



Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke

**Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am
21. Februar 2024 – Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/6356**

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

Vorbemerkung

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (APK) nimmt als ein auch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) institutionell geförderter Fachverband mit öffentlichen Tagungen, zahlreichen Publikationen und psychiatriepolitischen Stellungnahmen sowie als Träger versorgungspolitisch relevanter Projekte wesentlichen Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Seit der Beauftragung zur Geschäftsführung der Psychiatrie-Enquête im Gründungszeitraum der APK hat sie sich in vielfältiger Form bei der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auf Landesebene engagiert, da wesentliche Aufgaben der Gesundheitsversorgung der Länderverantwortung zugewiesen sind.

So hat die APK im Auftrag des damaligen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) ein umfangreiches Projekt zur Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in verschiedenen Regionen durchgeführt, in dessen Folge sich regionale Hilfeplanungs- und Steuerungsstrukturen entwickelt haben, die für aktuelle Entwicklungen zentrale Grundlagen bieten.

Die APK hat die Erarbeitung und Inkraftsetzung 2017 des zweiten Landespsychiatrieplans NRW (LPP NRW) sehr begrüßt – nachdem so viel Zeit seit dem ersten Plan vergangen war.

Mit Expertenwissen hatte sich die APK in den Prozess eingebracht, und hat die Inhalte in ihrer Konkretisierung, Differenzierung und ihrer Tragweite über die Ressortgrenzen hinaus äußerst positiv bewertet.

Der Antrag der SPD-Fraktion bezieht sich in vielen Teilen auf den Landespsychiatrieplan NRW 2017 und mahnt dessen Umsetzung an und sieht zudem Aktualisierungsbedarf.

Die APK hat in den letzten Jahren die Umsetzung aufmerksam verfolgt und einzelne Umsetzungsschritte positiv und wertschätzend wahrgenommen.

So greift das Landesförderprogramm zum Auf- und Ausbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden in seiner Intention eine zentrale Empfehlung des Landespsychiatrieplans auf. Die Ergebnisse der vom Land einberufenen Expertenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ beziehen Inhalte des Plans ein und haben eine große Strahlkraft entwickelt. Der Bericht der Enquêtékommision „Einsamkeit – Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen“ bietet viele Anknüpfungspunkte und auch die Aktivitäten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung greifen Inhalte des LPP NRW auf.

Gleichwohl sieht die APK noch Handlungsbedarf in der Umsetzung des Landespsychiatrieplans 2017.

Zugleich haben sich seit 2017 die Rahmenbedingungen weitgehend verändert, einerseits durch die ineinandergreifenden Krisen (Corona-Pandemie, Ukrainekrieg, Klima) und andererseits durch Entwicklungen auf Bundesebene (Krankenhausfinanzierung, Betreuungsrechtsreform, Umsetzung BTHG, etc.). Damit ist ein Fortschreibungsbedarf für den LPP NRW verbunden. Im PsychKG NRW ist solch eine Überprüfung auch vorgesehen.

Das MAGS hat diesen Prozess der Fortschreibung bereits begonnen und erste Ergebnisse liegen vor.

Die APK kann sich auf Grund der Kürze zwischen Einladung und Frist zur Abgabe und Anhörung nicht in allen Bereichen des Antrages dezidiert und auf der Grundlage einer vertieften Analyse äußern.

Hier ist auch zu berücksichtigen, dass die APK aktuell auf Bundesebene die Fortführung des Psychiatriedialoges zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen mit parlamentarischem Auftrag gestaltet. Hier stehen insbesondere die Schnittstellen und die sektoren- und leistungsträgerübergreifende Versorgung im Fokus. Die Ergebnisse dieses aufwendigen Prozesses werden auch mit den Ländern rück zu koppeln sein.

Insofern konzentriert sich die folgende Stellungnahme zum SPD-Antrag auf aus Sicht der APK jeweils zentrale Aspekte, der im Antrag angeführten Handlungsfelder. Zur Ergänzung liegen Positionspapiere und Ergebnisse aus APK-Projekten und Kommissionen, die von der APK (mit)gestaltet wurden, vor (www.apk-ev.de).

Zu beachten sind die unterschiedlichen Handlungsebenen, d. h. zu klären sind die Fragestellungen:

- Wo liegen die Gestaltungsmöglichkeiten auf der Landesebene NRW bzw. in Landesverantwortung?
- Wann und wo sind Einflussnahmen in Bundesgremien notwendig (G-BA, Facharbeitsgruppen auf Bundesebene, Fachgespräche auf Bundesebene, Interministerielle AGs, etc.)?
- Wo sind bundesgesetzlich Initiativen über die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und den Bundesrat zu empfehlen?

Stellungnahme zu den einzelnen Handlungsfeldern im Antrag der SPD-Fraktion:

A. Die Selbsthilfe fördern: Gesundheitsförderung, -kompetenz und Prävention seelischer Erkrankungen stärken.

- Die Selbstvertretung bzw. Selbsthilfevertretung in Landesgremien sollte gestärkt werden, dies betrifft die Terminierung, die Vergütung und die Ermöglichung von Qualifizierung. Im SGB V ist die Patientenvertretung auf Landesebene im Bereich Behandlung als Mitberatungsrecht geregelt worden. Vergleichbares fehlt für die Bereiche der Rehabilitation und Pflege.
- Die gesundheits- und krankheitsbezogene Selbsthilfe (Borderline, Depression, Zwangserkrankung, etc.) findet auf der Landesebene in NRW in der

Selbsthilfevertretung kaum Strukturen vor. Ein Ausschuss auf Landesebene wie in der Suchtselbsthilfe existiert nicht.

- Erfahrungswissen sollte fester Bestandteil der Informations-, Beratungs- und Hilfeangeboten im Bereich Behandlung, Rehabilitation und Pflege sein. Im klinischen Sektor und in der Eingliederungshilfe sind hier Ansätze vorhanden, die es auszubauen gilt und auch auf weitere Bereiche der Rehabilitation zu übertragen sind.

B. Ambulante Krisenhilfe, Notfallseelsorge und Suizidprävention ausweiten.

- Bezüglich der Suizidprävention gilt es aktuell die Vorlage des Konzeptes des BMGs abzuwarten und zu kommentieren. Von großer Bedeutung wird sein, die geplante bundesweite Telefonnummer mit den Krisenhilfen und den suizidpräventiven Angeboten und Anlaufstellen auf Landesebene zu verlinken bzw. zu verzahnen.
- Vorrangig sollen die ambulanten Krisenhilfen ausgebaut werden. Psychiatrische und psychosoziale Krisenhilfe beinhaltet diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung zu nachfolgend erforderlichen Hilfen. Zur Entschärfung von psychischen Krisen ist ein aktives, die Situation gestaltendes und veränderndes Hilfeangebot mit diagnostisch-therapeutischen Fähigkeiten und Kompetenzen und ausreichender Zeit zur Deeskalation bzw. Einleitung von erforderlichen anschließenden Hilfen notwendig. Ein reines Clearing mit anschließender Weiterleitung ist nicht ausreichend. Ein ärztlicher Hintergrunddienst muss gesichert sein.

Dadurch werden Suizide, Gesundheitsschäden, Krankenhausbehandlung, Zwangsmaßnahmen (Unterbringung und Zwangsbehandlung), minderbares subjektives Leid sowie Belastung, ggf. Überlastung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen, vermieden.

- Die wenigen Angebote in NRW haben sich in den Jahren nach der Erstellung des LPP NRW in der Zahl und im Angebot kaum ausgeweitet (Ausnahme Herford). Eine flächendeckende Sicherstellung in den Zeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi), insbesondere in den Abendstunden und am Wochenende, ist nicht gegeben (Krisen richten sich nicht nach Öffnungszeiten). Zudem ist teilweise in den Öffnungszeiten eine aufsuchende Krisenhilfe auf Grund der Personalsituation nicht sichergestellt. Außerdem ist die ärztliche Besetzung in den Sozialpsychiatrischen Diensten nur noch begrenzt zu realisieren. Auch der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst hat hier keine Abhilfe geschaffen.
- Die geplante Reform der Notfallversorgung muss die Krisenhilfe mitdenken. In der Stellungnahme der Regierungskommission und in den Eckpunkten des BMGs sind Ansätze vorhanden. Insofern sollte sich auch das Landesgremium nach § 90a SGB V damit befassen. Durch Beteiligung der Krankenversicherung kann eine Entlastung der kommunalen und Länderverantwortung erfolgen. Die GMK sollte sich entsprechend positionieren. Nur eine niedrigschwellige und qualifizierte Krisenhilfe kann nicht indizierte Wege in die Klinik begrenzen und die Rettungsdienste entlasten.

Bewährt haben sich auch Modelle außerhalb der Sozialpsychiatrischen Dienste. Letztendlich entscheidend sind die regionalen Gegebenheiten und die Sicherstellung durch Kooperation.

- Zum weiteren Auf- und Ausbau wäre als eine Handlungsoption denkbar, dass das Landesförderprogramm „Verankerung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden in Nordrhein-Westfalen“ um ein Förderprogramm für die ambulanten Krisenhilfen zu erweitern wäre. Zu überlegen wäre die Fördersumme befristet zu verdoppeln. Diese können dann fortgeführt werden, wenn es gelingt die weiteren Gelder kommunal und durch die Eingliederungshilfe dazu zu gewinnen. Die anteilige Beteiligung der Eingliederungshilfe sollte in NRW dringend forciert werden. Der Einsatz der Mittel kann in der Verteilung auf GPV-Förderung und Krisenhilfe-Förderung flexibel gehandhabt werden, je nach regionalen Gegebenheiten.

Sofern Krankenkassenmittel zukünftig im Rahmen der Notfallversorgungsform verpflichtend hinzufließen, werden diese integriert. Zugleich sollte aber das Signal an die Krankenkassen erfolgen, dass eine langfristige Finanzierung auch von pauschalen Zuschüssen der Krankenkassen abhängt.

In der vorgesehenen PsychKG Novellierung sollten die Krisenhilfen gesetzlich verankert werden. Die Novellierung 2016 war als zweistufiges Verfahren vorgestellt worden. Novellierungen zu den Hilfestrukturen wurden damals in einer zweiten Stufe angekündigt.

C. Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt der Versorgung – Hilfeplanung und Steuerung muss optimiert werden.

- Die Krankenhausplanung in NRW hat über den Krankenhausplan grundlegende Veränderungen in der Somatik erfahren, die auch bundesweit positive Resonanzen finden. In der psychiatrischen, klinischen Versorgung halten sich die Veränderungen in Grenzen. Vom Bett auf Belegungstage zu wechseln, ist keine Abkehr vom Bett, sondern nur eine Umrechnungssystematik. Ein wesentlicher Fortschritt sind die Qualitätskriterien. Hier ist allerdings aktuell ein nur sehr begrenzter Kriterienkatalog aufgestellt. Aktuell wäre hier dringend eine Kommunikation und eine Arbeitsebene mit den Aufträgen auf Bundesebene herzustellen, um notwendige Weiterentwicklungsbedarfe gemeinsam abzustecken. Die Koppelung mit der Personalbemessung und die Weiterentwicklung der PPP-RL ist hier dringend geboten.

Nicht thematisiert sind die 64b-Modellvorhaben (§ 64b SGB V) im Krankenhausplan, wie es zum Beispiel in Niedersachsen geschehen ist. Hier sind Investitionspauschalen anders zu regeln. Umgekehrt gilt es hier potenzielle Steuerungsmodelle bzw. Planungsmodelle in Richtung Patientenbudgets zu entwickeln. Das wäre dann eine reale Abkehr vom Bett als Planungsgröße. Aktuell wird auf Bundesebene diskutiert, die 64b-Modelle in die Regelversorgung zu überzuführen.

- Bisher hat die Einführung von stationsäquivalenter Behandlung (StäB) nicht zum Abbau von Betten geführt. Dies sollte zukünftig mehr Beachtung finden. Sofern in bestimmten Regionen ein Ausbau von Kapazitäten begründet zu Diskussion steht, sollte dieser in Richtung StäB und Tageskliniken gehen, so war es auch im LPP NRW formuliert. Einschränkend ist anzuführen, dass die bisherigen Regelungen zur StäB im SGB V noch nicht ausreichend flexibel ausgestaltet sind. So sollte eine stärkere Flexibilisierung in der Ausgestaltung ermöglicht werden, perspektivisch auch eine teilstationär äquivalente Behandlung. Eine entsprechende Länderinitiative wäre hier hilfreich.
- Die Bedarfsplanung in der psychotherapeutischen Versorgung liegt nicht in Länderverantwortung. Allerdings bestehen Einflussmöglichkeiten in Bezug auf die im

Koalitionsvertrag der Bundesregierung verankerten Reformen der Bedarfsplanung. Hier gilt es ein besonderes Augenmerk auf die bisher kaum stattfindende Versorgung von schwerer erkrankten Menschen mit ambulanter Psychotherapie zu legen.

- Im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Versorgung sind die Auswirkungen und Umsetzung der KSVPsych-Richtlinie des G-BA in den Blick zu nehmen. Durch die bessere Vergütung von Koordinationsleistungen sind hier mehr Behandlungen bei komplexeren Hilfebedarf zu erwarten. Auch wird der Zugang erleichtert. Inwieweit die additiven, richtlinienorientierten Leistungen, die zeitliche und individuelle Flexibilität ermöglichen, um die Zielgruppe der schwer psychisch erkrankten Menschen umfassend zu erreichen, bleibt abzuwarten. Skepsis besteht gegenüber der fehlenden Flexibilität in den Richtlinien und der Behandlungsintensität. Zudem ist der bisherige Umsetzungsstand noch sehr begrenzt.
- Das Versorgungs- und Entlassmanagement hat durch die bundesgesetzlichen erweiterten Vorgaben und die Vereinbarung von der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) mit den Krankenkassen an Qualität gewonnen. Gleichwohl sind die Abläufe noch nicht etabliert, die Integration der rehabilitativen Zielsetzung und die teilhabeorientierte Behandlung, wie sie der § 43 SGB IX vorschreibt, sind nicht in der Fläche umgesetzt. Das ICF-Konzept bedarf der weiteren Implementierung. Eine Aufnahme dieser Qualitätskriterien in den Krankenhausplan wäre hier hilfreich. Die Empfehlungen des 90a Gremiums sollte damit in Einklang gebracht werden.

Die oben angeführte Fortführung des Psychiatriedialoges hat die Schnittstellen des klinischen und des ambulanten Sektors in der Behandlung mit den Teilhabeleistungen stark im Fokus. Die Ergebnisse sollten in NRW Berücksichtigung finden.

- Eine integrierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegeplanung sicherzustellen ist eine große Herausforderung, hat doch jeder Leistungsbereich eigene Planungsverfahren entwickelt. Das Teilhabeplanverfahren kann zumindest ansatzweise die Pflege integrieren, leider aber oft nicht die Behandlung.
- Gleichwohl ist eine Zusammenführung im Sinne der Betroffenen sinnvoll. Es muss auch hier darum gehen, die Betroffenen mit dem gegliederten System nicht zu überfordern und die Leistungen wie aus einer Hand zu erbringen. Die APK hat hierzu Verfahren vorgelegt. Hier gilt es im Einklang zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern, die bisherigen Verfahren zu erweitern.
- Die Gemeindepsychiatrischen Verbände in NRW haben sich als Qualitätssicherungs- und Kooperationsverbände überwiegend in der Folge des Implementationsprojektes der APK gegründet. Das Förderprogramm des MAGS hat diesen Prozess – wie im LPP NRW empfohlen – aufgegriffen. Mehr als die Hälfte der Kommunen in NRW haben die Förderung in Anspruch genommen. Als Orientierung für die Qualitätssicherung waren die Standards der BAG GPV benannt. Insbesondere die regionale Versorgungsverpflichtung ist hier herauszustellen.

Nicht verankert im Förderprogramm war eine überregionale Beratung und Begleitung, auch um in der qualitativen Umsetzung zu unterstützen. Die Beratungs- und Fortbildungsmittel waren zwar in diese Richtung gedacht, allerdings kaum mit Vorgaben hinterlegt. Die BAG GPV hat hier viele Leistungen erbracht, um Regionen zu unterstützen. Dabei war aber viel unentgeltliches Arbeiten und Engagement gefordert und die Unterstützung war nur begrenzt und nicht ausreichend möglich.

Die vorgegebene Zeit für die Implementation bzw. den Anschub wird nicht ausreichen. Vorgesehen ist eine überregionale Veranstaltung. Schon jetzt sollte überlegt werden, wie eine Weiterfinanzierung zur ermöglichen ist, um Implementationsprozesse nicht auf dem halben Weg abzubrechen und wie die qualitative Steuerungsfunktion gegebenenfalls subsidiär durch das Land sichergestellt werden kann.

In der PsychKG-Novellierung sollten die Gemeindepsychiatrische Verbände gesetzlich verankert werden.

- Im Zusammenhang mit der Fortschreibung in diesem Handlungsfeld wird auch auf die Ergebnisse des ersten Psychiatriedialoges auf Bundesebene verwiesen. Dort waren 13 Handlungsempfehlungen von der APK entwickelt worden u. a. zu den ambulanten Krisenhilfen, ambulanten Komplexeleistungen, der ambulanten medizinischen Rehabilitation, stärkerem Einbezug von Erfahrungswissen der Betroffenen und der Angehörigen, einem Kooperationsgebot, integrierter Planung und der Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe (www.psychiatriedialog.de). Hier bestehen Anknüpfungspunkte zur Landespsychiatrieplanung.

D. Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken – Gesundheitskompetenz in Bildungseinrichtungen ausweiten.

- In Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung wird auf die Ausführungen im vorherigen Abschnitt bei den Erwachsenen hingewiesen. Gleiches gilt für die Krankenhausbehandlung bzw. StäB und 64b-Modellvorhaben. Ohne Kontrahierungszwang wird es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Grund der niedrigeren Betten- und Platzzahl nicht realisierbar sein. Die KSVPsych-RL für Kinder und Jugendliche ist noch in Bearbeitung.
- Gleiches gilt für die integrierte Hilfeplanung. Hier sind zudem die Auswirkung des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes und die aktuellen Ergebnisse der Arbeitsgruppe zur inklusiven Jugendhilfe auf Bundesebene einzubeziehen.
- In Bezug auf die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände ist auf die Erfahrungen aus Baden-Württemberg zu verweisen. Entscheidend ist hier der Grad der Verbindlichkeit in Bezug auf Kooperation und Verantwortung. In den Gemeindepyschiatriischen Verbänden, die in der BAG GPV organisiert sind, wird aktuell der Einbezug bzw. die Einbindung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den GPV stark diskutiert. Zentraler Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie ist, dass hier die Jugendhilfe unbedingt zu berücksichtigen ist.
- In Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe sind die Kooperationsvereinbarung und deren Umsetzung auf regionaler Ebene von enormer Bedeutung und diese sollten flächendeckend bestehen. Die Kooperationstreffen auf Landesebene können hier den notwendigen Erfahrungsaustausch sicherstellen und mögliche Problembereiche diskutieren.
- Die Krisenhilfen sind zwischen Jugendhilfe und Behandlungsangeboten in jeder Region abzustimmen und ihrer Zugänglichkeit niedrigschwellig zu gestalten. Sicherzustellen ist – wenn Behandlungsbedarf zu erkennen ist – der schnelle Zugang von der Krisenhilfe zum Behandlungsangebot.
- Die lebensweltorientierten Präventionsansätze von Projekten wie „Verrückt? Na und!“ oder „Unsere verrückten Familien“ von Irrsinnig Menschlich e.V., die auf

Erfahrungswissen setzen, bedürfen dringend der Finanzierungssicherheit. Neben der kommunalen und der Landesförderung sollten hier die Krankenkassen mehr ihre Mittel hinlenken. Dies gilt es in den Landesgremien zu thematisieren.

E. Seelische Gesundheit älterer Menschen fördern.

- Die obigen Ausführungen zur Krankenhausplanung und psychotherapeutischen Versorgung gelten auch hier. Selbst bei leichter Demenz ist die Wirksamkeit von Psychotherapie nachgewiesen.
- Die in dem Antrag empfohlenen Verzahnung von Demenznetzwerken mit Gemeindep psychiatrischen Verbänden muss mit der Öffnung der Gemeindep psychiatrischen Verbände für die Zielgruppe der älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt verbunden sein. Neben der Demenz sind bei älteren Menschen auch weitere Krankheitsbilder weit verbreitet (u. a. Depression, Sucht, Angsterkrankung, bipolare Störungen).
- Das „Krefelder Modell“ mit der Etablierung von Bezugspersonen und Netzwerkarbeit hat zwischenzeitlich seine projektbezogene Erweiterung auf der Grundlage der Pflegestärkungsgesetze und des Bundesteilhabegesetzes gefunden. Projektträger ist die APK. Eine Modellregion liegt auch in NRW (Gütersloh). Auch die Ergebnisse dieses Projektes sollten in die Fortschreibung des LPP NRW integriert werden.
- Die Schnittstelle zwischen Behandlung und Pflege betrifft nicht nur das Entlassmanagement der Klinik, sondern auch den ambulanten Sektor. Das betrifft die Behandlung in den Pflegeeinrichtungen und die Behandlung in Pflege in der Häuslichkeit. In der Häuslichkeit kommt dem Hausarzt oft eine zentrale Rolle zu. Die Unterstützung der Hausärzteschaft durch Sozialarbeit und Soziotherapie kann hier sehr hilfreich sein, dies gilt aber auch für die Fachärzteschaft. Hier sollten Projekterfahrungen in die Regelversorgung überführt werden (Mainz, Krefeld). Zudem ist der Versorgungsplan im Rahmen der Pflegeberatung immer mit der Behandlungs- und Teilhabeplanung abzustimmen. Die Gemeindep psychiatrischen bzw. Gerontopsychiatrischen Verbände sind der geeignete Ort hier Verfahrensroutinen abzustimmen.

F. Seelische Gesundheit von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, besonderen Problemen, Flucht- und Migrationsgeschichte in den Fokus rücken.

- Der eingeschlagene Weg zu Stärkung der Versorgung dieser hier angeführten besonderen Zielgruppen sollte fortgeführt werden. Allerdings sind diese hier eher konzeptioneller Art. Die Verantwortung für die Verbesserung der Rahmenbedingungen an den Schwachstellen liegt hier überwiegend bei der Bundesebene.
- In Bezug auf die Psychotherapierichtlinien sind Initiativen auf der Bundesebene notwendig. Hier wäre wiederum der Koalitionsvertrag ein Ankerpunkt. Die GMK bzw. die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und die AG Psychiatrie sollten hier ihre Unterstützung signalisieren.
- In Bezug auf die Krankenhausbehandlung sind die besonderen Behandlungsbedarfe in der Weiterentwicklung der PPP-RL zu berücksichtigen. Grundsätzlich sollte hier gelten, dass die besonderen Behandlungsbedarfe nur einmal „attestiert“ bzw. festgestellt werden müssen, und dann über die Leistungsbereichsgrenzen hinweg

Gültigkeit behalten (siehe hierzu auch Handlungsempfehlung im Rahmen des oben angeführten Psychiatriedialogs).

- Auch die Sprachmittlung erfolgt bereits kommunal im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes. Die Schwachstelle ist die Sprachmittlung in der ambulanten Versorgung bei Zuständigkeit SGB V. Auch diese ist wiederum im Koalitionsvertrag aufgeführt und sollte über die GMK angemahnt werden.

G. Menschen mit Suchterkrankungen unterstützen und Prävention von Substanzmissbrauch ausbauen.

- Im Fokus der Aktion Psychisch Kranke stehen hier stark die Schnittstellen und Schnittmengen zwischen der Suchthilfe, der Suchtpsychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie bzw. Sozialpsychiatrie. Die Zusammenführung der Verbundstrukturen ist aus Sicht der APK überfällig.
- Für die Suchtpsychiatrie – die medizinische Versorgung – gelten die obigen Ausführungen zur Krankenhausbehandlung und zum ambulanten Sektor.
- Auch gilt es immer wieder die „Doppeldiagnosen“ zu beachten und Hilfeplanungsstrukturen sind insofern kaum zu trennen.

H. Soziale Teilhabe, Arbeit und seelische Gesundheit sind miteinander verbunden.

- Beim Ausbau der Unabhängigen Teilhabeberatung ist die Trägerschaft durch die Selbsthilfe leider die Ausnahme geworden. Umso wichtiger ist, dass die Beratung durch Erfahrungswissen sichergestellt wird.
- In Bezug auf die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes weisen die Verfahrensberichte der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) daraufhin, dass die Erstellung von Teilhabeplänen und Teilhabekonferenzen keineswegs die Regel sind, Konferenzen sind eher die Ausnahme. Das persönliche Budget ist die absolute Ausnahme. Hier gilt es gemeinsam mit den Landschaftsverbänden, die Instrumente der personenzentrierten Leistungserbringung zu stärken und leichter zugänglich zu machen. Ziel muss sein, die Teilhabeplanverfahren zu vereinfachen und die Bedarfsermittlungsverfahren abgestufter einzusetzen. Auch sollte der Antrag selbst so niedrighschwellig wie nur möglich handhabbar sein. Die Einbeziehung von Leistungserbringern in die Teilhabeplanung insbesondere bei komplexen Hilfebedarfen sollte wieder die Regel werden.
- Die Fortbildung von Jobcenter-Mitarbeitenden ist zwar nicht regelhaft gesichert, aber hier sind weitgehende Fortschritte erzielt worden. Mindeste genauso bedeutsam ist es, für Arbeitssuchende mit psychischen und/oder Suchtproblemen bzw. -erkrankungen einen schnellen Zugang zur Diagnostik bzw. zu psychiatrischen (Krisen-) Hilfen zu ermöglichen. Außensprechstunden von psychotherapeutischen Praxen oder Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) (freiwilliger Zugang) bzw. Krisendiensten wären hier hilfreich.

I. Klimakrise und seelische Gesundheit hängen zusammen.

- Die Auswirkung der Klimakrise auf die seelische Gesundheit zu fokussieren, wird von der APK umfassend unterstützt. Dies beinhaltet die im Antrag angesprochenen Maßnahmen.
- Dazu gehören dann auch Maßnahmen zum Schutz der Patientinnen und Patienten gegen Hitzefolgen in den psychiatrischen Krankenhäusern und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege.

J. Zwang und Gewalt reduzieren.

- Die genannten Maßnahmen im Antrag werden vollumfänglich unterstützt und geben auch die Ergebnisse der oben angeführten Expertenkommission wieder und greifen auch die Ergebnisse des Projektes der BAG GPV zur Zwangsvermeidung in der Psychiatrie (ZVP-Projekt) in Teilen in Kooperation mit der APK wieder.
- In Bezug auf die landeseinheitliche Dokumentation sei darauf hingewiesen, dass aktuell auch im Rahmen der Fortführung des Psychiatriedialoges die Einführungen eines bundesweiten Zwangsmonitorings diskutiert wird, das die erhobenen Daten aus den Ländern zusammenführt.

K. Aktualisierung des Landespsychiatrieplans.

- Laut PsychKG NRW ist der Bedarf der Fortschreibung durch Überprüfung des Landespsychiatrieplans nach 5 Jahren vorgesehen. Aus Sicht der APK sollte, da die Frist schon überschritten ist, zügig der Prozess der Überprüfung und Fortschreibung fortgesetzt werden auf der Grundlage der Fragestellungen:
 - Was ist umgesetzt und mit welchen Auswirkungen?
 - Haben sich die Zielsetzungen und Grundsätze bestätigt?
 - Was ist noch nicht umgesetzt und ist nach wie vor aktuell?
 - Was ist durch veränderte Rahmenbedingungen und Krisenentwicklung an neuen Problemstellungen und Handlungsbedarfen entstanden und gilt es die im LPP NRW 2027 entwickelten Grundsätze und Zielsetzungen zu erweitern?

Bonn, den 14.02.2024