

## Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Nordrhein-Westfalen

Matthias Albers, Joachim Eischeid, Eckhard Gollmer

Nordrhein-Westfalen verabschiedete bereits 1969 das bundesweit erste Gesetz über Schutz und Hilfsmaßnahmen für psychisch Kranke. In diesem Gesetz wurden die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste als Pflichtaufgabe der Gebietskörperschaften festgeschrieben, allerdings noch ohne den Begriff „Sozialpsychiatrischer Dienst“ selbst zu verwenden. 1999 wurde das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) novelliert. Im Gegensatz zu den etwa gleichzeitig entstandenen bzw. novellierten PsychKGs in Rheinland-Pfalz oder Niedersachsen enthält es weder Hinweise zu Standards der Leistungserbringung, Regelungen zur Organisation des Gemeindepsychiatrischen Verbundes noch zur Finanzierung der Psychiatriekoordination. Neben dem PsychKG ist das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 20.11.1997 gesetzliche Grundlage der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste.

In den 54 Gebietskörperschaften Nordrhein-Westfalens gibt es 54 Sozialpsychiatrische Dienste. Sie gehören zur „Unteren Gesundheitsbehörde“, wie das Gesundheitsamt in NRW heute offiziell heißt. Sie werden praktisch ausschließlich aus dem kommunalen Haushalt finanziert. Je nach den örtlichen Rahmenbedingungen sind besetzte Aufgabenfelder und personelle Ausstattung sehr unterschiedlich. Fast überall verfügt der Sozialpsychiatrische Dienst über eigene fachärztliche und sozialarbeiterische Mitarbeiter, in besser ausgestatteten Diensten findet man auch Krankenpflegekräfte, Ergotherapeuten oder Psychologen. Isolierte Experimente, wie die komplette Delegation der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes an einen freien Träger oder die vollständige Integration in allgemeine Stadtteilteams, haben keine Nachahmer gefunden.

Zum Teil im Gegensatz zu den in PsychKG und ÖGDG formulierten Prinzipien ist die tatsächliche Entwicklung der sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen im Land durch die kritische Situation der kommunalen Finanzen und des Landeshaushaltes geprägt. In einer Evaluation des ÖGDG (MAGSFF 2003) konnte dies objektiviert werden: Während in den ersten Jahren der Geltung dieses Gesetzes die innovativen Konzepte wie die kommunale Gesundheitskonferenz, der kommunalen Planungsver-

antwortung und der Gesundheitsberichterstattung zu einem spürbaren Aufbruch im Bereich des ÖGD im allgemeinen, aber auch für den Bereich der Sozialpsychiatrie führten, sind die letzten Jahre dadurch gekennzeichnet, dass unter den Stichworten Haushaltskonsolidierung und Aufgabenkritik an etlichen Orten zukunftsweisende Aktivitäten, für die es keine zwingende gesetzliche Verpflichtung gibt, eingestellt wurden. Personalabbau und Wiederbesetzungssperren sind allgegenwärtig, neue Aufgaben können nur übernommen werden, wenn alte dafür aufgegeben werden.

Nachdem schon vor Jahren das Programm des Landes zur Förderung von Psychiatriekoordinatorstellen (1989 –1998) ausgelaufen ist, leisten sich nur noch wenige Kommunen einen hauptamtlichen Psychiatriekoordinator. In diesen Fällen wurden ihm oder ihr weitere Aufgaben wie die Führung der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz, die Gesundheitsberichterstattung oder die Behindertenkoordination übertragen. An vielen Orten wurde auch die Funktion der Psychiatriekoordination einem Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes übertragen. Im Landesprogramm war favorisiert worden, die Psychiatriekoordination in einer Stabsstelle beim für den Bereich Gesundheit zuständigen Dezernenten anzusiedeln, heute ist die Funktion dagegen meistens im Gesundheits- oder im Sozialamt angesiedelt.

### **Ein Land – zwei Landesteile**

Eine Besonderheit Nordrhein-Westfalens sind die erheblichen psychiatriepolitischen Unterschiede zwischen den Landesteilen Westfalen-Lippe und Rheinland \*. Die Landschaftsverbände Westfalen-Lippe (LWL) und Rheinland (LVR) sind als kommunale Mittelbehörden unter anderem überörtliche Sozialhilfeträger wie auch Träger der psychiatrischen Landeskliniken.

Der LVR übernahm seit 1986 eine aktive Rolle beim Aufbau einer gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rheinland, in dem er bei der Strukturierung seiner Kliniken sich konsequent auf das Sektorprinzip bezog, bis vor kurzem die Einrichtung überregional aufnehmender Spezialstationen ablehnte und bis heute insgesamt 65 „Sozialpsychiatrische Zentren“ (SPZ) freier Träger förderte, die wenigstens die Bausteine „Kontakt- und Beratungsstelle“, ambulant betreutes Wohnen (bis 1.7.2003 im Schlüssel 1:12) und psychosozialer Fachdienst (später Integrationsfachdienst) umfassen. In vielen Fällen gehört auch eine Tagesstätte (im Rheinland eine über Tagessatz vom überörtlichen Sozialhilfeträger finanzierte tagesstrukturierende Maßnahme mit ver-

pflichtender Teilnahme an wenigstens 3 Tagen pro Woche) dazu. Gleichzeitig führte 80er/Anfang der 90 Jahre der LVR sein Enthospitalisierungsprogramm durch, in dem die Langzeitbereiche der Landeskliniken aufgelöst wurden.

Der LWL überließ demgegenüber die Entwicklung außerstationärer Hilfen im Wesentlichen den Städten und Kreisen und den freien Trägern. Die Einrichtung von Angeboten für Tagesstrukturierung, Kontaktfindung und Beratung wie auch ambulant betreuten Wohnens erfolgte dort im Wesentlichen auf kommunale Initiative ohne Beteiligung des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Seit 1993 fördert der LWL allerdings den Aufbau von Tagesstätten für psychisch Behinderte mit dem Ziel, durch ein niedrigschwelliges tagesstrukturierendes Angebot die bestehende Versorgungslücke zwischen ambulanten Beschäftigungsmöglichkeiten und dem allgemeinen bzw. besonderen Arbeitsmarkt zu schließen. Aufgrund aktueller Beschlüsse der politischen Gremien des LWL wird eine Erweiterung der bestehenden Tagesstättenförderung erfolgen. Dies führte durchaus nicht zu einem Rückstand der Entwicklung gegenüber dem Rheinland. Im Rahmen der Modernisierung der Kliniken wurden vom LWL an den Klinikstandorten „Wohnverbände“ eingerichtet, in denen in Eigeneinrichtungen des LWL frühere Langzeitpatienten stationär oder auch ambulant betreut werden. Trotz extrem unterschiedlicher Rahmenbedingungen sind die Unterschiede zwischen zwei benachbarten Gebietskörperschaften im gleichen Landesteil oft größer als von einem Dienst zu dem anderen.

### **Der personenzentrierte Ansatz und die kommunale Psychiatrie**

Beginnend mit dem Landesprojekt NRW zur „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ 2001 bis 2003 intensivierte sich die Diskussion um die kommunale Steuerung psychiatrischer Hilfen über individuelle und regionale Hilfeplanung. Die Erfahrungen aus den Projektregionen, die sich sämtlich auf Initiative der dortigen Psychiatriekoordination bzw. des Sozialpsychiatrischen Dienstes beteiligten, prägten die Diskussionen im Vorfeld des Erlasses über eine Rechtsverordnung des Landes, mit der die Zuständigkeit für die ambulante und stationäre Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII) zusammengeführt werden sollte. In der schließlich zum 1.7.2003 in Kraft getretenen Rechtsverordnung wurde die Zuständigkeit probeweise bis 2010 den überörtlichen Sozialhilfeträgern übergeben. Die beiden Landschaftsverbände gingen bei der Umsetzung ihrer neuen Aufgabe wie gewohnt unterschiedliche Wege. Der LVR entschied sich (nach einem langen und intensiven

Diskussionsprozess) für Hilfeplankonferenzen, ein am IBRP orientiertes personenzentriertes Hilfeplanverfahren und eine Kooperation mit den kommunalen Gebietskörperschaften. Der LWL richtete unilateral so genannte „Clearingstellen“ ein, die den Hilfebedarf feststellen sollen und lehnte personenzentrierte Hilfeplanung ab. Aus dem Implementationsprojekt bereits bestehende Hilfeplankonferenzen konnten zwar weiter arbeiten, von Seiten des LWL gibt es aber bisher keine Bestrebung, dies auszuweiten. Inzwischen hat sich zumindest die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine Berücksichtigung des individuellen Hilfebedarfs unumgänglich ist, so dass ein rudimentäres Hilfeplanungsinstrument eingeführt wurde.

Die Auswirkungen dieses Prozesses auf die Sozialpsychiatrischen Dienste sind komplex und vielschichtig: alte Aufgaben gehen verloren, neue kommen hinzu. Vor 2003 mussten immer wieder Klienten langfristig vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut werden, während sie manchmal über Jahre auf einen Platz im ambulant betreuten Wohnen warteten oder weil die dort verfügbare Betreuungszeit alleine nicht ausreichte. Heute kann das ambulant betreute Wohnen ohne Verzögerung und in bedarfsgerechtem Umfang erbracht werden. Verstärkt tritt dafür die Aufgabe, Wächter der Interessen der in das „Regelsystem“ nicht integrierbaren Klienten zu sein, in den Vordergrund. Je nach dem Umfang, in dem der Sozialpsychiatrische Dienst als kommunaler psychiatrischer Fachdienst mit Vor-Ort-Kompetenz in den Prozess der Hilfeplanung eingebunden ist, kommen sehr zeitintensive Aufgaben bei Vorbereitung und Durchführung der Hilfeplankonferenz auf ihn zu.

### **Die Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW**

In NRW besteht eine sehr lebendige Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste (LAG) als eingetragener Verein seit 1987 ([www.lag-sozialpsychiatrische-dienste-nrw.de](http://www.lag-sozialpsychiatrische-dienste-nrw.de)). Ihr gehören ca. 130 Mitglieder aller Berufsgruppen aus den 54 Kommunen des Landes an. Die Vereinsarbeit wird wesentlich vom erweiterten Vorstand getragen, der sich etwa 6 bis 8 Mal pro Jahr trifft, zwischen den Treffen erfolgt ein intensiver Informationsaustausch über den E-Mail-Verteiler der LAG. Hierdurch ist eine rasche Verbreitung relevanter Informationen, die wechselseitige Beratung zu konkreten Problemen und die zeitnahe Abstimmung gemeinsamer Positionen möglich. So wurde z.B. im letzten Jahr die Koordinatorin des „Stützpunkt Nachsorge“, einer vom Land geförderten Stelle, die die forensische Nachsorge in Einrichtungen

freier Träger unterstützt, eingeladen, um mögliche Kooperationen zu erörtern. Schwerpunkte der Treffen sind die fachliche Diskussion aktueller Themen sowie die inhaltliche Vorbereitung der Jahrestagung. Dem gleichen Ziel dient eine jährlich durchgeführte Klausurtagung des erweiterten Vorstandes mit etwa 20 Teilnehmern. Die Themen orientieren sich an den aktuellen Aufgabenstellungen und fachlichen und politischen Diskussionen der sozialpsychiatrischen Versorgung psychisch Kranker. Die Jahrestagung greift aktuelle, für die praktische Alltagsarbeit der Dienste relevante Themen auf und hat durchschnittlich zwischen 100 bis 120 Teilnehmer.

Tab. 1 Themen der Jahrestagungen der LAG Sozialpsychiatrischer Dienste NRW

1998	Wege zur Qualitätssicherung in sozialpsychiatrischen Diensten
1999	Psychisch Kranke mit besonderen Problemstellungen – Kinder von psychisch Kranken, psychisch kranke Migranten/innen, psychisch kranke Rechtsbrecher, wohnungslose psychisch Kranke
2000	Die Neufassung des Psych-KG-NW vom 17.12.1999
2001	„Ausgrenzen ist leichter“ - die Versorgung Abhängigkeitskranker in Sozialpsychiatrischen Diensten
2002	Individuelle und regionale Hilfeplanung
2003	Sozialpsychiatrische Dienste - professionelles Handeln in der Krise
2004	Jugendliche und junge Erwachsene zwischen Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie
2005	30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete – wo sind die Langzeitpatienten?

Die LAG ist spätestens seit den Anhörungen zur Novellierung des PsychKG und dem Bericht zum Unterbringungsgeschehen\*\* durch ihre fundierten Stellungnahmen ein anerkannter Gesprächspartner der politischen Gremien des Landes.

Weiterhin bestehen sehr gute Kooperationsbeziehungen zu den Arbeitsgemeinschaften der Rheinischen und der Westfälischen Psychiatriekoordinatoren.

### **Ausblick**

Seit 01.07.2003 werden die Mittel der Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII) für ambulante und stationäre betreute Wohnformen von den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen, probeweise und befristet bis 2010, verwaltet (sog. „Hochzonung“), vor allem, um die Kostensteigerungen bei der stationären Eingliederungshilfe, d.h. in erster Linie in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung, zu bremsen. In Hinblick auf die Entwicklung der komplementären Betreuungsformen insgesamt besteht die Befürchtung, dass die Belange der psychisch kranken und such-

kranken Menschen gegenüber denen der zahlenmäßig sehr viel größeren Gruppe geistig behinderter Menschen vernachlässigt werden. Wie sich dies auf die Umsetzung der Prinzipien der Gemeindepsychiatrie und der kommunalen sozialpsychiatrischen Planungsverantwortung auswirkt, muss abgewartet werden.

Unter dem Titel "Selbständiges Wohnen behinderter Menschen - Individuelle Hilfe aus einer Hand" wird das Projekt im Auftrag der Landesregierung durch das Zentrum für Planung und Evaluation (ZPE) der Universität Siegen wissenschaftlich begleitet ([www.ih-nrw.uni-siegen.de](http://www.ih-nrw.uni-siegen.de)). Im November 2005 wurde der Zwischenbericht des ZPE vorgestellt, er kann an der vorgenannten Adresse herunter geladen werden. Im Sommer 2008 will die Landesregierung aufgrund der bis dahin erhobenen Daten entscheiden, ob die Zuständigkeit für die ambulante Eingliederungshilfe mit dem Ziel des selbständigen Wohnens 2010 wieder zu den dafür zuständigen Gebietskörperschaften zurückkehrt oder weiter zentral von Köln und Münster administriert werden soll.

Ein wesentlicher Aspekt ist dabei, ob es gelingen wird, den fachlichen Aspekten einen angemessenen Stellenwert in der Debatte zu erhalten. Während der LVR als Ziel angibt, den Anstieg der Kosten der Eingliederungshilfe zu verlangsamen, erklärt der LWL sie insgesamt senken zu wollen.

Während der Prozess der „Hochzonung“ unter dem Slogan „alle Hilfen aus einer Hand“ propagiert wurde, hat sich tatsächlich die Zahl der potentiell zu berücksichtigenden Kostenträger erhöht:

- Eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts NRW in Münster vom 12.9.2003 hat die Zuständigkeit für unter 21 jährige Menschen mit seelischer Behinderung bzw. unter 27 jährige, sofern schon vor dem 21. Lebensjahr Hilfen nach 35a SGB VIII (Jugendhilfe) geleistet wurden, vom überörtlichen Sozialhilfeträger auf den Jugendhilfeträger übertragen.
- im Gefolge der Arbeitsmarktreformen im SGB II können jetzt für ambulante Eingliederungshilfemaßnahmen mit dem Ziel der Beschäftigung und Tagesstrukturierung sowohl die ARGE (oder die Optionskommune) gem. §16 Abs. 2 SGB II (bei Erwerbsfähigen) wie der örtliche Sozialhilfeträger gem. § 11 SGB XII (bei vorübergehend oder dauerhaft erwerbsunfähigen Menschen) zuständig sein.

Entscheidungen und Prozesse, die auf den ersten Blick als Entkommunalisierung erscheinen mögen, haben zu einem extrem gesteigerten Bedarf nach kommunaler Steuerung geführt. Wo Sozialpsychiatrische Dienste nicht vorschnell (kl)ein gespart wurden, kommt ihnen jetzt eine zentrale Rolle im Schnittstellenmanagement der Kostenträger und bei der fachlichen Beratung der kommunalen Ämter wie ARGE, Sozialamt oder Jugendamt zu.

Positiv ist in jedem Fall, dass es nunmehr für alle Beteiligten absolut unmöglich geworden ist, die Probleme zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie oder das Thema Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen zu übersehen.

Hilfen für psychisch kranke, für suchtkranke und für wohnungslose Menschen müssen besser miteinander vernetzt werden. Die Erfahrung aus den Hilfeplankonferenzen zeigt, dass integrierte Hilfeplanung, da wo sie inhaltlich ernst genommen wird, diesen Prozess nachdrücklich vorantreibt.

Eine spezielle Herausforderung für die Sozialpsychiatrischen Dienste stellt die vom Land NRW unter dem Begriff „Neues kommunales Finanzmanagement“ beschlossene Umstellung von den bisher in der Verwaltung üblichen Haushaltsstellen auf mit Gewinn- und Verlustrechnung hinterlegte „Produkte“ dar. Es gilt, für die niederschwellige aufsuchende Arbeit mit denjenigen Klienten, die in kein nach Einzelleistung, Fachleistungsstunde oder auch nur Terminplan organisiertes „Regelsystem“ integrierbar sind, realistische Produktbeschreibungen und aussagekräftige Kennzahlen zu entwickeln.

Weitere Schwerpunkte der fachlichen und politischen Diskussion im Land NRW sind die Verbesserung der Verhältnisse in den überfüllten forensischen Kliniken durch Ausbau neuer Standorte und die Entwicklung tragfähiger Nachsorgekonzepte mit Unterstützung leistungsfähiger forensischer Ambulanzen sowie, wie schon wiederholt angedeutet, die zukünftige Entwicklung der Landschaftsverbände (u. a. überörtliche Sozialhilfeträger) im Zuge der Verwaltungsreform.

\* Auf der Basis einer landesweiten Erhebung durch die Landesregierung liegt eine relativ aktuelle Darstellung der Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen vor. (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW (Hg.) (2003): Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage 10 der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN-Landtagsfraktion. Düsseldorf)

\*\* Der Bericht „Kommunale Berichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten der Nutzung im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Qualitätsmanagements“ (Zentrum für Planung und Evaluation, Universität Siegen, November 2003) wurde im Auftrage des Landesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales erstellt und Anfang 2006 veröffentlicht. Er kann von <http://www.mags.nrw.de/pdf/startseite/psychiatrische-unterbringungen.pdf> herunter geladen werden.

Anschrift für die Verfasser

Dr. Matthias Albers  
Kreis Mettmann  
Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischer Dienst  
Postfach  
40806 Mettmann

[matthias.albers@kreis-mettmann.de](mailto:matthias.albers@kreis-mettmann.de)

2006