



# Psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen

Landespsychiatrieplan  
NRW 2025



## **1 Einleitung ..... 6**

- 1.1 Erstellung des Landespsychiatrieplans ..... 6
- 1.2 Grundverständnis ..... 7
- 1.3 Daten zur psychischen Gesundheit ..... 8

## **2 Psychische Gesundheit fördern ..... 9**

- 2.1 Gesundheitsförderung und Prävention ..... 9
- 2.2 Selbsthilfe und Partizipation ..... 13
- 2.3 Angehörige ..... 16

## **3 Guter Zugang in die Hilfesysteme ..... 18**

- 3.1 Regionale Vernetzung ..... 18
- 3.2 Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, Soziale Teilhabe ..... 20
- 3.3 Zugang für spezifische Zielgruppen ..... 25
  - 3.3.1 Wohnungslosigkeit ..... 27

## **4 Behandlung für diejenigen, die sie benötigen.. 34**

- 4.1 Kinder und Jugendliche ..... 36
- 4.2 Erwachsene ..... 41
- 4.3 Erwachsene im höheren Lebensalter ..... 49
- 4.4 Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) ..... 52

## **5 Behandlungserfolge erhalten und Allgemeinheit schützen ..... 56**

- 5.1 Menschen mit herausforderndem Verhalten ..... 56
- 5.2 Sektorenübergreifende Versorgung ..... 59
- 5.3 Rehabilitation ..... 63

## **6 Literaturverzeichnis ..... 66**



**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

psychische Gesundheit hat eine hohe gesamtgesellschaftliche Bedeutung, da sie die Lebensqualität, die soziale Teilhabe, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die Sicherheit maßgeblich beeinflusst.

**Der Landespsychiatrieplan 2025 verfolgt daher in vier Kernfeldern die folgenden Ziele:**

**Psychische Gesundheit fördern:**


Der Erhalt von Gesundheit ist besser als jede Therapie. Dabei haben sich selbsthilfeorientierte Aktivitäten, Initiativen und Konzepte zur Gesunderhaltung der Bevölkerung vielfach bewährt.

Diese müssen weiter gestärkt werden, insbesondere damit Kinder und Jugendliche ein gesundes Fundament für die Zukunft haben. Das Land wird dazu Angebote zur Resilienz-Stärkung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen sowie selbsthilfeorientierte Aktivitäten unterstützen.

**Guter Zugang in die Hilfesysteme:**

Eine gute Versorgung geht vom einzelnen Menschen aus. Die Zugangswege zum Versorgungssystem und dessen relevante Bestandteile zu kennen, ist dafür die Voraussetzung. Außerdem braucht es einen niedrigschwiligen Zugang zu den Hilfen und eine gute Vernetzung der Hilfeangebote vor Ort.





Das MAGS setzt hierbei auf gelingende Kooperationen und fördert starke Netzwerke. So sollen etwa gemeindepsychiatrische Verbände im PsychKG gesetzlich verankert werden, um gemeinsame Planung, Sicherstellung und Qualitätssicherung der Hilfen vor Ort zu gewährleisten.

### **Behandlung für diejenigen, die sie benötigen:**

Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen eine koordinierte Versorgung, um eine optimale Behandlung unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände sicherzustellen. Insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen brauchen eine nahtlose Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg. Niedrigschwellige, aufsuchende und sektorenübergreifende Angebote sind dabei wesentliche Säulen einer gelingenden Versorgung.

Das Land wird die Entwicklung von Konzepten für regionale Krisendienste unterstützen; diese sollen in einem ersten Schritt modellhaft implementiert und evaluiert werden. Zur Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung wird das MAGS einen Prozess zur Klärung notwendiger Umsetzungsfragen mit den Beteiligten moderieren.

### **Behandlungserfolge erhalten und Allgemeinheit schützen:**

Für eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten müssen Übergänge zwischen den Sektoren so ausgestaltet werden, dass Therapieabbrüche vermieden werden. Dies dient zugleich der Prävention von Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen, da eine kontinuierliche Behandlung hier die wirksamste Maßnahme ist. Auch hier spielt eine gute Vernetzung vor Ort in gemeindepsychiatrischen Verbänden eine zentrale Rolle. Außerdem wird das MAGS NRW den Aufbau von Präventionsstellen zur Gewaltprävention unterstützen und in einem ersten Schritt die modellhafte Implementation solcher Stellen fördern.

Verbesserungspotential in der Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Ordnungs-, Polizei- und Justizbehörden wird eruiert und soll bei Bedarf in einer Neufassung des PsychKG rechtlich verankert werden.

**Mit diesen Maßnahmen werden wir die Politik rund um psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen zukunftsorientiert ausrichten und damit gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren der Versorgungslandschaft gute Antworten für die aktuellen Herausforderungen entwickeln.**



Karl-Josef Laumann MdL

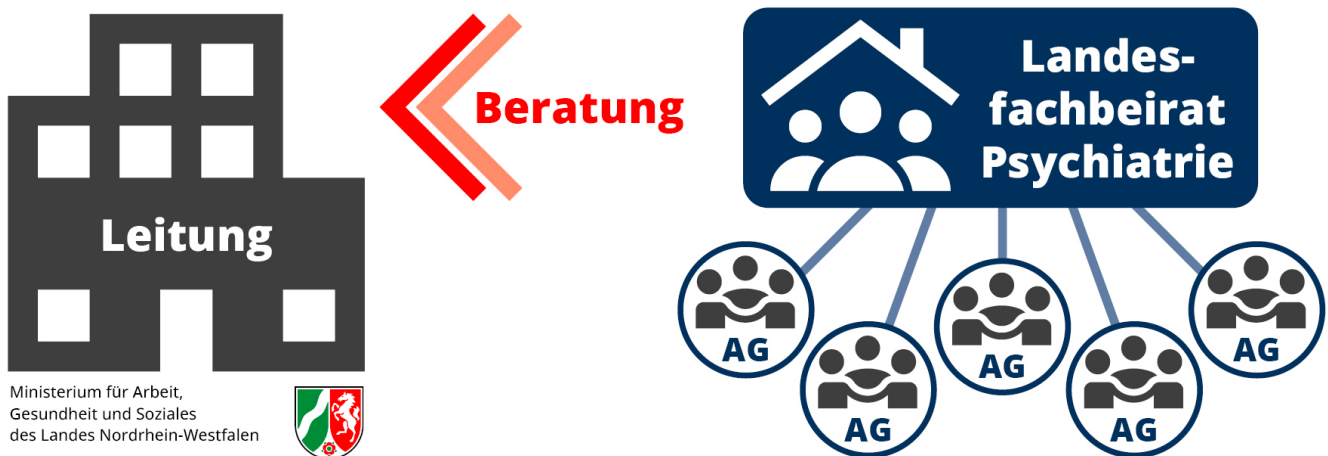
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziale des Landes Nordrhein-Westfalen

# 1 Einleitung

## 1.1 Erstellung des Landespsychiatrieplans

Ende März 2023 erfolgte die Entscheidung für eine beteiligungsorientierte Fortschreibung. Orientierende Beratungen mit verschiedenen Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Hilfesystemen wurden durchgeführt, bevor dann Ende 2023 der beteiligungsorientierte Fortschreibungsprozess begann. In dieser partizipativen Phase wurde bis Oktober 2024 mit einer Vielzahl von Expertinnen und Experten die Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen im Kontext psychischer Gesundheit über Sektorengrenzen hinweg betrachtet und diskutiert. Dazu wurden fünf Arbeitsgruppen (AGs) und 20 Unterarbeitsgruppen (UAGs) gebildet.

Der Landesfachbeirat Psychiatrie fungierte dabei als Lenkungsausschuss; das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) hat die Steuerung durch eine Koordinations- und Redaktionsgruppe im zuständigen Fachreferat V B 3 gewährleistet (s. Abb. 1).



**Abbildung 1: Arbeitsstruktur**

Insgesamt fanden über 90 Sitzungen der verschiedenen AGs und UAGs statt. Die Ergebnisse dieses umfangreichen Prozesses wurden in Arbeitspapieren festgehalten. Der Umfang der in dieser beteiligungsorientierten Phase zugeliferten Textbeiträge bzw. für fortschreibungswürdig eingeschätzten Passagen des Vorgängerplans betrug ca. 320 Seiten. Die zentralen Aussagen wurden in einem gekürzten Bericht zusammengeführt, dessen Entwurf sowohl dem Landesfachbeirat Psychiatrie vorgestellt und dort diskutiert als auch MAGS-intern zur Abstimmung vorgelegt wurde.

Im Verlauf der Arbeit an diesem Bericht wurde deutlich, dass eine konsentrierte Abstimmung all dieser Inhalte samt umfangreicher Datenergänzungen selbst bei thematischen Fokussierungen nur mit sehr hohem Aufwand zu bewältigen sein würde und nur schwer in eine Form gebracht werden könnte, die den Anforderungen an einen politisch handhabbaren Landespsychiatrieplan und zugleich dem Anspruch an Abbildung aller wichtiger Impulse aus der Beteiligungsorientierung genügen würde. Daher wurde, ähnlich wie beim Vorgängerplan, auf Basis der Ergebniszusammenfassung zum Beteiligungsprozess ein komprimierter Landespsychiatrieplan gefertigt, der sich auf die Kernbotschaften, Herausforderungen und nächsten konkreten Schritte für die kommenden Jahre beschränkt.

Der hier nun vorliegende Landespsychiatrieplan enthält somit diejenigen Maßnahmen, die in den nächsten Jahren konkret ergriffen werden sollen. Als Arbeitsgrundlage für die konkrete Ausgestaltung der jeweiligen Maßnahmen dienen die Ergebnisse aus dem Beteiligungsprozess.

## 1.2 Grundverständnis

**Der Landespsychiatrieplan folgt dem in der Versorgungslandschaft in Nordrhein-Westfalen geteiltem Verständnis psychischer Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens, in dem ein Mensch seine eigenen Fähigkeiten nutzen, mit den normalen Lebensbelastungen umgehen, produktiv arbeiten sowie einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft leisten kann (WHO, 2022).**

Neben der Möglichkeit, sich selbstbestimmt entfalten zu können, sind auch gelebte Teilhabe an Arbeit und soziale Teilhabe untrennbar mit psychischer Gesundheit verbunden. Einen wichtigen Rahmen, der auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen von erheblicher Bedeutung ist, bilden das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) und das Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt, die sogenannte Istanbul-Konvention. Die Grundsätze der UN-BRK sind in Artikel 3 verankert und beziehen sich auf Selbstbestimmung, Teilhabe, Partizipation, Nicht-Diskriminierung, Geschlechtergerechtigkeit, Zugänglichkeit und Chancengleichheit. Artikel 4 der Istanbul-Konvention sieht vor, das Recht von Frauen auf ein Leben ohne Gewalt und Diskriminierung zu schützen. Die UN-BRK stärkt die im Grundgesetz sowie im Sozialgesetzbuch (SGB) IX verankerten und zuletzt im Patientenrechtegesetz zusammengefassten erweiterten Rechte der Patientinnen und Patienten.

Die Behandlung psychischer Störungen erfolgt auf der Basis aktueller wissenschaftlicher, evidenz-basierter Erkenntnisse sowie fachübergreifend und dialogisch erstellter Leitlinien, wobei auch Erfahrungswissen einzubeziehen ist.

Jede Hilfe und Unterstützung bei akuten und länger andauernden psychischen Erkrankungen muss sich an individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der betroffenen Person und deren Lebenswelt ausrichten (Personenzentrierung). Bei der personenzentrierten Perspektive kommen der Geschlechtsidentität und den damit verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen an weibliche, männliche oder diverse Geschlechterrollen eine große Bedeutung zu, denn es zeigen sich in Abhängigkeit von biologischem Geschlecht und Geschlechtsidentität Unterschiede in den Lebenslagen und individuellen Biographien, mit denen unterschiedliche Schutz- und Risikofaktoren für Gesundheit und Krankheit einhergehen.

Um Hilfeangebote an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der psychisch erkrankten Menschen und deren Lebenswelt ausrichten und damit eine Personenzentrierung umsetzen zu können, ist die Einbeziehung der Betroffenenperspektive notwendig. Dies gilt sowohl in Bezug auf die Ausgestaltung von Hilfsstrukturen und -angeboten im Allgemeinen als auch auf der Ebene der einzelnen Person mit psychischer Erkrankung. Auf Landesebene wird dies durch den Einbezug von Interessenverbänden in relevante Gremien (z. B. Landesfachbeirat Psychiatrie) und Prozesse (z. B. Fortschreibung des Landespsychiatrieplans oder Teilnahme der Betroffenenvertretungen an den Begehungen der Besuchskommissionen nach dem PsychKG NRW) so weit möglich umgesetzt.

Dabei ist eine grundsätzlich konstruktive Haltung für gemeinsam anzustoßende Veränderungsprozesse wichtig, auch wenn, insbesondere aber auch weil die Perspektiven von im Gesundheitswesen Tätigen und von betroffenen Menschen auf die Hilfesysteme teilweise deutlich divergieren. So werden beispielsweise Zwangsmaßnahmen als Ultima Ratio in der psychiatrischen Versorgung von vielen dort Tätigen im Bedarfsfall als eine wichtige Handlungsoption bei schwersten akuten Krankheitszuständen gesehen, während betroffene Personen selbst häufig eine strikte Ablehnung solcher Maßnahmen äußern, da diese oftmals als massiv gewaltvoll erlebt werden.

Gleichzeitig muss bei Fremdgefährdung auch der Schutz der Allgemeinheit mit bedacht werden. Denn der Staat hat die Pflicht, die Bevölkerung vor Gefahren zu schützen. Dies erfordert eine sorgfältige Balance zwischen dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung und den individuellen Rechten der psychisch erkrankten Person. Der Schutz der Allgemeinheit vor Gefährdungen durch Menschen mit psychischen Erkrankungen schützt gleichzeitig auch die erkrankten Personen selbst vor Handlungen, die im Lichte schwerer akuter Störungen begangen werden.

### 1.3 Daten zur psychischen Gesundheit

Einen Überblick über zentrale Daten zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen bietet der im Auftrag des MAGS NRW erstellte Bericht „Situation der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen“ der Prognos AG<sup>1</sup> (Ettelt et al., 2024).

Es zeigte sich dabei unter anderem, dass sich die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen des sozialen Lebens besonders negativ auf das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt haben. Befunde der Copsy-Studie für das Jahr 2024 zeigen, dass die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weiterhin über dem Niveau vor der Corona-Pandemie liegen. So gaben 22 Prozent der Befragten psychische Auffälligkeiten und 23 Prozent Angstsymptome an. Gleichzeitig verdeutlichen die Studienergebnisse, dass die Sorgen vor Kriegen, Wirtschaftskrisen und der Klimakrise zugenommen haben (Kaman et al., 2025).

Auch Erwachsene wiesen höhere psychische Beeinträchtigungen während der Corona-Pandemie auf, die bisher noch nicht wieder auf das Vor-Corona-Niveau zurückgegangen sind. Auf Datenbasis der GEDA-Studie lag der Anteil der Erwachsenen mit einer depressiven Symptomatik im Jahr 2014 in Deutschland bei 10,1 Prozent (NRW: 11,5 Prozent) und in 2019 bei 8,3 Prozent (NRW: 9,3 Prozent). In 2022 gaben deutschlandweit 13,3 Prozent der Befragten Beeinträchtigungen durch depressive Symptome an, im Jahr 2023 waren es 14,4 Prozent (RKI, 2024). Für die letztgenannten Zeiträume liegen keine länderspezifischen Daten vor.

Gewalt gegen Frauen ist eine Menschenrechtsverletzung und nimmt weiter zu (Bundeskriminalamt, 2024). Alle Formen von Gewalt können schwerwiegende Folgen für die Gesundheit und das Selbstwirksamkeitserleben der betroffenen Frauen haben. Neben den körperlichen Folgen und psychosozialen Folgen führen Gewaltwiderfahrnisse bei Betroffenen häufig auch zu psychische Folgebeschwerden und -erkrankungen wie etwa Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004).

Mit Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen Frauen häufiger depressive Symptome als Männer. Dies gilt für Nordrhein-Westfalen ebenso wie für Deutschland insgesamt. Als Gründe für die Unterschiede zwischen den Geschlechtern kommen sowohl biologische (z. B. postpartale Depression, hormonelle Veränderungen beim Übergang in die Menopause) als auch soziokulturelle Faktoren (z. B. Doppelbelastung durch Erwerbs- und Sorgearbeit) in Frage (Beckmannshagen et al., 2023). Männer weisen zudem häufig andere Symptomschwerpunkte bei depressiven Erkrankungen auf als Frauen (z. B. gesteigertes Risikoverhalten, Aggressivität, Suchtverhalten) und finden seltener den Weg in die Hilfesysteme (Zimmermann et al., 2024).

Im Jahr 2023 starben in Nordrhein-Westfalen 1.631 Menschen (deutschlandweit: 10.304) durch einen Suizid. Im Vorjahr waren es 1.442 Fälle (deutschlandweit 10.119). Damit ist im Vergleich zu den relativ konstanten Suizidzahlen der vergangenen Jahre (2021: 1.334 Suizide; 2020: 1.356 Suizide; 2019: 1.342 Suizide) seit 2022 ein Anstieg in diesem Bereich zu beobachten. Männer begehen deutlich häufiger Suizid als Frauen: Bezogen auf das Jahr 2023 nahmen sich 1.173 Männer und 458 Frauen in Nordrhein-Westfalen das Leben (GBE-Bund). Die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter: 2023 entfielen knapp 43 Prozent der Suizide in Nordrhein-Westfalen auf die Altersgruppe 65 Jahre und älter (GBE-Bund, eigene Berechnung).

## 2 Psychische Gesundheit fördern

### Der Erhalt von Gesundheit ist besser als jede Therapie.

In der Versorgung haben sich selbsthilfeorientierte Aktivitäten, Initiativen und Konzepte zur Gesunderhaltung der Bevölkerung vielfach bewährt. Diese gilt es zu stärken und zu fördern. Insbesondere Kinder und Jugendliche brauchen ein gesundes Fundament für die Zukunft.

### 2.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Nach dem Health-in-All-Policies-Ansatz (Gesundheit in allen Politikfeldern) sind Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftliche Aufgaben und in allen Lebenswelten umzusetzen. Um diesem Ansatz Rechnung zu tragen, hat die Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2017 eine EntschlieÙung gefasst und damit die Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention (LGP) installiert. Im Rahmen der Landesinitiative werden Akteurinnen und Akteure aus verschiedenen Politikfeldern vernetzt, die in ihren jeweiligen Bereichen gesundheitsförderlich und präventiv aktiv werden.<sup>2</sup>

Rund 630,6 Millionen Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen 2023 bundesweit in Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Betrieben und für einzelne Versicherte investiert. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten betrafen je 61 Prozent aller Maßnahmen die Themenfelder „Stärkung psychischer Ressourcen“ und „Stressreduktion/Entspannung“ und 24 Prozent das Themenfeld „Suchtmittelkonsum“ (Mehrfachnennungen möglich; MD Bund und GKV-Spitzenverband, 2024).

Die Träger der Rentenversicherung erbringen gemäß § 14 SGB VI Präventionsleistungen – als medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit – an Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Es gilt der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“. Ziel ist es, die Menschen möglichst lange gesund im Erwerbsleben und damit auch als Beitragszahlende zu halten. Die Anträge auf Präventionsleistungen haben sich 2023 im Vergleich zum Vorjahr nahezu verdoppelt.

Die Unfallversicherungsträger sind ebenfalls wichtige Akteure auf dem Gebiet der Prävention, allerdings eher unter dem Gesichtspunkt des Arbeitsschutzes (§ 14 SGB VII). Die Präventionsleistungen sollen spezifischen Gefahren und Belastungen bei der Arbeit vorbeugen und so Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten verhindern. Die psychische Gesundheit Beschäftigter spielt dabei – entsprechend der Zunahme derartiger Erkrankungen – eine immer größere Rolle.

Die Fachwelt ist sich einig, dass sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Ansätze für wirksame Prävention wichtig sind. Um die psychische Gesundheit möglichst nachhaltig zu fördern, sind entsprechende Maßnahmen bereits im Kindes- und Jugendalter wichtig. Diese Altersgruppe wird besonders gut in den Settings KiTa und Schule erreicht.

Ergänzend dazu ist eine lebensbegleitende Prävention nötig, gestützt durch Familienzentren, Maßnahmen des Jugendförderplans und generationenübergreifende Vernetzungsstrukturen.

<sup>2</sup> Für weitere Informationen zur LGP siehe: <https://www.lgp.nrw/>

## **Unterstützung von Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen**

Kinder psychisch erkrankter Eltern sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, selbst zu erkranken. Neben einer möglichen genetischen Komponente ist das Risiko für Kinder und Jugendliche dadurch erhöht, dass Eltern sich krankheitsbedingt nicht kontinuierlich ausreichend um sie kümmern können (z. B. aufgrund längerer Krankenhausaufenthalte oder erkrankungsbedingter Antriebsstörungen). Hier müssen präventive Maßnahmen bereits frühzeitig bei Auftreten der Erkrankung des Elternteils in der Familie ansetzen.

Nicht alle Kinder und Jugendlichen leiden sichtbar unter der Erkrankung ihrer Eltern und zeigen psychische Auffälligkeiten oder werden selbst therapiebedürftig. Gleichwohl sind auch sie zu schützen. Deshalb sind den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern mit Beginn der Erkrankung des Elternteils (bzw. ab Geburt des Kindes) regelhaft geeignete Hilfen, wie z. B. Gruppenangebote für Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt oder suchtkrank sind, oder Elterntrainings, anzubieten. Idealerweise sollte seitens der Jugendämter eine kontinuierliche Begleitung und regelmäßige Kontaktaufnahme stattfinden, um frühzeitig etwaigen Unterstützungsbedarf zu erkennen und den Kindern als Ansprechpartner zu dienen.

## **Gruppeninterventionen als Instrument der Gesundheitsförderung und Prävention**

Krisenhafte Ereignisse können die psychische Gesundheit unmittelbar gefährden. Es braucht daher gerade bei vulnerablen Gruppen wie etwa Kindern und Jugendlichen schnell verfügbare präventive Angebote, die die psychische Gesundheit fördern. Gruppeninterventionen können hier eine wirksame Methode darstellen. Sie bieten betroffenen Menschen einen sicheren Raum, um Erfahrungen auszutauschen, Bewältigungsstrategien zu erlernen und gegenseitige Unterstützung zu erfahren.

### **Beispiele aus der Praxis:**

- Entsprechende Angebote wurden beispielsweise vor dem Hintergrund der oftmals hohen psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (KVNO) und Westfalen-Lippe (KVWL) implementiert. Finanziert durch das Land Nordrhein-Westfalen erfolgte die Durchführung von niedrigschwelligen Gruppenangeboten durch Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ziel dieses Projektes war die Verhinderung von psychischen Erkrankungen durch frühzeitige Intervention.
- Ein weiteres Praxisbeispiel bezieht sich auf die lokalen Hilfeangebote im Rahmen der Flutkatastrophe im Jahr 2021. Hier wurden durch die KVNO u. a. Gesprächsangebote in Gruppen vor Ort realisiert.

## Suizidprävention

**Zur Prävention von Suiziden sind insbesondere eine frühzeitige und passgenaue individuelle Beratung und Behandlung der betroffenen Personen wesentlich.**

Hierzu braucht es die Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure, um die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen zeitnah und zielgerichtet erreichen, suizidale Tendenzen möglichst frühzeitig erkennen und entsprechende niedrigschwellige Hilfeangebote platzieren zu können. Eine weitere wichtige Suizidpräventionsmaßnahme liegt in der Beschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln. Diesbezüglich ist der Fokus auf die baulichen Aspekte zu richten (z. B. Brücken, Türme und Bahnanlagen) sowie auf die Restriktion möglicher Suizidmittel (z. B. Schusswaffen, Medikamente) (DASP, 2021). Die seitens der Bundesregierung vorgelegte Nationale Suizidpräventionsstrategie benennt zentrale Handlungsfelder in diesem Bereich und bildet die fachliche Grundlage für das geplante Suizidpräventionsgesetz des Bundes. Die konkrete Ausgestaltung des Gesetzes bleibt abzuwarten, landesseitige Umsetzungsschritte werden damit zu verbinden sein.

### **Exkurs: Einsamkeit**

**Einsamkeit wirkt sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit aus.**

Sie wird unter anderem mit depressiven Störungen, Suizidalität, Schlafproblemen, höherer Mortalität oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen assoziiert (Schobin et al., 2024). Einsamkeit entsteht, wenn Menschen eine Diskrepanz zwischen ihren individuellen sozialen Bedürfnissen und der Verfügbarkeit und/oder der Qualität von Sozialkontakten in ihrer Umwelt wahrnehmen. Unter sozialer Isolation zu leiden, wird als negativ und schmerzhaft wahrgenommen (Bücker, 2022).

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein höheres Einsamkeitsrisiko als gesunde Menschen; umgekehrt kann Einsamkeit ein Risiko für psychische Störungen darstellen. Diese wechselseitige Beeinflussung birgt die Gefahr einer gesundheitlichen Abwärtsspirale (Bücker 2022). Einsamkeit kann folglich ein Begleitsymptom einer psychischen Erkrankung sein, zu deren Entstehung bzw. Verstärkung beitragen oder als Folge auftreten (PTK NRW, 2020).

## Herausforderungen

**Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention müssen die Zielgruppen besser erreichen.**

Die Präventionsträger sollten entsprechende Überprüfungen für ihre Versorgungs- bzw. Angebotsbereiche vornehmen, damit Barrieren abgebaut und tragfähige zielgruppenorientierte Strategien entwickelt werden können. Dabei sollten regionale Netzwerke sowie die Koordinierungsarbeit der Gesundheitsämter berücksichtigt und gefördert werden. Zugangsmöglichkeiten zu Präventionsprogrammen und niedrigschwellige Zugänge zum Hilfesystem für psychisch belastete Menschen, gerade in suizidalen Krisen, sollen verbessert werden. Darüber hinaus sollte die Aufklärung zur psychischen Gesundheit einschließlich Suizidalität unter Berücksichtigung unterschiedlicher Bedarfe mit Blick auf Alter, Geschlecht oder Zugehörigkeit zu vulnerablen Gruppen gestärkt werden.

Bei Kindern und Jugendlichen sollen insbesondere digitale Angebote unterstützt werden, die eine frühzeitige Förderung und Stärkung der psychischen Gesundheit ermöglichen. Zudem sind Maßnahmen zum Schutz im digitalen Raum zu unterstützen, um gesundheitsbezogene Risiken wirksam zu begrenzen.

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

Besondere Schwerpunkte sind auf die Vernetzung zwischen Jugendhilfe, Gesundheitsbereich und Erziehung sowie auf den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Beratungsangebote, insbesondere für Kinder- und Jugendliche, zu setzen. International und in Deutschland (z. B. Hessen, Brandenburg) wurde beispielsweise der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften geprüft. Das Aufgabenfeld von Schulgesundheitsfachkräften ist vielfältig und kann z.B. die Unterstützung der Beratung und Information von Kindern, Jugendlichen, Eltern und Lehrkräften zu unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Themen (u.a. psychische Gesundheit, Alkohol-/Drogenkonsum, Rauchen, Ernährung), aber auch die ggf. im Einzelfall erforderliche begleitende Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit chronischen Erkrankungen umfassen.

Einsamkeit als gesundheitsrelevanter Faktor mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit wird noch nicht adäquat und umfassend in der gesundheitlichen Aufklärung und Prävention berücksichtigt (Enquetekommission, 2022). Insbesondere für die Zielgruppe der Jugendlichen sind Maßnahmen zur Sensibilisierung für das Thema sowie die Ansprache über schulische Strukturen und digitale Medien sinnvoll. Auch ist die Schaffung von attraktiven Begegnungsorten für diese Zielgruppe, wie z. B. bei Freizeitangeboten und Aufenthaltsorten (z. B. Spiel- und Sportangebote), anzuraten – einschließlich Schulungen für Übungsleitende, die für das Thema Einsamkeit sensibilisieren und geeignete Aktivitäten vermitteln können (Luhmann et al., 2023).

Im Bereich Suizidprävention sind die Handlungsfelder mit Blick auf die steigenden Suizidzahlen der letzten Jahre auch in Nordrhein-Westfalen stärker in den Blick zu nehmen. Die Ausgestaltung des geplanten Suizidpräventionsgesetzes des Bundes und die damit einhergehenden möglichen Umsetzungsschritte auf Ebene der Länder sind entsprechend zu begleiten.

## Nächste Schritte

- Das MAGS NRW wird mit den Präventionsträgern in einen Austausch gehen, wie die Prävention bei psychischen Erkrankungen einschließlich Anti-Stigma-Arbeit verbessert werden könnte.
- Im Rahmen der Bedarfsermittlung, der Planung und auch der Erbringung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen prüft das MAGS NRW, inwieweit geschlechtersensible Daten vorliegen und geschlechtersensibel ausgewertet werden können.
- Das Land bringt sich in den Diskurs auf Bundesebene hinsichtlich der Umsetzungsmöglichkeiten, insbesondere zur Finanzierung und den rechtlichen Rahmenbedingungen, für den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in Nordrhein-Westfalen ein.
- Im Bereich Suizidprävention wird sich das MAGS NRW weiterhin in den entsprechenden Diskurs auf Bundesebene einbringen und Umsetzungsmöglichkeiten von Maßnahmen für den Gesundheitsbereich (z.B. Implementierung von Krisendiensten) mit den jeweils zuständigen Akteurinnen und Akteuren auf Landesebene prüfen.

## 2.2 Selbsthilfe und Partizipation

**Gemeinschaftliche Selbsthilfe soll durch gegenseitige Unterstützung die Einzelnen befähigen, mit Krankheit und damit verbundener psychosozialer Beeinträchtigung oder Behinderung selbstbestimmt umzugehen.**

Dies erfordert Kenntnisse über Ursachen und Auswirkungen von Krankheit und den ihnen entsprechenden Therapien. Die Menschen in Selbsthilfegruppen wollen sich gegenseitig unterstützen, um sich z. B. über Probleme im sozialen Umfeld auszutauschen oder den Umgang mit (professionellen) Hilfeangeboten zu erleichtern.

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

### Selbsthilfe

**Selbsthilfe trägt dazu bei, Versorgungsprobleme in der Öffentlichkeit bewusst zu machen, soziale oder gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen und Mängel und Optimierungspotentiale in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung darzustellen.**

Sie berücksichtigt individuelle Erfahrungen, darunter auch mögliche Traumata durch (Zwangs) Maßnahmen im Rahmen von Unterbringungen.

Die Koordination für die Selbsthilfe-Unterstützung in Nordrhein-Westfalen (KOSKON NRW) wie auch das Selbsthilfenetz des Paritätischen NRW bieten seit Jahrzehnten vielfältige seriös und systematisch recherchierte Informationen zu Strukturen, Förderung, Projekten und Ansprechpartnern der Selbsthilfe in NRW an. Dabei zeigen ihre Websites spezifische Schwerpunkte: Das Selbsthilfenetz listet einzelne Selbsthilfegruppen auf, während KOSKON NRW die Themen der Selbsthilfegruppen über die jeweilige Kontaktstelle erreichbar macht. KOSKON stellt die Adressen der Selbsthilfeverbände, überregionalen Selbsthilfe-Zusammenschlüsse und selbsthilferelevanten Beratungsstellen dar. Selbsthilfe-Kontaktstellen sind über beide Plattformen zu erreichen. Quelle der Adressen sind Angaben der Selbsthilfeverbände bzw. -Kontaktstellen.

Selbsthilfe-Kontaktstellen beraten und informieren mit hauptamtlichen Mitarbeitenden Betroffene und Angehörige niedrigschwellig und themenübergreifend (alle Erkrankungen und Behinderungen) zu allen Fragen der Selbsthilfe. Sie unterstützen die Mitglieder von Selbsthilfegruppen und helfen bei Gruppen Gründungen. Der Anteil von Gruppen zu psychischen Erkrankungen steigt dabei seit Jahren kontinuierlich und vor allem nach der Coronapandemie noch einmal deutlich an. Im Jahr 2024 bestehen in NRW 44 Selbsthilfe-Kontaktstellen und 9 Selbsthilfe-Büros, teilweise mit mehreren Standorten im Kreisgebiet.

Im Rahmen der „Bestandsanalyse 2023“ der KOSKON NRW wurden 42 Selbsthilfe-Kontaktstellen in NRW befragt. Selbsthilfe-Interessierte suchten im Jahr 2023 am häufigsten (32 Prozent) zu „Psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen“ die Unterstützung von Selbsthilfe-Kontaktstellen. Von den 7.452 Einträgen bei Selbsthilfe-Kontaktstellen zu bestehenden Selbsthilfegruppen sind im Jahr 2023 17 Prozent in der Kategorie „Psychische Erkrankungen“ verzeichnet. Depressionen, Angststörungen und Panikstörungen stellten dabei die drei häufigsten Themen in dieser Kategorie dar.

## **Selbsthilfe und Prävention**

**Die Einbindung von Ex-In Genesungsbegleitung kann sinnvoll sein, sowohl primärpräventiv als auch im Zusammenhang mit Recovery-Prozessen, die neben der Gesundwerdung auch rückfallprophylaktisch wirken.**

Insbesondere in beratenden Angeboten wirkt sich Ex-In Genesungsbegleitung präventiv aus. Die eigenen Erfahrungen fördern patientenzentrierte Hilfestellungen bei der Krisen-/Notfallplanung und ebenso im Rahmen der Krisenintervention. Ex-In Genesungsbegleitende unterstützen dabei, den oftmals umfassenden Anspruch auf Heilung in realistische, individuell erreichbare Genesungsschritte zu überführen und die Lebensqualität der psychisch erkrankten Menschen im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten zu steigern.

Daneben bieten Recovery-Colleges, die sich als dialogisch geführte Orte der Bildung zu Themen psychischer Gesundheit verstehen, Krankheitserfahrenen eine Möglichkeit, ihr spezifisches Wissen einzubringen. Hierdurch bietet sich ihnen die Chance, eine sinnstiftende Aufgabe zu finden und ihre Erfahrungen für andere nutzbar zu machen. Das Recovery-College will – im Sinne der Inklusion – auch zum allgemeinen Verständnis psychischer Krisenerfahrungen in der Gesellschaft beitragen und Stigmatisierung entgegenwirken. Neben der Wissensvermittlung stehen die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung wie auch die Stärkung der Betroffenen (Empowerment) im Zentrum von Recovery Ansätzen. Ziel ist damit insgesamt eine Stärkung des Wohlbefindens und der Lebensqualität.

## **Partizipation**

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

Auf Landesebene ist die Selbsthilfe in der Landesgesundheitskonferenz über die LAG Selbsthilfe und im Landesfachbeirat Sucht über den Selbsthilfefachausschuss Sucht NRW vertreten. Auch im Landesfachbeirat Psychiatrie ist die Selbsthilfe vertreten (§ 31 PsychKG). In den Kommunen stellt sich die Partizipation Betroffener und Angehöriger bei der Weiterentwicklung der Versorgung der Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen unterschiedlich dar, von gutem Einbezug bis hin zu eher geringer Beteiligung.

## Nächste Schritte

- Zahlreiche Menschen könnten durch die Mitwirkung in einer Selbsthilfegruppe ihre gesundheitliche Stabilität verbessern. Zu diesem Zweck sollten professionelle Versorgende ihre Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige regelhaft über die Option der gemeinschaftlichen Selbsthilfe informieren.
- Die „Bündnisse gegen Depressionen“, die Initiative „Verrückt? Na und!“ sowie Konzepte wie Recovery College, Krisenzimmer, Gruppeninterventionen bei Krisenereignissen als Instrument von Gesundheitsförderung und Prävention sind Beispiele für gelingende selbsthilfeorientierte Aktivitäten in der Prävention. Diese und weitere Initiativen gilt es nachhaltig zu unterstützen.
- Das MAGS NRW wird in den strukturierten Dialog mit den Landesverbänden der Selbsthilfe darüber eintreten, wie die Beteiligung der Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen bzw. Psychiatrie-Erfahrener an Gremien zur Weiterentwicklung der Psychiatrie auf Landesebene weiter verbessert werden kann.
- Das MAGS NRW wird die Förderrichtlinien zur Unterstützung der Selbsthilfe überarbeiten, um die Finanzierungsbasis der professionellen Selbsthilfe-Unterstützung langfristig zu sichern und die Selbsthilfe in Nordrhein-Westfalen nachhaltig zu stärken.

## 2.3 Angehörige

**Wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt, trägt die Familie eine große Last und braucht daher dringend Unterstützung. Hierzu gehören leicht zugängliche, übersichtliche Informationen über die Erkrankung und die Hilfeangebote vor Ort.**

Angehörige Menschen mit psychischer Erkrankung sind nicht als bloße Versorgungspersonen und rechtliche Betreuer zu sehen. Sie sind eine tragende Säule im System und müssen deshalb unterstützt und geschützt werden, denn bei anhaltender Überforderung könnten sie die Versorgung ihres Angehörigen aufgeben und der/die psychisch kranke Angehörige müsste unter Umständen stationär in Einrichtungen des öffentlichen Systems versorgt werden.

Die Gesundheit der pflegenden Angehörigen ist daher unbedingt zu erhalten, oft über eine jahrzehntelange Unterstützung der psychisch erkrankten Person. Die Gesundheitsförderung ist insbesondere für minderjährige Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung besonders in den Blick zu nehmen, hier besteht ein Bedarf an spezifischen Präventionsangeboten (s. Kapitel 3.1).

Als ein weiteres Problemfeld zeigt sich, dass in vielen Familien Angehörige aufgrund familiärer Disposition gleichzeitig mehrere psychisch erkrankte Familienangehörige (z. B. Vater und Sohn) pflegen müssen, was die individuelle Belastung der einzelnen pflegenden Angehörigen deutlich erhöht. Aufgrund des demografischen und gesellschaftlichen Wandels werden immer weniger pflegende Angehörige zur Verfügung stehen. Als Herausforderungen seien die Vereinbarkeit von Pflege und die zunehmende Berufstätigkeit oder die räumliche Entfernung der Familien genannt.

### **Schaffung verbindlicher Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für Angehörige**

- Beratungsmöglichkeiten für Angehörige psychisch erkrankter Menschen dienen der Information, Gesundheitsförderung und Entlastung der Zielgruppe. Perspektivisch sind Beratungsangebote flächendeckend auszubauen. Folgende Schwerpunkte sind bei den Angeboten zu setzen:
- Aufklärung über Erkrankungen,
- Benennung von Anlaufstellen im Krisenfall (untere Gesundheitsbehörde/ Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi), Notfallambulanz einer psychiatrischen Klinik, Polizei etc.),
- Handlungskompetenz vermitteln (Was ist im Krisenfall zu tun?),
- Fortbildungen für Angehörige anbieten (z. B. Deeskalationstrainings, gewaltfreie Kommunikation, Spannungsfeld zwischen Verantwortung und Abgrenzung, Übernahme der gesetzlichen Betreuung, Ultima Ratio Zwangseinweisung).

Pflegende Angehörige müssen ihrem Beruf nachgehen können, um nicht selbst heute und später in Armut zu leben (dazu muss auch die spätere Rente ausreichend gesichert sein), und sie müssen ihren eigenen Familien gerecht werden können. Notwendig ist daher eine bedarfsorientierte Ausrichtung von Tagespflege-Einrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung aller Altersgruppen, von Kurzzeitpflege-Plätzen für psychisch erkrankte Personen (Angebote speziell auch für jüngere Menschen) sowie der Ausbau der ambulanten psychiatrischen Pflege. Die Vorhaltung von einer ausreichenden Anzahl von Wohnangeboten explizit für schwer psychisch erkrankte bzw. seelische behinderte Menschen ist zwingend sicherzustellen.

Der Aufbau eines Krisendienstes, der im Bedarfsfall aufsuchend tätig wird und flächendeckend unter derselben Rufnummer erreichbar ist (etwa analog zur 116117), verhindert Überforderung in der häuslichen Versorgungssituation und verhindert gleichzeitig Drehtüreffekte bei häufigen stationären Einweisungen (s. auch Kapitel 3.1).

Der Bekanntheitsgrad der „Monitoring- und Beschwerdestelle nach dem Wohn- und Teilhabegesetz in NRW“ muss deutlich erhöht werden, damit Betroffene und Beteiligte, die in Einrichtungen nach dem Wohn- und Teilhabegesetz arbeiten und/oder leben sowie deren An- und Zugehörige Hilfestellung und Beratung bei Gewaltvorkommnissen im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen erhalten

## Nächste Schritte

- Das MAGS NRW prüft Möglichkeiten zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades der „Monitoring- und Beratungsstelle nach dem Wohn- und Teilhabegesetz in NRW“.

## 3 Guter Zugang in die Hilfesysteme

**Eine gute Versorgung geht vom einzelnen Menschen aus.**

Die Zugangswege zum Versorgungssystem und dessen relevante Bestandteile zu kennen, ist dafür die Voraussetzung. Ein niedrigschwelliger Zugang zu den Hilfen ist daher ebenso unverzichtbar wie eine gute Vernetzung der Hilfeangebote vor Ort.

### 3.1 Regionale Vernetzung

**Die gegliederte Leistungszuständigkeit mit Leistungsschnittmengen, Vorrang-/ Nachrangprinzip, Angebots- und Leistungserbringervielfalt erfordert insbesondere in Bezug auf Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf ein hohes Maß an verbindlicher Koordination und Abstimmung.**

Ein kooperatives Steuerungssystem unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Handelnden hat Vorteile in Bezug auf Kooperationsvereinbarungen und Personenzentrierung. Es ist jeweils regional zu prüfen, welches bereits vorhandene Gremium, wie z. B. ein gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV), diesen Anforderungen genügen kann oder erst noch geschaffen werden muss.

#### Exkurs: Gemeindepsychiatrischer Verbund

Ein gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion unter Einbezug der kommunalen Psychiatriekoordination. Er stellt bedarfsgerechte, systemübergreifende Hilfen insbesondere für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen sicher. Dabei kooperieren die Mitglieder des GPV gerade auch zu schwierigen Einzelfällen bspw. in Fallkonferenzen.

Der GPV unterstützt außerdem die Arbeit von Selbsthilfegruppen und -organisationen. Er arbeitet gleichberechtigt mit ihnen zusammen und berücksichtigt ihre Interessen.

Der Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbände wurde in Nordrhein-Westfalen im Rahmen einer Modellförderung durch das Land von 2022-2024 bereits angestoßen (Förderung von 30 GPVen). Es hat sich gezeigt, dass es im GPV durch eine konstruktive – insbesondere auch rechtskreisübergreifende – Vernetzung und Zusammenarbeit der relevanten Akteure in vielen Fällen gelingt, gute und bedarfsgerechte Unterstützungssettings auch für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu finden. Eine besondere Rolle hierbei nimmt der Öffentliche Gesundheitsdienst ein. Daher hat das MAGS NRW von 2025 bis Ende 2026 die Koordinierungsstelle von gemeindepsychiatrischen Verbänden in den Gesundheitsämtern im Rahmen des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gefördert.

Erfahrungen aus den genannten Fördermaßnahmen haben – auch mit Blick auf die Herausforderungen im Zusammenhang mit psychisch erkrankten Menschen mit Gewaltpotential (s. Kapitel 5.1) – die zentrale Bedeutung von systematischer Vernetzung örtlicher/regionaler psychiatrischer Hilfeangebote gezeigt.

Krisendienste stellen ein sinnvolles und ergänzendes Angebot für Personen mit psychischen Belastungen dar. Zahlenmäßig existieren derzeit sieben Krisendienste in Nordrhein-Westfalen, deren Angebot unterschiedlich ausgeprägt ist. Auch die Finanzierungsstruktur der einzelnen Dienste ist heterogen.

**Insgesamt besteht die Notwendigkeit einer einheitlichen Implementierung von Krisendiensten an bereits bestehende Hilfestrukturen, um niedrigschwellig Informationen und psychosoziale Unterstützung für Betroffene und deren Angehörige zu vermitteln.**

## Nächste Schritte

- Das Land strebt die gesetzliche Verankerung von gemeindepsychiatrischen Verbänden im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) an.
- Um konkrete Umsetzungsoptionen zum Ausbau ambulanter Krisendienste zu prüfen und entsprechende Umsetzungswege zu erarbeiten, soll eine Konzeptentwicklung durch das MAGS NRW initiiert werden. Das entwickelte Konzept für ambulante Krisendienste ist in Modellvorhaben zu testen und zu evaluieren. Diese Modellvorhaben bilden die Grundlage für eine mögliche gesetzliche Verankerung von flächendeckenden Krisendiensten in Nordrhein-Westfalen.

## 3.2 Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, Soziale Teilhabe

### Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Arbeitslose Menschen, insbesondere wenn sie Leistungen der Grundsicherung beziehen, weisen statistisch eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit und ein erhöhtes Risiko für Suizid auf, was sich mit längeren Phasen der Arbeitslosigkeit noch verstärkt. Insgesamt waren in den Jobcentern in NRW im Juli 2024 533.878 arbeitslose Menschen registriert (Statistik Bundesagentur für Arbeit, Juli 2024). Die Zahl der Menschen, die Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im SGB XII beziehen, lag Ende 2024 bei 321.050 Personen (IT.NRW, 2024).

Psychische Erkrankungen haben eine hohe individuelle und gesellschaftliche Relevanz, weil sie sich auf die Möglichkeit des Einzelnen auswirken, am Arbeitsleben teilzunehmen. Nach Angaben der Techniker Krankenkasse (TK) entfielen 18,5 Prozent aller Fehltag im Jahr 2023 auf Diagnosen einer psychischen und Verhaltensstörung (Techniker Krankenkasse 2024). Die Dauer einer Krankschreibung ist bei psychischen Erkrankungen mit 41,2 Tagen bei Männern und 40,2 Tagen bei Frauen besonders lang. Daten der Barmer Ersatzkasse zeigen, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle in Nordrhein-Westfalen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in den letzten Jahren von durchschnittlich 7,2 je 100 Versicherungsjahre (2014) auf 9,4 (2022) gestiegen ist.

### Herausforderungen und Lösungsansätze

**Die Teilhabe an Arbeit wird z. B. durch Vorurteile, vermeintliche individuelle, rechtliche oder bürokratische Hürden erschwert.**

Dies gilt insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Außerdem ist das zergliederte Sozialsystem mit seinen verteilten Zuständigkeiten für den betroffenen Personenkreis und Arbeitgeber oft unübersichtlich. Diese Rahmenbedingungen behindern strukturelle Veränderungen und Verbesserungen mit Blick auf einen inklusiven Arbeitsmarkt. Zentrale Aufgabe für alle Beteiligten ist deshalb, Potentiale von Menschen mit Behinderungen sichtbar zu machen, das Bewusstsein zu stärken, dass alle Menschen ein Recht auf die Teilhabe an Arbeit haben, sowie individuelle Biographien zu berücksichtigen. Im SGB V und SGB IX wird explizit auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischer Erkrankung hingewiesen, deren Teilhabe einschränkungen zu besonderen Problemen im Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Unterstützungsleistungen führen können (z. B. Phasen der Antriebschwäche bei Depression).

**Krankheits- und Gesundheitsverlauf sind in der Regel nicht linear, die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit ggf. schwankend. Der Förderansatz der Personenzentrierung bietet hier einen konzeptionellen Rahmen.**

Die berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen ist ein besonderes Anliegen der Landesregierung. Arbeit ist Grundlage für soziale Sicherheit, Selbstbestimmung, Chancengleichheit und Anerkennung. Die Landesregierung bekennt sich mit dem Aktionsplan „NRW inklusiv“ ausdrücklich zu ihrer gesellschaftspolitischen Verpflichtung zur Umsetzung der UN-BRK. Sie hat dabei bewusst einen umfassenden Ansatz gewählt, der sowohl alle Menschen mit Behinderungen als auch die Hauptakteure für die „Teilhabe an Arbeit“ einbezieht. Ein inklusiver Arbeitsmarkt setzt die Bereitschaft zu einem weitgehenden Umdenken in Gesellschaft und Wirtschaft in Bezug auf die Bedingungen für alle Beschäftigten voraus. Dort, wo es bereits gelungen ist, Arbeitgeber zum Umdenken zu bewegen, gibt es eine Vielzahl von Unterstützungs- oder Fördermaßnahmen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

**Das deutsche Sozialleistungssystem bietet voll erwerbsgeminderten Menschen mit Behinderung, die nicht bzw. noch nicht (wieder) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten können oder wollen, mit den Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) umfassende und flächendeckende Möglichkeiten zur Bildung und Beschäftigung.**

Dies gilt auch für die rund 21 Prozent der Beschäftigten mit psychischen Beeinträchtigungen. Als „lernendes“ System sind die WfbM – u. a. vor dem Hintergrund der Impulse der UN-BRK – gehalten, sich ständig weiterzuentwickeln. Aus Sicht des Landes stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, welche Rolle den Werkstätten für behinderte Menschen künftig im Gesamtsystem der Teilhabe am Arbeitsleben zukommen soll. Werkstätten leisten einen wichtigen Beitrag zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben. Gleichzeitig sind sie aufgefordert, ihren gesetzlich verankerten Auftrag, die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern, künftig noch stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Ihre Weiterentwicklung sollte darauf abzielen, die bestehenden Unterstützungsangebote auszubauen und Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt nachhaltig zu stärken.

**Eine zukunftsgerichtete Weiterentwicklung der Werkstätten setzt dabei ein Zusammenwirken aller Akteure des Systems der beruflichen Teilhabe voraus.**

Erforderlich ist eine enge Zusammenarbeit insbesondere an den Schnittstellen – sowohl vor Eintritt in die WfbM als auch beim Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Alle Beteiligten sind gefordert, ihren Beitrag zu leisten, um nachhaltige Übergänge zu sichern und Werkstattbiografien, soweit möglich, bereits im Vorfeld zu vermeiden. Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde eine weitere Alternative zu den WfbM geschaffen. Nach § 60 SGB IX können Angebote zur beruflichen Bildung und Beschäftigung seit dem 1. Januar 2018 auch bei sogenannten „Anderen Leistungsanbietern“ wahrgenommen werden. Andere Leistungsanbieter unterliegen geringeren gesetzlichen Anforderungen als die WfbM (z. B. benötigen sie keine förmliche Anerkennung, müssen keine Mindestplatzzahl erfüllen oder über bestimmte Ausstattung verfügen). Dadurch sind die Angebote in der Regel deutlich kleiner als WfbM und hinsichtlich der Angebotsgestaltung flexibler.

Die Weiterentwicklung der WfbM ist auch ein Vorhaben der Bundesregierung. Ein Reformgesetz für die Werkstätten wurde in der letzten Legislaturperiode angekündigt, Einzelheiten zu Beginn der neuen Legislaturperiode sind noch nicht bekannt. Die Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstatträte Nordrhein-Westfalen ist eingebunden. Das MAGS NRW begleitet den Prozess eng.

**Die positiven Effekte einer Beratung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen (Peer Counseling / peer support, ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX) bei der Teilhabe am Arbeitsleben sollten weiter gefördert werden.**

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

Die Träger der Leistungen – die sogenannten Rehabilitationsträger – sind die gesetzlichen Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungen, die Bundesagentur für Arbeit, die Kriegsopferversorgung, die Träger der Eingliederungshilfe sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Durch eine trägerübergreifende Teilhabeplanung sollen die Leistungen wie „aus einer Hand“ erbracht werden.

## Nächste Schritte

- Die erfolgreiche Bearbeitung des Handlungsfeldes erfordert in besonderem Maße eine Kooperation und Vernetzung der Akteurinnen und Akteure bis hin zur Vereinbarung trägerübergreifender Ziele und Verknüpfung der Dienstleistungen. Das MAGS NRW beabsichtigt, diesen Prozess zu unterstützen und voranzutreiben, insbesondere durch einen organisierten Austausch erfolgreicher Praxis und Transfer von Methodenwissen zum rechtskreisübergreifenden Networking, zum Beispiel im Rahmen von Fachtagungen mit Netzwerkpartnern.

## Soziale Teilhabe

**Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat den Anspruch, die Eingliederungshilfe stärker personenzentriert auszurichten.**

Die Unterstützung der Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung muss sich am notwendigen individuellen Bedarf ausrichten. Dieser soll gemeinsam mit dem betroffenen Personenkreis ermittelt, passende Leistungen zusammengestellt und im gewohnten oder gewünschten Lebensumfeld organisiert werden.

Ende 2024 erhielten 131.633 volljährige Menschen mit Behinderungen Assistenzleistungen innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen (LVR/LWL: Basisdaten zur Entwicklung der Leistungen der sozialen Teilhabe (zum Wohnen) in der Eingliederungshilfe in NRW). Seit 2020 nimmt die Zahl der Personen in besonderen Wohnformen dabei kontinuierlich ab, wohingegen die Anzahl derer in anderen Wohnsettings im selben Zeitraum zugenommen hat. Im Jahr 2024 betrug die Ambulantisierungsquote in Nordrhein-Westfalen insgesamt fast 70 Prozent. Über zwei Drittel der Volljährigen mit Assistenzleistungen erhielten demnach Unterstützungsleistungen in der eigenen Häuslichkeit. Im Bereich der Menschen mit seelischer Behinderung wurde im Jahr 2024 sogar eine landesweite Ambulantisierungsquote von 84% erreicht.

Die Unterstützung soll so ausgerichtet werden, dass selbstbestimmtes Wohnen und Alltagsbewältigung bzw. Selbstversorgung möglich werden, die Stärkung von Motivation, Selbstbestimmung und Kompetenzen im Mittelpunkt steht und die betroffenen Menschen Angebote als Möglichkeiten zur inklusiven Gestaltung ihres Alltags, der Freizeit und der Beschäftigung in verschiedenen Sozialräumen nutzen können.

Den Leistungsberechtigten ist eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördert. Die Leistungen zur Teilhabe umfassen dabei auch die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten. In Nordrhein-Westfalen wird auch Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf der Zugang zu den gesetzlichen Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben eröffnet (NRW-Weg).

Soziale Teilhabeleistungen können für den Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinderung in der Eingliederungshilfe auch gewährt werden, um den Zugang zu den Regelangeboten im Sozial- und Gesundheitssystem, der Selbsthilfe, im Sozialraum insgesamt zu ermöglichen. Menschen mit seelischer Behinderung brauchen z. T. Motivation, Begleitung und damit zeitintensive, personenbezogene Unterstützungsleistungen der Sozialen Teilhabe, um den Zugang zu „niedrigschwelligen“ (Selbsthilfegruppen, Kontakt- und Beratungsstellen u.a.) und Leistungen (wie z. B. der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe an Arbeit) überhaupt finden zu können. Sofern ambulante Behandlungsleistungen erforderlich sind, so sind soziotherapeutische Leistungen nach § 37 a SGB V neben Leistungen der Eingliederungshilfe zu erbringen, um den Zugang zu den ambulanten gesundheitlichen Leistungen abzusichern.

Sofern der individuelle Bedarf für besondere Angebote zur Tagesstruktur bzw. Tagesgestaltung und Beschäftigung besteht, sind diese regional sicherzustellen und individuell, flexibel sowie teilhabe- und lebensweltorientiert auszugestalten.

## **Herausforderungen und Lösungsansätze**

Ziel der ab dem Jahr 2018 schrittweise in Kraft getretenen Änderungen im SGB IX war und ist, die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen je nach Bedarf zu fördern sowie die Steuerung der Leistungsbewilligung und -erbringung auch mit Blick auf ein Abbremsen der Kostendynamik zu verbessern. An vielen Stellen wird jedoch deutlich, dass dies nur in Teilen gelungen ist. Zudem wurde neue Bürokratie aufgebaut, z.B. durch komplexe Regelungen zur Bedarfsermittlung. Gleichzeitig steht die Eingliederungshilfe seit Jahren vor massiv steigenden Kosten. Es wird daher seitens des Landes dringender Überarbeitungsbedarf für das SGB IX gesehen, der auch Schnittstellen zu anderen Sozialgesetzbüchern betrifft. Dies haben die Länder in einem Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) vom 26.09.2025 deutlich gegenüber der Bundesregierung adressiert.<sup>3</sup>

Das Land NRW hat gemäß § 94 SGB IX eine Landesarbeitsgemeinschaft gebildet, in der sich die Verbände der Leistungsträger, Leistungserbringer und Selbsthilfe über Handlungsnotwendigkeiten und notwendige Umsetzungsschritte zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe verständigen.

Die Landschaftsverbände haben darüber hinaus mit den Kreisen und kreisfreien Städten Kooperationsvereinbarungen geschlossen. In diesen werden verbindlich Steuerungs- und Planungsgremien vereinbart wie die Beteiligung der örtlichen Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe sowie der Leistungsempfängerinnen und -empfänger. Die regelmäßige flächendeckende Durchführung von regionalen Planungskonferenzen ist notwendig, um bedarfsdeckende, gemeindenahere Angebote fallübergreifend zu entwickeln. Dies soll sowohl die fallbezogene, als auch die fallübergreifende Zusammenarbeit vor Ort stärken (vgl. § 5 AG SGB IX NRW).

**Das aus der Gemeindepsychiatrie heraus entwickelte, facettenreiche, auf individuellen Zuschnitt hin konzipierte ambulante aufsuchende Leistungsangebot des „Betreuten Wohnens“ („Assistenz in eigener Häuslichkeit nach §78 SGB IX“) ist von zentraler Bedeutung für die soziale Teilhabe von Menschen mit seelischer Behinderung.**

Diese Leistung zur selbstbestimmten Teilhabe sowie Alltags- und Lebensgestaltung bieten in NRW für mehr als 67.000 Menschen mit seelischer Behinderung eine wesentliche Säule der Eingliederungshilfe. Wichtig sind darüber hinaus insbesondere Leistungen zur Unterstützung der Sozialen Teilhabe und Leistungen zum Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten im zweiten Lebensraum (außerhalb der eigenen Wohnung) als inklusive Tages- und Freizeitgestaltung mit Begegnungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Hierbei geht es insbesondere um individuelle und inklusive Angebote unterhalb der Schwelle verwertbarer Tätigkeiten mit einem geringen Stundenumfang von unter 15 Stunden/Woche.

<sup>3</sup> „Eingliederungshilfe zukunftssicher aufstellen – Weiterentwicklungsbedarfe des BTHG/SGB IX“, online verfügbar unter: [https://www.asmkonline.de/documents/asmk\\_ub\\_4-2025\\_eingliederungshilfe\\_extern.pdf](https://www.asmkonline.de/documents/asmk_ub_4-2025_eingliederungshilfe_extern.pdf)

Die Assistenzleistungen der Sozialen Teilhabe nach § 78 SGB IX müssen bedarfsdeckend und auf die individuellen Bedarfe und Ziele der leistungsberechtigten Person ausgerichtet sein.

Gemäß § 76 SGB IX werden die Leistungen der Sozialen Teilhabe erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern.

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

Integriert vorgehaltene sozialpsychiatrische Angebote (wie die der sozialpsychiatrischen Zentren) sind regional notwendig und in Richtung einer Netzwerk- bzw. Verbundstruktur (z. B. Gemeindepsychiatrische Verbände) mit Fokussierung auf eine verstärkte Einbindung von Betroffenen im Sinne eines Peer-Counseling weiterzuentwickeln. Die Konzeptionierung einer unabhängigen Beratung mit Peer-Beteiligung (ggf. triadisch besetzt) sollte in enger Abstimmung mit den Betroffenen- und Fachverbänden erfolgen. Dabei kann an die guten Erfahrungen mit der in Nordrhein-Westfalen flächendeckend ausgebauten Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) angeknüpft werden.

Die Teilhabeforschung in Bezug auf Fragestellungen zur Wirkungsorientierung von Eingliederungshilfen ist auszubauen. Damit können hilfreiche Erkenntnisse für die fachliche Weiterentwicklung von Bedarfsermittlung, und Leistungserbringung gewonnen werden.

## Nächste Schritte

- Das Land wird die weitere Umsetzung des BTHG insbesondere auch über die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung und Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe“ intensiv begleiten. Ziel sollte der Auf- und Ausbau vielfältiger Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten und insbesondere die Sicherstellung von Angeboten für Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen, z. B. mit herausforderndem Verhalten, sein. Über einen „Zukunftsdialog Eingliederungshilfe NRW“ wird – beginnend ab 2026 – mit allen Akteuren die strategische Ausrichtung der Eingliederungshilfe erörtert. Zudem setzt sich das Land auf Bundesebene für eine kritische Überprüfung und Anpassung des SGB IX mit Blick auf die Verbesserung von Effizienz und Effektivität ein.
- Landesweite Einführung von „Konsulentendiensten“ – begleitenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten für leistungsberechtigte Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen und deren Angehörige sowie für Leistungserbringer (im Kontext der Landesinitiative Gewaltschutz). Sie sollen sowohl die Teams der Einrichtungen und Dienste der EGH als auch Settings in der eigenen Häuslichkeit beraten und dazu beitragen, dass durch eine einzelfallbezogene qualifizierte Unterstützung auch Menschen mit herausforderndem Verhalten ein Verbleib in der Einrichtung oder in der eigenen Häuslichkeit möglich ist.

## 3.3 Zugang für spezifische Zielgruppen

### Migration und Fluchterfahrung

2022 hatten insgesamt 5,6 Millionen Menschen in Nordrhein-Westfalen (31 Prozent der Bevölkerung) einen Migrationshintergrund (DESTATIS, 2024). Menschen mit Einwanderungsgeschichte sind keine einheitliche Gruppe, sondern sie unterscheiden sich z. B. im Hinblick auf Staatsangehörigkeit, Migrationsmotive, Aufenthaltsstatus, ethnische, religiöse, kulturelle und soziale Herkunft.

Studien weisen auf eine höhere psychische Belastung dieser Gruppe hin (Schouler-Ocak et al., 2015). Unter den Menschen mit Einwanderungsgeschichte weisen geflüchtete Menschen häufiger posttraumatische Belastungen auf. Viele geflüchtete Minderjährige haben traumatische Erfahrungen gemacht, die Prävalenz psychischer Störungen ist hier erhöht (Gavranidou et al., 2008). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge berichteten häufiger von traumatischen Erfahrungen als begleitete (Batista Pinto Wiese & Burhorst, 2007). Die Unterbringung in großen Gemeinschaftsunterkünften erhöht die psychische Belastung.

#### Exkurs: Gewalt und Diskriminierung

Menschen mit Einwanderungsgeschichte sind, wie auch Angehörige weiterer vulnerabler Gruppen (z. B. Menschen mit Behinderung, LSBTIQ\*-Personen, von Obdach-/Wohnungslosigkeit betroffene Menschen, in prekären Verhältnissen lebende Menschen), einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen – auch in den Hilfesystemen, zum Beispiel in Einrichtungen der Behindertenhilfe, – zu machen. Menschen aus vulnerablen Zielgruppen sind darüber hinaus häufig von Mehrfachdiskriminierung, der sogenannten intersektionalen Diskriminierung, betroffen. Diskriminierung kann psychisches Leid auslösen und bestehende Krankheitsbilder verschlimmern.

Gerade auch Diskriminierungserfahrungen können dazu führen, dass der Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung verunmöglicht wird. Menschen, die von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind, betrifft dies in besonderer Weise (DeZIM, 2023). In der Istanbul-Konvention ist verankert, dass alle Frauen und Mädchen vor Gewalt geschützt und ein diskriminierungsfreier Zugang zu allen Schutzmaßnahmen und Hilfeangeboten zur Verfügung gestellt werden muss (Artikel 18 der Istanbul-Konvention).

### Herausforderungen und Lösungsansätze

Der Zugang zum Gesundheitssystem besteht für Geflüchtete zunächst grundsätzlich über das Asylbewerberleistungsgesetz. Bis zur Zuerkennung eines Schutzstatus, längstens jedoch für 36 Monate, besteht Anspruch auf sogenannten Grundleistungen. Danach erfolgt entweder der direkte Übergang in die Krankenversicherung gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) oder eine entsprechende analoge Anwendung der SGB-Regelungen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz. Im Grundleistungsbezug umfasst dabei der Leistungsumfang im Wesentlichen eine Versorgung bei akutem Bedarf.

Clearingstellen bieten dabei einen niedrigschwelligen Zugang zu Unterstützung, da sie Orientierung im Versorgungssystem ermöglichen, sprachliche und organisatorische Hürden abbauen und frühzeitig passende Hilfen vermitteln.

Frühzeitige Interventionen zur Verhinderung schwerer psychischer Erkrankungen sind so kaum möglich. Es besteht die Gefahr der Chronifizierung von psychischen Erkrankungen. Psychotherapien und psychiatrische Behandlungen können – wie auch z.B. bei Menschen mit gesetzlicher Krankenversicherung – erst nach vorheriger Genehmigung stattfinden, was eine Verzögerung bedeutet und die Prognose negativ beeinträchtigt.

Die grundlegende Herausforderung in der Behandlung der Zielgruppe liegt in der sprachlichen Verständigung. Ohne sprachliche Verständigung bleiben eine Vielzahl psychiatrischer, psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen wirkungslos, Fachkräfte sind frustriert über die Verläufe und die mangelnde Wirksamkeit. Bei der Bereitstellung qualifizierter Sprachmittlung ist der Bund verantwortlich gefordert, die Finanzierung rechtlich zu regeln. Ein entsprechender Gesetzentwurf wurde von vielen Seiten begrüßt, da dies wesentlich zur Verbesserung der Versorgung beitragen könnte.

Der Zugang zu professioneller Sprach- und Kulturmittlung muss auf Landesebene strukturell verankert werden. Verschiedene Möglichkeiten der Sicherstellung sprachlicher Verständigung müssen niedrigschwellig zugänglich sein. Dabei sollte auch der Einsatz einer KI-basierten Übersetzungssoftware in Erwägung gezogen werden.

### **Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von schwer psychisch erkrankten geflüchteten Menschen dient neben der Förderung der psychischen Stabilität der Betroffenen auch dem Schutz der Allgemeinheit.**

Im stationären und teilstationären Sektor bestehen erst wenige Angebote zur spezifischen Behandlung geflüchteter Menschen (z. B. die transkulturelle psychosomatische Tagesklinik am LVR-Klinikum Düsseldorf). Einige Kliniken haben transkulturelle Anlaufstellen geschaffen, Beschäftigten aus Behandlung und Pflege sowie Patientinnen und Patienten und Angehörigen/Interessierten verschiedene kultursensible Tools zur Verfügung gestellt und Fortbildungen angeboten. Einige Institutsambulanzen bieten Leistungen für spezifische Migrantengruppen an. Für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen und mit Fluchterfahrungen gibt es in Aachen und Münster spezifische Ambulanzen.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) sind professionelle ambulante Beratungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft und bieten im Schwerpunkt Psychotherapie, psychosoziale Beratung, Diagnostik, Weitervermittlung und therapiebegleitende Sozialarbeit für geflüchtete Menschen an. Die PSZ sind in Netzwerken zusammengeschlossen (NRW: <http://www.psz-nrw.de>). Das Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration (MKJFGFI) fördert die PSZ in Nordrhein-Westfalen anteilig.

Zudem fördert das MKJFGFI in Landesaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete Sozialberatungsstellen, die eine psychosoziale Erstberatung anbieten. Diese leisten neben einer ersten Befunderhebung und Bedarfserhebung unter anderem auch die Vermittlung an Psychosoziale Zentren oder Fachärzte.

Peer-Arbeit bietet geflüchteten Menschen die Möglichkeit, ihre kulturellen und sprachlichen Kompetenzen einzusetzen, um nach entsprechender Schulung andere Peers psychosozial zu unterstützen. Von Ende 2016 bis Ende 2017 wurde ein Modellprojekt zur Unterstützung von Geflüchteten mit psychischer Belastung durch geschulte Laienhelferinnen und -helfer landesseitig gefördert, das seit 2018 durch die Stadt Düsseldorf finanziert wird. Eine Förderung entsprechender Konzepte ist zu unterstützen.

## **Nächste Schritte**

- Das MAGS NRW wird den Dialog mit dem MKJFGFI zur Versorgung der Zielgruppe der geflüchteten Menschen mit psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen fortsetzen und dabei insbesondere die Rolle der PSZ in den Blick nehmen.
- Das MAGS NRW wird sich weiterhin auf Bundesebene für eine Sicherstellung von Sprach- und Kulturmittlung in der medizinischen Versorgung einsetzen.
- Das MAGS NRW prüft Möglichkeiten zur Unterstützung der Selbsthilfe, zum Beispiel in Form von Peer-to-Peer-Projekten.

### 3.3.1 Wohnungslosigkeit

**Laut der Integrierten Wohnungsnotfallberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen waren zum Stichtag 30.06.2024 insgesamt 122.170 Menschen im Land wohnungslos (MAGS NRW).**

Studienergebnisse zeigen, dass psychische Beeinträchtigungen bei wohnungslosen Menschen weitaus häufiger anzutreffen sind, darunter auch schwere Erkrankungen wie Schizophrenien (Forschungsgruppe SEEWOLF, 2014). Eine Metaanalyse ermittelte unter wohnungslosen Menschen eine Einmonatsprävalenz psychischer Erkrankungen von ca. 77 Prozent (Schreiter et al., 2017). Die Teilhabechancen der betroffenen Menschen sind massiv eingeschränkt (Daßler & Henke, 2023).

#### **Exkurs: WohnLos-Studie**

Die vom MAGS NRW in Auftrag gegebene WohnLos-Studie (Hausleiter et al., 2022) untersuchte in Nordrhein-Westfalen die Situation von wohnungslosen Menschen, die wegen psychischer Erkrankungen im Krankenhaus behandelt wurden.

Wohnungs- bzw. obdachlose Patientinnen und Patienten wurden durchschnittlich kürzer behandelt und häufiger innerhalb eines Tages entlassen, waren häufiger von Zwangsunterbringungen und -Maßnahmen betroffen und erhielten weniger pflegerische Therapieeinheiten. Insbesondere bei Personen mit komplexen Krankheitsbildern tauchten diese Probleme auf.

Viele wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit Suchterkrankungen werden nicht behandelt. Das kann einerseits Begleiterscheinung der Erkrankung selbst sein, andererseits an Zugangsproblemen zum Gesundheitssystem liegen, das Anforderungen an Mitwirkung und Compliance stellt (z. B. Abstinenz, regelmäßige Einnahme von Medikamenten etc.). Hinzu kommen grundsätzliche Zugangsprobleme, etwa Beitragsschulden in der Krankenversicherung, fehlende Ansprüche auf Grund-sicherungsleistungen oder schlicht der Verlust der Ausweispapiere oder Krankenversicherungskarte. Mindestens ein Drittel der Menschen, die auf der Straße leben, können deswegen Leistungen des Gesundheitssystems nicht in Anspruch nehmen. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst stellen sie daher eine Gruppe mit erhöhtem Unterstützungsbedarf dar.

**Um zu verhindern, dass wohnungs- und obdachlose Menschen von ärztlicher und therapeutischer Hilfe ausgeschlossen werden, muss diese bereits in den niedragschwelligen Hilfsangeboten, d. h. bei der aufsuchenden Arbeit auf der Straße, in den Notunterkünften oder Notschlafstellen ansetzen.**

Synergieeffekte an den Schnittstellen der Hilfesysteme müssen genutzt werden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sollten in Kooperation mit den Zentralen Fachstellen der Kommunen, den Ordnungsbehörden und den Trägern der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII aufsuchende psychiatrische Hilfsstrukturen und regelmäßige Konsilangebote etablieren. Verbindliche Netzwerke (z. B. GPV) können eine koordinierende Funktion für die relevanten Akteure und die Fallsteuerung in Einzelfällen übernehmen, gerade auch, um im Anschluss an einen stationären Psychiatrieaufenthalt die Entlassung in die Obdachlosigkeit oder Wohnungslosigkeit zu verhindern.

**Die im Rahmen der Landesinitiative „Endlich ein ZUHAUSE!“ erprobten Modellprojekte der aufsuchenden Suchtberatung haben gezeigt, dass dieses Angebot die Situation wohnungsloser Menschen verbessert, da es auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit und auf die Verbesserung der Wohnsituation zugleich zielt.**

## **Nächste Schritte**

- Unterstützung innovativer und modellhafter Projekte zur Verbesserung der Versorgungssituation wohnungsloser, von Wohnungslosigkeit bedrohter und obdachloser Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen des Aktionsprogramms „Hilfen in Wohnungsnotfällen“.
- Angebote zur Ausweitung des Housing-First Ansatzes in Nordrhein-Westfalen zur Unterstützung obdachloser Menschen mit multiplen Problemlagen, wie zum Beispiel psychische Erkrankungen.

## LSBTIQ\*

### **Nordrhein-Westfalen ist ein Land der Vielfalt.**

Unsere Gesellschaft zeichnet sich durch Diversität aus, auch durch geschlechtliche und sexuelle Diversität. Dazu gehört für lesbische, schwule, bisexuelle, trans\*, inter\*, nicht-binäre und queere Menschen (im Weiteren LSBTIQ\*) die Möglichkeit, ihre sexuelle und geschlechtliche Identität frei zu leben, sowie der gleichberechtigte Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen und Teilhabechancen (Pöge et al., 2020).

Bei LSBTIQ\* zeigt sich statistisch eine stärker beeinträchtigte psychische Gesundheit als bei der Allgemeinbevölkerung. Homo- und bisexuelle Menschen weisen statistisch eine erhöhte Suizidalität und eine erhöhte Prävalenzen für Depression, Angst- und Suchterkrankungen auf (King, 2008). Vier Prozent aller Menschen begehen irgendwann in ihrem Leben einen Suizidversuch, für Lesben, Schwule und Bisexuelle liegt die Quote bei 11 Prozent (Hottes et al., 2016). Grund dafür sind u. a. Gewalt und Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung (Minoritätenstress). So sind homo- und bisexuelle Männer bereits vor ihrem Coming-out mit negativen sozialen Reaktionen konfrontiert, was zu psychischen Belastungen führt (Plöderl et al., 2009).

Behandlungssuchende trans\* und inter\* Menschen machen oft negative Erfahrungen beim Besuch medizinischer Einrichtungen (Heng et al., 2018). Unzureichendes Fachwissen und fehlende Sensibilisierung im Umgang mit trans\*- und inter\*-spezifischen Gesundheitsthemen beeinflusst die gesundheitliche Versorgung dieser Zielgruppe negativ (Pöge et al., 2020). Um sich vor Diskriminierungen zu schützen, werden medizinische Untersuchungen hinausgezögert oder gar nicht wahrgenommen (Wolf, 2010). Daraus ergibt sich, dass ein diskriminierungs- und diversitätssensibler Ansatz in der Versorgung psychiatrischer Patientinnen und Patienten selbstverständlicher Teil des medizinischen Angebotes sein muss.

Intersektionalität, also eine Form von Mehrfachdiskriminierung (z. B. Queerfeindlichkeit und Rassismus), führt zu komplexen Problemlagen und einer höheren Wahrscheinlichkeit, Gewalt zu erfahren. Die Gleichzeitigkeit und Verwobenheit verschiedener Gruppenzugehörigkeiten und daraus resultierender Diskriminierungsbetroffenheit müssen daher zum Erhalt psychischer (und physischer) Gesundheit in den Blick genommen werden.

Peer-to-Peer-Strukturen für LSBTIQ\*-Personen reduzieren psychische Belastungen unter Nutzung der Ressourcen der Zielgruppe, sie sind daher auszubauen.

### **Nächste Schritte**

- Das MAGS NRW regt auf Basis der Erkenntnisse aus dem Fortschreibungsprozess des Landespsychiatrieplans eine Sensibilisierung zum Thema „psychische Gesundheit von LSBTIQ\* unter Beteiligung relevanter Institutionen und Vertretungen an.

## Menschen mit Intelligenzminderung

Die Situation der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung (IM) oder Autismus-Spektrum-Störungen in Nordrhein-Westfalen hat das Gutachten der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) im Auftrag des MAGS NRW herausgearbeitet (FOGS, 2023).

Menschen mit Intelligenzminderung sind überdurchschnittlich häufig mit zusätzlichen psychischen Störungen belastet, dabei können diese Komorbiditäten zeitweilig (z. B. affektive Störungen) oder chronisch (z. B. Autismus-Spektrum-Störungen) auftreten. Dadurch ergibt sich ein unterschiedlicher psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfebedarf. Die häufigste psychische Komorbidität sind Autismus-Spektrum-Störungen. Oft bestehen weitere körperliche und Sinnes-Beeinträchtigungen, die die Lebensqualität sowie die soziale Teilhabe beeinträchtigen und Stigmatisierungen bewirken können.

**Wichtig für eine bedarfsgerechte Versorgung der Zielgruppe ist eine entsprechende Haltung seitens der Behandelnden sowie eine gute Qualifikation, sowohl bezüglich psychiatrischen Fachwissens als auch Handlungskompetenzen zur Kommunikation und Interaktion.**

Nur unter Beteiligung spezialisierter Angebote verwirklicht sich ein tatsächlich inklusives Gesundheitswesen. Nicht „one fits all“, sondern breit ausdifferenzierte Angebote für alle Bedarfslagen und Bedürfnisse entsprechen einem zeitgemäßen inklusiven Gesundheitswesen. Zielgruppenspezifisch spezialisierte Angebotsstrukturen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit IM sind im Einklang mit Artikel 25 UN-BRK notwendig. Dadurch werden notwendige Diagnostik oder Therapien ermöglicht, auch wenn sie mit hohem Aufwand verbunden sind und in der Regelversorgung nicht geleistet werden können. So können Unter- oder Fehlversorgung und resultierende Teilhabebeeinträchtigungen vermieden werden.

Spezialisierte Angebote können sich für die einzelnen Patienten zeitweilig oder über längere Zeit als notwendig erweisen. Sie sollen so effektiv wie möglich mit dem Regelversorgungssystem zusammenwirken. Wichtig ist zudem die Aus-, Fort- und Weiterbildung für die im Regelversorgungssystem Tätigen sowie wissenschaftliche Aktivitäten.

Die Teilhabeplanung sollte standardmäßig mit der psychiatrischen Versorgung vernetzt werden, damit Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder besonderem Unterstützungsbedarf einen gleichberechtigten Zugang zum Hilfesystem und zu dessen Angeboten haben.

Die Betrachtung der Schnittstelle zur Eingliederungs- und Jugendhilfe ist von größter Bedeutung, denn Eingliederungs- und Jugendhilfe bieten einerseits Anschlussperspektiven und ergänzen die psychiatrische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und helfen andererseits durch ihre stabilisierende Wirkung, die Inanspruchnahme psychiatrischer sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote zu verhindern.

Liegen zeitliche und personelle Mehrbedarfe vor, müssen die dafür notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden.

### Nächste Schritte

- Das MAGS NRW prüft die Erarbeitung von Leitlinien zur Einbindung der Selbsthilfe als unterstützende und ergänzende Maßnahme bei der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung.

## Sucht

### **Alkohol ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz in Deutschland.**

Pro Kopf wurden im Jahr 2022 mehr als 120 Liter alkoholische Getränke konsumiert. 15 Prozent der Erwachsenen weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Etwa jeder vierte Erwachsene betreibt episodisches Rauschtrinken<sup>4</sup>. Knapp 23 Prozent der 18- bis 64-Jährigen in Deutschland rauchen, ein problematischer Tabakkonsum liegt bei etwa acht Prozent vor (Epidemiologischer Suchtsurvey 2021<sup>5</sup>). Rund 1,3 Millionen Menschen leiden unter einer Störung durch Glücksspielen, zu 76,5% sind hiervon Männer betroffen, weitere drei Millionen Menschen zeigen ein problematisches Glücksspielverhalten<sup>6</sup>.

Etwa 3 Prozent der 18- bis 59-jährigen Erwachsenen und ein Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland konsumierten innerhalb von 12 Monaten mindestens eine illegale Substanz (ohne Cannabis). Knapp 40 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 59 Jahren haben mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert, der Anteil der Männer ist hierbei doppelt so hoch wie der der Frauen. Darüber hinaus haben nach aktuellen Erhebungen 10 Prozent der Erwachsenen und 7,6 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert<sup>7</sup>.

Im Jahr 2022 waren jeweils mehr als 20 Prozent der Behandlungen und Betreuungen in der stationären und ambulanten Suchthilfe auf einen missbräuchlichen Konsum oder eine Abhängigkeit von einer illegalen Substanz (ohne Cannabis) zurückzuführen. Cannabiskonsumierende machten einen Anteil von rund 20 Prozent in der ambulanten Suchthilfe aus.

Drogenbedingte Todesfälle nehmen laut Kriminalstatistik seit 2018 zu. Im Jahr 2024 wurden 769 Rauschgifttodesfälle landesweit polizeilich erfasst. In die Statistik gehen auch diejenigen Personen ein, die substituiert sind und an Langzeitfolgen des Drogenkonsums versterben. Aktuell ist ein Wandel in den Konsummustern der Klientel zu beobachten. Der steigende Konsum von Crack führt zu einer zunehmenden Verelendung.

### **Exkurs: Strategie zum Umgang mit Drogenkonsum**

Das MAGS NRW hat eine Strategie zur Reduzierung von Drogentodesfällen und zum Umgang mit Drogenkonsum in Nordrhein-Westfalen entwickelt. Dafür wurde unter anderem eine Studie zur Drogenszene in Nordrhein-Westfalen gefördert<sup>8</sup>, die erstmals einen systematischen Einblick in der Substanzkonsum ermöglicht hat. Der Beirat der Suchtkooperation NRW hat für die Akteurinnen und Akteure vor Ort eine Handreichung "Gemeinsam engagiert vor Ort: Kommunale Lösungen zur Bewältigung von Drogenkonsum im öffentlichen Raum"<sup>9</sup> mit möglichen hilfreichen Vorschlägen erstellt. Zudem wurde Mitte 2025 ein Förderaufruf zur Unterstützung der niedrigschwelligen Suchthilfe veröffentlicht<sup>10</sup>, auf dessen Grundlage 27 Anträge in Höhe von über einer halben Millionen Euro gefördert werden konnten. Außerdem finden in der zweiten Jahreshälfte 2025 durch die Aidshilfe NRW Schulungen zum Drogennotfalltraining mit Naloxon<sup>11</sup> statt. Um in Drogenkonsumräumen in Nordrhein-Westfalen Substanzen analysieren und Konsumierende vor gefährlichen Beimischungen warnen zu können, wird noch in 2025 eine Drug-Checking-Verordnung ins Kabinett eingebracht.

<sup>4</sup> <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/alkohol>, <sup>5</sup> <https://www.esa-survey.de/>, <sup>6</sup> <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/gluecksspiel>, <sup>7</sup> <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/illegale-substanzen>, <sup>8</sup> <https://url.nrw/drogenszene-studie>, <sup>9</sup> <https://suchtkooperation.nrw/handreichtung2025>, <sup>10</sup> <https://www.mags.nrw/landesregierung-foerdert-einrichtungen-der-niedrigschwelligen-suchthilfe-mit-420000-euro>, <sup>11</sup> <https://www.mags.nrw/naloxon-rettet-leben-landesregierung-foerdert-schulungen-zum-umgang-mit-drogen-notfallmedikament>

In der Vernetzung und Vielfalt der verschiedenen Akteure des Suchthilfesystems liegt eine wesentliche Stärke des Behandlungssystems. Die verschiedenen Anlaufstellen übernehmen spezifische Aufgaben zu verschiedenen Zeitpunkten einer Suchtbehandlung. Zu Beginn einer Behandlung ist gerade die Sensibilisierung der Betroffenen für die Thematik sowie die Bereitstellung von Informationen über verschiedene Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von hoher Relevanz. Diese Aufgabe wird von den Praxen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie den Suchtberatungsstellen und den sozialpsychiatrischen Diensten übernommen. Außerdem sind hierfür auch die Maßnahmen der Schadensminderung und Überlebenshilfen relevante Anlaufstellen, z. B. Drogenkonsumräume, Notschlafstellen oder aufsuchende Hilfen.

Wichtige Ausgangspunkte einer Motivationsarbeit für Veränderung von Konsumverhalten und Überleitung in suchtspezifische Hilfeformen sind Jobcenter, Familien- und Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, Strafvollzug und Bewährungshilfe. Akute Behandlungsfälle fallen in den Bereich der medizinischen Akutversorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen und (teil-) stationären Angeboten zur Behandlung des Substanzentzugs und der psychischen und körperlichen Begleiterkrankungen. Die mittel- und langfristige Versorgung dieser Fälle bietet je nach Schwere des Verlaufs differenzierte Behandlungsangebote in den Institutsambulanzen, den Suchtberatungsstellen und bei stabilem Verlauf auch in der ambulanten Psychotherapie.

Zur bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist die Verzahnung der relevanten Hilfesysteme unabdingbar. Dies wird an unterschiedlichen Schnittstellen deutlich, z. B. bei der Überleitung von stationärer Behandlung in Rehabilitation oder in die ambulante Weiterbehandlung. Weitere Schnittstellen können sich bezüglich der Weiterbehandlung in anschließenden Hilfeangeboten wie der Allgemeinpsychiatrie, bei Beratungsbedarf mit anderen Schwerpunktthemen wie z. B. Wohnungslosigkeit oder Migration sowie bei sozialer und beruflicher Teilhabe ergeben.

Die Möglichkeiten ambulanter Psychotherapie müssen künftig noch besser für die Behandlung von Suchtpatientinnen und -patienten genutzt werden. Dies gilt nicht nur für die Behandlung von Komorbiditäten, sondern auch für die Behandlung der Suchterkrankung selbst. Hierzu sollte der immer noch vorhandene Abstinenzvorbehalt für den Zugang in die ambulante Psychotherapie kritisch betrachtet werden. Zwar sollte Abstinenz auch weiterhin als primäres Ziel einer Suchtbehandlung gelten, es entspricht jedoch nicht dem aktuellen Stand der Forschung, sie als einziges sinnvolles Therapieziel vorzugeben. Punktabstinenz zum Zeitpunkt des therapeutischen Gesprächs ist eine ausreichende Voraussetzung für eine gelingende Psychotherapie.

Mit Blick auf die Teillegalisierung von Cannabis und die bisher noch nicht in Gänze absehbaren Konsequenzen gerade für junge Menschen ist es wichtig, die Entwicklung der Konsumzahlen zu beobachten und gleichzeitig Präventionsangebote für Jugendliche zu stärken. Aktivitäten des Bundes werden dabei ebenfalls in den Blick genommen.

Insbesondere in Bezug auf die Zielgruppen der chronisch mehrfach abhängigen Menschen und chronisch psychisch kranken Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen, oftmals verbunden mit Verarmung und Wohnungslosigkeit, zum Teil aber auch mit Straffälligkeit, ist die koordinierte und integrierte Bedarfsermittlung und -planung (z. B. Hilfen nach §§ 76ff SGB IX und §§ 67-69 SGB XII) abzustimmen.

## Nächste Schritte

- Das MAGS NRW wird die begonnene Strategie zum Umgang mit Drogenkonsum im öffentlichen Raum weiter bedarfsgerecht umsetzen und dabei insbesondere die Herausforderungen im Zusammenhang mit Crack und synthetischen Opioiden im Blick behalten.
- Das MAGS NRW wird in Gesprächen mit den landesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern der Frage nachgehen, wo die Ursachen für die Finanzierungsprobleme der stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen liegen.
- Das MAGS wird zusammen mit dem Landesfachbeirat Sucht Maßnahmen zur Stärkung der Cannabis-Prävention bei Jugendlichen diskutieren und nachfolgend umsetzen.

## 4 Behandlung für diejenigen, die sie benötigen

### **Menschen mit einer psychischen Erkrankung brauchen eine koordinierte Versorgung.**

Nur so kann eine optimale Behandlung unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände sichergestellt werden. Insbesondere schwer und komplex psychisch erkrankte Menschen brauchen eine nahtlose Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg.

Die Behandlung orientiert sich am im SGB V verankerten Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der teilstationären, der stationsäquivalenten sowie der stationären Versorgung. Zielsetzung ist die Umsetzung einer lebensweltorientierten, sektoren- und settingübergreifenden Behandlung. So wird eine weitgehende Behandlungs- und Beziehungskontinuität aufgebaut und der Transfer der Behandlungsergebnisse in den Alltag erleichtert. Die bisher darauf aufbauenden Modelle der „Besonderen Versorgung“ und Modellvorhaben nach § 64b SGB V sollten aufgrund der erwiesenen Effizienz in die Regelversorgung überführt werden.

### **Exkurs: Fachkräftemangel**

Die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung wird unter anderem davon abhängen, dass qualifiziertes Fachpersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht. Demografischer Wandel und die hohe Anzahl an Renteneintritten der so genannten Boomer-Generation stellen eine Herausforderung dar. Es braucht Maßnahmen der Personalentwicklung und -akquise sowie eine Steigerung der Attraktivität der psychiatrischen Versorgung als Betätigungsfeld (strukturell und finanziell).

Gute Qualifikation ist für vielfältige Herausforderungen im beruflichen Tun notwendig. Qualifikation stärkt die Sicherheit bezüglich der eigenen Handlungsspielräume in der täglichen Arbeit. Das wiederum ist eine Grundvoraussetzung, um Fachkräfte langfristig zu halten.

Community-Health-Ansätze könnten zukünftig angesichts des Fachkräftemangels im hausärztlichen Bereich an Bedeutung im kommunalen Setting gewinnen, da sie psychisch erkrankte Menschen durch niedrigschwellige und wohnortnahe Unterstützungsangebote frühzeitig erreichen und gezielt weiterleiten können und damit eine spürbare Entlastung der hausärztlichen Versorgung ermöglichen.

Die Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege konnte in den letzten Jahren deutlich gesteigert werden – mehr Menschen erhalten die Chance auf eine qualifizierte Ausbildung und einen gesellschaftlich wichtigen Beruf.

Seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung zeigt sich eine positive Entwicklung bei den Einritten in die Ausbildung als Pflegefachmann/ Pflegefachfrau. Grundlage hierfür bildet in Nordrhein-Westfalen ein breites Netz an Pflegebildungseinrichtungen und eine breite Flächenverteilung mit wohnortnaher Erreichbarkeit. Das Qualifizierungsangebot reicht dabei von der generalistisch ausgerichteten Pflegefachassistenz über die dreijährige Fachkraftausbildung bis hin zum primärqualifizierenden Pflegestudium. Darüber hinaus können Pflegefachkräfte eine Fachweiterbildung gemäß Weiterbildungsordnung der Pflegekammer NRW besuchen und darüber eine spezialisierte Qualifikation unter anderem im Bereich Psychischer Gesundheit erlangen.

Damit kann den unterschiedlichen Interessen und Bildungsbiographien ein breites Spektrum an Einstiegsmöglichkeiten in den Pflegeberuf geboten werden.

Daran muss auch zukünftig festgehalten werden um verschiedene Zugangswege in Ausbildung und Beruf zu ermöglichen. Der Bedarf an Fachkräften steigt weiter – deshalb muss mehr ausgebildet werden; unerlässlich sind auch schnelle und transparente Verfahren bei der Anerkennung von internationalen Abschlüssen.

Neben der fachlichen Qualifikation ist auch die Befähigung von Führungskräften und die individuelle Förderung des Personals von Bedeutung. Dafür sind Programme zur Führungskräfteentwicklung oder Stipendienprogramme sinnvoll.

Neben dem Einsatz professioneller Kräfte bei der Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung ist das Engagement und die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen eine wertvolle Unterstützung im Hilfesystem. Durch die eigene Erfahrung und die damit verbundene Kompetenz können die Psychiatrie-Erfahrenen das Angebot bei den Hilfen und bei der Behandlung erweitern. Sie können jedoch professionelle Kräfte nicht ersetzen.

Damit die Richtlinie zur Personalbemessung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) zukünftige Innovationen und die dafür erforderlichen Personaleinsätze unterstützt und nicht in erster Linie Strukturen aufrechterhält, muss diese dringend flexibilisiert werden.

## Nächste Schritte

- Das MAGS NRW prüft die Erarbeitung von Leitlinien zur Einbindung der Selbsthilfe als unterstützende und ergänzende Maßnahme bei der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung.

## 4.1 Kinder und Jugendliche

### Ambulante Versorgung

Am Jahresende 2024 umfassten die ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten in Nordrhein-Westfalen 281 niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 1.557 Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Es bestehen regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte und damit unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zum ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychotherapeutischen Behandlungssystem.

In Nordrhein-Westfalen entfielen 2023 die häufigsten Neuerkrankungen im Bereich der psychischen Störungen in der vertragsärztlichen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen auf Entwicklungsstörungen (F8), Verhaltens- und emotionale Störungen (F9) und affektive Störungen (F3). An vorderster Stelle stehen dabei Entwicklungsstörungen bezogen auf das Sprechen/Sprache (F80), Hyperkinetische Störungen (F90) sowie andere Verhaltens- und emotionale Störungen (F98). Geschlechtsspezifische Unterschiede variieren im Zeitverlauf und unterscheiden sich je nach Störung. Auffallend ist die Zunahme der Inzidenz von Angst- und Essstörungen bei Mädchen in den Jahren 2020 und 2021 (Kohring et al., 2023).

#### Exkurs: Essstörungen

Essstörungen umfassen insbesondere die drei Störungsbilder Anorexia nervosa („Magersucht“), Bulimia nervosa sowie die Binge Eating Störung. Essstörungen bedeuten nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für ihre Angehörigen große Belastungen und Leid sowie hohe Kosten für die Gesellschaft. Jedes 100. bis 200. Mädchen ist von Anorexie betroffen, bei Essstörungen insgesamt ist die Erkrankungsrate noch höher. Häufig überdauert die Erkrankung bis ins mittlere/höhere Erwachsenenalter: Nach vier Jahren sind weniger als die Hälfte aller Betroffenen gesund (Solmi et al. 2024), bei der Anorexie ist die Sterblichkeit nach 5 Jahren neunmal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Körperliche und psychische Folgeschäden sind gravierend (Osteoporose, Autoimmunerkrankungen, weitere psychische Störungen). Die stationären Aufnahmeeraten waren trotz des Endes der Pandemie Mitte des Jahres 2023 immer noch um 20 Prozent bei Jugendlichen und um 40 Prozent bei Kindern höher als in der Vor-Pandemie-Ära (Herpertz-Dahlmann et al. 2024). Die Folgen sind bei der hohen Chronifizierungsrate nicht absehbar. Allein die Kosten bei einer im Durchschnitt ca. 15 Wochen dauernden, häufig wiederholten Krankenhausbehandlung sind für die Gesellschaft sehr hoch. Hinzu kommt, dass viele Angehörige durch die Belastung ebenfalls psychisch erkranken.

Essstörungen erfordern unterschiedliche Versorgungsmaßnahmen unterschiedlicher Versorgungssysteme. Hinzu kommt eine Altersdifferenzierung: Kinder und Jugendliche brauchen insbesondere eine Einbeziehung der Bezugspersonen in Prävention, Behandlung und Nachsorge. Im Erwachsenenbereich erschweren neben individuellen und krankheitsbedingten Hindernissen auch eine unzureichend entwickelte Struktur und mangelnde Transparenz des Hilfesystems den Zugang zu geeigneten Unterstützungsangeboten. Beratungsstellen spielen eine wichtige Rolle als erste Anlaufstellen für Beratung, als Lotse für die Vermittlung in weitere Hilfen und zur möglichen Überbrückung von Wartezeiten. Selbsthilfegruppen, insbesondere geleitete, können für Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige wichtige Unterstützung bieten.

Es braucht für gelingende Prävention und Früherkennung Beratungslehrkräfte, Schulpsychologinnen und -Psychologen oder Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter, die Expertise auf dem Gebiet der Essstörungen haben, vergleichbar mit den auf dem Gebiet des Autismus besonders gut ausgebildeten Lehrkräften, die z. T. schulübergreifend tätig sind. (Stice et al. 2019).

## Nächste Schritte

- Das „Handlungskonzept Essstörungen NRW“ wird auf Basis der Erkenntnisse aus der Fortschreibung des Landespsychiatrieplans aktualisiert. Dazu wird das MAGS NRW die Landeskoordinierungsstelle Essstörungen NRW beauftragen.

### Stationäre und teilstationäre Krankenhausversorgung

In NRW gab es im Jahr 2025 insgesamt 32 Krankenhausstandorte und 64 Tageskliniken mit Kinder- und Jugendpsychiatrischer Versorgung in Nordrhein-Westfalen.

Im Jahr 2022 gab es 27.865 stationäre Behandlungsfälle im Alter zwischen 0-19 Jahren mit einer F-Diagnose (Kapitel V ICD-10). Im Jahr 2014 waren es 32.886 Fälle. Die Mehrheit dieser Kinder und Jugendlichen mit Wohnort in Nordrhein-Westfalen wird auch in Nordrhein-Westfalen behandelt. Lediglich 4,8 Prozent dieser Gruppe wurden 2022 außerhalb von Nordrhein-Westfalen versorgt (Ettelt et al., 2024).

Bei den stationären Behandlungsfällen von Kindern und Jugendlichen sind in Nordrhein-Westfalen die affektiven Störungen (F30-F39) am häufigsten. Sie machten 2022 rund 30 Prozent der stationären Behandlungsfälle im Bereich der F-Diagnosen aus. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) folgten in der Häufigkeit mit jeweils etwa 16 Prozent (Ettelt et al., 2024).

Institutsambulanzen sind auf die Behandlung von Menschen ausgerichtet, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer psychischen Erkrankung einer spezifischen ambulanten Behandlung bedürfen. Nach Daten der gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen 63 psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche (Stand 31.12.2023). Die Anzahl der abgerechneten Fälle ist von 2015 im Vergleich zu 2023 um 19 Prozent auf 85.496 angestiegen (Quelle: MAGS-Abfrage, unveröffentlicht).

## **Exkurs: Übergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Erwachsenen-psychiatrie und Jugendhilfe/Eingliederungshilfe**

Der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie gestaltet sich in der Organisation der Hilfen oft schwierig. Der größte Teil der jungen Erwachsenen ab 18 Jahren wird in der Erwachsenenpsychiatrie versorgt, obwohl auch die Fortführung der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei entsprechender Begründung möglich wäre. Die Zuständigkeit für die Behandlung und die Erbringung von Teilhabeleistungen der psychisch auffälligen bzw. psychisch erkrankten jungen Erwachsenen muss in oft langwierigen Prozessen geklärt werden.

Ein Problemfeld ist die Festlegung der Altersgrenze: Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung endet in der Regel mit 18 Jahren, obwohl einige der jungen Menschen angesichts ihres Entwicklungsstandes weiterhin von den Angeboten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung inklusive der dort integrierten pädagogischen Hilfen profitieren würden. Gemäß dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) können 18- bis 21-jährige Hilfe für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII ab dem 18. Lebensjahr erhalten, wenn diese als Nachbetreuung einer Hilfe zur Erziehung nach § 27 ff SGB VIII stattfindet. Bei seelischer Behinderung sind Teilhabeleistungen nach § 35a SGB VIII in der Regel bis zum 21. Lebensjahr möglich.

Für psychisch auffällige oder erkrankte junge Erwachsene gibt es zu wenig adäquate Angebote. Dies betrifft vor allem Personen mit vielfältigen Sozialisationsdefiziten, diversen Problemlagen (fehlender Schulabschluss, Arbeitslosigkeit, Verschuldung, schwierige Wohnsituation). Viele Leistungsträger erwarten eine Mitwirkung der jungen Menschen, doch diese ist bei der Zielgruppe krankheitsbedingt häufig nicht möglich.

Analog zum § 35a SGB VIII, der Hilfen auch über das 18. Lebensjahr hinaus vorsieht, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, bei Bedarf auch jungen Menschen über 18 Jahren mit den in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln. Eine weitere Möglichkeit bildet das Schaffen von mehr Transitions- oder Adoleszentenstationen, welche auf die Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen spezialisiert sind; das zu behandelnde Alter variiert derzeit je nach Klinik zwischen 16 und 25 Jahren. Neben der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation sollten in der Versorgung – falls individuell erforderlich – Angebote vorgehalten werden, die auch pädagogische Aspekte beinhalten, um die jeweils erforderliche Nachreife und Nachsozialisation zu fördern.

2017 erfolgte die Aufnahme aufsuchender Behandlung in das PsychVG, wodurch die Möglichkeit geschaffen wurde, eine stationsäquivalente Behandlung (StäB) in Anspruch zu nehmen (s. auch Kapitel 5.2). Wichtige gesetzliche Grundlagen bildeten hierfür im speziellen eine Änderung des § 39 und die Neuschaffung des § 115d im SGB V, welche die stationsäquivalente Behandlung ermöglicht und definiert. Eine Behandlung auf der Basis von StäB wird in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken insbesondere aufgrund mangelnder Personalressourcen häufig nicht durchgeführt. Dennoch erfolgt zurzeit z. B. in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen des LVR-Klinikverbunds der Aufbau bzw. die Implementierung entsprechender Angebote. Diese müssen beobachtet und ggf. unterstützt/gefördert werden.

Home-Treatment stellt eine weitere aufsuchende Behandlungsform dar. Im Vergleich zu StäB hat es den Vorteil, dass die Therapie von einem multiprofessionellen Team mit 3-4 Terminen pro Woche viel flexibler durchgeführt werden kann, da nicht täglich eine Behandlung stattfinden muss. Nur bei Bedarf fährt eine Ärztin oder ein Arzt zur Patientin oder zum Patienten, oder es wird ein Akuttermin in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz anberaumt. Wie bei StäB findet jede Woche eine oberärztliche/fachärztliche Visite statt. Außerdem ist in allen Kliniken entweder das Team oder der Dienstarzt 24 Stunden erreichbar.

## **Herausforderungen und Lösungsansätze**

**Mit Blick auf die Berichte über lange Wartezeiten, die von verschiedenen Seiten als Indikator für Mängel in der Versorgungsstruktur angesehen werden, kann eine separate Bepanung für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie zu Verbesserungen führen und sollte daher kurzfristig im Rahmen einer Regelung auf Bundesebene umgesetzt werden.**

Zu grundsätzlichen Fragen der Bedarfsplanung wird auf Kapitel 4.2 verwiesen.

Für viele Kinder und Jugendliche ist die Form der step-down Behandlung hilfreich, z. B. in Form einer tagesklinischen Behandlung, da ein weicherer Übergang in das häusliche Milieu erfolgt, die Eltern mehr einbezogen sind und das direkte Umfeld des Kindes (Schule) in die Behandlung einbezogen wird. Eine tagesklinische Aufnahme gestaltet sich an vielen Kliniken immer noch schwierig, da tagesklinische Plätze nicht immer ausreichend vorhanden sind. Wartezeiten betragen hier häufig mehrere Monate. Und gerade in ländlichen Gebieten limitieren die weiten Anfahrtswege gerade in dieser Altersgruppe die Möglichkeit der Inanspruchnahme.

Bei Kindern und Jugendlichen ist der reibungslose Übergang von einer stationären oder tagesklinischen Behandlung in eine ambulante Psychotherapie besonders bedeutsam. Während zu langer Wartezeiten ist die Rückfallgefahr sehr hoch. So treten beispielsweise bei den Essstörungen die meisten Rückfälle nach ca. zwei Monaten auf, ein Zeitpunkt, an dem viele noch keinen Therapieplatz haben.

Auch Maßnahmen der Jugendhilfe, die unter anderem poststationär oft hilfreich und notwendig sind, haben oft eine kaum vertretbare lange Vorlaufzeit. Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern auch in der Praxis erforderlich. Sie sollte über die Anforderungen des § 35a SGB VIII hinaus standardisierte Kooperationsverträge zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und stationärer Kinder- und Jugendhilfe beinhalten, damit Hilfen nicht nur in und durch psychiatrische Spezialeinrichtungen, sondern auch durch qualifizierte Fachkräfte in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe erbracht werden können.

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

In den Kliniken beginnt die Entlassplanung mit der Aufnahme, und die einzelnen Schritte sollten in einem fortlaufenden Dialog zwischen Behandlungsverantwortlichen, Personensorgeberechtigten und den betroffenen Kindern und Jugendlichen selbst abgestimmt werden. Die Möglichkeit, aus der Klinik heraus Sprechstunden bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten zu nutzen, sollte Bestandteil des Entlassmanagements sein, um eine ambulante Weiterbehandlung zu gewährleisten. Die Schulpsychologie kann nach längerem stationärem Aufenthalt eine vermittelnde Rolle für die Wiedereingliederung in die Schule übernehmen, jedoch ist sie auf die Unterstützung der Vorbehandelnden angewiesen, was z. B. aufgrund von Abrechnungsmodalitäten erschwert wird.

Kooperationsbedarfe zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe ergeben sich aus komplexen, disziplinübergreifenden Hilfebedarfen. Individuell zugeschnittene Hilfen sollen möglichst wohnortnah in Anspruch genommen werden können. Fachlicher Austausch kann durch Einbezug der Expertise potentieller Kooperationspartnerinnen und -partner die Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten aller Akteurinnen und Akteure erweitern. Dieser sollte bei Bedarf auch digital möglich sein, um Wegezeiten, insbesondere für den ambulanten Sektor, zu reduzieren. Generell ist bei der Kooperation zwischen fallübergreifend-strukturellen Kooperationen einerseits und Kooperationen auf einer individuellen patientenbezogenen Ebene andererseits zu unterscheiden. Außerdem ist zwischen Kooperationen mit dem öffentlichen Träger der KJH (Jugendamt) und mit freien Trägern (Einrichtungen) zu differenzieren. Die regionale Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe ist zu fördern und weiterzuentwickeln. Ziel der Weiterentwicklung regionaler Kooperationen ist die Abstimmung von in gemeinsamer Verantwortung getragener, lösungsorientierter Abläufe zum Vorteil des Kindes bzw. Jugendlichen und seiner Familie. Ein regelmäßiger strukturierter Austausch zwischen den Kooperationspartnerinnen und -partnern auf regionaler Ebene ist ebenso erforderlich wie gemeinsame Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden.

Kinder- und jugendpsychiatrische Verbände sollten – wo möglich integriert in gemeindespsychiatrische Verbände – in weiteren Regionen aufgebaut werden. Regelmäßige Treffen der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater mit den Kliniken sollten zum Standard werden.

Schule ist ein Leistungs- und Entwicklungsort. In der Corona-Pandemie ist das Fehlen des Entwicklungsortes Schule besonders stark ins Gewicht gefallen. Die Klinikschulen sind ein unverzichtbarer Teil der Versorgung. Sie ermöglichen z. B. die Heranführung an die Schule bei langer Schulabstinenz. Das sollte auch für den Übergang nach der Entlassung möglich sein, so dass eine Wiedereingliederung in den Entwicklungsort Schule gewährleistet wird.

## Nächste Schritte

- Die grundsätzliche sektorenübergreifende Behandlung im Rahmen von Modellprojekten nach § 64b SGB V ist zu unterstützen. Sie ermöglicht eine individualisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen.
- Das MAGS NRW wird mit den Akteurinnen und -Akteuren der Versorgungslandschaft in einen Austausch gehen, wie die Versorgungssituation im Bereich Adoleszenz und Transition verbessert werden könnte.
- Das MAGS setzt sich auf Bundesebene weiterhin für eine separate Bedarfsplanung der ambulanten medizinischen Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie ein.

## 4.2 Erwachsene

### Ambulante Angebots- und Leistungsstrukturen

Die Bedarfsplanung für die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung ist Aufgabe der Selbstverwaltung. Für die psychotherapeutische Versorgung wurden mit der Reform im Jahr 2019 eine Anpassung der Verhältniszahlen vorgenommen sowie Quotenregelungen eingeführt. Hierbei wurde eine Mindestquote für Psychosomatiker von 50 Prozent innerhalb der Mindestquote für ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (25 Prozent) festgelegt. Weiterhin besteht eine Mindestquote von 20 Prozent für die Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

#### Exkurs: Wartezeiten in der Psychotherapie

Mit der Reform der Psychotherapierichtlinie im Jahr 2016 wurde unter anderem die psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt, um die Wartezeit auf ein erstes abklärendes Gespräch und der Zeit bis zum Beginn einer Richtlinien therapie zu verkürzen. Eine aktenbasierte Studie hat ergeben, dass sich die Wartezeit auf ein Erstgespräch durch die Reform nicht verringert hat, sie liegt durchschnittlich bei rund drei Wochen (Singer et al., 2022). Damit ist sie deutlich kürzer, als eine Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer ergeben hat (BPtK, 2018). Die Wartezeit zwischen der Sprechstunde und dem Beginn der Richtlinien therapie hat sich nach der durch den G-BA beauftragten Evaluation der Reform der Psychotherapierichtlinie von 126 auf 141 Tage verlängert (Kruse et al., 2024). Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass im Rahmen dieser Wartezeit potenziell mehrere Sitzungen im Rahmen der Sprechstunde und der Probatorik (Festlegung der Behandlungsmethode) liegen können und die Patientinnen und Patienten insoweit nicht unversorgt sind. Die Länge der Wartezeiten mag unterschiedlich bewertet werden. Für Patientinnen und Patienten stellen sie jedoch eine Herausforderung insbesondere in der Suche nach einem Therapieplatz dar, insbesondere für schwer erkrankte Personen mit geringeren Ressourcen.

Im Jahr 2024 waren in der ambulanten fachärztlichen psychiatrischen Versorgung der Erwachsenen 1.062 niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie und für Nervenheilkunde tätig. Hinzu kamen 298 Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Anzahl der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte ist im Vergleich zu 2015 nur leicht gestiegen. Die Anzahl der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten hat sich jedoch stark erhöht: von 3.337 in 2015 auf 5.645 in 2024 (MAGS-Abfrage KV Nordrhein/KV Westfalen-Lippe, unveröffentlicht).

2022 entfiel der größte Anteil von den insgesamt 6.197.367 ambulanten Behandlungsfällen in der Altersgruppe 20-59 Jahre auf neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), gefolgt von affektiven Störungen (F30-F39) und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19; Ettl et al., 2024). Wie im Landespsychiatrieplan aus 2017 stellten auch in 2023 die depressiven Episoden (F32), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) wie die somatoformen Störungen (F43) die drei häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen bei den psychischen Störungen dar (Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen).

## Exkurs: Peripartale psychische Gesundheit

Die peripartale Phase ist der Zeitraum rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Sie stellt eine Phase des Umbruchs und der Neuanpassung dar und ist eine kritische Zeit für die psychische Gesundheit von Schwangeren bzw. Müttern.

Peripartale psychische Störungen können in jeder Form auftreten, sie entsprechen in ihrem Verlauf denen einer unabhängig von einer Schwangerschaft auftretenden psychischen Erkrankung (Schipper-Kochems et al., 2019). Depressionen sind die häufigste Erkrankung in der peripartalen Phase (Prävalenz von 18,4 Prozent in der Schwangerschaft und 19,2 Prozent in der frühen Mutterschaft; Hübner-Liebermann et al., 2012). Depressive Erkrankungen während der Schwangerschaft sind assoziiert mit erhöhtem Frühgeburtsrisiko, geringerem Geburtsgewicht oder veränderter fötaler Herzaktivität. Peripartale psychische Erkrankungen haben zudem eine wichtige transgenerationale Bedeutung mit Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung zum Kind und die kindliche Entwicklung. Es besteht ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Regulationsstörungen beim Neugeborenen, späteren Verhaltensauffälligkeiten sowie Veränderungen der Immunfunktionen.

Bei psychischer Erkrankung stehen den Frauen und ihren Angehörigen grundsätzlich alle Angebote der Regelversorgung zur Verfügung. Einzelne Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) bieten spezielle Mutter-(Eltern)-Kind-Sprechstunden an. Auch Tageskliniken halten teils spezielle Angebote vor. Besonders an dieser Angebotsform sind spezifische Therapieelemente mit einem Fokus auf der Mutter-Kind-Bindung in Ergänzung zu dem Standard-Therapieprogramm. Zudem können Babys und Kleinkinder mit schweren Regulationsstörungen gemeinsam mit den Elternteilen, bei denen ebenfalls eine Behandlungsindikation besteht, behandelt werden. Es gibt in Nordrhein-Westfalen aktuell nur einzelne spezialisierte stationäre Behandlungseinheiten in allgemeinspsychiatrischen Kliniken zur Aufnahme von Müttern mit ihren Kindern, die auf die Behandlung peripartaler psychischer Gesundheitsprobleme spezialisiert sind. Das Besondere an diesen speziellen Mutter-Kind-Einheiten oder Eltern-Kind-Einheiten ist die Fokussierung auf die Förderung der Mutter-Kind-Bindung.

Psychosozialen Angeboten kommt eine wichtige unterstützende Rolle zu, darunter fallen Angebote wie Beratungsstellen (z. B. Schwangerenberatung), Selbsthilfegruppen, niedrigschwellige gemeindepsychiatrische Angebote, Soziotherapie, die Frühen Hilfen oder die Frühförderung. Mitzudenken ist auch immer eine Entlastung der Familie durch eine (über die Krankenkasse finanzierbare) Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung.

Um psychische Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen, besteht ein dringender Bedarf an strukturierten Screening-Programmen während und nach der Schwangerschaft. Einhergehend mit dem Ausbau eines regelhaften Screenings sollten Gynäkologinnen und Gynäkologen, Pädiaterinnen und Pädiater und Hebammen zur Diagnostik peripartaler psychosozialer Erkrankungen und anschließender Zuweisung geschult werden (Wisner et al., 2008). Für eine bessere Versorgung braucht es eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Zuweisenden und Versorgenden.

## Nächste Schritte

- Das MAGS NRW initiiert die Erarbeitung eines die Phase rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett umfassenden Handlungskonzepts für die Versorgung von Menschen, die psychisch erkrankt sind oder als psychisch erkrankungsgefährdet gelten, gemeinsam mit maßgeblichen externen Expertinnen und Experten.

Nach der Datenlage im bundesweiten Gesundheitssurvey werden psychische Störungen mehrheitlich in der Hausarztpraxis erstmals erkannt und teilweise dort auch weiter versorgt, einschließlich der psychosomatischen Grundversorgung. Der Hausärztin bzw. dem Hausarzt kommt damit eine Lotsenfunktion zu. Die niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind insbesondere bei komplexen psychischen Störungen und schweren Verläufen von zentraler Bedeutung. Ambulante Behandlungsleistungen beinhalten neben psychiatrischen, psychosomatischen, psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen ambulante psychiatrische Pflege, psychiatrische häusliche Krankenpflege, Soziotherapie und Heilmittel. Auch Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation gehören dazu. Bei entsprechend komplexem Hilfebedarf wird die Leistung integriert mit sozialer und beruflicher Rehabilitation erbracht.

Die Beratung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen liegt nach dem „Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGDG NRW) und dem „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG) bei den Kreisen und kreisfreien Städten als unteren Gesundheitsbehörden als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung. Die untere Gesundheitsbehörde ist verpflichtet, für die Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und deren Angehörige einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) vorzuhalten.

**Sozialpsychiatrische Dienste sind ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Daseinsvorsorge und leisten einen elementaren Beitrag zur Sicherung und Steuerung der gemeindepsychiatrischen Versorgung.**

Sie organisieren, vermitteln oder leisten niedrigschwellige Beratung und Betreuung, Krisenintervention, Planung und Koordination von Einzelfallhilfen, Netzwerkarbeit und Steuerung im kommunalen Kontext und übernehmen Aufgaben des psychiatrischen Beschwerdemanagements für die Kommune. Ebenso spielen die Sozialpsychiatrischen Dienste eine wichtige Rolle bei der Vermeidung von Zwang.

## Exkurs: Zwang

Mit Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen sind weitgehende Eingriffe in die Grundrechte verbunden. Ein Eingriff ist aufgrund des verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nur zulässig, wenn er im Einzelfall zur Abwehr einer konkreten erheblichen Eigen- oder Fremdgefährdung geeignet, erforderlich und angemessen ist. Vermeidung von Unterbringungen und Zwang muss dabei oberstes Ziel sein. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – auch wenn sie als ultima ratio unvermeidbar sein mögen – sind gravierende Eingriffe in das Recht auf Selbstbestimmung bzw. in das Recht auf körperliche und psychische Unversehrtheit. Der Bericht über die Rahmendaten nach § 32 PsychKG stellt fest, dass eine nennenswerte Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie bisher nicht erreicht werden konnte.

Diagnostik und Therapie erfordern zwingend einen ernsthaften Einbezug der Betroffenen, eine wertungsfreie Grundhaltung und Kommunikation auf Augenhöhe. In hochakuten Krankheitsphasen und damit genau dann, wenn Zwang als ein Mittel heranzuziehen sein könnte, kann sich das schwierig gestalten. Gerade dann gilt es umso mehr, einen patientenorientierten Blick als Richtschnur für das eigene Handeln umzusetzen. Im Dialog mit Vertretungen aus der Selbsthilfe – in Nordrhein-Westfalen ist hier insbesondere der Landesverband der Psychiatrieerfahrenen (LPE) zu nennen – wird immer wieder deutlich, mit welchen individuellen Gewalterfahrungen Zwang verbunden sein kann – selbst wenn er aus größtem Fürsorgegedanken heraus angewendet wird.

Daher ist es wichtig, wann immer möglich mit Patientenverfügungen zu arbeiten, um die Entscheidungshoheit nicht nur auf Seiten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu verorten. Und auch im weiteren Behandlungsverlauf, etwa wenn es um medikamentöse Therapieplanung geht, ist die Patientenorientierung umzusetzen. Dies gilt gerade auch im Hinblick auf Nebenwirkungen, die eine Therapieadhärenz reduzieren.

Die Leitungen von Kliniken und Einrichtungen müssen die Prävention von Zwang und Gewalt weiterhin mit hoher Priorität behandeln, etwa durch Aufstellung eines Plans zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM). Organisationsinterne, transdisziplinäre und möglichst dialogisch erstellte Standards zum Umgang mit FEM unter Beteiligung aller Berufsgruppen geben Orientierung. Eine deeskalierend wirkende Raumausstattung (leicht einsehbares Dienstzimmer, kleine Überwachungsbereiche auf jeder Station, Klingelmatten, erreichbare Gärten bzw. ausreichende Möglichkeiten für Aufenthalt im Freien, ausreichend Räume für Rückzug usw.) wird empfohlen. Durch milieutherapeutische Maßnahmen sollte eine Behandlungsumgebung geschaffen werden, in der die Prinzipien von Recovery einbezogen sind. Dies schließt ein, die Mitarbeitenden so zu schulen, dass sie in der Lage sind, individuell auf die erkrankten Menschen bezogene Zwangsreduktionsstrategien anzuwenden.

## Nächste Schritte

- Behandlungsvereinbarungen können zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen. Menschen, die von einer Behandlungsvereinbarung besonders profitieren können, dies sind vor allem chronisch erkrankte Personen mit unfreiwilligen Aufnahmen in der Vorgeschichte, sollten gezielt angesprochen werden.
- Im Rahmen einer aktuellen Novellierung des PsychKG wird derzeit die Ausweitung der Kontrollbefugnis der Besuchskommission auf Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch geprüft.

## **Angebots- und Leistungsstrukturen des Krankenhauses**

In Nordrhein-Westfalen sind insgesamt 110 stationären und 179 tagesklinischen Angebote der Fachkrankenhäuser bzw. Allgemeinkrankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie für die Versorgung zuständig. Die regionale Verteilung auf die Versorgungsgebiete wird über die regionalen Planungskonzepte sichergestellt.

Die häufigsten Ursachen für eine stationäre Behandlung psychischer Störungen bei Erwachsenen im Alter von 20-59 Jahren in Nordrhein-Westfalen waren im Jahr 2022 Störungen aufgrund von Alkoholkonsum (F10), gefolgt von depressiven Störungen (F32-F33). Auch die Diagnose einer Schizophrenie (F20) stellte einen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen eher häufigen Anlass für eine Krankenhausbehandlung bei Erwachsenen dar (Ettelt et al., 2024). Die Zahl der Männer, die aufgrund einer alkoholbedingten Störung eine stationäre Behandlung erhielten, war fast dreimal höher als die der Frauen. Bei Frauen waren Depressionen die häufigste Ursache für die stationäre Behandlung einer psychischen Störung. Die Zahl der Männer, die aufgrund einer Schizophrenie stationär im Krankenhaus behandelt wurden, war mehr als doppelt so hoch wie die der Frauen (Ettelt et al., 2024).

Im Vergleich zur Auswertung für das Jahr 2014 (vorheriger Landespsychiatrieplan) zeigen die Daten für 2022 keine großen Veränderungen in der Rangfolge der Häufigkeit. Insgesamt ist die Zahl der Behandlungsfälle von 336.884 im Jahr 2014 auf 294.691 im Jahr 2022 gesunken (Ettelt et al., 2024).

Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen (PIAs/PSIAs) leisten bei schwerwiegenden und chronischen psychischen Störungen eine ambulante, multiprofessionelle Behandlung durch das Krankenhaus außerhalb des Versorgungsauftrags der KVen und des Budgets der niedergelassenen Ärzte- und Psychotherapeutenchaft. Die Anzahl der Institutsambulanzen in Nordrhein-Westfalen ist nach Daten der gesetzlichen Krankenkassen in NRW im Zeitraum von 2015 bis 2023 stark angestiegen. Insbesondere war der Aufbau von Tageskliniken in Kombination mit Institutsambulanzen ein Ausbaumodul, um die Erreichbarkeit in ländlichen Regionen zu verbessern. In den Psychiatrischen Institutsambulanzen für Erwachsene wurden im Jahr 2023 in Nordrhein-Westfalen 693.767 Behandlungsfälle abgerechnet.

Die für eine hochwertige Krankenhausbehandlung notwendigen medizinischen und pflegerischen Kompetenzen und Angebote sind in ausreichender Qualität und Quantität regional vorzuhalten. Durch Festlegung von Pflichtversorgungsregionen sind alle Anbieter verpflichtet, alle Personen aus dieser Region, die eine stationäre oder teilstationäre Versorgung benötigen, aufzunehmen und zu versorgen. Abweichungen sind nur dann begründet, wenn eine Patientengruppe nachweislich so hohe Anforderungen an die therapeutischen Kompetenzen stellt und/oder so klein ist, dass dies die ortsnahe Versorgungsangebote überfordert.

**Insbesondere für die Therapie komplexer Störungsmuster und seltener Fragestellungen wird Spezialwissen benötigt.**

## Exkurs: Menschen mit körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen

Die Zugänglichkeit zu Hilfen ist für Menschen mit körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen in Bezug auf die jeweilige Beeinträchtigung barrierefrei zu gestalten. Die psychiatrische Versorgung ist trotz ihres Problembewusstseins und entsprechender Zielsetzungen bislang nicht umfassend barrierefrei. Bisherige Maßnahmen berücksichtigen – wenn auch nicht immer ausreichend – vor allem Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, seltener Personen mit einer Sinnesbeeinträchtigung.

Das Ziel, ein Höchstmaß an Gesundheit, Lebensweltorientierung und Teilhabe ohne Gewalt und Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu erreichen, führt in der praktischen Umsetzung zu einem Spannungsfeld zwischen den Möglichkeiten regionaler Versorgung und der Notwendigkeit hochspezialisierter Angebote. Das Leitbild der Inklusion und Zugänglichkeit ist unter Bezug auf die UN-BRK und die Istanbul-Konvention zu beachten. Auch bei der Versorgung dieser Patientengruppe gilt es daher, notwendiges Spezialwissen zu generieren und eine systematische Aus- und Fortbildung für Angehörige der Gesundheitsberufe gemäß Artikel 15 der Istanbul-Konvention sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit – etwa des Gesundheitswesens und der Frauenunterstützungsinfrastruktur (Artikel 18 der Istanbul-Konvention) – und geeignete Vernetzungsmaßnahmen dort sicherzustellen, wo diese benötigt werden.

Die LWL-Klinik in Lengerich bietet mit dem Behandlungszentrum für Hörgeschädigte stationäre und teilstationäre Leistungen an. Ebenso gibt es spezielle Therapeutinnen und Therapeuten für Menschen, die blind/sehbehindert sind. Daten zur Barrierefreiheit für Sinnesbeeinträchtigungen und körperlichen Beeinträchtigungen liegen nicht vor.

Spezielles Wissen und spezielle Therapieansätze, die sich in Universitätskliniken und weiteren Versorgungskliniken entwickeln, sollten von Ärztinnen und Ärzten, die in Angeboten der ortsnahen Pflichtversorgung Verantwortung übernehmen, verbreitet werden. Durch die Landespsychiatrieplanung sind diese Entwicklungen nicht steuerbar. Durch geeignete Vernetzung sollte für die Patientinnen und Patienten der Zugang sichergestellt werden (konsiliarisch, telemedizinisch, ambulant/Verlegung). Insbesondere bei psychosomatischen Erkrankungen ist es wichtig, dass über eine enge Verzahnung der somatischen Kliniken mit den Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie frühzeitig somatoforme Störungen identifiziert werden. So können somatische Fehlversorgung vermieden und direkte Krankheitskosten reduziert werden.

## Herausforderungen und Lösungsansätze

Auf der Basis der Versorgungsgrade, die anhand der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA ermittelt werden, besteht in Nordrhein-Westfalen keine Unterversorgung im Bereich der Psychotherapie. Die rechnerisch gute Versorgungslage steht jedoch im Widerspruch zu den Wartezeiten. Das MAGS NRW hat daher in den Jahren 2023 und 2024 in Zusammenarbeit mit den beiden Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten über die Anwendung des § 103 Abs. 2 SGB V 46,5 zusätzliche Sitze zur Niederlassung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geschaffen.

Abgestimmte Behandlungsprozesse in lokalen Netzwerken von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in enger Verzahnung mit den Kliniken erhöhen die Versorgungseffizienz und -qualität im Sinne der Patientinnen und Patienten. Ambulantes Case-Management, gestufte Versorgungsmodelle und die Möglichkeit zur intensiven komplexen ambulanten Behandlung benötigen vernetzten Strukturen.

StäB wird bisher nur selten angeboten, flächendeckend besteht keine Verfügbarkeit, auch weil sich die Finanzierung sehr schwierig darstellt (s. Kapitel 5.2). Auch im ambulanten Sektor liegen in der Entwicklung von multiprofessionellen Konzepten für Home-Treatment-Angebote Ansatzpunkte zur Verbesserung der lebensweltlichen Situation für schwer psychische kranke Menschen. Der Innovationsfonds, Verträge nach § 140a („Selektivverträge“) und die Modellvorhaben nach § 64b SGB V bieten auch hier Möglichkeiten.

**Im Sinne eines sektorübergreifenden Ansatzes sind Behandlungen des Krankenhauses einschließlich der Institutsambulanzen und die Behandlungsangebote des ambulanten Sektors eng zu verzahnen (s. Kapitel 5.2).**

Zudem sollte die tagesklinische Behandlung ausgeweitet werden sowie flexibel und damit nicht zwingend an fünf Tagen die Woche erfolgen. Es besteht insgesamt ein zu geringes tagesklinisches Angebot für F2-Diagnosen, jedoch auch für F4-Diagnosen wie Zwangsstörungen oder F9-Diagnosen wie ADHS. Die gegenwärtige Kapazität bedeutet auch in den tagesklinischen Settings für die Patientinnen und Patienten eine Wartezeit von mehreren Monaten bis zur Aufnahme einer Behandlung.

Rechtzeitig vor der Entlassung untergebrachter Personen aus einer stationären Behandlung nach PsychKG soll gemeinsam mit den nachbetreuenden Institutionen, den Patientinnen und Patienten und der Klinik eine Entlassplanung erfolgen. Dadurch soll ein nachhaltiger Übergang der untergebrachten Personen in den ambulanten Bereich und eine übergangslose Weiterbehandlung unterstützt und ermöglicht sowie möglichen Drehtüreffekten entgegengewirkt werden.

**Eine Stärkung der Entlassplanung einschließlich eines Risikomanagements soll daher bei der aktuellen Neufassung des PsychKG umgesetzt werden.**

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

In Teilen Nordrhein-Westfalens besteht ein ungedeckter Bedarf an adäquaten Wohnformen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Dadurch kann es zu unnötig langen Klinikaufenthalten oder zu untragbaren Situationen im häuslichen Kontext kommen, bevor ein individuelles Unterstützungsangebot gefunden wird. Angebote der EGH weisen oftmals insbesondere für Menschen mit hohen Unterstützungsbedarfen keine Kapazität auf oder können den erhöhten Unterstützungsbedarf von entsprechenden Personen durch ihre Personalschlüssel nicht decken. Vereinzelt gelingt eine Vermittlung von Personen mit entsprechendem Bedarf nicht, sodass im ungünstigsten Fall aus dem Krankenhaus in die Obdachlosigkeit entlassen wird. Oftmals werden Personen in andere Regionen vermittelt, was unter Nachhaltigkeitsaspekten und Wegfall der eigenen sozialen Strukturen nicht dauerhaft tragbar erscheint und daher von allen Seiten versucht wird, zu vermeiden. Insbesondere an der Schnittstelle von Psychiatrie und Eingliederungshilfe bedarf es für den Personenkreis mit hohen Unterstützungsbedarfen individueller und rechtskreis-übergreifender Beratungen, wie sie durch die Teilhabeplankonferenzen nach § 20 SGB IX vorgesehen sind. In komplexen Fällen sind dazu die regionalen gemeindepsychiatrischen Strukturen einzubeziehen, wie z. B. der gemeindepsychiatrische Verbund. Darüber hinaus müssen insbesondere für diesen Personenkreis Angebote geschaffen werden, die eine wohnortnahe Unterstützung ermöglichen.

Diesbezüglich bedarf es kreativer und pragmatischer Lösungsansätzen, wie z. B. eine 24-Stunden-Betreuung in der eigenen Häuslichkeit oder das Hotel Plus in Köln in Kooperation mit alternativen Kostenträgern. Wesentliche Hinweise für eine Verbesserung des Zusammengreifens der unterschiedlichen Unterstützungssysteme ergeben sich aus den 2025 von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) vorgelegten Handlungsempfehlungen „Übergänge an der Schnittstelle von Allgemeinpsychiatrie sowie forensischer Psychiatrie und Eingliederungshilfe passgenau gestalten“. Diese gilt es nun, mit Blick auf die Situation in Nordrhein-Westfalen zu konkretisieren.

## Nächste Schritte

- Eine Evaluation auf Landesebene zur aktuellen Umsetzung von Soziotherapie und ambulanter psychiatrischer Pflege wird angestrebt.
- Das MAGS NRW verfolgt den begonnenen Prozess zur Bearbeitung und Optimierung der Schnittstelle zwischen EGH und allgemeiner und forensischer Psychiatrie zusammen mit den jeweils zuständigen Akteuren weiter.
- Die Umsetzung einer frühzeitigen Entlassplanung in der stationären Psychiatrie soll im PsychKG gestärkt werden.

## 4.3 Erwachsene im höheren Lebensalter

### Ambulante Angebots- und Leistungsstrukturen

In der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bestehen für ältere Menschen grundsätzlich dieselben Angebotsstrukturen wie für Erwachsene jungen und mittleren Alters.

Bei älteren Menschen (60 Jahre und älter) ist die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle mit der Diagnose einer psychischen Störung zwischen 2018 und 2022 um 9,9 Prozent gestiegen (von 3.713.730 auf 4.079.913 Fälle). Bei älteren Menschen stellen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen die am häufigsten ambulant behandelten Fälle einer psychischen Störung dar. 2022 entfielen auf sie 32,9 Prozent aller Behandlungsfälle in der ambulanten Versorgung mit der Diagnose einer psychischen Störung in dieser Altersgruppe. Die zweithäufigste Diagnose stellten affektive Störungen dar (27,5 Prozent aller Störungen), die sich überwiegend aus der Behandlung von depressiven Störungen ergeben (25,4 Prozent aller Störungen; Ettelt et al., 2024).

Abrechnungszahlen zeigen, dass die Inanspruchnahme psychotherapeutisch arbeitender Fachberufe eher durch „jüngere Alte“ erfolgt, wohingegen die Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr eher die Leistungen von Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und/oder Neurologie in Anspruch nehmen (Abfrage und Auswertung MAGS NRW Daten der KVen).

Tritt bei Menschen im höheren Lebensalter eine psychische Störung auf, ist in besonderem Maße eine Behandlung unter Berücksichtigung relevanter Faktoren der individuellen Lebenssituation nötig. So ist der Zugang zu Diagnostik und Behandlung barrierefrei zu gestalten und somatische Komorbiditäten sind zu berücksichtigen. Für Leistungen der sozialpsychiatrischen Dienste, Krisenhilfen, soziotherapeutische Leistungen, Heilmittel, und ambulante psychiatrische Pflege können ältere Menschen auf dieselben Versorgungsstrukturen wie Erwachsene im Alter von 20-59 Jahren zurückgreifen.

**In Deutschland erbringen zunehmend spezialisierte Gedächtnissprechstunden umfangreiche, meist multiprofessionelle Demenz- und Demenzausschlussdiagnostik, Beratung zu individuellen Therapieoptionen und zum Umgang mit einer Demenzerkrankung sowohl für Betroffene als auch für Angehörige.**

In NRW existieren 48 solcher Gedächtnissprechstunden (Quelle: DGGPP Verzeichnis). Im Jahr 2020 gab es in Nordrhein-Westfalen 20 Gerontopsychiatrische Zentren<sup>12</sup>. Das Konzept der gerontopsychiatrischen Zentren (GPZ) beinhaltet den Auftrag, alle Versorgungsangebote für ältere Menschen mit psychischen Störungen über kurze Wege zusammenzuführen.

Im Rahmen der von Land und Pflegekassen NRW gemeinsam geförderten Landesinitiative der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz (RAPD) wurde für die Entwicklung und Verbesserung von Angeboten für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige eine landesweit flächendeckende Unterstützungsstruktur von zwölf Regionalbüros in unterschiedlicher Trägerschaft, einem Kompetenzzentrum für Menschen mit Hörschädigung und der Fach- und Koordinierungsstelle (Kuratorium Deutsche Altershilfe gGmbH (KDA)) geschaffen.

<sup>12</sup> Im Rheinland firmieren entsprechende Angebote unter dieser Bezeichnung. In Westfalen bestehen inhaltlich vergleichbare Angebote meist unter anderer Bezeichnung.

## **Angebots- und Leistungsstrukturen des Krankenhauses**

Eine systematische Erfassung stationärer gerontopsychiatrischer Angebote findet nicht statt, da keine gesonderte Ausweisung im Krankenhausplan erfolgt. Die Sicherstellung der gerontopsychiatrischen stationären und teilstationären Versorgung ist Aufgabe aller Krankenhausträger mit Leistungsgruppen aus dem psychiatrischen Bereich. Dieser integrative Ansatz in der Planung ermöglicht flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort, kann aber andererseits die Gefahr mit sich bringen, dass die gerontopsychiatrische Krankenhausversorgung mittelfristig nicht verbindlich sichergestellt wird.

Im Jahr 2022 gab es 57.663 stationäre Behandlungsfälle bei älteren Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung. Betrachtet man wiederkehrende depressive Störungen und depressive Episoden zusammen, zeigt sich, dass Depressionen 2022 die häufigste Ursache für eine stationäre Behandlung darstellten. Demenzerkrankungen werden häufig auch als körperliche Erkrankung in der Diagnosestatistik erfasst (ICD-10: G30), daher liegt die Zahl der Diagnosen höher als in der Statistik der psychischen Erkrankungen (ICD-10: F-Diagnosen) dargestellt. In der Krankenhausdiagnosestatistik für Nordrhein-Westfalen wurden 2022 neben den entsprechenden F-Diagnosen auch 3.712 Fälle von Demenz mit G30 klassifiziert (davon 2.116 Frauen und 1.596 Männer) (Ettelt et al., 2024).

## **Leistungsstrukturen in der Pflege und Altenhilfe**

Insbesondere im Alter und bei psychischen Störungen liefern Alten- und Pflegeheime einen erheblichen Beitrag. In NRW stehen 2.423 stationäre Einrichtungen (Dauer- und Kurzzeitpflege) zur pflegerischen Versorgung nach SGB XI zur Verfügung (PFAD.wtg, Stichtag 30.10.2025). Diese Einrichtungen halten insgesamt 183.412 Plätze vor (PFAD.wtg, Stichtag 30.10.2025). Zur Tagespflege stehen weitere 20.792 Plätze zur Verfügung (PFAD.wtg, Stichtag 30.10.2025). Die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI betrug mit Stand Dezember 2023 in NRW insgesamt 1.387.134 Personen. Davon lebten 169.213 Menschen zum Stichtag 15.12.2023 in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegestatistik IT.NRW 2023).

## **Herausforderungen und Lösungsansätze**

Die Gerontopsychiatrie ist durch eine noch stärkere Notwendigkeit zur Verzahnung mit anderen medizinischen Disziplinen gekennzeichnet. Dabei spielt die Altersmedizin (Geriatric) mit ihrem fachübergreifenden Ansatz eine zentrale Rolle. Sie erfordert eine enge Kooperation ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen. Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik setzen ihren Schwerpunkt im psychischen, die Geriatric im somatischen Bereich. Eine enge Kooperation beider Disziplinen ist aufgrund häufig bestehender Komorbiditäten notwendig. Die konkrete Umsetzung der Kooperationen muss stets die Konstellationen vor Ort berücksichtigen und möglichst alle themenbezogenen Akteure einschließen. Gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können sinnvoll sein.

Um eine für Patientinnen und Patienten klar erfassbare und gleichzeitig effiziente und damit ressourcenschonende Angebotsstruktur im ambulanten Bereich anzubieten, gilt es, bestehende Angebote, wie z. B. die Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz oder die GPZ, gut zu vernetzen und Synergien sinnvoll zu nutzen.

Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen sowie therapeutische und pflegerische Gesundheitsfachberufe in allen Versorgungssettings sollten in der Beratung, Betreuung und Behandlung von älteren Menschen mit psychischer Erkrankung geschult sein.

Schulungen können im Rahmen der GPZ bzw. Gesundheitszentren erfolgen. Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste als multiprofessionelles Team (Fachärztinnen und -ärzte, psychologische, sozialarbeiterische, psychotherapeutische Fachkräfte sowie Pflegefachpersonen) sind als Bindeglied besonders geeignet. Allgemeinkrankenhäuser sollten in einem GPZ bzw. Gesundheitszentrum kompetente Antworten auf gerontopsychiatrische Fragestellungen finden.

## Nächste Schritte

- Ein gerontopsychiatrischer Krisendienst, der medizinische, pflegerische und sozialarbeiterische Kompetenz außerhalb regelhafter Öffnungszeiten sowohl telefonisch als auch zwingend aufsuchend zur Verfügung stellt, sollte flächendeckend aufgebaut werden; dazu sind vorhandene oder entstehende Vernetzungsstrukturen, z. B. Gesundheitszentren, zu nutzen.
- Beratung sowie Aufklärung- und Entstigmatisierungskampagnen sollten insbesondere ältere Menschen in ihrem Lebensumfeld (z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Begegnungsstätten, Seniorenzentren) erreichen. Die kommunalen und kreisweiten Angebote hierzu werden durch kreisfreie Städte und Kreise über Vernetzungs- und Koordinierungsgremien, z. B. Gemeindepsychiatrische Verbände, abgestimmt, denen sowohl regionale Kliniken wie auch die Gesundheitszentren angehören sollten. Das MAGS NRW unterstützt bei der Umsetzung.

## 4.4 Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug)

Die forensische Unterbringung umfasst die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, die aufgrund ihrer Erkrankung rechtswidrige Taten begangen haben. Zweck der Unterbringung ist der Schutz der Allgemeinheit vor der Begehung weiterer erheblicher rechtswidriger Taten und dem Ziel der Eingliederung der untergebrachten Person in die Gesellschaft. Im Rahmen der Unterbringung besteht u. a. ein Anspruch auf Behandlung der Erkrankung, die Anlass für die Unterbringung war. Das Maß der Freiheitsentziehung sowie etwaige Zwangs- oder Sicherungsmaßnahmen werden individuell festgelegt und richten sich nach der von der untergebrachten Person ausgehenden prognostizierten Gefahr. Der Gesetzgeber spricht von „Maßregeln der Besserung und Sicherung“. Zu diesen Maßregeln gehören die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) und die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB. Die Durchführung der Unterbringung wird durch das Gesetz zur Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt in Nordrhein-Westfalen (StrUG NRW) geregelt.

### Angebots- und Leistungsstrukturen

Forensisch untergebrachte Personen werden in Nordrhein-Westfalen in 17 Maßregelvollzugskliniken sowie 23 allgemeinspsychiatrischen Kliniken und Einrichtungen behandelt. Neben den Personen, die sich noch im Maßregelvollzug befinden, werden über 660 bedingt entlassene und ehemals untergebrachte Personen im Rahmen der Führungsaufsicht durch die forensischen Ambulanzen betreut. Zum Stichtag 1.1.2025 gibt es 2.181 gemäß § 63 StGB untergebrachte Personen, von denen etwa 82 Prozent stationär untergebracht sind.

Bei ca. 70 Prozent der nach § 63 StGB untergebrachten Personen liegt als Hauptdiagnose eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Weitere wesentliche Diagnosegruppen sind Persönlichkeitsstörungen sowie hirnorganische Störungen und Lernschwierigkeiten. Doppel- und Mehrfachdiagnosen sind dabei weit verbreitet.

Im Geschäftsbereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) ist der sogenannte integrierte Maßregelvollzug ein integraler Bestandteil der forensischen Behandlung. Dort sind die Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs überwiegend auf spezialisierten Stationen der Allgemeinpsychiatrien des Landschaftsverbandes untergebracht. Im Geschäftsbereich des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) erfolgt die Behandlung fast ausschließlich in speziellen forensischen Fachabteilungen. Durch eine so sichergestellte dezentrale Verteilung kann eine heimatnahe Reintegration erfolgen. Daneben gibt es drei beliebene forensische Kliniken. Darüber hinaus bestehen weitere Kontingente und einzelfallbezogene Lösungen, in denen Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik oder entsprechende Fachabteilungen von Krankenhäusern für die Behandlung von forensisch untergebrachten Personen durch Beleihung mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet werden.

Der Vorbereitung der Entlassung kommt im Rahmen der strafrechtsbezogenen Unterbringung eine besondere Bedeutung zu. U. a. kann dabei unter Kostenträgerschaft des Landes der untergebrachten Person bereits ein Wohnen in dem späteren Entlasssetting ermöglicht werden, um psychische und emotionale Stabilität sowie lebenspraktische und soziale Fähigkeiten in einem neuen sozialen Umfeld zu stabilisieren und weiterzuentwickeln. Die untergebrachten Personen werden unter definierten Bedingungen in enger Zusammenarbeit zwischen dem Behandlungsteam der abgebenden Station bzw. dem Team der forensischen Ambulanz und den Leistungsanbietern der Gemeindepsychiatrie betreut. Aus den dafür erforderlichen Angeboten ergeben sich Schnittstellen mit den psychiatrischen Hilfesystemen.

Die forensischen Einrichtungen betreiben gem. § 16 StrUG NRW zum Zwecke der Förderung der Eingliederung forensische Ambulanzen, deren Aufgabe die fortlaufende Risikoeinschätzung und das Riskmanagement einschließt. Die forensische Ambulanz ist dabei koordinierende Schnittstelle zwischen der Einrichtung und der für die nachsorgenden Hilfen zuständigen Institutionen, insbesondere den Sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, der Führungsaufsicht, der Bewährungshilfe, den Sozialleistungsträgern sowie den weiteren für die Eingliederung und Teilhabe förderlichen Institutionen in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Beschäftigung und arbeiten mit diesen zusammen. Ab Aufnahme der untergebrachten Person hat die Forensische Ambulanz die Aufgabe, an der Behandlung und Betreuung der untergebrachten Person mitzuwirken (§ 16 Abs. 2 Nr. 1 StrUG NRW). Gemäß § 8 StrUG NRW ist frühzeitig, spätestens nach drei Monaten, ein Eingliederungsangebot für die untergebrachten Personen zu erstellen. Alle beteiligten Berufsgruppen arbeiten in der Ambulanz in enger Absprache zusammen. Insbesondere im Rahmen von krisenhaften Verläufen bilden die Mitarbeitenden der forensischen Nachsorgeambulanz eine Schnittstelle zum stationären Maßregelvollzugssystem.

Bei einer forensischen Unterbringung in einem allgemeinspsychiatrischen Kontext ergeben sich Schnittstellen. Dies betrifft rund 200 stationär forensisch untergebrachte Personen in NRW: Forensisch untergebrachte Personen, die die notwendigen Voraussetzungen für eine Unterbringung im allgemeinspsychiatrischen Setting erfüllen, profitieren durch die Angebote der Allgemeinspsychiatrie. Dies ist insbesondere durch den Zugang zu den regionalen Netzwerken im Rahmen der Vorbereitung der Entlassung im fortgeschrittenen Stadium der Behandlung der Fall. Die untergebrachten Personen sind somit auch Teil der Patientenklientel der Allgemeinspsychiatrien. Mögliche problematische Konstellationen, bspw. die unterschiedlichen Verweildauern und rechtlichen Rahmenbedingungen, werden im Rahmen der individuellen Behandlungsplanung sowie durch die zuständigen Behandlungseinheiten fokussiert und berücksichtigt.

Strafrechtsbezogen untergebrachte Personen unterscheiden sich hinsichtlich der Diagnosen und der damit verbundenen Behandlungsbedarfe nicht grundsätzlich von Patientinnen und Patienten der Allgemeinspsychiatrie. Die primären Unterschiede ergeben sich aus dem Kontext und den damit verbundenen spezifischen Anforderungen der strafrechtsbezogenen Unterbringung wie bspw. deliktspezifische Behandlungsansätze, Maßnahmen der schulischen und beruflichen Bildung sowie mögliche Sicherheitsanforderungen. Insbesondere die besondere Kompetenz aus dem forensischen Setting im Umgang mit fremdgefährdenden Personen kann für die Allgemeinspsychiatrie eine wertvolle Unterstützung bieten.

## **Herausforderungen und Lösungsansätze**

Viele forensisch untergebrachte Personen waren vor ihrer Unterbringung auf Hilfen des psychiatrischen Versorgungssystems angewiesen und benötigen diese auch nach der Beendigung einer strafrechtsbezogenen Unterbringung. Dies kann neben therapeutischen Maßnahmen eine große Bandbreite von Hilfeangeboten in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturierung, Suchthilfe und Freizeit betreffen. Insbesondere die Möglichkeit der Unterbringung in betreuten Wohnformen und der Zugang zu einem geeigneten Arbeitsmarkt bzw. einer geeigneten Tagesstruktur sind bedeutend für einen angemessenen Empfangsraum als eine der Voraussetzungen für eine Beendigung der angeordneten Maßregel.

**Ein gutes Entlassmanagement ist ein wichtiger Faktor zur Aufrechterhaltung der Stabilität und Integrationsfähigkeit. Forensische Ambulanzen haben an der Schnittstelle zwischen „Draußen und Drinnen“ koordinierende Aufgaben.**

Der sukzessive Aufbau eines geeigneten sozialen Empfangsraumes erfolgt personenzentriert. Im Rahmen sog. „Helferkonferenzen“ sollen Verbindung und Verbindlichkeit des Hilfenetzwerkes kontinuierlich überprüft und angepasst werden.

Es ist davon auszugehen, dass bei frühzeitigen und passgenauen präventiven Maßnahmen bei einem Teil der Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Suchterkrankungen verhindert werden kann, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung rechtswidrige Taten begehen. Der Prävention psychischer Erkrankungen, die mit Gewaltpotential verbunden sind, dienen grundsätzlich alle Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen. Ein zentraler Ansatz ist die psychosoziale Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams. Diese sind in Deutschland bisher allerdings lediglich im Rahmen von Modellprojekten umgesetzt. In sog. Präventionsambulanzen ist das Personal eines solchen multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams auch für spezielle forensisch-psychiatrische Inhalte geschult und hat Kenntnis über besondere Aspekte von Störungsbildern und deren Behandlung, die mit der Gefahr weiterer erheblicher rechtswidriger Taten einher gehen können.

Erhebliche rechtswidrige Taten haben oft gravierende Auswirkungen auf die von der Tat betroffenen Menschen – das wichtigste Ziel ist also Opferschutz und Schutz der Allgemeinheit. Darüber hinaus ist es auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll, forensische Unterbringungen durch eine vorgeschaltete verbesserte präventiv-psychiatrische Versorgung zu vermeiden.

Für eine optimale Prävention steht eine Reihe von Maßnahmen und Vorgehensweisen zur Verfügung, die konsequent und flächendeckend angewandt werden sollen. Dazu gehören unter anderem:

- die Etablierung von multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams („Assertive Community Treatment“) mit einem niedrigschwelligen multiprofessionellen Behandlungsangebot samt ausreichender forensisch-psychiatrischer Expertise (Beispiele: Modellprojekte Düsseldorf und Köln<sup>13</sup> oder Präventionsstellen unter dem Dach der Allgemeinpsychiatrie);
- die Unterstützung von Einrichtungen für Jugendliche, wie z. B. die jugendforensische Ambulanz der LVR-Klinik Viersen (JuFo-Ambulanz), die durch umfassende Netzwerk- und Schnittstellenarbeit darauf abzielt, delinquente Karrieren zu verhindern;
- der Ausbau und die Stärkung der GPVs (s. Kap. 3.1) samt einrichtungsübergreifender Fallkonferenzen mit dem Ziel, Menschen mit Risikokonstellationen zu identifizieren, das Case Management zu klären und Lösungen innerhalb des regionalen Versorgungssystems zu finden;
- die Weiterentwicklung des forensisch-psychiatrischen Fachverbandes in der Allgemein- und Gemeindepsychiatrie.

Die regionalisierte Nachsorge von vormals forensisch untergebrachten Personen wird über die forensischen Ambulanzen (§ 16 StrUG) sichergestellt, es soll eine enge Verzahnung mit den für die nachsorgenden Hilfen zuständigen Stellen sichergestellt werden (§ 16 Absatz 3 StrUG).

Der gesetzliche Auftrag der (Re-)Integration von forensisch untergebrachten Personen in die Gesellschaft wird nur durch eine Ausweitung gemeindepsychiatrischer Leistungen zu bewältigen sein. In den regionalen Nachsorgestrukturen sollen mithilfe fester Ansprechpersonen in den gemeindepsychiatrischen Gremien in den Städten und Kreisen – optimalerweise in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden – regelhafte Versorgungspfade entwickelt werden.

## Nächste Schritte

- Das MAGS NRW lädt relevante Akteurinnen und Akteure zu einem Fachaustausch ein mit dem Ziel, in der gemeindepsychiatrischen Versorgung die forensisch-psychiatrische Expertise und die Zusammenarbeit mit den forensischen Ambulanzen weiter zu verbessern.
- Das MAGS NRW wirkt bei der Ausgestaltung der gemeindepsychiatrischen Verbände darauf hin, dass regelhafte Versorgungspfade auch für ehemals untergebrachte Personen zur Verfügung stehen.

## 5 Behandlungserfolge erhalten und Allgemeinheit schützen

**Um Patientinnen und Patienten im System bedarfsgerecht und kontinuierlich zu versorgen, müssen Übergänge zwischen den Sektoren so gestaltet werden, dass Therapieabbrüche vermieden werden.**

Dies dient zugleich der Prävention von Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen, da eine kontinuierliche Behandlung hier die wirksamste Maßnahme ist. Auch hier spielt eine gute Vernetzung vor Ort in gemeindepsychiatrischen Verbänden eine zentrale Rolle.

### 5.1 Menschen mit herausforderndem Verhalten

Die Zielgruppe umfasst Menschen mit komplexem Unterstützungs- und Hilfebedarf, die Eingliederungshilfe, Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, ambulante und/oder stationäre psychiatrische Angebote oder Maßnahmen der Krisenintervention benötigen. Oftmals leiden diese Menschen an einer schweren Psychose, an einer chronifizierten Psychose mit Doppeldiagnose Sucht oder mit anhaltender Suizidalität, an einer schweren Persönlichkeitsstörung (auch in Kombination mit Psychose) und/oder weisen eine Intelligenzminderung auf. Bei ihnen liegt oft eine latente Eigen- und/oder Fremdgefährdung, vor, die die in Einzelfällen auch die Sicherheit der Allgemeinheit beeinträchtigen kann. Sie befinden sich in einer längeren Phase wiederkehrender Krisen, erlebten mehrfache stationäre Behandlungen (oft nach PsychKG oder Betreuungsrecht), jedoch ohne passgenaues Hilfesystem und damit einhergehend fehlender mittel- und langfristiger Stabilisierung. Fehlende Behandlungs- oder Krankheitseinsicht erschwert dabei die Annahme von Angeboten.

Die Lebenslagen sind als Multi-Problem-Konstellationen geprägt (u.a. Multimorbidität, Armut, Verschuldung, Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung, drohende oder tatsächliche Obdachlosigkeit) und es besteht ein dringender und hoher Bedarf an Versorgungssicherheit.

Zur Zielgruppe gehören auch Menschen mit herausforderndem Verhalten, die als so genannte Nichtbehandlungsfälle in allgemeinpsychiatrischen Kliniken leben müssen. Bei ihnen ist die medizinische Behandlung abgeschlossen, ein adäquates (geschütztes oder fakultativ geschlossenes) Versorgungs- oder Unterstützungsangebot z. B. in der Eingliederungshilfe ist jedoch nicht rechtzeitig verfügbar.

Die Überwindung von Finanzierungslücken und die Versäulung der Hilfesysteme und damit einhergehende Herausforderungen bei der Kooperation zwischen den Angeboten der Eingliederungshilfe und den Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten sowie dem SGB V und der forensischen Psychiatrie stellen eine grundsätzliche Herausforderung nicht nur bei der Unterstützung von Menschen mit komplexen Bedarfen dar. Zudem erschweren der Arbeitskräftemangel, die Wohnungsnot und die Immobilienknappheit die Schaffung neuer am Bedarf orientierter Wohnangebote.

Für eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit komplexen Unterstützungs- und Hilfebedarfen ist eine verbindliche systemübergreifende Zusammenarbeit und ein regelmäßiger Austausch in entsprechenden Vernetzungen essentiell. Dies betrifft sowohl die Stärkung der Übergänge von Jugendhilfe in die Eingliederungshilfe als auch zwischen Psychiatrie und Eingliederungshilfe, sowohl auf Ebene der Leistungserbringer als auch der Leistungsträger. Gemeindepsychiatrische Verbände können einen solchen Rahmen bieten (s. Kapitel 3.1). In den Netzwerken ist eine Einbindung der Selbstvertretungen vorzusehen, ebenso wie die Einbindung von gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern. Außerdem ist die Zusammenarbeit mit den Ordnungsbehörden (Polizei, Gerichte etc.) vorzusehen.

Auch die Eingliederungshilfe kann zur Gewaltprävention beitragen, indem sie für die im diesbezüglichen Hilfesystem unterstützten Menschen Stabilität durch tragfähige Beziehungen ermöglicht und soziale Teilhabe sicherstellt. Zum Teil können so chronische Krankheitsverläufe abgemildert und psychische Krisen frühzeitig abgefangen werden.

## **Exkurs: Psychisch erkrankte Menschen mit Gewaltpotential**

Die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, bei denen unter bestimmten Umständen ein statistisch erhöhtes Gewaltisiko besteht, ist aufgrund von einzelnen schweren Gewaltdelikten in den Fokus geraten. Die Behandlung und Versorgung dieses Personenkreises ist komplex und stellt die Systeme vor besondere Herausforderungen.

Bei bestimmten psychischen Erkrankungen wie Schizophrenien, Psychosen, Substanzkonsumstörungen und schwere Persönlichkeitsstörungen besteht ein erhöhtes Risiko, Gewalttaten zu begehen, insbesondere dann, wenn die Erkrankungen nicht ausreichend und kontinuierlich behandelt werden und wenn weitere Risiko- und Belastungsfaktoren (z. B. soziodemografische Faktoren und sozioökonomische Belastungen) hinzukommen. Mit psychotherapeutischen, psychosozialen und medikamentösen Therapie- und Hilfeangeboten lässt sich das Risiko für Gewalttaten auch bei Betroffenen mit aggressivem Potential deutlich senken.

Das beste Mittel der Gewaltprävention ist daher ein niedrigschwelliges Angebot von Hilfen und die konsequente Behandlung der Betroffenen. Eine effektive, kontinuierliche ambulante Versorgung ist der wesentliche Ansatz zur Prävention von Gewalt, die durch eine psychische Erkrankung (mit-)bedingt ist. Damit einher geht daher die Notwendigkeit eines verbesserten Zugangs zu langfristig kontinuierlicher Behandlung und psychosozialer Betreuung. Vor dem Hintergrund der ambulanten Versorgungssituation und der intensiven Behandlungsbedarfe bei schweren psychischen Erkrankungen steht insbesondere der Ausbau sektorenübergreifender Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund.

Anlässlich des Umstands, dass bei Gewalttaten der jüngsten Vergangenheit oftmals Menschen mit psychischen Auffälligkeiten als Täter in Erscheinung getreten sind, wurde in Nordrhein-Westfalen eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Innen-, Justiz-, Gesundheits- und Fluchttressorts eingerichtet. Ziel des Austausches war die Analyse der möglichen Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Fachbereichen und Behörden und die Herausarbeitung etwaig erforderlicher Gesetzesanpassungen.

Das MAGS NRW erstellt derzeit eine Neufassung des PsychKG, in der die Bedeutung kontinuierlicher Behandlung gestärkt und der Schutz der Allgemeinheit stärker berücksichtigt werden sollen. Darin sollen auch gemeindepsychiatrische Verbände verankert werden, die eine kontinuierliche und rechtskreisübergreifende Versorgung der Zielgruppe unterstützen (s. auch Kapitel 3.1).

Schulungen zum Umgang mit psychisch erkrankten Menschen im öffentlichen Raum müssen Aufnahme in das Aus- und Fortbildungskonzept von Polizei und Ordnungsbehörden finden, dabei sollte die Teilnahme verbindlich festgeschrieben sein. Feste Ansprechpartnerinnen und -partner bei Polizei und Ordnungsbehörden für Angehörige der psychosozialen und psychiatrischen Hilfesysteme fördern die Kooperation der Systeme und das Verständnis der jeweils anderen für das notwendige Handeln.

Die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe haben dem MAGS jeweils ein Konzept zur pilothaften Einführung von Präventionsstellen an ersten Standorten in Nordrhein-Westfalen vorgelegt. Mit diesen Präventionsstellen sollen Vorsorgemaßnahmen für psychisch erkrankte Menschen angeboten werden, bei denen ein stark erhöhtes Risiko für Handlungen besteht, die eine Unterbringung in der forensischen Psychiatrie nach § 126a StPO bzw. § 63 StGB zur Folge haben könnten. Zielgruppe sind Patientinnen und Patienten in allgemeinspsychiatrischen Kliniken, bei denen aufgrund einer Risikobewertung von einem erhöhten Risiko auszugehen ist. Durch die Behandlung soll ein Auftreten von Gewalt und damit eine forensische Unterbringung verhindert werden. Gleichzeitig dient diese Maßnahme dem Schutz der Allgemeinheit.

### **Exkurs: Hilfeangebote für Gewaltopfer mit Ansprüchen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht**

Ein wichtiger Pfeiler der Hilfemöglichkeiten für Menschen, die Opfer einer Gewalttat geworden sind und deshalb Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz bzw. dem Sozialgesetzbuch XIV, also dem Sozialen Entschädigungsrecht (SER) haben, ist das Sondersystem der SER-Trauma-Ambulanzen. Dieses seit dem 1. Januar 2024 als Rechtsanspruch für Betroffene ausgestaltete System bietet Menschen, die im Inland Opfer eines rechtswidrigen vorsätzlichen (tätlichen) Angriffs geworden sind, die Möglichkeit, in einer solchen Ambulanz eine psychische Erststabilisierung zu erhalten. Dieses Angebot besteht aktuell in Nordrhein-Westfalen an 50 Standorten. Nähere spezifische Regelungen zu dem Trauma-Ambulanzangebot finden sich in der Verordnung über die von den Trauma-Ambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und die Pflichten der Trauma-Ambulanz (Trauma-Ambulanz-Verordnung), in der z. B. Regelungen über die vorzuhaltenden Qualifikationsstandards und die Erreichbarkeit des Angebots gemacht werden. Kostenträger des Trauma-Ambulanzangebotes sind Bund und Länder, wobei die Finanzierung außerhalb der beitragsfinanzierten Regelsysteme über eigene Haushaltsansätze – wie dies für alle Leistungen des SER gleichermaßen gilt – erfolgt.

### **Nächste Schritte**

- Das MAGS NRW erstellt eine Neufassung des PsychKG, in der die Bedeutung kontinuierlicher Behandlung gestärkt und der Schutz der Allgemeinheit stärker berücksichtigt wird.
- Das MAGS NRW prüft, ob es Verbesserungspotential in der fallspezifischen Zusammenarbeit zwischen den Kliniken, den Ordnungs-, Polizei- und Justizbehörden gibt und ob eine rechtliche Verankerung in einer Neufassung des PsychKG erfolgen soll.
- Das MAGS NRW fördert den modellhaften Aufbau von Präventionsstellen zur Verbesserung der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen mit Gewaltrisiko, zur Prävention von Chronifizierung und zur Verhinderung einer Unterbringung in der forensischen Psychiatrie.

## 5.2 Sektorenübergreifende Versorgung

Bereits jetzt gibt es ein vielfältiges psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungsangebot, das im Idealfall sowohl auf die Erkrankung wie auch auf die Lebenswelten der Betroffenen zugeschnitten ist. Hierzu gehören Angebote der Kliniken (stationäre Behandlung, Tagesklinik, stationsäquivalente Behandlung, Psychiatrische Institutsambulanz oder Modellvorhaben gem. § 64b SGB V) wie auch die krankenkassenfinanzierten ambulanten Behandlungen durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten sowie die ambulante psychiatrische Pflege, Ergotherapie und Soziotherapie. Die hausärztlichen Praxen spielen ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus gehören die Bereiche der Eingliederungshilfe sowie Angebote auf kommunaler Ebene gleichberechtigt zur sektorübergreifenden Versorgung. In der Realität gibt es jedoch noch vielfältige Verbesserungsmöglichkeiten. Diese betreffen insbesondere die Übergänge zwischen den einzelnen Versorgungsstrukturen.

### Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) leisten bei schwerwiegenden und chronisch psychischen Störungen eine ambulante, multiprofessionelle Behandlung durch das Krankenhaus. Sie ergänzen damit die ambulante psychotherapeutische Behandlung durch die niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten. PIAs sollen grundsätzlich fachlich ausdifferenziert, multiprofessionell und patientenzentriert arbeiten und damit eine komplexe Behandlung anbieten. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Nordrhein-Westfalen. Entsprechend des Versorgungsauftrags ergibt sich die personelle Ausstattung der PIAs. Aufgrund der hohen Nachfrage und begrenzter personeller Ressourcen erfolgen Behandlungen in der Regel nur in den Ambulanzen selbst bzw. in Einrichtungen (z. B. Seniorenheime, besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe). Dort, wo die niedergelassenen Angebote für Patienten nicht ausreichend erreichbar sind, ist eine erhöhte Nachfrage nach Angeboten der PIAs festzustellen. Die Vergütungsvereinbarungen mit den PIAs werden auf Grundlage des § 120 SGB V geschlossen. In Nordrhein-Westfalen gibt es unterschiedliche Vergütungsmodelle, die sich an den jeweiligen Versorgungsaufträgen der PIAs orientieren.

### Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ist eine aufsuchende, fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlung. Sie erfordert ein multidisziplinäres Team (Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeitende) mit wöchentlichen ärztlichen Visiten im häuslichen Umfeld und wöchentlichen Fallbesprechungen im Behandlungsteam. Eine schnelle Erreichbarkeit im Krisenfall muss gewährleistet sein. Das Team kann – orientiert an den individuellen Bedarfen der Patientin oder des Patienten – durch weitere Berufsgruppen ergänzt werden. StäB stellt damit eine sinnvolle Ergänzung des bisherigen Behandlungsangebots dar, insbesondere da sie im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten stattfindet. StäB richtet sich an Patientinnen und Patienten mit verschiedensten psychiatrischen Diagnosen, das Vorliegen einer vollstationären Behandlungsbedürftigkeit ist zwingende Voraussetzung. StäB ist u. a. geeignet für Patientinnen und Patienten, die aufgrund verschiedenster Hemmnisse (z. B. Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen) keine vollstationäre Behandlung in der Klinik wahrnehmen können oder wollen.

Berechtigt zur Durchführung von StäB sind psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung. Die Finanzierung der StäB erfolgt über individuell ausgehandelte Entgelte zwischen Klinik und GKV auf Ortsebene. Bei der Erbringung der StäB können Kooperationsvereinbarungen zwischen der Klinik und anderen Anbietern im gemeindespsychiatrischen Verbundsystem geschlossen werden. Dabei ist vorgeschrieben, dass aus der Gesamtverantwortung des Krankenhauses nicht mehr als die Hälfte der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung per Beauftragung an Dritte delegiert werden darf.

Mit Stand 2023 bieten bundesweit etwas mehr als 60 Kliniken diese Form der Behandlung an. Flächen-deckend besteht keine Verfügbarkeit, es handelt sich neben Modellprojekten um einzelne Angebote von größeren und oft überregionalen Klinikträgern.

**Patientinnen und Patienten empfinden die StäB aufgrund des täglichen Kontaktes als wertvoll und intensiv. Trotz ihrer Vorteile stehen stationsäquivalente Behandlungen vor vielfältigen Herausforderungen.**

Von Seiten der Behandler wird der Wunsch nach größerer Flexibilität geäußert, um besser auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können und die personellen Ressourcen entsprechend freier einteilen zu können.

In der vom G-BA geförderten AKtiV-Studie wurden die Art der Implementierung, die Wirksamkeit, stationäre Wiederaufnahmeraten und Kosten einer stationsäquivalenten Behandlung im Vergleich zur konventionellen stationären Behandlung untersucht. Als primäres Kriterium wurde die Wiederaufnahmerate im Vergleich zur konventionellen Behandlung untersucht, die sich signifikant geringer zeigte<sup>14</sup>. In weiteren sekundären Kriterien (z. B. Behandlungszufriedenheit, psychosoziales Funktionsniveau) war die StäB der konventionellen Behandlung überlegen oder gleichwertig.

Um die Attraktivität für die Kliniken zu steigern, sollten breiter angelegte Modellversuche implementiert werden, die in Absprache mit Kostenträgern und Leistungserbringern für vorbestimmte Zeiträume (3-5 Jahre) eine Ausweitung des bereits bestehenden Angebots erlauben könnten. Aspekte auf strukturelle Bedingungen wie bspw. die Verpflichtung der Kliniken, stationäre Betten zugunsten eines StäB-Platzes abzugeben, sollten in Abhängigkeit der Situation der Kliniken hinterfragt werden. Bettenreduktion, Personalplanung und Finanzierungsbelange bzw. verwaltungsrechtlicher Aufwand stellen insgesamt Hürden bei der Implementierung dar. Es bedarf klarer Rahmenbedingungen für alle Beteiligten. Wissenschaftliche Evaluationen der Behandlungsform sollten gesichert werden, um Vergleiche zur klassischen stationären Behandlung zu ermöglichen.

## **Modellvorhaben gem. § 64b SGB V zur Versorgung psychisch kranker Menschen**

In Deutschland werden im internationalen Vergleich psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten häufig stationär psychiatrisch behandelt. Vor diesem Hintergrund können die Krankenkassen seit 2013 zusammen mit ausgewählten psychiatrischen Einrichtungen alternative Behandlungskonzepte in Modellvorhaben nach § 64b SGB V erproben. In der Bundesrepublik Deutschland wurden in 2023 rund 20 Modellvorhaben mit unterschiedlichen Ansätzen nach § 64b SGB V erprobt, davon in Nordrhein-Westfalen z. B. in Bonn, Hamm und Bochum. In diesen Modellvorhaben geht es um die innovative Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung mit der Zielsetzung, stationäre Behandlung durch ambulante und aufsuchende Behandlungsformen zu substituieren. Die Modellvorhaben verfolgen das Ziel, Alternativen zur vollstationären Behandlung mit verbesserter Anpassung der Dauer und Intensität der Behandlung an den konkreten Behandlungsbedarf betroffener Versicherter zu ermöglichen. Es soll eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds erfolgen. Letztlich steht auch die ressourcenschonende Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten im Fokus der Modelle. Die Modelle haben in der Regel eine Laufzeit von acht Jahren und können auf bis zu 15 Jahre verlängert werden. Mit Hilfe einer wissenschaftlichen Evaluation wird für jedes Modellvorhaben anhand einer Analyse von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Erfolg bzw. die Zielerreichung überprüft.

Integrierte Versorgung nach § 64b SGB V ist bisher nur in wenigen Versorgungsregionen implementiert. Zu begrüßen ist tendenziell die Möglichkeit der sektorübergreifenden Behandlung, sowohl für Akut- als auch für die Langzeitbehandlung psychisch erkrankter Personen. Notwendig wäre die Überlegung, Modelle in synergistisch sinnvoller Art und Weise zu verknüpfen und füreinander durchlässig zu gestalten, beispielsweise in der Ermöglichung stationsäquivalenter Leistungen und auch Leistungen aus den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Angeboten. Hierzu bedarf es klarer Rahmenbedingungen auf bundesgesetzlicher Ebene, an denen sich Leistungserbringer und Kostenträger ausrichten können. Ziel muss es sein, gute Ansätze evidenzbasiert in die Regelversorgung zu überführen.

Das MAGS hat sich bereits mehrfach für die Verstetigung von Modellen nach § 64b SGB V eingesetzt. In diesen Modellvorhaben steht die Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld im Fokus. Dazu werden sogenannte Regionalbudgets mit den Kassen vereinbart. Mit diesen pauschalen Budgets müssen die Kliniken die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung aller Patientinnen und Patienten in der Region sicherstellen. So sollen Fehlanreize zur Fallzahlausweitung oder Verweildauererhöhung beseitigt und die Kliniken stattdessen zur bestmöglichen Behandlung im Sinne einer langfristigen Beschwerdefreiheit motiviert werden. Die Gesundheitsministerkonferenz hatte zuletzt im Jahr 2024 auf die Überführung in die Regelversorgung hingewirkt.

### **KSV-Psych-Richtlinie/KJ-KSVPsych-Richtlinie: Netzverbände**

Sowohl die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSV-Psych) als auch die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) sind darauf ausgerichtet, die Versorgung innerhalb von sektorenübergreifenden Netzverbänden zu verbessern.

In der Anwendung der KSV-Psych gibt es verschiedene Hindernisse, die der G-BA im August 2025 zum Teil ausgeräumt hat. Die Hindernisse führten in der Vergangenheit dazu, dass in Nordrhein-Westfalen bislang ausschließlich in Nordrhein, wo das zur Entwicklung der Richtlinie geförderte Innovationsfondsprojekt durchgeführt wurde, fünf Netzwerkverbände aufgebaut wurden. Inzwischen wurden auch die ersten Netzverbände in Westfalen-Lippe gegründet (Stand September 2025).

### **Psychiatrische Krisendienste**

Die Angebotssituation der Krisenhilfe in Nordrhein-Westfalen wurde in der FOGS-Studie (2016) differenziert beschrieben. Neben der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung sollte innerhalb der regulären Dienstzeit der Sozialpsychiatrische Dienst einen aufsuchenden Krisendienst anbieten. Befragungen der Arbeitsgemeinschaft der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Aktion psychisch Kranke (APK) im Jahr 2023 ergaben für NRW eine Zahl von sechs respektive acht Regionen/Kommunen, die darüber hinaus einen spezialisierten psychiatrischen Krisendienst vorhalten. Der zeitliche Umfang und das inhaltliche Angebot sind dabei unterschiedlich. Die Krisendienste arbeiten teilweise als eingetragene Vereine. Die Mitarbeitenden rekrutieren sich aus den stationären und komplementären Einrichtungen. Kostenträger sind in allen Fällen die jeweiligen Städte bzw. Kreise. Die ambulante psychosoziale und psychiatrische Krisenhilfe berührt unterschiedliche sozialrechtliche Zuständigkeiten (Prävention, Daseinsvorsorge, Behandlung, Teilhabe, Kinder- und Jugendhilfe).

Als Beispiel eines überregionalen Krisendienstes kann der Krisendienst Bayern genannt werden. Aufgeteilt in sieben Regionen Bayerns werden telefonische Beratung, ambulante Krisentermine, mobile Einsätze und stationäre Krisenbehandlung angeboten. Die Kosten für die Leitstellen trägt der Freistaat Bayern, die Finanzierung der mobilen Einsatzteams erfolgt durch die Bezirke.

## Herausforderungen und Lösungsansätze

Im Sinne eines sektorübergreifenden Ansatzes sind Behandlungen des Krankenhauses einschließlich der Institutsambulanzen und die Behandlungsangebote des ambulanten Sektors eng zu verzahnen. Dabei sollte die Grundausrichtung und Grundhaltung einer sektorübergreifenden Versorgung in der Konzeptentwicklung und Umsetzung tragend sein. Damit wird Behandlungskontinuität über die Sektoren möglich, und die Schnittstellen zur Teilhabe werden zu nahtlosen Übergängen bzw. zu einem gemeinsamen integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsangebot.

Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen eine koordinierte Versorgung. Nur so kann eine optimale Behandlung unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände sicherstellt werden. Daher muss der Fokus auf einer guten Verzahnung aller Versorgungsangebote liegen. Dafür braucht es:

- eine regionale psychiatrische Versorgungsplanung, die perspektivisch die Sektoren grenzen zwischen ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten sowie der Eingliederungshilfe und den kommunalen Angeboten aufhebt; in einem ersten Schritt könnten die aus den Modellvorhaben gewonnen Erkenntnisse in der Versorgungsplanung (stationärer Bereich, Tageskliniken, PIA usw.) berücksichtigt werden;
- einen bundesrechtlichen Rahmen, der die Flexibilisierung der Behandlung ermöglicht (z. B. die Einführung stationsungebundener Leistungen, stärkere Flexibilisierung von StäB);
- unterstützende Maßnahmen zum Aufbau und zur Förderung sektoren- und trägerübergreifender Netzwerke; dafür muss der Gesetzgeber auf Bundesebene attraktive Rahmenbedingungen für neue Modellvorhaben schaffen, die über die Versorgung durch die Krankenhäuser hinausgehen und weitere Leistungsbereiche umfassen;
- Einführung und Förderung des Aufbaus verbindlicher Strukturen zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit den gemeindenahen Trägerverbänden (z. B. GPV – s. Kapitel 3.1);
- Sicherstellung der ambulanten Anschlussbehandlung

## Nächste Schritte

- Die individuelle Fallberatung – zum Beispiel durch gemeindepsychiatrische Verbände – im Sinne von sektorübergreifenden, aufeinander abgestimmten und transparenten Angeboten wird unterstützt. Das MAGS NRW wirkt dazu auf eine gesetzliche Verankerung der GPVs hin (s. Kapitel 3.1).
- Das MAGS NRW unterstützt die künftige Entwicklung von Konzepten regionaler Krisendienste, die in gemeinsamer Verantwortung von ambulanten, stationären und komplementären Einrichtungen getragen werden. Diese sollten modellhaft implementiert, evaluiert und nach Bedarf ausgebaut werden.
- Das MAGS NRW wird sich weiterhin dafür einsetzen, dass die Modellvorhaben nach § 64b SGB V ins Regelsystem überführt werden. Dabei verfolgt das MAGS das Ziel, die Möglichkeit für eine bedarfsgerechte und ausgewogene Struktur aus stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten zu schaffen.

## 5.3 Rehabilitation

Soweit die Behandlung nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern sowie die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, sind Leistungen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation zu organisieren. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen können dabei stationär, ambulant oder gemischt stationär/ambulant durchgeführt werden.

### Kinder und Jugendliche

Nur für einen Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen die Leistungsvoraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation durch die Rentenversicherung (bspw., wenn eine Waisenrente bezogen wird oder eine/r der Erziehungsberechtigten mindestens 6 Monate Pflichtbeiträge in den letzten zwei Jahren gezahlt und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat).

Stationäre Angebote der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind in Nordrhein-Westfalen nur sehr begrenzt vorhanden. Möglichkeiten der ambulanten oder mobil-aufsuchenden Reha und der multimodalen Nachsorge sind gar nicht verfügbar. Eine nahtlose, wohnortnahe Rehabilitation nach einer stationären oder tagesklinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung findet somit nicht statt.

Eine Besonderheit stellt die suchtmmedizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche dar. Obwohl 15-18 % der Jugendlichen eine substanzbezogene Störung zeigen (Arnaud et al. 2024), steht kein ausreichendes suchtmmedizinisches Rehabilitationsangebot zur Verfügung. In Deutschland gibt es lediglich zwei kinder- und jugendpsychiatrisch geleitete Rehabilitationseinrichtungen mit nur 64 Plätzen (davon 12 in der LVR-Klinik Viersen), während für Erwachsene 37.447 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Zahlreiche Kinder und Jugendliche mit Suchterkrankungen müssen daher außerhalb von Nordrhein-Westfalen rehabilitativ behandelt werden.

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) hat in einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekt zur Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland auch Handlungsempfehlungen zur Rehabilitation gegeben. Gefordert werden eine partizipative, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung mit Sicherstellung direkter Anschlussbehandlung und der nahtlosen Erbringung von Teilhabeleistungen und der Aufbau ambulanter, mobil-aufsuchender Rehabilitation für diese Altersgruppe. In Nordrhein-Westfalen werden diese Empfehlungen in einem Projekt zur Verbesserung der schulischen Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen modellhaft erprobt. Unter Leitung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen entwickelt die LWL-Universitätsklinik Hamm, gefördert vom Bundesprogramm rehapro, ein nahtloses Angebot zur Rehabilitation mit gestufter Intensität und flexibler Dauer nach stationärer und tagesklinischer KJP-Behandlung<sup>15</sup>.

Für Jugendliche und junge Erwachsene mit besonderem Unterstützungsbedarf bei der beruflichen Rehabilitation bietet die Bundesagentur für Arbeit auf die besonderen Bedarfe abgestimmte ganzheitliche Unterstützungsangebote. Diese Unterstützungsangebote finden im Rahmen der beruflichen Ersteingliederung in einem Berufsbildungswerk (BBW), einer damit vergleichbaren Einrichtung oder anderen Berufsbildungsträgern statt. BBW und vergleichbare Einrichtungen haben sich oftmals auf Schwerpunktzielgruppen spezialisiert, sodass die ganzheitliche Unterstützung möglichst behinderungsspezifisch erfolgen kann. Durchgeführt werden können hier Eignungsabklärung/Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung oder Ausbildungen. Eine Ausbildung ist in enger Kooperation der Rehabilitationseinrichtung mit Unternehmen möglich. Es gibt diese regelmäßigen Angebote sowie je nach Schwerpunktzielgruppe darüber hinaus noch regionale Spezialangebote.

<sup>15</sup> [www.bundesprogramm-rehapro.de/schuting-star](http://www.bundesprogramm-rehapro.de/schuting-star)

## **Erwachsene mittleren Alters**

Da psychische Erkrankungen mit 42 % der Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten den Hauptgrund für eine geminderte Erwerbsfähigkeit darstellen, legt die Deutsche Rentenversicherung besonderes Augenmerk auf entsprechende Rehabilitationsleistungen<sup>16</sup>. Sie bietet Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Kliniken an 30 Standorten bundesweit an<sup>17</sup>.

Als wichtiger Baustein und um Patienten mehr in ihr persönliches individuelles Setting zu integrieren, ist ein wohnortnaher Ausbau von Behandlungsangeboten der Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK) angezeigt. Nach der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der RPK besteht auch die Möglichkeit, eine berufliche Rehabilitation anzuschließen. Besonderheit der RPK-Maßnahme sind ihre Komplexleistungen, bei denen medizinische und berufliche Aspekte eng miteinander verzahnt und verknüpft werden. Sie gehen nahtlos ineinander über und werden immer wieder auf die individuellen Bedarfe der Menschen angepasst.

Bereits im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird kontinuierlich geprüft, ob im Anschluss Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der RPK-Einrichtung notwendig sind. Wenn dies der Fall ist, wird so frühzeitig wie möglich (spätestens 6 Wochen vor Beendigung der medizinischen Leistungen) sichergestellt, dass sich diese Maßnahmen nahtlos an die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anfügen können.

Je nach zuständigem Rehabilitationsträger kann ein gesonderter Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können in Kooperation mit anderen Rehabilitationseinrichtungen oder mit Betrieben durchgeführt werden. Es kommen insbesondere Leistungen zur Eignungsabklärung für ein bestimmtes Berufsbild, berufsvorbereitende Maßnahmen oder berufliche Anpassungsmaßnahmen in Betracht.

## **Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für Erwachsene mittleren Alters**

Für Erwachsene mit besonderem Unterstützungsbedarf bei der beruflichen Rehabilitation gibt es auf die besonderen Bedarfe abgestimmte ganzheitliche Unterstützungsangebote, die die Reha-Träger finanzieren. Diese Unterstützungsangebote finden im Rahmen der Wiedereingliederung zumeist in einem Berufsförderungswerk oder einer damit vergleichbaren Einrichtung statt. Auch diese Einrichtungen haben sich teilweise auf Schwerpunktzielgruppen spezialisiert, sodass die ganzheitliche Unterstützung möglichst behinderungsspezifisch erfolgen kann. Durchgeführt werden können hier Eignungsabklärung/Arbeiterprobung, Rehavorbereitungstraining/Rehavorbereitungslehrgang und abschlussorientierte Weiterbildungen (Umschulungen). Ebenfalls angeboten werden sogenannte berufliche Weiterbildungen ohne Abschluss. Je nach Schwerpunktzielgruppe kann es darüber hinaus noch regionale Spezialangebote geben.

Speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen Berufliche Trainingszentren (BTZ) zur Verfügung. Sie unterstützen Menschen mit oder nach psychischen Erkrankungen dabei, entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit wieder am Berufsleben teilhaben zu können. Die Hauptmaßnahme in BTZ stellt das berufliche Training mit einer Dauer von 11 Monaten dar. Ein neuer Berufsabschluss wird dabei nicht erworben. Das Training untergliedert sich in zwei Phasen. Hauptziele der ersten Phase (5 Monate) sind die Klärung der grundsätzlichen Arbeitsmarktfähigkeit sowie die berufliche Orientierung und Erarbeitung einer realistischen beruflichen oder alternativen Perspektive. Unterstützt werden die Teilnehmenden dabei in beiden Phasen der Maßnahme von Fachkräften aus den Bereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Ergotherapie, Psychologie sowie Ärztinnen und Ärzten.

Hauptziele der zweiten Phase (6 Monate) sind die Qualifizierung der Teilnehmenden im beruflichen Umfeld, verstärkt durch Praktika, sowie die Verfestigung der beruflichen Orientierung und die Integration auf dem Arbeitsmarkt. Darüber hinaus können je nach Region noch Vorbereitungsmaßnahmen, wie Berufsfindung und Arbeitserprobung, stattfinden.

## Ältere Menschen

Älteren Menschen stehen grundsätzlich dieselben Angebote der medizinischen Rehabilitation wie auch den Erwachsenen mittleren Alters zur Verfügung. In der Rehabilitation für Menschen ab 60 Jahre lagen Depressionen vor allen anderen psychischen Diagnosen. Über die Hälfte aller ambulanten und stationären Rehabilitationsfälle im Jahr 2022 entfielen auf die Behandlung von affektiven Störungen. Gegenüber 2014 ist die prozentuale Verteilung weitgehend konstant, auch wenn der Anteil der affektiven Störungen etwas gesunken (von 56,5 % auf 52,8 %) und der Anteil der somatoformen Störungen gestiegen ist (von 32,4 % auf 38,5 %). Allerdings haben die absoluten Zahlen der Behandlungsfälle in der Rehabilitation deutlich zugenommen: Die Zahl der affektiven Störungen unter den ambulanten und stationären Rehabilitationsfällen hat sich mehr als verdoppelt (von 2.144 auf 5.557), die Zahl der somatoformen Störungen sogar mehr als verdreifacht (von 1.231 auf 4.050). Die Zahl der diagnostizierten Störungen durch psychotrope Substanzen ist dagegen nur leicht gestiegen und hat prozentual abgenommen (Ettelt et al., 2024). Hier ist darauf hinzuweisen, dass die gesetzliche Rentenversicherung nur zuständig ist, bis eine Rente wegen Alters in Höhe von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente bezogen oder beantragt wird. Danach sind die Krankenkassen zuständig.

### Nächste Schritte

- Das MAGS NRW wird zu einem Fachgespräch zur Situation der suchtmmedizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen einladen.

## 6 Literaturverzeichnis

**Arnaud N, Wartberg L, Simon-Kutscher K, Thomasius R, IMAC-Mind Consortium (2024):**

Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 33(2):451-465.

**Batista Pinto Wiese E, Burhorst I (2007):**

The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44, 596-613.

**Beckmannshagen M, Graeber D, Stacherl B (2023): Psychische Gesundheit:**

Abstand zwischen Ost- und Westdeutschland wird kleiner. *DIW Wochenbericht*, 40: 545-552.

**BPTK – Bundespsychotherapeutenkammer:**

in Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. *Wartezeiten 2018*. Berlin: BPTK; 2018. [https://api.bptk.de/uploads/20180411\\_bptk\\_studie\\_wartezeiten\\_2018\\_c0ab16b390.pdf](https://api.bptk.de/uploads/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018_c0ab16b390.pdf) (last accessed on 4 April 2024).

**Bücker S (2022):**

Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit. *KNE Expertise 10/2022*.

**Berlin:**

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Kompetenznetz Einsamkeit. Online: <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-expertisen/kne-expertise-10> [Stand: 24.06.2025].

**Bundeskriminalamt:**

Geschlechtsspezifisch gegen Frauen gerichtete Straftaten. *Bundeslagebild 2023*. Wiesbaden, 2024.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:**

Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Bonn, 2004.

**Daßler H, Henke J (2023):**

Im toten Winkel? Teilhabeorientierte Perspektive für das Verständnis der Lebenslage psychisch erkrankter wohnungsloser Menschen. In: Henning Daßler (Hrsg.), *Wohnungslos und psychisch erkrankt*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH, 82-100. *DASP – Deutsche Akademie für Suizidprävention (Hrsg.) (2021): Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Online: <https://www.suizidprophylaxe.de/bericht-suizidpraevention-deutschland-stand-und-perspektiven/> [Stand: 26.06.2025].

**DESTATIS (2024):**

Statistischer Bericht - Mikrozensus - Bevölkerung nach Migrationshintergrund - Endergebnisse 2022. Statistisches Bundesamt.

**Deutsche Alzheimergesellschaft (2024):**

Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. *Informationsblatt 1*. Online: <https://www.deutsche-alzheimer.de/artikel/deutsche-alzheimer-gesellschaft-stellt-neue-zahlen-zur-demenz-vor-in-den-kommenden-jahren-immer-mehr-menschen-betroffen> [Stand: 16.06.2025].

**Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023):**

Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin.

**Enquetekommission (2022):**

Abschlussbericht der Enquetekommission zum Thema „Einsamkeit“ - Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit. Düsseldorf: Der Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online: <https://www.landtag.nrw.de/home/aktuelles/meldungen-und-berichte/meldungen-berichte-und-informati/meldungen-und-berichte/2022/03/2103ek-iv-einsamkeit.html> [Stand: 24.06.2024].

**Ettelt S, Frankenbach P, Altmann N, Evelyn Stoll E, Sara Strätgen S, Ulrich Weuthen U, Carsten Maday C (2024):**

Situation der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen. Eine Bestandsaufnahme im Rahmen der Fortschreibung des Landespsychiatrieplans NRW. Online: <https://broschuerenservice.nrw.de/mags/shop/menschen-mit-psychischen-erkrankungen%7C2276/2> [Stand: 12.06.2025].

**FOGS (2016):**

Abschlussbericht zur Studie: Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern. unveröffentlichtes Dokument.

**FOGS (2023):**

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzmindering bzw. Autismus-Spektrum-Störungen in NRW. Besondere Problemlagen brauchen spezifische Angebote. Download unter: <https://broschuerenservice.nrw.de/default/shop/Abschlussbericht%7C2214>.

**Forschungsgruppe SEEWOLF (2014):**

Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung. München. Online: [http://www.mri.tum.de/system/files/SEEWOLF-Studie%20-%20Eine%20Zusammenfassung\\_0.pdf](http://www.mri.tum.de/system/files/SEEWOLF-Studie%20-%20Eine%20Zusammenfassung_0.pdf) [zuletzt eingesehen am 10.08.2016]

**Gavranidou M, Niemiec B, Magg B, Rosner R (2008):**

Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 224-231.

**GBE-Bund (Gesundheitsberichterstattung des Bundes):**

Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen (ab 1998). Online: <https://www.gbe-bund.de/gbe/> [Stand: 11.06.2025].

**Haussleiter IS, Lehmann I, Ueberberg B, Heinz J, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E, Juckel G (2022):**

Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis. *BMC Psychiatry* 2022 22:132.

**Heng A, Heal C, Banks J, Preston R (2018):**

Transgender peoples' experiences about general healthcare: A systematic review. *International Journal of Transgenderism*, 4: 359-378.

**Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B, Zielinski-Gussen IM, Seitz J (2024):**

Neue Aspekte in der Ätiologie und Therapie der jugendlichen Anorexia nervosa – ein postuliertes biopsychosoziales Modell und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 4/2024.

**Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D (2016):**

Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 106: e1–e12.

**Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M (2012):**

Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int*;109(24):419-24.

**IT.NRW, a (Statistisches Landesamt NRW):**

Bevölkerungsstatistik. Online: <https://statistik.nrw/gesellschaft-und-staat/gebiet-und-bevoelkerung/bevoelkerung> [Stand: 05.06.2024].

**IT.NRW, b (Statistisches Landesamt NRW):**

Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren nach höchstem allgemeinbildenden Schulabschluss. Online: <https://statistik.nrw/gesellschaft-und-staat/bildung-und-kultur/bildungsstand/bevoelkerung-in-privathaushalten-ab-15-jahren-nach-hoechstem-allgemeinbildenden-schulabschluss> [Stand: 13.06.2024].

**IT.NRW (2025):**

Korrektur: In NRW lebten 2023 rund 1,8 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern. Pressemitteilung, 05. Mai 2025. Online: <https://www.it.nrw/korrektur-nrw-lebten-2023-rund-18-millionen-familien-mit-minderjaehrigen-kindern-126334> [Stand: 12.06.2025].

**IT.NRW (2024):**

NRW: Zahl der Suizide um 8,1% gestiegen. Pressemitteilung, 17. Januar 2024. Online: <https://www.it.nrw/nrw-zahl-der-suizide-gestiegen> [Stand: 11.06.2025].

**Kaman A, Erhart M, Devine J, Napp A-K, Reiß F, Behn S, Ravens-Sieberer U (2025):**

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen: Ergebnisse der COPSY-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. Bundesgesundheitsblatt, 68: 670-680.

**King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I (2008):**

A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry 8: 70.

**Kohring C, Akmatov MK, Holstiege J, Heuer J, Dammertz L, Bätzing J. (2023):**

Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung – Entwicklungen zwischen 2014 und 2021. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/05. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi).

**Kruse J, Kampling H, Bouami SF, Grobe TG, Hartmann M, Jedamzik J, Marschall U, Szecsenyi J, Werner S, Wild B, Zara S, Heuft G, Friederich HC and the ES-RiP-Konsortium:**

Outpatient psychotherapy in Germany - an evaluation of the structural reform. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 315-22 CrossRef MEDLINE

**Luhmann M, Brickau D, Schäfer B, Mohr P, Schmitz M, Neumann A, Steinmayr R (2023):**

Einsamkeit unter Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen nach der Pandemie. Düsseldorf: Staatskanzlei NRW. Online: <https://www.land.nrw/media/31050> [Stand: 01.07.2025].

**MD Bund (Medizinischer Dienst Bund), GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2024):**

Präventionsbericht 2024. Online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention\\_und\\_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp) [Stand: 12.06.2025]

**Plöderl M, Kralovec K, Fartacek C, Fartacek R (2009):**

Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. Blickpunkt DER MANN, 7: 28-37.

**Pöge K, Dennert G, Koppe U, Güldenring A, Matthigack Ev B, Rommel A (2020):**

Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring, 5: S1.

**PTK NRW – Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (2020):**

Stellungnahme 173338: Anhörung der Enquetekommission IV „Einsamkeit – Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit“ zum Thema „Die Rolle psychotherapeutischer Versorgung in Bezug auf Einsamkeit“ am 4. Dezember 2020.

**RKI (Robert Koch-Institut) (2024):**

Depressive Symptomatik: Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online: <https://gbe.rki.de> [Stand: 12.06.2025]. Schipper-Kochems S, Fehm T, Bizjak G, Fleitmann AK, Balan P, Hagenbeck C, Schäfer R, Franz M (2019): Postpartum Depressive Disorder – Psychosomatic Aspects. Geburtsh Frauenheilk; 79: 375-381.

**Schobin J, Arriagada C, Gibson-Kunze M (2024):**

**Einsamkeitsbarometer 2024:** Langzeitentwicklung von Einsamkeit in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/einsamkeitsbarometer-2024-237576> [Stand: 24.06.2025].

**Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A (2008):**

Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities - A Representative National Survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. European Psychiatry 23, Supplement 1: 21-27.

**Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S, Kluge U, Heinz A (2015):**

Mental disorders of immigrants in Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz;58(6):527-32.

**Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, Gutwinski S (2017):** Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. Dtsch Arztebl Int; 114: 665-72.

**Singer S, Maier L, Paserat A, et al.:** Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. Psychotherapie 2022; 67: 176-84

**Solmi M, Monaco F, Højlund M et al. (2024):** Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multi-variable meta-regression analysis. World Psychiatry. 2024; 23:124-138

**Stice E, Marti N, Shaw H, Rohde P (2019):** Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. Clinical Psychology Review 70(7):91-107.

**Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1948):** Constitution of the World Health Organization. Online: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Stand: 30.05.2025].

**Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2022):** Mental health. Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Stand: 02.06.2025], eigene Übersetzung.

**Wolf G (2010):** Gesundheitsversorgung: Barrieren für homosexuelle Patienten. Deutsches Ärzteblatt, 107(44): A 2166-21667.

**Zimmermann C, Hübner M, Mühle C, Müller CP, Weinland C, Kornhuber J, Lenz B (2024):** Masculine depression and its problem behaviors: use alcohol and drugs, work hard, and avoid psychiatry! European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 274 (2): 321-333.

**Schipper-Kochems S, Fehm T, Bizjak G, Fleitmann AK, Balan P, Hagenbeck C, Schäfer R, Franz M (2019):** Postpartum Depressive Disorder – Psychosomatic Aspects. Geburtsh Frauenheilk; 79: 375-381.

**Schobin J, Arriagada C, Gibson-Kunze M (2024):** **Einsamkeitsbarometer 2024:** Langzeitentwicklung von Einsamkeit in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/einsamkeitsbarometer-2024-237576> [Stand: 24.06.2025].

**Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A (2008):** Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities - A Representative National Survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. European Psychiatry 23, Supplement 1: 21-27.

**Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S, Kluge U, Heinz A (2015):** Mental disorders of immigrants in Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz;58(6):527-32.

**Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, Gutwinski S (2017):** Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. Dtsch Arztebl Int; 114: 665-72.

**Singer S, Maier L, Paserat A, et al.:** Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. Psychotherapie 2022; 67: 176-84

**Solmi M, Monaco F, Højlund M et al. (2024):** Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multi-variable meta-regression analysis. World Psychiatry. 2024; 23:124-138

**Stice E, Marti N, Shaw H, Rohde P (2019):**

Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clinical Psychology Review* 70(7):91-107.

**Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1948):**

Constitution of the World Health Organization. Online: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Stand: 30.05.2025].

**Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2022):**

Mental health. Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Stand: 02.06.2025], eigene Übersetzung.

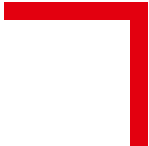
**Wolf G (2010):**

Gesundheitsversorgung: Barrieren für homosexuelle Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(44): A 2166-21667.

**Zimmermann C, Hübner M, Mühle C, Müller CP, Weinland C, Kornhuber J, Lenz B (2024):**

Masculine depression and its problem behaviors: use alcohol and drugs, work hard, and avoid psychiatry! *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274 (2): 321-333.





Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf

Telefon 0211 855-5  
info@mags.nrw.de

Gestaltung:  
Öffentlichkeitsarbeit MAGS NRW

Druck:  
Hausdruck MAGS NRW

Diese Publikation kann bestellt  
oder heruntergeladen werden:  
[www.mags.nrw/broschuerenservice](http://www.mags.nrw/broschuerenservice)

© MAGS NRW, März 2026

