



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **45. Sitzung (öffentlich)**

21. Februar 2024

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:03 Uhr bis 12:33 Uhr

Vorsitz: Daniel Hagemeier (CDU) (stellv. Vorsitzender)

Protokoll: Alexander Happ

### **Verhandlungspunkt:**

**Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen  
„NRW-Plan für Seelische Gesundheit“!**

**3**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 18/6356

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

\* \* \*



**Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen „NRW-Plan für Seelische Gesundheit“!**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 18/6356

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier:** Einen schönen Guten Morgen! Mit einem Gruß des Vorsitzenden begrüße ich als stellvertretender Vorsitzender alle Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sehr herzlich zu der heutigen Anhörung von Sachverständigen.

Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, den Sitzungsdokumentarischen Dienst, alle Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Damen und Herren, die wir als Sachverständige anhören werden.

Diese Anhörung wird live gestreamt und aufgezeichnet. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Ich begrüße die Sachverständigen im Saal und die zugeschaltete Deutsche Depressionsliga sehr herzlich. Ich bedanke mich im Namen des Ausschusses dafür, dass Sie heute für die Beantwortung unserer Fragen zur Verfügung stehen. Vielen Dank auch für die vorab eingereichten Stellungnahmen.

Während der Anhörung sind Bild-, Film- und Tonaufnahmen nicht zugelassen.

Zum weiteren Ablauf der Anhörung. Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden ihre Fragen direkt an Sie richten. Wir sammeln die Fragen wie gewohnt in einer ersten Runde.

**Rodion Bakum (SPD):** Auch seitens der SPD-Fraktion vielen Dank an die Expertinnen und Experten, dass Sie der Einladung gefolgt sind und Ihre Stellungnahmen eingereicht haben. Der explizite Dank richtet sich auch an die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepopsychiatrie Rheinland für die weitere Stellungnahme. Wir versuchen, soweit es geht auf alle Punkte einzugehen.

Wir haben aus den Stellungnahmen herausgelesen, dass es viele Punkte gibt, über die wir sprechen müssen. Hierüber sind sich wohl alle Expertinnen und Experten einig.

Explizit an Herrn Seibt gerichtet schicke ich voraus – wir haben uns schon einmal persönlich ausgetauscht –, dass der persönliche Kontakt gut ist, wir aber auch wissen, dass wir in grundlegenden Fragen auseinanderliegen. Uns eint aber, dass wir das Stigma, dem Menschen in dieser Situation oft ausgesetzt sind, reduzieren und am Ende auch eine Versorgung sicherstellen wollen. Wir alle sitzen heute hier, um darüber zu sprechen.

Dem Kundigen ist aufgefallen: Es ist ein sehr ausführlicher Antrag, und die Überschriften sind nicht zufällig gewählt. Sie stammen fast alle aus dem Landespsychiatrieplan 2017 bzw. sind daran angelehnt oder aus dem aktuell das MAGS durchlaufenden

Prozess. Hinzu kommen einige Punkte, die wir ergänzt haben. Insofern ist das alles kein Hexenwerk.

Meine Fragen richten sich jeweils an alle Sachverständigen.

Zunächst allgemein zum Landespsychiatrieplan. Welche Entwicklungen und neuen Schwerpunktsetzungen sind aus Ihrer Sicht in den vergangenen Jahren, insbesondere seit der Verabschiedung des vorangegangenen Plans im Jahr 2017, im Bereich der seelischen Gesundheit aufgetaucht oder erfordern in Zukunft möglicherweise einen stärkeren Fokus? Das geht in Richtung der Frage, die auch die Aktion Psychisch Kranke in ihrer Stellungnahme angeführt hat.

Ein zweiter Komplex sind die Krisenversorgung und die Krisenstrukturen. Welche Konzepte und Verbesserungspotenziale sehen Sie im Bereich der Krisenintervention und -versorgung, die künftig in Nordrhein-Westfalen mit dem Ziel umgesetzt werden könnten, Zwang und Gewalt zu reduzieren, aber auch, um die Versorgung und Patientenzufriedenheit zu verbessern? Die Stichpunkte lauten „Modellvorhaben“, „Regelstrukturen überprüfen“ oder „Förderprogramm für die ambulante Krisenhilfe“.

Die dritte Frage betrifft die sektorenübergreifende Versorgung. Welche Mechanismen und Konzepte sind aus Ihrer Sicht hilfreich, um die Planung der sektorenübergreifenden Versorgung letztendlich zu verbessern? Die Stichworte lauten „Krankenhausplan NRW“, „Bedarfsplanung im Bund“, „Gemeindepsychiatrische Verbände in Kommunen“, aber auch „Einbezug der Selbsthilfe“. Weitere in Stellungnahmen genannte Stichworte lauten „bürokratische Hürden“ und „Fachkräftemangel“ insbesondere im Verhältnis zum Patienten.

**Susanne Schneider (FDP):** Werte Sachverständige, auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute Morgen mit uns zusammensitzen, um uns schlauer zu machen.

Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Höhner, an Herrn Leuther und an Herrn Langer. Mit welchen Maßnahmen könnte man eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen fördern? Welche Ansätze lassen sich aus den praktischen Erfahrungen der Coronapandemie bezogen auf die Prävention psychischer Störungen gerade im Hinblick auf junge Menschen ableiten? Welche Angebote haben sich in dieser Hinsicht besonders bewährt?

Herr Höhner, könnten Sie bitte die Bedeutung einer Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung und insbesondere einer eigenen Bedarfsplanung der Facharztgruppe „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ darstellen?

**Sebastian Haug (CDU):** Ich bedanke mich für die CDU-Fraktion ebenfalls sehr herzlich bei den Sachverständigen für ihre teilweise sehr ausführlichen schriftlichen Stellungnahmen.

Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Höhner, an Herrn Langer und an Herrn Seibt und beziehen sich auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, die ich gerne stärker herausgearbeitet hätte. Wie beurteilen Sie

die derzeitige Situation? Welche Lösungsansätze und Vorschläge zu einer Verbesserung bestehen? Welche Ansätze der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen sehen Sie?

Meine abschließenden Fragen richten sich an alle Sachverständigen. Durch welche Therapieansätze, Präventionsangebote und weitere Angebote – Herr Bakum hat es für die SPD-Fraktion eben schon etwas detaillierter angesprochen – ließe sich grundsätzlich eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen erreichen? Wie lauten Ihre Bitten oder Vorstellungen gegenüber dem Land?

**Dr. Martin Vincentz (AfD):** Sehr geehrte Damen und Herren, auch ich bedanke mich zunächst für die eingegangenen Stellungnahmen und vor allen Dingen für die Möglichkeit der Rückfrage.

Herr Höhner, die Gerontopsychiatrie bzw. die psychotherapeutische Versorgung von Menschen im höheren Alter ist eins der ausgeschriebenen Ziele der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Sie arbeiten in der Stellungnahme allerdings heraus, dass es durchaus Verbesserungspotenzial gebe, weil gerade ältere Menschen die Angebote unterproportional selten in Anspruch nähmen. Welche Strategien könnte die Politik anwenden, um möglicherweise mit einer größeren Niedrigschwelligkeit bzw. anderen Angebotsbereitstellungen bei einer Verbesserung zu helfen?

Meine nächste Frage richtet sich an die Herren Leuther, Rosemann und Höhner. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist in aller Munde. Die Nutzung sogenannter DiGAs, also digitale Gesundheitsanwendungen, nimmt immer weiter zu; im europäischen und auch im internationalen Ausland wird damit schon ergänzend in der Therapie bzw. in der Prävention von leichten bis mittelschweren psychischen Störungen gearbeitet. Inwieweit kann das eine Möglichkeit sein, gegebenenfalls das Behandlungsangebot zu erweitern?

**Arndt Klocke (GRÜNE):** Danke auch von uns Grünen für die umfangreichen Stellungnahmen. In den schriftlichen Vorlagen ist viel enthalten bzw. werden viele Dinge angeführt, womit wir auch nach dieser Anhörung weiterarbeiten können.

Danke auch an die SPD-Fraktion. Wie bereits im Plenum gesagt, ist das ein interessanter und guter Aufschlag. Auch wenn wir nicht alle 105 Punkte direkt unterstützen, ist es ein umfangreicher, guter und substanzieller Antrag, mit dem man auf jeden Fall weiterarbeiten kann.

Herr Höhner, Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass ältere Menschen psychotherapeutische Angebote selten bzw. kaum wahrnehmen. Wie lauten Ihre Vorstellungen, um das zu verbessern? Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme über den durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zu dem Thema „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“ organisierten Fachtag. Wie kann vonseiten des Landes diesbezüglich auf Verbesserungen hingewirkt werden?

Herr Rosemann, Sie haben eine umfangreiche Stellungnahme zu dem Thema „Selbsthilfe“ vorgelegt. Ich habe eine kurze Nachfrage zu der Verbesserung der Landesunterstützung bzw. der Landesförderung von Selbsthilfeeinrichtungen. Wir haben in

Nordrhein-Westfalen eine gute Selbsthilfe; jedenfalls ist sie in den vergangenen Jahrzehnten intensiv gewachsen. Was könnte das Land noch mehr tun, um dies weiter zu verbessern? Außerdem sprechen Sie in Ihrer Stellungnahme über die Patientenbudgets. Wie können Modellvorhaben besser genutzt werden, um Patientenbudgets zu entwickeln?

Frau Steffens, wie kann das Land eine verbesserte psychotherapeutische Versorgungsplanung aufstellen? Sie äußern sich zu sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen. Welche weiteren Maßnahmen des Landes können dabei helfen, diese Versorgungsstrukturen gemeindenah und flexibel zu gestalten?

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer:** Wir steigen in die erste Antwortrunde in der Reihenfolge des Tableaus ein.

**Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga [per Video zugeschaltet]):** Vielen Dank für die Möglichkeit, mich per Video zuzuschalten.

Zu der Frage der SPD nach dem Landespsychiatrieplan. Schwerpunkte sind aus meiner Sicht der Ausbau des Home Treatments, die niedrigschwellige Behandlung durch verschiedenen Berufsgruppen zu Hause – das ist ein ganz wichtiges Thema – und der Ausbau von ambulanten Krisendiensten.

Daran schließt sich die Frage nach der Krisenintervention an. Die einheitliche Einführung einer Notrufnummer, zum Beispiel 113 oder ähnlich, sehen wir als sehr wichtig an. Bayern hat so einen ambulanten Krisendienst installiert, warum soll das nicht auch in Nordrhein-Westfalen möglich sein? Auch bezogen auf die Krisenintervention halte ich das Home Treatment für eine gute Gelegenheit, um die Dinge gewissermaßen zu deeskalieren.

Ich habe lange als Sozialarbeiter in der Sozialpsychiatrie gearbeitet. Das Thema „sektorenübergreifend“ verfolgt uns seit Jahrzehnten, und wenn man es genau betrachtet, tut sich da fast nichts. Das ist nicht nachvollziehbar. Der Mensch ist zwischen der Akutpsychiatrie und der Eingliederungshilfe diesen Sozialversicherungssystemen praktisch ausgeliefert. Es gibt bzw. gab schon tolle Modelle wie das Psychriatriebudget, und ich frage mich, warum das nicht weiter vorangetrieben oder endlich einmal richtig aufgegriffen wird.

Zu der Frage der FDP nach weiteren Möglichkeiten der Entstigmatisierung. Die Mental-Health-Projekte und die Aufklärungsarbeit in den Schulen sollte zu einem Regelangebot werden. Mit meiner Kollegin nehme ich selbst als Betroffener bei „Verrückt? Na und!“ teil. Ich arbeite hauptberuflich in einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche; meine Kollegin übernimmt den Profi-Part und ich den Betroffenen-Part. Wichtig ist natürlich eine Regelfinanzierung, die es leider nicht gibt. Auch die Schulsozialarbeit halte ich im Vorfeld zur Entstigmatisierung für ganz wichtig, und auch da fehlt eine gute Ausstattung.

Die Frage der CDU lautete, was grundsätzlich im Bereich „Therapieberatung“ getan werden könne. Der Zustand nach wie vor langer Wartezeiten für ambulante Psycho-

therapieplätze ist unhaltbar. Als Depressionsliga haben wir vor zwei Jahren die Kampagne „#22WochenWarten“ gestartet, aber es hat sich eigentlich fast nichts getan.

Wir sprechen über einen Masterplan „seelische Gesundheit“. Bei seelischer Gesundheit bzw. seelischer Krankheit handelt es sich nicht um schwarz und weiß, sondern um einen fließenden Übergang. Bei diesem fließenden Übergang brauchen wir viel mehr Vorfeldberatung. Die in NRW schon bestehenden Lebensberatungsstellen sind nicht ausreichend ausgestattet. Viele psychosoziale Fragestellungen, die im Vorfeld einer sich anbahnenden seelischen Erkrankung auftreten, könnten in so einer Lebensberatungsstelle niedrigschwellig thematisiert werden. Auch hier könnte das Land Nordrhein-Westfalen eine gesicherte Finanzierung und eine bessere Ausstattung ermöglichen.

Zu der Frage der AfD nach dem Digitalbereich. Grundsätzlich ist das eine gute Sache, aber es kann aus unserer Betroffenenperspektive nie ein Ersatz für die persönliche Beratung und Therapie sein.

**Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen):** Vielen Dank für die vielen Fragen, über die ich mich sehr freue. Ich versuche, nicht zu wiederholen, was Herr Leuther schon angesprochen hat, sondern will das Gesagte zu den Stichworten „Probleme der sektorenübergreifenden Versorgung“, „Wartezeiten“ und „Entstigmatisierung“ nur bestätigen.

In anderen Zusammenhängen haben wir bereits mehrfach gesagt, dass das Thema der sektorenübergreifenden Versorgung, das mich beruflich seit 40 Jahren immer wieder mit den gleichen Problemen beschäftigt, eigentlich eine Frage an die Rechtsgrundlagen der Versorgung ist. Beispiel „Jugendhilfe“: Die Jugendhilfe kann sehr viel mehr, als sie rechtlich darf. Letztendlich scheitert zum Beispiel das Schwerpunktthema „Prävention“, über das wir uns unbedingt austauschen müssen und wonach auch gefragt wurde, in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen an diesem Punkt. Die Kostenträger sind geübt in dem Hinweis darauf, dass die jeweils andere Seite des Tisches zuständig ist. Dieses Spiel kennen alle hier im Raum.

Ich erlebe durch die persönliche Arbeit mit dem Ministerium, dass in den vergangenen Jahren in Runden zu dem Thema „Landespsychiatrieplan“ erfreulicherweise sehr viel konkreter über Maßnahmen und Möglichkeiten diskutiert wird. Das ist ein Fortschritt. Die Politik muss natürlich immer Ergebnisse produzieren, was manchmal schwierig ist, weil es bestimmte Dinge gibt, die nicht innerhalb von vier Jahren machbar sind. Das aber nur als Hinweis – Sie wissen das besser als ich.

Ich habe mich sehr dafür eingesetzt – und ich sehe auch einen Fortschritt –, dass das Thema „psychische Gesundheit“ neben vielen anderen Gesundheitsthemen immer mehr an Rang gewonnen hat. Am Anfang war die psychische Gesundheit so etwas wie ein Anhängsel – körperliche Gesundheit und dann psychische Gesundheit. Wir alle wissen, dass das – Stichwort: Turnvater Jahn – nicht stimmt. In den vergangenen Jahren und mit zunehmender allgemeiner Belastung, die wir alle erleben, ist die Frage, wie fit wir sind und wie wir bei diesen Belastungen durchhalten können, auch eine Frage an die psychische Kondition und damit an die psychische Gesundheit.

Bezüglich der ersten Frage nach dem Landespsychiatrieplan freue ich mich, dass sich die Beteiligten in dieser großen Runde – das ist manchmal eine schwierige Diskussion – zunehmend mit dem Thema „psychische Gesundheit“ und der Frage, was wir machen können, außer am Ende der Problemkette Behandlungen anzubieten, auseinandersetzen. Das muss gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – damit komme ich zum zweiten Punkt – unbedingt geleistet werden. Wenn Prävention ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag ist und sich im Übrigen auch unsere wirtschaftlichen Kosten betreffend rentiert, dann gilt das natürlich auch für die jungen Leute.

Die mehr oder weniger kurzfristige Initiative bezüglich eines Angebots von Gruppen während der Coronazeit, das letztendlich in Kooperation der KVen und des Ministeriums umgesetzt wurde, ist ein sehr überzeugendes Beispiel dafür, was möglich ist, wenn man in dieser Situation – die Not hat es gerichtet – die Kosten beiseitelässt und einfach handelt. Die Gruppen waren innerhalb von 3 Stunden an diesem Mittwochvormittag, an dem sie freigeschaltet wurden, vollständig belegt. Ich will Sie jetzt nicht mit den Zahlen bombardieren; es bestand eine hohe Nachfrage.

Die fachliche Aufarbeitung dieses Themas kommt zu einem außerordentlich wichtigen Punkt: Es gibt ein hohes Eigeninteresse von Kindern und Jugendlichen und beileibe nicht nur den Fall, dass die Eltern, die Schulen oder wer auch immer die Kinder dahin schicken. Die gehen nicht dahin, wenn sie gesagt bekommen: Du sollst dahin gehen. – Erfahrungsgemäß sind immer wieder zum Beispiel mehrere Kinder aus einer Schulklasse oder auch mehrere Kinder aus einer Kindertagesstätte, also sehr junge Kinder, und übrigens auch die sehr viel schwieriger zu erreichende Gruppe der Jugendlichen in diese Gruppen gekommen. Das Thema bzw. Ziel in diesen Runden war nicht die Klärung der Frage: „Bist du psychisch krank oder nicht?“, sondern, sich über diese irritierende, belastende und bedrohliche Situation auszutauschen. Die fachliche Erfahrung lautet: Wenn man miteinander ins Reden kommt, geht es einem nachher besser, selbst wenn die Situation unverändert ist.

Zu dem Thema „Kinder und Jugendliche“ gibt es einen Schwerpunkt in der Versorgungsplanung. Bisher ist die psychotherapeutische Versorgung so organisiert, dass in einem Versorgungsgebiet wie beispielsweise Düsseldorf eine Quote von 20 % der dort zu besetzenden Plätze in der ambulanten Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt werden müssen. Eine weitere Differenzierung, sowohl was die Mengen, vor allem aber auch – das ist mir besonders wichtig – was die Qualität der Angebote betrifft, wird nicht vorgenommen.

Wir sind seit Jahren dabei, auf der Bundesebene – denn dahin gehört das – im Gemeinsamen Bundesausschuss eine eigene Planung in diesem Bereich zu initiieren. Es sieht immer wieder so aus, als stellten sich der Gemeinsame Bundesausschuss und auch das Bundesministerium für Gesundheit hinter diesen Plan, da das jedoch voraussehbar mit der Ausweitung der Plätze und der Kosten verbunden ist, sind die Beteiligten nicht sehr begeistert.

Der Hintergrund ist die Tatsache, dass insbesondere das Angebot für Kinder und Jugendliche über das, was bei Erwachsenen möglich und sinnvoll ist, hinausgehen muss. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen sehr viel Vernetzungsarbeit leisten, sonst ist ihre Arbeit nicht gut. Wenn also das kleine Fritzchen in die Therapie



kommt, weil es zu stottern anfängt, dann kann man mit dem Kind arbeiten, aber man muss auch mit den Familien und möglicherweise mit den Schulen arbeiten. Das heißt: Als Therapeut muss ich aus meiner guten Stube heraus.

Für all diese Maßnahmen, die im Übrigen gerade auch im Hintergrund der Zulassung zur Regelversorgung der systemischen Therapie indiziert sind, gibt es bisher keine Finanzierung. Ich bin mir sehr sicher: Könnten wir an dem Punkt die Tür aufmachen, hätten wir innerhalb kurzer Zeit eine deutliche Verbesserung, da es genügend Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt, die sich niederlassen könnten. Was die Fachgruppe betrifft, besteht kein Angebotsproblem.

Eine kurze Vorbemerkung zu dem Thema „Versorgung bzw. Versorgungsplanung“. Wir haben in letzter Zeit zum Beispiel mit Vertretern der Krankenkassen mehrfach versucht, über die Grundlagen der Versorgungsplanung und damit über die Frage, wie man eigentlich Bedarfe ermittelt, zu sprechen. Es liegt eigentlich nahe und jeder würde sagen: Bei einer Versorgungsplanung müssen wir erst einmal wissen, was eigentlich gebraucht wird. – Tatsächlich aber gibt es einen solchen Algorithmus bzw. eine solche Planungsgrundlage nicht.

Ich möchte das jetzt nicht ausführen, aber seit Jahren, eigentlich seit Beginn der ambulanten Versorgung, wird draufgesattelt – zum Beispiel, wenn festgestellt wird, dass es in irgendeiner Region zu wenige Orthopäden gibt. So wird geplant. Wir haben also bis heute keine Verständigung darüber, wie wir eigentlich an die Mengen an Versorgungssitzen kommen können, die wir zu brauchen meinen. Wir können immer nur auf unsere riesige Warteliste verweisen. Das ist ein schlagendes Argument. Man kann nicht davon ausgehen, dass sich die Leute aus Langeweile bei uns melden, und die Wartezeiten sind in den letzten Jahren nicht geringer geworden. Wir haben die Anzahl der Niedergelassenen durchaus schrittweise ausweiten können, aber beileibe nicht so, wie wir es bräuchten.

Bezüglich der Digitalisierung sind wir gerade auch in der niedergelassenen Versorgung dabei, digitale Angebote zu unterstützen. Das bringt zwei Probleme mit sich. Das erste Problem ist schon von Herrn Leuther genannt worden. Im Rahmen der Corona-situation haben wir nach einer gewissen Zeit sehr schnell die Rückmeldung der Patientinnen und Patienten erhalten, dass sie eigentlich in die Praxis kommen wollen. Es leuchtet uns allen wohl ein, dass es für ein persönliches Gespräch keinen Ersatz gibt.

Wir machen die Erfahrung, dass eine Digitalisierung bei fortgeschrittenen Therapien zunehmend möglich ist. Außerdem gibt es Lebenssituationen bzw. Ausnahmen, in denen das gemacht wird, zum Beispiel falls jemand von Köln aus beruflich ganz woanders hinhuss. Eine Regelversorgung in diesem Bereich oder eine nennenswerte kontingenzielle Ausweitung erwarte ich ausdrücklich nicht.

Hinzu kommt ein zweites Problem, das in der Diskussion unterschätzt wird. Die Beteiligten, insbesondere die Patientinnen und Patienten selbst, legen höchsten Wert auf Vertraulichkeit und Sicherheit. Das würde uns allen wohl so gehen: Wenn Sie zum Arzt gehen, dann würden Sie sich sicherlich nicht darüber freuen, falls Sie morgen Ihre Diagnosen im Netz fänden. Das Problem ist in diesem Bereich nicht gelöst. Die Hinweise, dass es sich um ein technisches Problem handele, sind mir zu kurz gegriffen;

es ist auch ein Problem der Auffassung. Die damit beschäftigten Akteure und die bundesministerielle Agenda nehmen auf diesen Punkt nicht genug Rücksicht.

Zu dem Thema „intelligenzgeminderte Menschen“ haben wir eine große Veranstaltung durchgeführt. Wir haben das aus eigenem Antrieb getan, aber auch, weil in der öffentlichen Diskussion, zum Beispiel in einigen Sitzungen zu dem Landespsychiatrieplan, deutlich wurde, dass sich vor allem beteiligte Frauen gemeldet und gesagt haben, nicht versorgt zu werden und einem erheblichen Druck hinsichtlich der Ausnutzung der Intelligenzminderung zu unterliegen. Das Ministerium hat das unterstützt, und es war ein riesiger Erfolg.

Das Problem ist die Begrenzung der Leistungskataloge im Bereich der ambulanten Versorgung. Wir können mit intelligenzgeminderten Menschen nicht unbedingt alles standardmäßig machen. Für eine fünfzigminütige Standardsitzung in der ambulanten Therapie haben viele intelligenzgeminderte Menschen schlicht und ergreifend nicht die Kondition. Sie müssen dann nach einer halben Stunde Schluss machen, können das aber nicht abrechnen. Das ist Unsinn. Niemand verliert dadurch, dass man an dem Punkt die Spielregeln der Regelversorgung ändert.

Außerdem ist ganz wichtig – damit komme ich zu dem Thema „ältere Menschen“ –, dass wir bisher keine ausreichende Möglichkeit haben, in die Heime bzw. Einrichtungen zu gehen. Es gibt einen deutlichen Bedarf an fachlicher Qualifikation sowohl in den Einrichtungen zum Beispiel der Jugendhilfe als auch in den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung. Es geht nicht alles nur – ohne das schmälern zu wollen – über den Pflegebereich. Wir brauchen in diesem Bereich deutlich mehr Fachkompetenz. Das ist auch das Stichwort bei unseren älteren Menschen. Ich vermute, dass wir alle in diesem Raum Erfahrungen mit älteren Menschen in Einrichtungen bzw. in Heimen haben, weshalb ich dazu nichts sagen muss. Der Fachkräftemangel ist dort ein Hauptthema.

Ich behaupte nicht, dass das Hineinbringen von Psychotherapeuten in die Einrichtungen der Heim- und stationären Pflege wirklich eine Verbesserung brächte; das hielte ich für eine große Anmaßung. Allerdings brauchen wir mehr wirklich kompetente Fachkräfte. Es fängt damit an, dass sie sich mit den alten Menschen überhaupt unterhalten können. Das ist trivial, muss aber einmal gesagt werden. Sie müssen aber auch die entsprechende fachliche Kompetenz haben und sich zum Beispiel in Notsituationen und Situationen mit altersspezifischen Störungen und Erkrankungen wie etwa demenziellen Erkrankungen überhaupt auskennen.

Außerdem brauchen wir eine Möglichkeit, die Alltagssituationen in diesen Einrichtungen so zu gestalten, dass sie nicht nur aus der Versorgung bestehen. Es gibt eine Menge sozialpädagogischer und in diesem Bereich auch fachlich sehr erfolgreicher Angebote für alte Menschen. Dazu braucht man Leute und natürlich Geld.

Wie die Bedarfe im Fachbereich bei dem Fachpersonal sind, muss ich nicht beschreiben. Dass wir in diesem Bereich eigentlich seit Jahren nicht vom Fleck kommen, hängt eher davon ab, ob sich die Politik bewegen will als davon, ob die Fachleute Vorschläge machen.

(Thorsten Klute [SPD]: Das stimmt!)

Frau Schneider, ich meine, etwas vergessen zu haben, das Sie angesprochen haben.

(Susanne Schneider [FDP]: Die Bedarfsplanung bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten!)

– Das habe ich gesagt. Wir brauchen eine eigene Planung für die Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, weil es schlichtweg zu wenige sind und weil wir auch eine andere Leistungspalette benötigen. Wir befassen uns damit und hoffen, dass demnächst im Gemeinsamen Bundesausschuss die Entscheidung getroffen wird.

**Andreas Langer (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrts-  
pflege des Landes NRW):** Zu der Selbsthilfe bzw. Prävention auch bei Kindern und Jugendlichen. Wir haben in unserer Stellungnahme beispielhaft die Maßnahmen „Ver-rückt? Na und!“, „MindMatters“ und „Familie Löwenmut“ genannt. Das sind fantastische Beispiele mit bestehenden Curricula, sodass man mit ihnen praktisch in Schulen oder Kindergärten gehen kann, um alle Kinder und Jugendlichen zu erreichen und mit ihnen über emotionale Ausnahmezustände zu sprechen. Alle Kinder kennen das aus ihren Familien, weil wir alle Angehörige oder Betroffene sind.

In den vergangenen Jahren ist in unserer Gesellschaft viel passiert. Daher wissen wir, dass psychische Erkrankungen alltäglich sind. Das ist gut so. Das ist eine Realität, aber es muss tatsächlich noch weitergetragen werden. Dafür sind diese Maßnahmen in den Schulen und Kitas eine gute Möglichkeit.

Ich arbeite mit vielen Trägern zusammen, die Profis und Betroffene in Schulen schicken und hohe Nachfragen haben, die sie nicht bedienen können, weil die Ressourcen – sprich: Geld – nicht vorhanden sind. Zwar können für eine eintägige Maßnahme in der Schule für einen Jahrgang 9 oder 10 einige Spenden eingesetzt werden, die der Verein bekommt, oder es gibt Krankenkassenbeiträge, aber tatsächlich fehlt eine Regelfinanzierung. Das Land muss sich überlegen, wie so etwas verstetigt werden kann. Eine der etwa 105 Fragen aus dem Antrag lautet: Was kann das Land eigentlich tun? – Bei Kitas, Schulen und der Prävention für Kinder und Jugendliche handelt es sich um sehr gute Ansatzpunkte.

Hinsichtlich der Bedarfsplanung bezüglich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat Herr Höhner schon einiges gesagt. Es gibt in dem Bereich insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Herausforderungen wie einer geistigen Behinderung oder einer Autismus-Spektrum-Störung zunächst Wartezeiten bei der Diagnostik und dann bei der Bedarfsermittlung. Während der Wartezeiten für Kinder und Jugendliche, für die die Zeit doppelt und dreimal so schnell vorbeigeht, setzt keine Leistung ein.

Ich finde es unglaublich und es ist für mich einfach unbegreiflich, dass es nicht möglich ist, an dieser Stelle schneller zu agieren bzw. auch rückwirkend zu bewilligen, wie es in anderen Bereichen möglich ist. Kein Mensch hat präventiv oder aus Jux und Tollerei einen Bedarf an solchen Unterstützungen bzw. wird sie deshalb beantragen. Natürlich sind die Kostenträger gehalten, das zu prüfen, und natürlich kann nur bezahlt werden, was geprüft wird, aber es muss eigentlich zu dem Beantragungszeitpunkt Hilfe möglich

sein. Das sind Lösungen, die tatsächlich auf der kommunalen oder auf der Landesebene regelbar wären.

Der Landespsychiatrieplan war hervorragend; das war eine sehr gute Arbeit. Es ist bei der LAG Freie Wohlfahrtspflege sehr gut angekommen, dass diesbezüglich nach Jahren wieder etwas passiert ist. Darin stehen viele richtige Sachen. Der jetzt umgesetzte und bei uns in der Landschaft hervorragend ankommende Schwerpunkt umfasst die Förderungen für die Gemeindepsychiatrischen Verbände. An der Stelle geht es um sektorenübergreifendes Arbeiten, und es ist Geld in die Hand genommen worden, weil es genau das braucht, um diese Vernetzungsarbeit zu leisten.

Herr Höhner hat es gerade gesagt: Das kann man sich nicht einfach aus den Rippen schneiden. – Auch diese Zeit muss finanziert werden. Das kann durch die Gemeindepsychiatrischen Verbände geschehen, was auch passiert. Dabei setzen sich regional Menschen zusammen, kommen in den Austausch und wissen dann Bescheid, wer vor Ort was macht bzw. wo noch weiße Flecken und Bedarfe sind. Das bietet auch die Möglichkeit, Lösungen für Menschen mit herausforderndem Verhalten zu finden, bei denen man eigentlich sagen würde: In der Klinik geht nichts mehr, wo ist die Polizei?

„Psychische Erkrankung“ umfasst eine extreme Spannweite der Menschen, die psychisch krank werden. Jeder Dritte oder Vierte, auch hier im Raum, ist irgendwann persönlich betroffen und geht zum Arzt.

Es gibt aber auch Menschen, die hinter geschlossenen Türen verwahrt werden und deren Bedingungen natürlich zu verbessern sind. Auch da gibt es schwierige Probleme. Dazu hat sich der Expertenbericht des MAGS vor Kurzem geäußert; da ist eine Zuständigkeit des Landes gegeben. Es gibt ein hervorragendes Papier, an dem man sich orientieren und das man umsetzen muss. Die Freie Wohlfahrtspflege beteiligt sich zusammen mit den Landschaftsverbänden sehr gerne daran – das MAGS hat hierfür eine Arbeitsgruppe eingerichtet –; das darf nicht liegen bleiben. Man muss für die extremen Fälle unbedingt nach vorne schauen.

Besonders wichtig ist mir das Thema „Krisenhilfe“. Wir haben Kontakte nach Bayern aufgenommen, und es ist unglaublich toll, was die auch in diesem Jahr wieder aus dem Finanztopf herausgeleiert haben. Das fehlt bei uns natürlich. Das kann eine Telefonnummer 113 sein – das wäre fantastisch; hierbei kann uns auch das Digitale helfen, das ist richtig –, andererseits brauchen wir ganz niedrigschwellige Anlaufpunkte vor Ort. Die gibt es in Teilen, sie sind aber natürlich auszubauen, weil deren Finanzierung aus den 80er- oder 90er-Jahren zum Teil erstaunlich ist im Hinblick darauf, dass dort offene Türen bzw. Anlaufstellen bestehen und Menschen mit psychischen Behinderungen dort ihre Zeit verbringen können, sie Anknüpfungspunkte und Gesprächsmöglichkeiten haben und natürlich auch Nachbarn und Angehörige vorbeikommen können. Das kann man nicht individuell über eine Bedarfsermittlung feststellen, sondern das ist eine Vorhalteleistung wie die Feuerwehr. Die muss einfach da sein; falls sie nicht da ist, kann sie nicht helfen.

Der letzte mir besonders wichtige Punkt betrifft die sektorenübergreifende Arbeit. Die Freie Wohlfahrtspflege hat in den vergangenen Jahren oder Jahrzehnten mit der Soziotherapie an einem dicken Brett gebohrt, und ich bin froh, dass es endlich durch ist.

Das ist etwas Sektorenübergreifendes, weil eine psychische Erkrankung 24 Stunden am Tag und vor allem im Privaten – natürlich auch im Öffentlichen, aber die Menschen sind in ihrer Familie – stattfindet. Sie gehen zu einem Arzt oder zu einem Therapeuten und sitzen dort eine Stunde lang, oder sie gehen für Tage oder Wochen in die Klinik, und kommen dann wieder nach Hause. Wie schaffen die Menschen diese Übertragung in ihr Privatleben? Da ist ein Ausbau notwendig. Die Soziotherapie kann unterstützen, weil sie aufsuchende soziale Arbeit als Begleitung für die Behandlung bietet.

Die Soziotherapie ist seit 2001 gesetzlich verankert. Bisher gab es in Nordrhein-Westfalen aufgrund sehr schwieriger Rahmenbedingungen nahezu kein Angebot. Wir haben es jetzt geschafft, einen Rahmenvertrag mit den Primärkassen zu erarbeiten, der die Bedingungen bietet, durch die inzwischen 100 Träger in Nordrhein-Westfalen anerkannt sind. Auch die vdek schließen sich diesem Angebot an.

Wir haben das Problem, dass es viele Anfragen gibt, obwohl die allermeisten Therapeuten in mehr als 20 Jahren des Nichtangebots vergessen haben, was die Soziotherapie eigentlich leisten kann. Wir versuchen, dieses Angebot aufzubauen, haben aber ein Personalproblem, weil wir hierfür Fachkräfte mit einer sozialpädagogischen oder sozialarbeiterischen Expertise benötigen, die delegiert von Ärzten oder Therapeuten die Behandlung aufsuchend begleiten. An dieser Stelle kann sehr gut eine Vernetzung stattfinden, und auch SGB-übergreifende Arbeit ist hier möglich. Ich hoffe, dass wir diesbezüglich weiterkommen, denn das war ein guter Schritt.

**Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen):** Ich gehe im Folgenden nicht besonders auf das Thema „psychotherapeutische Versorgung“ ein. Dazu hatten wir schon eine Anhörung, an der ich auch beteiligt war, und auf die man gerne zurückgreifen kann. Es besteht eine Reihe von Dissenspunkten, wobei ich nur auf einen eingehe, nämlich, inwieweit wir auch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung telemedizinische und digitale Angebote brauchen.

Wir sind diesbezüglich mittlerweile ein paar Schritte weiter. Entgegen dem, was Herr Höhner gesagt hat, erleben wir bei unseren Versicherten den Wunsch nach einem breiten Angebot und einer breiten individuellen Wahlmöglichkeit von digitalen Angeboten und zum Teil auch telemedizinischen Therapiesitzungen. Es gibt aber auch Leute, die reale Möglichkeiten nutzen möchten, weswegen wir auf ein breites Angebot unterschiedlicher Möglichkeiten setzen. Es muss immer sehr stark von dem Menschen selbst ausgehen, ob er digital mit seinem Therapeuten Kontakt aufnehmen möchte oder nicht. Auch durch Corona gibt es eine sehr starke Weiterentwicklung, und viele Leute möchten ein Angebot niedrigschwellig, digital und sofort nutzen.

Verglichen mit anderen europäischen Ländern ist der Standard bezüglich der Datensicherheit und technischen Sicherheiten im Gesundheitssystem in Deutschland mehr als der Goldstandard. Wir setzen immer noch einen oben drauf, deswegen mache ich mir keine Sorgen um eine große Sicherheitslücke in dem Bereich.

Es ist super, dass der Psychiatrieplan weiterentwickelt werden soll, und es ist extrem wichtig, dass das wieder breit aufgestellt in Arbeitsgruppen passiert, die jetzt an den

Start gehen werden. Ein Psychiatrieplan kann nicht in einem Ministerium allein entstehen. Das war nie so, und das wird auch jetzt nicht so sein.

Wichtig ist, dass wir aus dem Blickwinkel der betroffenen Patienten und Patientinnen den bestmöglichen Versorgungsgrad erreichen. „Bestmöglich“ bedeutet in der psychiatrischen Versorgung: möglichst wenige dauerhafte stationäre Aufenthalte, ihre Durchführung nur bei Notwendigkeit, die Substitution stationärer Angebote und ihre Ergänzung durch neue und andere Angebote. Home Treatment ist sicherlich ein gutes und ausbaufähiges Beispiel, bei dem man aber die Hemmnisse beachten muss. Dass es nicht in dem Maße passiert, hat sehr viele Hintergründe. Das muss weiterentwickelt werden.

Auch bei StäB, den stationsäquivalenten Leistungen, sagen heute alle: Wir gucken uns an, was bei einer stationären Aufnahme auf der Station erbracht werden muss, und dasselbe muss in der Häuslichkeit passieren. – Das ist natürlich Quark. Der Ablauf in einem Krankenhaus muss nicht 1 zu 1 übertragen werden, vielmehr braucht es eine adäquate Übertragung. Was im Krankenhaus erbracht werden würde, muss vor dem Hintergrund des Ergebnisses, der Qualität und den Bedarfen in der Häuslichkeit übertragen werden. Wir brauchen also eine Weiterentwicklung der StäB, um solche Sachen auszubauen.

Der dritte mir ganz wichtige Punkt ist, die psychiatrischen Institutsambulanzen endlich anders mit in den Blick zu nehmen. In diesen Einrichtungen kommen die Menschen an und werden primär versorgt, außerdem kann abgeschätzt werden, ob ein stationärer Aufenthalt vermieden werden kann. Sie müssen anders und in der Breite aufgestellt werden. Unser Vorschlag ist, sie als Institutsambulanzen in den Krankenhausplan aufzunehmen und damit ein anderes Setting aufzubauen, in dem sie breiter aufgestellt und sichtbarer werden.

Die gerade angesprochenen gemeindenahen Trägerverbände sind wichtig. Es stellt sich die Frage, inwieweit man verbindliche Zusammenarbeiten zwischen den Krankenhäusern und den Trägerverbänden implementiert. Es ist schön, wenn es die Verbände gibt, falls sie aber neben dem Krankenhaus existieren, nicht miteinander kommunizieren und weder eine wirkliche Überleitung noch eine Rundumversorgung des Versicherten in allen Phasen – sozusagen aus einem Guss – besteht, entstehen Schnittstellen. Wir wissen: An allen Schnittstellen und Versorgungsbrüchen haben die Patienten und Patientinnen letztendlich Schwierigkeiten bzw. bekommen Probleme. Auch diesbezüglich braucht es also Veränderungen, genauso wie in den Vergütungssystemen, gerade auch in den Einzelleistungsvergütungen.

Es braucht an vielen Stellen Änderungen, die zwar nicht auf der Landesebene durchgeführt werden können, bei denen es aber wichtig ist, dass wir in Nordrhein-Westfalen auch im Rahmen des Psychiatrieplans überlegen, welche Änderungen wirklich notwendig sind, um dann gemeinsam auf der Bundesebene in den unterschiedlichen Rollen aktiv zu werden.

Wir als TK erstellen seit Jahren, früher in Kooperation mit dem Ministerium, und auch momentan relativ viele Modelle. Man kann eigentlich nur ausprobieren, um zu sehen, was am Ende wirklich funktioniert. Von den Modellen nach § 64b – das sind auch diese

Pauschalbudgets – gibt es in Nordrhein-Westfalen mehr als in allen anderen Bundesländern. Ich kann zu all unseren Modellen die Möglichkeit vermitteln, sich die Sachen vor Ort anzugucken. Wenn also der Wunsch besteht, in die Praxis hineinzuschauen, dann ist das überhaupt kein Thema. Ich finde es sehr spannend.

Es ist uns gelungen, dass sich alle Krankenkassen in NRW den §-64b-Modellen angeschlossen haben. So läuft es auch in anderen Bundesländern. Bei diesen Sachen haben die Evaluationen gezeigt, dass hierdurch eine Verbesserung für die Patienten sowie eine wirtschaftliche Verbesserung und damit Win-win-Effekte entstehen. Damit muss man in die Fläche hineinkommen.

Wir erstellen auch Modelle mit Home Treatment bei Anorexie und auch ein Modell, das den Bereich „Prävention“ betrifft. Wir alle wissen, dass es eine enorm hohe psychische Belastung ist, wenn Kinder und Jugendliche ein Elternteil verlieren. Deswegen gibt es das aus dem Innovationsfonds geförderte Modell „Familien-SCOUT“, mit dem wir in Aachen, Bonn und Düsseldorf in Familien gehen, in denen ein Elternteil onkologisch erkrankt ist.

Das ist im Übrigen ein Beispiel dafür, dass wir uns nicht sperren, zwischen den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zu agieren. Wir versuchen, mit den Jugendämtern zusammen Möglichkeiten zu finden, wie wir ein Setting aufbauen können, das von der Diagnose bis zu der Lebensphase des Lernens bzw. des Umgangs mit dem Tod eines Elternteils reicht. Es ist aus einem Guss, nachhaltig und ein Modell, in dem alle Akteure ineinandergreifen.

Solche als Innovationsfondsprojekte geförderten Modelle liegen beim G-BA. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird dann bewerten, ob es ein Modell ist, das in die Regelversorgung soll. Dabei werden Kriterien wie die Wirtschaftlichkeit und andere angelegt. Dass sie nachhaltig sind, und dass ein Kind mit 5, 6, 7, 8 Jahren oder auch als Jugendlicher ein Elternteil verliert, später eine hohe Belastung und Traumatisierung mit sich trägt, falls es keine frühe Hilfe erhält, ist eigentlich klar. Das sind aber nicht immer die ersten Kriterien, anhand derer solche Bewertungen stattfinden. Solche Projekte muss man am Ende so oder so in die Regelversorgung bekommen. Das sind Beispiele, um zu untersuchen, wo Traumatisierungen bzw. sehr einfach vermeidbare Belastungen entstehen. Das versuchen wir; auch dazu gibt es Modelle und Beispiele, die man sich gerne anschauen kann.

Über allem muss stehen, dass die Projekte bzw. Modelle ineinandergreifen, flächendeckend und sektorenübergreifend sind. Das ist im gesamten Psych-Bereich noch notwendiger als im somatischen Bereich. Wenn es nicht aus einer Hand oder aneinander anschließend ist, bestehen Mehrbelastungen, Fehlbelastungen und eine Fehlversorgung.

**Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW):** Vielen Dank für die Einladung und dafür, dass wir unsere Sicht der Dinge darlegen dürfen.

Ich male ein Bild. Es gibt eine Stadt mit fünf Brandstiftern, in der es ständig brennt. Sie kommen mir ein bisschen vor wie jemand, der sagt: Wir wollen ausschließlich über die

Feuerwehr und das Feuerlöschen sprechen, aber über die Brandstifter wollen wir kein Wort hören.

Wenn wirklich ein großer Teil dieser Gesellschaft psychisch krank ist, dann ist das eine vernichtende Bilanz unserer Lebensweise. Vielleicht ist Wirtschaftswachstum doch nicht so toll; vielleicht ist es doch nicht so lobenswert, eine Beschäftigungsquote zu haben, die so hoch ist wie noch nie.

Der erste Brandstifter ist die in den vergangenen Jahrzehnten erfolgte Zerstörung der Sozialstrukturen. Ich kenne die Sozialstrukturen in der Generation meiner Großeltern, in der Generation meiner Eltern und in meiner jetzigen Generation – ich bin 64 Jahre alt –, und dem zufolge, was mir jüngere Leute erzählen, ist es noch schlechter geworden.

Ein Treiber der Zerstörung der Sozialstrukturen ist die Mobilität, die wir angeblich brauchen. Dass Waren quer durch die Welt transportiert werden, dass es keinen Schuster mehr gibt, den man kennt und so weiter, ist nicht nur aus Umweltgründen, sondern auch aus sozialen Gründen eine sehr dumme Idee.

Zeit ist wesentlich, wenn ich verhindern will, dass es meinen Mitmenschen schlecht geht. Diese Zeit haben früher im Wesentlichen Frauen aufgebracht. Wir sind sehr stolz, dass sie alle jetzt auch arbeiten und Karriere machen können, dadurch ist aber natürlich der soziale Kitt weg, der das Ganze zusammengehalten hat. Jetzt versuchen wir, ihn durch professionelle Systeme wieder einzuführen und stellen fest, dass es nicht funktioniert und wir noch mehr dieser professionellen Systeme brauchen. Ich schlage Ihnen vor, darüber nachzudenken, was ein so vernichtendes Ergebnis erzielt und weniger darüber, wie man dieses vernichtende Ergebnis behelfsmäßig heilt.

Das war das Grundsätzliche. Jetzt versuche ich, auf einzelne der Fragen einzugehen.

Bezüglich der Krisenversorgung und der Krisenstrukturen schwang ein bisschen mit, dass wie dadurch weniger Gewalt hätten. Zu glauben, dass es weniger Gewalt gäbe, falls wir dem System mehr Ressourcen zur Verfügung stellten, ist eine Illusion. Denken Sie an Gewalt gegen Frauen und Kinder, die in der Regel von Männern ausgeübt wird: Wir sind auf dem richtigen Weg, aber nicht, indem wir den Männern mehr Ressourcen zur Verfügung stellen, sondern indem wir die geltenden Gesetze durchsetzen. Man darf nicht zuschlagen, und langsam wird das auch Männern in Machtpositionen wie Wetterfröschen oder Fußballspielern beigebracht.

Den gleichen Weg können Sie in der Psychiatrie gehen. Sie können dem Hilfesystem verbieten, Gewalt anzuwenden. Wir haben die Polizei und das Militär; diese zwei Gewaltinstanzen müssen ausreichen. Wenn wir in unseren Bochumer Krisenzimmern nicht mehr weiterkommen, dann rufen wir die 110 an und bitten darum, dass unser Hausrecht durchgesetzt wird. Das ist der zivilisierte Weg. Wenn man nicht mehr klar kommt, dann trennen sich die Wege, und dann wird man nicht gewalttätig gegeneinander.

Welche Krisenstrukturen wären sinnvoll? Häufig fehlt ein Platz, an dem ein Mensch übernachten kann, der in seinem bisherigen Umfeld nicht mehr klar kommt. Sich in die stationäre Psychiatrie zu begeben, ist ein ziemlicher Schritt, außerdem müssen Sie einen Platz finden. Im Moment erlebe ich, wie ein ziemlich psychotischer Mensch in



Bochum keinen Platz findet und auf der Warteliste steht. Dass es diese Übernachtungsgelegenheiten nicht mehr gibt, hängt mit der Zerstörung der Sozialstrukturen zusammen. Früher hatte man einen Onkel, eine Tante oder eine Oma, zu dem oder der man hingehen konnte – das ist alles weg zugunsten 2,5 t schwerer Autos. Die brauchen wir; das gibt uns irgendetwas.

Für Effizienz müssen Sie etwas anderes von diesem System abbauen. Wenn Sie einen guten Krisendienst haben möchten, dann müssen dafür soundso viele Betten in der stationären Psychiatrie wegfallen, ansonsten ist hinterher beides gut ausgelastet. Hier in der Anhörung sitzen Leute, die sagen: Das reicht alles nicht; wir brauchen noch mehr. – Das kann man machen, aber ich halte es für keinen guten Umgang mit dem Geld der Steuerzahler.

Zu der sektorenübergreifenden Versorgung. Wir Psychiatrie-Erfahrene erleben, dass jeder in dem Hilfesystem generell sagt: „Dafür bin ich nicht zuständig“, und den eigenen Bereich der Zuständigkeit sehr eng sieht. Das geht bis hin zur Verweigerung der Pflichtversorgung durch stationäre Psychiatrien. Man kann sich zwar beschweren, aber dabei kommt nichts heraus.

Mich stört besonders, was im betreuten Wohnen passiert. Es sind meistens ausgebildete Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, die sich weigern, den Leuten beim Ausfüllen von Anträgen zu helfen. Sie sagen: Das ist nicht meine Aufgabe; dazu brauchen Sie einen gesetzlichen Betreuer. – Das betreute Wohnen kostet 60 Euro pro Stunde. Die Person hat studiert, sie müsste also ein Formular für ihren Klienten ausfüllen können.

Stattdessen werden mit den Klienten im betreuten Wohnen häufig Sachen gemacht, die sie selbst erledigen können, wie die Wohnung zu putzen oder einkaufen zu gehen, damit man ihnen ihre Selbstständigkeit auch schön abtrainiert. Ein wesentlicher Effekt dieses Hilfesystems ist, dass die Leute unselbstständig und zu lebenslangen Klienten gemacht werden. Das erlebe ich wieder und wieder, und das ist nicht gut. Sie sollten hinschauen, ob unser Geld effizient ausgegeben wird oder ob ich gerade betrogen werde. An vielen Stellen werden die Politik, die Krankenkassen und die Steuerzahler von diesem Hilfesystem schlicht betrogen.

In der Psychotherapie erfolgt ein sehr effizientes Rosinenpicken. Leute, deren Probleme nicht wirklich massiv sind und bei denen es nicht allzu schlimm ist, erhalten sofort eine Psychotherapie. Stecken Sie hingegen in großen Schwierigkeiten, wird Ihnen beschieden: Sie sind dazu nicht in der Lage; das können wir nicht machen. – In meiner Wahrnehmung machen sehr viele Menschen eine Psychotherapie, die auch gut allein klarkämen. In diesen Fällen sollte die Allgemeinheit keine 80 Euro für eine Dreiviertelstunde ausgeben. Für sehr viele Leute, die wirklich in Schwierigkeiten sind, ist dieses Angebot überhaupt nicht vorgesehen.

Zu der Situation von Kindern und Jugendlichen. Die Lehrer zu meiner Schulzeit dürften heute keine Schüler mehr sein. Das waren richtige Originale mit Besonderheiten, die nicht immer nur nett waren. Wenn Sie heute als Schüler so ein Verhalten zeigen, dann landen Sie sofort in der Psychiatrie. Die Schulen sind nicht mehr der Meinung, dass es ihre Aufgabe sei, mit den unterschiedlichen Kindern und Jugendlichen klarzukommen. Stattdessen wird das alles in das zuständige Hilfesystem weitergeschoben.

Die Gesellschaft ist im Hinblick auf Verhaltensabweichungen immer intoleranter geworden. Es gibt Bereiche mit gegenläufigen Entwicklung wie die sexuelle Diversität und die Rechte von Frauen, aber insgesamt ist alles immer glatter und gleichgeschalteter geworden. Die Menschen sind mit immer weniger umzugehen bereit.

Ein Beispiel: Ich habe 19 Jahre lang in einem Ausländerblock in Wanne-Eickel gelebt. Dort gab es einen Mann, der stundenlang schrecklich schrie. Einige haben versucht, ihn zu beruhigen, andere haben gesagt: „Halt die Schnauze“, aber niemand kam auf die Idee, es von sich wegzuschieben und dass es nicht unser Problem sein könne. Das war das Problem der dort wohnenden Leute. Es ist ein extremes Beispiel, aber Sie sehen, worum es geht.

Zu der Suizidprävention von Kindern und Jugendlichen. Es ist sehr schwierig, einen Menschen in dieser Welt zu halten, der sie aus irgendwelchen Gründen verlassen will. Wir erleben in unserer Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener sehr häufig Leute, die sagen, dass sie nicht mehr leben möchten. Dabei bestehen große Schwierigkeiten ohne Ende. Gute Sozialstrukturen – das ist auch die Ansicht der Wissenschaft zum Suizid – helfen sehr dabei, dass sich weniger Leute töten. Je weniger ich an anderen hänge, desto weniger hänge ich an dieser Welt.

Welche Angebote braucht es für Kinder und Jugendliche? Man könnte die Schulen besser ausstatten. Nach allem, was man hört, in den Zeitungen liest, aber auch im Gespräch mit Lehrern und Rektoren erfährt, ist es da materiell gesehen ganz grässlich. Ich habe es als Kind und Jugendlicher immer als angenehm empfunden, viel freie Zeit zu haben. Auch daran soll es inzwischen bei Kindern und Jugendlichen mangeln. Ich erinnere an das Sprichwort: Wer keine Zeit hat, ist ärmer als ein Bettler.

Eben wurde das Problem angesprochen, es gebe bei irgendwelchen Versorgungszentren zu wenige Plätze. Das liegt auch an dieser Rosinenpickerei. Wir haben in Bochum zwei Krisenzimmer und achten darauf, dass wir die Leute ohne Wohnung den Leuten mit Wohnung vorziehen. Wir achten auf den Schweregrad der Anfragenden und nehmen die Leute auf, die am übelsten dran sind. Im Versorgungssystem wird nicht so agiert, sondern es werden sehr häufig die pflegeleichtesten Leute versorgt. Das kann ich aus betriebswirtschaftlicher Sicht auch völlig verstehen, aber als Kostenträger würde ich das nicht durchgehen lassen.

**Matthias Rosemann (Aktion Psychisch Kranke):** Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, Stellung zu nehmen.

Zu den Fragen der SPD-Fraktion. Sie fragten nach zu berücksichtigenden Entwicklungen seit dem Entstehen Ihres Landespsychiatrieplans 2017. Im Rückblick auf den Landespsychiatrieplan, die Fog-Studie oder ältere Dokumente erlebt man zum einen, dass schon vor 20 und vor 10 Jahren formulierte Positionen heute immer noch formuliert werden müssen, weil sich wenig getan hat, und zum anderen, dass bei kleinen Elementen ein deutlicher Fortschritt zu sehen ist. Ich sehe beides auch in der Entwicklung seit dem Landespsychiatrieplan. Seither ist eine Pandemie dazwischengekommen, mit dem Bundesteilhabegesetz wurde ein weitgehend nicht umgesetztes neues Gesetz

geschaffen und es wurde deutlich, dass bestimmte Personengruppen unter der Pandemie besonders gelitten haben. Wir sehen das bei den Kindern und Jugendlichen.

Mit den dramatischen Auswirkungen des Fachkräftemangels ist außerdem eine Entwicklung eingetreten, die wir wohl alle in den Jahren 2015 oder 2016, als diese Dokumente verfasst und erarbeitet wurden, so noch nicht vorhergesehen haben. Wir haben kein Geldproblem; das Problem ist, dass wir nicht genügend Fachkräfte haben.

Eine weitere bemerkenswerte Entwicklung ist, dass, obwohl seit vielen Jahren darüber gesprochen wird, Gewalt vermeiden oder wenigstens vermindern zu müssen, eher das Gegenteil zu beobachten ist. Die Gewaltsituation nimmt nicht ab, egal, wohin wir genauer gucken. Das ist besorgniserregend. Die Frage muss lauten: An welchen Stellen kann das Land mit einem Landespsychiatrieplan bzw. mit seinen Möglichkeiten und Mitteln tatsächlich ansetzen?

Es gibt ein paar Entwicklungen, die alle einen relativ klaren Charakter haben und darauf abzielen, dass man enger vernetzt miteinander arbeiten müsste. Deswegen fördern Sie in Nordrhein-Westfalen auch den Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden. Das war Bestandteil des Programms, und es ist eine ganz wesentliche Entwicklung, zu der es eine parallele Entwicklung in Sachsen-Anhalt gibt. Insofern ist etwas gemacht worden. Das zielt genau darauf ab bzw. es ist die richtige Strategie, nicht mehr Angebote zu schaffen, sondern vermehrt dafür Sorge zu tragen, dass die vorhandenen Angebote enger miteinander vernetzt arbeiten. Darauf muss der Schwerpunkt liegen.

Das von Herrn Seibt gerade Gesagte aufgreifend heißt das: Man muss aufhören, in den starren Grenzen der eigenen Zuständigkeit zu denken und den Blick auf die gemeinsame Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger, um die es geht, richten. Das Thema wird uns an mehreren Stellen bei den von Ihnen gestellten Fragen immer wieder begegnen.

Ein Beispiel: Der Gesetzgeber hat mit § 92 Abs. 6b im SGB V die KSVPsych-Richtlinie geschaffen, die der G-BA vor wenigen Jahren normiert hat. Es gibt zaghafte Entwicklungen, sie tatsächlich umzusetzen, was auch Frau Steffens schon angedeutet hat. Es geht ein bisschen in die Richtung, aber wir müssen aufpassen, dass jetzt keine Netze entstehen, die wiederum isoliert arbeiten und nicht mit dem sonstigen Versorgungssystem vernetzt sind.

Der Begriff der Sektorengrenze stammt eigentlich aus dem SGB V und bezeichnet die Sektoren „ambulante Versorgung“, „teilstationäre Versorgung“ und „vollstationäre Versorgung“. Diese Sektoren zu überwinden, ist schon schwierig genug. In der KSVPsych-Richtlinie werden Sie sehr viele Stellen entdecken, an denen es ganz schwierig war, allein in diesem Bereich die Sektoren ein bisschen zu überwinden. Die Einbindung der Kliniken in dieses Netzwerk ist ein ausgesprochen kompliziertes Geflecht geworden.

Wenn Sie in wenigen Monaten die KSVPsych-Richtlinie für Kinder und Jugendliche zu lesen bekommen und verstehen, zwischen den Zeilen zu lesen, dann werden Sie auch in diesem Fall erkennen, dass die Herstellung einer Vernetzung innerhalb des SGB-V-Systems sehr schwierig ist. Dies gilt erst recht – das hat Herr Höner angesprochen – für die Schaffung einer vernetzten Struktur von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit dem Jugendhilfesystem der Schule und ähnlichem mehr. Wie viel Zeitaufwand Juristinnen und Juristen sowie andere Personen aufbringen, um das innerhalb der jeweiligen Grenzen der möglichen Sozialgesetzbücher zu beschreiben, hat schon fast absurde Züge.

Daraus folgt, dass wir in den Strategien, die auch ein neuer Landespsychiatrieplan festlegen müsste, vor allen Dingen auf die Vernetzung der vorhandenen Ressourcen und Strukturen setzen und den Grundgedanken einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtungen auf allen Ebenen im Hilfesystem stärken müssten. Man kann das in einem Landespsychiatrieplan tun; man müsste es in den Landesrahmenverträgen für die Eingliederungshilfe tun und könnte es auch im PsychKG untersetzen, um das noch einmal zu unterstreichen. Darauf kommt es im Kern an.

Auf der einen Seite gilt es, die verschiedenen Elemente des Versorgungssystems wirklich zusammenzubringen. Um mit den für alle knappen verfügbaren Ressourcen angemessen umgehen zu können, müssen auf der anderen Seite auch die jeweiligen Strukturen immer flexibler werden. Statt in starren Institutionen zu denken, muss die Finanzierungsstruktur so flexibel werden, dass die beteiligten Akteure tatsächlich aufeinander zugehen und jeweils dort kleine Netzwerke für einzelne Patienten bilden können, wo es vor allem notwendig ist.

Dieser Grundgedanke findet sich sowohl im GPV als auch angelegt im Bundesteilhabegesetz sowie in dem, was die KSVPsych-Richtlinie ausmacht, also in dem, was den SGB-V-Bereich, sozusagen die Krankenbehandlung, bewegt. Insofern ist das ein zentrales Element, das wir viel stärker als früher beachten müssen. Das war im alten Landespsychiatrieplan angelegt, müsste aber noch deutlicher herausgestellt werden.

Bei der Krisenversorgung geht es in der Tat nicht um die Frage, ob wir immer mehr brauchen, sondern darum, wie wir es schaffen, das Vorhandene so miteinander in Beziehung zueinander zu bringen und zu vernetzen, dass es die Menschen rechtzeitig erreicht. Der Begriff „niedrigschwellig“ ist schon sehr deutlich gefallen, und es wurde gesagt, es müsse eine Vorhalteleistung sein. Eine Krisenversorgung muss erreichbar und verfügbar sein. Wenn sie richtig funktioniert, dann kann sie die anderen Systeme, insbesondere die Rettungsstellen der Krankenhäuser und die Notfallversorgung, tatsächlich entlasten.

Vor diesem Hintergrund sollte das Land prüfen, wie eine regional ausgerichtete und verortete Förderung der Krisenversorgung, die wie in Bayern oder Berlin eine zentrale Nummer beinhalten kann, mit der noch in diesem Jahr zu erwartenden Reform der Rettungswesen und der Notfalldienste auf der Bundesebene zusammengebracht werden kann. Man muss das miteinander abstimmen; wir können uns keine Parallelstrukturen mehr leisten.

In Berlin haben bestimmte Krankenkassen mit der TK vornean einen integrierten Versorgungsvertrag mit einer rund um die Uhr verfügbaren Ansprechbarkeit für die eingeschriebenen Patientinnen und Patienten sowie einer eigenen Krisenpension, die auch nachts besetzt sein muss, gefordert. All das hätte parallel zum bestehenden Berliner Krisendienst vorgehalten werden müssen. Das ist Geschichte. Wir können uns das für die Zukunft nicht mehr erlauben, sondern müssen das jetzt zusammenbringen.

Die Verantwortung, für das Vorhandensein einer Krisenversorgung in jeder Region zu sorgen, liegt zwar teilweise beim Land und bei den Kommunen, aber es ist nicht allein ihre Aufgabe. Auch die GKV muss ihren Beitrag dazu leisten, einen niedrigschwelligen Krisendienst in den Regionen zu fördern. Eine Überlegung könnte lauten, die Krisenversorgung im Rahmen einer Weiterförderung des Programms der Vernetzung der Gemeindepsychiatrischen Verbände dort anzudocken.

Zu hilfreichen Konzepten, um Sektorengrenzen zu überwinden. Wenn der Sektorenbegriff nicht nur im SGB-V-System, sondern auf alle Bereiche ausgeweitet gedacht wird, dann müssen alle Seiten ihren Beitrag leisten. Es wäre schön, falls das Land Nordrhein-Westfalen entsprechende Initiativen auf der Ebene der GMK und der ASMK unterstützen würde.

Wir müssen diesen Vernetzungsgedanken in alle bestehenden Sozialgesetzbücher bringen, wie es im SGB IX für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe durch das BTHG tendenziell angelegt worden ist. Allerdings wurde die Vernetzung mit den Behandlungsbereichen noch nicht richtig mitgedacht; es gilt, das nachzuschärfen. Auch im SGB V müsste klar sein, dass die Zusammenarbeit der Behandelnden mit allen anderen Leistungserbringern ein Gebot der Stunde und kein Verbot ist.

Insofern brauchen wir Bundesentwicklungen, die auch das Land Nordrhein-Westfalen unterstützen könnte. Man muss aber nicht warten, sondern kann schon durch die Förderung bzw. durch die Entwicklung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden – das hat auch Herr Langer angesprochen – im Alltag und in der Praxis voranbringen, was dann in den Sozialleistungsbüchern noch nachgezogen werden muss. Da ist schon relativ viel möglich.

Vor allen Dingen muss man auch an dieser Stelle aufpassen, dass die Strukturen nicht parallel zueinander stehen. In Ihrem Antrag kommen die Begriffe „Kinder- und jugendpsychiatrischer Verbund“, „Geriatrisch-gerontopsychiatrischer Verbund“ und „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ vor; es gibt also viele Netzwerke. Wir dürfen nicht zu viele Ressourcen in Netzwerke stecken, die dann wiederum neue Schnittstellen produzieren, sondern müssen das integrativ denken. Wir brauchen eine Netzwerkstruktur, die die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen, von alten Menschen und von anderen Zielgruppen besonders berücksichtigt.

Die CDU hat gefragt, welche neue Angebote es geben sollte. Ich habe den Krisendienst bzw. die Krisenversorgung angesprochen. In dem Antrag ist sehr deutlich geworden, dass Anti-Stigma-Projekte tatsächlich einer Verstärkung bedürfen. Im Grundsatz wollte ich deutlich machen, dass wir die für neue Angebote immer benötigten Fachkräfte vermutlich nicht werden finden können. Auch in diesem Fall sollte der Akzent vielmehr darauf liegen, die vorhandenen Akteure miteinander zu vernetzen.

Der Fachkräftemangel hat zur Folge – das haben auch mehrere meiner Vorredner deutlich gemacht –, dass am ehesten die als „leicht zu versorgen“ geltenden Menschen auch versorgt werden. Diejenigen, die das gesamte Hilfesystem vor besondere Herausforderungen stellen, fallen am schnellsten aus der Versorgung heraus und bereiten am langfristigsten und am meisten Probleme, sei es im sozialen Umfeld, bei den

Hilfesystemen oder wo auch immer sie am Ende landen – im schlimmsten Fall auch im Maßregelvollzug.

Vernetzte Strukturen müssen so gestaltet sein, dass sie in der Lage sind, sich gegenseitig zu unterstützen und auch mit den Menschen, die uns vor besondere Herausforderungen stellen, in angemessener Weise umgehen zu können. Das ist ein solidarisches Miteinander über die Sektorgrenzen der Krankenversorgung, der Eingliederungshilfe, der Wohnungslosenhilfe oder der Jugendhilfe hinweg.

Herr Dr. Vincentz, wir müssen die Digitalisierung bei der Gestaltung des Zugangs der Hilfen für jüngere Menschen berücksichtigen. Jüngere Menschen gehen nicht mehr irgendwo hin, wie wir es noch getan haben, sondern gucken sehr viel schneller und intensiver im Netz. Es besteht eine große Verantwortung, diese Zugangsebene zu gestalten.

Wenn es um wirkliche Hilfe geht, dann sind wir auf den menschlichen Kontakt angewiesen. Eine digitale Gesundheitsanwendung kann den menschlichen Kontakt nicht ersetzen. Es gibt aber durchaus einige digitale Gesundheitsanwendungen, die das miteinander Erarbeitete unterstützen können. Das sollte man fördern, allerdings kann man hinter die Frage, ob die dafür zum Beispiel auf der Bundesebene angesetzten Kriterien immer die richtigen sind, ein paar Fragezeichen setzen.

Zu den Fragen der Grünen und der Förderung der Selbsthilfe. In der gegenwärtigen Situation müssen diejenigen, die Selbsthilfe organisieren und leisten, enorm viel eigenes Engagement aufbringen, um tätig zu werden. Es braucht zunächst eine grundsätzliche Förderung der Infrastruktur von Selbsthilfe, damit die Selbsthilfe nicht auch noch ständig damit beschäftigt ist bzw. Zeit darauf verwenden muss, bei der TK, bei der BARMER oder bei der AOK Anträge zu stellen, um im nächsten Jahr ihr Büro noch finanzieren zu können. Wir brauchen eine Grundfinanzierung der Förderung von Selbsthilfe. Das kann man mit der freiwilligen Feuerwehr vergleichen – der Vergleich stammt nicht von mir, sondern von einem nordrhein-westfälischen Kollegen –, bei der sich Bürgerinnen und Bürger engagieren, aber nicht auch noch dafür sorgen müssen, dass das Spritzenhaus, das Fahrzeug und Sonstiges zur Verfügung stehen.

Wir brauchen eine basale Infrastrukturförderung. Im SGB V ist eine Patientenvertretung angelegt. Nordrhein-Westfalen finanziert auf der Landesebene die Unterstützung der Patientenvertretung meines Wissens noch bis Ende des Jahres 2024, und dann ist fraglich, ob das weitergeht. Solche grundsätzlichen Förderungen brauchen wir an jeder Ecke, damit die Patientenvertretung, die Selbsthilfevertretung oder die Selbstbetroffenenvertretung systematisch und dauerhaft gefördert werden.

Das kann man auch auf den Bereich der Eingliederungshilfe übertragen. Im SGB IX hat der Bundesgesetzgeber durch das BTHG verankert, dass die Landesverbände bzw. die Interessenverbände der betroffenen Menschen mit Behinderung an allen Rahmenverträgen und an Verhandlungen von Vereinbarungen, der Vergütung sowie von besonderen Vereinbarungen auf Landesebene mitwirken sollen. Wenn sie das wirkungsvoll tun sollen, dann brauchen sie eine entsprechende Unterstützung, also nicht nur ein Büro, in dem sie sich treffen können, sondern auch die Infrastruktur, Expertinnen und Experten heranziehen zu können und sich sachkundig zu machen.

Ein Beispiel ist die Stabsstelle Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss, die eine wirkungsvolle Unterstützung für die Patientenvertretung bietet. So etwas müssen wir auf allen Ebenen des Versorgungssystems durchdeklinieren, wo es verankert ist. Dann kann das auch Wirkungen entfalten. Wenn das tatsächlich systematisch gefördert wird, dann verändern sich auch Strukturen. Wenn diejenigen, um die es geht, aktiv mitreden können, dann werden sich auch die Versorgungsstrukturen deutlich verändern. Insofern ist das ein wertvolles Element.

Das gilt auch für Beschwerdestellen bzw. Beschwerdemöglichkeiten. Diese auch unter Betroffenen-, Selbstvertretungs- bzw. Selbsthilfeperspektive – welchen Begriff Sie auch immer wählen wollen – systematisch zu verankern und systematisch auszuwerten, ist ein wesentliches Element zur Qualitätsverbesserung.

Zu dem Modellverbund bzw. den Patientenbudgets gibt es systematische Forschung unterschiedlicher Qualität. Unseres Wissens kommen alle Budgetmodelle, in denen die Beteiligten mit den Betroffenen, also mit denjenigen, um die es geht, aushandeln – das muss man in Anführungszeichen setzen, weil es nicht immer ein expliziter Aushandlungsprozess ist –, wer mit welcher Methode im Rahmen eines gedeckelten Budgets versorgt wird, zu viel flexibleren und passgenaueren Lösungen, als wenn man institutionelle Mechanismen finanziert. Insofern sollten die § 64b-Modelle, wenn sie sich auch in der Finanzierungsstruktur wirklich vom Bett lösen, regelhaft verankert werden. Die APK strebt an, dass das in der Bundespflegegesetzverordnung verankert wird.

Solche in einzelnen Regionen schon bestehenden Modellversuche zeigen, dass man sehr viel flexibler werden kann. Zwar ist der Übergang von diesen Modellen zu der vertragsärztlichen Versorgung bisher nicht gelöst – diesbezüglich muss man noch über einiges nachdenken –, aber man muss solche flexiblen Modelle ermöglichen.

Für das Land bedeutet das, sich bei der Investitionsförderung von Krankenhäusern von dem Gedanken zu lösen, nur Betten zu finanzieren. Flexible Budgetmodelle in der psychiatrischen Versorgung würden es grundsätzlich ermöglichen, immer mehr auf die ambulante und teilstationäre Schiene zu übertragen und diese wiederum flexibler auszugestalten. Wenn man nicht an jedem Tag der Woche in die Tagesklinik gehen müsste, sondern möglicherweise nur an zwei Tagen und auch ein Team nach Hause kommt, wenn „Behandlung“ nicht StäB und Hausbesuche an sieben Tagen in der Woche bedeuten würde, sondern vier Tage ausreichend wären, würden solche Elemente flexibilisiert, dann wäre es möglich, Menschen viel ziel- bzw. passgenauer zu erreichen und die Ressourcen besser einzusetzen. Wir bräuchten dann aber auch eine andere Investitionsförderung seitens des Landes, was die Krankenhäuser betrifft.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier:** Wir kommen zur zweiten Fragerunde.

**Rodion Bakum (SPD):** Vielen Dank für die erste sehr intensive Runde, zu der wir noch einige Nachfragen haben.

Herr Rosemann, danke für Ihren letzten Beitrag. In meiner Heimatstadt Mülheim an der Ruhr wurden die Patientenvertreter und das Selbsthilfebüro über viele Jahre von

der lokalen Müllabfuhr finanziert. Das ist gut, aber auch irgendwie symbolisch. Das zum Thema „Finanzierung“.

Zu den Gemeindepsychiatrischen Verbänden haben Sie allgemein etwas gesagt und in den schriftlichen Stellungnahmen ein bisschen intensiver ausgeführt. Wir haben nachgeschaut: Der Haushaltsansatz beträgt 3 Millionen Euro, wobei wir nicht genau wissen, wie viel Geld in die Verbände fließt. Es war in den vergangenen Jahren auch nicht mehr dynamisch. Herr Langer und Herr Rosemann, wie könnte ein idealer Gemeindepsychiatrischer Verbund funktionieren, falls Geld keine Rolle spielte? Das Stichwort „AG Familiengesundheit“ kam in der Stellungnahme genauso vor wie die Beteiligung von Selbsthilfe und Peers.

Zu dem zweiten Aspekt der Kinder und Jugendlichen wurde auch im Hinblick auf konkrete Projekte einiges gesagt. Frau Steffens und Herr Langer, Sie haben in Ihren schriftlichen Stellungnahmen das KIPS-Netzwerk erwähnt. Darüber haben wir im Ausschuss bereits intensiver gesprochen. Einerseits fragen wir uns, wie die einzelnen Projekte wirken und welche tatsächlich nachhaltig sind – sicherlich ein Teil, andere aber nicht. Andererseits interessieren uns die Erreichbarkeit der Betroffenen und die ursächlichen Faktoren dafür, wer erreicht wird und wer nicht. Uns ist aufgefallen, dass überwiegend solche Städte Projekte nachhaltig finanzieren können, denen es finanziell ohnehin gut geht, und Städte des Ruhrgebiets, in denen es eigentlich notwendig wäre, das nicht können – Stichwort „Gerechtigkeitsaspekt“.

Drittens geht es mir mit Blick auf ältere Menschen nicht nur um die Gerontopsychiatrie – sprich: nicht nur die Behandlung –, sondern letztendlich auch um das Thema „Prävention“. Die Frage richtet sich an Frau Steffens, Herrn Höhner und Herrn Langer. Wie können wir Strukturen, Projekte oder Ähnliches schaffen, um gerade auch die ältere Generation noch zu erreichen?

Zwei Beispiele zur Verdeutlichung. Wir sprechen insbesondere bei dramatischen Fällen oder bei der Beteiligung junger Menschen viel über Suizide. Der Großteil der Suizide wird jedoch von hochaltrigen Menschen durchgeführt.

Das zweite Beispiel betrifft die Drogenpolitik, auch das ist oftmals Thema im Landtag. Bei Drogen meinen viele Menschen oft illegale Drogen und vergessen die legalen. Aktuell sprechen wir intensiv über Cannabis und damit über eine Droge, die aus medizinischer Sicht ein Abhängigkeitspotenzial auf dem Level von Koffein hat. Gleichzeitig sprechen wir aber nicht über Schlaftabletten und Alkohol, die insbesondere ältere Menschen betreffen und nicht als Suchtproblematik wahrgenommen werden. Können Sie darauf aus Ihrer Sicht eingehen?

**Dennis Sonne (GRÜNE):** Auch von meiner Seite vielen Dank für die schriftlichen Stellungnahmen und Ihr heutiges Erscheinen.

Herr Seibt, Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme über die Ausweitung der unabhängigen Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten. Warum ist ihr weiterer Ausbau wichtig?

Meine nächsten Fragen richten sich an alle Sachverständigen. Es geht zum einen um den Informationsstand der Betroffenen bezüglich der Patientenrechte. Wir alle kennen das Problem, dass beispielsweise Gesetzestexte oft schwer verständlich sind. Das gilt



auch für Menschen, die in diesem Haus arbeiten, und wahrscheinlich auch für Sie. Für Patientinnen und Patienten ist es vermutlich noch schwieriger, sich damit auseinanderzusetzen. Wie ist der Informationsstand? Sehen Sie die Leichte Sprache als Bereicherung, um Menschen zu erreichen?

Als großer Fan von Leichter Sprache habe ich gerade beispielhaft auf der Internetseite der Techniker Krankenkasse nachgeschaut, und es ist wie immer: Zwar gibt es ein paar Informationen zu Fragen wie „Wer sind wir?“, „Wer ist der Vorstand?“, „Was machen wir?“ und so weiter, jedoch wäre die Verwendung Leichter Sprache insbesondere bei diese Personengruppen betreffenden Punkten ganz wichtig, um wirklich alle zu erreichen. Wie lauten Ihre Einschätzungen?

Welche präventiven Maßnahmen können wir als Gesellschaft ergreifen, um die seelische Gesundheit zu schützen und zu stärken?

**Susanne Schneider (FDP):** Herr Leuther, Sie haben mehrmals eine psychosoziale Notrufnummer angesprochen – sie könnte 113 lauten –, die es, wenn ich Sie richtig verstanden habe, in Bayern schon gibt. Wie ließe sich das konkret ausgestalten?

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer:** Wir steigen in die zweite Antwortrunde ein.

**Andreas Langer (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW):** Zu den Gemeindepsychiatrischen Verbänden. Vorhin hat Herr Rosemann das wichtige Stichwort „Versorgungsverpflichtung“ genannt. Das ist eine hervorragende Grundlage der Zusammenarbeit vor Ort. Davon ausgehend, dass sich eine Region ausnahmslos den Menschen aus der Region widmen will, egal wie schwer oder leicht die psychische Erkrankung ist, kann man sich vor dem Hintergrund der Menge unterschiedlicher Zielgruppen wie Kindern, Jugendlichen und Älteren überlegen, wer alles an den Tisch muss. Das sind die Jugendhilfe, die Behindertenhilfe, die Schulen, die Agentur für Arbeit, die Hilfe für Langzeitarbeitslose und weitere.

Diese regionalen Austauschrunden sind zeitaufwendig und nicht einfach zu organisieren. Es braucht vor allem ein gemeinsames Commitment dem Thema gegenüber. Insofern muss man das aus den Spitzen der Gesellschaft und der Politik abholen, die entsprechenden Institutionen einladen und klarmachen, wie groß und bedeutsam das Thema ist.

Ich kann nur immer wiederholen: Jeder hier im Raum ist Angehöriger oder Betroffener. Öfter grüne Schleifen zu tragen, wie es Herr Klocke dankenswerterweise tut, würde ein Zeichen setzen. Das ist nicht aufwendig, führt aber zu vielen Gesprächen.

Die nächste Frage betraf die Projekte „Verrückt? Na und!“ oder „Familie Löwenmut“ und inwieweit Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche sinnvoll sind. Dazu gibt es Evaluationen; die Seiten sind im Internet gut erreichbar. Das wurde wissenschaftlich begleitet – die Wirksamkeit ist belegt –, und die Projekte wurden zum Teil auch ausgezeichnet.

Es geht nicht nur darum, überall über das Thema zu sprechen, sondern auch darum, auch mit den entsprechenden Curricula Kinder und Jugendliche in den Schulen oder Kitas zu erreichen. Es hilft natürlich den Betroffenen, aber selbstverständlich auch denjenigen, die nicht direkt in der Familie eine psychisch kranke Mutter oder einen psychisch kranken Vater haben. Selbstverständlich sind diese Projekte alle auf Resilienz ausgelegt, und es hilft uns allen, Widerstandskraft gegen stürmische Zeiten zu entwickeln, wie wir sie gerade erleben.

Das Thema „Drogen“ finde ich sehr spannend. Rein statistisch betrachtet besteht eine viel größere Belastung durch Alkohol und Nikotin als durch Heroin oder andere harte Drogen. Trotz alledem sprechen wir über diese Themen, und dazu gehören selbstverständlich auch Medikamente und auch Psychopharmaka. Die müssen unbedingt in den Blick genommen werden. Das ist wohl eine neue Baustelle für den nächsten Ausschuss.

Wir vergessen oft die große Schnittmenge zwischen den Menschen, die psychisch stark belastet sind und gleichzeitig Drogen nehmen, oder denjenigen, die Drogen nehmen und gleichzeitig psychisch belastet sind. Das ist ein Problem, bei dem wir schnell in die verschiedenen Schubladen stolpern und dann nicht mehr zueinanderfinden. Es ist wichtig, diese Grenzen aufzuweichen und sich gegenseitig nicht durch Abgrenzung zu begegnen, sondern sich die Hand zu reichen.

Wir nehmen in den vergangenen Jahren einen massiven Aufbau von Bürokratie in Form von Absicherungs-, Dokumentations- und Konzeptarbeiten wahr, wodurch in der praktischen Arbeit viele Ressourcen sowie Man- und Womanpower verloren gehen. Die einzelnen Leistungsträger wollen sicherstellen, nicht irgendwelche Leistungen der anderen Leistungsträger zu finanzieren, wenn eigentlich die Krankenkassen, die Sozialhilfeträger oder das Jugendamt zuständig wären. Es wird in einem hohen Umfang gegenseitig aufeinander verwiesen und es entsteht ein enormer Arbeitsverlust, der auch Einfluss auf die Betroffenen hat.

Sollte ich bei einer etwaigen Revision in fünf oder zehn Jahren anwesend sein, würde ich mich freuen, wenn alle eine grüne Schleife trügen.

**Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen):** Patientenrechte in Leichter Sprache sind ein ganz wichtiger Bereich, in dem es sehr viel Nachholbedarf gibt. Man muss gerade auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen grundsätzlich einen Zugang zu diesen Systemen – seien es die psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung – bzw. überhaupt einen Überblick im Gesundheitssystem ermöglichen. Diesbezüglich liegt noch eine Menge Arbeit vor uns.

Zu dem Bereich „Kinder und Jugendliche“. Die von mir erwähnte Koordinierungsstelle des KIPS-Programms ist ein Beispiel dafür, wo etwas passiert und wo es genau diese Vernetzung und Koordination gibt. Auch klar ist aber, dass es auch in diesem Bereich viele kommunale Angebote in finanzstarken Kommunen gibt, während dort, wo weniger Geld vorhanden ist, weniger kommunale Angebote bestehen. Das ist wie mit allen anderen Sachen und in diesem Bereich nicht anders.

Wir müssen bestimmte grundlegende, präventive Maßnahmen und Angebote in der Schule implementieren. Das ist der Ort, an dem alle Kinder erreichbar sind. Es gab immer wieder Projekte und Modelle, die im Kindergartenbereich und in der Schule verankert wurden, wie zum Beispiel damals in Solingen, wo die psychische Stabilität bzw. die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Grundschulalter in der dritten Klasse über ein Achtsamkeitsprojekt in allen Schulen verankert worden ist.

Es ist zunehmend wichtig, dass die Schule ein Ort ist, an dem Kinder und Jugendliche eine gewisse Selbstwirksamkeit bzw. Selbstbewusstsein und Stabilität vermittelt und Instrumente an die Hand bekommen, sodass sie in einer so schnelllebigen und immer stärker digitalisierten Welt ihre innere Ruhe finden können. Das kann nicht im sozialräumlichen Bereich geschehen, so gut alle Präventionsangebote, der Ansatz der Lebenswelten und alle Beispiele sind, die wir im Moment an den Start bringen. Aufgrund der großen Zunahme der Zahlen braucht es die Implementierung von etwas Regelmäßigem. Wir werden Gerechtigkeit erreichen, wenn wir neben den Lebenswelten und situativen Angeboten von persönlichen Betroffenheiten etwas Grundsätzliches in den Kindergarten, in die Schule und in die weiterführende Schule implementieren.

Bezüglich älter Menschen verweise ich auf die nordrhein-westfälische Enquetekommission zum Thema „Einsamkeit“. Die beste Prävention im Alter ist die Einsamkeitsprävention, weil Einsamkeit bei älteren Menschen das größte Risiko für eine Suizidgefährdung darstellt. Damit verbunden sind die Themen „Quartiersentwicklung“ und „Sozialräumliche Angebote und -strukturen“ für Menschen. Daneben müssen auch weiterführende Dinge beachtet werden.

Mit den älteren Menschen der Nachkriegsgeneration gibt es noch immer die Traumaübertragung bzw. die transgenerative Traumaübertragung. Dieses Thema muss man in der stationären Pflege genauso wie in der ambulanten Häuslichkeit ernst nehmen. Diese Menschen haben ihr Leben lang versucht, mit ihren Traumatisierungen zu leben, ohne sie zu bearbeiten. Irgendwann im Alter kommt es hoch, und in der Situation stehen sie plötzlich einem Regelsystem gegenüber, dessen einzige Antwort „Psychopharmaka“ lautet.

Gruppen- und Quartiersangebote – sie müssen nicht einmal direkt psychotherapeutisch sein – bzw. allein die sozialräumlichen Begegnungen würden schon viel helfen, damit Menschen für sich weiter den Sinn im Leben sehen, ihre Selbstwirksamkeit spüren und wissen, wofür es sich aus dem Haus zu gehen lohnt. Eine Menge Sachen müssen stattfinden; gerade auch von Pflegeheimen gibt es laufende Projekte. Die Idee lautete immer, dass sich die stationäre Pflege in das Quartier öffnen und Angebote machen muss, aber auch da ist noch Luft nach oben.

**Matthias Rosemann (Aktion Psychisch Kranke):** Wie funktioniert ein idealer Gemeindep psychiatrischer Verbund? Sie haben das mit der Eigenschaft verbunden, dass Geld keine Rolle spielen würde. Damit ein GPV funktioniert, braucht man eigentlich kein Geld. Man braucht Geld, um ihn anzuschieben und möglicherweise Veranstaltungen durchzuführen, um die Beteiligten zusammenzubringen, aber der dauerhafte GPV braucht relativ geringe finanzielle Mittel, um zu funktionieren.

Was sind die Kernelemente eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds? In einigen Regionen Nordrhein-Westfalens bestehen geradezu mustergültige GPVs. Man braucht erst einmal die wesentlichen Akteure aus allen Bereichen. Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund ist kein Eingliederungshilfeverbund, wie manchmal kolportiert wird. Vielmehr gehören alle Bereiche dazu, also die Beratung, die Behandlung – damit meine ich die ambulante, teilstationäre und vollstationäre; das ist nicht immer alles in einer Hand – und, wenn es irgendwie geht, auch die Perspektive der Niedergelassenen, was das größte Problem dabei ist. Außerdem gehört alles, was mit Rehabilitation und Teilhabe und – das ist wiederum ein großes Problem – alles, was mit der Pflege zu tun hat, dazu. Alle Leistungen der Pflegeversicherung sind als Markt ausgerichtet und funktionieren nicht unbedingt sozialräumlich.

Die Akteure müssen auf ein bestimmtes Einzugsgebiet, für das sie sich verantwortlich fühlen, bezogen sein. Das ist idealerweise die kreisfreie Stadt oder der Landkreis; bei Köln als riesiger Stadt ist es ein bisschen komplizierter. Die mitwirkenden Beteiligten müssen bereit sein, gemeinsam die Versorgungsverpflichtung zu übernehmen. Auch das ist ein wesentliches Element: Nicht eine Organisation trägt eine Verpflichtung, wie es tendenziell im SGB IX angelegt ist, sondern man übernimmt gemeinsam die Verantwortung. „Gemeinsame Verantwortung“ heißt, auch tatsächlich in all diesen Bereichen sicherzustellen, dass die Menschen die Behandlung ebenso wie die Rehabilitation und Teilhabeleistungen bekommen, die sie individuell möglicherweise benötigen.

Die zwei Elemente sind die gemeinsame Versorgungsverpflichtung bzw. die gemeinsame Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger eines Einzugsgebiets und die individuell möglichst passgenauen Hilfen.

Früher hätte ich an dieser Stelle gesagt, dass man Hilfen für die einzelne Person maßschneidern muss. Das ist eigentlich der Kern des Ganzen. Heute muss angesichts der abnehmenden personellen Ressourcen sichergestellt werden, dass jeder wenigstens ein Mindestmaß an Leistungen erhält. Von den individuell absolut perfekt bedarfsdeckenden Leistungen in allen Bereichen wird man bei dem heutigen Fachkräftemangel nicht mehr sprechen können.

Das macht die gemeinsame Aufgabe schwieriger und erhöht die Anforderungen an die Vernetzungsstruktur. Man muss sich miteinander verständigen – das braucht ein bisschen Zeit –, wie man es schafft, dass jeder Mensch wenigstens die minimal notwendige Hilfe bekommt, wenn schon nicht das Ideale bzw. Beste angestrebt werden kann, was natürlich immer das Ziel sein sollte, und dass kein Mensch durch den Rost fällt. Das ist der Kern. Dazu muss man sich begegnen und prüfen – das ist lokal unterschiedlich –, welche Konferenzstrukturen man braucht, um das zu beraten, damit kein Mensch ohne Angebot bleibt.

In einem idealen Gemeindepsychiatrischen Verbund – das ist in Nordrhein-Westfalen sehr unterschiedlich – sind alle Bereiche inkludiert. In vielen Regionen und tendenziell auch in NRW ist das Suchthilfesystem komplett abgespalten, sodass Gemeindepsychiatrie die Psychiatrie ohne Sucht ist. Genauso sind die Drogenhilfe und die Hilfe für Alkohol Kranke in NRW noch relativ getrennte Systeme. Das müsste man zusammenführen und in die Psychiatrie integrieren.

Es gibt Beispiele, in denen das funktioniert, wodurch große Synergieeffekte auch bezüglich des Zusammenwirkens bei den von Herrn Langer angesprochenen Menschen mit mehreren Problemen entstehen. Das kommt nicht selten vor; es ist nicht mehr getrennt wie in früheren Jahren, als ich noch jung war, dass die Drogenabhängigen und die Alkoholkranken nichts miteinander zu tun haben. Früher bestanden nicht zwischen den Klienten, sondern vor allen Dingen auch zwischen Helfenden Kulturunterschiede. Das ist Geschichte. Sehr viele Menschen werfen alles Mögliche ein, was ihnen in die Finger kommt. Es gibt neue Drogen, mit denen wir uns ganz intensiv auseinandersetzen müssen. Wir können uns diese Schnittstelle zwischen den Hilfesystemen kaum noch erlauben. Vielmehr müssen wir daraus Nahtstellen machen und eng miteinander zusammenarbeiten.

Ein Kernmerkmal eines idealen Gemeindepsychiatrischen Verbunds wäre die Integration der Hilfe für suchtkranke Menschen, für Kinder und Jugendliche und selbstverständlich auch für psychisch kranke alte Menschen. Das wären die Grundelemente.

Sie können eine wirkliche Verantwortungsgemeinschaft nicht erzwingen, selbst wenn Sie noch so schöne Gesetze schreiben. Wenn die Leute nicht mitmachen, dann machen sie nicht mit. Sie können aber versuchen, es zu fördern – hierbei gibt es verschiedene Elemente –, zum Beispiel, indem man anschiebt, wie Sie es momentan tun. Das ist ein wichtiger Aspekt, den Sie verstetigen sollten. Sie sollten das auf der Landesebene auswerten und prüfen, was mit den ausgegebenen Mitteln geschieht, und den Prozess auch ein bisschen steuern.

Sie könnten auf anderen Ebenen dafür sorgen, dass die sich beteiligenden Leistungserbringer eine andere finanzielle Struktur haben als diejenigen, die sich nicht beteiligen. Es kann einem Leistungserbringer unbenommen bleiben, sich seine Klienten auszusuchen, allerdings sollte er dann nicht die gleiche Vergütung für diese Leistung erhalten wie die Leistungserbringer, die sich tatsächlich beteiligen.

Insofern haben Sie nicht nur als Land Steuerungsstrukturen, sondern auch auf der Ebene der Rahmenverträge. Sie können zum Beispiel im Rahmen der Eingliederungshilfe oder die Pflege und Ähnlichem steuern und versuchen, überall solche Elemente einzubauen, durch die an einer gemeinsamen Verantwortung Beteiligte besonders oder mehr gefördert werden als diejenigen, die das nicht tun.

Zu dem Informationsstand bezüglich der Betroffenenrechte. Ich leite viele Fortbildungen auch über Berlin hinaus, zum Beispiel gestern für den Öffentlichen Gesundheitsdienst deutschlandweit, zum Thema „Bundesteilhabegesetz“. Jedes Mal frage ich nach Teilnehmern, die die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung nicht kennen, und erschütternderweise melden sich immer welche. Wir sind im Jahr 7 nach der Beschlussfassung des BTHG, und die vom Gesetzgeber geschaffenen Strukturen, um die Betroffenen über ihre Rechte und Möglichkeiten aufzuklären, sind noch immer nicht bekannt. Das ist keine Frage von Leichter Sprache; die Frage lautet vielmehr: Wie machen wir diese niedrigschwelligen Beratungsangebote, zu denen auch sozialpsychiatrische Dienste wie Beratungsstellen, GPZs und die sozialpsychiatrischen Zentren gehören, flächendeckend so bekannt, dass sich Bürgerinnen und Bürger dahin wenden?

Bei jüngeren Menschen müssen wir vermehrt in den digitalen Raum hineindenken. Die gucken nicht mehr im Telefonbuch, wo es etwas gibt – gibt es überhaupt noch Telefonbücher? –, sondern im Netz. Dort müssen die Zugänglichkeitsstrukturen noch besser entwickelt werden.

Wir müssen Wege finden, wie die Betroffenen über ihre Rechte umfassend aufgeklärt und informiert werden. Natürlich sind dabei auch entsprechende Angebote in Leichter Sprache dringend notwendig; das soll damit nicht in Abrede gestellt werden. Wir müssen aber auch das, was es schon gibt, erst einmal bekannt machen. Das ist ein langer Weg.

Was kann die Gesellschaft im Sinne der Prävention bewirken? Meine gesamte berufliche Erfahrung verdeutlicht: Es wirkt dann, wenn sich die Menschen begegnen. Ich habe das am Eindrücklichsten in meiner Zeit als Geschäftsführer einer Organisation erlebt, die nicht nur Hilfe für psychisch Kranke, sondern auch für Menschen mit geistiger Behinderung anbietet. Als wir mit einer Gruppe von schwer geistig behinderten Menschen mitten in den Stadtteil gezogen sind, ist Integration in der Nachbarschaft entstanden. Eine Kneipe hat den Erlös eines Skatturniers zusammengetragen und dieser Wohngruppe gegeben, damit sie eine Reise machen kann, es fanden Begegnungen im Haus statt und die Nachbarin, die mit den Menschen groß geworden ist, hat ihren 18. Geburtstag auf der Dachterrasse gefeiert. Begegnung ist die beste Prävention.

All die schon genannten Projekte wie „Verrückt? Na und!“ vom Verein Irrsinnig Menschlich, in denen die Betroffenen selbst ihre Situation schildern, haben den größten präventiven Wert für die Gesellschaft. Das muss man fördern, weiterentwickeln und vielleicht auch in den digitalen Raum hineindenken.

Ein weiteres wesentliches Element, wie die Gesellschaft dafür Sorge tragen kann, besteht in dem Angebot sehr niedrigschwelliger Zugänge zu den Hilfeleistungen und Beratungen. Außerdem braucht es möglichst breitflächige Angebote ohne die Voraussetzung, zunächst einen Antrag stellen oder eine Versichertenkarte vorweisen zu müssen, sondern man muss dort einfach hingehen und eine Frage stellen können. Wir müssen in der Zukunft kreativer denken, wie wir die Menschen erreichen und diesbezüglich noch mehr Potenzial entwickeln, gerade auch, indem man es mit den Menschen, die man erreichen will, gemeinsam denkt. An der Begegnung der Menschen führt allerdings nichts vorbei; das ist das zentrale Element.

**Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW):** Zur Leichten Sprache:

„Was nicht auf einer [...] Manuskriptseite zusammengefasst werden kann, ist weder durchdacht noch entscheidungsreif.“

Das hat Dwight D. Eisenhower gesagt. Wenn ich google, dann sehe ich immer eine unglaubliche Geschwätzigkeit. Das ist das Zeichen, dass man den Kern einer Sache nicht erfasst hat. Ich bin also sehr für die Leichte Sprache und für kurze Darstellungen von Sachzusammenhängen. Das hilft auch Menschen, die nicht geistig beeinträchtigt sind. Oft bin ich auf einer Internetseite und denke: Das will ich alles gar nicht wissen. – Das ist ein ganz wichtiges Thema. Sogar wir schaffen es gelegentlich, einen Text in Leichter Sprache zu formulieren.

Zu unabhängigen Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten. „Man kennt sich und man hilft sich“ ist ein wunderbares, bestens funktionierendes Prinzip, das Sie aber nicht mehr anwenden dürfen, wenn Sie über einen Missstand informiert werden möchten. Dann müssen Sie etwas mit den Rechnungsprüfungsämtern bei den Städten oder dem Landes- und Bundesrechnungshof Vergleichbares schaffen. Es müssen Leute sein, die von vornherein nach den faulen Stellen suchen. Wirklich unabhängige oder besser noch unparteiische Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten sind sehr wünschenswert.

Gleichzeitig muss dann aber auch in anderen Instanzen der Wille vorhanden sein, einer Sache nachzugehen, wenn diese Instanz etwas zutage fördert. Ich erinnere an den Haasburg-Skandal. Das waren Kinder- und Jugendheime, in denen schreckliche Sachen passiert sind. Bis heute stand niemand von den Leuten, die das gemacht haben, vor Gericht, und das ist Jahre her. Es ist ein verheerendes Signal, wenn so ein Skandal aufgedeckt und der Gesellschaft rückgemeldet wird: Ihr dürft das machen; das hat keine Konsequenzen. – Sie brauchen keine unabhängige Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten, falls daraus nichts folgt.

**Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen):** Zu dem, was Herr Rosemann bezüglich der Gemeindepsychiatrischen Verbände gesagt hat, gibt es nichts hinzuzufügen.

Zu Patientenrechten in Leichter Sprache. Die Aufklärung sowohl über die ambulante als auch stationäre Behandlung muss auch deshalb immer persönlich erfolgen, damit die Beteiligten sicherstellen können, sich gegenseitig zu verstehen. Die Festlegung bzw. Darstellung von Patientenrechten auf dem Papier sind immer missverständlich. Das liegt nicht in erster Linie an der leichten oder schweren Sprache, sondern an der Tatsache, dass man die Dinge einfach unterschiedlich versteht. Das kennen wir alle aus dem Alltag.

Die Aufklärung über die Behandlung dient zum Beispiel der Sicherstellung, dass die Patienten über ihre Rechte wie etwa den Einblick in die Behandlungsdokumentation oder ihre Beschwerdemöglichkeiten Bescheid wissen. Ein Ziel dieser Aufklärung ist nicht nur die rechtliche Absicherung, sondern auch die informierte Teilnahme der Patienten. Das ist ein Teil der Behandlungsphilosophie.

Im Grunde genommen geht es bei jeder psychotherapeutischen Behandlung darum, die vorhandenen Selbstwirksamkeitskräfte zu unterstützen und weiterzuentwickeln. Falls eine Psychotherapie das nicht tut, verfehlt sie ihr Ziel. Insofern ist die Aufklärung in dieser oder jener Sprache immer wieder sehr umfangreicher Gegenstand der entsprechenden Fortbildungen und auch der entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen in Einrichtungen.

Herr Bakum hat nach unserer Sicht bezüglich Medikamenten gefragt. Sie haben dabei das Stichwort „Drogen“ benutzt, das ich aufgreife. Sowohl die illegalen als auch die legalen Drogen sind so attraktiv, weil sie uns versprechen, Probleme zu lösen. Allerdings halten sie dieses Versprechen nicht.

Drogen sind sowohl ein Teil der Konsumphilosophie im Alltag als auch in der Versorgungsphilosophie zum Beispiel in den Alteneinrichtungen. Die dort vorhandenen Hilfsmöglichkeiten sind so begrenzt, dass diejenigen, die dort Hilfe leisten müssen, gemeinsam häufig tatsächlich auf eine deutliche Übermedikalisierung der Bewohnerinnen und Bewohner kommen. Die medikamentöse Versorgung in den Alteneinrichtungen ist in der Regel viel zu umfangreich. Das ist nicht meine Erfindung, sondern eine empirisch durchaus gesicherte Grundlage. Es werden vor allen Dingen auch Medikamente verschrieben, die zur Ruhigstellung der Menschen beitragen und zu nichts sonst.

Das ist zum einen eine Frage unserer allgemeinen Problemlösephilosophie und hängt zum anderen natürlich damit zusammen, dass es – das wurde vorhin schon mehrfach angesprochen – nicht genug Fachkräfte gibt. Auch in diesem Bereich tätige Psychiater gibt es schlicht zu wenige. Ich wüsste nicht, wie ich es anders machen sollte, falls ich in eine Einrichtung käme und 120 Menschen an einem halben Tag – ich will das Wort „versorgen“ nicht verwenden – ... und irgendwie die Dinge regeln sollte. Das ist die Realität und ein Beispiel dafür, wie Medikamente – übrigens auch in der stationären Psychiatrie – lediglich dazu dienen, vorhandene Probleme handhabbar zu machen. Das ist in der Regel für alle Beteiligten, auch für die Patienten, hilfreich, aber eben nicht ausschließlich.

**Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga [per Video zugeschaltet]):** Die Frage nach den Patientenrechten reicht weiter. Viele Betroffene wissen gar nicht, was für ein Behandlungsspektrum es gibt.

Ich bin als Patient Vertreter in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Diese Leitlinie ist so ausführlich und differenziert, dass auch ich nicht immer Lust habe, das alles von vorn bis hinten zu lesen, obwohl ich im Profibereich gearbeitet habe. Selbst die zusammenfassenden Patientenleitlinien sind noch zu umfangreich und müssten weiter vereinfacht werden, wofür ich mich bei meiner weiteren Mitarbeit einsetze.

Auch die präventiven Maßnahmen der seelischen Gesundheit müssten weitergefasst werden. Nach der Salutogenese von Antonovsky setzt sich seelische Gesundheit aus drei Komponenten zusammen bzw. kommt durch sie zustande: das Gefühl, Zusammenhänge zu verstehen, das Vertrauen darauf und die Überzeugung, das eigene Leben zu gestalten und bewältigen zu können, sowie die Überzeugung, dass das Leben einen Sinn hat.

Bezogen auf die vielen in den Schulen und in der Gesellschaft stattfindenden psychologischen Maßnahmen – die ich gutheiße – schließe ich an das von Herrn Seibt Gesagte an.

In dem Antrag wird von einem ganzheitlicher Masterplan gesprochen. Dafür braucht es die ganze große Breite. Viele in unserer Gesellschaft stattfindenden Dinge machen die Menschen ohnmächtig. Ich erlebe das in der Familienberatungsstelle mit jungen Familien: Beide Eltern sind berufstätig, die Kitas haben teilweise wegen Fachkräftemangels die Zeiten eingeschränkt, die Preise steigen und so weiter. Ich will das nicht weiter ausführen; Sie wissen, worauf ich hinauswill.



Es ist natürlich nicht einfach, das mit irgendwelchen strategischen Maßnahmen zu ändern, aber ich fände es auch nicht okay, es nur auf der psychologischen, sozialarbeiterischen und psychiatrischen Seite zu versuchen. Wir müssen die soziologischen Zusammenhänge bedenken. Nach meiner Erfahrung fühlen sich immer mehr Menschen verloren, weshalb man sich nicht wundern muss, dass auch die Depression eine riesige Volkskrankheit geworden ist.

Zu der Frage der FDP. Ich war eineinhalb Jahre in einer schweren Depression; das ist zum Glück viele Jahre her. Wann immer ich mich in meine Wohnung zurückgezogen habe, habe ich die Telefonseelsorge angerufen. Das war eigentlich die einzige Möglichkeit, mich an jemanden zu wenden, der mit mir spricht. Ich schätze die Arbeit der ehrenamtlichen Kollegen sehr, aber es kann auf Dauer nicht sein, dass nur sie das tragen. In der Tagesschau oder in irgendwelchen Berichten über Depressionen oder Suizid steht unten immer: Falls Sie entsprechende Gedanken haben, rufen Sie die Telefonseelsorge an. – Das ist auch völlig okay, aber das reicht nicht.

Ich hatte noch keine Zeit, mir anzuschauen, wie die Bayern das konkret machen.

Ich bin in einer Doppelrolle, da ich selbst in der ambulanten Sozialpsychiatrie gearbeitet und auch Krisenintervention betrieben habe. Das war alles immer nur rudimentär und viel zu wenig ausgestattet.

Dürfte ich mir unabhängig von dem Problem des bestehenden Fachkräftemangels – das ist natürlich nicht geringzuschätzen, dennoch muss man darüber nachdenken – wünschen, wie es mit ausreichend Fachkräften und Geld aussehen müsste, bräuchte es auf jeden Fall eine kurze und prägnante Nummer, zum Beispiel 113. Wenn es brennt, dann rufe ich die Feuerwehr an, und wenn ich die Polizei brauche, dann rufe ich die an; die Nummer ist jeweils allseits bekannt. Sie müsste 24/7, also wirklich rund um die Uhr, Tag und Nacht, auch samstags und sonntags verfügbar sein, weil sich eine psychische Krise nicht an irgendwelche Geschäfts- und Bürozeiten hält. Manchmal ist es auch nachts um zwei dringend notwendig.

Psychische Krisen sind mit sozialen Krisen verbunden. Das kann man nicht immer trennen. Deswegen braucht es ein Team von verschiedenen Berufen wie Psychologen, Sozialarbeitern, Psychiatern und auch Betroffenen, also eine Peerberatung, und das ganze Programm in einer riesigen Bandbreite.

Neben dem Telefon braucht es auch Blended Counseling. Ich arbeite auch in der Online-Jugendberatung: Mal schreiben die Jugendlichen, mal chatten sie, mal machen sie ein Video und dann kommen sie in die Beratungsstelle. Auch dabei müsste das ganze Spektrum bis hin zu Hausbesuchen bei einer Krise nachts um zwei angeboten werden. Ein Gespräch ermöglicht eine Beruhigung und verhindert möglicherweise den Gang in die geschlossene Psychiatrie, der immer der letzte Hilfeschrei und Ausweg ist, weil es nicht genügend Ressourcen und Unterstützung gibt. Allerdings entstehen dabei viel größere stationäre Kosten für die Allgemeinheit.

Man sollte eine Mischfinanzierung anstreben. Ich habe in unserer Stellungnahme geschrieben, dass NRW das genauso stemmen sollte wie Bayern, allerdings sind im Prinzip viele Sozialversicherungssysteme betroffen, darunter auch die Krankenversicherung. Sie sollte ebenfalls beteiligt werden.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier:** Ich eröffne die dritte Fragerunde.

**Rodion Bakum (SPD):** Wir können keine Anhörung zu dem Thema „seelische Gesundheit“ durchführen, ohne über Zwang und Gewalt zu sprechen. Das Thema ist mit dem Garbrecht-Bericht zum Wittekindshof relativ aktuell.

Herr Langer, Frau Steffens und Herr Rosemann, mit welchen Konzepten, dazu notwendigen Mitteln und auch Modellvorhaben – das haben wir gehört – können wir Zwang und Gewalt weiter effektiv reduzieren? Herr Langer hat in seiner schriftlichen Stellungnahme beispielsweise das „Beratungs- und Kompetenznetzwerk Gewaltschutz NRW“ genannt.

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Langer und Herrn Rosemann. Nachdem wir über Menschen mit Intelligenzminderung gesprochen haben, weite ich es auf Behinderungen allgemein aus. Wie können wir die Versorgung verbessern? Ich komme aus Mülheim an der Ruhr und würde fast behaupten, bei dem Thema dank der Theodor Fliedner Stiftung in einem Paradies zu leben. Im Fliednerdorf leben Menschen mit und ohne Behinderung zusammen, außerdem gibt es Wohngruppen und direkt nebenan in Ratingen das Krankenhaus. Ist das ein Modell, wie Versorgung ideal funktionieren kann oder gibt es andere Aspekte?

Meine letzte Frage richtet sich an alle Sachverständigen. Welchen Einfluss hat die Klimakrise aus Ihrer Sicht schon zum jetzigen Zeitpunkt auf die seelische Gesundheit gezeigt und welche Entwicklungen erwarten Sie mit zunehmender Klimabelastung?

**Arndt Klocke (GRÜNE):** Ich habe keine Frage, sondern möchte die Anregung von Herrn Langer ermöglichen. Die Geschäftsführerin der Eckhard Busch Stiftung in Köln, Frau Busch, hat die grüne Schleife aus den USA nach Köln gebracht, in Eigenregie produziert und mich gebeten, bei passender Gelegenheit welche zu verteilen. Ich lege einige auf einen Tisch; jede und jeder kann sich eine nehmen.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier:** Wir kommen zur dritten Antwortrunde.

**Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga [per Video zugeschaltet]):** Die Klimakrise spielt sicherlich eine Rolle. Es spielen aber auch Krieg, Armut und Wirtschaftskrise sowie politische Verzweiflung in diesem Land eine Rolle. Wenn ich die Nachrichten einschalte, dann trägt das nicht zur Stimmungsaufhellung bei. Die Bürger wissen, dass eine Menge im Argen liegt, sie aber selbst gucken müssen, wie sie leben können. Dass das zusammenhängt, muss man mit dem gesunden Menschenverstand erkennen. Dafür braucht man nicht unbedingt Studien, obwohl es die auch gibt.

**Andreas Langer (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW):** Zu dem Expertenbericht zum Gewaltschutz. Dieses Thema bearbeite ich seit Jahren. Wir haben im LWL das Thema 2015 und damit deutlich vor dem Fall „Wittekindshof“ bearbeitet und dazu Papiere besprochen, die dann leider stecken geblieben sind. Inzwischen liegt ein Expertenbericht vor, der seit einem

Jahr im MAGS bearbeitet wird. Es geht voran. Mein dort tätiger Kollege sagt immer: Der Fortschritt ist eine Schnecke.

Wir haben im Sinne von Klaus Dörner, einer Ikone für die Gemeindepsychiatrie aus Nordrhein-Westfalen, die Aufgabe, mit dem Schwierigsten anzufangen. Das ist die geschlossene Unterbringung. Das ist sehr schwierig, weil das Menschen betrifft, die in ihrer Verfassung sehr schwierig sind. Dabei spreche ich auch von Menschen mit einer Intelligenzminderung. Das ist hoch aufwendig und braucht unbedingt Fokus, Mittel und vor allem Passion sowie die Bereitschaft, die knappen Ressourcen im Zweifelsfall in einen Bereich zu geben, der medial nicht unbedingt super zu verkaufen ist. Diese Menschen wollen von Teilen der Bevölkerung am liebsten nicht gesehen werden.

An diesen Stellen würde eine stärkerer Beteiligung von Betroffenen helfen. Insgesamt sind meine Erfahrungen mit der Beteiligung der Selbsthilfe, dass wir kaum bessere Fürsprecher für das Gesundwerden finden können als Menschen, die schon durch die Krisen gegangen sind. Das sind die Keeper of Hope, die Bewahrer der Hoffnung, für Menschen in der Erkrankung. Wenn wir es schafften, sie stärker in den Behandlungs- und Lebensalltag einzubinden, dann wäre viel gewonnen. Es darf sich dabei nicht um eine Beteiligung auf ehrenamtlicher Basis handeln, sondern die dort involvierte Erfahrung muss finanziert werden.

Um diese Strukturen aufzubauen, brauchen wir eine stärkere Stützung der Selbsthilfe. Das wäre auch in dem Bereich „Gewaltschutz“ ein Baustein. In dem Expertenbericht werden unglaubliche Vorhaben wie Viererapartments mit Gartenzugang skizziert. Es ist schwer vorstellbar, wie wir das in den kommenden Jahren oder Jahrzehnten bauen oder bezahlen wollen, geschweige denn, dass wir an der Rheinschiene wohnortnahe Grundstücke dafür finden. Trotz alledem müssen wir uns auch angesichts des mehrfach von Herrn Rosemann dankenswerterweise erwähnten Personal- und Arbeitskräftemangels – ich spreche nicht nur von einem Fachkräftemangel – überlegen, wie wir diese schwierigen Bereiche und natürlich auch die anderen in den Fokus nehmen und die Verlagerung in die Fläche bewerkstelligen können.

Es gelingt dadurch – ich kann mir nichts anders vorstellen –, dass wir bestehende Strukturen wie zum Beispiel Schulen ausstatten, emanzipieren und verbessern. Ich kann mir nicht vorstellen, dass wir jottwede neue Standorte bauen. Das macht keinen Sinn, auch wenn es die Standorte vor Ort benötigt.

Herr Seibt, danke, dass Sie immer wieder dagegenhalten. Ich will auf alle Fälle den Eindruck vermeiden, wir bräuchten überall geschlossene Unterbringungen. Das ist auf keinen Fall so. Mit Gemeindepsychiatrischen Verbänden werden wir vor Ort passgenaue Lösungen finden, aber wir müssen genau hinschauen. Die Zeit lohnt sich. Wir müssen mit dem Schwierigen anfangen, und dann wird es Strahlkraft in die weiteren, nicht so schwierigen Bereiche entwickeln.

Damit ist auch das Thema der intelligenzgeminderten Personen mit Therapiebedarf verbunden. Es ist ein großes Problem – Herr Höhner hat es vorhin angeschnitten –: Auch da braucht es natürlich eine bessere Ausstattung oder eine bessere Struktur. Es gibt durchaus Therapeut\*innen, die bereit sind, sich auch um Menschen zu kümmern, mit denen man 1 oder 2 Minuten an einem Satz formulieren muss. Das ist schwierig,

und es braucht vor allem zeitliche und möglicherweise auch finanzielle Ressourcen, vielleicht auch Übersetzer – vieles, vor allem wahrscheinlich auch familienorientierte Therapien.

Die Klimakrise ist vor allem auch eine soziale Krise. Die Niederlande sind reich und werden irgendwann einen Damm bauen. Arme Länder werden untergehen; Bangladesch wird es nicht schaffen, einen Damm zu bauen. So ist es auch mit den einzelnen Menschen. Viele Menschen haben nicht das Geld und überlegen sich nicht, Photovoltaikanlagen auf das Dach zu montieren und auch noch Subventionen dafür zu erhalten. Es ist richtig und gut, dass das passiert.

Über das Vorhandensein der Klimakrise muss man nicht diskutieren; die Klimakrise kommt. Wir müssen uns und die Gesellschaft darauf vorbereiten, und wir müssen die Gesellschaft insbesondere auf Menschen vorbereiten, die aufgrund einer ungedämmten Wohnung darunter leiden werden. Wir müssen aufpassen, dass es uns nicht sozial zerreißt, weil ganz viele Leute das nicht aus eigener Kraft werden finanzieren können. Im Osten haben viele Hausbesitzer nicht das Geld, um ihr Haus zu renovieren. Das sind offene Flanken für politische Gruppen, bei denen ich sage: Wir finden andere Lösungen. – Um die Demokratie zu stärken, muss man die Bedrohung sozial auffangen.

**Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen):** Um Zwang und Gewalt zu reduzieren ist das Wichtige, in NRW die Aufarbeitung konsequent zu Ende zu bringen. Sie ist durch das MAGS initiiert, und es sitzen Beteiligte aus allen Bereichen mit am Tisch.

Wenn man zukünftig den Blick weitert und sich wirklich den gesamten Psychatriebereich ansieht, dann muss man zwei Aspekte beachten: erstens die Schaffung von Transparenz und zweitens die Kontrolle. Man muss genau prüfen, wo die Besuchskommissionen nach PsychKG implementiert sind und wo nicht. Es gibt breite Bereiche, in denen aus Sicht der Betroffenen Zwang und Gewalt – in Anführungsstrichen –, jedoch keine Kontrollen stattfinden. Gerade auch vor dem Hintergrund eines zunehmenden Personal Mangels werden wir da hinschauen müssen. Dieses System, das die Fragen „Wo findet Kontrolle statt?“, „Wie ist die Transparenz?“ und „Wie ist die Patientenpartizipation?“ – Stichwort: Patientenvereinbarung – umfasst, muss man sich sehr genau anschauen, gerade wenn man nicht nur die Heime, sondern auch die Psychiatrie in den Blick nimmt.

Zu der Klimakrise und dem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit. Wenn Menschen das Gefühl haben, dass die Krisen zu groß werden und sie nichts tun können, wenn die Selbstwirksamkeit verloren geht, dann haben wir ein Problem. Es muss immer wieder geprüft werden, ob auch in den zahlreichen bestehenden Krisen gerade bei Jugendlichen bzw. jungen Menschen, aber auch in allen anderen Generationen das Gefühl der Selbstwirksamkeit und nicht das Gefühl der Hilflosigkeit überhandnimmt.

Wie ich eben bereits gesagt habe, müssen wir mit Kindern und Jugendlichen anfangen, damit sie Instrumente für den Umgang mit einer Fernsehberichterstattung und mit wissenschaftlichen Beiträgen erhalten, angesichts derer sie sich hilflos und überfordert fühlen, mit denen sie ihre eigene Stabilität trotzdem erhalten und achtsam mit sich umgehen können. Wenn wir das nicht von Anfang an lernen, dann werden wir gerade

in der Generation der Kinder und Jugendlichen, die momentan in diesen zahlreichen Krisen heranwachsen, entweder massenhafte Überforderungssituationen oder ein absolutes Abstumpfen und Abschalten erleben, die auch nicht zu psychischer Gesundheit führen. Man muss das sehr ernst nehmen.

Auch hinsichtlich der Auswirkungen der Krisen auf die sozialen Strukturen und auf das gesellschaftliche Miteinander kann man an das eben Gesagte anknüpfen: In sozial-räumlichen Strukturen, in Quartieren und Stadtteilen bzw. bei der gemeinsamen Bewältigung vorhandener Probleme vor Ort bestehen andere Strategiemöglichkeiten, als wenn jeder isoliert in seiner ungedämmten Wohnung säße. Auch die in manchen Ländern diskutierten Kühlräume als Gemeinschaftsräume im Sommer oder ähnliche Überlegungen sind etwas ganz anderes, als die Menschen allein zu lassen. Es gilt, Selbstwirksamkeit, Gemeinsamkeit, Solidarität und soziale Strukturen zu schaffen.

**Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW):** Die momentane Klimakrise ist ein laues Lüftchen am Ende eines schönen Sommertags. Wir werden einen mehrwöchigen Tropensturm erleben, falls die Extrapolationen aus der Physik und aus der Geowissenschaft zutreffen, woran ich nicht zweifle. Dann wird es für große Teile der Menschheit um das Überleben gehen und die Frage nach seelischer Gesundheit Luxus. Das hat sich dann erledigt.

Eine Hoffnung ist die Staatskunst der Chinesen, die in Bezug auf das Gegenwirken im industriellen Maßstab führend sind. Man kann nur hoffen, dass sich andere Länder auf diesem Planeten ein Beispiel daran nehmen.

Um den Bogen zum Thema „psychische Gesundheit“ zu schlagen: Ein klimafreundliches, weniger arbeitsames, weniger produktives Leben ist auch für die seelische Gesundheit sehr gut.

Die Aufgabe besteht in der Vermittlung, dass ein Angehen gegen dieses globale Problem sinnvoll ist. Diesbezüglich haben wir in Deutschland noch sehr viel Arbeit vor uns. Wenn ich mir Leserbriefspalten in den großen Medien anschau, dann ist der Wille der Bevölkerung, das Problem ernst zu nehmen, nicht groß. Dieser mangelnde Wille spiegelt sich auch im Willen der Politik wider. Dafür können Sie nichts; Sie sind eben nur die Vertreter des Volkswillens.

**Matthias Rosemann (Aktion Psychisch Kranke):** Wir müssen uns intensiv mit dem wichtigen Thema „Zwang und Gewalt“ auseinandersetzen. Selbstkritisch muss man für die psychiatrische Versorgung sagen, dass es ein paar Anstöße aus dem Rechtssystem in Form von Urteilen des Bundesverfassungsgerichts und des BGH gebraucht hat, um die Thematik wieder anzutreiben, weil der Psychiatrie selbst dazu kaum in der Lage war. Das ist bedauerlich; das müssen wir ändern.

Das Problem beginnt damit, dass wir nicht wissen, was es überhaupt an Gewalt bzw. Gewaltmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen gibt. Es bestehen fundamentale Kenntnislücken auf allen Ebenen. Nordrhein-Westfalen zählt zu den Ländern in der Republik, die im PsychKG verankert haben, auf der Grundlage des PsychKG Daten zu erheben, was in psychiatrischen Kliniken passiert. Wir wissen sehr wenig darüber, was auf der

Grundlage des Bürgerlichen Gesetzbuchs passiert. Das ist das andere Rechtssystem, das Gewalt oder Zwang ermöglicht.

Kein Bundesland in der Republik erhebt systematisch Daten außerhalb von Krankenhäusern. Es finden aber auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege sehr viele Zwangsmaßnahmen statt. Insofern müssen wir zunächst so etwas wie ein deutschlandweites Zwangsregister etablieren. Sie können einen anderen Begriff dafür verwenden – ich würde lieber von „Gesundheitsberichterstattung“ zu dem Thema sprechen –, aber der Begriff „Zwangsregister“ hat sich schon relativ verbreitet.

Es ist kein Zufall, dass die Bundesrepublik im Staatenprüfungsverfahren zu der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention schon mehrfach aufgefordert wurde, an dieser Stelle tätig zu werden. Das steht auf mehreren Ebenen an. Wir müssen wissen, was deutschlandweit passiert. Deswegen braucht es ein Bundesregister. Gleichzeitig müssen wir wissen, was auf der Landesebene und auf der lokalen Ebene passiert. Dort wird gehandelt bzw. dort findet die tatsächliche Arbeit statt.

Es hilft nicht, Daten nur zu aggregieren, sondern es muss mit den Daten gearbeitet werden. Wenn wir wissen, welche Zwangsmaßnahmen stattfinden, dann können wir nach den Punkten gucken, an denen wir ansetzen können. Deswegen braucht es ein lokales bzw. regionales Zwangsmonitoring. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände hat dafür ein Muster vorgelegt, das man sicherlich weiterentwickeln kann. Es gibt zumindest schon Grundlagen, mit denen man arbeiten kann, nicht im Sinne von „Wir wissen jetzt, was läuft“, sondern „Anhand dessen, was wir wissen, können wir gucken, was und an welcher Stellschraube wir tatsächlich ändern können.“

Zwangsmaßnahmen fallen nicht vom Himmel. Jede Institution kann sich überlegen, wie sie selbst versucht, Zwang möglichst zu vermeiden. Hierfür hat die DGPPN mit der S2- oder S3-Leitlinie Konzepte vorgelegt. Außerdem gibt es in der Literatur verschiedene Konzepte, die jetzt auch umgesetzt und immer mehr implementiert werden, sowie die Gewaltschutzvorgabe im SGB IX für die Eingliederungshilfe. Man muss also an vielen Stellen institutionell arbeiten.

Wenn in einer Institution Zwang angewandt wird, dann ist immer schon vorher etwas passiert. Auf dieses Vorher muss man einen Blick werfen. Deswegen braucht es so etwas wie ein idealerweise bei den Gemeindepsychiatrischen Verbänden angesiedeltes regionales Zwangsmonitoring. Sie müssen sich Gedanken machen, was sie an welcher Stelle tun können, um die Unterbringung nach PsychKG, freiheitsentziehende Maßnahmen nach BGB oder Ähnliches zu vermeiden oder wenigstens zu vermindern. Das Ziel sollte immer die Vermeidung sein. Hier kann man ansetzen.

Es wäre schön, wenn das Land Nordrhein-Westfalen – das ist Ihre Handlungsebene – sich für ein deutschlandweites Monitoring einsetzen würde, das gleichzeitig ein abgestimmtes Konzept ist, damit alle Länder auf die gleiche Weise Daten erheben. Dann kann man es zusammenführen und die Informationen in die Regionen zurückgeben, damit dort Handlungsoptionen entwickelt werden können.

Diese Datenlücke betrifft nicht nur alle Fragen bezüglich der Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen, sondern ebenso den Bereich der Zwangsbehandlung.

Um das zu evaluieren, hat das Bundesministerium der Justiz ein Projekt aufgelegt – das war ein gesetzlicher Auftrag –, und auch dabei wird deutlich, dass wir eigentlich viel zu wenig wissen. Wir müssen dafür Sorge tragen, dass wir die Informationsgrundlagen bekommen, anhand derer man regional ansetzen und regionale Maßnahmen entwickeln kann. Hierfür gibt es auch in Nordrhein-Westfalen erprobte und im Bericht der BAG GPV nachzulesende Beispiele.

Bezüglich Menschen mit Intelligenzminderung oder geistiger Behinderung – es werden viele Begriffe verwendet – hat insbesondere der Expertenbericht viele Gestaltungshinweise gegeben. Herr Langer hat es gerade ein bisschen skeptisch ausgedrückt nach dem Motto: Woher soll man kleine Wohneinheiten nehmen?

In der Tat steht im Neunten Buch Sozialgesetzbuch mit dem Bundesteilhabegesetz, dass Menschen nicht mehr aufgrund ihrer Behinderung gezwungen werden sollten, in besonderen Wohnformen zu leben. Das steht auch in Art. 19 UN-Behindertenrechtskonvention. Gerade diese Zielgruppe wird jedoch nach wie vor relativ oft in Wohngruppen von Heimen begleitet und unterstützt, obwohl sie sich diese Lebensform möglicherweise nicht ausgesucht hätten. Insofern müssen wir konsequent danach fragen, wie die Menschen eigentlich leben möchten und wie es uns gelingt, diese Lebensform so ambulant und so wenig besonders wie nur irgendwie möglich zu gestalten.

Das ist aufwendig, aber es geht; auch dafür gibt es historische Beispiele. Man kann das machen. Wir müssen den Willen haben – das ist die den Landschaftsverbänden obliegende Aufgabe –, bei der individuellen Bedarfsermittlung für diese Menschen zu prüfen, wie die tatsächlich gewünschte Lebensform ermöglicht werden kann. Es ist unmöglich – um das ganz vorsichtig zu sagen –, dass man nur aufgrund einer Intelligenzminderung oder geistigen Behinderung oder Minderbegabungen – wie auch immer Sie es nennen wollen – mehr oder minder gezwungen wird, in Heimen zu leben. Das kann nicht das Ziel sein. Es muss einen Entwicklungsschritt geben, mit dem auch diese Menschen selbstbestimmt leben können und die notwendige Assistenz bzw. Unterstützung dafür bekommen. Es gilt, die im SGB IX mit dem BTHG geschaffene rechtliche Grundlage wirklich umzusetzen. Auch wenn die baulichen Gegebenheiten ein riesiges Hindernis sind – diesbezüglich kommen wir wieder Jahre zu spät –, darf uns das nicht daran hindern, an dem Ziel festzuhalten.

Zu dem Thema „Klimakrise“. Bemerkenswerterweise zeigt ein Blick in die sozialen Institutionen, dass die Sorge darum, wie es mit dem Klimaschutz weitergeht, vor allen Dingen die Arbeitsebene betrifft. Arbeitsschutzvorschriften bringen uns dazu, an die Beschäftigten zu denken. Es gibt aber keine Vorschriften, die uns dazu bringen, an die Bewohnerinnen und Bewohner, an die Klientinnen und Klienten zu denken. Insofern fehlt noch das Bewusstsein dafür, dass es nicht nur um die Beschäftigten in den Einrichtungen geht, sondern auch um ihre Klientinnen und Patientinnen und Bewohnerinnen und Bewohner. Da ist einiges zu tun. Das betrifft sicherlich auch die strukturelle Förderung, damit die Objekte entsprechend gestaltet werden. Das ist alles schon gesagt worden.

Wir müssen uns klarmachen, dass gerade die Zahl der hitzebedingt sehr viel früher sterbenden psychisch kranken alten Menschen deutlich zunimmt. Hierzu gibt es eindeutige Studien. Wir müssen dem etwas entgegensetzen und das auf zwei Ebenen

mitbedenken. Das eine ist die individuelle Behandlungsplanung. Menschen zu befähigen, mit der gegenwärtigen Situation umzugehen und entsprechende Schutzmechanismen zu entwickeln, muss auch Gegenstand von Behandlungen sein.

Das andere ist die individuelle Bedarfsermittlung im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe. Wir müssen mit den Menschen auch darüber sprechen und daran arbeiten, was sie für sich tun können, aber auch, was die Umgebung für sie tun kann. Es geht um das Beseitigen von Barrieren bei der Teilhabe. Da kann man wesentlich mehr tun, und man muss es zum Thema machen. Wir haben es noch nicht in das Bewusstsein integriert, dass auch das Gegenstand von psychiatrischer und sozialer Arbeit ist. Da ist noch einiges zu tun.

**Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen):** Zu intelligenzgeminderten Menschen. Falls Sprache nicht so wirksam ist, muss man anders miteinander umgehen. Eine ausgesprochen gute therapeutische Kompetenz drückt sich im gemeinsamen Handeln aus. Das leuchtet jedem ein, der im Umgang mit Kindern tätig ist. Auch da kann man nicht andauernd reden, sondern muss im Gegenteil etwas miteinander machen. Es gibt eine relativ und auch verfügbare differenzierte Methodik; nicht nur Exoten irgendwo in der Ferne verfügen über diese Kompetenzen.

Problematisch sind allerdings – das habe ich vorhin schon gesagt – die Rahmenbedingungen dieser Methoden. Es braucht in den Settings Räume, in denen man miteinander arbeitet, und so weiter. Das ist aber kein Grundproblem. Bei dieser Veranstaltung Ende des Jahres 2022 mit über 500 niedergelassenen Psychotherapeuten gab es erstaunlicherweise eine ausgesprochen große Interessentengruppe. Wir haben dann bei den Kollegen nachgefragt: Zwar sind sehr viele Kollegen diesem Bereich tätig, sie können sich aufgrund der Rahmenbedingungen bzw. fehlender Refinanzierungsmöglichkeiten jedoch leider nur auf relativ vereinzelte Behandlungsfälle beschränken. Das ist aber keine Frage der Methodik oder der Machbarkeit, im Gegenteil.

Das Thema „Klimakrise“ lässt sich mit den mehrfach gefallen Stichwörtern „Befähigung“ und „Ohnmachtserleben“ verbinden. Zwischen dem Therapiegesehen und unserer allgemeinen öffentlichen Situation besteht ein Zusammenhang. Es geht bei den Therapien – das habe ich vorhin schon gesagt – immer um die Fähigkeit, aus dem, was man hat, was man kann und was man entwickeln kann, eine eigene Handlungskompetenz abzuleiten. Das ist die Philosophie der psychotherapeutischen Behandlung. Dazu gehören Herausforderungen wie die Klimasituation, die uns alle total überfordern. Niemand hier im Raum kann sagen: Ich habe die Dinge im Griff.

Diese Ohnmachtssituation ist in den Therapien häufig ein Element des Verrückt-Werdens. „Verrückt werden“ heißt, dass man sich auf Lösungen und Ideen kapriziert, die erkennbar unsinnig sind. Das ist die Parallele zu unserer gesellschaftlichen Diskussion. Sehr viele Diskussionen in diesem Bereich schlittern mittlerweile am Rande des Wahnsinns entlang. Das ist ein Ausdruck der totalen Überforderung, in der sich die Menschen befinden. Das Thema „Überforderung“ und wie man damit umgeht ist auch eine Aufgabe in der öffentlichen Kommunikation.



Zu dem Thema „Klimakrise und Psychotherapie“ haben wir intern eine umfangreiche Fortbildung aufgelegt, um die Therapeuten fit zu machen. Auch als Therapeuten sind sie nicht in allem fit, wie wir wissen.

**Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer:** Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich bedanke mich bei den Sachverständigen für die Beantwortung unserer Fragen. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise und schließe die Anhörung.

gez. Daniel Hagemeyer  
stellv. Vorsitzender

**Anlage**

07.03.2024/08.03.2024



**Anhörung von Sachverständigen**  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen  
"NRW-Plan für Seelische Gesundheit"!**

Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/6356

am Mittwoch, dem 21. Februar 2024  
10.00 bis (max.) 13.00 Uhr, Raum E3 A02, Livestream

### Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Deutsche Depressionsliga e.V. Bonn	<b>Jürgen Leuther</b> <i>(per Videozuschaltung)</i>	<b>18/1265</b>
Gerd Höhner Präsident Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	<b>Gerd Höhner</b>	<b>18/1256</b>
Hartmut Krabs-Höhler Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW c/o Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Nordrhein e.V. Düsseldorf	<b>Andreas Langer</b>	<b>18/1263</b>
Barbara Steffens Leiterin TK-Landesvertretung NRW Techniker Krankenkasse Düsseldorf	<b>Barbara Steffens</b>	<b>18/1264</b>
Matthias Seibt Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW Bochum	<b>Matthias Seibt</b>	<b>18/1268</b>
Jörg Holke Geschäftsführer Aktion Psychisch Kranke e.V. Bonn	<b>Matthias Rosemann</b>	<b>18/1269</b>

**weitere Stellungnahme:**

AGpR e. V.

Stellungnahme 18/1267