklung und Ausgestaltung des Hilfeplanverfahrens allein bestimmt. Die „Mitwirkung“ der Kommune beschränkt sich aus deren Sicht mittlerweile auf die einmal pro Jahr stattfindende Regionale Planungskonferenz.

Die Mehrzahl der antwortenden Kommunen misst den Hilfeplankonferenzen *für die einzelfallbezogene Steuerung* der Eingliederungshilfe-Leistungen einen (sehr) hohen Stellenwert zu, u. a. auch deshalb, weil es möglich ist, gemeinsam mit den Betroffenen eine Hilfeplanung zu erarbeiten, die z. T. auch Leistungen neben der Eingliederungshilfe durch vorrangige Leistungsträger berücksichtigt. In den HPK werden Art und Umfang der Hilfen festgelegt, ggf. Case Management organisiert und der Hilfeverlauf kontrolliert. Hilfeplankonferenzen können ein wichtiges Instrument sein, um die Bedarfe von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen regional und bedarfsgerecht zu decken. „Insbesondere die hohe Fachlichkeit, die zu HPK in unserer Kommune zusammenkommt, ist hier hervorzuheben.“

Neben vielen positiven Beurteilungen wurden auch kritische Aussagen getroffen: So werden HPK in einer Kommune z. Zt. noch zu wenig hilfeartenübergreifend genutzt. Außerdem wird von einer anderen Kommune kritisiert, dass die einzelfallbezogene Steuerung „leider“ beim LWL liegt, „eine stärkere Verantwortung der Kommune wäre wünschenswert“. Darüber hinaus wird von einzelnen Kommunen problematisiert, dass die Teilnahme an einer HPK für manche Betroffene als (große) Belastung erlebt wird.

Die Bewertung der *Praxis* der HPK fällt insgesamt positiv aus: Die HPK stellt das entscheidende Gremium für die träger- bzw. anbieterübergreifende Abstimmung individueller Hilfen dar insbesondere bei Menschen, die komplexe Hilfe- und Unterstützungsbedarfe aufweisen. Da die Hilfeplankonferenzen oftmals in einem regelmäßigen zeitlichen Rhythmus durchgeführt werden, ermöglichen sie einen strukturierten Austausch zwischen den beteiligten Akteuren. Die Arbeit der HPK wird als sehr konstruktiv und klientenzentriert beschrieben, die „für alle Beteiligten (z. B. Anbieter, Klientinnen und Klienten und deren Umfeld) hilfreiche Ergebnisse liefert“.

Gute Beispiele für *fallbezogene Steuerung* von Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen Behinderung nennen neun Kommunen. Jeweils einzelne Antwortende verweisen dabei auf die Praxis der Hilfeplankonferenzen bzw. Hilfeplangespräche in ihren Kommunen sowie auf die Clearingkonferenzen oder die „Runden Tische“. Weitere Nennungen beziehen auf spezifische Hilfen und Vernetzungsgremien, die in den Kommunen vorgehalten werden wie z. B. auf einen mobilen Demenzservice, die Mitwirkung von EX-IN Genesungsbegleitung im Bereich Betreutes Wohnen, ein Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ), Netzwerkkonferenzen im Rahmen des „Offenen Dialoges“, Sprechstunden im Amt für Kinder, Jugendliche und Familien oder Einzelfallgespräche mit Betroffenen direkt vor Ort.

Die von den befragten Kommunen geschilderten *Entwicklungsbedarfe* (N = 27) mit Blick auf die *fallbezogene Planung und Steuerung* der Hilfen betreffen verschiedene Aspekte: Das System und die Umsetzung der Hilfeplankonferenzen sollte weiterentwickelt werden. Auch durch eine frühzeitigere Hilfeplanung mit allen beteiligten Institutionen - in jedem Einzelfall - bzw. regelmäßige Fallkonferenzen könnten Planung und Steuerung passgenauer Hilfen verbessert werden. Einige Kommunen betonten die Notwendigkeit der stärkeren Vernetzung zwischen Leistungsträgern auf der einen Seite und Leistungserbringern auf der anderen Seite sowie zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern. Zwei Kommunen sehen einen Bedarf für die Einrichtung eines GPV. Hingewiesen wird auch auf die Notwendigkeit der Unterstützung Betroffener bei der Wahrnehmung ihrer Rechte.

4.3.4 Partizipation Betroffener bei Planung, Steuerung und Netzwerkbildung

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 diesem Zusammenhang wurden auf Folgendes hingewiesen: Die Partizipation ist ausbaufähig oder verbesserungsbedürftig oder es besteht „keine geregelte Beteiligung von Betroffenen“.

In vier Kommunen wurde die Partizipation als gut eingestuft und vereinzelt die Gremien benannt, in denen Betroffene und/oder Angehörige unmittelbar einbezogen werden. Z. B. sind die Mitglieder des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e. V. (VPE) im Psychiatriebeirat, der Regionalen Planungskonferenz, bei TRIALOG und in der PSAG vertreten. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter bzw. Selbsthilfe (sowohl Angehörige als auch Psychiatrieerfahrene) sind in weiteren Kommunen in Gremien wie dem GPV repräsentiert und nehmen regelmäßig an den Sitzungen teil. Auf Partizipation im Rahmen von Trialogforen wurde bereits in Kap. 4.3.2.6 verwiesen.

In anderen Kommunen wurde hinsichtlich der Beteiligung Betroffener angegeben, dass

- Betroffene in fast allen Gremien beteiligt sind
- die Selbsthilfe-Kontaktstelle regelmäßig in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen einbezogen wird sowie Vertreterinnen und Vertreter der Angehörigen-Gruppen, soweit vorhanden, eingeladen werden
- im Rahmen aktueller Inklusionsmaßnahmen die Beteiligung verschiedener Behindertengruppen, so z. B. auch im Inklusionsbeirat, erfolgt
- die Träger der sozialpsychiatrischen Versorgung Patientenbeiräte gegründet haben. Diese werden an den Planungen beteiligt, die Mitwirkung wird als gut eingestuft.

Aus einer Kommune wurde berichtet, dass es schwierig sei, Akteure aus dem Bereich der Selbsthilfe für eine Mitarbeit in den relevanten Gremien zu gewinnen. Mehrere Versuche in den letzten Jahren verliefen mehr oder weniger ergebnislos.

Erfahrungen in anderen von FOGS durchgeführten Projekten bestätigen, dass sich die Beteiligung von Selbsthilfe- und Betroffenen-Gruppen nicht einheitlich gestaltet: Sie hängt häufig davon ab, ob es engagierte Selbsthilfegruppen vor Ort gibt und Personen, die über ausreichende Zeitbudgets verfügen, um z. B. an den Gremien teilzunehmen. Selbsthilfe muss sich „nebenbei“ und ohne Bezahlung einbringen, während die professionellen Helfenden das im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit übernehmen. Deshalb wäre es u. a. hilfreich, die Möglichkeiten der Beteiligung von Selbsthilfepersonen zu verbessern (Sitzungen am Abend oder am Wochenende).

Eine weitere Kommune beschrieb die Beteiligung von Selbsthilfegruppen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen noch als „unzureichend“, die Beteiligungsmöglichkeiten würden aber derzeit weiterentwickelt. „Psychiatriee erfahrene werden in unserer Kommune bei der Gründung von Selbstvertretungsgruppen unterstützt.“ Das Thema Partizipation wurde in einer anderen Kommune aktuell in den Gremien mit unterschiedlichen Vorstellungen diskutiert. Die Verwaltung möchte sich diesem Thema öffnen, Fragen der Form etc. sind noch nicht abschließend geklärt.

Auch die Bewertung der Partizipation von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und ihrer Angehörigen *im Rahmen fallbezogener Steuerung* fällt unterschiedlich aus (N = 33): Demnach ist eine Beteiligung Betroffener und ihrer Angehörigen in sechs Kommunen nicht gegeben. Sieben weitere Kommunen antworteten knapp, dass die Partizipation „unwesentlich“, „zum Teil verbesserungsbedürftig“ oder „ausbaufähig“ sei.

In einer Kommune ist die stärkere Einbeziehung der Betroffenen aktuell ein entscheidendes Ziel bei der Diskussion um die Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen, da die im Verfahren vorgesehene Beteiligung Betroffener nur im geringen Umfang durch die Antragstellenden genutzt würde.

In zwölf Kommunen werden Betroffene bei der einzelfallbezogenen Steuerung einbezogen: „Patientin oder Patient wird i. d. R. an der Hilfeplanung beteiligt und kann Angehörige hinzuziehen“.

Weitere Kommunen (N = 3) schilderten die folgende Beteiligungspraxis:

- Betroffene und Angehörige werden in die Planung der nächsten Schritte einbezogen.
- Die fallbezogene Steuerung durch das Instrument der SPV-Teilhabekonferenzen läuft mit der Geschäftsführung durch den SpDi und den gewählten Sprechern sehr zufriedenstellend.
- Eine 100 %ige Partizipation Betroffener/Angehöriger ist erklärtes Ziel innerhalb der PSAG und der Hilfeplanung des überörtlichen Trägers.

Vier weitere Antwortende stuften die Partizipation (im Einzelfall) als gut ein.

Die im Rahmen der qualitativen Befragungen in den sechs Kommunen erhobenen Einschätzungen decken sich weitgehend mit den Befunden der Breitenerhebung. Insbesondere folgende Aspekte können dabei besonders hervorgehoben werden:

- In den jeweiligen KGK sind seitens der Selbsthilfe überwiegend Beschäftigte der Selbsthilfe-Kontaktstellen vertreten.
- Im Unterschied dazu beteiligten sich psychiatrienerfahrene Personen und Angehörige psychisch kranker Menschen i. d. R. an den PSAG und – wenn vorhanden – in den GPV.
- In den Regionalen Planungskonferenzen/Regionalkonferenzen sind Betroffene und Angehörige i. d. R. nicht beteiligt.

Nach Auffassung insbesondere der interviewten kommunalen Gesprächspartnerinnen und -partner wäre es auf jeden Fall wünschenswert, wenn mehr psychiatrienerfahrene Personen und Angehörige aktiv an den verschiedenen Planungs- und Vernetzungsgremien mitwirken würden. Das dies nicht geschieht hat aus deren Sicht unterschiedliche Gründe:

- Zum einen gibt es in den Kommunen nicht immer eine ausreichende Zahl aktiver Betroffener und Angehöriger, die über ausreichend Zeit verfügen, um sich an den relevanten Planungs- und Vernetzungsgremien zu beteiligen. Hierbei spielt sicherlich auch eine Rolle, dass die damit verbundenen Aktivitäten und Aufgaben i. d. R. unentgeltlich und während der üblichen Arbeitszeiten wahrzunehmen sind.
- Zum anderen wird aber auch in den Gesprächen konstatiert, dass sich die Kommunen stärker darum bemühen sollten, psychiatrienerfahrene Personen und Angehörige für eine Gremienmitarbeit zu gewinnen, indem die Rahmenbedingungen dafür verbessert werden müssten (u. a. durch auf die Zielgruppe angepasste Sitzungszeiten und eine finanzielle Unterstützung).
- Schließlich beobachten insbesondere Beschäftigte der Selbsthilfe-Kontaktstellen verstärkt, dass das Engagement vorrangig jüngerer Mitglieder von Selbsthilfegruppen zunehmend eher „temporär“, auf ein spezifisches Projekt/Thema ausgerichtet ist und weniger auf eine längerfristige, verbindliche und verantwortliche Mitarbeit in den Gruppen zielt. Auch dadurch sei eine kontinuierliche Beteiligung an Gremien erschwert (vgl. zum Thema auch Kap. 6.2.4)

In der Breitenerhebung schilderten die Befragten *gute Beispiele* der Partizipation von Betroffenen (16 Nennungen) und Angehörigen (zehn Nennungen). Neben relativ allgemeinen Formulierungen, dass Betroffene bzw. Angehörige stärker „in die entsprechenden Gremien einbezogen werden sollten“ bzw. „innovative Formen der Mitbestimmung in Kooperation mit Leistungsanbietern“ entwickelt werden müssten, wurden zudem die nachfolgenden Gremien bzw. Projekte genannt, in denen Betroffene bzw. Angehörige konkret mitwirkten:

- unabhängige Beschwerdestelle für Psychiatrie in Bielefeld bzw. TRIALOG Bielefeld
- PSAG, HPK Gremium und Psychose Forum Düsseldorf
- runder Tisch seelische Gesundheit in Gevelsberg¹⁰⁴
- Beschwerdestelle für Psychiatrie in Gelsenkirchen

¹⁰⁴ Mittlerweile gibt es 75 Selbsthilfegruppen im Süden des Ennepe Ruhr-Kreises. Betreut und koordiniert werden sie vom Gevelsberger Gesundheitshaus aus von der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS).

- Clearingkonferenzen (in Recklinghausen)
- PSAG (in Soest)
- Trialog Psychoseforum und PsychKG-Kommission (in Münster).

Ergänzend wurde von einer Kommune auf den Ansatz HEE¹⁰⁵ (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid – etwa für Gesundheit, Ermächtigung und Erfahrung/Expertentum) hingewiesen, der in der Kommune in der Selbsthilfe diskutiert wird. Andere wiesen auf die wichtige Rolle des Schulprojekts „Verrückt? Na und!“¹⁰⁶ an 14 Standorten in Nordrhein-Westfalen hin, bei dem nicht nur Schülerinnen und Schüler über psychische Gesundheit und Krankheit aufgeklärt werden, sondern auch Selbsthilfe zu psychischer Gesundheit an Schulen gestärkt werden soll. Schließlich wurden eher allgemein der Wert und die Bedeutung von EX-IN-Initiativen sowie von trialogischen Verfahren beschrieben.

Mit der Fähre e. V. Rhede hat sich seit der Gründung im März 1990 im Kreisgebiet Borken eine Interessengemeinschaft von Angehörigen und Freunden psychisch Kranker gebildet, die an sämtlichen Gremien beteiligt ist und über die Kreisgrenzen hinaus „Gehör mit seinen Arbeits- und Beschäftigungsideen findet“.

Am Beispiel des Arbeitskreises „Trialog konkret“ des LWL wird deutlich, dass diese Arbeitsform auch in die Gestaltung von Behandlungsprozessen hineinwirken kann: Bspw. wurde hier ein Modellprojekt zur Erprobung von Genesungsbegleitung im klinischen Setting entwickelt (vgl. S. 146). Aktuell diskutiert der Arbeitskreis die verstärkte Nutzung von Behandlungsvereinbarungen. Der LWL hat aufgrund dieser Beratungen die Behandlungsvereinbarungen im Klinikinformationssystem (KIS) hinterlegt. Abschluss und Nutzung von Behandlungsvereinbarungen sollen so deutlich erhöht und perspektivisch als Standard im Aufnahmeprozess implementiert werden (Pflichtfeld im KIS). Des Weiteren sollen die Patientinnen und Patienten in Zukunft schon während des Behandlungsprozesses mittels Feedbackbogen um ihre Einschätzungen gebeten werden (nicht erst nach Abschluss der Behandlung).

Im Kreis Herford übernimmt der Angehörigenverein seit 20 Jahren als Träger den psychosozialen Krisendienst und trägt so auch in professioneller Funktion durch schnelle Hilfe auch zur Entlastung anderer Angehöriger bei. Mehr dazu und zur Einbindung von Selbsthilfe s. a. Kap. 6.2.4).

4.4 Zusammenfassende Kernaussagen

Wie aus der Datenrecherche sowie der Breiten- und Tiefenerhebung hervorgeht, wurden in Nordrhein-Westfalen im Verlauf der letzten 30 Jahre eine Vielzahl von Gremien und Verfahren entwickelt, die sich auf eine (bessere) angebots- und einzelfallbezogene Steuerung, Planung und Vernetzung psychiatrischer und psychosozialer Hilfen beziehen.

Die rechtlichen Grundlagen dafür ergeben sich zum einen aus einschlägigen Landesgesetzen wie dem ÖGDG, PsychKG und GEPA NRW; zum anderen bietet das gegliederte System bundesdeutscher Sozialgesetzgebung (u. a. SGB I, II, V, IX, X, XI und XII) und die UN-BRK rechtliche Anknüpfungspunkte, die jetzt und zukünftig für die Weiterentwicklung von Steuerung, Planung und Netzwerkbildung regional/lokal genutzt werden

105 Vgl. zu HEE:

<https://www.trimbos.nl/themas/herstelondersteunende-zorg/hee-herstel-empowerment-en-ervaringsdeskundigheid>
(Abruf zuletzt am 16. April 2016).

106 Vgl. <http://www.verrueckt-na-und.de/> (Abruf zuletzt am 1. Februar 2016).

könnten. Allerdings besteht z. T. noch Unkenntnis bei Betroffenen und Leistungsanbietern; z. T. ist – wie dargestellt – auf Seiten vor allem der Leistungsträger die sektor-, bereichs- und trägerübergreifende Perspektive noch zu wenig entwickelt. Zugleich stellen eine Vielzahl gesetzlicher Regelungen zu den Aspekten der Planung, Steuerung und Koordination Soll bzw. Kann-Bestimmungen mit einem geringen Verbindlichkeitsgrad dar.

Anknüpfend an Datenrecherche sowie die Breiten- und Tiefenerhebung sollen nachfolgend wesentliche Ergebnisse zusammengefasst und mit Blick auf die Aufgabenstellung des Versorgungsforschungsauftrags sowie bezogen auf das Handlungsfeld 2 vorgestellt werden:

- In Nordrhein-Westfalen sind in insgesamt 36 Kommunen *Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren* (mit Stellumfängen von 0,1 bis 1,0 Stelle) tätig, wobei sich deren koordinative und vernetzende Aufgaben oftmals sowohl auf Angebote von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen als auch auf Hilfen für suchtkranke Personen beziehen. Die organisatorische Verortung der Psychiatrie- und Suchtkoordination erfolgt dabei überwiegend im Gesundheitsamt. Die Kombination von Psychiatrie- und Suchtkoordination wird in den Befragungen überwiegend als zielführend bewertet. Mehrere Kommunen betonten in der schriftlichen Befragung die große Bedeutung einer unabhängigen Koordination und bedauerten, dass in den letzten Jahren insbesondere aus finanziellen Gründen die Stellen für Psychiatriekoordination gestrichen bzw. Stellenanteile reduziert wurden. Außerdem haben die in der Tiefenerhebung geführten Gespräche gezeigt, dass die Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren aufgrund der Vielzahl ihrer vor allem auch administrativen Tätigkeiten inzwischen nur noch sehr begrenzt in der Lage sind, originäre planerische und koordinative Aufgaben im Bereich psychiatrischer, psychosozialer und suchtbbezogener Hilfen wahrzunehmen. Gleichwohl wird der Psychiatrie- bzw. Suchtkoordination (mit einer angemessenen personellen Ausstattung und zielführender organisatorischer Anbindung) nach wie vor eine wichtige Rolle für die Planung, Steuerung und Vernetzung lokaler/regionaler Hilfesysteme zugemessen.
- Für 18 (Datenrecherche) bzw. 15 kommunale Gebietskörperschaften (schriftliche Befragung) konnten von FOGS Psychiatriepläne bzw. -berichte erfasst werden. Auffallend ist, dass vorrangig die Psychiatriepläne oftmals älter als zehn Jahre sind, die neuesten (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 etwas aktueller; so wurden vier Berichte in den letzten vier Jahren erstellt. Sowohl die Ergebnisse der schriftlichen Befragung als auch die qualitativen Befunde der Tiefenerhebung weisen in der Summe darauf hin, dass aus kommunaler Sicht der Erstellung neuer bzw. der Fortschreibung älterer Psychiatriepläne – aufgrund veränderter Rahmenbedingungen – nach wie vor eine große Bedeutung für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung psychiatrischer und psychosozialer Angebotsstrukturen zukommt; zugleich wurde aber auch immer wieder betont, dass in vielen Kommunen derzeit (aufgrund der jeweiligen Haushaltssituation) keine ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen zur Umsetzung einer darauf ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stünden. Auf Daten der SpDi könnte dabei nur in begrenztem Ausmaß zurückgegriffen werden. Mit Blick auf das Land (und den zu erstellenden Psychiatrieplan) besteht aus Kommunensicht vor allem die Erwartung, dass eine Art „Kerndaten- bzw. Indikatoren-Satz Psychiatrie“ gemeinsam entwickelt wird, der dann u. a. für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung genutzt werden könnte.

- In der Datenrecherche konnten insgesamt 47 *Kommunale Gesundheitskonferenzen* ermittelt werden, obgleich in der Breitenerhebung lediglich von 37 KGK berichtet wurde. Die KGK sind vorrangig auf die Mitwirkung an der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (z. B. Erstellung von „Basisberichten“) und – wie vor allem aus den Gesprächen der Tieferhebung hervorgeht – auf eine Verbesserung der lokalen medizinischen und gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet. Im Vergleich zu dieser Funktion kommt der Planung, Weiterentwicklung und Vernetzung der i. e. S. psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote – trotz des Bestehens z. T. darauf ausgerichteter Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreise – gegenwärtig eine eher nachgeordnete Bedeutung zu.

An den Kommunalen Gesundheitskonferenzen wirken zwischen zwölf und 31 Mitglieder mit; durchschnittlich werden – wie die schriftliche Befragung zeigt – etwa 20 Akteure berufen. In den KGK sind neben Vertreterinnen und Vertretern der Politik ganz überwiegend Leitungskräfte aus Diensten und Einrichtungen der Gesundheitsförderung und -versorgung repräsentiert. Zugleich arbeiten Leistungsträger (vor allem der gesetzlichen/privaten Krankenversicherung und der Renten- bzw. Pflegeversicherung) sowie Beschäftigte von Selbsthilfe-Kontaktstellen in den KGK mit. Die KGK stellen – im Vergleich zu anderen Gremien – am ehesten „Entscheidergremien“ dar; von ihnen gehen – allerdings zwischen den Kommunen z. T. sehr unterschiedlich ausgeprägt – wichtige Impulse für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung aus. Die Rolle der KGK hängt dabei entscheidend davon ab, mit welcher Haltung und Zielsetzung sie von Politik und Verwaltung zu Veränderungen bzw. Weiterentwicklung der verschiedenen Hilfesysteme genutzt wird.

- Neben den KGK arbeiten in den Kommunen i. d. R. weitere (Vernetzungs-)Gremien, die auf institutioneller und fallbezogener Ebene an Kooperations- und Koordinationsprozessen beteiligt sind. Im Rahmen der Breitenerhebung konnten für 32 Kommunen 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. Als Aufgaben der PSAG wurden in der schriftlichen Befragung sowohl die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote als auch die Psychiatrieplanung sowie die fallbezogene Zusammenarbeit genannt. Die im Rahmen der Tieferhebung durchgeführten Gespräche akzentuieren dieses Bild hinsichtlich einiger wesentlicher Aspekte: Zunächst wurde in den Interviews darauf hingewiesen, dass in den PSAG vorwiegend Fachkräfte der Einrichtungen und Dienste und i. d. R. keine „Entscheider“ (auf Abteilungs-, Fachbereichs- und Geschäftsführungsebene) zusammenarbeiten. Darüber hinaus dienen die PSAG aus Sicht der Interviewten vor allem dem Informations- und Erfahrungsaustausch, der Verbesserung der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit, der Vorstellung neuer Angebote und Projekte sowie der Diskussion psychiatrierelevanter Themen. Eine i. e. S. Steuerungs- und Koordinationsfunktion wurde den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in den Interviews (und auch der schriftlichen Befragung) nicht zugemessen. Zudem wurde die Verbindlichkeit der in den PSAG getroffenen Vereinbarungen von einigen Befragten als (sehr) begrenzt eingeschätzt. Schließlich konnte beobachtet werden, dass die Bedeutung der PSAG in den Kommunen, die über einen Gemeindepsychiatrischen Verbund verfügen, aufgrund großer inhaltlicher und z. T. personeller Überschneidungen zwischen beiden Gremien eher abnimmt.

- In der schriftlichen Befragung konnten 13 *Gemeindepsychiatrische Verbände* ermittelt werden. Misst man die GPV an den Qualitätsstandards der BAG GPV e. V. so zeigt sich, dass deren Arbeit i. d. R. auf einer schriftlichen Grundlage (Geschäftsordnungen, Kooperationsvereinbarungen bzw. -verträge) basiert, dass die für die jeweiligen Regionen/Kommunen relevanten Leistungsanbieter in ihnen repräsentiert sind und dass ihr Aufgabenspektrum von der einzelfallbezogenen Steuerung (u. a. Strukturierung von Aufnahme, Über- und Abgabe gemeinsamer Klientinnen/Klienten) über die Vereinheitlichung von Dokumentation und Qualitätssicherung bis zur Weiterentwicklung psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen reicht. Aus den Gesprächen der Tieferhebung geht hervor, dass sich die GPV erwartungsgemäß vor allem als *Leistungserbringer-Verbände* verstehen, hier aber konzeptgemäß ganz überwiegend auch Psychiatrieerfahrene und Angehörige eine wichtige Rolle spielen. Die GPV stellen aus Sicht der Interviewten (mit GPV) – 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 Angebotsebene dar. Entwicklungsbedarfe werden – je nach Ausgangssituation – insbesondere im Hinblick auf die Implementierung leistungsanbieterübergreifender Krisendienste und in der Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen gesehen. In den vertieft befragten Kommunen, die gegenwärtig über keinen Gemeindepsychiatrischen Verbund verfügen, scheiterten die bisher unternommenen Versuche, ebenfalls einen GPV zu konstituieren, vornehmlich an der kritischen Haltung bzw. der (zunehmenden) Konkurrenz der Leistungsanbieter untereinander. Gleichwohl zielen auch dort die von den zuständigen Stellen initiierten Anstrengungen darauf, mittelfristig Gemeindepsychiatrische Verbände aufzubauen.
- 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. Kommunen keine große Rolle. Sie dienen vielmehr der Darstellung und Diskussion der Fallzahl- und Angebotsentwicklung vorrangig von Wohnhilfen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährt werden. Viele Gesprächspartnerinnen und -partner kritisierten die geringe Verbindlichkeit der in Regionalen Planungskonferenzen bzw. Regionalkonferenzen getroffenen Vereinbarungen. Zugleich wünschten sie sich, dass sich in Zukunft die Arbeit dieser Gremien nicht nur mit Wohnhilfen, sondern auch mit dem Handlungsfeld Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen beschäftigen sollte.
- Außer den genannten Planungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsgremien bestehen je nach Region und Kommune *weitere Gremien* wie z. B. Fachkonferenz „Psychiatrie“ oder „SPZ-Verbände“, die – je nach lokaler Ausgangssituation – ebenfalls einen wichtigen Stellenwert für die (Weiter-)Entwicklung psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen haben.
- Weder aus der Breiten- noch aus der Tieferhebung ergaben sich Hinweise auf Gremien, in denen sich Vertreterinnen/Vertreter verschiedener Leistungsträger zu einem *Steuerungsverbund* (z. B. Regionale Arbeitsgemeinschaften gem. § 94 SGB X) zusammengeschlossen hätten.
- Von den beiden Landschaftsverbänden LVR und LWL wurden als Folge der Hochzoning in Nordrhein-Westfalen Hilfeplanverfahren und -instrumente implementiert, die auf Basis der vom Deutschen Verein entwickelten Bewertungsmaßstäbe eine individuelle Bedarfsermittlung und Hilfeplanung der Menschen mit Behinderungen

gewährleisten sollen. Wie die verschiedenen Erhebungen gezeigt haben, tragen dabei *Hilfeplankonferenzen* entscheidend dazu bei, anbieterübergreifend personenzentrierte Hilfen vor allem für Menschen mit komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen abzustimmen. Gleichwohl wurde in verschiedenen Gesprächen der Tiefenerhebung auf negative Folgen der „Hochzonung“ für die fall- und angebotsbezogene Steuerung hingewiesen, da sich Kommunen nicht in ausreichender Form in die Hilfeplanverfahren einbezogen fühlen. Zudem würden die Hilfeplanprozesse noch zu wenig zu einer (leistungsträger- und hilfeartübergreifenden) Gesamtplanung i. S. des § 58 SGB XII sowie zur Planung und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der (kommunalen und regionalen) psychiatrischer und psychosozialer Angebotsstrukturen genutzt.

- Die Ergebnisse von Breiten- und Tiefenerhebung legen nahe, dass Psychiatricerfahrene und Angehörige psychisch Kranker in unterschiedlichem Ausmaß an der fallbezogenen Steuerung und Angebotsentwicklung beteiligt werden: Zwar ist Partizipation an Entscheidungsprozessen, die zur (Weiter-)Entwicklung der Versorgungsstrukturen führen, eher selten. Doch stellen einige Kommunen schon heute in hohem Maße eine Partizipation Betroffenen und ihrer Angehörigen sicher, indem sie diese umfassend an den relevanten Koordinations- und Vernetzungsgremien und an individuellen Hilfeplanungen beteiligen. Ein Teil der Kommunen ist gerade dabei, die Beteiligungsmöglichkeiten zu verbessern und stärker in den Gremien zu verankern. Auch in den beiden Landschaftsverbänden sind, i. d. R. im Kontext der Umsetzung der UN-BRK, vermehrt Initiativen zu beobachten, die Partizipationsmöglichkeiten Betroffener zu verbessern.

Aus den von FOGS im Rahmen des Versorgungsforschungsauftrags durchgeführten Befragungen lassen sich im Handlungsfeld 2 „Regionale Steuerung, Kooperation und Verbundstrukturen“ eine Vielzahl von Einschätzungen, Hinweisen und Anregungen ableiten, die für die Erstellung des Psychiatrieplans für das Land Nordrhein-Westfalen bedeutsam sein könnten:

- Insgesamt zeigen die verschiedenen Erhebungen, dass die jeweils in den Kommunen arbeitenden Planungs- und Vernetzungsgremien nur eine begrenzte Steuerungsfunktion hinsichtlich der (Weiter-)Entwicklung psychiatrischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen wahrnehmen. Dabei tritt der Planungsaspekt deutlich hinter dem Vernetzungsaspekt zurück. Einzelne Gremien dienen vorrangig dem Erfahrungs- und Informationsaustausch, der einzelfallbezogenen Koordination und Kooperation der Leistungsanbieter sowie der Verstärkung der Netzbildung zwischen den verschiedenen Akteuren. Wie sowohl aus der schriftlichen Befragung als auch aus den Interviews hervorgeht, kommt den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (als Verbände vorrangig der Leistungsanbieter) derzeit die relativ stärkste Steuerungsfunktion zu. Viele Interviewte regten an, dass in den einzelnen Kommunen die Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der verschiedenen Gremien überprüft und künftig verstärkt Gemeindepsychiatrische Verbände aufgebaut werden sollten. Seitens des Landes könnte dieser Prozess gefördert werden, indem dazu Know-How zur Verfügung gestellt und Fachforen für den kommunalen Austausch eingerichtet werden. Schließlich wurde vereinzelt vorgeschlagen, ggf. angebunden an die KGK (oder an den GPV) eine Arbeitsgemeinschaft der Leistungsträger i. S. von § 94 SGB X (und neu § 25 Referentenentwurf BTHG) zu konstituieren, die zur Überwindung von Fehl- und Unterversorgung sowie Weiterentwicklung der Angebote im Bereich der Teilhabeleistungen beiträgt.
- Aus den verschiedenen Erhebungen geht weiter hervor, dass die Kommunen und das Land eine inklusive Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Angebote gezielt fördern sollten. Dabei sollten Betroffene und Angehörige intensiv und

verbindlich beteiligt werden. Mittels der „Ladder of participation“ könnte dabei die Realisierung von Partizipation überprüft werden. Kommunen und Land sollten – so die Auffassung von Interviewten – die Interessenvertretung Betroffener fördern, barrierefreie Mitwirkungsmöglichkeiten ermöglichen und dazu angemessene Ressourcen zur Verfügung stellen (vgl. hierzu auch Kap. 6).

Insbesondere in den Gesprächen der Tiefenerhebung wurde vorgeschlagen, dass die Kommunen – anknüpfend an die dargestellten rechtlichen Rahmenbedingungen – ihre Planungs- und Steuerungsaktivitäten verstärken und dafür künftig angemessene organisatorische und personelle Voraussetzungen schaffen sollten. Dies auch deshalb, weil unterschiedliche Faktoren die kommunalen Steuerungsanstrengungen erschweren, darunter verschiedene leistungsrechtliche Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, z. T. erhebliche finanzielle Kürzungen von Leistungen und damit verbundene größere Konkurrenz von Leistungsanbieter sowie historisch gewachsene Trägerstrukturen und -macht.

- Steuerung braucht zudem – wie die Befragungen gezeigt haben – eine valide Datengrundlage in den Kommunen und im Land. In vielen Interviews wurde deshalb angeregt, analog zur Suchthilfe einen einheitlichen Datensatz zur psychosozialen/psychiatrischen Versorgung zu entwickeln, der kommunal genutzt wird und in die GBE des Landes einfließt. Das Land könnte diese Entwicklung unterstützen, die Datenauswertung landesweit übernehmen und den Rückfluss der Daten in die Kommunen sicherstellen. Land und Kommunen sollten die Ergebnisse regelmäßig gemeinsam beraten und für die Ableitung von Konsequenzen nutzen, bspw. im Rahmen des geplanten Fachbeirats Psychiatrie.
- Zudem wurde in den Erhebungen angeregt, dass das Land auf eine regelhafte kommunale Psychiatrieplanung hinwirken und mit Rahmenvorgaben unterlegen sollte; in den Planungsprozess sollten dabei alle relevanten Akteure inkl. Betroffene und Angehörige einbezogen werden.
- Nach Ansicht von befragter Personen sollte künftig – anknüpfend an das neue BTHG – die Teilhabe-/Hilfeplanung im Bereich der Eingliederungshilfe weiterentwickelt und in beiden Landesteilen in vergleichbarer Form umgesetzt werden. Hilfeplanprozesse sollten dabei stärker für eine (leistungsträger- und hilfearbeitübergreifenden) Gesamtplanung i. S. des § 58 SGB XII genutzt werden. Zudem sollte eine stärkere strukturelle Verbindung zwischen Fall- und Systemebene (Sozialplanung/Angebotsentwicklung) gewährleistet werden, um die psychiatrischen und psychosozialen Angebotsstrukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Bestehende erfolgreich arbeitende trägerübergreifende Foren für Besprechung und Planung schwieriger Fallkonstellationen sollten dabei beibehalten und ggf. ausgebaut werden.
- Schließlich wurde insbesondere in den Gesprächen mit den Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren die Erwartung formuliert, dass der Psychiatrieplan des Landes NRW die Rahmenbedingungen für die Steuerung der psychiatrischen Versorgung genauer festlegt.

5 Ergebnisse Handlungsfeld 3: Beschwerdewesen

5.1 (Daten-)Grundlagen

Nach § 135a, Abs. 2 SGB V sind „Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaß-

nahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, [...] nach Maßgabe der §§ 136 bis 136b und 137d verpflichtet,

- (1) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
- (2) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.“

§ 5 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG) NRW konkretisiert in Abs. 1: „Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine *unabhängige Stelle*, die mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll.“ (Hervorhebung durch FOGS).

Das PsychKG NRW erweitert die Forderungen des KHGG NRW und konkretisiert in § 24 „Beschwerdestellen:

- (1) In Krankenhäusern (§ 10 Abs. 2) sind die Betroffenen in geeigneter Weise über Name, Anschrift, Aufgabenbereich und Sprechstundenzeiten der Mitglieder der Patientenbeschwerdestelle nach § 5 Absatz 1 KHGG NRW zu unterrichten. Sprechstunden sollen bei Bedarf im geschlossenen Bereich des Krankenhauses abgehalten werden.
- (2) Geeignet als Mitglied von Patientenbeschwerdestellen für die Belange Betroffener sind nach diesem Gesetz insbesondere Personen, die in der Behandlung und Betreuung von psychisch Kranken eine langjährige Erfahrung haben.
- (3) Die Mitglieder der Patientenbeschwerdestellen haben im Rahmen ihrer Aufgaben das Recht, Unterbringungs- und Behandlungsräume zu begehen und bei Beanstandungen auf eine Änderung hinzuwirken. Sie prüfen die Wünsche und Beschwerden der Betroffenen und tragen sie auf deren Wunsch dem Krankenhausträger und den Besuchskommissionen (§ 23) vor. Schwerwiegende Mängel teilen sie der Aufsichtsbehörde unverzüglich mit.“

Demnach sind Beschwerdemöglichkeiten *in* Kliniken am deutlichsten geregelt, die hier vorgelegte Untersuchung konzentriert sich absprachegemäß auf die Auswertung der Berichte der Besuchskommissionen zu Begehungen im Jahr 2014 (vgl. Kap. 5.3).

Das PsychKG regelt jedoch keine Beschwerdemöglichkeiten außerhalb von Kliniken, dies ist derzeit nur im neuen PsychKHG in Baden-Württemberg geregelt und soll auch in Berlin im neuen PsychKG verankert werden. Und wengleich es für Beschwerden *außerhalb* von psychiatrischen Kliniken derzeit keine vergleichbaren Vorgaben gibt, so besteht doch in Teilbereichen eine Reihe von definierten Beschwerdemöglichkeiten, die die Regelungen des o. g. § 135a, Abs. 2 SGB V umsetzen und Patientenrechte sichern sollen. Auch halten viele Träger von Eingliederungshilfe, Rehabilitations- oder Pflegeleistungen im Rahmen ihres Qualitätsmanagementsystems interne Beschwerdemöglichkeiten vor, insbesondere jene, die ein Zertifizierungsverfahren anstreben.

Die Datenlage zum Beschwerdewesen im ambulanten Bereich ist begrenzt, differenzierte und qualifizierte Daten liegen kaum vor, weder zu trägerinternen noch trägerexternen bzw. unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten, Deshalb sollte das Augenmerk der Untersuchung insbesondere auf diesem Bereich liegen (vgl. Kap. 5.4).

Im Rahmen der kommunenbezogenen Recherche konnten in dem Bereich Beschwerdewesen bzw. -management für 29 Kommunen Informationen und Daten recherchiert werden, wobei für sechs Kommunen jeweils zwei und für drei Kommunen jeweils drei Be-

schwerdeinstanzen ermittelt wurden. Zum Beispiel wurden in Bielefeld die Beschwerdestelle für Psychiatrie Bielefeld (Trialog Bielefeld) sowie die Beschwerdestellen der Kliniken erfasst. Generell handelte es sich bei den öffentlich zugänglichen Daten häufig um Hinweise auf *Beschwerdestellen an einer Klinik* bzw. Hinweise auf *Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher*, zu deren Aufgaben die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei Problemen und Beschwerden gegenüber dem Krankenhaus, in dem sie behandelt werden, zählt.

Analog zum Vorgehen in den anderen Handlungsfeldern wurden für das Handlungsfeld 3 folgende spezifische Quellen über Internetrecherchen in den einschlägigen Datenbanken, Seiten des Ministeriums und des LZG.NRW hinaus ausgewertet:

- Beschwerdekommisionen der beiden Landschaftsverbände LVR und LWL
- Patientenbeauftragter NRW
- Beauftragte für die Belange der Menschen mit Behinderung NRW
- Gesundheitsberichterstattung des Landes
- Besuchskommissionen NRW
- Kommunen (Sozial- und Gesundheitsämter, SpDi, z. T. Ordnungsämter, Feuerwehr, Gesundheits- und Sozialberichtserstattung, Berichte von/zu PSAG, GPV oder KGK, Psychiatrieberichte oder -pläne etc.)
- Ärztekammern Rheinland und Westfalen
- Kassenärztliche Vereinigungen Rheinland und Westfalen
- Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen
- Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
- Aktion Psychisch Kranke
- Krankenversicherungen (exemplarische Auswahl gesetzlich und privat)
- LAG der Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie in NRW.

Die Ergebnisse von Recherchen und Breitenerhebung wurden für den Abschlussbericht um Ergebnisse der Tieferhebung ergänzt, wobei hier insbesondere die Erfahrungen der beiden besuchten Beschwerdestellen vorgestellt werden.

Neben den gesetzlichen Regelungen bilden vor allem die im Rahmen des DGSP-Modellprojekts¹⁰⁷ zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen erarbeiteten Qualitätskriterien einen Referenzrahmen für die vorzustellenden Ergebnisse.

5.2 Auswertung übergreifender Quellen

Zuständig für Beschwerden aus dem vertragsärztlichen Bereich (bei Problemen im Zusammenhang mit dem Ausstellen von Verordnungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel oder von Überweisungen, oder wenn es um das Beachten der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien geht) sind die *Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen*. Die

¹⁰⁷ Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) (Hrsg.). *Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Ein Ratgeber*. <http://www.beschwerde-psychiatrie.de/download/Ratgeber.pdf>.

Ärzttekammern sind hingegen zuständig für die Prüfung von Beschwerden gegen in ihrem Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte, nicht jedoch bzgl. pflegerischer Leistungen, z. B. in einem Krankenhaus. In vergleichbarer Weise ist die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zuständig für die Prüfung von Beschwerden gegen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Bei all diesen Akteuren konnten Hinweise zum Verfahren gefunden werden, jedoch keine Angaben zu Häufigkeit und Art von Beschwerden.

In NRW nehmen auch der Patientenbeauftragte NRW und die Behindertenbeauftragte des Landes Beschwerden entgegen. Die Krankheitsbilder der Ratsuchenden werden in der Dokumentation des *Patientenbeauftragten NRW* nicht aufgenommen, die Anfragen werden bestimmten Themenbereichen und Problemfeldern zugeordnet. Die Statistik der Anfragen wird im Jahresbericht des Patientenbeauftragten dokumentiert. Laut telefonischer Nachfrage wurden im Jahr 2015 insgesamt 61 Anfragen aus dem Themenbereich „Psychotherapie“ bearbeitet, das sind rd. doppelt so viele wie im Jahr zuvor (N = 33).

Bei der *Beauftragten für die Belange der Menschen mit Behinderung NRW* gingen im Jahr 2015 insgesamt ca. 550 schriftliche oder telefonische Beschwerden ein, die meisten Beschwerden betrafen Parkausweise, den festgestellten/gewährten Grad der Behinderung und die Beantragung von Schwerbehindertenausweisen. Ca. 15 Beschwerden bezogen sich auf psychisch-psychiatrische Themen:

- sechs Eingaben lagen im Kontext des SGB VIII, § 35a vor und weitere sechs zum Thema Integrationshilfe für Kinder/Jugendliche mit psychischen Störungen/Erkrankungen
- zwei Eingaben von bzw. zu seelisch behinderten Menschen in WfbM (z. T. von Betreuungspersonen vorgebracht)
- in den Jahren 2014 und 2015 beschwerten sich zudem ein niedergelassener Arzt und eine Einrichtung, dass Krankenhäuser (somatischer Bereich) die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen abgelehnt hätten.

Die Beschwerden wurden fast alle von Eltern vorgebracht, nicht von den Betroffenen selbst. Das Büro der Behindertenbeauftragten gibt die Beschwerden i. d. R. an die zuständigen Ministerien weiter, die sich dann ggf. um Vermittlung im konkreten Fall bemühen.

Die *LAG der Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie* in NRW benennt in ihrer Broschüre zu Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie¹⁰⁸ unter dem Punkt „Qualitätsmerkmale, Merkmale der Strukturqualität“ die Anforderung „Geregelte Beschwerdemöglichkeit“. Zudem werden die Kontakt- und Beratungsstellen mit Adress- und Kontaktdaten und einige Angebote beispielhaft ausführlicher vorgestellt. Weitere Angaben zu Beschwerden, ob auf die Kontakt- und Beratungsstellen bezogen oder auf deren Unterstützung von Patientinnen und Patienten bzgl. Beschwerden zu anderen Angeboten konnten nicht identifiziert werden.

Auf der Webseite des *Bundesnetzwerks unabhängiger Beschwerdestellen* finden sich nach Bundesländern ausgewiesene Übersichten zu Beschwerdestellen, Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern und Besuchskommissionen sowie Begründungen und Standards für unabhängige Beschwerdestellen, Hilfen für Kooperationsverträge u. ä. Daten zur Nutzung und zu den Anliegen der Personen werden nicht genannt.

Die *Unabhängige Patientenberatung Deutschland* (UPD) hat vorrangig die Aufgabe, Patientinnen und Patienten zu beraten, sie nimmt aber auch Beschwerden entgegen. Der

¹⁰⁸ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW (Hrsg.) (2011). *Orientierung in bewegten Zeiten*. Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie in Nordrhein-Westfalen.

„Monitor Patientenberatung“¹⁰⁹ weist für den Zeitraum 1. April 2014 bis 31. März 2015 für ganz Deutschland insgesamt 80.452 dokumentierte Beratungsgespräche aus (UPD, 2015, S. 13). 12.301-mal beschwerten Anrufende sich über die sie behandelnden Personen (ebd., S. 20) und in (sich damit möglicherweise überschneidenden) 14.068 Fällen nahmen die Beratenden Probleme wahr, in 6.320 Beratungsgesprächen ging es konkret um Verdacht auf Behandlungsfehler. Der Bericht weist allerdings keine Daten zum Herkunftsort der Ratsuchenden bzw. dem Ort der Behandlung aus, sodass keine auf NRW bezogenen Aussagen möglich sind. Im qualitativen Teil der Untersuchung werden allgemeine Problemkonstellationen bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen geschildert, mit denen die Ratsuchenden sich an die UPD wenden: lange Wartezeiten auf einen Facharzt-Termin, keine ausreichenden Plätze für ambulante Therapie, nicht abgestimmte Diagnosen oder Gutachteraussagen, unter-Druck-gesetzt-fühlen durch das Fallmanagement der Krankenkassen.

5.3 Beschwerdewesen im stationären Bereich

Gemäß § 5 des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) hat ein Krankenhaus Maßnahmen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden von Patientinnen und Patienten durch eine unabhängige Stelle zu treffen.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) greift hierzu auf die 1979 gegründete *Beschwerdekommision* zurück, die für Anliegen, Beschwerden und Anregungen der Patientinnen und Patienten (oder von Angehörigen oder Beschäftigten) des LWL-PsychiatrieVerbunds Westfalen (Kliniken und Wohnverbände) zuständig ist. Es ist dabei unerheblich, ob sie in den Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbunds Westfalen stationär, teilstationär oder ambulant behandelt werden. Die Beschwerdekommision (BK) setzt sich aus Mitgliedern des Gesundheits- und Krankenhausausschusses zusammen. Ihre Kontaktdaten sowie weitere Informationen zum Beschwerdeverfahren sind u. a. auf der Internetseite der BK¹¹⁰ zu finden. Den Mitgliedern der Beschwerdekommision wurden im Jahr 2014 insgesamt 90 Beschwerden zur Beratung vorgelegt, die insgesamt 217 Kritikpunkte enthielten. Im Vergleich zu 2013 (100 Beschwerden) sank im Jahr 2014 die Anzahl der Beschwerden geringfügig. Die Beschwerden kamen überwiegend aus der Erwachsenenpsychiatrie (65 Beschwerden, 153 Kritikpunkte), 21 Beschwerden kamen aus den Wohnverbänden und lediglich drei aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie.¹¹¹ An einem Teil der LWL-Kliniken sind Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher tätig.

In den LVR-Kliniken sind keine Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher tätig. Hier wirken an allen Kliniken ehrenamtliche Ombudspersonen als unabhängige Ansprechpersonen für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige. Sie berichten der zentralen unabhängigen Beschwerdestelle (gem. § 5 KHGG NRW), die seit 1. März 2010 durch die Geschäftsstelle für Anregungen und Beschwerden im Rahmen des Zentralen Beschwerdemanagements des LVR wahrgenommen wird und an die Patientinnen und Patienten sich auch direkt wenden können. Zudem hält der LVR in jeder Klinik ein klinikinternes Beschwerdemanagement vor, das eine Reaktion des Klinikvorstands binnen einer Woche vorsieht. Die Beschwerden werden für jede Klinik zentral zusammengeführt, inkl.

¹⁰⁹ Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2015). *Monitor Patientenberatung 2015. Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V*. Berlin: UPD.

¹¹⁰ Vgl. www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/traeger/Wir_ueber_uns/Beschwerdekommision (Abruf zuletzt am 16. Februar 2016).

¹¹¹ LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen LWL-Psychiatrie Verbund Westfalen (2015). *Bericht der Beschwerdekommision für das Jahr 2014*. Münster: LWL, S. 11 ff.

der Beschwerden bei externen Institutionen (z. B. Landesregierung, Bezirksregierung, andere Aufsichtsbehörden, Patientenbeauftragte). Dem Bericht für das Jahr 2012 zufolge sind insgesamt 333 Beschwerden eingegangen, 290 stammten von Patientinnen und Patienten.¹¹² Dabei ging es vor allem um Personalbesetzung und -verhalten, die Behandlung und die Abläufe. Weitere Hinweise für die eigene Weiterentwicklung erhalten die Kliniken durch regelmäßige Patientenbefragungen, zuletzt 2012.¹¹³

In den meisten LVR-Kliniken sind darüber hinaus, in Ergänzung zum zentralen Beschwerdemanagement des LVR, interne, niedrigschwellige Beschwerdeverfahren entstanden, die im Rahmen der regelmäßigen Zertifizierung nach KTQ auch überprüft und bewertet werden. Auch in den Kliniken des LWL ergänzen interne Beschwerdemöglichkeiten im Rahmen des klinikbezogenen Qualitätsmanagements die zentrale Beschwerdemöglichkeit.

Auch in vielen psychiatrischen und somatischen Krankenhäusern in NRW wirken Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Um diese unabhängige Unterstützung der Anliegen von Patientinnen und Patienten weiter zu fördern und den Aktiven Hilfestellung für ihre Tätigkeit zu geben, haben das Gesundheitsministerium, die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. und der Beauftragte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten gemeinsam „Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern“¹¹⁴ erarbeitet und im Mai 2014 herausgegeben. Eine Adressliste des LZG.NRW zu Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern in Krankenhäusern umfasst insgesamt 330 Angaben zu etwa 395 Häusern (z. T. Mehrfachangaben für ein Haus). 224-mal wurden Patientenfürsprecherinnen oder -fürsprecher ausgewiesen. Für die 71 als psychiatrische Abteilungen oder Kliniken identifizierbaren Einrichtungen in der Liste sind 49 Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher notiert.¹¹⁵

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen (PsychKG NRW) regelt neben den Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen auch die Voraussetzungen für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik. Der Gesetzesvollzug und damit auch die Einhaltung der UN-BRK unterliegen der gerichtlichen Überprüfbarkeit und der staatlichen Aufsicht. Zur Sicherung einer entsprechenden Umsetzung, in deren Mittelpunkt die Achtung des Willens und der Bedürfnisse der Betroffenen steht, sind staatliche Aufsicht, unabhängiger Rechtsschutz, unabhängige Beschwerdemöglichkeiten und unabhängige Kontrolle wichtig. Die staatlichen *Besuchskommissionen* sind dabei ein wichtiger Baustein. NRW hat als erstes Bundesland schon im Jahr 1969 Besuchskommissionen eingerichtet, mit der Aufgabe, einmal jährlich unangemeldet Besuche in allen Krankenhäusern durchzuführen, in denen Menschen nach PsychKG untergebracht sind. Damals *konnten* Betroffene und Angehörige beteiligt werden, inzwischen werden stets auch Vertretungen der Psychiatrie-Erfahrenen und von Angehörigenverbänden berufen.

¹¹² LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen (2013). *Qualitäts- und Leistungsbericht des LVR-Klinikverbundes 2012/2013 – Psychiatrie und Psychotherapie*. Köln: LVR, S. 65 ff.

¹¹³ Ebd. S. 69 f.

¹¹⁴ Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., der Patientenbeauftragte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen & Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGPEA NRW). (2014). *Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern*. Siehe http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheits/Handlungsempfehlungen_Patientenfuersprecher.pdf (Abruf am 29. Januar 2016).

¹¹⁵ LZG.NRW und Patientenbeauftragter der Landesregierung (unveröffentlicht), Mai 2016.

Die Besuchskommissionen wirken an den Kontrollmaßnahmen unter Leitung der jeweils zuständigen Bezirksregierung mit (Begehungen der an der Pflichtversorgung beteiligten Kliniken). Die Aufgaben und die Zusammensetzung der staatlichen Besuchskommissionen ergeben sich im Einzelnen aus § 23 Abs. 1 bis 4 PsychKG NRW. Mit Blick auf das Beschwerdewesen ist hier hervorzuheben, dass die Besuchskommissionen überprüfen sollen, ob unabhängige Beschwerdemöglichkeiten vorhanden sind und dass sie selbst Beschwerden von Patientinnen und Patienten entgegennehmen sollen. Über Erfahrungen und Ergebnisse der Arbeit der Besuchskommissionen wird alle zwei Jahre zusammenfassend an den Landtag berichtet.

5.4 Beschwerdewesen im ambulanten Bereich

Wie bereits im ersten Zwischenbericht dargestellt, wiesen die durch Recherchen und Sekundäranalyse gewonnenen Erkenntnisse Lücken auf und schienen hinsichtlich der zu untersuchenden Aspekte zu Beschwerdestellen (z. B. Ausstattung, Erreichbarkeit, Inanspruchnahme) kaum belastbar. Im Rahmen der Recherche konnten für insgesamt 29 Kommunen Informationen und Daten zum Thema Beschwerdewesen recherchiert werden, allerdings bezog sich dies i. d. R. auf *Beschwerdestellen, Ombudspersonen, Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher an einer Klinik*. Sehr selten fanden sich Hinweise auf (unabhängige) Beschwerdestellen im gemeindepsychiatrischen Kontext. Zum Teil verweisen kommunale Seiten auf allgemeine Beschwerdemöglichkeiten, die sich auf den gesamten Bereich kommunaler Aktivitäten und Verwaltung beziehen, wie bspw. das Ideen- und Beschwerdemanagement im Kreis Olpe.

Mithilfe der schriftlichen Befragung konnten Daten- und Informationslücken im Handlungsfeld Beschwerdewesen geschlossen werden. In dieser Befragung ging es um Möglichkeiten für Betroffene und Angehörige, sich bzgl. der Behandlung und Betreuung *außerhalb* von psychiatrischen Kliniken zu beschweren. Erhoben wurden in den Kommunen u. a. folgende Aspekte:

- Anlaufstelle(n) für Beschwerden
- Träger, Ausstattung, Finanzierung, Öffnungszeiten der Beschwerdestellen
- personelle Besetzung der Beschwerdestellen (Verteilung ehrenamtlich Mitwirkende und professionell Beschäftigte, zeitliche Kapazitäten)
- Zuständigkeits- und Tätigkeitsspektrum der Beschwerdestellen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Inanspruchnahme der Beschwerdestellen (Umfang und Personenkreise)
- Unabhängigkeit der Beschwerdestellen
- Stärken des Beschwerdewesens in der Kommune, Beispiele guter Praxis und Entwicklungsbedarfe.

24 Kommunen berichten in der Befragung, dass eine Anlaufstelle für Beschwerden von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen bzw. für deren Angehörige *außerhalb* von psychiatrischen Kliniken vorhanden ist, 23 Antwortende verneinen das. Sieben der genannten Beschwerdestellen sind in der „Liste der Beschwerdestellen“ des Bundesnetzwerks unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie gelistet¹¹⁶.

¹¹⁶ Vgl. <http://www.beschwerde-psychiatrie.de/index.html> (Abruf zuletzt am 22. Januar 2016).

Im Detail fällt die Beantwortung der Fragen durch die Kommunen unterschiedlich aus. Von der Möglichkeit, Materialien beizufügen, machten für Handlungsfeld 3 zwei Kommunen Gebrauch:

- Im Jahresbericht 2013 wird über das sechzehnte Jahr des Bestehens der örtlichen Beschwerdestelle für Psychiatrie berichtet, in dem insgesamt 26 Beratungs- und Beschwerdefälle an die Beschwerdestelle herangetragen wurden.
- Eine Kommune fügte einen Beschluss zur Beschwerdestelle aus dem Jahr 2000 bei, darin auch die Kooperationsvereinbarung, in der sich die Dienste und Einrichtungen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen im Kreis zur Zusammenarbeit mit der unabhängigen Beschwerdestelle für Psychiatrie verpflichten.

Zudem fanden sich in einigen Konzepten von in den Kommunen vorhandenen Diensten (z. B. SpDi) oder in Leitlinien Hinweise, die in die Ergebnisdarstellung eingeflossen sind. Eigenständige Konzepte für Beschwerdestellen sind nur in Einzelfällen vorhanden, etwas häufiger, aber immer noch selten verfügen die Beschwerdestellen über Flyer, die das Angebot kurz beschreiben.

Die befragten Kommunen benennen als *Träger* der Anlaufstellen für Beschwerden unterschiedliche Akteure: Am häufigsten werden die PSAG (N = 7) oder der GPV (N = 4) bzw. kommunale Stellen oder Gremien (N = 3) angegeben. Es folgen Einzelangaben wie z. B. Geschäftsstelle Psychiatriekoordination oder SPZ, Anbieter der Eingliederungshilfe oder Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD).

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.

Angaben (N = 14) zu *Öffnungszeiten bzw. Sprechzeiten* beziehen sich häufiger (N = 7) auf Hinweise zur *telefonischen* Erreichbarkeit, meistens während der üblichen Dienst- oder Arbeitszeiten (8 bis 17 Uhr). Oftmals können Beschwerdeführende sich telefonisch (auf Anrufbeantworter), per Mail, per Fax und per Brief an die Beschwerdestelle wenden und diese ruft zurück bzw. meldet sich – manchmal kurzfristig binnen 24 Stunden, andernorts kann eine Woche vergehen. Eine persönliche Sprechstunde ist die Ausnahme. Konkrete Angaben zu einer wöchentlichen Erreichbarkeit, z. B. donnerstags von 16.00 bis 17.00 Uhr oder mittwochs von 17:30 bis 18:30, sind selten (N = 2). Zwei weitere Angaben lauten: „1 x pro Monat“.

15 Beschwerdestellen sind *barrierefrei erreichbar*, barrierefreie Internetseiten mit Informationen zur Beschwerdestelle nannten neun Kommunen.

Befragt nach der Besetzung bzw. den personellen Ressourcen der Anlaufstellen für Beschwerden berichten 13 Kommunen, dass die Akteure ehrenamtlich tätig bzw. telefonisch zu erreichen sind, selten wird die Anzahl der aktiven Personen genannt. Die Spanne liegt hier zwischen „eine Ombudsperson“ bis zu „elf Personen: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige“. Eine weitere Kommune schildert, dass die „Sprecherin der Psychiatrieerfahrenen sowie der Angehörigen und der Psychiatriekoordinator“ die Aufgaben gemeinsam wahrnehmen. Keine Kommune berichtet über fest angestelltes Personal für die Beschwerdestelle. Bei vier Antwortenden finden sich Hinweise auf eine dialogische Besetzung der Beschwerdestelle. Im Rahmen der Tieferhebung wurde die Mitarbeit von Beschäftigten aus psychiatrischen Diensten zum Teil kritisch diskutiert: mal aus prinzipiellen Zweifeln, dass Beschäftigte aus Fachdiensten Betroffene wirklich

vertreten können oder weil Betroffene immer wieder von Pathologisierungen durch Professionelle berichten. Eine dritte Begründung leitete sich aus Verletzungen der Schweigepflicht ab, die es seitens Mitwirkender aus der Psychiatrie gegeben habe.

Das *Aufgabenspektrum* der Beschwerdestellen umfasst im Wesentlichen zwei Aspekte:

- Alle Beschwerdestellen nehmen Beschwerden an, beraten und begleiten ggf. die nachfragenden Personen bei der Lösung von Konflikten. Die Beschwerdestellen bemühen sich dabei, eine einvernehmliche bzw. „zukunftsfähige“ Lösung für alle Beteiligten zu erreichen.
- Beitrag zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung: Dazu gehört, Beschwerden zu dokumentieren und in anonymisierter Form zu Berichten zusammengefasst in die zuständigen Gremien einzuspeisen. 14 Beschwerdestellen arbeiten in Trägerschaft regionaler Gremien (PSAG oder GPV) bzw. der Psychiatriekoordination und berichten dort regelmäßig.

Informationen über oder *Hinweise* auf eine Beschwerdestelle sind für Betroffene und Angehörige wichtig, um im Bedarfsfall zeitnah handeln zu können. 21 Kommunen berichten über unterschiedliche Informationsmedien: Am häufigsten wird im Internet (N = 14, davon neunmal barrierefrei) über das Angebot informiert, gefolgt von Aushängen in Einrichtungen (N = 8) und/oder das Verteilen von Flyern bzw. Informationsblättern. Darüber hinaus werden Pressearbeit bzw. Pressemitteilungen erwähnt und, dass Gremien oder Leistungsanbieter auf Beschwerdestellen in den Kommunen hinweisen.

Die befragten Kommunen stufen die *Unabhängigkeit* der Beschwerdestellen ausnahmslos als gut bzw. (sehr) hoch ein. Dies wird im Rahmen der Tieferhebung bestätigt und ergänzt, dass Beschwerdestellen parteilich oder „anwaltlich“ für ihre Klientel agieren sollten. Generell verweisen die Erhebungsergebnisse darauf, dass die Unabhängigkeit der Beschwerdestelle im Allgemeinen von den beteiligten Institutionen geachtet wird und dass die Arbeit der ehrenamtlichen unabhängigen Beschwerdestelle als eine wichtige Chance für Betroffene und ihre Angehörigen erachtet wird, bei Problemen und Konflikten mit der psychiatrischen Versorgung eine unabhängige Stelle einschalten und gemeinsam fachliche Lösungen für die Zukunft erarbeiten zu können.

Angaben zur *Anzahl der Beschwerden* im Jahr 2014 machen zehn Kommunen. Darunter wurden in zwei Kommunen keine Beschwerden eingereicht, in den übrigen acht liegt die Bandbreite der dokumentierten Fallzahlen zwischen ein bis zwei Beschwerden im Jahr 2014 und einem Maximalaufkommen von 36 Beschwerden. Sieben Kommunen können keine Angaben zum Beschwerdeaufkommen machen („keine Aussage möglich“, „Zahlen liegen nicht vor“). Im ambulanten Bereich wiederholt sich also der Befund aus dem stationären Bereich: I. d. R. werden nur wenige Beschwerden vorgebracht. In den Gesprächen im Rahmen der Tieferhebung wurde dem nachgegangen. Mehrere Akteure erklären die geringe Zahl von Beschwerden zum einen damit, dass die Beschwerdemöglichkeit wenig bekannt ist und nicht alle Träger/Einrichtungen ihre Klientel über das Angebot informieren. Zum anderen ermuntere die unzureichende Macht nicht zur Nutzung – gemeint ist hier, dass die Beschwerdestellen keine verbindliche Möglichkeit haben, gegen Missstände anzugehen.

Gefragt nach den *Einfluss-/Einwirkungsmöglichkeiten* der Beschwerdestellen werden insbesondere die Klärung von Beschwerden und das Finden von („einvernehmlichen“) Lösungen mit allen Beteiligten genannt. Neben der Vermittlung und Beratung von Betroffenen ist beispielsweise auch eine direkte Kontaktaufnahme mit Leistungserbringern oder Leistungsträgern möglich. Eine Kommune schildert, dass sich die unabhängige Beschwerdestelle um Beschwerden von psychisch und suchtkranken Menschen und ihren

Angehörigen sowohl im Einzelfall als auch bei strukturellen Problemen kümmert. Im Bedarfsfall werden Träger informiert bzw. Informationen an die entsprechenden Verantwortlichen oder Gremien weitergegeben, um Veränderungen zu bewirken. Allerdings fehlt, wie oben gesagt, ein Durchgriffsrecht gegenüber den Anbietern von Hilfen oder die systematische Verbindung zu Rechtsberatung.

Kommunen ohne eigenständige Beschwerdestelle

Insgesamt 21 (von 23) Kommunen *ohne* eigenständige Anlaufstelle für Beschwerden außerhalb von psychiatrischen Kliniken informieren darüber, wer in der Kommune für Beschwerden von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen bzw. deren Angehörigen zu *ambulanten Hilfen zuständig* ist. Bei einem Drittel der Antwortenden fühlt sich der SpDi für die Entgegennahme von Beschwerden zuständig, drei andere nennen das Gesundheitsamt. Die weiteren Angaben umfassen ein breites Spektrum von Regelungen. Beispielsweise können in einer Kommune Beschwerden außer im Gesundheitsamt auch beim Landrat vorgetragen werden. In einer anderen Kommune nimmt die allgemeine städtische Beschwerdestelle auch Beschwerden von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen bzw. deren Angehörigen entgegen und leitet diese an die entsprechenden Dienste (z. B. SpDi, Psychiatriekoordination) weiter.

Beschwerdemöglichkeiten bestehen i. d. R. auch direkt bei den jeweiligen Leistungserbringern bzw. Leistungsträgern wie bspw. bei LVR und LWL sowie bei größeren Trägern von sozialpsychiatrischen Hilfen. Eine Kommune beschreibt, dass es zwar keine Beschwerdestelle gibt, aber alle Sozialpsychiatrischen Zentren ein individuelles Beschwerdemanagement sicherstellen und eine Angehörigeninitiative sich der Beschwerden annimmt. In einer weiteren Kommune nimmt ein ehrenamtlich tätiger Behindertenbeauftragter Beschwerden entgegen und sucht im Einzelfall mit dem Behindertenkoordinator und betroffenen Stellen nach Lösungen. Weitere Möglichkeiten, Beschwerden zu adressieren, sind Bürgersprechstunden bzw. Servicestellen der Kommune für ihre Bürgerinnen und Bürger.

Ob und wie es Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen bzw. deren Angehörigen in einer Kommune ohne eigenständige Beschwerdestelle gelingt, einen der zahlreichen verschiedenen, für Beschwerden im Bedarfsfall „zuständigen“ Akteure zu erreichen, bleibt auch nach den Gesprächen im Rahmen der Tiefenerhebung offen. Sicherlich ist es hier für Menschen, die sich gern beschweren würden, noch schwieriger als in den Kommunen mit ausgewiesenen Beschwerdestellen, die Ansprechpersonen zu finden. Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung zu den Beschwerdemöglichkeiten sind sowohl in den Kommunen mit wie jenen ohne eigenständige Beschwerdemöglichkeiten überwiegend optimierbar.

5.5 Umsetzungsbeispiele

Im Rahmen der Breiterhebung wurden die Kommunen nach *guten Praxisbeispielen* zu Beschwerdestellen bzw. Beschwerdemöglichkeiten außerhalb von psychiatrischen Kliniken gefragt. Sofern konkrete Einrichtungen benannt wurden, handelte es sich vorwiegend um Beschwerdestellen, die im Netzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie gelistet sind (bspw. Herford, Duisburg, Krefeld). Eine Kommune lobte das interne Beschwerdemanagement bei den Trägern vor Ort. Die meisten Befragten – in Breiten- und Tiefenerhebung – verwiesen auf die Bedeutung einer trialogischen Besetzung und einer gesicherten Unabhängigkeit.

Im Rahmen der Tieferhebung wurden zwei Kommunen besucht, die über eigenständige Beschwerdestellen verfügen: Herford und Köln. Die beiden Einrichtungen sollen hier näher vorgestellt werden.

Herford: Die unabhängige Beschwerdestelle wurde im Jahr 2000 im Rahmen des AK Psychiatrie der damaligen PSAG angeregt, ebenso wie eine Kooperationsvereinbarung der damals im AK zusammengeschlossenen Dienste und Selbsthilfegruppen. Träger der Beschwerdestelle ist inzwischen der GPV. Die Sprecherfunktion der liegt seit längerer Zeit bereits bei der Vertreterin der Betroffenen, der Vertreterin der Angehörigen und dem Psychiatriekoordinator. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Patientenführer der Klinik. Die Arbeit für die Beschwerdestelle wird vom Psychiatriekoordinator im Rahmen seines Dienstes erbracht, die beiden Selbsthilfevertreterinnen engagieren sich ehrenamtlich.

Das über viele Jahre beibehaltene Verhalten von wöchentlichen Sprechstunden in Herford und Bünde hat sich letztlich nicht bewährt, so dass Beschwerden inzwischen ausschließlich per Email und Telefon entgegen genommen (und zeitnah bearbeitet) werden. Die Beschwerdestelle behandelt – ausschließlich auf Anfrage – Eingaben von psychisch und/oder suchtkranken Menschen, von Angehörigen, gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern, ggf. auch von Fachkräften. Sie hört die beteiligten Stellen oder Personen an, gibt ggf. eine Stellungnahme ab und strebt eine niedrighschwellige, unbürokratische Vermittlung oder Schlichtung an. Derzeit betreffen die meisten Beschwerden stationäre Behandlungen, etwa ein Drittel der Anfragen betrifft rechtliche Aspekte. In Herford sieht man in der Beschwerdestelle einen wichtigen emanzipatorischen Ansatz, der zur Optimierung der Versorgung beitragen kann: Betroffene und Angehörige haben hier die Möglichkeit, sich zu beschweren und gleichzeitig sind Vertretungspersonen beider Gruppen gleichberechtigt in die Bearbeitung und Klärung von Missständen eingebunden und tragen so zu deren Behebung bei.

Köln: Der seit über 15 Jahren in Köln tätige Beschwerderat fungiert als Unter-AK des AK Erwachsenenpsychiatrie der PSAG. Hier arbeiten ehrenamtlich Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, interessierte Bürgerinnen und Bürger sowie in der Psychiatrie Tätige zusammen, wobei – wie in Herford und andernorts – sich die Ehrenamtlichkeit i. e. S. vor allem auf die Selbsthilfevertretungen und interessierten Bürgerinnen und Bürger bezieht. Alle zwei Jahre werden die Mitglieder des Beschwerderats gewählt. Da auch in Köln nur begrenzt Personen der Selbsthilfe zur Verfügung stehen, arbeiten die Engagierten meist mehrere Amtszeiten mit.

Der Beschwerderat kann von allen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen, die in Köln wohnen, von Angehörigen dieser Personen und Mitarbeitenden aus (sozial-)psychiatrischen Einrichtungen schriftlich, per Mail und telefonisch angefragt werden. Geht eine Beschwerde ein, stimmen die Mitglieder des Beschwerderats meist unmittelbar eine Reaktion ab und rufen i. d. R. binnen 24 Stunden zurück. Falls Menschen aufgesucht werden müssen, geschieht dies immer durch zwei Personen. Die Inanspruchnahme schwankt i. d. R. zwischen ein bis acht Beschwerden im Monat, meist geht es dabei um Probleme in Kliniken, um unfreundliche Behandlung, z. T. auch um Mobbing durch Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie um Unzufriedenheit mit WfbM (bspw. die Bezahlung dort). Beschwerden zu ambulanten Angebote sind selten.

Die acht Mitglieder des Beschwerderats treffen sich einmal im Monat, um die Eingaben zu besprechen und Aufgaben zu verteilen. Dafür steht ein Raum im Gesundheitsamt zur Verfügung. Die Stadt trägt zudem die Sachkosten (Telefon- und Fahrtkosten).

Der Kölner Beschwerderat ist nicht Mitglied im Netzwerk unabhängiger Beschwerdestellen und nimmt auch nicht an bundesweiten Netzwerktreffen teil, dafür sei weder Geld

noch Zeit vorhanden. Allerdings wird eine Mitgliedschaft angestrebt, zumindest soll ein Eintrag des Beschwerderats auf der Website des Netzwerks erfolgen.

5.6 Zusammenfassende Kernaussagen

Eine neutrale Anlaufstelle bzw. die Etablierung von Beschwerdemöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und Angehörige stellt ein menschenrechtliches Anliegen im Kontext der UN BRK dar und ist zudem Qualitätsmerkmal für das Hilfesystem. In manchen Bereichen sind Beschwerdemöglichkeiten (deshalb) gesetzlich verankert (Kliniken, niedergelassene Medizin). Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen benötigen in Konfliktfällen Unterstützung bei der Wahrung und Durchsetzung ihrer Rechte, gerade weil sie aufgrund ihrer Erkrankung allein z. T. weniger durchsetzungsfähig sind. Aufgrund der hohen Abhängigkeit vom Behandlungssystem ist die Unabhängigkeit einer Beschwerdestelle besonders bedeutsam.¹¹⁷

Auch Kruckenberg¹¹⁸ ordnet die Verwirklichung von Patientenrechten, darunter Beschwerdemöglichkeiten, in die Umsetzung von Partizipation und Teilhabe und damit der UN-Behindertenrechtskonvention ein und verweist in diesem Zusammenhang bspw. auf das Positionspapier des Landesverbands Psychiatrieerfahrener »zwecks Anpassung an internationale Chartas und Konventionen sowie nationale Grund- und Patientenrechte«, in dem (u. a.) unabhängige niedrighschwellige Beschwerdestellen gefordert werden.

Die Untersuchungsergebnisse verweisen zum einen auf eine unzureichende Datenlage zum Handlungsfeld Beschwerdewesen in NRW. Zum anderen gilt, dass Patientinnen und Patienten zwar eine Vielzahl von Beschwerdemöglichkeiten haben: Petitionsausschuss (Bund/Land), Patienten- und Behindertenbeauftragte (Bund/Land), Bezirksregierung, Kassenärztliche Vereinigung, Ärzte- und Psychotherapeutenkammer, Beschwerdestellen in Kliniken und in den Kommunen, die UPD u. v. m. Doch ist unklar, wie darüber und über Ansprechpersonen, Zugangswege und Handlungsmöglichkeiten informiert wird. Zudem überfordert die unüberschaubare Anzahl potenziell Beschwerden entgegennehmender Stellen und die Regularien, wann wer zuständig ist, viele Betroffene und Angehörige.

Auch im Rahmen der Recherchen konnten zu vielen Beschwerdemöglichkeiten im ambulanten oder stationären Bereich kaum nähere Angaben zu Umfang und Art der Inanspruchnahme ermittelt werden. Es bleibt vielfach offen, ob bzw. wie Beschwerden dokumentiert und ausgewertet werden, ob eine Zusammenfassung von Beschwerden über die verschiedenen Stellen hinweg erfolgt und was mit Beschwerden geschieht.

Am genauesten geregelt sind Beschwerdemöglichkeiten *im stationären Bereich*, doch erlauben zumindest die untersuchten Berichte der Besuchskommissionen nur begrenzt Aussagen zur Umsetzung, andere Daten dazu liegen bisher nicht vor. Die Auswertungen lassen annehmen, dass manche der besuchten Kliniken die Bedeutung von (unabhängigen) Beschwerdemöglichkeiten für ihre Patientinnen und Patienten eher niedrig gewichten und dass eine systematische Verankerung im Qualitätsmanagementsystem nicht überall erfolgt.

Die Datenlage für das Beschwerdewesen *außerhalb* psychiatrischer Kliniken konnte durch die schriftliche Befragung der Kommunen deutlich verbessert werden. Demnach

¹¹⁷ Uebele, G. (2009). Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Praktizierter Dialog. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 39,3, S. 10 ff.

¹¹⁸ Kruckenberg P. (2013). Patientenrechte und Länderinitiativen in Bremen, In: Aktion Psychisch Kranke, Wiß, P. & Heinz, A. (Hrsg.). *Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe*. Dokumentation der Tagung am 6./7. November 2012 in Berlin. S. 209-212. Köln: Psychiatrie-Verlag.

kann davon ausgegangen werden, dass etwa die Hälfte der Kommunen in NRW (auch außerhalb von psychiatrischen Kliniken über eine Beschwerdestelle für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen bzw. Angehörige verfügt. Zu den zentralen Aufgaben dieser Anlaufstellen zählen insbesondere die Annahme von Beschwerden sowie die Beratung der Nachfragenden.

Die bisher ermittelten quantitativen und qualitativen Daten verdeutlichen, dass die Anlaufstellen für Beschwerden in den Kommunen die Qualitätskriterien nur teilweise erfüllen, die im Rahmen des DGSP-Modellprojekts zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen erarbeitet wurden. Eine dialogische Besetzung kann lediglich für vier Kommunen bestätigt werden. Beschwerdestellen bieten regelmäßige Sprechzeiten an, allerdings nur selten wöchentlich.

Die im DGSP-Modellprogramm erarbeiteten Standards raten zu einer breiten Öffentlichkeitsarbeit über Plakate und/oder Aushänge in allen Einrichtungen und Praxen sowie durch Ankündigung der Sprechstunden in der Lokalpresse. Über Informationen in Einrichtungen wurde berichtet, jedoch nicht durchgängig. Zum Teil wird in der lokalen Presse informiert, überwiegend allerdings per Internet.

Schließlich ist zu konstatieren, dass die Einflussmöglichkeiten der Beschwerdestellen sich vor allem auf Einzelfallklärungen konzentrieren. Vielfach ist eine Verbindung in regionale Gremien bzw. zu planungsrelevanten Akteuren gegeben, was jedoch selten systematisch für die Weiterentwicklung der Versorgung genutzt wird.

Mindestens zehn Kommunen, die bisher keine eigenständige Beschwerdestelle haben, planen die Etablierung eines unabhängigen Angebots in ihrer Kommune oder würden dies zumindest als sinnvoll einstufen. Hilfreich wäre hier eine gesetzliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen als Pflichtaufgabe der Kommunen.

Auch im Rahmen der Tiefenerhebung wurde mit einer Vielzahl von Gesprächspartnerinnen und -partnern das Thema Beschwerdewesen vertieft. Dabei wurde es mit Blick auf die zuvor vorgestellten Gegebenheiten in den Kommunen – mit und ohne Beschwerdestellen – weit überwiegend als erstrebenswert erachtet, in jeder Kommune eine zentrale unabhängige Beschwerdestelle zu haben, die sich selbst um Beschwerden kümmert oder diese an die eigentlich zuständigen Stellen weiterleitet und die Nutzenden im Kontakt mit diesen Stellen unterstützt.

Mit Blick auf unabhängige Beschwerdemöglichkeiten können aus den Recherchen und Erhebungen folgende Kernaussagen zusammengefasst werden:

- Im PsychKHG in Baden-Württemberg ist ein Rechtsanspruch auf die Möglichkeit zur Beschwerde verankert und sind unabhängige Beschwerdestellen als Standardausstattung jeder Kommune festgeschrieben. Viele Befragte in NRW wünschen sich ähnliches auch im neuen Psychiatrieplan und/oder im PsychKG ihres Landes.
- Damit verbunden sollten Standards für Ausstattung, Aufgaben, Zuständigkeitsbereiche, Pflichten, Befugnisse und Dokumentation definiert werden. Dabei sollten sowohl die persönliche und parteiliche/anwaltliche Unterstützung von sich beschwerenden Personen als Aufgabe definiert werden wie auch der Beitrag zur Qualitätssicherung in der Kommune.
- Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass es für potenzielle Beschwerdeführer hilfreich ist, sich mit allen Arten von Beschwerden bzw. mit Beschwerden bzgl. verschiedener Angebote an eine zentrale Stelle wenden zu können. Deshalb ist es wichtig, unabhängige Beschwerdemöglichkeiten zentral und am ehesten kommunal verortet aufzubauen und dabei auch sicherzustellen, dass Beschwerden ggf. an die jeweils

zuständige Leistungsträger-bezogene Beschwerdestelle weitergeleitet werden und dass bei Bedarf die Nutzenden im Kontakt mit diesen Stellen unterstützt werden.

- Generell wird betont, dass Beschwerdestellen hoch angesiedelt sein bzw. einen direkten Zugang zu Verantwortungsträgern haben sollten. Eine verantwortliche Mitwirkung von Psychiatriekoordination wird deshalb weithin befürwortet.
- Beschwerdestellen sollten unabhängig von Trägerinteressen sein. Gute Erfahrungen bestehen an einigen Orten mit der Mitwirkung „interessierter Bürgerinnen oder Bürger“. Die meisten Stimmen befürworten eine (mindestens) trialogische Besetzung, z. T. wurde in der Tiefenerhebung aufgrund der großen Bedeutung juristischer Aspekte bspw. bei Unterbringungen, im Maßregelvollzug oder der Einrichtung von Betreuungen auch eine „quadrologische“ Besetzung durch Einbezug juristischer Kompetenz empfohlen.
- Hilfreich ist es, Beschwerdestellen mit Rechtsberatung zu verknüpfen, um bei Beschwerden wegen gravierender Vorkommnisse diesen wirkungsvoll abhelfen zu können. Mit dadurch gesteigerten Erfolgsaussichten, Missständen wirkungsvoll abzuhefen, wurde in der Tiefenerhebung u. a. die Hoffnung verbunden, dass Menschen sich dann öfter beschweren.
- Für Betroffene ist es wichtig, dass grundsätzlich die Möglichkeit von Peer Beratung gegeben ist. Zumindest wollen Beschwerdeführende wählen können, ob sie ihre Beschwerde ausschließlich an andere Betroffene richten (Peer Support).
- Für die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen sollte eine angemessene Aufwandsentschädigung geleistet werden.
- Eine Kombination aus Kontakt- und Beschwerdestelle erscheint vielen Befragten sinnvoll.
- Mit Blick auf die umfassende Zuständigkeit und den Beitrag zur Qualitätssicherung für die regionale Versorgung wurde in der Tiefenerhebung mehrfach eine Umlagefinanzierung, 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, ja gefordert, werden.
- Sowohl seitens kommunaler Akteure wie von Leistungsanbietern und Betroffenen wurde eine (Anschub-)Finanzierung durch das Land angeregt, um in allen Kommunen Beschwerdestellen zu implementieren bzw. noch zu definierende Standards umzusetzen.
- 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 breit zu informieren (z. B. über Webseiten und Printmedien). Auch sollte in jeder Einrichtung, die Hilfen für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen anbietet, umfassend über Beschwerdemöglichkeiten informiert werden.
- Recherchen und Befragungen verweisen darauf, dass der Austausch zwischen den Beschwerdestellen im Land (und darüber hinaus) wichtig für die Weiterentwicklung ist. Gewünscht wurde deshalb vielfach eine finanzielle Förderung und Unterstützung dessen, ebenso wie von Qualitätssicherung nach innen durch Supervision o. ä.
- Um Wirkung für die Weiterentwicklung des regionalen Systems entfalten zu können, wäre es wichtig, Beschwerden systematisch zu erfassen und darüber in den relevanten Gremien zu berichten.

- Die Untersuchungsergebnisse verweisen auf den Bedarf nach adäquaten unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten in allen Kliniken und hier insbesondere in geschlossenen Bereichen und im Maßregelvollzug. Landesweite Standards für Zugang, Präsenz (im geschlossenen Bereich), Besetzung der Stellen und ein transparentes Berichtswesen wären hilfreich für eine gute Praxis/Umsetzung.
- Für den stationären Bereich regten die Befragten an, dass die Besuchskommissionen weiterhin stark auf die Umsetzung von unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten achten und Informationen zur Umsetzung in den Kliniken zusammentragen sollten.
- In der Tieferhebung wurde der Wunsch deutlich, 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 (Land) jährlich systematisch zusammengetragen sowie auf grundlegende Missstände geprüft werden und diesen nach Möglichkeit (und in Kooperation mit den je zuständigen Stellen) abgeholfen wird.

Seitens vieler Akteure im Land wird die landesweite Etablierung von unabhängigen Beschwerdestellen als wichtiges menschenrechtliches Instrument zur Umsetzung der UN BRK betrachtet. Neben der Unterstützung Einzelner kann eine zentrale Beschwerdestelle Qualitätssicherungsaufgaben für das regionale Versorgungssystem wahrnehmen und zu dessen Weiterentwicklung beitragen. Beides ist als gemeinsame Aufgabe aller Akteure ohne große Kosten realisierbar. Schon aufgebaute Beschwerdestellen würden durch eine gesetzliche Verankerung als Pflichtaufgabe im kommunalen Rahmen gestärkt und Kommunen, die noch nicht über eine Beschwerdestelle verfügen, würden verpflichtet, eine einzurichten.

6 Ergebnisse Handlungsfeld 4: Partizipation und Selbsthilfe

6.1 Datengrundlage

Zu den Strukturen und Prozessen der Selbstvertretung von und der Selbsthilfe für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen gibt es derzeit kaum differenzierte und qualifizierte Daten. Bezogen auf das Handlungsfeld 4 wurden deshalb analog zum Vorgehen in den anderen Handlungsfeldern folgende spezifische Quellen mit Hilfe von Internetrecherchen (sowie durch einzelne telefonische Nachfragen) mit Blick auf relevante Fragestellungen analysiert:

- MGEPA
- LZG.NRW (z. B. zur GBE des Landes und der Kommunen)
- Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- Kommunen (Sozial- und Gesundheitsämter, Gesundheits- und Sozialberichtserstattung, Berichte von/zu PSAG, GPV oder KGK, Psychiatrieberichte oder -pläne etc.)
- Selbsthilfe-Kontaktstellen/-büros in den Kommunen in NRW
- Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen (KOSKON)
- Gesetzliche Krankenkassen/-verbände
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW
- Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der Behinderten-Selbsthilfe (LAG Selbsthilfe NRW)
- EX-IN NRW
- Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker
- Aktion Psychisch Kranke
- DGSP und Landesverbände Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie sowie Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
- Psychiatrienetz
- Landesverbände und Landesarbeitsgemeinschaften der Freien Wohlfahrtspflege, hier insb. Selbsthilfenetz NRW des Paritätischen Wohlfahrtsverbands
- LAG der Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie NRW
- Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe
- Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL).

Auch die Datenbanken Medpilot, Psychinfo, Psychindex und Scholar wurden nach Selbsthilfe und Selbstvertretung im Bereich psychischer Gesundheit in NRW durchsucht. Forschung zu diesem Thema wird wenig gefördert und ist (auch deshalb) selten. Gleichwohl verweist eine Reihe gesundheitspolitischer Debatten auf die Bedeutung von Selbsthilfe. Im Rahmen der Untersuchung wurden deshalb einige Forschungs(-zwischen-)ergebnisse zu Selbsthilfe im Bereich psychischer Störungen/Erkrankungen vertieft betrachtet, bspw. die derzeit laufende, vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Studie zu Gesundheitsbezogener Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven (SHILD-Studie). KOSKON führte in den Jahren 2003 und 2008 Bestandsanalysen der Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW durch¹¹⁹ und ließ im Jahr 2013 eine Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in Nordrhein-Westfalen erstellen.¹²⁰

Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen/-organisationen sind in Deutschland und in NRW seit langem etablierte Strukturen, die sich überwiegend diagnose- bzw. behinderungsbezogen organisieren. In anderen Ländern gibt es schon länger auch Selbstvertretung(-organisationen). In dieser Form der Selbstvertretung vertreten behinderte Menschen sich grundsätzlich selbst. Die in der Regel beeinträchtigungsübergreifend arbeitenden Organisationen sind einem menschenrechtlichen Modell von Behinderung verpflichtet, wie es in der UN-BRK festgeschrieben ist. In Deutschland wurde Ende 2015 die LIGA Selbstvertretung als politische Interessenvertretung der Selbstvertretungs-Organisationen behinderter Menschen in Deutschland gegründet.¹²¹ Mitglieder sind u. a. der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e. V. und die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) e. V. In NRW sind über diese beiden bundesweit agierenden Organisationen der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. und die beiden seit 2011 vom MAIS im Rahmen der Landesinitiative „NRW inklusiv“ geförderten Kompetenzzentren Selbst-

¹¹⁹ KOSKON (Hrsg.). (2010). *Selbsthilfe Kontaktstellen in NRW. Eine Bestandsanalyse*. Mönchengladbach: KOSKON.

¹²⁰ Wohlfahrt, N., & Zühlke, W. (2014). *Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Büros in Nordrhein-Westfalen*. Unveröffentlichter Bericht.

¹²¹ Vgl. <http://liga-selbstvertretung.de> (Abruf zuletzt am 16. Februar 2016).

bestimmt Leben¹²² im Rheinland und in Westfalen vertreten, mit denen im Rahmen der Tieferhebung Gespräche geführt wurden.

Die vorhandenen Daten, Angaben und Informationen zu Betroffenen-Selbsthilfe und Angehörigen-Selbsthilfe wurden unter Berücksichtigung u. a. von geschlechts-, migrations- und zielgruppenspezifischen Aspekten im Hinblick auf ihre Aussagekraft zu folgenden (Qualitäts-)Dimensionen ausgewertet und interpretiert:

Selbsthilfe-Kontaktstelle/-büro (Anzahl, Größe, Struktur):

- Träger
- personelle Ausstattung (Anzahl und Stellenumfang)
- Finanzierung
- Öffnungszeiten
- Aufgaben
- Nutzende/Themenbereiche.

Art und Anzahl der Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen

- Gruppen psychiatrisch kranker bzw. psychiatrieerfahrener Personen
- People-first-Gruppen, Selbstbestimmt Leben
- Diagnosespezifische Gruppen (z. B. für Angst, Borderline, Bipolar, Demenz, Schizophrenie ...)
- Gruppen von Angehörigen psychisch beeinträchtigter Personen
- zielgruppenbezogene Gruppen (z. B. für Migrantinnen und Migranten, Flüchtlinge, junge Menschen)
- Selbsthilfegruppen bezogen auf Mehrfachdiagnosen (z. B. psychiatrische Diagnosen und körperliche oder geistige Behinderung ...)

Weitere Dimensionen wie:

- Organisationsgrad der Selbsthilfe
- Art der Unterstützung der Selbsthilfe durch Kommune
- Unterstützung innovativer Ansätze der Selbsthilfe durch Kommune
- Sonstige Förderung der Selbsthilfe, Modellprojekte
- Bewertung der finanziellen Situation der Selbsthilfe in der Kommune
- Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und professionellen Anbietern
- Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Psychiatriekoordination
- Trialogforen in der Kommune
- Einbeziehung von Selbsthilfe in regionale/kommunale Planungs- und Steuerungsprozesse
- Einfluss-/Einwirkungsmöglichkeiten der Selbsthilfe

¹²² Vgl. <http://ksl-nrw.de/> (Abruf zuletzt am 16. Februar 2016).

- Stärken in Bezug auf die Selbsthilfe
- Gute Beispiele in Bezug auf Selbsthilfeaktivitäten und Partizipation
- Entwicklungsbedarfe in Bezug auf die Selbsthilfe
- Dokumentation/Qualitätssicherung in der Selbsthilfe
- Konzeption, Ziele, Selbstverständnis in der Selbsthilfe
- Vernetzung/Kooperation der Selbsthilfe mit professionellen psychiatrischen Anbietern und mit Psychiatriekoordination.

Der erste Rechenschritt, in dessen Verlauf die Akteure der Selbsthilfe auf kommunaler Ebene identifiziert wurden, zeigte bereits, dass das Handlungsfeld Selbsthilfe in Bezug auf die Zugänglichkeit der Daten und die Datenqualität besonderen Bedingungen unterliegt. Zwar konnte zunächst im Handlungsfeld Selbsthilfe z. T. stärker als in den anderen Handlungsfeldern auf landesweite Datenquellen zurückgegriffen werden (vor allem über KOSKON und Selbsthilfenetz). Doch zeigte sich bei näherem Hinsehen, dass konkrete Angaben über die Anzahl der Selbsthilfegruppen und -organisationen nicht ohne weiteres zugänglich und vor allem an keiner Stelle vollständig vorliegen und dass die Daten insgesamt nicht sehr belastbar sind. Dies liegt u. a. in handlungsfeldimmanenten Schwierigkeiten begründet: v. a. in der ehrenamtlichen Struktur und dem unterschiedlichen, z. T. sehr geringen Organisationsgrad von Selbsthilfe.¹²³ Es besteht an keiner Stelle eine landesweite Zuständigkeit für selbsthilfebezogene Information(-sforen). Schwierig ist eine Zuordnung von Selbsthilfeaktivitäten zudem, weil thematisch Überschneidungen zwischen verschiedenen Gruppierungen bestehen oder manche Gruppen sich vom Begriff der „psychischen Störung/Erkrankung“ bewusst distanzieren.

Sowohl die kommunalen Materialien aus nicht direkt selbsthilfebezogenen Quellen (bspw. Psychiatrieberichte) als auch übergeordnete Datenquellen (wie bspw. MGEPA, LZG.NRW, DGSP oder auch die kassenärztlichen Vereinigungen) enthalten kaum detaillierte Informationen zu den in Handlungsfeld 4 untersuchten Dimensionen der Selbsthilfe in NRW. Informationen zur Rolle von Selbsthilfe im Bereich Planung und Steuerung finden sich im Kap. 4.3.4.

Deshalb wurde im Rahmen der Breitenerhebung intensiv nach Selbsthilfe gefragt und insgesamt 46 Kommunen machten Angaben zu den örtlichen Selbsthilfestrukturen. Darüber hinaus wurden die oben aufgeführten und weiteren Selbsthilfelandesverbände in einer schriftlichen Befragung um Informationen gebeten.¹²⁴ Dazu wurden zunächst in NRW tätige Landesverbände recherchiert und dann mit dem Auftraggeber insgesamt 15 Adressaten abgestimmt, darunter neben den beiden Landesverbänden der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker auch diagnosespezifische Gruppen sowie Gruppen mit möglichem Bezug/Überschneidungen zu psychischen Störungen. Im Einzelnen wurden einbezogen:

- ADHS Deutschland e. V., Landesgruppe NRW

¹²³ Auch die KOSKON Übersicht zu landesweiten Selbsthilfevereinigungen weist bspw. im Bereich psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen lediglich wenige Stellen aus, darunter zwei landesweite Fach- und Beratungsstellen. Vgl. KOSKON. (Hrsg.) (2015). *Landesweite Selbsthilfevereinigungen. Fach- und Beratungsstellen in NRW*. Mönchengladbach: KOSKON.

¹²⁴ Das Untersuchungsdesign sah vor, Selbsthilfelandesverbände zu befragen, also jene Selbsthilfegruppen, die über eine Landesstruktur verfügen. Manche Gruppen verfügen jedoch über keine Landesstruktur (bspw. die Selbsthilfegruppen für bipolare Störungen) oder wollen anonym bleiben (wie bspw. die Emotions Anonymous mit ihren derzeit 36 Gruppen in NRW, Stand September 2015). Soweit möglich wurden die (z. T. diagnosespezifischen) bundesweit aktiven Organisationen, die in der Selbsthilfelandchaft in NRW aktiv sind, im Rahmen der Recherche und in der Tieferhebung einbezogen.

- Arbeitskreis Down-Syndrom e. V.
- Autismus Landesverband NRW e. V.
- Autonome Frauenberatungsstellen NRW e. V.
- Demenz Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte
- Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e. V. (DGBS)¹²⁵
- Gemeinsam Leben Gemeinsam Lernen Nordrhein-Westfalen e. V. – der Inklusionsfachverband
- Huntington-Selbsthilfe NRW e. V.
- Landesverband Alzheimer Gesellschaften NRW e. V.
- Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
- Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW e. V.
- Landesvereinigung SeHT NRW e. V.
- LERNEN FÖRDERN – Landesverband zur Förderung Lernbehinderter NRW e. V.
- M-S-N Landesvertretung Nordrhein-Westfalen e. V. (Messie-Selbsthilfe-Netzwerk).

Für die Befragung der Landesverbände der Selbsthilfe wurde ein 35 Fragen umfassender Fragebogen erstellt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Inhaltliche Schwerpunkte waren dabei:

- Gründungsjahr
- Konzeption, Selbstverständnis, Ziele und Arbeitsansatz
- Organisationsstruktur
- Stellenausstattung/Mitwirkende (haupt- und ehrenamtlich)
- Anzahl Gruppen im Landesverband und Verteilung über NRW
- Anzahl Aktive und Mitglieder in den Gruppen
- Erreichbarkeit des Landesverbands und Zugangswege
- Merkmale der Mitglieder
- Gender- und kulturbezogene Ansprache/Aktivitäten
- Angebote des Landesverbands
- Finanzierung/Förderstrukturen/Fördermittel (leistungsträgerbezogen)
- Kooperation/Vernetzung mit anderen Selbsthilfeorganisationen, professionellen Hilfen, Psychiatriekoordination
- Dokumentation und Qualitätssicherung
- Mitwirkung bei regionaler Planung, in Gremien, Arbeitsgruppen, Dialogforen
- Einschätzungen zu Partizipation und die Einwirkungsmöglichkeiten, Unterstützungsbedarf und Erwartungen an die Landespsychiatrieplanung.

¹²⁵ Die DGBS wurde aufgrund des Engagements von Mitgliedern des Verbands im Rahmen der Landespsychiatrieplanerstellung einbezogen, sah jedoch mit Verweis auf eine fehlende Landesebene von der Teilnahme ab.

Die Befragung erfolgte per paper and pencil und wurde am 14. Oktober 2015 an die Verbände verschickt, auch hier lag ein Motivationsschreiben des MGEPA bei. Nach Verlängerung der Rücklauffrist gingen bis zum 4. Dezember 2015 insgesamt sechs Bogen ein, von denen fünf in die Auswertung einbezogen werden konnten.

Aufgrund dieser Ausgangslage war es sowohl im Rahmen der ersten Datenrecherche als auch der weiterführenden Sekundäranalyse und der schriftlichen Befragung schwierig, valide Angaben zu den o. g. strukturellen Merkmalen und den genauen Angeboten der Selbsthilfe für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen zu identifizieren.

Analog zur begrenzten Datenlage im Bereich Selbsthilfe ist auch die Forschungssituation in diesem Handlungsfeld schwierig: „Trotz vielfältiger Forschungsbemühungen in diesem Bereich existieren bisher kaum qualitativ hochwertige Studien zu Selbsthilfeansätzen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.“¹²⁶ Es gibt bundesweit zwar viele kleinere Studien zum Thema „Selbsthilfe“, doch ist es angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung noch zu wenig erforscht. Bis vor kurzem gab es keine umfassende systematische Analyse der Selbsthilfelandschaft in Deutschland: „Die gemeinschaftliche Gesundheitsselbsthilfe hat zwar Forschung nach sich gezogen, doch bleibt diese hinter dem Bedarf zurück.“¹²⁷

Mit dem Projekt SHILD wird derzeit ein Versuch unternommen, diesem Forschungsdefizit entgegenzutreten. Bestandteil des Bundesmodellprojekts ist eine Struktur- und Bedarfsanalyse, die sowohl eine Literaturrecherche als auch qualitative und quantitative Erhebungen (allerdings nur z. T. mit NRW-Bezug) beinhaltet. Erste Ergebnisse liegen vor und werden bei der Darstellung der Ergebnisse zum Handlungsfeld einbezogen. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, dass es sich um gesundheitsbezogene Selbsthilfe allgemein und nicht spezifisch um den Bereich psychischer Störungen/Erkrankungen handelt. Seit 2012 fördert das Bundesministerium für Gesundheit außerdem das Projekt „Wissens-transfer für die Selbsthilfe“ [WiSe], in dessen Literaturdatenbank bisher allerdings vorwiegend veraltete Einzelstudien zusammengestellt sind.

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsschritte zusammengetragen werden.

6.2 Integrierte Beschreibung der Ergebnisse

„Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe chronisch Kranker und Menschen mit Behinderungen hat einen hohen Stellenwert in Deutschland. Selbsthilfeorganisationen sind heute nicht mehr aus der Gesundheitsversorgung wegzudenken. Sie bieten Hilfestellungen für die Alltagsbewältigung in besonderen Lebenslagen und geben den Betroffenen sowie deren Angehörigen bei einer Krankheit oder einer Behinderung Halt und Perspektive.“¹²⁸ Als gesetzliche Grundlage der Selbsthilfe wird in einer Vielzahl von Datenquellen auf das am 18. Juni 2015 verabschiedete „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz – PräVG) hingewiesen. Das PräVG ist ein Artikelgesetz, das mit Blick auf die Selbsthilfe vor allem zu Änderungen im SGB V (§ 20a – d, Präven-

¹²⁶ DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 149.

¹²⁷ Schulz-Nieswandt, F. (2011). *Gesundheitsselbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen in Deutschland – Der Stand der Forschung im Lichte der Kölner Wissenschaft von der Sozialpolitik und des Genossenschaftswesens*. Baden-Baden: Nomos, S. 14.

¹²⁸ Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI, S. 370.

tion und Selbsthilfe) geführt und die Leistungen der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung mehr als verdoppelt hat. Ab 2016 stehen jedes Jahr mindestens rd. 490 Mio. Euro zur Verfügung. Für die Versicherten sind dies statt 3,09 Euro nun 7,00 Euro pro Person jährlich. Auch die Selbsthilfe wird mit zusätzlichen 30 Mio. Euro gestärkt: Sind bis inkl. 2015 0,64 Euro pro Versichertem für Selbsthilfeförderung zur Verfügung gestellt worden, so müssen die Krankenkassen diese Summe ab 2016 auf 1,05 Euro pro Versichertem fast verdoppeln. Für NRW bedeutet dies, dass die krankenkassenübergreifende Fördersumme von bisher knapp 8 Millionen Euro mit Beginn des Jahres 2016 auf rd. 13 Millionen Euro gestiegen ist. Die Krankenkassen stellen damit den größten Förderpotenzial für gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland (und in NRW) zur Verfügung.

Eine neue Form, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Umfeld der Pflege zu fördern, bietet § 45d Absatz 2 SGB XI. Die neue Regelung schreibt vor, dass die Pflegekassen die Selbsthilfe mit 0,10 Euro je versicherter Person unterstützen. Die privaten Pflegeversicherer beteiligen sich daran mit zehn Prozent des Fördervolumens, zudem sind die Mittel durch die Länder um einen Zuschuss in jeweils gleicher Höhe für die einzelne Fördermaßnahme zu ergänzen.¹²⁹ In NRW wird im neuen Landesförderplan „Alter und Pflege“ 2016 – 2017 die Unterstützung von Pflege-selbsthilfe nach § 45d Absatz 2 SGB XI als Ko-Finanzierung zur Förderung aus Mitteln der Pflegeversicherung beschrieben und eine Ausstattung von 500.000 Euro festgehalten.¹³⁰ Der Landesförderplan eröffnet dabei die Möglichkeit, „Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe“ mit 20 Tsd. Euro/Jahr zu fördern.

Weitere Akteure der Förderung von Selbsthilfeaktivitäten sind die Kommunen (meist koordiniert über die Selbsthilfe-Kontaktstellen), Landschaftsverbände¹³¹, Rentenversicherung, Stiftungen, Spender etc. sowie das Land. Das Land stimmt sich bzgl. der Förderung von Selbsthilfe eng mit den Krankenkassen ab und fokussiert seine Mittel vor allem auf die Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen/-verbänden auf Landesebene, auf die Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros, die Unterstützung der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe sowie von KOSKON NRW. Verglichen mit anderen Bundesländern liegt das Fördervolumen des Landes NRW bezogen auf die Bevölkerungszahl mit 0,09 Euro pro Person unter dem Durchschnitt von 0,13 Euro für Deutschland insgesamt.

Für das Jahr 2013 hält die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) zwar fest, dass der Bereich Psychische Erkrankungen/Psychiatrie in NRW kein Schwerpunktthema der Förderung darstellt.¹³² Aufgrund der steigenden Bedeutung psychischer Erkrankungen kommt der Förderung von Selbsthilfe im Kontext psychischer Störungen und Erkrankungen jedoch mittlerweile ein höheres Gewicht zu. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in NRW unterstützte in den Jahren 2013 und 2014 im Rahmen ihrer Selbsthilfeförderung verschiedene gesundheitsbezogene Modellvorhaben bei Selbsthilfe-Kontaktstellen/-büros. Dabei wurden unter anderem Vorhaben unter den Überschriften „Selbsthilfe Interkulturell“ sowie „Neue Ansätze in der Selbsthilfe“ durchgeführt. Elf Modellvorhaben zielten explizit auf psychische Gesundheit/Erkrankungen, bspw. mit dem Schwerpunkt Vernetzung, darunter

¹²⁹ Hundertmark-Mayser, J. & Helms, U. (2014). *Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013*. NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick. Berlin: NAKOS. S. 40 ff.

¹³⁰ Selbstbestimmt Leben – Gemeinsam Teilhabe ermöglichen. Landesförderplan „Alter und Pflege“ des Landes Nordrhein-Westfalen. NRW 2016 – 2017 gemäß § 19 APG NRW.

¹³¹ Für Beispiele und Förderrichtlinie vgl. bspw. Landschaftsverband Rheinland (2006). *Engagement – Ehrenamtliche Initiativen in der Psychiatrie*. Köln: LVR.

¹³² Vgl. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.). (2014). NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick. 4. Ausgabe: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013. Online unter <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2014/NAKOS-Studien-04.pdf> (Abruf zuletzt am 12. Januar 2016).

die Netzwerke Psychische Gesundheit in Aachen und im Ennepe-Ruhr-Kreis sowie das Projekt Vernetzung von Selbsthilfegruppen im Märkischen Kreis.

6.2.1 Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros

„In Deutschland bestanden Anfang des Jahres 2012 in 284 Städten, Kreisen und Gemeinden Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen, die auf örtlicher/regionaler Ebene Informationen, Kontakte und Unterstützung bieten“¹³³. Während also auf ganz Deutschland bezogen kaum in drei Viertel der Landkreise und kreisfreien Städte Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen tätig sind, arbeiten in NRW in allen 53 Kommunen (z. T. mehrere) Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfebüros. Diese bieten als professionelle Struktur sowohl nachfragenden Einzelpersonen als auch örtlichen Selbsthilfegruppen Unterstützung und kennen i. d. R. die regionalen Akteure. Die Selbsthilfe-Kontaktstellen oder -büros arbeiten unter diesen, aber auch unter verschiedenen anderen Namen, wie bspw. Aachener Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe, Selbsthilfe-Service-Büro Düsseldorf, Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe Hattingen/Sprockhövel, KISS Ennepe-Ruhr-Kreis-Süd, WIESE – Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen und Interessierte in Essen, BIGS – Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfe-Kontaktstelle des Kreises Gütersloh etc. Alle Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfebüros in NRW sind zum „Landesarbeitskreis der Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen – LAK NRW“ zusammengeschlossen. Seit 1985 gibt es vierteljährlich Treffen und Austausch zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der professionellen Selbsthilfe-Unterstützung. KOSKON übernimmt dabei eine koordinierende und vorbereitende Rolle.¹³⁴

Die Krankenkassen fördern die Selbsthilfe-Kontaktstellen seit 2016 deutlich verstärkt mit 0,21 Euro pro versicherter Person, das sind in der Summe für NRW etwa 3,2 Mio. Euro (+1,5 Mio. Euro). Die gestiegenen Fördergelder sollen dauerhaft und verbindlich in einen Ausbau der regionalen Strukturen der Selbsthilfe-Kontaktstellen fließen. Je Vollzeitkraft sollen nun mehr 20 Tsd. Euro jährlich gezahlt werden (bisher 6.600 Euro), für jede Verwaltungskraft werden 10 Tsd. Euro bereitgestellt (bisher 3.300 Euro). Zudem erhöht sich der sog. Einwohnerwert von 2.600 Euro auf 4.000 Euro pro 50.000 EW. Die Mittelerrhöhung ist an die Einstellung zusätzlichen Personals sowie auf eine Ausweitung von Öffnungszeiten und telefonischer Erreichbarkeit geknüpft. Verbunden mit diesem Ausbau der Förderung ist der Wegfall der Sockelförderung sowie der Finanzierungsmöglichkeit von Sonderprojekten.

Das Land fördert maximal eine Selbsthilfe-Unterstützungsstelle pro Kommune mit bis zu 11.000 Euro/Jahr. Laut NAKOS belief sich die Fördersumme für Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfeunterstützungsstellen in NRW im Jahr 2013 insgesamt auf 370.000 Euro.¹³⁵ Die Förderung der Kontaktstellen wird geregelt in der „Richtlinie zur Unterstützung der Selbsthilfe in Nordrhein-Westfalen durch Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen (Selbsthilfe-Kontaktstellen-Förderrichtlinien)“ von 2010 (gültig bis Ende 2016).

¹³³ Thiel, W. (2013). Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfeunterstützungsstellen: Profil und Angebote von professionellen Infrastruktur-, Unterstützungs- und Beratungseinrichtungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in Deutschland. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). *selbsthilfegruppenjahrbuch 2013*. S. 59-67.

¹³⁴ Vgl. <http://www.koskon.de/struktur/landesarbeitskreis-der-selbsthilfe-kontaktstellen.html> (letzter Aufruf am 18. Januar 2016).

¹³⁵ Vgl. NAKOS (Hrsg.). (2014). NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick. 4. Ausgabe: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013. Online unter <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2014/NAKOS-Studien-04.pdf> (letzter Abruf am 18. Januar 2016).

Im Gegenzug zur finanziellen Unterstützung hat das Land eine Reihe von Aufgaben festgeschrieben (Unterstützung der Selbsthilfe, Öffentlichkeitsarbeit, Beratung von Einzelpersonen, Unterstützung beim Aufbau neuer Selbsthilfegruppen, Austausch zwischen Selbsthilfegruppen etc.) und Anforderungen an die Ausstattung formuliert (Beschäftigung von mindestens zwei Personen, öffentlich zugängliche Räume, mindestens drei Tage/Woche geöffnet, eigener Telefonanschluss etc.). Zwar sind Austausch und Kooperation mit den kommunal zuständigen Stellen in den Förderrichtlinien nicht festgeschrieben, doch ist davon auszugehen, dass i. d. R. eine gute Zusammenarbeit zwischen Kontaktstellen und den diese vorrangig fördernden Kommunen besteht.

KOSKON hält sowohl in einer Datenbank als auch in einer regelmäßig aktualisierten Broschüre die Adressen aller Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros in NRW vor. Im Jahr 2010 wurden zudem Ergebnisse von in den Jahren 2003 und 2008 durchgeführten Bestandsanalysen der Selbsthilfe-Kontaktstellen vorgelegt. Darüber hinaus wurde eine Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in NRW in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse wurden auf einem internen Fachtag im Oktober 2015 vorgestellt. Im Rahmen der Breitenerhebung machten 44 Kommunen genauere Angaben zu den Merkmalen der örtlichen Selbsthilfe-Kontaktstellen oder -büros, die (auch) für psychisch Kranke und für Angehörige relevant sind. Manche dieser Kommunen verfügen über mehrere Kontaktstellen und/oder -büros, insgesamt wurden von den 44 Kommunen 52 Stellen beschrieben, darunter auch elf Selbsthilfebüros.

Träger

Die Ergebnisse der aktuellen schriftlichen Befragung der Kommunen bestätigen die Erkenntnisse aus der KOSKON Bestandsanalyse aus dem Jahr 2008¹³⁶ sowie der Expertise durch Wohlfahrt und Zühlke (2014)¹³⁷: Die meisten Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW befinden sich nach den Ergebnissen der aktuellen Breitenerhebung in Trägerschaft des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands (N = 32) sowie der Kommunen (N = 13). Bei den übrigen sieben Stellen, über die berichtet wurde, handelt es sich um Organisationen in freier oder kirchlicher Trägerschaft bzw. um Trägerverbände.

Personelle Ausstattung

In Selbsthilfe-Kontaktstellen soll gemäß Landesvorgaben in NRW mindestens eine volle Fachkraftstelle, besetzt durch zwei Personen vorhanden sein, in Selbsthilfebüros mindestens eine halbe Stelle.¹³⁸ Die Befragung liefert verwertbare Angaben zur personellen Ausstattung (Stellenumfang in Vollzeitäquivalenten) für 39 Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros. Demnach variiert die Stellenausstattung zwischen 0,25 und 2,33 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) pro Dienst. Insgesamt stehen in den 39 Kontaktstellen und -büros insgesamt rd. 28 VZÄ zur Verfügung, im Durchschnitt 0,72 VZÄ.

Auch KOSKON hat im Jahr 2008 eine Erhebung durchgeführt, an der sich 39 Selbsthilfe-Kontaktstellen beteiligten. Damals wurde eine Personalkapazität von insgesamt 47,1 Fachkraftstellen (besetzt mit 75 Personen, weit überwiegend Frauen) festgestellt. Damit waren die Kontaktstellen im Mittel mit 1,2 VZÄ ausgestattet. Ein ganz ähnliches Ergeb-

¹³⁶ Vgl. KOSKON (Hrsg.). (2010). *Selbsthilfe Kontaktstellen in NRW. Eine Bestandsanalyse*. Mönchengladbach: KOSKON.

¹³⁷ Vgl. Wohlfahrt, N. & Zühlke, W. (2014). *Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Büros in Nordrhein-Westfalen*. Unveröffentlichter Bericht.

¹³⁸ Vgl. KOSKON (Hrsg.). (2015). *Selbsthilfeunterstützung in NRW*. Mönchengladbach: KOSKON.

nis zeigte die bundesweite Erhebung im Rahmen des SHILD-Projekts, wo durchschnittlich 1,1 VZÄ hauptamtliche Fachkraftstellen pro Selbsthilfe-Kontaktstelle festgestellt wurden.¹³⁹ Der vergleichsweise niedrige Wert in der aktuellen Breiterehebung in NRW erklärt sich vermutlich durch den hohen Anteil (über 20 %) an Selbsthilfebüros, die (per Definition) nur eine geringe Personalausstattung aufweisen (brauchen).

Aufgrund der Erhöhung der Krankenkassenförderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen, die an personelle Aufstockungen gebunden ist, ist zu erwarten, dass die Personalsituation der Kontaktstellen und -büros in NRW sich mit dem Jahr 2016 deutlich verbessern wird.

Finanzierung

Laut KOSKON Bedarfsanalyse lag im Jahr 2008 fast die Hälfte (46 %) der Finanzierung der Selbsthilfe-Kontaktstellen (für 39 Selbsthilfe-Kontaktstellen) bei den Kommunen und 29 % bei den Krankenkassen, sonstige Geldgeber waren das Land, die jeweiligen Verbände und/oder sonstige Förderer. Die schriftliche Befragung liefert für 44 Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros Angaben zur Finanzierung, wobei hier zumeist lediglich Finanzierungsquellen ohne Verteilung bzw. Fördersummen genannt wurden. Die genannten Geldgeber entsprechen den vorgenannten, Anteile sind jedoch nicht berechenbar. Nach Angaben des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek), der die Gemeinschaftsförderung der Krankenkassen zentral für alle Kassen verwaltet, wurden im Jahr 2015 im Rahmen der Pauschalförderung¹⁴⁰ ca. 1,7 Mio. Euro für die Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in NRW investiert (ab 2016 werden dies ca. 3.2 Mio. Euro sein).

Im Rahmen der Expertise durch Wohlfahrt und Zühlke (2014) wurden die Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in NRW um eine Beurteilung der finanziellen Förderung gebeten. Dabei zeigt sich, dass die meisten Befragten eine seit Jahren stabile Finanzierungssituation hatten und dass insbesondere die Förderung durch die Krankenkassen weit überwiegend positiv beurteilt wurde. Die finanzielle Unterstützung durch die Kommunen wurde sehr verschieden bewertet, vermutlich entsprechend der je sehr unterschiedlichen Förderung vor Ort. Hingegen wurde die Unterstützung durch das Land überwiegend kritisch eingeschätzt: 30 % der Befragten schätzen diese als mangelhaft und weitere 44 % als ungenügend ein. Mit 29 Kontaktstellen äußerten zudem über drei Viertel der befragten Kontaktstellen, dass in der Sicherung von Finanzen/Ressourcen eine zentrale Herausforderung für die Zukunft liegt,¹⁴¹ eine Sorge die angesichts der aktuellen Steigerung der Krankenkassenförderung mit Beginn des Jahres zukünftig wohl weniger drückend ist.

Erreichbarkeit und Öffnungszeiten

Die Richtlinien des Landes zur Unterstützung der Selbsthilfe in NRW fordern „eigenständige, öffentlich zugängliche Räume, die als Selbsthilfe-Kontaktstelle gekennzeichnet sind“¹⁴². Dementsprechend sind die Selbsthilfe-Kontaktstellen mit eigenen Büroräumen

¹³⁹ Vgl. Nickel, S., Werner, S. & Kofahl, C. (2014). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen. Online unter: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SH-Unterstuetzungsstellen_20140630.pdf

¹⁴⁰ Die Gemeinschaftsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen 50 % der Gesamtförderung und werden für Pauschalförderung verwendet, vgl. S. 109.

¹⁴¹ Vgl. Wohlfahrt, N., Zühlke, W. (2014). *Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Büros in Nordrhein-Westfalen*. Unveröffentlichter Bericht, S. 50 und S. 74.

¹⁴² KOSKON (Hrsg.). (2010). *Selbsthilfe Kontaktstellen in NRW. Eine Bestandsanalyse*. Mönchengladbach: KOSKON, S. 10.

relativ gut ausgestattet. Zudem sind die meisten recht zentral gelegen, sichtbar ausgeschildert und daher für die Öffentlichkeit gut erreichbar. Für 36 der Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros wurden Angaben zu den Öffnungszeiten gemacht, die bezüglich der Uhrzeiten (frühestens ab 8:00 Uhr, längstens bis 20:00 Uhr) und der Wochentage variieren: Elf Stellen haben von Montag bis Freitag täglich geöffnet und zwölf an vier Tagen, zumeist Montag bis Donnerstag. Sieben Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros sind lediglich an drei Wochentagen zu erreichen, jeweils drei nur an zwei Tagen bzw. an einem Wochentag. Auch außerhalb der Öffnungszeiten sind eine Reihe der Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros aktiv, nehmen bspw. an Gremien teil oder begleiten (erste) Gruppentreffen.

Während die meisten Anlaufstellen sowohl vormittags als auch nachmittags für mehrere Stunden erreichbar sind, sind sechs der beschriebenen Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros nur entweder vor- oder nachmittags erreichbar. Die KOSKON Bedarfsanalyse wies für das Jahr 2008 aus, dass die Selbsthilfe-Kontaktstellen durchschnittlich 17,4 Stunden pro Woche telefonisch erreichbar waren. Da die erweiterte Krankenkassenförderung (ab 2016) explizit auf eine Ausweitung von Öffnungs- und Sprechzeiten zielt, sind hier deutliche Veränderungen zu erwarten.

33 der 52 in der Befragung näher beschriebenen Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros sind explizit barrierefrei zugänglich, während zehn dies nicht sind (für neun gibt es hierzu keine Angaben). Über eine barrierefreie Internetseite wird in 32 Kommunen berichtet. Insgesamt 43 der beschriebenen Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros stellen auf ihrer Website Listen der örtlichen Selbsthilfegruppen zur Verfügung.

Aufgaben und Themenbereiche

Die im Rahmen der Breitenerhebung seitens der Kommunen beschriebenen Aufgaben der örtlichen Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros reichen – vergleichbar dem durch Wohlfahrt und Zühlke (2014) beschriebenen Leistungsspektrum – von Beratung und Unterstützung von Selbsthilfe(-gruppen) inkl. Neugründungen, aber auch Kooperation und Vernetzung sowie Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit bis hin zu Vermittlung von Hilfesuchenden. Die Anfragen kommen dabei – nach Informationen aus den untersuchten Jahresberichten – in unterschiedlichen Relationen von Betroffenen/Angehörigen (hier überwiegend durch Frauen), Mitglieder von Selbsthilfegruppen und Professionellen.

Psychische Themen haben in der Arbeit der Selbsthilfe-Kontaktstellen einen großen Stellenwert: „Die Selbsthilfe-Kontaktstellen verzeichnen einen großen Teil der Anfragen von Interessent/innen im Themenbereich psychische Erkrankungen.“¹⁴³ Die untersuchten Jahresberichte der Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW aus den Jahren 2010 bis 2015 weisen nahezu alle einen sehr hohen Anteil an Fragen zum Bereich psychische Erkrankungen aus. Dieser variiert von mindestens 30 % bis zu über 60 %, wobei darunter mit Abstand am häufigsten die spezifischeren Themen „Depression/bipolare Störungen“ und „Angst/Panik/Phobie“ aufgeführt werden. Die Gespräche im Rahmen der Tiefenerhebung bestätigten diese Ergebnisse, vielfach entfielen alle oder die meisten Spitzenplätze nachgefragter Themen auf psychische Probleme/Störungen/Erkrankungen. Auch Wohlfahrt und Zühlke betonen in ihrer Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in NRW die gestiegenen bzw. veränderten Anforderungen an die Kontaktstellen im Kontext der zunehmenden Anfragen durch Menschen/Gruppen mit psychischen Problemen oder Erkrankungen: „Von den Kontaktstellen verlangt diese Entwicklung be-

¹⁴³ Fuß-Wölbert, K. (2014). Unterstützung der Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2014*. (S. 92).

sondere Anstrengungen bei der Unterstützung der Selbstorganisation. Auf diesem schwierigen Gebiet bedarf es eines regen Erfahrungsaustauschs und einer intensiven Fortbildung der Kontaktstellen“.¹⁴⁴

Das Thema Migration war in der Selbsthilfe und der Selbsthilfekontaktstellenarbeit lange wenig im Blick, doch nun engagieren sich in NRW aktuell Selbsthilfe fördernde Institutionen verstärkt für eine bessere Orientierung auf Menschen mit Migrationshintergrund. So wurden 2013 und 2014 einzelne, vorrangig an Selbsthilfekontaktstellen verortete Aktivitäten gefördert. Bspw. richteten sich Projekte in Dortmund, Gelsenkirchen, Mönchengladbach, Leverkusen und im Märkischen Kreis vorrangig an türkischsprachige Gruppen, in Gütersloh wurden alle Menschen mit Migrationshintergrund angesprochen.¹⁴⁵

Seit 2016 fördern das MGEPA, die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK NordWest sowie der Paritätische NRW nun das landesweite Projekt „Migration und Selbsthilfeaktivierung“. Selbsthilfe-Kontaktstellen entwickeln in diesem Rahmen (weiter) Hilfestellungen und Unterstützungsmöglichkeiten für Selbsthilfegruppen von Migrantinnen und Migranten. Projektträger ist die GSP – Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH des Paritätischen NRW; KOSKON NRW unterstützt die Arbeit. Neben zwei Hauptstandorten bei den Selbsthilfe-Kontaktstellen in Duisburg und Bielefeld werden sich fünf weitere Selbsthilfe-Kontaktstellen in Dortmund, Essen, Gelsenkirchen, Mönchengladbach und Warendorf als kommunikative „Knotenpunkte“ zwischen den Selbsthilfe-Kontaktstellen für das Thema Migration engagieren.¹⁴⁶

In Mönchengladbach macht die Selbsthilfe-Kontaktstelle derzeit gute Erfahrungen: Eine türkischsprachige Mitarbeiterin sucht aktiv türkische Gemeinden und Organisationen auf und stellt das Selbsthilfekonzept vor. Dieses aktive Aufsuchen der Gemeinden und Organisationen durch eine Person aus dem gleichen Kulturkreis erweist sich als hilfreich, vor allem 25- bis 45-jährige Personen werden erreicht. Da es in der türkischen Sprache das Wort und die Vorstellung ‚Selbsthilfe‘ nicht gibt, muss dieses erklärt werden. Dazu wird u. a. ein Film des Kreises Warendorf eingesetzt, der in türkischer Sprache Selbsthilfe erläutert und in dem sich türkischsprachige Selbsthilfegruppen vorstellen („Selbsthilfe baut Brücken“). Generell ist hier aber, wie andernorts auch, die Erfahrung, dass der Kontaktaufbau in den Communities Zeit braucht.

Der Paritätische NRW organisiert mehrere Arbeitskreise zu transkulturellem Arbeiten, bspw. zu Psychiatrie und Migration, an dem u. a. die SPKoM mitwirken. Weitere Arbeitskreise bestehen zur Interkulturellen Öffnung der Selbsthilfe-Kontaktstellen im Paritätischen, zu Aussiedlerarbeit, Flüchtlingsarbeit und Immigration, außerdem gibt es eine Fachgruppe Jugend, Frauen, Migration.

Ein Teil der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in NRW hat sich in den letzten Jahren allgemein an Projekten zur Verbesserung der Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen beteiligt: 12 Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros haben das Projekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ der Agentur Selbsthilfefreundliches NRW unterstützt und 18 Kontaktstellen die Fortbildungsreihe der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA) der KV Nordrhein¹⁴⁷. An der Fortbildungsreihe „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“ nahmen mittlerweile über 1.000 Me-

¹⁴⁴ Vgl. Wohlfahrt, N. & Zühlke, W. (2014). *Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Büros in Nordrhein-Westfalen*. Unveröffentlichter Bericht.

¹⁴⁵ Vgl. Gesetzliche Krankenkassen/-verbände in NRW (2015). *Dokumentation: Neue Ideen – Gesundheitsbezogene Modellvorhaben bei Selbsthilfekontaktstellen/-büros in NRW 2013/2014*. Dortmund: vdek.

¹⁴⁶ Vgl. <http://www.koskon.de/fachthemen/projekte/landesweites-projekt-migration-und-selbsthilfeaktivierung.html> (Abruf zuletzt am 13. April 2016).

¹⁴⁷ Ebd. S. 40.

dizinische Fachangestellte teil. Dabei sollen die Teilnehmenden lokale Selbsthilfeangebote kennenlernen und diese bei Bedarf Patientinnen und Patienten empfehlen. Erst im Februar 2016 veranstalten die KOSA und das Selbsthilfebüro Kleve eine Fortbildung mit dem Schwerpunkt Psychische Störungen. Am Pilotprojekt „Selbsthilfefreundliche Praxis“ (2009 – 2011), bei dem Qualitätskriterien erarbeitet wurden, hatte sich die Kontaktstelle in Dortmund beteiligt¹⁴⁸.

6.2.2 Selbsthilfeorganisationen/-gruppen und Selbstvertretung

Im Folgenden werden zum einen die Situation im Bereich der Selbsthilfeorganisationen und -gruppen beschrieben sowie Fragen der Selbstvertretung angesprochen. ‚Selbsthilfe‘ akzentuiert dabei traditionell stärker die gegenseitige Hilfe im Kontext konkreter Probleme, hier: der eigenen psychischen Erkrankung bzw. jener von Angehörigen. Demgegenüber basiert ‚Selbstvertretung‘ auf einem politisch-menschenrechtlichen Ansatz und zielt, mit Verweis auf die UN-BRK, auf die Verwirklichung voller Teilhabe für Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen und (die Ermöglichung) ihrer politischen Partizipation. In der Praxis sind die Grenzen fließend, auch ein Teil der Selbsthilfeorganisationen strebt nach politischer Einflussnahme und versteht sich als Interessenvertretung, ebenso sowie Selbstvertretungsorganisationen i. d. R. auch konkrete Personen bei ihren Problemen unterstützen.

In Nordrhein-Westfalen existieren als Selbsthilfeorganisationen insgesamt mehr als 200 Selbsthilfe-Verbände im Bereich Gesundheit und Soziales. Dabei haben sich etwa 70 Selbsthilfe-Landesverbände in der sogenannten Gesundheitsselbsthilfe NRW (Wittener Kreis) zusammengeschlossen. Für den Bereich Psychiatrie bzw. psychische Gesundheit sind insbesondere die Landesverbände Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V. und der Angehörigen psychisch Kranker e. V. als größere Selbsthilfeorganisationen aktiv. Darüber hinaus gibt es eine Reihe diagnosespezifischer Selbsthilfeorganisationen wie bspw. den Landesverband Alzheimer Gesellschaften NRW e. V. Hinzu kommen Personen oder Gruppen, die sich ortsbezogen oder in bundesweit agierenden Gruppen engagieren, aber über keine auf das Land NRW bezogene Landesstruktur verfügen.

Die verschiedenen landesweiten Selbsthilfeorganisationen verfolgen unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte, die von Krankheitsbewältigung bis Psychiatriekritik, über sozialpsychiatrisches Engagement, Antistigma-Arbeit bis hin zu Inklusion und Teilhabe im Sinne der UN-BRK und der Kooperation mit Behindertenverbänden reichen. Auch unterscheiden sich die Interessen von Betroffenen und Angehörigen – letzteren geht es oft stärker um eine bessere Versorgung, vor allem in Krisen und um mehr Wahrnehmung und Würdigung des Beitrags der Angehörigen bis hin zu ihrer Aufklärung und Unterstützung/Entlastung.

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. Dem LPE haben sich etwa 50 Selbsthilfegruppen angeschlossen. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW e. V. betreibt mit zwei hauptamtlich Beschäftigten, elf Minijobberinnen und -jobbern und ehrenamtlich Helfenden zwei Anlaufstellen (in Bochum und Köln). Beide Anlaufstellen haben Krisenzimmer. Mehrere Mitglieder des LPE arbeiten an Besuchskommissionen im Land mit, das Selbstverständnis ist deutlich auch in Richtung Selbstvertretung ausgeprägt. Der LPE veranstaltet zweimal im

¹⁴⁸ Steinhoff-Kemper, C. & Bobzien, M. (2011). *Selbsthilfefreundliche Praxis NRW. Projektbericht zum Dortmunder Pilot*. Bielefeld: Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW.

Jahr einen landesweiten Selbsthilfetag sowie mehrere Seminare (aktuell z. B. mit Landesförderung Seminare zu Rechtsfragen in der Psychiatrie), gibt als Verbandsorgan den *Lautsprecher – Zeitschrift für Psychiatrie-Erfahrene NRW* heraus, die Anlaufstelle Köln ist am Peer-Counseling-Projekt des LVR beteiligt u. v. m.¹⁴⁹

Der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. mit Sitz in Münster arbeitet seit 1989 als Zusammenschluss von Angehörigen psychisch Kranker sowie entsprechender Selbsthilfegruppen und -vereine und bietet diesen Unterstützung durch Information, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie politische Arbeit. Der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. bietet dazu sowohl ein landesweites Forum (bspw. auf Veranstaltungen und Tagungen) als auch konkrete Unterstützung von Angehörigen bzw. Gruppen vor Ort (u. a. auch durch Beratung). Die sechs regionalen Mitgliedsverbände (Angehörigengruppen bzw. Interessengemeinschaften) finden sich in Detmold, Düsseldorf, Essen, Herford, Münster und Solingen.

Die beiden großen Selbsthilfeverbände beklagen, sowohl auf Landesverbands- als auch auf Ortsgruppenebene (zu) geringe Mitwirkendenzahlen und, besonders der Landesverband der Angehörigen, eine Überalterung der Mitglieder, ohne dass (ausreichend) neue und jüngere Mitglieder nachkommen. Insbesondere sei es schwierig, Menschen für die verbindliche Übernahme von Aufgaben zu gewinnen, es überwiege vielmehr eine ‚konsumierende‘ Haltung: Menschen suchten zwar Rat und Unterstützung für ihr aktuelles Problem, umgekehrt bestehe jedoch wenig Bereitschaft, sich selbst einzubringen, Aufgaben oder Ämter verbindlich wahrzunehmen.

Seit 2011 fördert das MAIS im Rahmen der Landesinitiative „NRW inklusiv“ zwei Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben (KSL; für Westfalen übernimmt MOBILE e. V. in Dortmund diese Aufgabe, für das Rheinland das Zentrum für Selbstbestimmt Leben Köln). Das KSL in Köln ist am Peer Counseling-Projekt des LVR beteiligt, schult die Peer Counselor und berät selbst (u. a.) im Rahmen von Peer Counseling nachfragende Menschen. Das MAIS plant die Einrichtung weiterer regionaler Kompetenzzentren (und einem landesweiten für Sinnesbehinderungen). Auch das KSL Westfalen bietet Peer Counseling an. Die KSL verstehen sich als behinderungs- bzw. beeinträchtigungsübergreifend arbeitende Selbstvertretungsorganisationen. Entsprechend ihrer Herkunft aus der Behindertenselbsthilfe unterstützen sie schwerpunktmäßig stärker Körper- und Sinnesbehinderte sowie Menschen mit Lernschwierigkeiten, das Thema psychische Störungen/Erkrankungen – auch seelische Hindernisse genannt – rückt jedoch zunehmend in den Fokus.

Kernakteure der Selbsthilfe sind vor Ort und bezogen auf konkrete Themen eine Vielzahl an Selbsthilfegruppen. Es handelt sich dabei auch um Einzelpersonen und/oder (z. T. häufig wechselnde) Gruppierungen mit einem unterschiedlichen Institutionalierungsgrad. Eine laufende Registrierung der eigenen Arbeit ist weder in einer verbindlichen Form für alle fest verankert noch von allen (bspw. Emotions Anonymous) gewünscht. Die Gruppenarbeit ist extrem dynamisch, Neugründungen wechseln sich mit der Einstellung von Gruppen ab, die Situation ist insgesamt instabil und kaum aktuell abbildbar. Viele, aber nicht alle Selbsthilfegruppen haben sich themenbezogen zu überregionalen Selbsthilfeverbänden zusammengeschlossen.

Der Organisationsgrad von Selbsthilfe von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen wird seitens der Befragten in den einzelnen Kommunen zwar mehrheitlich als positiv eingeschätzt. Doch gibt es auch verschiedene Hinweise auf

¹⁴⁹ Vgl. Tätigkeitsbericht des LPE NRW e. V. für 2015, *Lautsprecher*, 51/2016, S. 6f.

einen unzureichenden Organisationsgrad innerhalb bzw. zwischen den Gruppen, speziell für bestimmte Diagnosen.

Die beiden größten Foren KOSKON (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.) einerseits und das Selbsthilfenetz (Paritätischer Wohlfahrtsverband) andererseits liefern nur eingeschränkte Informationen zu Anzahl und Art von Selbsthilfegruppen. Online existieren zwar Suchmöglichkeiten für die geschätzt bis zu 15.000 Selbsthilfegruppen in NRW (davon etwa 70 % im Gesundheitsbereich), z. B. nach Ort oder Diagnosen, allerdings werden dabei nicht einzelne Selbsthilfegruppen benannt, sondern auf die örtlichen Kontaktstellen und Selbsthilfebüros verwiesen.

Auch die Bestandsanalyse von KOSKON aus dem Jahr 2010 konstatiert: „Exakte Zahlen über die Anzahl der Selbsthilfegruppen in NRW zu erhalten, ist nicht möglich. Die Erfassung durch die Selbsthilfe-Kontaktstellen gibt die genauesten Anhaltswerte: Für 36 Kreise/kreisfreie Städte liegen [...] die Angaben der Kontaktstellen vor. Ihre Aussagen ergeben eine Summe von mehr als 8.000 Gruppen. Rechnet man diese Zahl hoch auf die Kreise/kreisfreien Städte, die nicht erfasst wurden, so kommt man auf über 12.100 Selbsthilfegruppen in NRW. Umfassend ist diese Zahl noch immer nicht.“¹⁵⁰

Die Angaben des Selbsthilfenetzes (Paritätischer NRW) mit Informationen zu landesweit insgesamt rd. 9.000 Selbsthilfegruppen beruhen auf freiwilliger Meldung und fokussieren auf den paritätisch organisierten Bereich. Geschätzt 800 dieser Gruppen berühren den Bereich psychischer Themen, davon befassen sich allein etwa 300 mit Depression, nur gut 60 Gruppen ordnen sich dem Thema „psychiatrische Erkrankung“ zu. Auch wenn hier ein Großteil der Selbsthilfegruppen in NRW erfasst sein dürfte, sind auch diese Daten nicht vollständig. Laut Auskunft des Paritätischen werden die Daten von den verschiedenen Gruppen zudem sehr unterschiedlich gepflegt und sind vielfach nicht aktuell.¹⁵¹

Im Rahmen der Datenrecherche zur Selbsthilfe wurden die Internetauftritte der Kommunen nach themenspezifischen Schlagworten durchsucht. In 20 Kommunen konnten dabei lokale Wegweiser bzw. Beratungsführer zu Selbsthilfegruppen identifiziert werden. Die nachfolgende Tabelle zeigt zunächst die Treffer der Schlagwortsuche in den 53 Kommunen:

Tab. 14: *Recherchetreffer zu Schlagworten für den Bereich Selbsthilfe (N = 53)*

Form der Selbsthilfeangebote	Informationen vorhanden in ... Kommunen
(diagnosespezifische) Selbsthilfe(-gruppen)	51
Selbsthilfe(-gruppen) Psychiatrie	32
Selbsthilfe(-gruppen) Betroffene	30
Selbsthilfe(-gruppen) Angehörige Psychiatrie	26
EX-IN	11
Psychiatrie-Erfahrene	11
People First/Selbstbestimmt leben	7

Sowohl über diese Wegweiser bzw. die kommunalen Webseiten direkt als auch über die ergänzende überregionale Recherche (mit ihren erwähnten Einschränkungen) konnten für alle Kommunen Angaben zu Selbsthilfeangeboten für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen vor Ort eruiert werden: In fast allen Kommunen gibt es demnach Hin-

¹⁵⁰ KOSKON (Hrsg.). (2010). *Selbsthilfe Kontaktstellen in NRW. Eine Bestandsanalyse*. Mönchengladbach: KOSKON, S. 13.

¹⁵¹ Auskunft von der Fachgruppe Selbsthilfe/-Kontaktstellen, Paritätischer NRW, Herr Greiwe, am 2. Dezember 2015.

weise auf unterschiedliche diagnosespezifische Selbsthilfegruppen (s. o.). Außerdem wurden in 32 Kommunen Informationen zum Schlagwort Selbsthilfe Psychiatrie, in 30 Kommunen Treffer zum Suchbegriff Selbsthilfegruppe Betroffene sowie in 26 Kommunen Hinweise zu den Schlagworten Selbsthilfegruppe Angehörige Psychiatrie gefunden. Weniger Treffer zeigen sich bei den Suchbegriffen Psychiatrie-Erfahrene/EX-IN (je 11 Kommunen) und People First/Selbstbestimmt leben (sieben Kommunen).

Zum Teil konnten Informationen zu diagnosespezifischen Selbsthilfegruppen für die jeweilige Kommune bspw. einem Wegweiser zu diesem Thema oder der kommunalen Webseite direkt entnommen werden. Zusätzlich wurde in der überregionalen Datenbank des Selbsthilfenetzes nach entsprechenden Informationen für die einzelnen Kommunen gesucht. Mittels Adressrecherche war dies umfänglich – mit angemessenem Aufwand – lediglich für die 23 kreisfreien Städte möglich. Auch diese Recherche war nur bedingt zielführend: So zeigt bspw. ein Blick auf die Webseite des Landesverbands Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker, dass die Ergebnisse nicht vollständig sind: Der Landesverband weist in 46 Kommunen z. T. mehrere Angehörigengruppen aus (häufig an Kliniken oder Einrichtungen angebunden; lt. eigener Aussage „ohne Anspruch auf Vollständigkeit“). Die Angaben konnten jedoch nicht umstandslos übertragen werden, da das Alter und die Aktualität der Angaben oft unklar blieben, z. T. weil nur eine Institution benannt wird (wie bspw. Rheinische Kliniken Düren) und weil mehrfach für einzelne Gruppen unterschiedliche Angaben vorhanden sind.

Im Rahmen der Recherchen wurden die Selbsthilfeangebote aufgrund der strukturell besseren Überschaubarkeit für die *kreisfreien Städte* gesucht. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der für kreisfreie Städte identifizierten Gruppen, die, sofern erkennbar, auch nach Zielgruppen (Angehörige oder Betroffene) unterschieden wurden:

Tab. 15: Angaben zu (diagnosespezifischen) Selbsthilfegruppen (SHG) in den kreisfreien Städten in NRW (N = 23)

Diagnose	Informationen vorhanden zu ...			
	... in Anzahl Kommunen	Anzahl SHG	davon*: Anzahl SHG Betroffene	davon*: Anzahl SHG Angehörige
ADHS	14	23	10	14
Alzheimer	14	19	4	12
Asperger	3	5	3	3
Autismus	11	22	10	15
bipolare Störungen ¹⁵²	9	13	11	6
Borderline	13	20	15	7
Demenz	16	42	9	36
depressive Störungen	20	119	18	94
Psychiatrie-Erfahrene/Ex-In	15	20	14	3
psychische Erkrankung (allgemein)	19	30	16	14
Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	4	5	3	0
Zwangsstörungen	3	3	3	0
Gesamt	23	321	116	204

* Die Gruppen stehen z. T. sowohl Betroffenen als auch Angehörigen offen, z. T. ist nicht deutlich, an wen sie sich richten. Die Angaben der letzten beiden Spalten können deshalb von der Spalte davor abweichen.

Insgesamt konnten in den 23 kreisfreien Städten 321 (diagnose-)spezifische Selbsthilfegruppen über die (eingeschränkt belastbare) Datenbasis identifiziert werden. Am häufigsten (mit insgesamt 119 Treffern) konnten dabei Selbsthilfegruppen zu depressiven Störungen recherchiert werden, wobei sich der überwiegende Teil (94) an Angehörige richtet. Mit großem zahlenmäßigen Abstand wurden Selbsthilfegruppen zum Thema Demenz (42) und spezifisch zu Alzheimer (19) sowie zu psychischen Erkrankungen allgemein (30), zu ADHS (23), zu Autismus (22), zu Borderline (20) und zu bipolaren Störungen (13) identifiziert. Zudem konnten in 15 kreisfreien Städten Gruppen von Psychiatrie-Erfahrenen recherchiert werden. In zahlenmäßig deutlich kleinerem Umfang (≤ 5) ergab die Recherche Hinweise auf Selbsthilfegruppen zu Asperger-Autismus, Schizophrenie oder Zwangsstörungen.

Selbsthilfe richtet sich an Betroffene und Angehörige in unterschiedlichen Altersgruppen und Lebensphasen. Vor allem diagnosespezifische Angebote fokussieren dabei z. T. auch auf bestimmte Altersgruppen, wie es z. B. im Fall von Selbsthilfe bei Demenz und Alzheimer (wenngleich hier die meisten Gruppen Angehörigengruppen sind). Selbsthilfe bei ADHS richtet sich an Kinder und Jugendliche. Gleichwohl scheinen Altersfragen bei der zielgruppenspezifischen Ausrichtung von Selbsthilfegruppen eine eher untergeordnete Rolle zu spielen, zumindest konnten in NRW kaum Hinweise auf diesbezügliche konzeptionelle Ansätze identifiziert werden. Dies gilt gleichermaßen für Angehörige als Ziel-

¹⁵² Datengrundlage ist hier die Datenbank der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V., in der allerdings nicht nach Bundesland, sondern lediglich per Umkreissuche recherchiert werden kann. Im Rahmen der Recherche wurden dazu Adressen im Umkreis von 100 km um Essen gesucht. Dargestellt werden hier lediglich die Treffer der kreisfreien Städte. Zusätzlich wurden acht Selbsthilfegruppen in Landkreisen identifiziert.

gruppe von Selbsthilfe. Ergebnisse aus Studien, Mitgliederuntersuchungen u. ä. weisen auf eine eher ältere Mitgliederstruktur hin: So zeigen bspw. die Ergebnisse der SHILD-Studie, dass die Altersstruktur der Mitglieder der befragten Selbsthilfegruppen durchaus eher als „älter“ einzustufen ist – etwa die Hälfte der Mitglieder ist 60 Jahre alt oder älter.¹⁵³ Auch die Gespräche im Rahmen der Tiefenerhebung bestätigten dies: Viele Selbsthilfegruppen und –verbände in NRW beklagen, dass ihre Mitgliederstruktur überaltert ist und dass es oftmals schwierig ist, Nachfolge-Personen für den Vorsitz, die Leitung von Gruppen oder die Mitwirkung an kommunalen oder landesbezogenen Gremien, an der Besuchskommission etc. zu finden.

Mittlerweile werden Kinder und Jugendliche zunehmend als Angehörige (psychisch Kranker) wahrgenommen: Bspw. betreibt im Rahmen der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie der Bundesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen e. V. die Webseite kipsy.net, auf der Kinder und Jugendliche gezielt als Angehörige angesprochen werden. Hier wird auch auf Projekte in NRW verwiesen, zumeist durch professionelle Anbieter umgesetzt, die auch Kontakte zu Selbsthilfegruppen ermöglichen oder fördern.¹⁵⁴ Das Thema „Junge Selbsthilfe und Generationenwechsel“¹⁵⁵ erfordert entsprechende lebensweltorientierte Entwicklungen der Angebote und die Nutzung Neuer Medien und Sozialer Netzwerke. In Bottrop verfolgt ein gesundheitsbezogenes Modellvorhaben der Selbsthilfe-Kontaktstelle diese Fragen, die zudem auch im Rahmen des KOSKON Fachtags „Netzwerke(n) in der Selbsthilfe“ 2012 aufgegriffen wurden. Die Bedeutung von Neuen Medien sowie den geringen Mitgliederzahlen aus der jüngeren Generation thematisieren u. a. auch Wohlfahrt und Zühlke (2014) in ihrer Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in Nordrhein-Westfalen.

Auch die Ergebnisse der Breitenerhebung erlauben keine vollständig detaillierte und umfassend verlässliche Angabe zu Zahlen von Selbsthilfegruppen in NRW: Die durch die schriftliche Befragung erreichten fünf Landesverbände der Selbsthilfe repräsentieren insgesamt 332 Selbsthilfegruppen, welche für die jeweiligen inhaltlichen Ausrichtungen bzw. Diagnosen Anlaufstellen bieten. Dies stellt nicht mal eine Annäherung an die Gesamtzahl von Selbsthilfegruppen in NRW dar.

Etwas besser ist das Ergebnis der kommunalen Befragung, in der 32 Kommunen Angaben zu den örtlichen Selbsthilfegruppen machten. Doch fehlen damit zum einen Angaben aus den übrigen Kommunen in NRW und zum anderen muss offen bleiben, inwiefern diese Angaben jeweils vollständig sind (oder nur vereinzelt Informationen zu bestimmten Gruppen eingetragen wurden). Gleichwohl soll das Ergebnis hier vorgestellt werden:

¹⁵³ Vgl. Nickel, S., Werner, S. & Kofahl, C. (2014). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung zu der Befragung von Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen. Online unter: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHG_20140630.pdf (Abruf zuletzt am 19. Januar 2016).

¹⁵⁴ Vgl. <http://www.kipsy.net/19.0.html> (Abruf zuletzt 02.02.2016)

¹⁵⁵ Vgl. Gesetzliche Krankenkassen/-verbände in NRW (Hrsg.). (2015). *Dokumentation: Neue Ideen – Gesundheitsbezogene Modellvorhaben bei Selbsthilfe-Kontaktstellen/-büros in NRW 2013/14*. Dortmund: vdek.

Tab. 16: Anzahl der aktiven örtlichen Selbsthilfegruppen in NRW (2015; N = 32 Kommunen)

Gruppe	Anzahl aktiver Gruppen				Gesamt
	für Betroffene	für Angehörige	für Betroffene und Angehörige	Zielgruppe unklar	
Gruppen psychisch kranker bzw. psychiatrienerfahrener Personen	264	68	17	17	366
People-first-Gruppen, Selbstbestimmt Leben	3	0	0	0	3
diagnosespezifische Gruppen (z. B. für Angst, Bipolare, Demenz, Depression, Schizophrenie)	287	66	18	20	391
zielgruppenbezogene Gruppen (z. B. für Migrantinnen und Migranten, Flüchtlinge, junge Menschen)	25	3	5	0	33
Selbsthilfegruppen bezogen auf Mehrfachdiagnosen (z. B. psychiatrische Diagnosen und körperliche oder geistige Behinderung ...)	27	4	3	0	34
Sonstige (z. B. für psychisch Kranke in sozialen Brennpunkten, Wohnungslose ...)	2	0	1	0	3
Gesamt	608	141	44	37	830

Die Angaben aus 32 Kommunen beziehen sich demnach vorwiegend auf Angaben zu Selbsthilfegruppen psychisch kranker bzw. psychiatrienerfahrener Personen sowie zu diagnosespezifischen Gruppen, wobei sich der Großteil davon an Betroffene und nur weniger als ein Viertel (auch) an Angehörige richtet.

Mit insgesamt 391 Nennungen (aus 30 Kommunen) liegen nach den Angaben in der Breiterhebung die diagnosespezifischen Gruppen an erster Stelle und sind in den entsprechenden Kommunen im Schnitt durch 13 Gruppen vertreten. Auch die genannten 366 Gruppen psychisch kranker bzw. psychiatrienerfahrener Personen verteilen sich auf 30 Kommunen (im Mittel 12,2 Gruppen pro Kommune). Angesichts dessen, dass im LPE lediglich etwa 50 Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener organisiert sind, erstaunt die hohe Zahl von 264 Gruppen psychisch kranker bzw. psychiatrienerfahrener Personen, die von den 32 Kommunen aufgelistet wurden. Möglicherweise liegt der Unterschied darin begründet, dass der LPE zu Selbsthilfegruppe ausschließlich selbstorganisierte und unabhängige Gruppen (ohne Unterstützung durch Pharmafirmen) zählt, in den Auflistungen der Kommunen aber auch angeleitete Gruppen, einrichtungs- oder klinikangegliederte (Psychoedukations-)Gruppen, unterstützte Gruppen o. ä. einbezogen wurden.

Die im ersten Zwischenbericht vorgestellte Zusammenstellung des vdek zur Pauschalförderung von Selbsthilfegruppen im Jahr 2015 wies ebenfalls aus, dass knapp drei Viertel der (geförderten) Gruppen, insbesondere diagnosespezifische Gruppen für Betroffene, gefördert werden (vgl. 1. Zwischenbericht, S. 37). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch im Rahmen der Befragung von Selbsthilfegruppen durch das Forscherteam des SHILD-

Projekts, wo ein Anteil von etwa einem Viertel Angehöriger gemessen an den Mitgliederzahlen der Gruppen genannt wird.¹⁵⁶

In der Datenrecherche waren für sieben Kommunen Hinweise zu People-first-/Selbstbestimmt-Leben-Gruppen erfasst worden. Demgegenüber gaben in der Breiterehebung lediglich drei Kommunen an, dass vor Ort Selbstvertretungsorganisationen, wie People-first- oder Selbstbestimmt-Leben-Gruppen aktiv sind. Es handelte sich bei den Recherchetreffern um andere Kommunen als diejenigen, die in der Breiterehebung hierzu Angaben machten, sodass in etwa zehn Kommunen von derartigen Ansätzen ausgegangen werden kann. Möglicherweise sind die Selbstvertretungsorganisationen im – hier befragten – Psychiatriebereich weniger bekannt, weil sie eher im Behindertenbereich beheimatet sind und dort angesiedelte Gremien und Unterstützung nutzen.

Selbsthilfegruppen und Gender: Für 25 nordrhein-westfälische Kommunen wurden Selbsthilfeangebote oder Selbsthilfegruppen benannt, die sich in spezifischer Weise an Frauen richten und in neun Kommunen auch solche, die sich ausschließlich an Männer mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen richten. Genannt wurden hier insbesondere diagnosespezifische Selbsthilfeangebote (insbesondere zu Depression).

Über die geschlechterhomogene Besetzung hinaus werden kaum Erläuterungen zu gendersensibler Gestaltung o. ä. gemacht. Die an der Breiterehebung beteiligten Landesverbände greifen das Thema Gender unterschiedlich auf: Ein Verband richtet sich per se nur an Frauen, in den anderen werden die Geschlechteranteile der Mitglieder auf etwa 50/50 geschätzt (ggf. mit einem leicht erhöhten Frauenanteil). Zwei der befragten Landesverbände unterstützen geschlechterbezogene Aktivitäten explizit, darüber hinaus scheint dem Geschlechterbezug oder der Gendersensibilität eher kein großer Stellenwert zugeschrieben zu werden.

Selbsthilfegruppen und Migration: Verschiedene Untersuchungen zu Selbsthilfe, so auch die Befragung von Selbsthilfegruppen im SHILD-Projekt, zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund gemessen an der Mitgliederzahl durch die beteiligten Gruppen weit unter ihrem Anteil an der Bevölkerung erreicht werden.¹⁵⁷ Auch in den fünf Angaben der Befragung von Landesverbänden in NRW finden sich kaum Hinweise zu migrations- oder kulturspezifischer Arbeit. Lediglich eine befragte Organisation berichtet über einen Anteil von Mitgliedern mit Migrationshintergrund (geschätzt 10 %), aus den anderen Verbänden liegen hierzu keine Angaben vor. Befragt nach spezifischen Zugängen zu dieser/für diese Zielgruppe verweisen zwei Landesverbände auf mehrsprachige Materialien. Dem Thema wird nach den vorliegenden Angaben bisher kein hoher Stellenwert zugeschrieben. Die Unterstützung kulturbezogener Weiterentwicklungen wird nur von einem Landesverband als Thema benannt.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung berichteten zehn Kommunen über Selbsthilfegruppen, die sich in spezifischer Weise an Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen richten. Diese setzen insbesondere auf Unterstützung in den Herkunftssprachen, wobei als Zielgruppe explizit v. a. türkischstämmige Personen genannt wurden. In der Tieferhebung wurde bestätigt, dass

¹⁵⁶ Vgl. Nickel, S., Werner, S. & Kofahl, C. (2014). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung zu der Befragung von Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen. Online unter: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHG_20140630.pdf

¹⁵⁷ Bei den befragten 1.192 Selbsthilfegruppen (überwiegend aus HH, Niedersachsen und Sachsen) liegt die durchschnittliche Anzahl der Mitglieder mit Migrationshintergrund bei einer Person. Vgl. Nickel, S., Werner, S. & Kofahl, C. (2014). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung zu der Befragung von Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen. Online unter: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHG_20140630.pdf

Selbsthilfe sich nur begrenzt an Menschen mit Migrationshintergrund richtet und nur wenige erreicht. Dies liegt den Erfahrungen der Befragten nach jedoch nicht nur an einer fehlenden Kultursensibilität der bestehenden Gruppen. Vielmehr sei das Prinzip ‚Selbsthilfe‘ in vielen Gesellschaften nicht bekannt. In manchen Kulturen und Gesellschaften werde Hilfe eher von Expertinnen und Experten erwartet oder finde verstärkt im familiären Kontext statt. Nachbarschafts- oder andere Formen von Selbsthilfe seien ggf. weniger bekannt. Will Selbsthilfe in Deutschland diese Menschen erreichen, müsse sie zunächst sehr viel zu Aufgaben und Verfasstheit von Selbsthilfe erläutern und Schlüsselpersonen gewinnen.

Der zunehmend thematisierte Komplex Selbsthilfe und Migration gewinnt in den letzten Jahren auch in NRW an Bedeutung,¹⁵⁸ insbesondere der Paritätische Wohlfahrtsverband ist hier aktiv. So wurde bspw. im Jahr 2010 ein Fachtag unter dem Titel „Selbsthilfe – Über kulturelle Grenzen hinweg“ durchgeführt. Diese Bemühungen werden aktuell durch ein landesweites Projekt „Migration und Selbsthilfeaktivierung“ aufgegriffen und weiterentwickelt. Die BKK hat, ausgehend vom Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e. V., bundesweit ein Projekt aufgelegt „Migration und Selbsthilfe – Wie funktionieren neue Gruppengründungen? Migrationsbezogene Selbsthilfearbeit für Selbsthilfe-Kontaktstellen“ und 2013 den gleichnamigen Leitfaden herausgegeben¹⁵⁹.

Eine spezifische Initiative stellt das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“,¹⁶⁰ das auf eine nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zielt. MiMi wurde vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover entwickelt und ebenfalls vom BKK Bundesverband gefördert. Seit 2003 setzt das Projekt auf eine Peer-Strategie und qualifiziert Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zum Gesundheitslotsen – in Nordrhein-Westfalen werden seit 2008 an 15 MiMi-Standorten (Bielefeld, Bochum, Duisburg, Düren, Düsseldorf, Ennepe-Ruhr-Kreis/Hagen, Essen, Gelsenkirchen, Gütersloh, Hagen, Hamm, Köln, Leverkusen, Mettmann, Münster, Rhein-Sieg-Kreis) Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren geschult (gefördert durch das Land, die BKK und die Janssen-Cilag GmbH). Zudem werden Workshops für Migrantenorganisationen und –initiativen durchgeführt sowie Gesundheitsförderung und Prävention mehrsprachig und kultursensibel umgesetzt. Unter anderem wurde in NRW der Gesundheitsleitfaden „Gesundheit von Eltern und Kindern in Nordrhein-Westfalen“ entwickelt und in 15 Sprachen verfasst.

Selbsthilfegruppen für Menschen mit Behinderungen: Im Rahmen der Breitenerhebung wurde die Zugänglichkeit der Selbsthilfeangebote für Menschen mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen von den befragten Kommunen überwiegend als positiv eingeschätzt. Es gab lediglich vereinzelte Hinweise auf mangelnde Barrierefreiheit.

Die Gespräche der Tiefenerhebung erbrachten ein anderes Bild: Demnach finden sich in Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener kaum Menschen mit körperlichen, Sinnes- oder geistigen Behinderungen. Zwar besteht die Vermutung, dass insbesondere unter Menschen mit geistigen Behinderungen psychische Probleme oder Verlegungen aus Heimen in stationäre Psychiatrie zunehmen, doch gehe Selbsthilfe von sich aus kaum auf diese Personengruppe oder andere Betroffene mit Behinderungen zu. Möglicherweise erscheinen die Anforderungen an Ausstattung oder Kommunikation zu schwierig. Zum anderen verstehen Psychiatrie-Erfahrene sich selbst i. d. R. nicht als behindert, sondern als chro-

¹⁵⁸ Allgemein sei hier auf die durchgängige Präsenz des Themas bspw. in Beiträgen der Selbsthilfegruppenjahrbücher der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) aus den letzten Jahren verwiesen: 2015 beschäftigten sich drei Artikel explizit mit dem Thema Migration.

¹⁵⁹ Vgl. <http://www.netzwerk-selbsthilfe.com/migration-selbsthilfe.html> (Abruf zuletzt am 14. Februar 2016).

¹⁶⁰ Vgl. http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28 (Abruf zuletzt am 15. Februar 2016).

nisch krank und grenzen sich von Behinderung eher ab. Psychiatrie-Erfahrene sind aus diesem Grund vermutlich auch kaum in kommunalen Behindertenkommissionen vertreten, obgleich dort oft ein vergleichsweise hohes Maß an Teilhabe ermöglicht wird (bspw. kommen z. T. die Hälfte der Teilnehmenden aus der Selbsthilfe oder sind selbst Betroffene).

Aus dem Bereich der Behindertenselbstvertretung wird in ähnlicher Weise berichtet, dass Nachfragende eher Menschen mit körperlichen und zunehmend auch mit geistigen Behinderungen seien. Psychisch kranke Menschen melden sich nur selten in den Kompetenzzentren und werden dann auch häufig an SPZ oder andere psychiatrische Hilfen weitervermittelt. Insgesamt kooperieren Selbsthilfe- oder Selbstvertretungsgruppen aus dem Behinderten- und aus dem Psychiatriebereich erst vereinzelt.

Finanzierung

Wie Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros werden Selbsthilfeorganisationen und -gruppen u. a. gemäß PrävG finanziell überwiegend von Kranken- und Pflegekassen und der öffentlichen Hand (Kommunen und Land) gefördert (vgl. hierzu einleitende Ausführungen zu Kap. 6.2). Manche Gruppen verzichten aber – laut Angaben in den Erhebungen – auch auf die Fördermittel, weil die Beantragung zu kompliziert sei und die Regularien bzgl. der Belege etc. zu eng. Auch die SHILD-Erhebung zeigte, dass immerhin knapp 30 % der befragten Selbsthilfegruppen in Hamburg, Niedersachsen und Sachsen in den letzten zwei Jahren nicht auf finanzielle Unterstützung von Kranken- oder Pflegekassen zurückgegriffen haben. Dies begründete je ein Viertel damit, „dass keine Fördermittel benötigt werden, die Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung nicht oder zu wenig bekannt sind und/oder der Arbeitsaufwand in keinem Verhältnis zu den beantragten Mitteln stehe“¹⁶¹.

Im Rahmen der bereits erwähnten Nachfrage beim vdek können Angaben zur Finanzierung der Selbsthilfe durch Krankenkassen in NRW nur für die Hälfte der Gesamtförderung gemacht werden, die als Pauschalförderung gewährt wird. Der zweite Teil der Fördermittel wird von den einzelnen Kassen als individuelle Projektförderung auf Antrag vergeben. Darüber entscheiden die Kassen selbstständig und nähere Daten hierzu, bspw. zu Förderschwerpunkten, konnten im Rahmen der Untersuchung nicht recherchiert werden.

Für das Jahr 2015 hat der vdek Daten zur Pauschalförderung von Selbsthilfegruppen zusammengestellt: Demnach haben die Krankenkassen/-verbände in NRW insgesamt 3.184 örtliche Selbsthilfegruppen mit über 1,6 Millionen Euro pauschal gefördert. Mit 251 Selbsthilfegruppen entfielen davon 7,9 % der Förderung auf den Bereich psychischer Störungen.¹⁶² Mit der gestiegenen Selbsthilfefördersumme ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen für Selbsthilfe-Landesorganisationen Mittel im Umfang von 0,101 Euro/Versichertem auf (insg. knapp 1,6 Mio. Euro im Jahr in NRW). Für Projekte von Selbsthilfegruppen, die über das sonst normale Maß an Selbsthilfearbeit hinausgehen, stehen 0,109 Euro/Person bereit (insg. 1,7 Mio. Euro), zudem können weitere Einzelmaßnahmen, bspw. Ausstattung, gefördert werden.

Im Jahr 2013 standen in NRW Landesmittel in Höhe von 900.000 Euro ausschließlich zur Förderung von örtlichen Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Weitere 1.024.350 Euro gal-

¹⁶¹ Vgl. Nickel, S., Werner, S. & Kofahl, C. (2014). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Bericht zu der Befragung von Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen, S. 11. Online unter: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHG_20140630.pdf.

¹⁶² Auskünfte vom vdek NRW, Frau Brünger, am 20. November 2015.

ten der Strukturförderung zu örtlichen und regionalen Selbsthilfegruppen und zu landesweiten Organisationen und Verbänden.¹⁶³

Im Rahmen der schriftlichen Befragung zeigte sich, dass rd. 45 % der befragten Kommunen Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen unterstützen. 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 genannten Beträge variieren dabei von 92 Euro pro Gruppe und Jahr bis zu 20.000 Euro. In Herford stellt eine kreiseigene Stiftung ca. 35.000 Euro im Jahr für Selbsthilfe zur Verfügung. Diese Summe wird von der AG Selbsthilfe e. V., einem Zusammenschluss von rund 85 (Behinderten-)Selbsthilfeorganisationen im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens nach den geltenden Förderrichtlinien verteilt, wobei drei Positionen unterschieden werden: 1. Basisförderung (gleicher Betrag für alle Gruppen), 2. Anschubförderung für neu gegründete Gruppen und 3. Förderung für öffentliche Veranstaltungen.

Sieben Kommunen unterstützen nach eigenen Angaben innovative Ansätze der Selbsthilfe von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen finanziell. Es handelt sich dabei insbesondere um Peer-to-Peer-Arbeit sowie einmal einen Praktikumsplatz für eine EX-IN-Ausbildung.

32 der befragten Kommunen berichten zudem, dass vor Ort auch andere Stellen Selbsthilfe oder Modellprojekte unter Einbezug der Selbsthilfe fördern. In mehr als der Hälfte der Fälle handelt es sich dabei um Krankenkassen. Als weitere Quellen von Unterstützung werden für die örtlichen Selbsthilfegruppen der Paritätische Wohlfahrtsverband, die Aktion Mensch, aber auch das Land benannt. Im Rahmen der SHILD-Befragung wurden darüber hinaus in beträchtlichem Umfang private Spenden und Stiftungen erwähnt. Die schriftlich befragten Landesverbände verwiesen zudem auf Mitgliederbeiträge als relevante Finanzierungsquelle.

Befragt nach einer Koordination verschiedener Selbsthilfeförderungen, wird aus 16 Kommunen berichtet, dass die Selbsthilfeförderung durch Krankenkassen vor Ort mit jener der kommunalen Seite abgestimmt werde, bspw. im Rahmen (zumeist jährlich tagender) Vergabegremien oder in Form von (Leistungs-)Vereinbarungen.

Die Einschätzung der finanziellen Ausstattung und Unterstützung fällt bei den befragten Akteuren unterschiedlich aus. Im Zuge der Breitenerhebung machten 33 Kommunen Angaben zu der Frage, wie sie insgesamt die finanzielle Situation der Selbsthilfegruppen in der Kommune bewerten, dabei verweist etwa ein Drittel auf eine gute und vier Kommunen auf eine ausreichende Finanzierungslage. Weniger als 20 % der Befragten sprechen explizit von einer schlechten finanziellen Ausstattung der Selbsthilfe vor Ort. Auch die im SHILD-Projekt befragten Selbsthilfegruppen bewerteten zu mehr als zwei Dritteln die finanziellen Mittel als ausreichend.¹⁶⁴ Aus der Befragung der Landesverbände liegen keine Informationen zur Einschätzung der finanziellen Lage der Selbsthilfegruppen vor Ort vor. Für die eigene Arbeit weist ein Verband darauf hin, dass eine projektunabhängige Finanzierung nötig wäre, um die Geschäftsstelle und die Verwaltung hauptamtlich betreiben zu können.

¹⁶³ Vgl. NAKOS. (Hrsg.). (2014). NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick. 4. Ausgabe: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013. Online unter <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2014/NAKOS-Studien-04.pdf>

¹⁶⁴ Vgl. Nickel, S., Werner, S. & Kofahl, C. (2014). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung zu der Befragung von Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen. Online unter: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHG_20140630.pdf

Im Rahmen der Tieferhebung wurde demgegenüber die Ausstattung der Selbsthilfe, ob von Angehörigen- oder Betroffenengruppen, weit überwiegend deutlich kritisiert. Anträge auf Förderung seien bürokratisch und kompliziert, jeder Förderer verlange andere Anträge, Belege usw. Problematisiert wurde insbesondere, dass im Wesentlichen nur Sachkosten förderfähig seien, während insbesondere die Verbände und größeren Selbsthilfeorganisationen Verwaltungs- und organisatorische Unterstützung bräuchten. Damit die ehrenamtlich tätigen Kräfte sich angesichts der schwindenden Zahlen von Aktiven auf die eigentlichen Themen, auf Gruppenarbeit und Beratung konzentrieren könnten, wäre Personal für Sekretariat, Telefondienst etc. wichtig.

Kritisiert wurde des Weiteren, dass die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen nicht (angemessen) honoriert wird, es gebe i. d. R. höchstens Aufwandsentschädigungen, die sehr niedrig seien. Aus Sicht vieler Befragter darf Selbsthilfe sei nicht automatisch und immer mit Ehrenamt gleichgesetzt werden. Dies wird zum einen generell problematisiert und zum anderen insbesondere angesichts der steigenden Teilhabe- und Beteiligungsmöglichkeiten und -wünsche bzgl. Gremien, (regionalen) Arbeitsgruppen und -verbänden, Beschwerdestellen, Besuchskommissionen, Regionalkonferenzen u. a. und der gleichzeitig sinkenden Zahl von Aktiven.

Kooperation

Über die finanzielle Unterstützung hinaus greifen örtliche Selbsthilfegruppen häufig auf weitere Hilfen und Ressourcen anderer Akteure vor Ort zurück. Dies können neben personeller und organisatorischer Unterstützung (z. B. bei der Öffentlichkeitsarbeit) insbesondere unterschiedliche Formen der Beratung (fachlich, rechtlich, technisch) oder auch materielle Hilfen wie die Nutzung von Räumlichkeiten oder Equipment (Fax, Telefon, Dienstwagen etc.) sein. Angebote und Service-Leistungen von Einrichtungen der Selbsthilfe-Kontaktstellen sind laut Ergebnissen der SHILD-Studie dabei die von den meisten Selbsthilfegruppen (46 %) unentgeltlich in Anspruch genommenen zusätzlichen Hilfen.¹⁶⁵

Vertiefende inhaltliche Informationen zu Vernetzung und Kooperation in und mit der Selbsthilfe in NRW konnten der kommunenbezogenen Recherche nur in sehr geringem Maß entnommen werden. Im Rahmen der schriftlichen Befragung machten 37 Kommunen Angaben zu Kooperationen von Selbsthilfe mit anderen Akteuren im Sinne der o. g. Unterstützung: Dabei wird insbesondere die Nutzung von Räumlichkeiten als materielle Unterstützung aufgeführt. Darüber hinaus sind organisatorische und fachliche Beratung bzw. personelle Unterstützung ebenso Gegenstand der Kooperation wie gemeinsame Gremien. Kooperiert wird mit Selbsthilfe-Kontaktstellen, der Kommune und freien Trägern, und auch privaten Anbietern von Hilfen. Auch die über 120 Kontakt- und Beratungsstellen (KuB) für psychisch kranke Menschen in NRW unterstützen Selbsthilfegruppen, u. a. durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten für Gruppentreffen.¹⁶⁶

Die Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Selbsthilfegruppen und der lokalen Selbsthilfe-Kontaktstelle einerseits sowie der kommunalen Psychiatriekoordination andererseits stellt sich nach Angaben aus der Breitenerhebung in den Kommunen sehr unterschiedlich dar und reicht von „unstrukturiert“ bzw. „sporadische Kontakte“ über die „Ansiedlung unter einem Dach“ bis hin zu enger Kooperation durch gemeinsame Aktivitäten in Netzwerken und/oder Gremien wie bspw. der PSAG.

¹⁶⁵ Ebd.

¹⁶⁶ Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW. (Hrsg.). (2011). *Orientierung in bewegten Zeiten. Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie in Nordrhein-Westfalen*. Essen

Aus der SHILD-Befragung liegen keine weiter differenzierenden Informationen zu Vernetzung von Selbsthilfe mit professionellen psychiatrischen Anbietern und/oder mit Psychiatriekoordination vor: „Mit Abstand am häufigsten haben Selbsthilfegruppen in den letzten 2 Jahren mit Selbsthilfe-Kontaktstellen kooperiert (89 %, davon 49 % regelmäßig und 40 % gelegentlich) [...]. Für mindestens 50 % der Gruppen gilt dies auch für die Kooperation mit Krankenhäusern, Medienvertretern (Rundfunk, Presse etc.) sowie Kranken- und Pflegekassen. Die Schlusslichter möglicher Kooperationspartner bilden Schulen, Kindertagesstätten, Betriebe und Firmen. Zu ihnen haben nur 14 % der Gruppen regelmäßig oder gelegentlich Kontakt gehabt.“

30 Kommunen berichten im Rahmen der schriftlichen Befragung über Kooperationen unter den verschiedenen Selbsthilfegruppen vor Ort. Dabei werden insbesondere entsprechende Netzwerke, Arbeitsgemeinschaften und sonstige regelmäßige Treffen zum Austausch genannt.

Ein Beispiel für ein kooperativ realisiertes Projekt ist die wesentlich über Betroffene und mit viel ehrenamtlichem Engagement organisierte MUT-TOUR (ehemals MOOD-TOUR). Die Kampagne, die der Entstigmatisierung von Depression gilt, ist als sportliche Performance organisiert, bei denen Menschen mit und ohne Depressionserfahrungen gemeinsam Rad fahren. Die Teilnehmenden teilen Rad- und ggf. Zeltalltag. Während der MUT-TOUR sprechen Teilnehmende mit Depressionserfahrung mit interessierten Journalistinnen und Journalisten berichten von sich und ihrem Weg aus/mit der Depression, um über Depression aufzuklären und Vorurteile auszuräumen. Dank der Medien erreichen die Botschaften Millionen Menschen. Alle zwei Jahre wird eine Große MUT-TOUR mit öffentlichen Mitfahr-Aktionen organisiert. An etwa 40 Tagen gibt es öffentliche Mitfahr-Aktionen, bei denen zuletzt über 1.000 Menschen teilnahmen, Ausstellungen und Schul-Aktionen flankieren das Projekt. Diese deutschlandweite Aktion ist in NRW durch die MUT-TOUR der Ortsgruppe Münster vertreten. Im Jahr 2015 rollte die Aktion im Rahmen einer Mini-Tour von Aachen bis Münster. Die große MUT-TOUR 2016 wird in NRW mit einer Etappe über die Städte Siegen, Bonn, Köln durch das Ruhrgebiet bis nach Münster präsent sein. Träger der von Sebastian Burger initiierten Kampagne ist die Deutsche DepressionsLiga. Weitere Partner sind u. a. die Stiftung Deutsche Depressionshilfe, das Bündnis gegen Depression, der Allgemeine Fahrrad-Club – ADFC und der Deutsche Behindertensportverband. Die Kampagne wird finanziert von der Techniker Krankenkasse, der Aktion Mensch, der Deutschen Rentenversicherung Bund und zwei Stiftungen (Gesundheitszentrum Bad Laer Stiftung zur Förderung des Gesundheitswesens und Kämpgen Stiftung).¹⁶⁷

Das Thema Vernetzung und Kooperation steht bereits seit einigen Jahren immer wieder im Mittelpunkt der Selbsthilfeorganisation. KOSKON veranstaltete bspw. im Jahr 2012 eine Fachtagung mit dem Titel „Netzwerke(n) in der Selbsthilfe“, auf der u. a. das Projekt *Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderung/chronischer Erkrankung NRW* in Trägerschaft der Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE NRW e. V., aber auch bspw. interkulturelle Netzwerke vorgestellt wurde.

6.2.3 Brückenangebote, Peer-Konzepte

Beteiligung von Betroffenen kommt ein immer größerer Stellenwert zu, spätestens seit die UN-BRK in Artikel 26 Peer-to-Peer-Ansätze fördert. Auch im neuen Bundesteilhabegesetz sollen Peer-Ansätze verankert werden, flächendeckend soll u. a. „Ergänzende un-

¹⁶⁷ Vgl. <http://mut-tour.de/> (Abruf zuletzt am 30. April 2016).

abhängige Teilhabeberatung“, vorrangig als Beratung von Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen, etabliert werden und es sollen dafür trägerübergreifende Standards entwickelt werden.¹⁶⁸

Beratung von Betroffenen durch Betroffene gibt es, solange es Selbsthilfe gibt. Doch wurden im anglo-amerikanischen Raum verschiedene Peer-Ansätze schon länger weiterentwickelt, strukturiert, in Curricula gegossen und z. T. zertifiziert. Sie finden sich in Form anerkannter Qualifizierungen als weitverbreitete Bestandteile gemeindepsychiatrischer und klinisch-psychiatrischer Versorgung. Wenngleich insgesamt wenig Forschung zu Selbsthilfe und zu Peer-Ansätzen existiert, so verweisen vereinzelte Studien jedoch auf Verbesserungen in der Versorgung durch die Beteiligung von Expertinnen und Experten durch Erfahrung. Bspw. fasst die S3-Leitlinie zu Bipolaren Störungen zusammen: „Eine Übersichtsstudie von Davidson et al. 2006 über vier Studien zum Einsatz von „Experten durch Erfahrung“ zeigte neben ersten ermutigenden Teilergebnissen einzelner Studien den großen Forschungsbedarf auf. Eine quasiexperimentelle, nicht randomisierte longitudinale Studie über Case-Management-Teams fand heraus, dass Klienten mit Peer-Support eine bessere Lebensqualität und dichtere Behandlungskontakte aufweisen als eine Vergleichsgruppe (Felton et al. 1995). Zu den besonderen Leistungen von „Peer-Experts“ gehört, auch mit schwer erreichbaren Patientinnen und Patienten in Kontakt zu kommen (Sells et al. 2006). Die Effizienz von verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, insbesondere von niedrigschwelligen und aufsuchenden Angeboten, wird durch die Integration von Peers demnach wesentlich gesteigert. Für die Beteiligten ergibt sich ein bemerkenswerter Empowerment-Prozess.“¹⁶⁹

Im Folgenden sollen drei in NRW identifizierte Ansätze vorgestellt werden, die in der Selbsthilfe fußen, jedoch bis in die professionelle psychiatrische Versorgung reichen bzw. Brücken dorthin schlagen: EX-IN, Peer-Beratung und Erfahrungsgruppen.

EX-IN Genesungsbegleitung

Im Jahr 2005 startete im trialogischen Kontext die von der EU geförderte Entwicklung eines Curriculums zur Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen für die Mitarbeit in psychiatrischen Diensten. Im Rahmen des Projektes haben Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrische Fachkräfte und Auszubildende aus mehreren europäischen Ländern zusammengearbeitet, um eine auf dem Erfahrungswissen der Teilnehmenden basierende spezifische Ausbildung zu entwickeln. Das Curriculum zur EX-IN-Genesungsbegleitungs-Ausbildung (EX-IN für Experienced Involvement, zu Deutsch: Experten durch Erfahrung) sieht 300 Stunden in elf oder zwölf Modulen vor, darunter z. B. Empowerment, Trialog, Selbsterfahrung, Recovery-orientiertes Assessment und Planung, Genesungsbegleitung, Krisenintervention; hinzu kommen zwei Pflichtpraktika mit mind. 240 Stunden und ein Portfolio.¹⁷⁰ EX-IN sieht sich als Interessenvertretung, die Genesungsbegleitung zu einem anerkannten Beruf führen will; als Bindeglied zwischen Betroffenen und Psychiatrie und als wichtiges Element zur Qualitätsentwicklung in der Psychiatrie. LebensART Münster verweist auf seiner Webseite auf einige wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit

¹⁶⁸ Vgl. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 26. April 2016.

¹⁶⁹ DGBS & DGPPN (2012). *S3-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. Langversion 1.8, Januar 2014, S. 43.

¹⁷⁰ Vgl. EX-IN Curriculum, eingestellt auf <http://www.ex-in-niedersachsen.de/ausbildung/> (zuletzt aufgerufen am 28. Dezember 2015).

dem Thema EX-IN beschäftigen, überwiegend Bachelor- und Masterarbeiten aus Deutschland und der Schweiz.¹⁷¹

Seit 2010 werden auf dieser Grundlage in NRW an den Standorten Bielefeld, Köln, Münster, Neuss und Siegburg Genesungsbegleiterinnen und -begleiter ausgebildet, geplant sind Kurse auch in Essen und Siegen. Träger des ersten Kurses war die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e. V. (AGpR), inzwischen führen in NRW fünf Anbieter Kurse durch: LebensART, Malteser-Johanniter-Johanneshaus, St. Augustinus Behindertenhilfe, Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (WGSP)/EX-IN Ost-Westfalen-Lippe und die Diakonie Südwestfalen. Den Startpunkt in NRW bildete ein Fachtag von LebensART, der EX-IN-Initiative NRW und dem LWL im Februar 2010 in Münster. Der Landesverband EX-IN NRW wurde Ende 2012 gegründet und wird seither vom LWL unterstützt. Fünf ehrenamtliche Vorstandsmitglieder machen EX-IN bekannt, fördern Austausch und Vernetzung etc.

Obgleich die Ausbildung mit über 2.000 Euro für viele Betroffene sehr teuer ist, haben sich mittlerweile in NRW deutlich über 200 Personen ausbilden lassen. Allein durch LebensART Münster wurden 148 Teilnehmende ausgebildet, 101 erhielten bisher ein Abschlusszertifikat. Die vergleichsweise große Zahl hängt auch damit zusammen, dass es dem größten Anbieter von EX-IN-Ausbildungen, LebensART in Münster gelungen ist, die Ausbildung AZAV¹⁷²-zertifizieren zu lassen. Damit kann die Ausbildung durch die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen von SGB-II- und SGB-III-Maßnahmen gefördert werden. Tatsächlich nehmen mittlerweile etwa 25 % bis 35 % der Teilnehmenden eine entsprechende Förderung in Anspruch.

In anderen Ländern ist die Einbeziehung von Betroffenenexpertise z. T. umfassender implementiert als in Deutschland. So berichtet bspw. Utschakowski schon 2008 über die Integration von Psychiatrie-Erfahrenen in Home-Treatment-Teams in Großbritannien oder Peer-Angebote in den USA.¹⁷³ In manchen Ländern gibt es sogar Regularien für Ausbildung und Einsatz von Peers, so wurden bspw. in Kanada im Jahr 2013 „Leitlinien für die Berufspraxis und die Ausbildung von Peers“ veröffentlicht.¹⁷⁴

Der Bezirk Oberbayern erprobte von 2013 – 2014 den Einsatz von EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleitern im Rahmen eines Modellprojekts. In sechs verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen und Diensten (in zwei SpDi – Großstadt und Landkreis, einer Tagesstätte, einem Bündnis gegen Depression, in einem Brückenteam eines Sozialpsychiatrischen Zentrums und auf einer Akutstation) waren Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter vier bis acht Stunden/Woche auf 450-Euro-Basis beschäftigt. Das Projekt wurde von der Hochschule München wissenschaftlich begleitet, ein Abschlussbericht liegt vor. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass eine formalisierte Ausbildung zur Genesungsbegleitung wichtig ist sowie die Vorbereitung der Teams und die Begleitung des Einsatzes durch eine Ansprechperson. Den EX-IN-Kräften gelang es leichter, in Kontakt mit der Klientel zu kommen und die Einrichtungen profitierten von einem besseren Ruf. Die Forschungsgruppe resümierte, dass EX-IN einen „interessanten und bedeutenden Weg zur beruflichen Wiedereingliederung“ darstellt. EX-IN habe eine „Position in der Regelversorgung“ erreicht, wenngleich die Genesungsbegleitung eher als zusätzliches

¹⁷¹ Vgl. <http://www.ex-in-LebensART.de/evaluation/> (Abruf zuletzt am 1. Januar 2016).

¹⁷² Vgl. <http://azwv.de/>.

¹⁷³ Utschakowski J. (2009). EX-IN-Psychiatrieerfahrung als Kompetenz – Ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen. In Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel & P. Kruckenberg (Hrsg.), *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie*. Tagungsbericht Kassel, 3./4. November 2008 (S. 248-254). Köln: Psychiatrie-Verlag.

¹⁷⁴ Vgl. http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/peer_support_guidelines.pdf.pdf. (Abruf zuletzt am 30. April 2016).

Angebot, denn i. S. vollwertiger Mitarbeit verstanden wird.¹⁷⁵ Aufgrund der guten Erfahrungen hat der Bezirk Oberbayern EX-IN-Kräfte seit Januar 2015 in den SpDi und seit September 2015 auch in Tagesstätten in die Regelfinanzierung übernommen.¹⁷⁶

Für NRW liegen keine belastbaren Angaben über Umfang und Art der Beschäftigung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in psychiatrischen Hilfen vor. Die Teilnehmendokumentation von LebensART, Münster, weist jedoch aus, dass von den zertifizierten Teilnehmenden drei Viertel einer Arbeit nachgehen,¹⁷⁷ stärker in ambulanten (ABW) als in stationären Settings. Die Webseite von LebensART zeigt einige Einsatzorte auf.¹⁷⁸ Allerdings geht es dabei oftmals um geringfügige oder Teilzeit-Beschäftigungen als „sonstige Kräfte“ (ohne fachspezifische Ausbildung). Im Beirat NRW wird, wie auch andernorts, wiederholt darüber diskutiert, dass eine gleichberechtigte Eingruppierung im derzeitigen Vergütungssystem schwierig ist, da eine Anerkennung von EX-IN als Beruf fehlt, wie sie etwa Suchtkrankenhelfer haben. Zum Teil wehren sich Betriebsräte und pochen auf eine Anerkennung ihres Fachkraftstatus. Dabei sind die Erfahrungen der Träger vielversprechend: EX-IN arbeiten z. T. mit den gleichen Rechten und Pflichten mit wie die übrigen Beschäftigten, werden von Beschäftigten und Klientel anerkannt und tragen zur Weiterentwicklung der Arbeit bei.

Die Erfahrungen in NRW und andernorts sowie Überlegungen im LWL-Arbeitskreis „Dialog konkret“ reflektierend startete der LWL Ende 2015 ein Forschungsprojekt: „Einsatz von ausgebildeten GenesungsbegleiterInnen in psychiatrischen Akutkrankenhäusern – Implementierung und klinisch-ethische Evaluation“. Die Förderung steht auch im Kontext des LWL-Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK in Westfalen-Lippe. In vier psychiatrischen Kliniken im LWL-Verbund (Münster, Herten, Gütersloh und Lengerich) wurden mit anteiliger Anreizfinanzierung durch den LWL je zwei Genesungsbegleiterinnen und -begleiter eingestellt, eine weitere EX-IN-Stelle wirkt bei der Evaluation mit, die beim LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit unter Leitung von Prof. Dr. Juckel liegt. „Im Rahmen dieser Studie soll die Arbeit der acht Genesungsbegleiter wissenschaftlich begleitet und unter klinisch-ethischen Gesichtspunkten evaluiert werden. Zentrale Fragestellungen dabei sind u. a., wie die Integration der Genesungsbegleiter in etablierte Behandlungsteams gelingt und welche spezifischen Qualitäten und Perspektiven sie in die stationäre Behandlung psychisch kranker Menschen einbringen. Darüber hinaus ist von Interesse, ob Genesungsbegleiter das Vertrauen der Patienten in die psychiatrische Behandlung verändern können und ob sie unter Umständen einen Einfluss auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und -behandlungen haben können.“¹⁷⁹ Das Ziel ist die Erarbeitung eines Handlungsleitfadens für die Implementierung von Peer-Begleitung in die stationäre psychiatrische Versorgung.

175 Cramer, M., Hiller, S., Noltkämper, W., Reisch, L. & Wagner, E. (2015). *EX-IN im Bezirk Oberbayern Endbericht zum Modellprojekt. Wissenschaftliche Begleitforschung der Hochschule München: Ergebnisse und Empfehlungen*. München: Bezirk Oberbayern. (Zitat S. 40).

176 Vgl. <http://www.bezirk-oberbayern.de/Footernavigation/Aktuelles-Prese/Pressemeldungen?NavID=2378.22&object=tx|2378.41.1&ModID=7&startkat=2378.25&kat=2378.25&FID=2378.2909.1> (Abruf zuletzt am 29.04.2016).

177 Von 101 zertifizierten Teilnehmenden gehen 45 einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nach, 17 sind geringfügig beschäftigt, 12 sind selbstständig und weitere 13 engagieren sich ehrenamtlich. Auskunft LebensART vom 8. April 2016.

178 Vgl. <http://www.ex-in-LebensART.de/ex-inler-in-arbeit/> (Abruf zuletzt am 1. Januar 2016).

179 Vgl. LWL (2015). Newsletter LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit, 3. Ausgabe Herbst/Winter 2015, S. 6 sowie Beschlussvorlage 14/0327 vom 18.03.2015: LWL-Aktionsplan Inklusion – Handlungsfeld Gesundheit, Ziff. 6.1 Dialog-Projekt "Einsatz und Evaluation der Einsatzmöglichkeiten von ausgebildeten Genesungsbegleitern/-innen und deren Bezahlung", siehe: <https://www.lwl.org/bi-lwl/vo020.asp?VOLFDNR=6493> (Abruf zuletzt am 1. Januar 2016).

Der LVR startet derzeit ebenfalls eine Erprobung zum Einsatz von Genesungsbegleitung in sieben Kliniken. Bei dem ebenfalls dialogisch begleiteten Projekt soll es vorrangig um Fragen von Praktikabilität, Akzeptanz und Wirksamkeit gehen.

Peer Counseling

Peer Counseling ist eine in den USA im Kontext der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung entwickelte Beratungsform von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung. In der Regel wird damit zum einen die Politisierung von Menschen mit Behinderung für Gleichberechtigung unterstützt und zum anderen sollen mit der Methode einzelne Menschen so unterstützt werden, dass sie mehr Selbstbewusstsein entwickeln und ihr Leben selbstbestimmt gestalten können.¹⁸⁰ Auch im Rahmen der Sozialen Arbeit wurden verschiedene Peer-Ansätze entwickelt, verbunden mit der Hoffnung, die Zielgruppe damit besser, anders und glaubwürdiger erreichen zu können als bisher.

Seit die Bewegung zur Selbstbestimmung Behinderter in Deutschland Fuß fassen konnte, wurden nach und nach auch Beratungsstrukturen von Behinderten für Behinderte aufgebaut. Mitte der achtziger Jahre wurden die ersten Zentren für selbstbestimmtes Leben Behinderter gegründet. In Deutschland kommt den Aktivitäten der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben – ISL e. V. besondere Bedeutung zu. Eine frühe Form der Peer-Arbeit stellt das (Selbsthilfe-)Konzept der Anonymen Alkoholiker dar, weitere Bereiche sind neben Migrationsarbeit und Frauenbewegung auch jugendbezogene Angebote.¹⁸¹

Peer Support steht meist eher überbegrifflich für jede Form von Peer-Unterstützung. Demgegenüber versteht sich Peer Counseling als Beratungsmethode im engeren Sinn. Seit etwa 20 Jahren wird versucht, Peer Counseling als professionalisierte Methode mit klareren Aufgaben und Qualitätsanforderungen zu definieren und damit das Profil zu schärfen. Das ISL hat, wie auch amerikanische Gruppen, Leitlinien für Peer Counseling und ein Weiterbildungscurriculum erarbeitet.¹⁸² Peer Counseling hat in der emanzipatorischen Behindertenarbeit kontinuierlich an Bedeutung gewonnen und gilt als *die* pädagogische Methode der Behindertenbewegung. Peer Counseling kommt also auch deshalb Bedeutung zu, weil so Beratungsangebote im Sinne der UN-BRK weiterentwickelt werden können.

Auch in der Selbsthilfearbeit von Psychatrieerfahrenen beraten Betroffene Betroffene, einen definierten Beratungsbegriff, Standards oder ein Weiterbildungskonzept gibt es in diesem Feld jedoch nicht.

Seit 2014 führt der LVR nun ein dreijähriges Modellprojekt zu Peer Counseling durch, in dem u. a. mehrere Projekte zu Peer Counseling für seelisch behinderte Menschen erprobt werden. Bisher wurden 53 Peers durch das Zentrum für Selbstbestimmt Leben – ZsL in Köln geschult.¹⁸³ Bei den Projekten bzw. den dort tätigen Personen gibt es Überschneidungen zum EX-IN-Konzept und zum Teil langjährige Vorerfahrungen in der Beratung

¹⁸⁰ Vgl. ebd. sowie: van Kan, P. & Doose, S. (2000). *Zukunftsweisend. Peer Counseling & Persönliche Zukunftsplanung*, 2. Auflage. Kassel: bifos.

¹⁸¹ Vgl. Hermes, G. (2012). Peer-Konzepte und ihre Bedeutung in der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung. In: *Dokumentation: Peer gesucht! Spätere Inklusion nicht ausgeschlossen. Peer-Konzepte zwischen Empowerment und (Selbst-)Ausgrenzung in Schule und Behindertenhilfe*. Dokumentation der Fachtagung am 12. November 2011 (S. 18-31). Bremen.

¹⁸² Online unter: http://www.isl-ev.de/index.php?option=com_content&view=category&id=116&Itemid=432&lang=de (Abruf zuletzt am 28. April 2016).

¹⁸³ Vgl. LVR, Vorlage 14/804 vom 26.10.2015: Peer Counseling im Rheinland – Sachstandsbericht, Förderungen.

Betroffener durch Betroffene, bspw. beim teilnehmenden Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW¹⁸⁴ oder dem Verein Psychiatrie-Patinnen und -Paten e. V. in Aachen¹⁸⁵.

Im Rahmen dieser Untersuchung fanden sich in insgesamt zehn Kommunen Hinweise zu Aktivitäten von People-First-Gruppen/Selbstbestimmt Leben, darunter befindet sich der Großteil im Rheinland und ist im LVR-Modellprojekt beteiligt. In Westfalen existieren People-First-Gruppen in Münster und Bielefeld. In Dortmund leistet das Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben in Westfalen, angesiedelt bei MOBILE – Selbstbestimmtes Leben Behinderter e. V., Peer-Beratung.

Erfahrungsgruppen

Das Konzept der „Erfahrungsgruppen für Menschen mit Depressionen“ wurde im Rahmen des „Duisburger Bündnisses gegen Depression“ entwickelt und wird seit 2014 mit Unterstützung der BKK Novitas umgesetzt. Die Projektleitung liegt bei Dr. Albert Franz Ernst. Die kostenlosen Erfahrungsgruppen sollen als ein Überbrückungsangebot für depressiv erkrankte Menschen dienen, die auf einen Therapieplatz warten und können auch als Begleitung einer anderen Behandlung oder als Nachsorge nach dem Abschluss einer Therapie fungieren. Die Erfahrungsgruppen sind keine gesundheitlichen Selbsthilfegruppen und es findet keine fachärztliche Behandlung oder Psychotherapie statt, die Gruppenarbeit wird stattdessen zwischen Regelversorgung und Selbsthilfe eingeordnet (Brückenangebot). Anders als in klassischer Selbsthilfe werden die Teilnehmenden fachärztlich anhand diagnostischer Kriterien ausgewählt (leichte bis mittelschwere Depression) und müssen sich verbindlich zur Teilnahme verpflichten. Die Gruppen werden durch Fachpersonal geleitet, das regelmäßig an einer Supervision durch eine Fachärztin oder einen Facharzt teilnimmt.

In Duisburg umfasst ein Modul fünf Gruppentreffen à zwei Stunden in einem 14-tägigen Rhythmus mit maximal zehn Teilnehmenden. Jeweils zum vierten Termin eines Moduls entscheiden die Teilnehmenden, ob sie an einem weiteren Modul teilnehmen oder die Erfahrungsgruppenarbeit beenden möchten.

Im Kreis Wesel wurde das Konzept an die Bedarfe des Kreises angepasst, und in die gemeindepsychiatrische Versorgungslandschaft integriert. Seit März 2016 werden mit Unterstützung der BKK Novitas drei Gruppen in den Sozialpsychiatrischen Zentren in Dinslaken, Moers und Wesel realisiert.

Die Teilnehmenden haben eine haus- oder fachärztlich gestellte Diagnose einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung und treffen sich alle zwei Wochen für jeweils zwei Stunden. Sie tauschen sich über ihre eigenen Erfahrungen und den Umgang mit der Depression aus, was der direkten Entlastung der Betroffenen dient. Darüber hinaus werden Informationen zur Erkrankung und zu Behandlungsmöglichkeiten gegeben, um eigene Kräfte zu mobilisieren und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung zu entwickeln.

Im Kreis Wesel beinhaltet ein Modul zehn Einheiten, dauert also etwa fünf Monate. Im Anschluss an die zehn Termine sollen die Betroffenen eine individuelle Perspektive für den Umgang mit der Erkrankung entwickelt haben. Die Teilnahme an einem zweiten Modul ist nur in Ausnahmefällen vorgesehen. Die Moderation der Gruppen findet durch im Umgang mit psychisch kranken Menschen erfahrene Fachkräfte statt.

¹⁸⁴ Vgl. <http://www.psychiatrie-selbsthilfe-koeln.de/Hintergrund> (Abruf zuletzt am 1. Januar 2016).

¹⁸⁵ Vgl. <http://www.ppev.de/index.php/en/beratung> (Abruf zuletzt am 1. Januar 2016).

Zu den Ergebnissen der Erfahrungsgruppen liegen (noch) keine Daten vor, erste Evaluationsergebnisse sollen jedoch in Kürze verfügbar sein.

6.2.4 Partizipation von Selbsthilfe/Selbstvertretung

Selbsthilfeorganisationen sind i. d. R. die ersten, die um ihre Mitwirkung gebeten werden, wenn Betroffene und Angehörige an der Versorgungsgestaltung beteiligt werden sollen. Die WHO betont die Bedeutung ihres Einbezugs: „Die Beteiligung von Nutzern psychiatrischer Dienste und ihrer Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil des Reformprozesses. Es ist nachgewiesen, dass die aktive Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Familien die Qualität der Versorgung und der Dienste verbessert. Sie sollten ebenso an der Entwicklung und Durchführung von Ausbildungen beteiligt werden, um Mitarbeitern in der Psychiatrie ein besseres Verständnis ihrer Bedarfe zu vermitteln.“¹⁸⁶

Partizipation der Selbsthilfe an Planungs- und Steuerungsprozessen kann durch unterschiedlichste Formen der Mitwirkung implementiert werden.¹⁸⁷ Kommunen können direkte Interessenvertretungsgremien implementieren, wie dies z. T. in Form eines Behindertenbeirats geschehen kann. Um die Selbstvertretung in den Kommunen zu stärken, hat die LAG Selbsthilfe NRW gemeinsam mit dem MAIS NRW das Projekt „Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen in den Kommunen stärken“ entwickelt und gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung durch das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen durchgeführt. Zwischen 2013 und 2015 wurden Daten zu Formen, Strukturen und Erfahrungen der politischen Partizipation von Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Erkrankungen in den Kommunen erhoben. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass die UN-BRK in den Kommunen in NRW nur zum Teil und Interessenvertretungen ohne einheitliche Standards implementiert wurden. Wo es Interessenvertretungen gibt, wirken lediglich bei etwa der Hälfte von ihnen Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen mit. Das gilt auch für die landesweiten Beteiligungsgremien „Inklusionsbeirat“ und zugehörige Fachbeiräte, darunter der Fachbeirat „Gesundheit“, der beim MGEPA angesiedelt ist. Seit 01.07.2016 ist der Inklusionsbeirat gesetzlich im Inklusionsgrundsatzgesetz verankert (vgl. § 10 IGG NRW). In § 9 ist auch die Verpflichtung für Träger öffentlicher Belange, die Verbände von Menschen mit Behinderungen zu beteiligen, geregelt.

In den Interessenvertretungen, so vorhanden, werden die Rechte der Betroffenen als eher schwach ausgeprägt beschrieben, vielen fehlt es an Ressourcen und Unterstützung bis hin zu Assistenzleistungen. Die personelle Zusammensetzung der bestehenden Interessenvertretungen entspricht oft nicht den Ansprüchen echter Selbstvertretung, die i. d. R. ehrenamtlichen Vertretungspersonen bemängeln fehlende Anerkennung durch andere sowie fehlendes Handlungs- und Erfahrungswissen in der Selbstvertretung bei sich. Hinzu kommen Nachwuchsprobleme. Fast alle im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung befragten Personen mit psychischen Erkrankungen gaben an, dass ihre Interessen vor Ort nicht gut vertreten werden.¹⁸⁸

¹⁸⁶ S3-Leitlinie, S. 156, mit Verweis auf World Health Organisation Europe (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: WHO.

¹⁸⁷ Vgl. u. a. Kaiser, A. (2015). Selbsthilfe-Vertretung in Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen – eine Beteiligung mit Erfolgen und Hindernissen. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015*, S. 106-113.

¹⁸⁸ Vgl. LAG SELBSTHILFE NRW e. V. (Hrsg.) (2015). Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen in den Kommunen stärken! Abschlussbericht zum Projekt. Münster: LAG. Online verfügbar unter: http://lag-selbsthilfe-nrw.de/wp-content/uploads/2015/12/LAG-Abschlussbericht_final-A_2015-12-02.pdf (Abruf zuletzt am 29. April 2016).

In Bezug auf die Mitwirkung von Selbsthilfegruppen weisen auch die Ergebnisse der SHILD-Studie auf Nachholbedarf hin, wenn dort 42 % der Selbsthilfegruppen sich „eine stärkere Beteiligung an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen [fordern oder wünschen]. Insgesamt legen die in der SHILD-Studie Befragten besonderen Wert auf die öffentliche Anerkennung, die ideelle wie finanzielle Unterstützung der Selbsthilfearbeit und das politische Engagement für ihre entsprechende Erkrankung. In diesem Zusammenhang wünschen sich die Gruppen mehr Patienten- und Angehörigenbeteiligung im Gesundheitswesen auch durch Mitarbeit in politischen Gremien (z. B. Gesundheitskonferenzen)“¹⁸⁹.

In NRW ist die Selbsthilfe Betroffener und Angehöriger zunehmend an der Gestaltung der (sozial-)psychiatrischen Versorgung und ihrer Weiterentwicklung beteiligt: Personen der Selbsthilfe wirken in den Besuchskommissionen mit. Auf Landesebene ist die Selbsthilfe in der über alle Gesundheitsthemen hinweg breit aufgestellten Landesgesundheitskonferenz durch die LAG Selbsthilfe, KOSKON und die Aids-Hilfe NRW vertreten. Etwas anders als in der o. g. Untersuchung der LAG, die sich vor allem auf Interessenvertretungen i. e. S. bezog, sind Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe in sehr viel mehr Kommunen Mitglieder in kommunalen Gremien, (bspw. in Kommunalen Gesundheitskonferenzen, AG Psychiatrie, PSAG) und sind insbesondere fester Bestandteil der vielerorts realisierten Dialogforen.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung berichteten 22 Kommunen aus NRW über Dialogforen in ihrer Kommune, mit Stand vom 01.01.2016 werden demgegenüber auf der bundesweiten Dialog-Seite für NRW insgesamt 29 Standorte ausgewiesen¹⁹⁰. Nach den Angaben in der Befragung der Kommunen kommt manchen Dialogforen Bedeutung für Planung und Steuerung psychiatrischer Hilfen in der Kommune bei: Insgesamt acht Kommunen ordnen den örtlichen Dialogforen hierfür Bedeutung zu (vgl. S. 74).

22 der befragten Kommunen notieren die Mitwirkung von Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen an regionalen/kommunalen Planungs- und Steuerungsprozessen, in 14 Kommunen ist sogar beides der Fall. Die Mitwirkung in regionalen/kommunalen Planungs- und Steuerungsprozessen findet zumeist in Form der Mitgliedschaft in relevanten Gremien wie insbesondere PSAG und/oder KGK statt (vgl. Kap. 4.3.2). Für weitere Informationen zur Rolle von Selbsthilfe im Bereich Planung und Steuerung siehe auch Kap. 4.3.4.

In Westfalen arbeitet das LWL-Forum „Dialog konkret“, das als eine Art „innerbetrieblicher Arbeitskreis“ mit dialogischer Besetzung die Aufgabe hat, konkrete Verbesserungen für die Behandlungsgestaltung anzustoßen. In diesem Kreis wurde bspw. das o. g. Projekt zu Genesungsbegleitung in LWL-Kliniken entwickelt (vgl. S. 146). Aktuell diskutiert der Arbeitskreis, wie eine verstärkte Nutzung von Behandlungsvereinbarungen erzielt werden kann. Der LWL hat aufgrund dieser Beratungen die Behandlungsvereinbarungen im Klinikinformationssystem (KIS) hinterlegt. So sollen durch die Behandlungspersonen deutlich öfter Behandlungsvereinbarungen empfohlen und dies perspektivisch als Standard im (Wieder-)Aufnahmeprozess implementiert werden (Pflichtfeld im KIS). Des Weiteren sollen die Patientinnen und Patienten in Zukunft schon während des Behandlungsprozesses mittels Feedbackbogen um ihre Einschätzungen gebeten werden (nicht erst nach Abschluss der Behandlung).

¹⁸⁹ Nickel, S., Werner, S. & Kofahl, C. (2014). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung zu der Befragung von Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen. Online unter: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SHG_20140630.pdf. S. 18 (Abruf zuletzt am 13. Januar 2016).

¹⁹⁰ Vgl. <http://www.dialog-psychoseseminar.de/de/43/Nordrhein-Westfalen.html?stateID=10&action=showCities> (Abruf zuletzt am 1. Februar 2016).

In der Stadt Bielefeld gibt es eine langjährige Tradition der Partizipation von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in der Kommune. So kooperieren Psychiatrie-Erfahrene seit 1993 im TRIALOG gemeinsam mit Angehörigen und Profis aus psychosozialen Arbeitsgebieten und setzen u. a. das gemeinsame Informationsforum psychiatrie-bielefeld.de um. Der TRIALOG konnte u. a. zur Einführung der gemeinsam von der psychiatrischen Klinik Bielefeld-Bethel und dem Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e. V. entwickelter Bielefelder Behandlungsvereinbarung beitragen. Der Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e. V. hat seit 1996 einen Sitz im Psychiatriebeirat und ist in der PSAG vertreten.

Auch der Kreis Herford ist ein gutes Beispiel für Partizipation: Die AG Selbsthilfe e. V., ein Zusammenschluss von rund 85 Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens, fungiert als Koordinierungsstelle gemeinsamer Anliegen der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfegemeinschaften im Kreis Herford. Die Kommune misst der Selbsthilfe einen hohen Stellenwert bei, was sich bspw. in der gemeinsamen Einrichtung des Selbsthilfebüros durch die AG Selbsthilfe und den Kreis zeigt (ergänzend übernimmt der Paritätische einmal in der Woche die Aufgaben der Kontaktstelle). Neben der Finanzierung des Selbsthilfebüros stellt die kreiseigene Stiftung der AG Selbsthilfe ca. 35 Tsd. Euro/Jahr zur Verfügung, die diese im Rahmen bestehender Förderrichtlinien in eigener Verantwortung verteilt. Sowohl Angehörige als auch Betroffene sind in allen Gremien beteiligt und tragen zu Entscheidungen bei. Die Situation in Herford ist aber auch ein Beispiel für die Bedeutung von Personen und persönlichem Engagement: Herford ist Heimatkommune mehrerer Mitglieder von Landes- und Bundesverbänden von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen. Die starken und gut vernetzten Persönlichkeiten sind z. T. auch politisch aktiv und (auch) in dieser Funktion in relevanten Gremien vertreten (stellvertretender Vorsitz im GPV, Vorsitz der AG Selbsthilfe).

Im Jahr 2014 hat KOSKON NRW Selbsthilfe-Kontaktstellen zur Mitwirkung von Selbsthilfe an Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) als einem wichtigen und gesetzlich verankerten Forum gemeinsamer Versorgungsentwicklung befragt.¹⁹¹ Von 26 der 27 an der Befragung mitwirkenden Selbsthilfe-Kontaktstellen wurde berichtet, dass die Selbsthilfe vor Ort an der KGK mitwirkt: Im Jahr 2014 nahmen in 19 Kommunen Selbsthilfe-Kontaktstellen an den KGK teil, in weiteren 18 Kommunen Selbsthilfegruppen direkt. Diese Ergebnisse werden durch die Erkenntnisse aus der Breitenerhebung bestätigt (vgl. S. 78). In fünf Kommunen wirkten Selbsthilfeverbände und in drei Kommunen Arbeitsgemeinschaften für behinderte Menschen sowie eine Gruppe zum Patientenschutz an den KGK mit. Und obgleich die Selbsthilfe als in der KGK akzeptiert eingeschätzt wurde, stellten den Befragungsergebnissen zufolge elf Befragte „eher weniger“ Auswirkungen der Beteiligung auf die Arbeitsergebnisse der KGK fest. Gründe hierfür wurden vor allem in der Arbeitsweise der KGK gesehen, die bspw. als formales oder passives Gremium mit wenig Praxisbezug fungiere oder darin, dass die Stelle der Psychiatriekoordination lange Zeit vakant war. Ähnlich wie im Projekt der LAG Selbsthilfe wurde zum Teil über wenig Wertschätzung durch die Kommune geklagt oder darüber, dass das Gesundheitsamt und seine Eigeninteressen die KGK dominierten. Aber berichtet wurde auch über mangelndes Interesse von Selbsthilfe selbst oder Entwicklungsbedarf in der Selbsthilfe bzgl. Gremienarbeit. 13 Befragte sahen die Auswirkungen der Selbsthilfebeteiligung an den KGK positiver und berichteten z. B. von besserer Vernetzung und einer gestärkten Wahrnehmung von Patienten- und Angehörigen-Sicht. In einer Kommune wurde die „Stärkung der Selbsthilfe“ gar als eigenständiges Ziel in den Gesundheitszielen verankert, in einer anderen eine Selbsthilfe-Kontaktstelle eingerichtet.

¹⁹¹ Alle Ergebnisse aus: Kaiser, A. (2014). Die Beteiligung der Selbsthilfe an der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Ergebnisse einer Befragung der Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen. *NAKOS INFO*, 111, 29-31.

Die Ausgestaltung der Partizipation von Selbsthilfe vor Ort hängt auch nach Einschätzung der aktuell befragten Landesverbände und Kommunen einerseits von den entsprechenden kommunalen Strukturen und andererseits von den Möglichkeiten der lokalen Selbsthilfegruppen und -organisationen ab. Wo es engagierte Menschen mit Zeitressourcen und ggf. weiteren Einflussmöglichkeiten gibt, kann eine intensive Mitwirkung realisiert werden (s. o. Situation in Herford). Und wenngleich nicht alle Landesverbände berichten, dass sie an Planungsprozessen aktiv mitwirken, so können sie doch regionale Bemühungen unterstützen. Alle befragten Landesverbände wirken zudem in Gremien, Arbeitsgruppen, Dialogforen u. ä. mit.

Die Bewertungen der kommunalen Akteure zu Ein- und Mitwirkungsmöglichkeiten von Selbsthilfe von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen fallen sehr unterschiedlich aus. Dies bestätigen die Befunde anderer Forschungen und tragen zur Einschätzung bei, dass die Situation in den einzelnen Kommunen je nach Struktur und Akteuren vor Ort stark variiert. In 17 Kommunen werden die Mitwirkung oder die Mitwirkungsmöglichkeiten von Selbsthilfe explizit als zu gering und ausbaufähig bewertet, während sechs Kommunen damit (sehr) zufrieden sind. Aus fünf weiteren Kommunen wird von zunehmend besserer Mitwirkung berichtet. Im Rahmen der Expertise von Wohlfahrt und Zühlke (2014) hatten 49 % der befragten Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros die Verankerung von Selbsthilfe im örtlichen Gesundheitswesen als sehr gut oder gut und weitere 34 % immer noch als befriedigend bewertet.¹⁹²

Im Rahmen der Tiefenerhebung wurde die Situation hingegen vielfach problematisiert: Die Beteiligung von Selbsthilfe hängt demnach sehr von dem Rahmen ab, der seitens der übrigen Beteiligten, insbesondere der Kommune, gesetzt wird – wichtige Elemente sind dabei Wertschätzung, echte Mitbestimmungsmöglichkeiten und finanzielle Unterstützung. Die Beteiligung hängt aber oft auch davon ab, ob es vor Ort engagierte Selbsthilfegruppen gibt und Personen mit Bereitschaft und Zeit. Denn Selbsthilfe muss sich ja „nebenbei“, ehrenamtlich und ohne Bezahlung einbringen, während die professionell Helfenden das im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit übernehmen. Selbsthilfe hat Nachwuchsprobleme, es finden sich trotz steigender Nachfrage nach Beratung und Hilfe immer weniger Menschen, die bereit sind, sich selbst zu engagieren und Aufgaben und Ämter zu übernehmen. Neben allgemein-gesellschaftlichen Veränderungen wird dies aber auch damit in Zusammenhang gebracht, dass insbesondere weniger belastete Personen ihre Zeit darauf verwenden (müssen), Erwerbsarbeit nachzugehen und dann oft keine Ressourcen für ehrenamtliches Engagement bleiben. Einer ggf. möglichen Reduzierung der Arbeitszeit stehen jedoch unangemessen niedrigere oder ganz fehlende Aufwandsentschädigungen gegenüber. Die Situation wird immer dramatischer – auch weil die Möglichkeiten und Wünsche der (politischen) Mitwirkung von Selbsthilfe in Gremien u. a. beständig steigen.

6.2.5 Zusammenfassende Kernaussagen

Nordrhein-Westfalen verfügt sowohl über ein flächendeckendes Netz an lokalen Selbsthilfeunterstützungsangeboten in Form von Selbsthilfe-Kontaktstellen oder Selbsthilfebüros als auch über landesweite Strukturen in Form von Landesverbänden, der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe und der Koordination für die Selbsthilfe-Unterstützung in Nordrhein-Westfalen (KOSKON). Die Selbsthilfe-Kontaktstellen werden durch die Erhöhung der GKV-Förderung ab dem Jahr 2016 vermutlich deutlich ausgebaut.

¹⁹² Vgl. Wohlfahrt, N., Zühlke, W. (2014). *Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Büros in Nordrhein-Westfalen*. Unveröffentlichter Bericht, S. 68.

Selbstvertretungsorganisationen sind im Bereich psychischer Störungen/Erkrankungen noch wenig verbreitet, hier zeigen sich vermutlich unterschiedliche Selbstverortungen (Gesundheitsbereich und Behindertenhilfe) und Folgen der verteilten Zuständigkeiten auf Seite der Ministerien (vor allem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW [MGEPA] und Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW [MAIS]). Manche Selbsthilfeorganisationen verfolgen über die Unterstützung und Beratung Betroffener hinaus auch politische, menschenrechtliche und teilhabebezogene Zielsetzungen. Im Zuge der Umsetzung der UN-BRK wachsen in jüngster Zeit verschiedene Initiativen zusammen, bspw. ist der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener Mitglied in der im Dezember 2015 neu gegründeten LIGA Selbstvertretung.

Die Selbsthilfelandchaft im Bereich psychische Gesundheit ist in NRW durchaus vielseitig, aber lokal auch sehr unterschiedlich verankert. So unterscheiden sich vor allem die (Möglichkeiten der) Mitwirkung in Planungs- und Steuerungsprozessen. Interessenvertretungen der Selbsthilfe, in denen auch Gruppen aus dem Bereich psychischer Erkrankung mitwirken, sind generell rar. Im Hinblick auf Mitwirkungsmöglichkeiten bestehen weiterhin Entwicklungsbedarfe – dies bestätigen auch die Einschätzungen von Seiten der Selbsthilfe ebenso wie von kommunalen Akteuren und befragten Anbietern. Neben unzureichenden Mitwirkungsmöglichkeiten durch fehlenden Einbezug und Verankerung in Gremien und Entscheidungsprozedere oder unzureichende Unterstützung/Assistenz etc. gibt es jedoch auch mangelnde Mitwirkungsfähigkeiten, denn vielfach fehlen in der Selbsthilfe engagierte/aktive Akteure.

Die geschätzt bis zu 15.000 Selbsthilfegruppen in NRW beschäftigen sich vorwiegend mit Gesundheitsselbsthilfe und sind zu großen Teilen im Selbsthilfenetz des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes organisiert („Wittener Kreis“). Der Anteil von Gruppen im Bereich psychischer Gesundheit ist dabei nicht eindeutig ermittelbar und liegt bei schätzungsweise etwa 8 %. Es gibt Hinweise, dass sich eher Betroffene mit leichteren psychischen Störungen oder in Lebenskrisen in Selbsthilfegruppen zusammenfinden. Demgegenüber sind die psychisch Kranken, deren Angehörigen sich in Selbsthilfegruppen engagieren, meist Personen mit schwereren Störungen/Erkrankungen.

Zur Selbsthilfe liegen aufgrund struktureller Gegebenheiten auf der einen Seite und mangelnder Forschung auf der anderen Seite kaum empirische Daten vor. In ihrer S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verweist auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in einem eigenen Kapitel zur Selbsthilfe auf die Schwierigkeit der Untersuchung von Selbsthilfeansätzen (und deren Wirksamkeit): „Obwohl der Nutzen von Selbsthilfe unumstritten ist, ist die Effektivität von Selbsthilfegruppen bisher nicht hinreichend belegt. Die Breite der Anwendungsmöglichkeiten und uneinheitliche Operationalisierungen des Begriffes von Selbsthilfegruppen erschweren einen Überblick über den gegenwärtigen Forschungsstand.“¹⁹³

Die begrenzte Verfügbarkeit und Qualität bzw. Belastbarkeit von Sekundärdaten zu Selbsthilfegruppen bestätigt auch die hier vorgelegte Analyse: Zwar existieren für NRW mehrere landesweite Datenquellen zu Selbsthilfe, doch sind die verfügbaren Daten (u. a. aufgrund mangelnder Aktualität) weder vollständig noch belastbar und sie enthalten auch keine über die Anzahl und den Schwerpunkt der Institutionen hinausgehenden weiterführenden Informationen zu den zu untersuchenden (Qualitäts-)Dimensionen. Dies liegt auch daran, dass Dokumentation im Bereich Selbsthilfe kein Fördergegenstand ist. Auch die im Rahmen der durchgeführten schriftlichen Befragungen erhobenen Primärdaten in Be-

¹⁹³ DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 154.

zug auf Anzahl, Mitglieder und Ausstattung (Personal und Finanzen) von Selbsthilfe vor Ort sind nur begrenzt aussagekräftig.

Dennoch kann zur Bestandsaufnahme festgehalten werden, dass Selbsthilfe sich grundsätzlich an Betroffene und Angehörige in unterschiedlichen Altersgruppen und Lebensphasen richtet. Wie schon andere Studien, Mitgliederuntersuchungen u. ä. verweisen jedoch auch die Ergebnisse der hier vorgelegten Untersuchung darauf, dass viele Akteure älter sind oder hochaltrig und dass Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen Probleme haben, jüngere Menschen für Beratung, Vorstands- oder Gremienarbeit zu gewinnen.

Der Zugang zu Selbsthilfe-Kontaktstellen und -büros in NRW ist zwar vielfach barrierefrei möglich (überwiegend i. S. von rollstuhlgerecht), doch verfügen lediglich 32 von 52 Selbsthilfe-Kontaktstellen bzw. -büros über eine barrierefreie Internetseite. In den Gruppen wirken kaum Menschen mit Behinderungen mit, sich auf sie einzustellen erscheint kompliziert, erfordert mehr oder andere Ressourcen und rührt auch an Selbstverständnisfragen der Betroffenen.

Die Themenbereiche Gender und Migration finden in der Selbsthilfe zu psychischer Gesundheit noch wenig strukturelle und konzeptionelle Verankerung. Gleichwohl gibt es in Kommunen einzelne Selbsthilfegruppen, die sich an spezifische Zielgruppen (z. B. an Frauen, an türkischsprachige Personen) richten. Grundsätzlich setzt sich die Gesundheits-selbsthilfe zunehmend v. a. mit dem Thema Migration und kulturelle Vielfalt auseinander, spezifische Förderungen durch die Krankenkassen unterstützen den Prozess.

In Bezug auf die Finanzierung kann mittels Daten der Krankenkassen sowie der Angaben zu Landesmitteln (NAKOS) nur eine Annäherung an die Gesamtförderung erzielt werden. Die nicht unerheblichen kommunalen Unterstützungen konnten im Rahmen der durchgeführten Untersuchung fast gar nicht ermittelt werden.

Zusammenfassend werden mit Blick auf Selbsthilfe, Selbstvertretung und Partizipation in NRW einige Entwicklungsbedarfe konstatiert. Bezugnehmend auf die Magdeburger Thesen als auch die Vorgaben der UN-BRK (Recht Partizipation) können aus der Datenrecherche und den durchgeführten Erhebungen folgende Kernaussagen zusammengefasst werden:

- Die Ergebnisse von Recherchen und Erhebungen verweisen darauf, dass Selbsthilfe Betroffener und von Angehörigen zunehmend und verbindlich an relevanten Gremien in Land und Kommunen beteiligt werden sollten. Wichtig erscheint den Befragten bspw., dass Selbsthilfe (weiterhin bzw. verstärkt) verbindlich in Besuchskommissionen, im geplanten Landesfachbeirat und im Inklusionsbeirat mitwirkt sowie in den kommunalen Gremien, Regionalkonferenzen und Verbänden. Um der Vielfalt psychiatrischer Problemlagen und Auffassungen zu ‚guter Versorgung‘ gerecht zu werden, erscheint es hilfreich, deutlich mehr als einen Verband/eine Person zu beteiligen – wie es bei den professionellen Institutionen geschieht. Die Beteiligungsmöglichkeiten von Selbsthilfe können auch dadurch verbessert werden, dass auf deren Rahmenbedingungen Rücksicht genommen wird und bspw. Sitzungen öfter am Abend oder am Wochenende geplant werden. Um zudem Menschen mit ausgeprägten Problemen, bspw. in Heimen Lebende oder Menschen mit (zusätzlichen) Behinderungen zu erreichen, regten Befragte an, Beteiligung organisatorisch und durch Assistenz zu unterstützen.
- Vielfach wurde dafür votiert, Selbstvertretung genauso wie Selbsthilfe gesetzlich zu verankern. Entsprechende Kooperationen könnten helfen, diesbezügliche Erfahrungen aus dem Behinderten-/Inklusionsbereich stärker zu nutzen. Als hilfreich wird

auch eine bessere Vernetzung der Aktivitäten auf ministerieller Ebene erachtet (Kooperation MAIS und MGEPA).

- In der Tieferhebung wurde, wie auch beim Fachtag zum Landespsychiatrieplan am 25. Februar 2016 in Mülheim an der Ruhr gefordert, die Umsetzung von Partizipation im Rahmen der Landespsychiatrieberichteinstellung einem regelmäßigen Monitoring zu unterziehen, bspw. entlang der „ladder of participation“. Diese Aufgabe könnte u. a. bei dem geplanten Fachbeirat Psychiatrie verortet werden. Die Basis des landesweiten Monitorings sollten kommunale Evaluationen sein.
- In Breiten- und Tieferhebung wurde dafür votiert, in allen Kommunen Trialogforen zu verankern und ihre Beiträge für die Qualitätssicherung der regionalen Versorgung zu nutzen. Perspektivisch könnte der Trialog zu einem „Quadrolog“ weiterentwickelt werden, in dem Juristen wie Richterinnen und Richter (Vormundschaftsgericht/Unterbringung), Rechtsanwälte und gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen mitwirken. Ihre Beteiligung wird mit Blick auf die wichtigen Themen Recht und Zwang empfohlen. In den Gesprächen im Rahmen der Tieferhebung wurde die z. T. geringe Beteiligung von Fachkräften an den Trialogforen problematisiert und zum einen vorgeschlagen, die Beteiligung im Rahmen klinischer/pflegerischer Ausbildungen regelhaft vorzusehen und zum anderen Trägern empfohlen, entsprechende Selbstverpflichtungen umzusetzen.
- Rechte ohne Ressourcen sind ein grausamer Scherz¹⁹⁴: Einen breiten Raum im Rahmen der Breiten- und vor allem der Tieferhebung (und des o. g. Fachtags) nahm ein, dass Rechte und Wünsche nach Mitwirkung, die Bedeutung von Partizipation im Rahmen regionaler Qualitätssicherung und die Aufgaben, die jüngst im neuen Referentenwurf zum Bundesteilhabegesetz der Selbsthilfe zugeordnet werden (z. B. §§ 32, 39, 131 BTHG) immer weniger zur bisher fast ausschließlich ehrenamtlichen Struktur von Selbsthilfe und Selbsthilfe-Beteiligung passen. Die professionellen wie die betroffenen Fachleute im Land verwiesen darauf, dass Betroffene und ihre Selbstvertretungsorganisationen Ressourcen brauchen, um die Rechte auf Beteiligung wahrzunehmen. Notwendig seien Basisfinanzierungen der Organisationen, verlässliche und verbindliche Förderung von Personal für Geschäftsstellen, Buchhaltung, Förderung von Kommunikationstechnik u. ä. Als gutes Beispiel dafür wurde auf die Kompetenzzentren selbstbestimmt Leben verwiesen. Zudem sollte ehrenamtliches Engagement zumindest in Teilen in bezahlte Arbeit überführt werden – mit den Worten eines Interviewpartners: „sonst ist ‚Augenhöhe‘ Augenwischerei“. Darüber hinaus sollte der Aufwand für Gremien-Mitarbeit adäquat entschädigt bzw. honoriert werden.
- Ehrenamtlich Aktive brauchen Know How für ihre Arbeit. Als hilfreich werden bspw. Schulungsmaßnahmen für Selbsthilfe-Gruppenleitungen, supervisorische Begleitung oder kollegialer Austausch erlebt, deshalb wurde angeregt, derartige Hilfen regelhaft zum (möglichen) Gegenstand von Förderung zu machen. Ebenfalls als hilfreich werden Seminare u. ä. zur persönlichen Stärkung und zur Empowerment-Förderung bewertet, wie bspw. die modellhaft entwickelten Angebote der ISL. Eine Möglichkeit wurde darin gesehen, dass die Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW mit der erweiterten Förderung ab 2016 entsprechende Angebote aufbauen.
- Die Ergebnisse der Recherche zeigen, dass Peer-Arbeit Erreichbarkeit und Compliance von Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg verbessert sowie

¹⁹⁴ Verkürzt nach: Rappaport, J. (1981). In praise of paradox. A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9,1, 1-25, S. 13. Originaltext: „Having rights but no resources and no services available is a cruel joke.“

Befinden und Ressourcen von Angehörigen. Peer-to-Peer-Ansätze sollen deshalb – in unterschiedlichen Kontexten – gefördert werden. Als wichtig wurde erachtet, dem anerkannten Modell der EX-IN-Genesungsbegleitung zu mehr Geltung zu verhelfen. Dazu sollten zum einen Formen gefunden werden, die Ausbildung finanziell zu unterstützen (verstärkte Anerkennung als berufliche Weiterbildung im Rahmen der Arbeitsförderung und Förderung im Rahmen von SGB I und SGB III, Gewährung von Darlehen o. ä.). Zum anderen wurde angeregt, Genesungsbegleiterinnen und –begleiter verstärkt in aufsuchende Teams in den Gemeinden und im Rahmen klinischer Behandlung einzusetzen. Perspektivisch solle eine Anerkennung als Beruf, auch im Rahmen der Tarifwerke (etwa vgl. dem Suchtkrankenhelfer-Status) mit einer angemessenen Entlohnung angestrebt werden. Die Ergebnisse der aktuellen Modellvorhaben von LWL und LVR sollten landesweit kommuniziert und auf Konsequenzen für die Versorgung beleuchtet werden. Die Erfahrungen mit dem Einsatz von Genesungsbegleitung verweisen darauf, dass es wichtig ist, solche Einsätze regelhaft von Leitung vorzubereiten und zu stützen, in Teamberatungen und Supervisionen zu reflektieren und die Erfahrungen systematisch für Behandlungsverbesserungen zu nutzen.

EX-IN- und andere Peer-Ansätze sollten landesweit auch durch die Organisation regelmäßiger Treffen der Beteiligten für einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch und zur Artikulation von Interessen unterstützt werden. Verbreitung und Praxis von Genesungsbegleitung und anderen Peer-Ansätzen in NRW sollten in ein paar Jahren (erneut) evaluiert werden.

- In Übereinstimmung mit der S3-Praxisleitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verweisen auch die aktuellen Untersuchungsergebnisse darauf, dass Betroffene durch Behandelnde zeitnah nach Auftreten einer Störung in allen Settings Ratgeber, Selbsthilfemanuale und andere Informationsmaterialien bzw. Hinweise darauf erhalten sowie über Selbsthilfegruppen informiert und aktiv zur Teilnahme ermuntert werden sollten. Angeregt wurde zudem, dass in den Kliniken regelmäßig Sprechstunden von Selbsthilfegruppen Betroffener stattfinden.
- Angehörige sind oft die erste und eine wertvolle Unterstützung bei der Versorgung psychisch kranker Menschen. Sie brauchen dafür Wissen und Beratung über Erkrankung und Hilfen sowie Unterstützung. Auch ihnen helfen Informationen, Aufklärungsmaterialien, darüber hinaus sind ihnen ein aktiver und wertschätzender Einbezug durch die Behandlungspersonen sowie Beistand und vielfältige und bedarfsbezogene Entlastungsangebote wichtig, dazu gehört auch, dass Entlassungen erkrankter Personen in familiäre o. ä. Settings mit den Angehörigen vorbereitet werden. Angehörige wollen standardmäßig durch professionelle Akteure (Behandlungs- und Hilfeangebote, Krankenkassen etc.) über Selbsthilfeangebote informiert und zur Teilnahme motiviert werden. In den Kliniken wünschen sie sich regelmäßig Sprechstunden von Angehörigen-Selbsthilfegruppen. Auch für Geschwister und Kinder von Betroffenen sind aufgrund ihrer spezifischen Belastung Unterstützungsangebote¹⁹⁵ wichtig. Hilfreich erscheint, Informationen über Selbsthilfeangebote in allen psychiatrischen Praxen, Diensten und Einrichtungen sowie in (lokalen) Zeitungen und Medien zu verbreiten.
- Die Erhebungen zeigten, dass junge Menschen und Personen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderungen durch Selbsthilfe kaum erreicht werden.

¹⁹⁵ Vgl. bspw. Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe. Auch in den Blick zu nehmen sind hier ältere Kinder von psychisch Kranken, die erst im (hohen) Alter erkranken.

Auch deshalb wurden entsprechende Fördermaßnahmen und Vorhaben wie bspw. das erwähnte Projekt „Migration und Selbsthilfeaktivierung“ von den Interviewpersonen ausdrücklich begrüßt. Um für andere Zielgruppen zugänglicher zu sein, wurde bspw. angeregt, dass Selbsthilfe sich durch entsprechende Ausstattung (Mehrsprachigkeit, leichte Sprache und Barrierefreiheit), adäquate Konzepte und die Nutzung unterschiedlicher (lebensweltorientierter) Kommunikationskanäle (bspw. soziale Netzwerke) und Settings zielgruppengerechter aufstellt.

- In der Tiefenerhebung wurde angeregt, landesweit über alle Fördermaßnahmen und -möglichkeiten zentral und online zu informieren und Antragsformulare verschiedener Förderinstitutionen an einer Stelle zugänglich zu machen.
- In den Recherchen wie auch in Breiten- und Tiefenerhebung fanden sich Hinweise auf mangelnde (wissenschaftliche) Erkenntnisse zu Selbsthilfe. Um dem abzuhelpen wurde gefordert, dass Selbsthilfe stärker Gegenstand von Forschung sein sollte. Dabei wollen und sollen Betroffene und Angehörige und ihre Selbsthilfeorganisationen bei der Generierung von Forschungsfragen und -designs, dem Forschungsprozess und der Auswertung und Interpretation von Ergebnissen beteiligt werden.

7 Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW. (Hrsg.). (2011). *Orientierung in bewegten Zeiten. Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie in Nordrhein-Westfalen*. Essen.

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2009). *Beschlüsse der 86. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“ am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden*. München: BStMAS.

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2010). *Beschlüsse der 87. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“ am 20./21. Oktober 2010 in Wiesbaden*. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.

BearingPoint & FOGS (2003). *Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW*. Abschlussbericht für das MAGS. Hamburg/Köln.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.). (2009). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Bonn: BMAS.

Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B. & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4, 2, 144 – 151;

Bullinger, H. & Nowak J. (1998). *Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Bundespsychotherapeutenkammer & Bundesärztekammer (2015). *Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) zu den Eckpunkten eines Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge*.

Cooper, S.A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson A. & Allan, L. (2007) Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*, 190, 27 – 35.

Cramer, M., Hiller, S., Noltkämper, W., Reisch, L. & Wagner, E. (2015). *EX-IN im Bezirk Oberbayern Endbericht zum Modellprojekt. Wissenschaftliche Begleitforschung der Hochschule München: Ergebnisse und Empfehlungen*. München: Bezirk Oberbayern.

Deb, S., Kwok, H., Bertelli, M., Salvador-Carulla, L., Bradley, E., Torr, J. & Barnhill, J. for the Guideline Development Group of the WPA Section on Psychiatry of intellectual disability (2009). International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry*, 8, 181 – 186.

Deb, S., Thomas, M. & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behavior disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res*, 45, 506 – 514.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) (Hrsg.). *Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Ein Ratgeber*. <http://www.beschwerdepsychiatrie.de/download/Ratgeber.pdf> .

Deutscher Verein (2015). Positionen und Wirkungen des Deutschen Vereins im Prozess der Reform der Eingliederungshilfe. *NDV*, 3, 123 ff.

Deutscher Verein (2009). Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. *NDV*, 7, 253 ff.

Deutscher Verein (2007). Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe. *NDV*, 7, 245 ff.

Deutscher Verein (2015). Positionen und Wirkungen des Deutschen Vereins im Prozess der Reform der Eingliederungshilfe. *NDV*, 3, 123 ff.

DGBS & DGPPN (2012). *S3-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. Langversion 1.8, Januar 2014.

DGPPN & Falkai (2013) Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2012). *Positionspapier*. Berlin: AK Migration und öffentliche Gesundheit.

DGPPN und Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer.

DGPPN, Referat Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (o. J.). *Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“*. Bielefeld: DGPPN.

Diefenbacher, A. & Voß, T. (2007). *Psychische Störungen und schwere Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen*. Berlin: Kassenärztliche Vereinigung. https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/09/60_medizin/kvbr.html (Abruf zuletzt am 19.04.2016).

Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: BMFSFJ.

Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. & First, M. (Hrsg.) (2007). *Diagnostic Manual – Intellectual Disability DM-ID*. Kingston, N.Y.: NADD press.

Frommberger, U., Angenendt, J. & Berger, M. (2014). Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 11, 5, 59 – 66.

Fuß-Wölbart, K. (2014). Unterstützung der Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). *Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2014*. (S. 92).

Gesetzliche Krankenkassen/-verbände in NRW (Hrsg.). (2015). *Dokumentation: Neue Ideen – Gesundheitsbezogene Modellvorhaben bei Selbsthilfe-Kontaktstellen/-büros in NRW 2013/14*. Dortmund: vdek.

Görgen, W., Hartmann, R. & Oliva, H. (2007). *Integrierte Versorgungsstrukturen in der Caritas Suchthilfe. Bestandsaufnahme und strategische Perspektiven vernetzter Versorgungsstrukturen*. Freiburg im Breisgau: Caritasverband.

Greve, N. (2014). Krisenhilfe in Solingen und in der Integrierten Versorgung. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 143-151). Köln: Psychiatrie Verlag.

Häßler, F., Bienstein, P. & Buscher, M. (2014). *S2k Praxisleitlinie Intelligenzminde- rung*. AWMF-Register Nr. 028-042. Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-042.html> (Abruf zuletzt am 20.04.2016).

Herberhold, M. (2014). Ambulante Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten. In: Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 187 – 200). Köln: Psychiatrie Verlag.

Herberhold, M. (2011). Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen – die Versorgungslage im Überblick. In: Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & R. Peukert (Hrsg.). *Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe* (S. 279 – 287). Köln: Psychiatrie Verlag.

Hermes, G. (2012). Peer-Konzepte und ihre Bedeutung in der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung. In: *Dokumentation: Peer gesucht! Spätere Inklusion nicht ausgeschlossen. Peer-Konzepte zwischen Empowerment und (Selbst-) Ausgrenzung in Schule und Behindertenhilfe*. Dokumentation der Fachtagung am 12. November 2011 (S. 18 – 31). Bremen.

Holke, J. (2009). Rechtliche Aspekte regionaler Qualitätssteuerung. In: Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel & P. Kruckenberg (Hrsg.). *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie – Tagungsbericht Kassel 3./4. November 2008*. S. 71 – 83. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Horn, A., Vogt, D., Messer, M. & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. *Bundesgesundheitsbl* 58, 6, 577 – 583.

Hundertmark-Mayser, J. & Helms, U. (2014). *Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013*. NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick. Berlin: NAKOS.

Jaschke, H., Oliva, H. & Schlanstedt, G. (2012). *Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Teilhabe 2012 – ,Mehr Teilhabe von Menschen mit Behinderung“*, Köln: FOGS & ceus.

Kaiser, A. (2015). Selbsthilfe-Vertretung in Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen – eine Beteiligung mit Erfolgen und Hindernissen. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015*, S. 106-113.

Kaiser, A. (2014). Die Beteiligung der Selbsthilfe an der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Ergebnisse einer Befragung der Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen. *NAKOS INFO*, 111, 29-31.

Kan, P. & Doose, S. (2000). *Zukunftsweisend. Peer Counseling & Persönliche Zukunftsplanung*, 2. Auflage. Kassel: bifos.

Karadeniz, U. & Rudakova-Safir, S (o.J.). *Interkulturelle Öffnung. Zukunftsaufgabe für die Gemeindepsychiatrie*. Bericht über das Aktion-Mensch-unterstützte Projekt. <http://www.psh-bochum.de/spkom.html> (Abruf zuletzt am 07.03.2016).

KOSKON (Hrsg.). (2010). *Selbsthilfe Kontaktstellen in NRW. Eine Bestandsanalyse*. Mönchengladbach: KOSKON.

KOSKON. (Hrsg.) (2015). *Landesweite Selbsthilfevereinigungen. Fach- und Beratungsstellen in NRW*. Mönchengladbach: KOSKON.

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., der Patientenbeauftragte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen & Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW). (2014). *Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in Krankenhäusern*. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Handlungsempfehlungen_Patientenfuersprecher.pdf (Abruf zuletzt am 29.01.2016).

Krasney, O. E. (2014). Rechtliche Zuständigkeit im gegliederten System. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 84-92). Köln: Psychiatrie Verlag.

Kruckenberg P. (2013). Patientenrechte und Länderinitiativen in Bremen, In: Aktion Psychisch Kranke, Wiß, P. & Heinz, A. (Hrsg.). *Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe*. Dokumentation der Tagung am 6./7. November 2012 in Berlin. S. 209 – 212. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Krüger, U. (2016). PEPP ist weg. Kurswechsel beim Entgeltsystem. *Psychosoziale Umschau*, 2, 21–23.

Kuschke, W., Lafontaine, J., Scharf, B. & Stollmann, F. (2001). *Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)*. Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.

LAG SELBSTHILFE NRW e. V. (Hrsg.) (2015). *Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen in den Kommunen stärken! Abschlussbericht zum Projekt*. Münster: LAG.

Landschaftsverband Rheinland – LVR Dezernat Soziales (2015). *IHP 3.1 Handbuch Individuelle Hilfeplanung 2015*. Köln: LVR.

Landschaftsverband Rheinland (2006). *Engagement – Ehrenamtliche Initiativen in der Psychiatrie*. Köln: LVR.

Lakhan, R. (2013). *The coexistence of psychiatric disorders and intellectual disability in children aged 3 – 18 years in the Barwani District, India*. ISRN Psychiatry. <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/875873/> (Abruf zuletzt am 14.04.2016).

Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe.

LPE NRW (2016). Tätigkeitsbericht des LPE NRW e. V. für 2015. *Lautsprecher*, 51/2016, S. 6 f.

LVR Dezernat Soziales (2015). *IHP 3.1 Handbuch Individuelle Hilfeplanung 2015*. Köln: LVR.

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen (2013). *Qualitäts- und Leistungsbericht des LVR-Klinikverbundes 2012/2013 – Psychiatrie und Psychotherapie*. Köln: LVR.

LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen, Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement (Hrsg.). (2009). *Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement – NBQM. Ein Landesmodellprojekt zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe 2006 – 2008*. Köln: LVR.

LVR-Vorlage 14/804 vom 26.10.2015: *Peer Counseling im Rheinland – Sachstandsbericht, Förderungen*.

LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen (2015). *Bericht der Beschwerdekommision für das Jahr 2014*. Münster: LWL.

LWL (2015). *Newsletter LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit*, 3. Ausgabe Herbst/Winter 2015.

LWL-Beschlussvorlage 14/0327 vom 18.03.2015: LWL-Aktionsplan Inklusion – Handlungsfeld Gesundheit, Ziff. 6.1 Dialog-Projekt "Einsatz und Evaluation der Einsatzmöglichkeiten von ausgebildeten Genesungsbegleitern/-innen und deren Bezahlung", online: <https://www.lwl.org/bi-lwl/vo020.asp?VOLFDNR=6493>.

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. *3. Kommentierte Zuwanderungs- und Integrationsstatistik Nordrhein-Westfalen*. Ausgabe 2014.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (Hrsg.). Bericht des Ministeriums „über den Stand zum Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vom 4. März 2016.

Müller, S.V. & Wolff, C. (2012). Demenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer Befragung. *Teilhabe*. 4, 51, 155 – 160.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.). (2014). *NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick. 4. Ausgabe: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013*. Online unter <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2014/NAKOS-Studien-04.pdf>.

Nickel, S., Werner, S. & Kofahl, C. (2014). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. Deskriptiver Ergebnis-Bericht zu der Befragung der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen. Online unter: http://www.uke.de/extern/shild/Materialien_Dateien/SHILD-Bericht-SH-Unterstuetzungsstellen_20140630.pdf.

Oliva, H., Görgen, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Abschlussbericht.* (Schriftenreihe des BMG, Bd. 135). Baden-Baden: BMG.

Oliva, H. & Walter-Hamann, R. (2013). *Suchthilfe in Netzwerken. Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation*, Freiburg im Breisgau, Lambertus Verlag.

Prout, H.T. & Browning, B.K. (2011). Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: a review of effectiveness research. *Advances Ment Health Intell Disabil*, 5, 53 – 59.

Qualitätsstandards Gemeindepsychiatrischer Verbände in der BAG GPV vom 14. Dezember 2012; <http://www.bag-gpv.de/bag-gpv.asp?id=9&mod=User> (Abruf zuletzt am 28.01.2016).

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox. A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9,1, 1-25.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2016). *Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG)* (Bearbeitungsstand: 26. April 2016).

Regus, M. & Gries, K. (2005). *Psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis. Arbeitshilfe für die Kommunale Gesundheitsberichterstattung mit umfangreichem Materialteil.* Hrsg. vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Bielefeld: lögd.

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. S. 370.

Schädler, J. u. a. (2008). *Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Selbstständiges Wohnen behinderter Menschen. Individuelle Hilfen aus einer Hand“.* Siegen: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE), Forschungsgruppe IH-NRW.

Schädler, J. & Rohrman A. (2007). Zuständigkeitsregelungen und Reformperspektiven für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen. *NDV*, 6, 229 ff.

Schleuning, G. (2014). Soforthilfe bei seelischen Krisen – psychiatrische Versorgung neu aufstellen! In: Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 30-49). Köln: Psychiatrie Verlag.

Seidel, (2009). *Psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung – Warum bedarf es geeigneter Angebote?* Vortrag beim 5. Hauptstadtsymposium der DGPPN am 17. Juni 2009 in Berlin.

Schmid-Zabel, R. (2014). Krisenhilfe – politischer Auftrag. In: Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 62-68). Köln: Psychiatrie Verlag.

Schrader, R. (2015). *Muttersprachliche Betreuung als Methode des Ambulant Betreuten Wohnens*. Stellungnahme der Arbeitsgruppe Psychiatrie und Migration des Facharbeitskreises Sozialpsychiatrie der Parität vom November 2015.

Schuler-Ocak, M., Eichberger, M.C., Penka, S., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 58, 6, 527 – 532.

Schulz-Nieswandt, F. (2011). *Gesundheitsselfhilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen in Deutschland – Der Stand der Forschung im Lichte der Kölner Wissenschaft von der Sozialpolitik und des Genossenschaftswesens*. Baden-Baden: Nomos. S. 14.

Seidel, (2009). *Psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung – Warum bedarf es geeigneter Angebote?* Vortrag beim 5. Hauptstadtsymposium der DGPPN am 17. Juni 2009 in Berlin.

Selbstbestimmt Leben – *Gemeinsam Teilhabe ermöglichen*. Landesförderplan „Alter und Pflege“ des Landes Nordrhein-Westfalen. NRW 2016 – 2017 gemäß § 19 APG NRW.

Stadt Bielefeld (o.J.). *Abschlussbericht zum Projektverlauf „Frühwarn- und Frühinterventionssystem zur Vermeidung und Bewältigung psychiatrischer Krisen“ mit dem Ziel der Reduzierung von zwangsweisen Unterbringungen nach dem PsychKG NRW*. Bielefeld: Gesundheitsamt.

<https://www.bielefeld.de/ftp/dokumente/AbschlussberichtModellprojekt.pdf>

Stadt Köln (Hrsg.) (2011). *Psychiatrie 2011. Bericht und Planung*.

Stadt Köln (2000). *Organisationsverfügung zur Regelung der Zuständigkeiten nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 30.03.2000*.

Steinhoff-Kemper, C. & Bobzien, M. (2011). *Selbsthilfefreundliche Praxis NRW. Projektbericht zum Dortmunder Pilot*. Bielefeld: Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW.

Thiel, W. (2013). Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfeunterstützungsstellen: Profil und Angebote von professionellen Infrastruktur-, Unterstützungs- und Beratungseinrichtungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in Deutschland. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). *selbsthilfegruppenjahrbuch 2013*. S. 59-67.

Uebele, G. (2009). Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Praktizierter Dialog. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 39,3.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2015). *Monitor Patientenberatung 2015. Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V*. Berlin: UPD.

Utschakowski J. (2009). EX-IN-Psychiatrieerfahrung als Kompetenz – Ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen. In Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel & P. Kruckenberg (Hrsg.), *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie*. Tagungsbericht Kassel, 3./4. November 2008 (S. 248-254). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Wenk-Wolff, C. (2014). Rahmenprogramm von der Funktion her denken! In: Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen*. (S. 272-280). Köln: Psychiatrie Verlag.

Wohlfahrt, N., & Zühlke, W. (2014). *Expertise zur Situation der Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Büros in Nordrhein-Westfalen*. Unveröffentlichter Bericht.

World Health Organisation Europe (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: WHO.

Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen (2005). *Hilfen zum selbständigen Wohnen in der Stadt Dortmund* (überarbeitete Version vom 2. März 2005). Siegen: ZPE.

8 Glossar

Abb.	Abbildung
ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
AG	Arbeitsgruppe
AGpR	Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e. V.
AK	Arbeitskreis
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.
APG	Alten- und Pflegegesetz
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenzen
AV	Ausführungsverordnung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AZAV	Anerkennungs- und Zulassungsverordnung Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BEW	Betreutes Einzelwohnen
BeWo	Betreutes Wohnen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTHG	Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGBS	Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGSGB	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.
DIN ISO	Qualitätsmanagementnorm
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	Qualitätsmanagement-System der European Foundation for Quality Management

e. V.	Eingetragener Verein
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
EX-IN	Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie
F-Diagnose	Diagnoseschlüssel für Psychische und Verhaltensstörungen
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEPA	Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilha-beorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GO	Geschäftsordnung
GPG	Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gGmbH
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GSP	Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH des Paritätischen NRW
HPK	Hilfeplankonferenz
ICD/ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IHP	Individueller Hilfeplan
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen
IV	Integrierte Versorgung
Kap.	Kapitel
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenzen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHGG	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
KoKoBe	Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstelle
KOSKON	Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen
KSL	Kompetenzzentrum Selbstbestimmtes Leben
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen – Qualitätssicherungsverfahren

KV	Kassenärztliche Vereinigung
LIGA	Zusammenschluss der Wohlfahrtsverbände
LK	Landkreis
LÖGD NRW	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
LPE	Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW e. V.
LZG	Landeszentrum Gesundheit
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
MAIS	Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW
Max	Maximal
Min	Minimal
M-S-N	Messie-Selbsthilfe-Netzwerk e. V.
MZEB	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen
N	Anzahl
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGDG	Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PsychEntgG	Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PsychKG NRW	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PsychPV	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PTK	Psychotherapeutenkammer
RGSP	Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
RKI	Robert Koch Institut
S3-Leitlinie	Medizinische Leitlinie, die alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen hat
SGB I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch (Allgemeiner Teil)
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch (Grundsicherung für Arbeitssuchende)
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch (Arbeitsförderung)

SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Krankenversicherung)
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch (Kinder- und Jugendhilfe)
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (Sozialverwaltungsverfahren)
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch (Pflegeversicherung)
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (Sozialhilfe)
SHILD	BMG-geförderte Studie zu Gesundheitsbezogener Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPKoM	Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration
SPV	Sozialpsychiatrischer Verbund
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
Tab.	Tabelle
THP	Individuelle (bzw. Integrierte) Teilhabeplanung
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
UN-BRK	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
QM	Qualitätsmanagement
VZÄ	Vollzeitstellen-Äquivalent
WGSP	Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz
ZPE	Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen
ZsL	Zentrum für selbstbestimmtes Leben e. V.

9 Anhang

<u>Kap. Anhang</u>	<u>Seite</u>
I. ALLGEMEINE DATEN	176
II. QUANTITATIVE ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNGEN	185
II.1. Handlungsfeld I: Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen	185
II.1.1. Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes	185
II.1.2. Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes	192
II.1.3. Krisenhilfe des spezialisierter Krisendienst	197
II.1.4. Weitere Beteiligte an ambulanten Krisenhilfen	201
II.1.5. Abschließende Fragen zu Handlungsfeld I	202
II.2. Handlungsfeld II: Koordination, Planung und Steuerung	203
II.3. Handlungsfeld III: Beschwerdewesen	214
II.4. Handlungsfeld IV: Selbsthilfe	215
II.4.1. Befragung der Kommunen	215
II.4.2. Befragung der Landesverbände der Selbsthilfe	220

Tabellenverzeichnis Anhang

<u>Tab. Anhang</u>	<u>Seite</u>
Tab. 17: Datenquellen und -halter	176
Tab. 18: Stichworte/Suchbegriffe/Items für die Recherche und die Erhebungen	177
Tab. 19: Bevölkerungszahl zum 31.12.2014 in der Kommune	181
Tab. 20: Anzahl Unterbringungen nach PsychKG 2011 – 2013 und Durchschnittswert in den Kommunen in NRW sowie Rate der Unterbringungen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW)	182
Tab. 21: Anzahl der Landkreise bzw. kreisfreien Städte	184
Tab. 22: Zugehörigkeit zu den Landschaftsverbänden	184
Tab. 23: Welche Dienste erbringen ambulante Hilfen in psychischen Krisen in der Kommune?	184
Tab. 24: Wird die ambulante Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Kooperation mit anderen Stellen oder Akteuren erbracht?	185
Tab. 25: An wie vielen Standorten ist der Sozialpsychiatrische Dienst für Krisenhilfe erreichbar?	185
Tab. 26: Ist der Sozialpsychiatrische Dienst für Krisenhilfe barrierefrei erreichbar?	185
Tab. 27: Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit der Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes?	185
Tab. 28: Gibt es für die Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes eine eigenständige Finanzierung/ein definiertes Budget?	185
Tab. 29: Wie viele hauptamtlich Beschäftigte waren im Dezember 2014 im Sozialpsychiatrischen Dienst tätig?	186
Tab. 30: Ist die Arbeit des SpDi in der Kommune in einer schriftlichen Konzeption beschrieben?	186
Tab. 31: Wird in der aktuellen Konzeption des Sozialpsychiatrischen Dienstes die Krisenhilfe explizit beschrieben?	186
Tab. 32: Wer kann den Krisendienst nutzen?	187
Tab. 33: Ist die Website des Sozialpsychiatrischen Dienstes barrierefrei?	187
Tab. 34: Welche der folgenden Leistungen bietet die Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes an (Bezug 2014)?	188
Tab. 35: In welchen Sprachen kann Krisenhilfe geleistet werden?	188
Tab. 36: Sprachen, in denen Krisenhilfe geleistet werden kann	189
Tab. 37: Kann der SpDi auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachigem Klientel zurückgreifen?	191
Tab. 38: Fallzahlen Krisenhilfe	191
Tab. 39: Geschlecht betroffener Klientinnen und Klienten (Bezug 2014)	191
Tab. 40: Alter betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014)	191
Tab. 41: Migrationshintergrund betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014)	192

Tab. Anhang	Seite
Tab. 42: Nutzt der SpDi eine EDV-gestützte Form für die Dokumentation von Daten von Klientinnen und Klienten und von Leistungsdaten im Rahmen der Krisenhilfe?	192
Tab. 43: Arbeitet der Sozialpsychiatrische Dienst mit einem Qualitätsmanagementsystem?	192
Tab. 44: Wenn ja, mit welchem Qualitätsmanagementsystem?	192
Tab. 45: Gibt es in Ihrer Kommune einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst?	192
Tab. 46: Werden die Leistungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Bereich der ambulanten Krisenhilfe in Kooperation mit anderen Stellen oder Akteuren erbracht?	193
Tab. 47: An wie vielen Standorten ist der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst erreichbar?	193
Tab. 48: Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes?	193
Tab. 49: Hauptamtlich Beschäftigte (im Dezember 2014) im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst	193
Tab. 50: Sind die Aufgaben des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in einer schriftlichen Konzeption beschrieben?	193
Tab. 51: Wird in der aktuellen Konzeption des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes die Krisenhilfe explizit beschrieben?	194
Tab. 52: Wer kann den Krisendienst des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes nutzen?	194
Tab. 53: Ist die Website des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes für Krisen barrierefrei?	194
Tab. 54: Erreichbarkeit der Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes	195
Tab. 55: Welche der folgenden Leistungen bietet die Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes an (Bezug 2014)?	195
Tab. 56: In welchen Sprachen kann im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Krisenhilfe geleistet werden?	195
Tab. 57: Kann der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachigem Klientel zurückgreifen?	196
Tab. 58: Fallzahlen Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (Bezugsjahr 2014)	196
Tab. 59: Geschlecht betroffener Klientinnen und Klienten beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (Bezugsjahr 2014)	196
Tab. 60: Alter betroffener Klientinnen und Klienten beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (Bezugsjahr 2014)	196
Tab. 61: Migrationshintergrund betroffener Klientinnen und Klienten beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (Bezugsjahr 2014)	197

Tab. Anhang	Seite
Tab. 62: Nutzt der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst eine EDV-gestützte Form für die Dokumentation von Daten von Klientinnen und Klienten - und von Leistungsdaten im Rahmen der Krisenhilfe?	197
Tab. 63: An wie vielen Standorten ist der spezialisierte Krisendienst erreichbar?	197
Tab. 64: Ist der spezialisierte Krisendienst barrierefrei erreichbar?	197
Tab. 65: Wie viele hauptamtlich Beschäftigte waren im Dezember 2014 im spezialisierten Krisendienst tätig?	198
Tab. 66: Kann der spezialisierte Krisendienst derzeit auf ehrenamtlich/freiwillig Beschäftigte zurückgreifen?	198
Tab. 67: Liegt für den spezialisierten Krisendienst eine Konzeption vor?	198
Tab. 68: Wer kann den spezialisierten Krisendienst nutzen?	199
Tab. 69: Welche der folgenden Leistungen bietet die Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes an (Bezug 2014)?	199
Tab. 70: In welchen Sprachen kann im spezialisierten Krisendienst Krisenhilfe geleistet werden?	200
Tab. 71: Kann der spezialisierte Krisendienst auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachigem Klientel zurückgreifen?	200
Tab. 72: Sprachen in denen Krisenhilfe geleistet werden kann (spez. Krisendienst) und Beurteilung der Unterstützung bei fremdsprachigem Klientel	200
Tab. 73: Bitte geben Sie die Anzahl von Krisenhilfe-Fällen im Jahr 2014 an	200
Tab. 74: Geschlecht betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014)	200
Tab. 75: Alter betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014)	201
Tab. 76: Migrationshintergrund betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014)	201
Tab. 77: Nutzt der spezialisierte Krisendienst eine EDV-gestützte Form für die Dokumentation von Daten von Klientinnen und Klienten und von Leistungsdaten?	201
Tab. 78: Gibt es neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst, seinen Kooperationspartnern, ggf. dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst und/oder dem spezialisierten Krisendienst weitere Akteure, die ambulante Hilfen bei psychiatrischen Krisen anbieten – freie Träger, das Jugendamt o. a.?	201
Tab. 79: Gibt es in Ihrer Kommune Vereinbarungen mit Polizei und Feuerwehr über die Zusammenarbeit/die Einschaltung ambulanter Krisenhilfen zur Deeskalation der Situation – insbesondere bzgl. der Vermeidung von Klinikeinlieferungen?	202
Tab. 80: Sind Ihnen (andere) gute Beispiele innovativer ambulanter Krisenhilfe bekannt?	202
Tab. 81: Besteht in Ihrer Kommune eine eigenständige Stelle/Abteilung für Psychiatriekoordination?	203

Tab. Anhang	Seite
Tab. 82: Werden Daten von SpDi, kinder- und jugendpsychiatrischem Dienst oder anderen Hilfen bei psychischen Krisen für die Psychiatrieplanung genutzt?	203
Tab. 83: Grundlagen der Gremienarbeit	204
Tab. 84: Aufgaben der verschiedenen Gremien	205
Tab. 85: Anzahl der Aufgaben differenziert nach Gremium	206
Tab. 86: Mitglieder/Akteure der verschiedenen Gremien	207
Tab. 87: Anzahl der Mitglieder/Akteure differenziert nach Gremium	210
Tab. 88: Verteilung der Gremien nach Kommune	210
Tab. 89: Weitere Gremien in den Kommunen	212
Tab. 90: Kennen Sie gute Beispiele für die Weiterentwicklung der Versorgung oder die fallbezogene Steuerung der Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen Behinderung und für die Partizipation Betroffener und Angehöriger?	213
Tab. 91: Gibt es eine Anlaufstelle für Beschwerden psychisch kranker Menschen bzw. für deren Angehörige außerhalb von psychiatrischen Kliniken in Ihrer Kommune?	214
Tab. 92: Ist die Beschwerdestelle barrierefrei erreichbar?	214
Tab. 93: Ist die Internetseite barrierefrei?	214
Tab. 94: Selbsthilfegruppen psychisch kranker bzw. psychiatrienerfahrener Personen	215
Tab. 95: People-first-Gruppen und selbstbestimmt leben	216
Tab. 96: Sonstige Selbsthilfegruppen	216
Tab. 97: Diagnosespezifische Selbsthilfegruppen	217
Tab. 98: Zielgruppenbezogene Selbsthilfegruppen, z. B. für Menschen mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge, junge Menschen	218
Tab. 99: Mehrfachdiagnosen	218
Tab. 100: Gibt es in Ihrer Kommune Selbsthilfegruppen, die sich in spezifischer Weise an Frauen bzw. an Männer mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen richten?	219
Tab. 101: Gibt es in Ihrer Kommune Selbsthilfegruppen, die sich in spezifischer Weise an Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen richten?	219
Tab. 102: Unterstützt die Kommune Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen finanziell?	219
Tab. 103: Unterstützt die Kommune innovative Ansätze der Selbsthilfe von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen, wie z. B. Peer-to-Peer-Beratung, Bemühungen zur Qualitätsentwicklung o. ä. finanziell?	219
Tab. 104: Gibt es Förderungen von anderen Stellen für die Selbsthilfe oder Modellprojekte unter Einbezug der Selbsthilfe?	219

Tab. Anhang	Seite
Tab. 105: Gibt es eine Abstimmung der Selbsthilfeförderung durch Krankenkassen mit der kommunalen Seite?	220
Tab. 106: Gibt es Trialogforen in Ihrer Kommune?	220
Tab. 107: Wirken Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen an regionalen/kommunalen Planungs- und Steuerungsprozessen mit?	220
Tab. 108: Seit wann ist der Landesverband aktiv?	220
Tab. 109: Arbeitet Ihr Landesverband (LV) auf der Grundlage einer Konzeption?	220
Tab. 110: Verfügt Ihr Landesverband über hauptamtliche Stellen?	221
Tab. 111: Stellenkapazität beim Landesverband	221
Tab. 112: Wie viele Ehrenamtliche arbeiten aktiv im Landesverband mit?	221
Tab. 113: Wie viele Gruppen im Land NRW sind in Ihrem Landesverband (LV) organisiert?	221
Tab. 114: Wie viele Personen im Land NRW sind in den Ihnen zugehörigen Gruppen aktiv?	221
Tab. 115: Unterstützt der Landesverband geschlechterbezogene Aktivitäten, Fortbildungen dazu, Konzeptentwicklung o. ä.?	221
Tab. 116: Wie viele Menschen mit Migrationshintergrund sind in Ihrem Landesverband engagiert?	222
Tab. 117: Gehen Sie in spezifischer Weise auf Menschen mit Migrationshintergrund zu?	222
Tab. 118: Unterstützt der Landesverband kultursensible Angebote und Zugangswege, Fortbildungen dazu, Konzeptentwicklung o. ä.?	222
Tab. 119: In welchen Sprachen sind Sie aktiv, halten Sie Materialien vor?	222
Tab. 120: Ist der Landesverband barrierefrei erreichbar	222
Tab. 121: Aus welchen Quellen finanzierte sich der Landesverband im Jahr 2014?	222
Tab. 122: Nutzen Sie eine EDV-gestützte Form für die Dokumentation?	223
Tab. 123: Geben Sie (regelmäßig) Berichte heraus?	223
Tab. 124: Wirken Sie an landesweiten oder lokalen/regionalen Planungsprozessen mit?	223
Tab. 125: Wirkt der Landesverband an Gremien, Arbeitsgruppen, Trialogforen o. ä. mit?	223

I. Allgemeine Daten

Tab. 17: Datenquellen und -halter

	HF 1	HF 2	HF 3	HF 4
MGEPA	X	X	X	X
LZG.NRW (z. B. zur GBE des Landes und der Kommunen)	X	X	X	X
Gesundheits- und Sozialberichterstattung des Landes und der Kommunen	X	X	X	X
Berichte der PSAG	X	X	X	X
Berichte der Psychiatriekoordination und der Arbeitsgemeinschaften der Psychiatriekoordination	X	X	X	X
Berichte der kommunalen Gesundheitskonferenzen	X	X	X	X
Kommunale Psychiatriepläne	X	X	X	X
Landschaftsverbände Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL)	X	X	X	X
Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW	X	X	X	X
Landesarbeitsgemeinschaften der Freien Wohlfahrtspflege NRW	X	X	X	X
Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe			X	X
Gesetzliche und private Krankenkassen				X
DGPPN	X			
Aktion Psychisch Kranke e. V.	X	X	X	X
DGSP	X	X	X	X
Psychiatrienetz	X	X	X	X
BAG GPV; Vereinbarungen/Verträge zur Implementierung/Umsetzung Gemeindepsychiatrischer Verbände		X		
Medpilot	X	X	X	X
Psychinfo	X	X	X	X
Psychindex	X	X	X	X
Scholar	X	X	X	X
Die für das Projekt relevanten Dezernate/Ämter der 53 nordrhein-westfälischen Kommunen; Sozial- und Gesundheitsämter	X	X	X	X
Der Patientenbeauftragte des Landes NRW			X	
Der Beauftragte für die Belange der Menschen mit Behinderung NRW			X	
LAG der Kontakt- und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie NRW				X
Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie			X	
Unabhängige Patientenberatung Deutschland			X	
Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW e. V.	X	X	X	X

	HF 1	HF 2	HF 3	HF 4
Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.	X	X	X	X
Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der Behinderten-Selbsthilfe (LAG SB NRW)				X
Selbsthilfenetz				X
KOSKON				X
Sozialpsychiatrische Dienste in NRW	X			
Patientenbeschwerdestellen in den psychiatrischen Krankenhäusern (§ 24 PsychKG) über: Berichte der Besuchskommissionen (relevante Ausschnitte)			X	
Selbsthilfe-Kontaktstellen (sollen nicht selbst befragt werden, ihre Arbeit ist Gegenstand der Befragung der Kommunen; Liste beinhaltet dies „nur“ als Aspekt zur Recherche).				X
Ergänzend: offene Suche nach einschlägigen Studien, Forschungs- und Modellprojektberichten – soweit sie sich auf das Land NRW beziehen; ebenso Suche nach statistischen Daten, Repräsentativerhebungen sowie Gesundheits- und Sozialberichterstattungen	X	X	X	X

Quelle: FOGS

Tab. 18: Stichworte/Suchbegriffe/Items für die Recherche und die Erhebungen

Handlungsfeldbezogene Suchbegriffe/Items
Übergreifend
Rechtliche und gesundheits- und sozialpolitische Rahmenbedingungen
Handlungsfeld 1: Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen
Art und Anzahl der relevanten Akteure bzw. Angebote in der ambulanten Krisenhilfe und deren regionale Verankerungen
- Allgemeiner Sozialdienst
- Sozialpsychiatrische Zentren
- Selbsthilfegruppen
- Sozialpsychiatrische Dienste (inkl. Kooperationspartnern)
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
- Spezielle/psychosoziale Krisendienste in bzw. der Kommune
- spezielle Beratungsstellen für definierte Zielgruppen/Problemlagen (darunter gerontopsychiatrische Zentren, Dienste bzw. Fachstellen)
- andere Krisenhilfen
Strukturelle, prozessuale und nutzerbezogene Merkmale der ambulanten Krisenhilfen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsdimensionen)
- Träger
- Standort(e) (inkl. Nebenstellen)
- Erreichbarkeit
- Zugangswege
- personelle Ausstattung (Anzahl Stellen und Qualifikation)

Handlungsfeldbezogene Suchbegriffe/Items

- Finanzierung
- Konzeption
- Arbeitsansatz und Ziele
- Zielgruppen
- Öffnungs- bzw. Sprechzeiten
- Angebote/Leistungen
- Sprachkompetenzen
- Nutzung von Mittlerdiensten
- Merkmale der Patient*innen/Klient*innen/Nutzer*innen
- Häufigkeit der Inanspruchnahme
- Anzahl und Anlässe für die Unterbringung von Menschen in psychischen Krisen
- Art und Grund der Inanspruchnahme
- Qualitätssicherung/Dokumentation
- Ausstattungsmerkmale
- fallbezogene und institutionelle Vernetzung
- Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten

Gesetzliche Grundlagen

Gesundheits- und sozialpolitische Rahmenbedingungen

Stärken (kommunenbezogen) bzw. Einschätzung von Stärken und Schwächen von Krisenhilfen im Zuständigkeitsbereich

Entwicklungsbedarfe (kommunenbezogen)/Perspektiven

Gute Beispiele für ambulante Krisenhilfen (in NRW)

Handlungsfeld 2: Regionale Steuerung, Kooperation und Verbundstrukturen für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen

Stelle/Abteilung Psychiatriekoordination

- organisatorische Anbindung/Rang der Stelle
- Stellenumfang und Qualifikation
- weiteres Personal
- Aufgaben

Art der relevanten Steuerungs-, Vernetzungs- und Planungsstrukturen/-gremien

- Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)
- KGK AG Psychiatrie
- KGK AG Gerontopsychiatrie
- KGK AG psychisch kranke Kinder und Jugendliche
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)
- Psychiatrie-Beirat
- Trialogische Foren
- Regionale Planungskonferenzen (LWL) und Regionalkonferenzen (LVR)

Handlungsfeldbezogene Suchbegriffe/Items

Grundlagen der relevanten Steuerungs-, Vernetzungs- und Planungsstrukturen/-gremien (darin u. a. Struktur, Reichweite, Ausrichtung)

- Geschäftsordnung (GO)
- Satzung
- Kooperationsvereinbarung (Umfang und Verbindlichkeit der Kooperation)
- Kooperationsvertrag (Umfang und Verbindlichkeit der Kooperation)
- Informeller Zusammenschluss

Rechtsform, Vorgaben der überörtlichen Leistungsträger und deren Auswirkungen

Leitung

- durch wen (Funktion, Ansiedlung)
- Stellenumfang

Geschäftsstelle

- Personalkapazitäten
- Budget

Prozess: Sitzungen (Anzahl und Protokolle)

Aufgaben der relevanten Steuerungs-, Vernetzungs- und Planungsstrukturen/-gremien

Mitglieder/Akteure der relevanten Steuerungs-, Vernetzungs- und Planungsstrukturen/-gremien

Stellenwert und Beitrag der Gremien für Planung, Steuerung, angebotsorientierte Vernetzung

Stellenwert und Beitrag der Gremien für einzelfallbezogene Steuerung

Stellenwert von Hilfeplankonferenzen bzw. Clearingstellen

Partizipation Betroffener und Angehöriger in Planung und Steuerung

Implementationsprobleme und Entwicklungsbedarfe (kommunenbezogen)

Gute Beispiele für Steuerung (in NRW)

Psychiatrieberichte und -pläne (Erstellungsjahr und Planungshorizont)

Qualitätsmanagement bzw. Methoden der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung, Dokumentation

Handlungsfeld 3: Beschwerdewesen außerhalb psychiatrischer Kliniken

Art und Struktur der Anlaufstellen für Beschwerden psychisch kranker Menschen bzw. Angehörige

- Träger
- personelle Ausstattung (Anzahl und Stellenumfang)
- Finanzierung
- Öffnungszeiten
- Aufgaben

Anzahl der Beschwerden

Zuständigkeits-/Tätigkeitsspektrum der Beschwerdestellen

Einfluss-/Einwirkungsmöglichkeiten der Anlaufstellen

Handlungsfeldbezogene Suchbegriffe/Items

Unabhängigkeit der Anlaufstellen

Information/Öffentlichkeitsarbeit bzgl. Beschwerdemöglichkeiten

Stärken in Bezug auf Beschwerdemöglichkeiten außerhalb psychiatrischer Kliniken

Entwicklungsbedarfe in Bezug auf Beschwerdemöglichkeiten außerhalb psychiatrischer Kliniken

Gute Beispiele für Beschwerdemöglichkeiten außerhalb psychiatrischer Kliniken

Handlungsfeld 4: Selbsthilfestrukturen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen

Selbsthilfe-Kontaktstelle/-Büro (Anzahl, Größe, Struktur)

- Träger
- personelle Ausstattung (Anzahl und Stellenumfang)
- Finanzierung
- Öffnungszeiten
- Aufgaben
- Nutzende

Art und Anzahl der Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen

- Gruppen psychiatrisch kranker bzw. psychiatrieerfahrener Personen
- People-first-Gruppen, Selbstbestimmt Leben
- Diagnosespezifische Gruppen (z. B. für Angst, Borderline, Bipolar, Demenz, Schizophrenie)
- Gruppen von Angehörigen psychisch beeinträchtigter Personen
- zielgruppenbezogene Gruppen (z. B. für Migrant*innen, Flüchtlinge, junge Menschen):
- Selbsthilfegruppen bezogen auf Mehrfachdiagnosen (z. B. psychiatrische Diagnosen und körperliche oder geistige Behinderung ...)

Organisationsgrad der Selbsthilfe

Art der Unterstützung der Selbsthilfe durch Kommune

Unterstützung innovativer Ansätze der Selbsthilfe durch Kommune

Sonstige Förderung der Selbsthilfe, Modellprojekte

Bewertung der finanziellen Situation der Selbsthilfe in der Kommune

Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und professionellen Anbietern

Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Psychiatriekoordination

Dialogforen in der Kommune

Einbeziehung von Selbsthilfe in regionale/kommunale Planungs- und Steuerungsprozesse

Einfluss-/Einwirkungsmöglichkeiten der Selbsthilfe

Stärken in Bezug auf die Selbsthilfe

Gute Beispiele in Bezug auf Selbsthilfeaktivitäten und Partizipation

Entwicklungsbedarfe in Bezug auf die Selbsthilfe

Dokumentation/Qualitätssicherung

Konzeption, Ziele, Selbstverständnis

Zugangswege

Handlungsfeldbezogene Suchbegriffe/Items

Kooperation mit professionellen psychiatrischen Anbietern und mit Psychiatriekoordination

Quelle: FOGS

Tab. 19: Bevölkerungszahl zum 31.12.2014 in der Kommune¹⁹⁶

Kommune	abs.	%
Bielefeld	329.782	3,4
Bochum	361.876	2,8
Bonn	313.958	3,3
Bottrop	116.017	1,3
Dortmund	580.511	1,5
Duisburg	485.465	0,9
Düsseldorf	604.527	1,2
Ennepe-Ruhr-Kreis	322.916	0,6
Essen	573.784	0,9
Gelsenkirchen	257.651	2,0
Hagen	186.716	1,7
Hamm	176.580	2,7
Herne	154.608	2,5
Hochsauerlandkreis	261.561	1,7
Köln	1.046.680	2,6
Krefeld	222.500	1,8
Kreis Aachen/StädteRegion Aachen	547.661	5,9
Kreis Borken	365.191	0,9
Kreis Coesfeld	215.996	3,1
Kreis Düren	259.073	1,5
Kreis Euskirchen	188.158	2,6
Kreis Gütersloh	354.463	1,1
Kreis Heinsberg	249.310	1,4
Kreis Herford	249.219	1,5
Kreis Höxter	142.770	1,6
Kreis Kleve	304.963	3,3
Kreis Lippe	345.127	0,7
Kreis Mettmann	477.760	1,5
Kreis Minden-Lübbecke	309.216	1,7
Kreis Olpe	134.759	2,1
Kreis Paderborn	299.071	1,2

¹⁹⁶ Der Begriff „Kommune“ wird hier und im Folgenden als Überbegriff für alle kommunalen Gebietskörperschaften benutzt. Gemeint sind immer die kreisfreien Städte und Landkreise (inkl. der Städteregion Aachen) in NRW.

Kommune	abs.	%
Kreis Recklinghausen	613.092	3,5
Kreis Siegen-Wittgenstein	275.909	2,5
Kreis Soest	296.742	1,6
Kreis Steinfurt	437.127	1,9
Kreis Unna	391.774	2,0
Kreis Viersen	295.067	1,4
Kreis Warendorf	273.412	0,8
Kreis Wesel	457.244	2,0
Leverkusen	161.540	1,8
Märkischer Kreis	413.820	1,7
Mönchengladbach	256.853	2,1
Mülheim an der Ruhr	167.108	3,3
Münster	302.178	1,1
Oberbergischer Kreis	270.618	1,0
Oberhausen	209.292	0,9
Remscheid	109.009	1,8
Rhein-Erft-Kreis	459.448	1,5
Rhein-Kreis Neuss	442.522	2,3
Rhein-Sieg-Kreis	585.781	0,8
Rheinisch-Bergischer Kreis	279.497	1,6
Solingen	156.771	1,7
Wuppertal	345.425	2,2
Gesamt	17.638.098	100,0

Quelle:IT.NRW

Tab. 20: Anzahl Unterbringungen nach PsychKG 2011 – 2013 und Durchschnittswert in den Kommunen in NRW sowie Rate der Unterbringungen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW)

Kommune	2011	2012	2013	Durchschnittswert 2011 – 2013	
				abs.	je 1.000 EW
Aachen	546	607	560	571	2,19
Bielefeld	520	458	552	510	1,57
Bochum	168	203	230	200	0,54
Bonn	861	1.025	1.001	962	2,92
Bottrop	162	154	176	164	1,41
Dortmund	826	922	962	903	1,55
Duisburg	468	486	535	496	1,02
Düsseldorf	1.005	1.109	1.279	1.131	1,90

Kommune	2011	2012	2013	Durchschnittswert 2011 – 2013	
				abs.	je 1.000 EW
Ennepe-Ruhr-Kreis	228	246	232	235	0,71
Essen	941	899	1.080	973	1,69
Gelsenkirchen	636	543	648	609	2,37
Hagen	87	136	148	124	0,66
Hamm	137	128	118	128	0,70
Herne	60	56	48	54	0,33
Hochsauerlandkreis	249	223	225	232	0,88
Köln	2.076	2.070	2.173	2.106	2,06
Krefeld	542	588	472	534	2,28
Kreis Aachen	265	275	308	283	0,92
Kreis Borken	292	263	208	254	0,69
Kreis Coesfeld	114	127	123	121	0,55
Kreis Düren (2013: ohne Stadt Nörvenich)	565	518	585	556	2,14
Kreis Euskirchen	240	229	264	244	1,28
Kreis Gütersloh	391	389	409	409	1,12
Kreis Heinsberg	195	235	258	229	0,90
Kreis Herford	108	116	156	127	0,51
Kreis Höxter	75	88	111	91	0,63
Kreis Kleve	436	515	478	476	1,54
Kreis Lippe	286	285	259	277	0,79
Kreis Mettmann	853	1.050	793	899	1,82
Kreis Minden-Lübbecke	233	271	231	245	0,79
Kreis Olpe	50	69	68	62	0,45
Kreis Paderborn	491	570	541	534	1,77
Kreis Recklinghausen	736	687	728	717	1,15
Kreis Siegen-Wittgenstein	176	201	182	186	0,66
Kreis Soest	385	417	403	402	1,32
Kreis Steinfurt	262	266	242	257	0,58
Kreis Unna	299	296	285	293	0,72
Kreis Viersen	-/-	376	321	321	1,17
Kreis Warendorf	200	192	216	203	0,74
Kreis Wesel	448	467	438	451	0,97
Leverkusen	160	132	181	158	0,98
Märkischer Kreis	732	699	712	714	1,68
Mönchengladbach	439	391	412	414	1,61

Kommune	2011	2012	2013	Durchschnittswert 2011 – 2013	
				abs.	je 1.000 EW
Mülheim an der Ruhr	178	188	182	183	1,09
Münster	581	479	435	498	1,71
Oberbergischer Kreis	329	268	353	317	1,14
Oberhausen	109	78	-/-	94	0,44
Remscheid	280	212	267	253	2,32
Rhein-Erft-Kreis	365	383	418	389	0,83
Rhein-Kreis Neuss	371	406	390	389	0,87
Rhein-Sieg-Kreis	387	441	461	430	0,71
Rheinisch-Bergischer Kreis	249	200	205	218	0,82
Solingen	271	224	227	241	1,50
Wuppertal	425	388	459	424	1,21

Quelle: LZG.NRW, Dokumentation zum PsychKG (eig. Berechnungen); vgl. https://www.lzg.nrw.de/themen/gesundheitsberichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_kreise/themen3_2/index.html (Abruf zuletzt am 22.11.2015)

Tab. 21: Anzahl der Landkreise bzw. kreisfreien Städte

	abs.	%
Landkreis	30	60,0
kreisfreie Stadt	20	40,0
Gesamt	50	100,0

Tab. 22: Zugehörigkeit zu den Landschaftsverbänden

	abs.	%
Landschaftsverband Rheinland	24	48,0
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	26	52,0
Gesamt	50	100,0

Tab. 23: Welche Dienste erbringen ambulante Hilfen in psychischen Krisen in der Kommune?
(Mehrfachnennungen möglich)

	ja		nein	
	abs.	%	abs.	%
Sozialpsychiatrischer Dienst	49	98,0	1	2,0
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	5	10,0	45	90,0
spezialisierte Krisendienst	6	12,0	44	88,0
Sonstiges	18	36,0	32	64,0

II. Quantitative Ergebnisse der schriftlichen Befragungen

II.1. Handlungsfeld I: Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen

II.1.1. Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Tab. 24: Wird die ambulante Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Kooperation mit anderen Stellen oder Akteuren erbracht?

	abs.	%
nein	34	72,3
ja, in Kooperation	13	27,7
Gesamt	47	100,0

Tab. 25: An wie vielen Standorten ist der Sozialpsychiatrische Dienst für Krisenhilfe erreichbar?

Anzahl der Kommunen	min	max	Durchschnitt	Standardabweichung
48	1	11	3,0	2,5

Tab. 26: Ist der Sozialpsychiatrische Dienst für Krisenhilfe barrierefrei erreichbar?

	abs.	%
ja	45	93,8
nein	3	6,3
Gesamt	48	100,0

Tab. 27: Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit der Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes?

	abs.	%
gut	32	66,7
teils/teils	16	33,3
Gesamt	48	100,0

Tab. 28: Gibt es für die Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes eine eigenständige Finanzierung/ein definiertes Budget?

	abs.	%
ja	4	8,3
nein	44	91,7
Gesamt	48	100,0

Tab. 29: *Wie viele hauptamtlich Beschäftigte waren im Dezember 2014 im Sozialpsychiatrischen Dienst tätig (Gesamt VZÄ)?*

Fachgebiet / Berufsgruppe	N	min	max	Durchschnitt	Summe
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

Tab. 30: *Ist die Arbeit des SpDi in der Kommune in einer schriftlichen Konzeption beschrieben?*

	abs.	%
ja	17	36,2
nein	30	63,8
Gesamt	47	100,0

Tab. 31: *Wird in der aktuellen Konzeption des Sozialpsychiatrischen Dienstes die Krisenhilfe explizit beschrieben?*

	abs.	%
ja	11	73,3
nein	4	26,7
Gesamt	15	100,0

Tab. 32: Wer kann den Krisendienst nutzen? (Mehrfachnennungen möglich; N = 48)

	abs.	%
Menschen mit akuten psychischen Problemen, ohne (bisher) diagnostizierte psychische Erkrankung	48	100,0
Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung	48	100,0
Menschen mit einer seelischen Behinderung	48	100,0
Menschen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung	48	100,0
Wohnungslose mit einer psychischen Störung/Erkrankung	48	100,0
Angehörige von Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung	48	100,0
andere Bezugspersonen von Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung	47	97,9
Flüchtlinge mit einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung	46	95,8
gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen	46	95,8
Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung/Störung	45	93,8
Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung	24	50,0

Tab. 33: Ist die Website des Sozialpsychiatrischen Dienstes barrierefrei?

	abs.	%
ja	26	57,8
nein	19	42,2
Gesamt	45	100,0

Tab. 34: Welche der folgenden Leistungen bietet die Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes an (Bezug 2014)? (Mehrfachnennungen möglich; N = 48)

	abs.	%
Abklärung am Telefon	48	100,0
Telefonische Krisenberatung und Krisenintervention als erste Entlastungs- und Orientierungshilfe	48	100,0
Tagesgleiche persönliche Krisenberatung in der Dienststelle	44	91,7
Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen und Bezugspersonen vor Ort (mobile Einsätze am Ort der Krise)	48	100,0
Information über individuelle Hilfen	48	100,0
Zuweisung zu stationärer (Krisen)-Behandlung	45	93,8
Vermittlung an spezialisierte ambulante Hilfen (z. B. (Krisen)-Beratung und Behandlung)	37	77,1

Tab. 35: In welchen Sprachen kann Krisenhilfe geleistet werden?

	abs.	%
in mehreren Sprachen	33	68,8
ausschließlich in deutscher Sprache	15	31,3
Gesamt	48	100,0

Tab. 36: Sprachen, in denen Krisenhilfe geleistet werden kann

Englisch	Französisch	Niederländisch	Spanisch	Türkisch	Kroatisch	Italienisch	Polnisch	Serbokroatisch	Albanisch	Mazedonisch	Rumänisch	Russisch
31	12 (13)	4	3 (4)	4	1	2	3	1	1	1	1	3
Englisch												
Englisch	Französisch											Russisch
Englisch	Französisch	Niederländisch										
Englisch												
Englisch				Türkisch	Kroatisch							
Englisch	Französisch	Niederländisch					Polnisch					Russisch
Englisch	Französisch	Niederländisch										
Englisch	Französisch (teils)											
Englisch						Italienisch	Polnisch					
Englisch												
Englisch				Türkisch			Polnisch	Serbokroatisch				
Englisch												
Englisch	Französisch											
Englisch			Spanisch									
Englisch												

Englisch	Französisch	Niederländisch	Spanisch	Türkisch	Kroatisch	Italienisch	Polnisch	Serbokroatisch	Albanisch	Mazedonisch	Rumänisch	Russisch
31	12 (13)	4	3 (4)	4	1	2	3	1	1	1	1	3
Englisch												
Englisch*	Französisch*											
Englisch				Türkisch							Rumänisch	
Englisch						Italienisch						
Englisch												
Englisch	Französisch											
Englisch		Niederländisch							Albanisch	Mazedonisch		
Englisch	Französisch											
Englisch			Spanisch									
Englisch	Französisch		Rudimentär spanisch									
Englisch				Türkisch								
Englisch	Französisch											
Englisch	Französisch											
Englisch												
Englisch												Russisch
Englisch	Französisch		Spanisch									

* nicht als Muttersprache, darum mit Einschränkung

Tab. 37: Kann der SpDi auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachigem Klientel zurückgreifen? (Mehrfachnennungen möglich; N = 48)

	abs.	%
nein	10	20,8
ja, auf mehrsprachige Personen	20	41,7
ja, auf Dolmetscher	24	50,0
ja, auf Sprachmittler	13	27,1
ja, auf Sprach- und Integrationsmittler	12	25,0

Tab. 38: Fallzahlen Krisenhilfe (Bezugsjahr 2014; N = 40, geschätzt in 23 Fällen)

	N	min	max	Durchschnitt	Summe
Fallzahlen Krisenhilfe Gesamt	40	50	2.132	527	21.081
Fallzahlen Betroffene	23	24	1.652	496	11.396
Fallzahlen Angehörige	14	4	480	156	2.179

Tab. 39: Geschlecht betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014; N = 35, geschätzt in 26 Fällen)

	Anteil in %	
	min	max
männlich	37,9	80,0
weiblich	20,0	62,1

*zusätzlich zweimal Angaben zu Anteilen sonstiges Geschlecht (2 %)

Tab. 40: Alter betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014; N = 31, geschätzt in 27 Fällen)

	Anteil in %	
	min	max
unter 18 Jahren	0,7	10,0
18 bis 24 Jahre	3,0	40,0
25 – 64 Jahre	16,9	85,0
über 65 Jahre alt	2,5	40,0

Tab. 41: Migrationshintergrund betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014; N = 32, geschätzt in 30 Fällen)

	Anteil in %	
	min	max
mit Migrationshintergrund	10,0	40,0
ohne Migrationshintergrund	60,0	90,0

Tab. 42: Nutzt der SpDi eine EDV-gestützte Form für die Dokumentation von Daten von Klientinnen und Klienten und von Leistungsdaten im Rahmen der Krisenhilfe?

	abs.	%
ja	34	72,3
nein	13	27,7
Gesamt	47	100,0

Tab. 43: Arbeitet der Sozialpsychiatrische Dienst mit einem Qualitätsmanagementsystem?

	abs.	%
ja	11	22,9
nein	37	77,1
Gesamt	48	100,0

Tab. 44: Wenn ja, mit welchem Qualitätsmanagementsystem?

	abs.	%
DIN EN ISO 9001	5	71,4
EFQM	2	28,6
Gesamt	7	100,0

II.1.2. Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (N = 5)

Tab. 45: Gibt es in Ihrer Kommune einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst?

	abs.	%
ja	5	10,0
nein	45	90,0
Gesamt	50	100,0

Tab. 46: Werden die Leistungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Bereich der ambulanten Krisenhilfe in Kooperation mit anderen Stellen oder Akteuren erbracht?

	abs.
ja	2
nein	3
Gesamt	5

Tab. 47: An wie vielen Standorten ist der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst erreichbar?

Standort(e)	abs.
An einem Standort	4
An drei Standorten	1
Gesamt	5

Tab. 48: Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes?

	abs.
gut	4
teils/teils	1
Gesamt	5

Tab. 49: Hauptamtlich Beschäftigte (im Dezember 2014) im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (Gesamt VZÄ)

Fachgebiet / Berufsgruppe	N	min	max	Durchschnitt	Summe
Ärztinnen und Ärzte	4	0,5	1,5	0,9	3,5
Sozialarbeit / Sozialpädagogik und Dipl.-Pädagogik	3	1,0	3,0	1,8	5,5
Dipl.-Psychologie	2	1,0	1,5	1,25	2,5
Verwaltung	2	0,7	1,0	0,85	1,7

Tab. 50: Sind die Aufgaben des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in einer schriftlichen Konzeption beschrieben?

	abs.
ja	3
nein	2
Gesamt	5

Tab. 51: Wird in der aktuellen Konzeption des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes die Krisenhilfe explizit beschrieben?

	abs.
ja	2
nein	1
Gesamt	3

Tab. 52: Wer kann den Krisendienst des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes nutzen? (Mehrfachnennungen möglich; N = 5)

	Kinder	Jugendliche	Junge Erwachsene
Zielgruppe			
mit akuten psychischen Problemen ohne (bisher) diagnostizierte psychische Erkrankung	5	5	2
mit einer psychischen Störung/Erkrankung	5	5	2
mit einer seelischen Behinderung	5	5	2
mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung/ Erkrankung oder seelischen Behinderung	5	5	2
Flüchtlinge mit einer psychischen Störung/ Erkrankung oder seelischen Behinderung	5	5	2
mit geistiger Behinderung und psychischer Störung/Erkrankung	5	5	2
Sonstige	1	1	0
Angehörige von Kindern/Jugendlichen	5		
Andere Bezugspersonen von Kindern/Jugendlichen mit einer psychischen Störung/Erkrankung	5		

Tab. 53: Ist die Website des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes für Krisen barrierefrei?

	abs.
ja	2
nein	2
Gesamt	4

Tab. 54: Erreichbarkeit der Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes

Sprechzeit	Std.	Telefon	Std.
Mo-Fr 8.30-12.00 Uhr	17,5	Mo-Mi 14-16.00 Uhr, Do 14.17.30Uhr	9,5
Mo-Fr. 8.00-16.00, Do bis 16.30	40,5	Mo-Fr. 8.00-16.00, Do bis 16.30	40,5
Mo-Do 8.00-16.00 Uhr, Fr. 8.00-13.00 Uhr	37	Mo-Do 8.00-16.00 Uhr, Fr. 8.00-13.00 Uhr	37
Mo-Do 8.00-16.00 Uhr, Fr. 8.00-12.00 Uhr	36	Mo-Fr. 9.00-11.00 Uhr	10
Mo-Mi 8.00-16.00 Uhr, Do 8.00-17.00 Uhr und Fr. 8.00-13.00 Uhr	38	Mo-Mi 8.00-16.00 Uhr, Do 8.00-17.00 Uhr und Fr. 8.00-13.00 Uhr	38

Tab. 55: Welche der folgenden Leistungen bietet die Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes an (Bezug 2014)? (Mehrfachnennungen möglich; N = 5)

	abs.
Abklärung am Telefon	5
Telefonische Krisenberatung und Krisenintervention als erste Entlastungs- und Orientierungshilfe	5
Tagesgleiche persönliche Krisenberatung in der Dienststelle	5
Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen vor Ort (mobile Einsätze am Ort der Krise)	4
Information über individuelle Hilfen	5
Zuweisung zu stationärer (Krisen)-Behandlung	4
Vermittlung an spezialisierte ambulante Hilfen (z. B. (Krisen)-Beratung und Behandlung)	4

Tab. 56: In welchen Sprachen kann im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Krisenhilfe geleistet werden? (N = 5)

	abs.
in mehreren Sprachen (ausschließlich Englisch)	2
ausschließlich in deutscher Sprache	3
Gesamt	5

Tab. 57: Kann der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachigem Klientel zurückgreifen?

	abs.
ja, auf mehrsprachige Personen	3
ja, auf Dolmetscherinnen und Dolmetscher	3
ja, auf Sprachmittlerinnen und Sprachmittler	3
ja, auf Sprach- & Integrationsmittlerinnen und Sprach- & Integrationsmittler	1
Gesamt	9

Tab. 58: Fallzahlen Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensts (Bezugsjahr 2014; N = 5, geschätzt in 3 Fällen)

	N	min	max	Summe	Durchschnitt
Fallzahl der Krisenhilfen (Gesamt)	5	15	201	469	94
Fallzahl Betroffene	2	66	150	216	108
Fallzahl Angehörige/Bezugs- und weitere Personen	1	20	20	20	20

Tab. 59: Geschlecht betroffener Klientinnen und Klienten beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (Bezugsjahr 2014; N = 5 Dienste mit insgesamt 469 Fällen)

	Anteil in %	
	min	max
männlich	39,4	70,6
weiblich	29,4	60,6

Tab. 60: Alter betroffener Klientinnen und Klienten beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (Bezugsjahr 2014; N = 5 Dienste mit insgesamt 469 Fällen)

	Anteil in %	
	min	max
bis 13 Jahre	17,6	66,7
14 bis 17 Jahre	33,3	82,4
18 bis 26 Jahre (n = 2)	5,0	7,5

Tab. 61: Migrationshintergrund betroffener Klientinnen und Klienten beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (Bezugsjahr 2014; N = 5 Dienste mit insgesamt 469 Fällen)

	Anteil in %	
	min	max
ohne Migrationshintergrund	50,0	88,2
mit Migrationshintergrund	11,8	50,0

Tab. 62: Nutzt der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst eine EDV-gestützte Form für die Dokumentation von Daten von Klientinnen und Klienten - und von Leistungsdaten im Rahmen der Krisenhilfe?

	abs.
ja	2
nein	3
Gesamt	5

II.1.3. Krisenhilfe des spezialisierter Krisendienst (N = 6)

Tab. 63: An wie vielen Standorten ist der spezialisierte Krisendienst erreichbar?

	abs.	%
an keinem Standort	2	33,3
an einem Standort	3	50,0
an zwei Standorten	1	16,7
Gesamt	6	100,0

Tab. 64: Ist der spezialisierte Krisendienst barrierefrei erreichbar?

	abs.
ja	4
nein	2
Gesamt	6

Tab. 65: *Wie viele hauptamtlich Beschäftigte waren im Dezember 2014 im spezialisierten Krisendienst tätig?*

Fachgebiet	N	min	max	Summe
Ärztinnen und Ärzte	1			2,0
Sozialarbeit / Sozialpädagogik und Dipl.-Pädagogik	2	0,32	1,75	2,07
Krankenpflege	1			0,25
Verwaltung	1			0,12
Gesamt				4,44
Gesamt ohne Verwaltung				4,32

Tab. 66: *Kann der spezialisierte Krisendienst derzeit auf ehrenamtlich/freiwillig Beschäftigte zurückgreifen?*

	abs.
ja	2
nein	4
Gesamt	6

Tab. 67: *Liegt für den spezialisierten Krisendienst eine Konzeption vor?*

	abs.
ja	4
nein	1
nicht bekannt	1
Gesamt	6

Tab. 68: Wer kann den spezialisierten Krisendienst nutzen (Mehrfachnennungen möglich; N = 6)?

	abs.
Menschen mit akuten psychischen Problemen, ohne (bisher) diagnostizierte psychische Erkrankung	6
Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung	6
Menschen mit einer seelischen Behinderung	6
Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung	4
Menschen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung	6
Flüchtlinge mit einer psychischen Störung/Erkrankung oder seelischen Behinderung	6
gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen	6
Wohnungslose mit einer psychischen Störung/Erkrankung	6
Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung/Störung	6
Angehörige von Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung	6
andere Bezugspersonen von Menschen mit einer psychischen Störung/Erkrankung	6

Tab. 69: Welche der folgenden Leistungen bietet die Krisenhilfe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes an (Bezug 2014)? (Mehrfachnennungen möglich; N = 6)

	abs.
Abklärung am Telefon	6
Telefonische Krisenberatung und Krisenintervention als erste Entlassungs- und Orientierungshilfe	6
Tagesgleiche persönliche Krisenberatungen in der Beratungs-/Dienststelle	3
Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen vor Ort (mobile Einsätze am Ort der Krise)	5
Information über individuelle Hilfen	6
Zuweisung zu stationärer (Krisen)-Behandlung	4
Vermittlung an spezialisierte ambulante Hilfen (z. B. (Krisen)-Beratung und Behandlung)	4

Tab. 70: In welchen Sprachen kann im spezialisierten Krisendienst Krisenhilfe geleistet werden?

	abs.
in mehreren Sprachen	4
ausschließlich in deutscher Sprache	2
Gesamt	6

Tab. 71: Kann der spezialisierte Krisendienst auf Hilfen bei der Kommunikation mit fremdsprachigem Klientel zurückgreifen? (Mehrfachnennungen möglich; N = 6)

	abs.
nein	4
ja	2
Gesamt	6

Tab. 72: Sprachen in denen Krisenhilfe geleistet werden kann (spez. Krisendienst) und Beurteilung der Unterstützung bei fremdsprachigem Klientel

Sprache	Beurteilung
Englisch	
Englisch, Gebärdensprache	Weiterleitung an Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken
Abhängig von den jeweiligen Fachkräften	Verfügbarkeit von Dolmetschern/ Sprachmittlern am Wochenende muss verbessert werden.

Tab. 73: Bitte geben Sie die Anzahl von Krisenhilfe-Fällen im Jahr 2014 an (N = 5, geschätzt in einem Fall)

	N	min	max	Summe	Mittelwert
Fallzahl der Krisenhilfen (Gesamt)	5	195	3.030	8.737	1.747,4
Fallzahl Betroffene	2	760	2.2009	2.969	1.484,5
Fallzahl Angehörige/Bezugs- und weitere Personen	3	21	158	219	73,0

Tab. 74: Geschlecht betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014; N = 5, geschätzt in 3 Fällen)

	Anteil in %	
	min	max
männlich	35,0	45,7
weiblich	54,3	65,0

Tab. 75: *Alter betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014; N = 4, geschätzt in 2 Fällen)*

	Anteil in %	
	min	max
unter 18 Jahren	1,0	2,5
18 bis 24 Jahre	4,0	15,0
25 bis 64 Jahre	55,0	87,0
über 65 Jahre	4,4	30,0

Tab. 76: *Migrationshintergrund betroffener Klientinnen und Klienten (Bezugsjahr 2014; N = 3, geschätzt in 2 Fällen)*

	Anteil in %	
	min	max
ohne Migrationshintergrund	60,0	90,0
mit Migrationshintergrund	10,0	40,0

Tab. 77: *Nutzt der spezialisierte Krisendienst eine EDV-gestützte Form für die Dokumentation von Daten von Klientinnen und Klienten und von Leistungsdaten?*

	abs.
ja	4
nein	2
Gesamt	6

II.1.4. Weitere Beteiligte an ambulanten Krisenhilfen

Tab. 78: *Gibt es neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst, seinen Kooperationspartnern, ggf. dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst und/oder dem spezialisierten Krisendienst weitere Akteure, die ambulante Hilfen bei psychiatrischen Krisen anbieten – freie Träger, das Jugendamt o. a.?*

	abs.	%
ja	11	61,1
nein	7	38,9
Gesamt	18	100,0

Tab. 79: *Gibt es in Ihrer Kommune Vereinbarungen mit Polizei und Feuerwehr über die Zusammenarbeit/die Einschaltung ambulanter Krisenhilfen zur Deeskalation der Situation – insbesondere bzgl. der Vermeidung von Klinikeinlieferungen?*

	abs.	%
ja	11	61,1
nein	7	38,9
Gesamt	18	100,0

II.1.5. Abschließende Fragen zu Handlungsfeld I

Tab. 80: *Sind Ihnen (andere) gute Beispiele innovativer ambulanter Krisenhilfe bekannt?*

	abs.	%
ja	19	45,2
nein	23	54,8
Gesamt	42	100,0

II.2. Handlungsfeld II: Koordination, Planung und Steuerung

Tab. 81: *Besteht in Ihrer Kommune eine eigenständige Stelle/Abteilung für Psychiatriekoordination?*

	abs.	%
nein	12	24,0
ja als eigenständige Psychiatriekoordination	8	16,0
ja als gemeinsame Psychiatrie- und Suchtkoordination	30	60,0
Gesamt	50	100,0

Tab. 82: *Werden Daten von SpDi, kinder- und jugendpsychiatrischem Dienst oder anderen Hilfen bei psychischen Krisen für die Psychiatrieplanung genutzt?*

	abs.	%
ja	24	52,2
nein	22	47,8
Gesamt	46	100,0

Tab. 83: Grundlagen der Gremienarbeit

	KGK (N =35)	KGK AG Psychia- trie (N = 7)	KGK Ge- ronto- psychia- trie (N =8)	KGK psych. kranke Kinder/ Jugendl. (N = 7)	PSAG (N = 38)	GPV <i>(Mehrfach-</i> <i>nennungen)</i> (N = 13)	Regionale Planungs- konferenz (N = 29)	Psychia- trie Bei- trat (N = 5)	Dialog. Forum (I) (N = 7)	Dialog. Forum (II) (N = 3)
Geschäftsordnung	34	3	3	3	18	5	9	1	0	0
Satzung	1	0	0	0	7	2	1	2	1	0
Kooperationsvertrag	0	0	0	0	1	3	6	0	1	1
Kooperationsvereinbarung	0	1	0	0	2	5	9	2	0	0
Informeller Zusammenschluss	0	3	3	2	10	1	3	2	5	1

Tab. 84: Aufgaben der verschiedenen Gremien

	KGK (N = 32)	KGK AG Psychia- trie (N = 7)	KGK Ge- ronto- psychia- trie (N = 8)	KGK psych. kranke Kinder/ Jugendl. (N = 7)	PSAG (N = 35)	GPV (N = 13)	Regionale Planungs- konferenz (N = 25)	Psychia- trie Bei- trat (N = 5)	Dialog. Forum (I) (N = 8)	Dialog. Forum (II) (N = 3)
Mitwirkung an der Gesundheits- berichterstattung	26	6	5	4	8	3	8	2	2	2
Mitwirkung an kommunaler Psy- chiatriepflege	19	7	5	2	18	7	16	5	3	2
Überprüfung der Versorgung	17	7	5	5	25	11	21	4	3	1
Sicherstellung der Versorgung	9	4	2	1	11	11	14	4	0	0
Weiterentwicklung der Versor- gungsstrukturen	25	6	6	6	26	12	21	4	3	2
Umsetzung gemeins. Behand- lungs- und Betreuungsleitlinien	3	2	2	2	5	9	6	1	1	1
Umsetzung gemeins. Behand- lungs- und Betreuungsplanung	4	2	2	1	7	10	6	2	1	1
Gemeinsame Erbringung von (Komplex-)Leistungen	0	2	1	0	1	8	2	0	1	1
Entwicklung gemeinsam orga- nisierter Betreuungsprozesse	2	3	2	2	15	12	11	3	1	1
Strukturierung von Übergabe, Abgabe, Aufnahme von ge- meinsamen Klienten/Patienten	3	2	1	0	6	10	5	2	1	1
(einrichtungsübergr.) gemeins. Fallkonf./-besprechungen	0	3	1	1	5	8	4	0	1	1
Vereinheitlichung von Dokumen- tation und Qualitätssicherung	3	2	1	1	3	11	5	1	0	0
Entwicklung fallbezogener Steu- erungsinstrumente	2	1	1	2	4	7	3	1	0	0
Gemeins. Fort- und Weiterbil- dungsplanung/-durchführung	6	5	5	5	16	7	1	2	1	1
weitere Aufgaben	7	2	2	3	4	0	1	1	2	1

Tab. 85: Anzahl der Aufgaben differenziert nach Gremium

Gremium	N	min	max	MW
Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)	32	1	9	3,9
AG Psychiatrie der KGK	7	4	14	7,7
AG Gerontopsychiatrie der KGK	7	1	10	5,9
AG psych. kranke Kinder/Jugendliche der KGK	7	1	9	5,0
PSAG	35	1	12	4,4
GPV	13	5	14	9,7
Regionale Planungskonferenz	25	1	11	5,0
Psychiatrie Beirat	5	1	11	6,4
Trialogische Foren	11	1	10	4,3

Tab. 86: Mitglieder/Akteure der verschiedenen Gremien

	KGK (N = 37)	KGK AG Psychia- trie (N = 7)	KGK Ge- ronto- psychia- trie (N = 7)	KGK psych. kranke Kinder/ Jugendl. (N = 7)	PSAG (N = 38)	GPV (N = 13)	Regionale Planungs- konferenz (N = 29)	Psychia- trie Bei- trat (N = 6)	Dialog. Forum (I) (N = 7)	Dialog. Forum (II) (N = 3)
nicht bekannt	3	0	0	0	2	0	2	0	1	0
Mitglieder der politischen Fraktio- nen/der zuständigen Ausschüsse	33	3	0	1	9	0	6	1	0	0
Sozialamt	28	6	5	4	18	6	23	4	1	1
Gesundheitsamt	33	7	7	7	32	11	24	6	4	2
Ärztchammer	33	3	1	2	5	1	1	1	0	0
Zahnärztekammer	31	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Apothekenkammer	33	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Kassenärztliche Vereinigung	33	4	3	2	6	1	1	0	0	0
Kassenzahnärztliche Vereinigung	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Einrichtungen der Gesundheits- vorsorge und des Patienten- schutzes	19	3	2	3	8	1	2	0	0	0
Verbände der Freien Wohlfahrts- pflege	32	6	6	6	27	10	21	4	4	2
Gesetzliche/private Krankenver- sicherung	34	3	2	3	9	1	3	4	0	0
Gesetzliche Pflegeversicherung	22	2	0	1	1	0	1	1	0	0
Gesetzliche Rentenversicherung	20	2	0	0	2	0	0	0	0	0
Gesetzliche Unfallversicherung	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Agentur für Arbeit	7	2	0	0	6	0	2	4	0	0
Jobcenter/zugelassene komm. Träger (SGB II)	4	2	0	0	10	3	5	3	1	1
Selbsthilfe-/Betroffenen-/Ange- hörigengruppen	31	4	2	1	25	5	10	5	7	3

	KGK (N = 37)	KGK AG Psychia- trie (N = 7)	KGK Ge- ronto- psychia- trie (N = 7)	KGK psych. kranke Kinder/ Jugendl. (N = 7)	PSAG (N = 38)	GPV (N = 13)	Regionale Planungs- konferenz (N = 29)	Psychia- trie Bei- trat (N = 6)	Dialog. Forum (I) (N = 7)	Dialog. Forum (II) (N = 3)
Krankenhäuser (somatisch)	33	3	4	3	12	3	5	3	1	1
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (außer für Psychiatrie, Psy- chotherapie, Psychosomatik)	21	3	3	4	11	0	3	3	1	1
(Teil-)stationäre Einrichtungen der Pflege	23	2	3	0	13	0	5	1	1	1
Ambulante Pflegedienste	20	2	4	0	15	2	3	1	1	1
Psychiatrische Kliniken/Fachab- teilungen	20	6	6	6	32	13	13	6	6	2
Psychosomatische Kliniken/Abtei- lungen	9	2	1	2	11	4	2	2	1	1
Tageskliniken für psych. kranke Personen	8	5	5	6	25	8	6	6	4	2
Stationäre Wohneinrichtungen für psych. kranke Personen	7	6	2	5	32	12	24	6	2	1
Übergangsheime für psych. kran- ke Personen	3	4	0	3	18	7	9	3	1	0
Ambulant Betreutes Wohnen für psych. kranke Personen	5	6	1	3	34	12	24	6	6	2
Ambulante psychiatrische Pfl- gedienste (APP)	4	2	2	1	18	7	8	2	0	0
Bildungs- und Beschäftigungs- träger	5	4	2	4	13	4	3	3	1	1
Werkstätten für psych. kranke und seelisch behinderte Perso- nen	4	3	0	1	29	10	14	6	1	0

	KGK (N = 37)	KGK AG Psychia- trie (N = 7)	KGK Ge- ronto- psychia- trie (N = 7)	KGK psych. kranke Kinder/ Jugendl. (N = 7)	PSAG (N = 38)	GPV (N = 13)	Regionale Planungs- konferenz (N = 29)	Psychia- trie Bei- trat (N = 6)	Dialog. Forum (I) (N = 7)	Dialog. Forum (II) (N = 3)
Zuverdienstprojekte für psych. kranke und seelisch behinderte Personen o. ä.	1	2	0	0	13	9	5	4	0	1
Integrationsbetriebe für psych. kranke und seelisch behinderte Personen	2	3	0	0	18	6	3	4	1	1
Tagesstätten für psych. kranke und seelisch behinderte Personen	3	5	1	0	24	10	13	5	3	2
Sozialpsychiatrischer Dienst	10	5	7	6	33	11	23	6	3	1
Beratungsstellen für psych. kranke Personen	3	5	4	6	30	8	12	5	4	2
Krisendienst für psych. kranke Personen	1	2	1	1	16	7	6	2	1	0
Ärztliche/psychologische Psychotherapeuten	11	4	3	5	21	2	3	5	3	2
niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde, Neurologie, Kinder- und Jugendpsych. etc.	11	4	1	4	20	1	3	5	2	2
weitere Mitglieder/Akteure (1)	9	0	1	1	7	4	4	0	0	0
weitere Mitglieder/Akteure (2)	5	0	1	2	4	0	1	0	0	0

Tab. 87: Anzahl der Mitglieder/Akteure differenziert nach Gremium

Gremium	N	min	max	MW
Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)	34	4	31	19,3
AG Psychiatrie der KGK	7	5	34	18,4
AG Gerontopsychiatrie der KGK	7	8	18	11,6
AG psych. kranke Kinder/Jugendliche der KGK	7	8	22	13,6
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)	36	3	33	16,9
Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)	13	7	22	13,9
Regionale Planungskonferenz	26	5	28	11,3
Psychiatriebeirat	6	14	25	19,7
Trialogische Foren	10	1	21	9,7

Tab. 88: Verteilung der Gremien nach Kommune

Kommune	Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)	AG Psychiatrie der KGK	AG Gerontopsych. der KGK	AG psych. kranke Kinder/ Jugendliche der KGK	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)	Gemeindepsychiatr. Verbund (GPV)	Regionale Planungskonferenz	Psychiatrie Beirat	Trialogisches Forum (I)	Trialogisches Forum (II)
I	X						X	X		
II	X				X	X	X			
III	X				X					
IV										
V	X								X	
VI	X				X	X	X			
VII					X		X			
VIII	X						X			
IX	X	X			X		X			
X			X			X	X			
XI	X				X	X	X			
XII			X		X		X			
XIII	X				X		X			
XIV	X				X		X			
XV	X				X					
XVI	X	X		X	X		X			
XVII	X						X	X	X	X
XVIII	X			X		X	X			

Kommune	Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)	AG Psychiatrie der KGK	AG Gerontopsych. der KGK	AG psych. kranke Kinder/ Jugendliche der KGK	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)	Gemeindepsychiatr. Verbund (GPV)	Regionale Planungskonferenz	Psychiatrie Beirat	Trialogisches Forum (I)	Trialogisches Forum (II)
XIX	X				X		X			
XX	X				X		X			
XXI					X		X			
XXII	X			X	X	X				
XXIII	X		X	X	X		X			
XXIV	X		X		X				X	
XXV	X				X	X		X		
XXVI	X	X			X		X			
XXVII					X	X	X	X	X	
XXVIII		X			X					
XXIX	X				X					
XXX	X				X					
XXXI	X				X	X	X			
XXXII							X			
XXXIII	X				X		X			
XXXIV	X	X					X		X	
XXXV	X				X		X			
XXXVI	X				X					
XXXVII	X			X	X				X	
XXXVIII	X				X	X				
XIL					X			X		
XL	X						X			
XLI	X				X					
XLII		X	X	X	X					
XLIII	X				X					
XLIV		X	X		X		X	X	X	X
XLV	X				X					
XLVI	X		X		X	X			X	X
XLVII					X					
XLVIII	X				X	X	X			
IL	X		X	X						
L						X	X			
50	37	7	8	7	38	13	29	6	8	3

Tab. 89: Weitere Gremien in den Kommunen

Arbeitsgemeinschaften/ Arbeitskreise etc.	Bündnis gegen Depression	Weitere Gremien
Arbeitsgemeinschaft Gemein- depsychiatrie	Bündnis gegen Depression	Kommission Forensik
AG Sucht	Bündnis gegen Depression	RT Arbeit und Rehabilitation
AG Wohnungslosigkeit und Gesundheit	Netzwerk Depression	Alzheimer Gesellschaft
AK Selbsthilfe		Behindertenbeirat
AK psychisch kranke Woh- nungslose		Fachbeirat Inklusion: Behindertenbeiräte und Betroffenenvertretung der Städte und Gemeinden
AK Pflege in der Gerontopsy- chiatry		Fachkonferenz Psychiatrie & Sucht
AK Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie		Netzwerk Kinder und Jugendliche psy- chisch kranker Eltern
AK Geistige Behinderung		Kommunale Pflegekonferenz im Kreis
AK Psychisch Kranker		Forensik Beirat
AK Gerontopsychiatrie		Trägerverbund SPZ
AK: Gesundheit und Migration		Trägerverbund Behindertenhilfe
Facharbeitskreis Psychiatrie		Planungskonferenz Eingliederungshilfe Wohnen
Sozialpsychiatrischer Verbund mit AK Betreutes Wohnen		Kooperationsgespräch Kinder- und Ju- gendpsychiatrie und Jugendhilfe
Sozialpsychiatrischer Verbund mit AK ArbeitQualifizierung- BeschäftigungRehabilitation		Pflegekonferenz (versucht Themenfeld inklusiv zu denken und entsprechend auch ältere Menschen der Sozialpsychi- atrie Gremien übergreifend wahrzuneh- men und die Akteure zu vernetzen)
Sozialpsychiatrischer Verbund mit AK KontaktFreizeitTages- strukturBeratungSelbst- hilfeTrialog		Netzwerk Kinder als Angehörige psy- chisch kranker Eltern (KAP-DO)
Sozialpsychiatrischer Verbund mit AK RunderTischDemenz		Lenkungsgruppe Suchthilfe BeWo
Sozialpsychiatrischer Verbund mit AK Prävention		Netzwerk Fachgespräch im Streetwork- Projekt
Sozialpsychiatrischer Verbund mit AK SuchtDrogenhilfe		
Sozialpsychiatrischer Verbund mit AK KinderJugendliche		
Arbeitskreis Gemeinde- psychiatrische Versorgung im Kreis		
AG Selbsthilfe		
AK Präventionspfad Seele		

Tab. 90: *Kennen Sie gute Beispiele für die Weiterentwicklung der Versorgung oder die fallbezogene Steuerung der Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen Behinderung und für die Partizipation Betroffener und Angehöriger? (Mehrfachnennungen möglich; N = 40)*

	abs.	%
nein	22	55,0
ja, für die Weiterentwicklung der Versorgung	16	40,0
ja, für fallbezogene Steuerung	9	22,5
ja, für die Partizipation Betroffener	16	40,0
ja, für die Partizipation Angehöriger	10	25,0

II.3. Handlungsfeld III: Beschwerdewesen

Tab. 91: *Gibt es eine Anlaufstelle für Beschwerden psychisch kranker Menschen bzw. für deren Angehörige außerhalb von psychiatrischen Kliniken in Ihrer Kommune?*

	abs.	%
ja	24	51,1
nein	23	48,9
Gesamt	47	100,0

Tab. 92: *Ist die Beschwerdestelle barrierefrei erreichbar?*

	abs.	%
ja	15	93,8
nein	1	6,3
Gesamt	16	100,0

Tab. 93: *Ist die Internetseite barrierefrei?*

	abs.	%
ja	9	64,3
nein	5	35,7
Gesamt	14	100,0

II.4. Handlungsfeld IV: Selbsthilfe

II.4.1. Befragung der Kommunen

Tab. 94: Selbsthilfegruppen psychisch kranker bzw. psychiatrie-erfahrener Personen

Art der Gruppe:	Betroffene	Angehörige	Betroffene und Angehörige	unklar
	1	2	3	
	16	1	2	
	9	4		
	17	7	2	
	2			
	18	2		
	40	1	3	
	1	1		
	4	2	2	
	4			
	7		2	1
	1	1		
	4	6		
		1		
	6	1		
				16
	1	1		
	11	1	1	
	1	1		
	1			
	7	4		
	1			
	3	2	1	
	17	16		
	52	3		
	2	4		
	11	3		
	21			
	13	4	1	
Gesamt	264	66	17	17
Mittelwert Anzahl Gruppen	9,78	3,14	1,9	5,7
Min Anzahl Gruppen	1	1	1	1
Max Anzahl Gruppen	52	16	3	16
Anz. Kommunen mit Angebot	27	21	9	3

Tab. 95: *People-first-Gruppen und selbstbestimmt leben*

Gruppen	Betroffene	Angehörige	Betroffene und Angehörige	unklar
	1			
	1			
	1			
Gesamt	3			
Mittelwert Anzahl Gruppen	1			
Min Anzahl Gruppen	1			
Max Anzahl Gruppen	1			
Anzahl Kommunen mit Angebot	3			

Tab. 96: *Sonstige Selbsthilfegruppen*

Sonstige	Betroffene	Angehörige	Betroffene und Angehörige	unklar
			1	
	2			
Gesamt	2		1	
Mittelwert Anzahl Gruppen	1		1	
Min Anzahl Gruppen	2		1	
Max Anzahl Gruppen	2		1	
Anzahl Kommunen mit Angebot	2		1	

Tab. 97: Diagnosespezifische Selbsthilfegruppen

Diagnosespezifische Gruppen	Betroffene	Angehörige	Betroffene und Angehörige	unklar
	9	1		
	9	4		
	22	1	2	
	32	11	10	
	11			
	40			
	2			
	3	3	3	
	11	3		
	4	1		
	7			
	12	2	1	
	5			
	4			
	2			
				16
	5			
	3	16		
	7	2		
	3			
	1		1	
	11			
	17			
	13	4		
	16			
	11	7		
	1	2		
	16	5		
	6		1	
Gesamt	287	62	18	16
Mittelwert Anzahl Gruppen	10,25	4,13	3,0	16,0
Min Anzahl Gruppen	1	1	1	16
Max Anzahl Gruppen	40	16	10	16
Anzahl Kommunen mit Angebot	28	15	6	1

Tab. 98: Zielgruppenbezogene Selbsthilfegruppen, z. B. für Menschen mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge, junge Menschen

Zielgruppenbezogene Gruppen	Betroffene	Angehörige	Betroffene und Angehörige	unklar
	5			
	2			
	9			
	4	3	3	
			1	
	1			
	4		1	
Gesamt	25	3	5	
Mittelwert Anzahl Gruppen	4,17	1,5	1,67	
Min Anzahl Gruppen	1	1	1	
Max Anzahl Gruppen	9	3	3	
Anzahl Kommunen mit Angebot	6	2	3	

Tab. 99: Mehrfachdiagnosen

Selbsthilfegruppen bezogen auf Mehrfachdiagnosen	Betroffene	Angehörige	Betroffene und Angehörige	unklar
		1		
	4			
	4	2		
	14			
	6	3	3	
	1			
	1			
	1			
Gesamt	27	4	3	
Mittelwert Anzahl Gruppen	4,5	2,0	3,0	
Min Anzahl Gruppen	1	1	3	
Max Anzahl Gruppen	14	3	3	
Anzahl Kommunen mit Angebot	6	2	1	

Tab. 100: *Gibt es in Ihrer Kommune Selbsthilfegruppen, die sich in spezifischer Weise an Frauen bzw. an Männer mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen richten?*

	abs.	%
nein	17	41,5
ja	24	58,5
ja, frauenbezogene Angebote	24	58,5
ja, männerbezogene Angebote	9	22,0
Gesamt	41	100,0

Tab. 101: *Gibt es in Ihrer Kommune Selbsthilfegruppen, die sich in spezifischer Weise an Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen richten?*

	abs.	%
ja	10	23,8
nein	32	76,2
Gesamt	42	100,0

Tab. 102: *Unterstützt die Kommune Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen finanziell?*

	abs.	%
ja	19	45,2
nein	23	54,8
Gesamt	42	100,0

Tab. 103: *Unterstützt die Kommune innovative Ansätze der Selbsthilfe von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen, wie z. B. Peer-to-Peer-Beratung, Bemühungen zur Qualitätsentwicklung o. ä. finanziell?*

	abs.	%
ja	7	17,5
nein	33	82,5
Gesamt	40	100,0

Tab. 104: *Gibt es Förderungen von anderen Stellen für die Selbsthilfe oder Modellprojekte unter Einbezug der Selbsthilfe?*

	abs.	%
ja	32	76,2
nein	10	23,8
Gesamt	42	100,0

Tab. 105: Gibt es eine Abstimmung der Selbsthilfeförderung durch Krankenkassen mit der kommunalen Seite?

	abs.	%
ja	16	41,0
nein	23	59,0
Gesamt	39	100,0

Tab. 106: Gibt es Trialogforen in Ihrer Kommune?

	abs.	%
ja	22	52,4
nein	20	47,6
Gesamt	42	100,0

Tab. 107: Wirken Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen und von Angehörigen an regionalen/kommunalen Planungs- und Steuerungsprozessen mit?

	abs.	%
ja	22	52,4
nein	20	47,6
Gesamt	42	100,0

II.4.2. Befragung der Landesverbände der Selbsthilfe (N = 5)

Tab. 108: Seit wann ist der Landesverband aktiv?

Gründungsjahr des Landesverbands				
1965	1989	1990	1995	1997

Tab. 109: Arbeitet Ihr Landesverband (LV) auf der Grundlage einer Konzeption?

	Anzahl LV
ja	4
nein	1
Gesamt	5

Tab. 110: *Verfügt Ihr Landesverband über hauptamtliche Stellen?*

	Anzahl LV
ja	3
nein	2
Gesamt	5

Tab. 111: *Stellenkapazität beim Landesverband*

Anzahl LV	min	max	Summe
3	0,5	1,0	2,0

Tab. 112: *Wie viele Ehrenamtliche arbeiten aktiv im Landesverband mit?*

Anzahl LV	min	max	Durchschnitt	Summe
3	3,0	25,0	12,0	48,0

Tab. 113: *Wie viele Gruppen im Land NRW sind in Ihrem Landesverband (LV) organisiert?*

	Anzahl der LV	Anzahl der Gruppen
Gruppen für Betroffene	2	182
Gruppen für Angehörige	0	0
Gruppen für Betroffene und Angehörige	2	99
Gesamt	4	281

Tab. 114: *Wie viele Personen im Land NRW sind in den Ihnen zugehörigen Gruppen aktiv?
(N = 3)*

	Anzahl LV	Anzahl Personen
Anzahl Gruppenleitungen/Sprecherinnen und Sprecher/Koordinierende	2	48
Anzahl Gruppenmitglieder/Engagierte vor Ort	3	ca. 5.425

Tab. 115: *Unterstützt der Landesverband geschlechterbezogene Aktivitäten, Fortbildungen dazu, Konzeptentwicklung o. ä.?*

	Anzahl LV
ja	2
nein	3
Gesamt	5

Tab. 116: *Wie viele Menschen mit Migrationshintergrund sind in Ihrem Landesverband engagiert? (Anteile in Prozent; N = 2)*

	min	max
Anteil Menschen ohne Migrationshintergrund	90,0	99,0
Anteil Menschen mit Migrationshintergrund	1,0	10,0

Tab. 117: *Gehen Sie in spezifischer Weise auf Menschen mit Migrationshintergrund zu?*

	Anzahl LV
ja	2
nein	3
Gesamt	5

Tab. 118: *Unterstützt der Landesverband kultursensible Angebote und Zugangswege, Fortbildungen dazu, Konzeptentwicklung o. ä.?*

	Anzahl LV
ja	1
nein	2
Gesamt	3

Tab. 119: *In welchen Sprachen sind Sie aktiv, halten Sie Materialien vor?*

	Anzahl LV
ausschließlich in deutscher Sprache	2
in mehreren Sprachen	3
Gesamt	5

Tab. 120: *Ist der Landesverband barrierefrei erreichbar*

	Anzahl LV
ja, das Büro ist barrierefrei erreichbar	2
ja, der Internetauftritt ist barrierefrei	1
nein	3
Gesamt	5

Tab. 121: *Aus welchen Quellen finanzierte sich der Landesverband im Jahr 2014? (Anteile in Prozent; N = 3)*

	min	max
Krankenkasse (N = 3)	30,0	98,0
Mitgliedsbeiträge (N = 1)	70,0	70,0
Sonstiges (N = 2)	2,0	20,0

Tab. 122: Nutzen Sie eine EDV-gestützte Form für die Dokumentation?

	Anzahl LV
ja	3
nein	0
Gesamt	3

Tab. 123: Geben Sie (regelmäßig) Berichte heraus?

	Anzahl LV
ja	3
nein	2
Gesamt	5

Tab. 124: Wirken Sie an landesweiten oder lokalen/regionalen Planungsprozessen mit?

	Anzahl LV
Ja	3
Nein	2
Gesamt	5

Tab. 125: Wirkt der Landesverband an Gremien, Arbeitsgruppen, Trialogforen o. ä. mit?

	Anzahl LV
ja	5
nein	0
Gesamt	5

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

