



Gesundheitsberichte Band 13

Kommunale Psychiatrieplanung in Münster (3)

Bericht über den Umsetzungsstand der Empfehlungen aus dem Handlungs-
programm zur Weiterentwicklung der kommunalen psychosozialen Versorgung
und der Integration von psychisch kranken Menschen in Münster

Inhalt

1	Einleitung		
1.1	Methodisches Vorgehen		
1.2	Grundlagen - aktuelle Entwicklung		
1.2.1	Änderung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	2.1.2	Zu der Handlungsempfehlung Krisennotdienst und psychiatrische Notfallversorgung
1.2.2	Forschungsprojekt Unterbringungen	2.1.3	Aktuelle Überlegungen zur Weiterentwicklung der Organisation des Krisennotdienstes
1.2.3	Aktuelle Entwicklung bei den Gesetzlichen Grundlagen	2.2	Zu den Handlungsvorschlägen Beratung und Kontakt
1.2.3.4	Neuregelung im Betreuungsrecht	2.2.1	Zur Umsetzung der Handlungsbedarfe
1.2.3.5	Forensische Versorgung und Maßregelvollzugsgesetz	2.2.1.1	Ressourcen in den Beratungsstellen
1.2.3.6	Entwicklungen in der Stadt Münster	2.2.1.2	Individuelle Hilfeplanung
1.2.3.7	Förderung für psychisch Kranke und Suchtkranke durch das Gesundheitsamt im Haushaltsjahr 2005	2.2.1.1.1	Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten für psychiatrisch erkrankte, geistig behinderte Menschen
1.2.4	Zu den Handlungsempfehlungen, die sich aus den Grundlagen ergeben	2.3	Ambulante psychiatrische Pflege
2.	Zu den Handlungsempfehlungen in den aktuellen Handlungsfeldern der kommunalen Psychiatrieplanung	2.4	Ambulante Sozialtherapie
2.1	Kriseninterventionen	2.5.1	Betreutes Wohnen - ambulante und stationäre Einrichtungen
2.1.1	Auswertung der Krisennotdienstokumentation des Jahres 2005	2.5.2	Ausführungsverordnung BSHG, Begründung, Abschnitt B, besonderer Teil
		2.5.3	Folgen dieser landesrechtlichen Regelungen für die Strukturen in der Stadt Münster
		2.5.4	Hilfen zum selbständigen Wohnen in der Stadt Münster vor der Zuständigkeitsveränderung (30.06.2003) (ZPE der Universität Siegen)
		2.5.5	Zu den zusammenfassenden Handlungsvorschlägen Betreutes Wohnen:

2 **Bericht zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen aus dem Handlungsprogramm zur Weiterentwicklung der kommunalen psychosozialen Versorgung und der Integration von psychisch kranken Menschen in Münster**

2.7 Zu den Übergangshäusern zur medizinischen Rehabilitation

2.8 Zu den Handlungsvorschlägen
Tagesstrukturierung, Beschäftigung,
Arbeit

2.8.1 Errichtung einer weiteren
Tagesstätte

2.8.2 Organisationseinheit
Ergotherapie der WKM, Alexianer-Werkstätten Münster und
ISM Industrieservice Münster,
HfR-Gemeinnützige GmbH
Rümpelfix und Zuverdienstfirma

2.8.3 Beratungsstellen-
psychosozialer Fachdienst für
schwer behinderte Beschäftigte
(PSFD) (örtliche Fürsorgestelle)
und beruflicher Integrations-
fachdienst (IFD)

Zum Stand der Umsetzung der
zusammenfassenden Hand-
lungsvorschläge:

**3. Handlungsempfehlungen aus
weiteren Perspektiven**

3.2 Psychiatrische Krankenhäuser

3.2.1 Westfälische Klinik Münster
(WKM)

3.2.2 Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
des UKM

3.2.3 Alexianer-Krankenhaus
Münster gGmbH

3.2.4 Zu den Handlungsansätzen aus
Sicht der psychiatrischen Kran-
kenhäuser

3.4 Handlungsvorschläge im Zusammen-
hang mit dem Forschungsprojekt
Unterbringungen

1. Einleitung

Mit dem Beschluss zur Vorlage 176/2003-Dezernat V hatte der Rat der Stadt Münster am 11.06.2003 das Handlungsprogramm zur Weiterentwicklung der kommunalen psychosozialen Versorgung und der Integration von psychisch kranken Menschen in Münster zur Kenntnis genommen und die Verwaltung unter anderem damit beauftragt, zum Jahresende 2005 einen Bericht über den Umsetzungsstand der Empfehlungen vorzulegen.

Dieser Bericht wird hiermit vorgelegt.

Die Handlungsempfehlungen des Handlungsprogramms waren aus den Grundlagen (Vorkommen psychischer Krankheiten in der Bevölkerung, Entwicklung der psychiatrischen Versorgung, gesetzliche Grundlagen, Ausgangslage und Planungsstrukturen in Münster) und aus den aktuellen Handlungsfeldern der kommunalen Psychiatrieplanung entwickelt worden. Hierzu wird auf die entsprechenden Kapitel des Handlungsprogramms verwiesen. Aus Gründen der Lesbarkeit und Verständlichkeit werden die Handlungsansätze aus den einzelnen Kapiteln (vgl. Abschnitt 4, Zusammenstellung der Handlungsansätze) den einzelnen Abschnitten dieses Berichtes vorangestellt.

Gegenstand dieses Berichtes sind damit zunächst grundsätzlich alle Handlungsempfehlungen und Handlungsansätze, wie sie im Abschnitt 4. (Seite 84 ff) des Handlungsprogramms aufgeführt sind. Andererseits kann und muss das Handlungsprogramm jetzt nicht in allen Teilen neu geschrieben werden, vielmehr sind der aktuelle Stand der Umsetzung der Handlungsempfehlungen zu beschreiben und die Akzente entsprechend dem aktuellen Entwicklungsstand zu setzen.

Aus Sicht der Stadtverwaltung und der kommunalen Psychiatriekoordination liegt ein Schwerpunkt des Berichtes auf dem Bereich Betreutes Wohnen (Eingliederungshilfe für psychisch und suchtkranke Menschen). Dort hat die Rechtsverordnung des Landes über die Zuständigkeitsverlagerung für die ambulanten Eingliederungshilfen zum Wohnen auf den Landschaftsverband (2003) vielfältige Änderungen nach sich gezogen,

die noch weiterhin in der Entwicklung begriffen sind.

1.1 Methodisches Vorgehen

Auch dieser Bericht über den Umsetzungsstand der Empfehlungen wurde in Kooperation mit den Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Versorgung in Münster, die im Arbeitskreis Psychiatrie und seinen Arbeitsgruppen zusammenarbeiten, von der kommunalen Psychiatriekoordination erstellt. Die dem Handlungsprogramm zugrunde liegenden Themen und Fragen zu den Bereichen Beratung und Kontakt, Krisenintervention, Betreutes Wohnen, ambulante und stationäre Einrichtungsformen, Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Arbeit – berufliche Rehabilitation und psychiatrische Behandlung in Krankenhäusern wurden aktualisiert und den verschiedenen Beteiligten und Mitgliedern des Arbeitskreises Psychiatrie ab Ende 2004 zur weiteren Bearbeitung übermittelt. In den Sitzungen des Arbeitskreises Psychiatrie und seinen Arbeitsgruppen wurden die verschiedenen Aspekte der Handlungsaufträge an die Verwaltung im Einzelnen erörtert und die Ergebnisse dieser Diskussionen und Stellungnahmen vom Psychiatriekoordinator zu diesem Bericht zusammengefasst.

1.2 Grundlagen - aktuelle Entwicklung

Handlungsempfehlungen, die sich aus den Grundlagen ergeben (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 1, November 2002)

- Psychische Krankheiten sind häufig. Bis zu 25% der Bevölkerung erleiden im Laufe eines Jahres psychische Störungen. In Münster muss jährlich mit ca. 16 500 behandlungsbedürftigen psychisch erkrankten Mitbürgern gerechnet werden (ca. 6% der Bevölkerung). Die Verantwortung der Kommune für ihre psychisch kranken Mitbürger ist in verschiedenen Landesgesetzen und Teilen der Sozialgesetzbücher begründet. Dieser Verantwortung müssen Rat, Verwaltung und Bürger der Stadt fortlaufend gerecht werden.
- Die wissenschaftliche Psychiatrie hat die gesundheitspolitische Entwicklung mit dem sog. Paradigmen-Wandel (hin zu komplementären Strukturen: Psychisch Kranke leben –ggf. mit Unterstützung - in der Stadt, und nicht mehr in den Langzeitbereichen psychiatrischer Kliniken oder Heime!) möglich gemacht. Diese Entwicklung hin zur ambulant aufsuchenden Beratung und Betreuung zu Hause muss durch entsprechende Maßnahmen in der Stadt dauerhaft gefördert und unterstützt werden.
- Wie in der allgemeinen (somatischen) gesundheitlichen Versorgung muss das Prinzip der Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich erkrankten Menschen fortlaufend verwirklicht werden: Daraus ergibt sich die Verpflichtung zur umfassenden und bedarfsgerechten Versorgung psychisch Kranker im Sinne der Pflichtversorgung:
Jeder Bürger der Stadt hat das Recht auf eine den anerkannten Regeln und Maßstäben entsprechende sozialpsychiatrische Versorgung und Betreuung.
- Im Rahmen der vielfältigen Konkurrenzen von Patientengruppen und Sachgebieten um Ressourcen- und Budgetanteile auf allen Ebenen der Sozial- und Gesundheitspolitik muss die Gruppe der psychisch Kranken bei der Durchsetzung ihrer berechtigten Interessen unterstützt und gestärkt werden.
- Hierbei sind die – für psychisch kranke Menschen nicht in jeder Hinsicht günstigen Gegebenheiten des gegliederten Sozialleistungssystems zu berücksichtigen. Diese Patienten sollten nicht darunter leiden müssen, dass sie oftmals selbst ihre berechtigten Ansprüche auf Hilfen und Betreuung – aus Gründen der Erkrankung – nicht artikulieren und durchsetzen können. Daher muss die Organisation der individuellen Versorgung durch individuelle Hilfeplanung, Case-Management und Funktionen der kommunalen Psychiatriekoordination sichergestellt werden.
- Grundlage der kommunalen Psychiatriekoordination muss die regelmäßig fortgeschriebene sozialpsychiatrische Gesundheitsberichterstattung sein, wie sie mit dem Bericht zu den Zukunftsaspekten der psychiatrischen Krankenversorgung bis zum Jahr 2000: Grundlagen der kommunalen Psychiatrieplanung in Münster [2] und diesen Handlungsempfehlungen in ersten Ansätzen entwickelt wurde. Die methodischen Ansätze müssen dafür konsequent weiterentwickelt und optimiert werden. Die Broschüre „Hilfen für psychisch Kranke – Wegweiser zu Angeboten und Einrichtungen in Münster“ muss zeitnah aktualisiert und neu aufgelegt werden. Für die Aufgaben der Berichterstattung und Information müssen der kommunalen Psychiatriekoordination ausreichende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

- *Auf der strukturellen Ebene ist der gemeindepsychiatrische Verbund in Münster, wie er sich in der seit mehr als 10 Jahren bewährten Zusammenarbeit im Arbeitskreis Psychiatrie darstellt, weiterzuentwickeln. Hier bedarf es u. a. der Verbesserung des Austausches und der Kooperation zwischen den Leistungsträgern (z. B. Krankenkassen, überörtlicher und örtlicher Sozialhilfeträger), den gutachtlich Tätigen (z.B. MDK) und den Leistungserbringern/Trägern mit dem Ziel, die Versorgung aller psychisch kranken Menschen in Münster sicherzustellen (im Sinne der Versorgungsverpflichtung). Voraussetzung dafür sind die grundsätzliche Verfügbarkeit von Hilfsfunktionen für alle Bürger, besonders für diejenigen, die am wenigsten in der Lage sind, Hilfeangebote aufzusuchen und anzunehmen. Zu den weiteren Arbeitsprinzipien im gemeindepsychiatrischen Verbund gehören neben den vorstehend schon erwähnten noch die Bedarfs- und Bedürfnisorientierung auch in Hinblick auf Unterstützung der Selbsthilfe und Angehörigenarbeit, die Niedrigschwelligkeit der Angebote und die Multiprofessionalität der Teamarbeit. Deren Qualität muss durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung und Supervision der Mitarbeiter gesichert werden.*

1.2.1 Änderung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Die Entwicklung vor allem der komplementären psychiatrischen Versorgung in den Kommunen wurde seit dem 01.07.2003, also unmittelbar nach dem Ratsbeschluss zur Vorlage (176/2003 Dezernat V), wesentlich beeinflusst durch die Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) vom 20.06.2003, mit der die sachliche Zuständigkeit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe – den Landschaftsverbänden – für alle Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen mit einer geistigen Behinderung, mit einer seelischen Behinderung oder Stö-

rung, für Anfallsranke und Suchtkranke, die mit dem Ziel geleistet werden sollen, selbständiges Wohnen zu ermöglichen oder zu sichern, übertragen wurde. Damit wurde den Landschaftsverbänden neben der sachlichen Zuständigkeit für Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII in einer teilstationären oder stationären Einrichtung auch diejenige für die ambulanten Eingliederungshilfeleistungen und (§ 2 (4)) auch die Zuständigkeit für die Planungsverantwortung und die Ermittlung des Bedarfes für die ambulanten Eingliederungshilfeleistungen übertragen. Die hierdurch ausgelösten Entwicklungen bestimmten ganz wesentlich die Arbeit der Verwaltung im Hinblick auf die Umsetzung der verschiedenen Handlungsaufträge des Handlungsprogramms.

Nach dieser Verordnung wurde die Zuständigkeit für alle Leistungen der Eingliederungshilfe (sowohl im stationären, teilstationären als auch im ambulanten Bereich) für den Zeitraum vom 01.07.2003 bis zum 30.06.2010 den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe (Landschaftsverbänden) befristet übertragen und zugleich eine wissenschaftliche Begleitung durch das vom Gesundheitsministerium beauftragte Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen begonnen. Die Auswertung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und der Bewertung durch die kommunalen Spitzenverbände und die Landschaftsverbände soll bis spätestens 30. Juni 2008 abgeschlossen sein, um in den dann verbleibenden 2 Jahren als Entscheidungsgrundlage für eine zukünftige endgültige politische Regelung der Zuständigkeit für die Zeit ab 01.07.2010 zu dienen. Die Stadt Münster hat sich auf Initiative ihrer Psychiatriekoordination hin als so genannte Modellregion/Vertiefungs-region für den Prozess der vom Land NRW durchgeführten Begleitforschung zur Verfügung gestellt. Seit dem 01.07.2003 ist daher das Forschungsinstitut ZPE in vielfältiger Weise an den konkreten Arbeitsprozessen der kommunalen Psychiatriekoordination wie auch der kommunalen Behindertenhilfe-Koordination beteiligt und hat in Kooperation mit den Mitarbeitern der Stadtverwaltung verschiedene Materialien im Zuge der Bearbeitung der ihm gestellten Forschungsaufgaben erarbeitet.

Im Zuge dieser Forschungsarbeiten hat das Forschungsinstitut ZPE im Januar 2005 den Bericht „Hilfen zum selbständigen Wohnen in der Stadt Münster vor der Zuständigkeitsveränderung (30.06.2003)“ vorgelegt, der in intensiver Zusammenarbeit mit der Verwaltung und hier insbesondere der Behinderten- und Psychiatriekoordination erarbeitet wurde. Darin heißt es unter anderem (Seite 5, 2 Strukturen der Planung): „Dass die Stadt Münster grundsätzlich sehr an aktuellen und innovativen fachlichen Impulsen zur Weiterentwicklung von Hilfeangeboten für Menschen mit Behinderungen in Münster interessiert ist, zeigen die Beteiligung als Forschungs- bzw. Modellregion in verschiedenen Forschungsprojekten und die vielfältigen Kooperationsbeziehungen mit Hochschulen. Zahlreiche Mitarbeiter/innen der Sozialverwaltung sind in überörtlichen Gremien engagiert.“

Da dieser Bericht insbesondere auf die Handlungsfelder Betreutes Wohnen – ambulante und stationäre Einrichtungsformen – sowie kommunale Psychiatrie- und Behindertenplanung und –koordination Bezug nimmt, stellt er inhaltlich quasi eine Fortschreibung des Handlungsprogramms insbesondere zu diesen Themenfeldern dar, ergänzt um den besonderen Aspekt einer externen Bewertung und Darstellung im landesweiten Vergleich, eben durch die Mitarbeiter des Forschungsprojektes des ZPE der Universität Siegen.

Daher wird im hier vorgelegten Bericht über den Umsetzungsstand der Empfehlungen an den entsprechenden Stellen auf diesen Bericht „Hilfen zum selbständigen Wohnen...“ des ZPE hingewiesen werden.

1.2.2 Forschungsprojekt Unterbringungen

Am 04.01.2006 legte der Gesundheitsminister des Landes NRW Karl Josef Laumann die Studie des ZPE der Universität Siegen über psychiatrische Unterbringungen vor, die bereits im Handlungsprogramm (November 2002, Kapitel 3.4 Forschungsprojekt Unterbringungen, Seite 75 ff) vorgestellt worden war. Auch bei diesem Forschungsprojekt waren die Stadt Münster und ihre psychiatrischen Einrichtungen Modellregion und Gegenstand intensiver Untersuchungen, die mit Unterstützung des Arbeitskreises Psychiatrie und der kommunalen Psychiatriekoordination durchgeführt worden waren.

Der 440-seitige Abschlussbericht zum Forschungsprojekt mit dem Titel: „Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten ihrer Nutzung“ enthält auch zahlreiche Einzelinformationen zur psychiatrischen Versorgungssituation und Krisen- und Notfallversorgung in der Stadt Münster. Auch auf ihn wird daher an gegebener Stelle verwiesen. Der Bericht kann über die Internetseite des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW bezogen werden.

Bereits diese methodischen Hinweise machen deutlich, wie umfassend und vielfältig auch die kommunalen Aktivitäten zur sozialpsychiatrischen Versorgung und zur Psychiatriekoordination sich entwickeln, und unterstreichen daher die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer regelmäßigen kommunalen Gesundheitsberichterstattung zu diesem Versorgungsbereich.

1.2.3 Aktuelle Entwicklung bei den Gesetzlichen Grundlagen

1.2.3.1 Hinsichtlich der unmittelbaren gesetzlichen Grundlagen für die Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW vom 17.12.1999) und für die Aufgaben des kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienstes (§16) und die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung (§23) in kommunaler Trägerschaft und Verantwortung haben sich seit dem Sommer 2003 keine Neuregelungen ergeben. Die entsprechenden Abschnitte des Handlungsprogramms (1.3.1 und 1.3.2, Seite 9 f) behalten insoweit ihre Gültigkeit.

1.2.3.2 Neu in Kraft getreten sind demgegenüber die Sozialgesetzbücher II und XII (so genannte Hartz IV Gesetze), die insbesondere das bis dahin jahrzehntelang gültig gewesene BSHG ablösen und zum Teil zu grundlegend anderen Regelungen für die Leistungsempfänger und für die sie betreuenden Verwaltungen geführt haben. Obwohl also im Wirkungsbereich dieser gesetzlichen Grundlagen gravierende Änderungen der Voraussetzungen für die Leistungsbezieher einer- und hinsichtlich der entsprechenden Verwaltungsorganisation und Zuständigkeiten (Arge – Arbeitsgemeinschaft...) andererseits eingetreten sind, so ist doch bei der in

2005 aus Anlass der Fortschreibung des Handlungsprogramms erfolgten schriftlichen Abfrage der Erfahrungen der unmittelbar in der psychiatrischen Versorgung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Einrichtungen und Organisationen kein grundsätzlicher Wandel hinsichtlich der Lebens- und Betreuungssituation der betroffenen psychisch kranken Menschen benannt worden. Andererseits werden aus anderen Kommunen des Landes Veränderungen hinsichtlich der Beratungsaufgaben und –Strukturen für arbeitslose Menschen mit Vermittlungshemmnissen aus dem psychiatrischen Störungsbereich berichtet, so dass diese Entwicklungen von der kommunalen Psychiatriekoordination und dem Sozialpsychiatrischen Dienst auch zukünftig aufmerksam beobachtet und analysiert werden.

1.2.3.4 Neuregelung im Betreuungsrecht

Die seit dem 01.07.2005 geltenden Änderungen im Betreuungsrecht (BGB) haben dagegen aus der Perspektive der psychisch kranken und suchtkranken Menschen und der in diesem Versorgungsbereich tätigen Fachkräfte zum Teil zu erheblichen negativen Auswirkungen geführt. Durch die Verminderung der individuellen Betreuungszeiten für die psychisch kranken Betroffenen durch ihre gesetzlichen Betreuer infolge der neuen restriktiven Vergütungsregelungen hat sich in vielen Einzelfällen der Charakter der gesetzlichen Betreuung weg von einer individuellen Hilfe, Unterstützung und Anleitung hin zu bürokratisch-verwaltungsmäßiger Handhabung verändert und nicht zuletzt hierdurch auch offensichtlich zu einer Lastenverschiebung weg von den Kassen der Justizbehörden der Länder hin zu den kommunalen Haushalten geführt. So wurden Anträge auf Eingliederungshilfen zum Wohnen an die Clearingstelle des Landschaftsverbandes seit der 2. Jahreshälfte 2005 ausdrücklich mit dem Umstand begründet, dass den gesetzlichen Betreuern im Einzelfall weniger Zeit für ihre Betroffenen zur Verfügung stünde und daher zusätzliche Eingliederungshilfen zum Wohnen beantragt werden müssten. Diese negativen Entwicklungen betreffen naturgemäß insbesondere diejenigen chronisch psychisch kranken Menschen, die aufgrund der Art ihrer Symptomatik auf überdauernde und intensive

persönliche Hilfen und Unterstützung angewiesen sind.

Eine weitere ungünstige Entwicklung bei den gesetzlichen Betreuungen, die ja die früheren gesetzlichen Vormundschaften und Pflegschaften abgelöst haben, ist darin zu erkennen, dass gesetzliche Betreuungen in zunehmendem Maße wegen angeblich fehlender Mitwirkungsbereitschaft und/oder –fähigkeit der Betroffenen nicht mehr verlängert oder gar nicht erst eingerichtet werden, weil die zu betreuenden psychisch kranken Menschen angeblich „nicht betreuungsfähig“ seien. Diese höchst bedenkliche Entwicklung, die, soweit erkennbar, in erster Linie durch die Spruchpraxis einiger Obergerichte, und durch die ausgeprägten Bemühungen der Justizverwaltungen zur Kosteneinsparung sich ergeben hat, ist im Hinblick auf psychisch kranke Menschen besonders kritisch und sorgenvoll zu beurteilen. Durch derartige juristische Einschätzungen und ein derartiges Vorgehen wird der eigentliche Sinn der gesetzlichen Regelung der Betreuungen, nämlich durch eine verantwortlich handelnde Person (den gesetzlichen Betreuer) die krankheitsbedingt zeitweise vorübergehend oder auch dauernd eingeschränkte oder aufgehobene Fähigkeit des Betroffenen zu vernunftgemäßem Handeln und planvoller Übersicht als Grundlage seiner Entscheidungen zu ergänzen oder zu ersetzen, bereits im Vorfeld verunmöglicht und so die eigentlichen Absicht des Gesetzes, bei fehlenden individuellen Voraussetzungen diese durch das verantwortungsvolle Entscheiden und Handeln eines gesetzlichen Betreuers für den Betroffenen zu ersetzen, aus finanziellen und möglicherweise auch Bequemlichkeitsgründen konterkariert wird. Der in diesen Fällen oftmals vorschnell und als die Tatsachen verkürzend zu bewertende Verweis auf das PsychKG und seine einschlägigen Regelungen zur Unterbringung und Behandlung während der Unterbringungen hilft diesen Missständen nicht ab, unter anderem deshalb, da bei richterlichen Entscheidungen auf der Grundlage des PsychKG Gefährdungstatbestände für den Betroffenen selbst und Dritte sehr viel mehr als das eigene Wohl des Betroffenen im positiven Sinne (Betreuungsrecht) im Vordergrund stehen. Auf spezielle Aspekte hinsichtlich des Unterbringungsgeschehens in Münster in diesem Zusammenhang wird

weiter unten in dem entsprechenden Abschnitt (3.4) eingegangen.

Unter Berücksichtigung aller vorstehend mitgeteilten Entwicklungen gelten die wesentlichen Aussagen des Handlungsprogramms zu den gesetzlichen Grundlagen, wie sie dort im Abschnitt „Fazit“ (Seite 13) formuliert wurden, unverändert fort, insbesondere in dem Sinne, dass durch die noch weiterhin bestehende und im jedem Einzelfall wirksam werdende aufgesplitterte Zuständigkeit der verschiedenen Kosten-träger im Sozial- und Gesundheitswesen erhebliche ideelle und materielle Reibungsverluste bei der Behandlung, Pflege, Betreuung und Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen entstehen und nur durch eine aktive kommunale Koordination der verschiedenen Leistungsbereiche mit dem übergeordneten Ziel der Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Erkrankten überwunden werden können.

1.2.3.5 Forensische Versorgung und Maßregelvollzugsgesetz

Hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen haben sich seit dem Sommer 2003 keine Neuerungen ergeben. Die nach der Neubildung der Landesregierung eingetretenen Verzögerungen bei den weiteren Planungsschritten zur Errichtung einer forensischen Klinik durch das Alexianer-Krankenhaus Münster gGmbH erscheinen nach der Wiederaufnahme der Gespräche zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Krankenhaussträger seit Jahresbeginn 2006 überwunden. Soweit zu erkennen, beabsichtigt die neue Landesregierung jedoch Einsparungen hinsichtlich der Bau- und Betriebskosten der neuen forensischen Einrichtungen.

Für die Einzelfallarbeit mit ehemals forensisch-psychiatrisch untergebrachten und betreuten Menschen ergibt sich ein wachsender Trend dahingehend, dass diese Menschen – in der Regel ohne spezifische forensische Nachsorge – in Einrichtungen der Obdachlosen- und Wohnungslosenhilfe in Münster (hier in erster Linie im Haus der Wohnungslosenhilfe und in der Notschlafstelle im HUK-Gebäude) auftauchen und dort aufgrund der unzureichenden forensisch-psychiatrischen Nachsorge oftmals

erhebliche Betreuungsprobleme bereiten. Auch dieser Aspekt wird in den entsprechenden Abschnitten dieses Berichtes noch aufgegriffen.

1.2.3.6 Entwicklungen in der Stadt Münster

Die wesentlichen neuen Entwicklungen in der Stadt Münster seit dem Sommer 2003 sind in den vorstehenden Abschnitten bereits angesprochen worden und sollen hier nur stichwortartig und mit dem Verweis auf weitere Einzelheiten in den nachfolgenden Abschnitten noch einmal aufgeführt werden:

- Zuständigkeitsänderung für die ambulante Eingliederungshilfe zum Wohnen durch Landesverordnung ab dem 01.07.2003, mit Einrichtung eines Clearingverfahrens des Landschaftsverbandes mit kommunaler Unterstützung und Beteiligung,
- Vorbereitung einer örtlichen Zielvereinbarung zwischen der Stadt Münster und dem Landschaftsverband durch die Behinderten- und Psychiatriekoordination und die entsprechenden Gremien des LWL infolge der Zuständigkeitsänderung
- Intensive Beteiligung der Stadt Münster, der Regionalkonferenz für behinderte Menschen und des Arbeitskreises Psychiatrie an dem vom Landesgesundheitsministerium veranlassten universitären Forschungsprojekt über die Auswirkungen und Folgen dieser so genannten Hochzoning (Forschungsprojekt IH-NRW „selbstständiges Wohnen behinderter Menschen – individuelle Hilfe aus einer Hand“ des ZPE der Universität Siegen)
- Neuregelung der Sozialhilfe und der Arbeitslosenhilfe durch die so genannten Hartz IV Gesetze (SGB II, SGB XII) und Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft in Münster
- Novellierungen der Regelungen für gesetzliche Betreuungen (BGB)

In der Diskussion zur Vorbereitung dieses Berichtes im Arbeitskreis Psychiatrie (08.03.2005) wurde zunächst herausgearbeitet, dass aufgrund der Entwicklung der vergangenen 2 Jahre der Schwerpunkt des kommunalen (städtischen) Engage-

ments im Bereich der niederschwelligen, für die Betroffenen voraussetzungslos erreichbaren Hilfen, Beratungs- und Behandlungsansätzen liegen muss. Dies betrifft insbesondere Familien mit einem psychisch kranken Familienmitglied, psychisch kranke Kinder und Jugendliche, psychisch und suchtkranke Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen und Lebensproblemen (z. B. Wohnungslosigkeit), und geronto-psychiatrische Patienten. Ein besonderer Akzent ist auf Prävention und Hilfen in Krisensituationen zu legen. Die bestehenden Angebote und Dienste der freien Träger und der Stadt (psychosoziales Zentrum, Trockendock, Sozialpsychiatrischer Dienst) müssen in die Lage versetzt werden, die wachsenden Aufgaben der Integration, Beratung und Betreuung all derjenigen psychisch kranken Menschen und ihrer Angehörigen und Bezugspersonen in ausreichender Form zu leisten, die aufgrund der Folgen ihrer psychischen Erkrankungen nicht, noch nicht oder nicht mehr durch die einzelfallfinanzierten Hilfen und Behandlungsangebote erreicht werden. Dieser „Basis-Sektor“ der Versorgung für alle diejenigen, die nicht von selbst regelmäßig zur ärztlichen Behandlung in einer Praxis oder in einer Klinik kommen, die sich nicht auf Rehabilitation oder Betreutes Wohnen einlassen wollen oder können, gewinnt auch gerade vor dem Hintergrund der so genannten Sozialreformen (Hartz IV) erheblich an Bedeutung. Durch die neuen gesetzlichen Regelungen werden psychisch und suchtkranke Menschen, gerade auch Jugendliche und junge Erwachsene mit derartigen Ausbildungs- und/oder Arbeitsvermittlungs-Hindernissen erfasst, denen zur Überwindung ihrer Schwierigkeiten fachgerechte Beratung und Behandlung geboten und vermittelt werden muss.

Durch die - infolge der durch Landesverordnung eingeführten Zuständigkeitsänderung für das ambulante betreute Wohnen hin zum Landschaftsverband angestoßene - Entwicklung hin zu vergleichsweise aufwändigen,

hochstrukturierten, bürokratischen Antrags- und Hilfeplanverfahren drohen die voraussetzungslosen, niedrigschwelligen, aufsuchenden und nachgehenden ambulanten Hilfen, wie sie in Münster in erster Linie der Sozialpsychiatrische Dienst erbringt, aus dem Blickfeld zu geraten. Gerade aber in diesen Handlungsfeldern, der zunächst voraussetzungslosen, nicht von einer Kostenübernahme-Erklärung abhängigen Beratung und Hilfen für Familien mit einem psychisch kranken Kind oder erwachsenen Angehörigen, für Wohnungslose, oftmals sucht- und psychisch kranke Menschen und für ältere, oftmals allein stehende Menschen mit psychischen Störungen muss auch weiterhin in ausreichendem und den erhöhten Fallzahlen angemessenen Umfang durch Einsatz kommunaler Mittel die notwendigen Hilfen erbracht werden, damit die Kommune auch weiterhin ihrer Fürsorgepflicht für alle ihre Bürger in ausreichender Weise nachkommt.

Unverzichtbar sind dabei die auch durch gesetzliche Verpflichtung festgelegten Funktionen der kommunalen Psychiatriekoordination und Planung, wie sie in Münster in der kommunalen Psychiatriekoordination und im Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt als der unteren Gesundheitsbehörde bestehen.

Schließlich muss auch verdeutlicht werden, dass eine ausreichende und in ihren verschiedenen einzelnen Bestandteilen gut koordinierte und effektiv zusammenarbeitende Versorgung für die Bürger der Stadt Münster einen wesentlichen Beitrag zu deren Lebensqualität leistet und darüber hinaus sogar einen nicht unbedeutenden Standort- und Wirtschaftsfaktor darstellt, wenn man etwa nur die Zahl der Arbeitsplätze in psychiatrischen Einrichtungen und Diensten in Münster, und eben auch die Lebensqualität der psychisch kranken und behinderten Menschen – und ihrer Angehörigen, Freunde, Nachbarn und Mitbürger beachtet.

1.2.3.7 Förderung für psychisch Kranke und Suchtkranke durch das Gesundheitsamt im Haushaltsjahr 2005

Die entsprechende tabellarische Aufstellung ist dem Geschäftsbericht des Gesundheitsamtes entnommen:

Zuschüsse an freie Träger im Haushaltsjahr 2005:

Tabelle 1

Träger	Förderungsart	Zuschuss €
Diakonisches Werk Münster e.V.	Personal- und Sachkostenzuschuss für das Psycho-soziale Zentrum	198.680
Förderkreis Sozialpsychiatrie e.V.	Sachkostenzuschuss	3.580
Krisenhilfe e.V.	Pauschalzuschuss	92.030
Rümpelfix GmbH	Personal-, Miet- und Sachkostenzuschuss	58.060
Beratungsstellen für Suchtgefährdete - Diakonisches Werk Münster e.V. - Caritasverband für die Diözese Münster e.V.	Pauschalzuschuss	215.240

1.2.4 Zu den Handlungsempfehlungen, die sich aus den Grundlagen ergeben

- Hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung haben sich naturgemäß in den vergangenen 3 Jahren keine bedeutenden Änderungen gegeben. Auch weiterhin ist die Verantwortung der Kommune für ihre psychisch kranken Mitbürger in den gesetzlichen Grundlagen festgelegt und diese Verantwortung muss durch Rat, Verwaltung und Bürger der Stadt fortlaufend aktiv übernommen werden.
- Die Entwicklungen hin zu einer ambulant aufsuchenden Beratung und Betreuung zuhause haben durch die Landesverordnung zur Zuständigkeitsverlagerung für die Eingliederungshilfen zum Wohnen vom 20.06.2003 noch eine zusätzliche Akzentuierung erfahren. Daher gelten die Handlungsempfehlungen zur Gleichstellung

psychisch kranker Menschen mit körperlich erkrankten Menschen, zur Organisation der individuellen Versorgung durch individuelle Hilfeplanung, Case-Management und Funktionen der kommunalen Psychiatriekoordination, zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung und zur Weiterentwicklung eines gemeindepsychiatrischen Verbundsystems durch die kommunale Psychiatriekoordination fort.

2. Zu den Handlungsempfehlungen in den aktuellen Handlungsfeldern der kommunalen Psychiatrieplanung

Handlungsansatz Krisenintervention (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 2.1, November 2002)

- *Ausgehend von den jahrelangen guten Erfahrungen mit dem Krisennotdienst an Wochenenden stellt sich die Frage, wie unter Berücksichtigung der gegebenen Strukturen auch an den Wochentagen Montag 8 Uhr bis Freitag 20 Uhr zukünftig Krisennotdienst geleistet werden kann.*
- *Kernbedingung einer funktionierenden Krisenintervention auch an den Wochentagen ist die unmittelbare Beteiligung eines Facharztes im Krisendienstteam für die ambulant-aufsuchende Krisenintervention. Eine über die bestehenden Kooperationsformen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und Krisennotdienst an Wochenenden noch hinausgehende Aktivität der hauptamtlichen und der in den psychiatrischen Kliniken tätigen Ärzte ist aufgrund deren Inanspruchnahme durch ihre hauptberufliche dienstliche Tätigkeit jedoch nicht möglich.*
- *Notwendig ist also entweder eine stärkere Einbeziehung der niedergelassenen Fachärzte (die jedoch selbst überwiegend dieses weder für durchführbar noch für erforderlich halten) oder eine Erweiterung der notärzt-*

lichen Kompetenzen und Funktionen im Rahmen des Rettungswesens und/oder des Gesundheitsamtes.

- *Für die unterschiedlichen und zum Teil sehr differenzierten Aufgabenstellungen im Rahmen der psychiatrischen Krisenintervention und Notfallbehandlung müssen im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz ein regelmäßiger Austausch zur aktuellen Situation erfolgen und Lösungsansätze für spezifisch psychiatrisch-fachliche Fragen gesucht werden. Hierbei geht es darum, in Kooperation der verschiedenen organisatorischen und finanziellen Strukturen die Notfallversorgung auf einem fachlich ausreichendem Niveau sicherzustellen und zu finanzieren.*
- *Aus städtischer Sicht müsste zumindest für die ärztlichen Leistungen im Rahmen der Krisenintervention die Abrechnung über „Notfallscheine“ mit der KV zur Regel werden.*

2.1 Kriseninterventionen

Die im Vorbericht mitgeteilten guten Erfahrungen mit dem Krisennotdienst an Wochenenden haben sich ohne Einschränkungen auch in den vergangenen 3 Jahren so bestätigt. Nach den bisherigen Erfahrungen ist dieses Angebot ein unverzichtbarer Anteil der kommunalen Versorgungsstruktur. Daher wird grundsätzlich die Ausweitung des Krisennotdienstes auf alle Wochentage befürwortet –z.B. auch mit eingeschränkten Bereitschaftszeiten (z.B. nur 16-22 oder auch 20-24 Uhr).

Die Tandemstruktur des Notdienstteams soll in jedem Fall – auch aus Sicherheits- und forensischen Gründen bestehen bleiben. Die Möglichkeit der weiteren Mitarbeit von Pflegekräften, niedergelassenen Fachärzten und ggf. auch Studenten der Sozialpädagogik, bzw. der Medizin oder Psychologie neben einer in der Psychiatrie erfahrenen 1. Kraft wird diskutiert.

2.1.1 Auswertung der Krisennotdienstokumentation des Jahres 2005

Die fortlaufende Einzelfall-Dokumentation der Einsätze des Krisennotdienstes ermög-

licht eine Darstellung von Trends der Daten und Merkmale.

Zunächst zeigt sich im Zeitverlauf ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen und Inanspruchnahme:

Tabelle 2

2002	2003	2004	2005	2006
197	232	257	294	408*

*01 - 06 2006: 204 Fälle, Hochrechnung

Tendenziell nimmt dabei der Anteil der Hausbesuche an allen Beratungsfällen zugunsten telefonischer Interventionen ab.

Tabelle 3

2000-2002	2005	2006
60 %	54 %	41%

Auch Einweisungen in ein Krankenhaus werden relativ seltener erforderlich.

Tabelle 4

2000-2002	2005	2006
32 %	30 %	23%

Im Diagnosen-Spektrum zeigen sich Schwankungen, jedoch keine eindeutigen Verschiebungen, die als unabhängig von natürlichen Verlaufsschwankungen oder diagnostischen Konventionen zu bewerten wären.

Tabelle 5

	2000-2002	2005	2006
Schizophrenie (F20, 21, 25, 28, 29, 22-24)	27 %	34 %	27 %
Substanzabhängigkeit und -missbrauch (vorwiegend Alkohol) (F10, F11-19)	30 %	35 %	22 %
Akute Belastungsreaktion (F43)	20 %	24 %	18 %
Suizidgefahr	15 %	11 %	16 %
Anpassungsstörung (F43.2)	10 %	10 %	12 %
Affektive Psychose (F30-39)	10 %	18 %	23 %
Persönlichkeitsstörung (F60-62)	12 %	13 %	24 %
Neurot. und somatoforme Störungen (F40-42, 44-45, 48)		7 %	3 %

Ein eindeutiger Zusammenhang der Fallzahlentwicklung mit der Zunahme der Menschen in betreuten Wohnformen für psychisch und Suchtkranke ergibt sich aus der Dokumentation nicht.

2.1.2 Zu der Handlungsempfehlung Krisennotdienst und psychiatrische Notfallversorgung

Die im Vorbericht mitgeteilten guten Erfahrungen mit dem Krisennotdienst an Wochenenden haben sich ohne Einschränkungen auch in den vergangenen 3 Jahren so bestätigt.

Seit dem Vorjahr hat sich eine nicht unbedeutende Fallzahlsteigerung ergeben, die zumindest zeitlich einhergeht mit der deutlichen Zunahme ambulanter Wohnbetreuungsverhältnisse psychisch kranker Menschen infolge der so genannten Hochzoning und der durch entsprechende Leistungsvereinbarungen des Landschaftsverbandes begründeten Verdoppelung ambulanter Betreuungsverhältnisse gegenüber dem Sommer 2003. Ein eindeutiger Zusammenhang der Fallzahlentwicklung mit der Zunahme der Menschen in betreuten Wohnformen für psychisch und Suchtkranke lässt sich jedoch aus der Falldokumentation nicht herleiten. Der mögliche Zusammenhang zwischen diesen Entwicklungen muss durch

Auswertungen der Krisennotdienstokumentation noch näher untersucht werden. In

jedem Fall ergibt sich die Notwendigkeit, die Praxis der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung auch weiterhin kritisch zu beobachten, die verfügbaren Daten auszuwerten und ggf. Organisations- und Finanzierungsstrukturen anzupassen.

Dabei wurde durch die Erfahrungen auch der vergangenen 3 Jahre die Struktur der ambulanten psychiatrischen Notfallversorgung mit dem Einsatz eines so genannten Tandems aus nichtärztlichen und fachärztlichen Mitarbeitern bestätigt und von allen Beteiligten als sinnvoll anerkannt.

2.1.3 Aktuelle Überlegungen zur Weiterentwicklung der Organisation des Krisennotdienstes

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes über psychiatrische Unterbringungen des ZPE der Universität Siegen im Auftrag des Landesgesundheitsministeriums, die Anfang Januar vom neuen Gesundheitsminister Laumann (MAGS NRW, Düsseldorf, 04.01.2006) vorgestellt und kommentiert wurden, greifen die in Münster schon formulierten Handlungsempfehlungen auf und akzentuieren sie insbesondere hinsichtlich der Ausweitung des psychiatrischen Notdienstes über das Wochenende hinaus auf alle Wochentage. Der Minister forderte die Kommu-

nen auf, ihr Hilfesystem auf mögliche Schwachstellen zu untersuchen und dann notwendige Konsequenzen zu ziehen.

Im Berichtszeitraum konnte die Aufrechterhaltung des Krisennotdienstes an Wochenenden, trotz zunehmender organisatorischer Schwierigkeiten bei der Gewinnung vor allem der ärztlichen Honorarmitarbeiter des Krisennotdienstes, durch die Organisation und erfolgreiche Durchführung einer weiteren Fortbildungsveranstaltung am 14.12.2005 in der Universitätsklinik Münster zum Thema Suizidalität unterstützt und gefördert werden.

Insbesondere auch aufgrund der Inanspruchnahme durch die Folgen der so genannten Hochzönung (Vgl. Abschnitte 2.3.6, ...) müssen Bemühungen der Verwaltung um eine stärkere Einbeziehung der niedergelassenen Fachärzte oder eine Erweiterung der notärztlichen Kompetenzen in Funktionen im Rahmen des Rettungswesens noch zukünftig unternommen werden.

Die kommunale Gesundheitskonferenz hat sich bisher dem Thema der psychiatrischen Krisenintervention und Notfallbehandlung noch nicht schwerpunktmäßig widmen können.

Regelungen zur Abrechnung ärztlicher Leistungen im Rahmen der Krisenintervention mit der kassenärztlichen Vereinigung stehen ebenfalls noch aus.

2.2 Zu den Handlungsvorschlägen Beratung und Kontakt

Zusammenfassung der Handlungsvorschläge Beratung und Kontakt (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 2.2, November 2002)

- *Prüfung der quantitativen Erweiterung der personellen Ressourcen in den Kontakt- und Beratungsstellen der Träger des Betreuten Wohnens mit dem Ziel der Ausweitung der Beratungstätigkeit und im kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienst mit dem Ziel der Ausweitung der Sozialarbeit für die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie und ambulante Suchtkrankenhilfe. Dort muss darüber hinaus die quantitative Erweiterung der entsprechenden ärztli-*

chen Kompetenzen und Kapazitäten durch die Verwaltung geprüft werden.

- *Weiterentwicklung der einzelfallbezogenen Hilfeplanung in Kooperation der verschiedenen Einrichtungen und Dienste und Entwicklung eines träger- und einrichtungsübergreifenden Case-Managements*
- *Weiterentwicklung der Konzepte für den psychiatrischen und psychosozialen Krisennotdienst an den Wochentagen unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertretung der niedergelassenen Ärzte*
- *Klärung der Finanzierungsvoraussetzungen für eine nichtklinische „Krisenstation mit Übernachtungsmöglichkeit“ außerhalb der stationären psychiatrischen Einrichtungen.*
- *Fortführung der Gerontopsychiatrischen Beratung als städtisch geförderte bürgernahe Beratungs- und Kontaktstelle.*

Die grundsätzlichen Ausführungen zum Abschnitt Beratung und Kontakt im Handlungsprogramm (Seite 29) haben unverändert Gültigkeit. Auch die entsprechenden Strukturen bestehen im Wesentlichen wie dort beschrieben fort.

Die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes (Zahl der Klienten) ist leicht angestiegen. Die Ursachen sind vermutlich in den veränderten sozialen und gesetzlichen Rahmenbedingungen und den komplexeren Anforderungen zu suchen, die die Gesellschaft an den Einzelnen stellt und denen immer mehr Menschen offenbar nicht mehr gewachsen sind. Es wächst die Gruppe derjenigen, die sich auf die strukturierten Behandlungsangebote der Regelversorgung nicht immer einlassen können.

Tabelle 6

	2003	2004	2005
Klienten insgesamt	1.642	1.674	1.807
davon			
• Frauen	797	794	857
• Männer	813	846	910
• K.A.	32	34	40
Erstkontakte	740	794	827
• Frauen	358	361	388
• Männer	354	405	407
• K.A.	28	28	32
Hausbesuche	1.087	1.077	1.252
Beratungsgespräche mit Klienten im Amt	755	934	933
Betreuungsanregungen/Gutachten/ Stellungnahmen	202	134	135
Kriseninterventionen	k.A.	97	118
Mitwirkung bei Anträgen auf Eingliederungshilfe Wohnen (Hilfepланverfahren/ Clearingstelle)	75	125	152

*einschl. Daten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Diagnosestatistik Sozialpsychiatrischer Dienst 2005 (personenbezogene Auswertung)

Tabelle 7

Diagnosegruppe führende Diagnose	Anzahl	
F0 Organische u. symptomat. Ps.St.	107	5,9 %
F1 Psychotrope Substanzen	347	19,2 %
F2 Schizophrenie u. wahnh. St.	385	21,3 %
F3 Affektive Störungen	137	7,6 %
F4 Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	167	9,2 %
F5 Verh.auff. mit körperl. St. (Essstörungen)	6	0,3 %
F6 Persönlichkeits- u. Verh.störungen	105	5,8 %
F7 Intelligenzminderung	15	0,8 %
F8 Entwicklungsstörungen	4	0,2 %
F9 Verh. St. M B i Kindh. U. Jugend	64	3,5 %
F99 nicht näher bez. Psych.St.	324	17,9 %
sonstige	28	1,5 %
fehlend	118	6,7 %
gesamt	1807	100 %

Auf die weitere Darstellung der Einzelheiten zu den verschiedenen Beratungs- und Kontaktstellen wird hier aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet und auf die entsprechenden Jahresberichte (PSZ, Trockendock, Krisenhilfe, Gerontopsychiatrische Beratungsstelle) und die Arbeitsberichte des Gesundheitsamtes (der Jahre 2004 und 2005, darin: 4.2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst) verwiesen.

2.2.1 Zur Umsetzung der Handlungsbedarfe

Tab 8 Basisdaten des LWL zu Platz- bzw. Fallzahlen wohnbezogener Eingliederungshilfen in der Stadt Münster (Auszug)

2.2.1.1 Ressourcen in den Beratungsstellen

Die Zahl der psychisch kranken Menschen in Münster, die ambulante Eingliederungshilfen zum Wohnen erhalten, ist tatsächlich in den vergangenen 3 Jahren um über 100 % angestiegen:

Ambulante betreute Wohnformen in Münster

Tabelle 8

Datum	Gesamt	psych Kr	geist Beh	SK	MB/KB
Juni 2002	207/213	150/156	45	12	0
30.06.2004	416	301	62	32	21
30.06.2005	417	302	62	32	21
31.12.2005	438	311	69	34	24

Auf diesem Hintergrund ist in jedem Fall davon auszugehen, dass die Zahl derjenigen Menschen, die nach Beendigung dieser Betreuungsform noch weiterhin ambulanten Beratungsbedarf geltend machen werden, zunimmt. Damit wird auch die erwartete Mehrbelastung der Kontaktstellen und Betreuungsbüros der Anbieter des Betreuten Wohnens (unter anderem Psychosoziales Zentrum, Betreuungsbüro BEWO, Trockendock) sowie des Sozialpsychiatrischen Dienstes eintreten.

Wie schon 2003 erwartet, haben die Notwendigkeiten der Haushaltskonsolidierung die seit Beginn der 2000er Jahre aus fachlicher Sicht gebotene Aufstockung der Mitarbeiterzahl des Sozialpsychiatrischen Dienstes um je 2 für die neuen Arbeitsfelder Kinder- und Jugendpsychiatrie und ambulante Suchtkrankenhilfe verhindert. Dieser Umstand – und darüber hinaus z. B. auch die erheblich vermehrte Inanspruchnahme der verfügbaren Jahresarbeitszeit der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter des Dienstes durch die obligate Beteiligung am Clearing-

verfahren des LWL für die Eingliederungshilfen zum Wohnen – haben zu der erwarteten Verdichtung und Konzentration der Arbeitsformen zu Lasten der regelmäßigen und kontinuierlichen Betreuung von auch „aktuell weniger akut Kranken“ geführt, im Sinne des bereits 2003 befürchteten „Teufelskreises“. Eine weitere Einschränkung der Arbeitsmöglichkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes ergab sich durch die Wiederbesetzungssperre einer halben Planstelle für den Bereich Therapie und Hilfe sofort seit Mai 2005, wonach diese Tätigkeiten durch die verbleibenden Mitarbeiter mit übernommen werden mussten.

Die empfohlene quantitative Erweiterung der personellen Ressourcen in den Kontakt- und Beratungsstellen der Träger des Betreuten Wohnens und dem kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienst konnten also bisher nicht umgesetzt werden. Dies gilt ebenso für die erforderliche quantitative Erweiterung der ärztlichen Kompetenzen und Kapazitäten im Sozialpsychiatrischen Dienst. Wegen der infolge der so genannten Hochzonung (vgl.

unten im Abschnitt Betreutes Wohnen) inzwischen erfolgten erheblichen Ausweitung ambulanter Betreuungsverhältnisse im Rahmen der Eingliederungshilfen zum Wohnen muss die personelle Verstärkung gerade auch dieser ärztlichen Arbeitsfelder nach wie vor oberste Priorität haben.

2.2.1.1.1 Therapie und Behandlungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte, geistig behinderte Menschen

Mit dem Ratsbeschluss vom 11.06.2003 (Vorl. 176/2003 – Dez. V) war die Verwaltung ergänzend mit der Prüfung der Frage beauftragt worden, wie für psychisch erkrankte, geistig behinderte Menschen ausreichende Therapie- und Beratungsmöglichkeiten geschaffen werden können.

Mit diesen Fragen beschäftigt sich eingehend die Regionalkonferenz zur Weiterentwicklung der Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung in Münster. In ihrer 58. Sitzung am 10.09.2004, die im Westfälischen Wohnverbund der Westfälischen Klinik Münster an der Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße stattfand, wurden Ergebnisse der Arbeitsgruppe Gesundheit der Regionalkonferenz, ein Projekt der Katholischen Fachhochschule (Prof. Hülshoff) „Diabetes und geistige Behinderung“, die Angebote des Wohnverbundes und der Internistischen Abteilung der Westfälischen Klinik dargestellt und diskutiert. Die internistisch-psychiatrische Abteilung bietet eine integrierte Akutbehandlung für internistisch-psychiatrische Störungsbilder auch geistig behinderter Menschen, die einen geschulten Rahmen zur Diagnostik und Behandlung internistischer Erkrankungen benötigen. In der Abteilung besteht ein Arbeitskreis zur Behandlung von Menschen mit geistigen Behinderungen. Oberstes Ziel aller spezialisierten Maßnahmen ist die baldige Reintegration der geistig behinderten Patienten in die bestehenden sozialen und personellen Bezüge.

2.2.1.2 Individuelle Hilfeplanung

Die einzelfallbezogene Hilfeplanung in Kooperation der verschiedenen Einrichtungen und Dienste hat durch die Vorgaben der Clearingstelle des Landschaftsverbandes in Kooperation mit der städtischen Behinder-

ten- und Psychiatriekoordination weitere Impulse erfahren. Andererseits weist das Verfahren in seiner gegenwärtigen Organisationsform und Anwendung erhebliche strukturelle und inhaltliche Mängel auf (Vgl. unten im Abschnitt Wohnen) und erfüllt noch keineswegs den Anspruch einer ganzheitlichen integrierten Hilfeplanung für komplex beeinträchtigte psychisch kranke Menschen. Diese wird in erster Linie durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe als gegenwärtig für die individuelle und strukturelle Hilfeplanung für den großen Bereich der Eingliederungshilfen zum Wohnen verantwortlichen Leistungsträger in Kooperation mit den Gremien bei der Stadt Münster (Regionalkonferenz für geistig behinderte Menschen und Arbeitskreis Psychiatrie) weiterentwickelt werden müssen.

2.2.1.3 Zu den Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Weiterentwicklung des psychiatrischen und psychosozialen Krisennotdienstes vgl. oben 2.1.

Die früheren Überlegungen zu einer nicht klinischen „Krisenstation mit Übernachtungsmöglichkeit“ außerhalb der stationären psychiatrischen Einrichtungen wurden von den Mitgliedern des Arbeitskreises Psychiatrie als gegenwärtig nicht sinnvoll finanzierbar und als nicht vorrangig bedeutsame Planung aufgegeben.

2.2.1.4 Die Fortführung der gerontopsychiatrischen Beratung als städtisch geförderter bürgernaher Beratungs- und Kontaktstelle ist notwendig und steht gegenwärtig nicht in Frage.

2.3 Ambulante psychiatrische Pflege

Handlungsansatz Ambulante psychiatrische Pflege (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 2.3, November 2002)

- *Gegenwärtig werden strittige Fragen bzgl. der Kostenerstattung durch die Krankenkassen z.B. über Umfang und Dauer der im Einzelfall zu leistenden ambulanten psychiatrischen Pflege gerichtlich geprüft.*
- *Je nach Ausgang dieser Verfahren muss die Verwaltung auch zukünftig notwendige Maßnahmen zum Erhalt dieses Versorgungsangebotes prüfen*

(z.B. Übernahme in kommunale Trägerschaft).

Nach den jahrelangen Querelen um die ambulante psychiatrische Krankenpflege liegen seit dem 1.7.2005 die Empfehlungen des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten psychiatrischen Krankenpflege vor, die einerseits endlich eine bundesweite Einheitlichkeit der Anspruchsvoraussetzungen und Finanzierungsregelungen ermöglichen, andererseits jedoch im Gegensatz zu der bisher in Münster geübten Praxis eine erhebliche Einschränkung des Nutzerkreises und der Dauer dieser Betreuungsform bedeuten und inzwischen schon zu einer erheblichen Einschränkung des Kreises der ambulant psychiatrisch gepflegten Patienten und auch zu einem Abbau des bisher hierfür verfügbar gewesenen Mitarbeiterstabes geführt haben. Zwar konnten bisher gravierende Auswirkungen im Sinne einer Verschlechterung der Betreuungssituation für den einzelnen psychisch kranken Menschen im wesentlichen durch Überleitung in die ambulante Eingliederungshilfen zum Wohnen vermeiden werden, dies jedoch um den Preis des hier erheblich höheren bürokratischen Aufwandes für Antragsstellung und Durchführung der Betreuung als auch um den Preis des nunmehr vollständigen Übergangs der Kostenbelastung für die aufsuchende Betreuung auf den Sozialhilfeträger.

Andernorts (z. B. Köln) werden gegenwärtig Möglichkeiten geprüft, die vom Bundesausschuss erlassenen engen Regelungen gerichtlich prüfen und ggf. verändern zu lassen.

Die Gesundheits- und Sozialverwaltung sollte die Entwicklung der Regelungen zur ambulanten psychiatrischen Krankenpflege auf Landes- und Bundesebene weiter verfolgen und ggf. geeignete Maßnahmen vorsehen, um den Bestand dieses Versorgungszweiges für psychisch kranke Menschen auch weiterhin zu sichern. Hierzu bedarf es in erster Linie des Fortbestandes geeigneter Mitarbeiterteams mit Erfahrungen in der aufsuchenden psychiatrischen Pflege.

2.4 Ambulante Soziotherapie

Handlungsansatz Soziotherapie (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 2.4, November 2002)

- Zu klären ist die Frage, inwieweit die Ärzte Sozialpsychiatrischer Dienste als „Vertragsärzte“ die Indikationen zur ambulanten Soziotherapie stellen und die ambulanten Soziotherapie verordnen können.
- Im Rahmen der Durchführung ambulanter Soziotherapie sind die ärztlichen Behandlungen und die weiteren ambulanten komplementären Angebote zu koordinieren. Dies umfasst nicht nur die im engeren Sinne „ärztlich verordneten Leistungen (ambulante psychiatrische Behandlungspflege, Ergotherapie)“, sondern auch sonstige BSHG- oder kommunal finanzierte Hilfen oder Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Ein Teil der Leistung besteht damit auch in der Initiierung und Koordinierung der Hilfen und in der fachlichen Anleitung anderer Leistungserbringer im Sinne des Case-Managements. Weitere Instrumente hierfür sind z.B. Helferkonferenzen, Arbeitskreise und telefonische Absprachen. Für die Umsetzung vergleichbar komplexer Hilfeplanungsprozesse im Einzelfall werden gegenwärtig Konzepte wie der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan erprobt [8]. Ambulante Soziotherapie muss hier integriert werden. Bisher kamen aufgrund unterschiedlicher Einschätzungen z.B. zum Bedarf und zu Leistungsentgelten keine Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zustande.
- Die Entwicklung der notwendigen Strukturen zur Einführung und Nutzung der Krankenkassenleistung ambulante Soziotherapie wird ein Gegenstand der weiteren Arbeit des Arbeitskreises Psychiatrie Münster sein, über die Ergebnisse wird in den entsprechenden Protokollen berichtet werden.

Trotz entsprechender Bemühungen des Arbeitskreises Psychiatrie ist die Entwicklung der notwendigen Strukturen zur Einführung

und Nutzung der vorgesehenen Krankenkassenleistung ambulante Psychotherapie in Münster wie auch andernorts (vgl. Bericht der Aktion psychisch Kranke vom ...) bisher gescheitert. Von allen Mitgliedern des Arbeitskreises Psychiatrie wurden weitere Bemühungen der kommunalen Psychiatriekoordination in dieser Hinsicht als gegenwärtig nicht aussichtsreich verworfen, so dass zunächst die Entwicklung der Verhandlungen auf Verbands-, Landes- und Bundesebene zu diesem Regelungsbereich abgewartet werden muss. Bedauerlicher Weise muss hier wie auch im Bereich der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege (vgl. 2.3) mit einer entsprechend restriktiven Haltung des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie der Krankenkassen generell gerechnet werden.

2.5.1 Betreutes Wohnen - ambulante und stationäre Einrichtungsformen

Zusammenfassende Handlungsvorschläge Betreutes Wohnen (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 2.5, November 2002)

- *Ausbau der bisherigen Angebote, insbesondere im Bereich Sucht*
- *Schlüsselflexibilisierung: Betreuung nach tatsächlichem Bedarf*
- *Lösungen für chronisch mehrfach-beeinträchtigte psychisch Kranke mit Suchterkrankungen*
- *Lösungen für multitraumatisierte PatientInnen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung*
- *Klärung des Bedarfs an fakultativ geschlossenen Angeboten*
- *Entwicklung von Konzepten zur Integration bisher forensisch untergebrachter Patienten in bestehende Münsteraner Wohneinrichtungen bzw. zur regionalen Rehabilitation dieser Patienten*
- *Klärung der Möglichkeit, im ambulanten betreuten Wohnen auch ambulante psychiatrische Pflege zu bekommen*
- *Entwicklung von Konzepten für die Individuelle Hilfeplanung (Kriterien), z.B. auf der Grundlage des Modellprojektes zum IBRP*

- *Klärung der zukünftigen Zuständigkeit für die ambulante Eingliederungshilfe zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger durch die zu erwartende Rechtsverordnung des Landes.*
- *Intensivierung des Planungsprozesses zwischen LWL, Stadt, kommunalpolitischen Gremien und Trägern durch ein regelmäßiges Konsultationsverfahren.*

Auf die vielfältigen Veränderungen im Versorgungsbereich des ambulanten und stationären betreuten Wohnens durch die **Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) der Landesregierung vom 20.06.2003** wurde schon hingewiesen. Durch die Verordnung werden die überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Landschaftsverbände) befristet für alle ambulanten und stationären Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, die dem Ziel eines selbständigen Wohnens dienen, zuständig, weil die bisher getrennte Zuständigkeit (der örtlichen Sozialhilfeträger für die ambulante und der überörtlichen Sozialhilfeträger für die stationären Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) nicht überall zu einem bedarfsgerechten Ausbau ambulanter Hilfen vor Ort geführt hatten.

Als **Ziel** formulierte die **Landesregierung, vorhandene örtliche Versorgungslücken (Disparitäten) aufzuheben, möglichst zeitnah eine flächendeckende und bedarfsgerechte Angebotsstruktur für behinderte Menschen zu entwickeln, den behinderten Menschen damit die soziale Integration und ein selbstbestimmtes Leben in ihrer Heimatgemeinde zu ermöglichen und letztlich dem deutlichen Anstieg der Fälle und der Kosten im stationären Bereich entgegen zu wirken.** Ein quantitativ und qualitativ verbessertes ambulantes Angebot dient nach Auffassung der Landesregierung nicht nur den Interessen und Bedürfnissen der behinderten Menschen, sondern auch den Kostenträgern und führt insgesamt zu einer finanziellen Entlastung.

Damit nach Ablauf der Befristung der so genannten Hochzonung verwertbare Erkenntnisse für eine auf Dauer angelegte Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen vorliegen und Instrumente

für eine an den Bedürfnissen der behinderten Menschen orientierte bedarfsgerechte ambulante Versorgungsstruktur entwickelt werden, die effektiv und effizient optimale Hilfe anbieten, wird die befristete Zuständigkeitszusammenführung durch wissenschaftliche Begleitung unterstützt und vom zuständigen Ministerium ausgewertet. Da bundesrechtliche Regelungen zu beachten sind, können eine Reihe von Regelungen, wie z. B. auch eine Kostenerstattungsregelung zum Schutz so genannter Anstaltsorte, durch die Landesregierung nicht getroffen werden, sondern müssen z. B. im Rahmen von Zielvereinbarungen zwischen den örtlichen und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe geregelt werden.

2.5.2 Ausführungsverordnung BSHG, Begründung, Abschnitt B, besonderer Teil

Im Abschnitt B, besonderer Teil ihrer Begründung zu der Verordnung führt die Landesregierung weiter aus, dass sie mit der Zuständigkeitsregelung zur Zusammenführung aller Hilfen im Bereich Wohnen für behinderte Menschen bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe (Landschaftsverbänden) die behinderten Menschen im Sinne der § 39 ff BSHG, also insbesondere **geistig, seelisch und körperlich behinderte sowie suchtkranke Menschen**, die vorübergehend oder für längere Zeit nicht selbständig oder ohne fremde Hilfe leben können und Leistungen mit dem Ziel eines selbständigen Wohnens benötigen, erreichen will (**Zu Artikel 1, zu Nr. 2.1**). In Betracht kommen vor allem Personen, für die ein stationäres oder teilstationäres Angebot nicht oder nicht mehr die adäquate Hilfe darstellt und Personen, für die durch ein Angebot des selbständigen betreuten Wohnens eine stationäre oder teilstationäre Aufnahme in eine Einrichtung vermeiden werden kann. Dabei könne das Ziel des selbständigen Wohnens auch dadurch erreicht und sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderungen – je nach Beeinträchtigung im Einzelfall – auf Dauer ein geringes Maß an psychosozialer Betreuung zum selbständigen Wohnen gemäß § 39, 40 BSHG erhalten. Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe sind zuständig für alle Formen des selbständigen Wohnens, die dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe dienen. Dies bezieht sich auf die gesamte Angebotspalette von Wohnen in einem Wohn-

heim, über Wohnen in einer Wohngruppe/Wohngemeinschaft bis hin zum Einzelwohnen oder sogar Wohnen mit Angehörigen/Partnern. Hilfe zum selbständigen Wohnen kann dabei im Einzelfall auch in der Herkunftsfamilie geleistet werden. Ausgehend von der Zielsetzung der Regelung kann es sich dabei aber nur um Ausnahmefälle handeln, für die entsprechende Voraussetzungen der Selbständigkeit (z.B. baulicher Art) vorliegen müssen.

Maßstab selbstbestimmten Wohnens sind die Lebensformen unserer Gesellschaft. Menschen mit Behinderungen unterscheiden sich in ihren Grundbedürfnissen nicht von Menschen ohne Behinderungen. Es muss sich um bedarfsgerechte Angebote handeln, die mit anderen ambulanten Hilfen, aber auch mit stationären Angeboten ein abgestimmtes Netz eines differenzierten Hilfenarrangements bilden, um im Einzelfall eine passgenaue Hilfe leisten zu können. Fließende Übergänge zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten müssen möglich sein. Eine wichtige Rolle können hierbei auch Übergangseinrichtungen erfüllen.

Ziel ist die Gewährung sämtlicher Leistungen, die im Zusammenhang mit selbständigem Wohnen stehen, aus einer Hand. Hilfe aus einer Hand bedeutet auch Verantwortung aus einer Hand und regionale Planungsentscheidung aus einer Hand. Eine geteilte Verantwortung würde nur erneut zu Schnittstellen und „Verschiebebahnhöfen“ führen. Schnittstellenprobleme dürfen nicht dazu führen, dass Leistungen eingeschränkt werden. Der Katalog der im § 2 Abs. 1 Nr. 2 aufgeführten Leistungen ist daher umfassend zu verstehen. Er enthält auch die Hilfe zum Lebensunterhalt. ... Die Entscheidung aus einer Hand muss zur Folge haben, dass mit der Entscheidung über selbständiges Wohnen auch alle anderen in diesem Zusammenhang notwendigen Hilfen zur selbständigen Lebensführung erbracht werden. Dies kann nur durch die alleinige Zuständigkeit eines Trägers der Sozialhilfe für alle Hilfen erreicht werden. ...

Ambulante Hilfe vor Ort und Hilfe aus einer Hand müssen ein passgenaues Angebot zur Bewältigung der Lebenssituation behinderter Menschen darstellen, damit den betroffenen Menschen geholfen wird, ein selbständiges

Leben zu führen. Auf den Einzelfall bezogene Beratungen über alle mit der Lebenssituation zusammenhängenden Probleme, gemeinsame Lösungsversuche mit den Betroffenen, die Entwicklung von mittel- und langfristigen Perspektiven zur Verselbständigung gemeinsam mit den Betroffenen und die Vermittlung und Koordination geeigneter Hilfeangebote einschl. notwendiger materieller Hilfen sind wesentliche Elemente der Zuständigkeitsbündelung.

Der Ausbau und die Sicherung des selbstständigen Wohnens als Hilfeform ist nicht nur als Problem der Kostenträgerschaft zu sehen, sondern erfordert auch, dass die notwendigen medizinischen, psychischen, sozialen und sonstigen Versorgungs-, Beratungs-, Begegnungs-, Beschäftigungs- und Unterstützungsangebote im erforderlichen Umfang vorhanden sind oder kurzfristig geschaffen werden. Selbstständiges Wohnen ist notwendigerweise mit anderen Hilfen zur Alltagsbewältigung in den Bereichen Arbeit, Freizeit und Wohnen sowie Mobilitätshilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu vernetzen. Neben den sonstigen Hilfen in besonderen Lebenslagen und der Hilfe zum Lebensunterhalt müssen in die Aufzählung der vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu erbringenden Leistungen insbesondere auch die Hilfen nach § 55 Abs. 2 Nr. 3 bis 7 SGB IX aufgenommen werden. Welche Leistungen zum selbstständigen Wohnen tatsächlich notwendig sind, muss im konkreten Einzelfall geklärt werden.

Um die wirtschaftlichste Form für den genannten Personenkreis zu erreichen und Lösungsansätze wie „ambulant vor stationär“, „Bedarfsorientierung statt Angebotsorientierung“ und „Ausschöpfung von Effizienzspielräumen“ zu verwirklichen wird im übrigen davon ausgegangen, dass die überörtlichen Träger der Sozialhilfe alle Möglichkeiten nutzen, um niedrigschwellige Angebote zu schaffen und insbesondere bei der Kostenheranziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen eine Gleichbehandlung gegenüber stationär versorgten Personen zu erreichen.

Leistungen, die unabhängig vom selbstständigen Wohnen anfallen oder nicht unmittelbar dem Ziel des selbstständigen Wohnens dienen, sind im Einzelfall, wie bisher, vom zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe zu gewähren (z. B. Übernahme von Kranken-

kosten bei Blinddarmoperationen oder Knochenbrüchen).

Die Angebote und Leistungen müssen sich nach dem individuellen Bedarf richten. Individuelle Hilfeplanung (§ 46 BSHG) und Fall- bzw. Case-Management müssen diesen Prozess unterstützen und zur Steuerung des Problems der ggf. im Einzelfall noch vorhandenen unterschiedlichen Zuständigkeiten beitragen. Da bei der individuellen Hilfeplanung oft eine Verknüpfung von Leistungen nach dem BSHG mit Leistungen anderer Gesetze (SGB V, SGB IX, PsychKG) vorliegt, gilt es auch die entsprechenden örtlichen Stellen einzubeziehen. ...

Zu Nr. 2.3: Zur Finanz- und Steuerungsverantwortung gehört die Planungsverantwortung, die aufgrund der Zusammenführung der Zuständigkeiten im Bereich Wohnen für behinderte Menschen nur bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe liegen kann. Der offen gestaltete Hilfeprozess, der den Betroffenen mehr Gestaltungsspielräume gibt, kann jedoch nur im Einklang mit strukturellen Veränderungen auf der örtlichen Ebene erfolgreich sein. Unterschiedliche Träger, die entsprechende Angebote für behinderte Menschen entwickeln und bereitstellen, müssen auf örtlicher Ebene umfassend miteinander kooperieren. Es muss zu einem integrierten Gesamtangebot kommen, das hinreichend breit und flexibel ist. Dies alles erfordert eine enge Abstimmung zwischen überörtlicher und örtlicher Ebene im Hinblick auf Bedarf, Planung und Ortsnähe.

Der zuständige überörtliche Träger der Sozialhilfe muss daher adäquate Strukturen und Instrumente entwickeln, um alle relevanten Institutionen und Gruppen in die regionale und kommunale Planung einzubeziehen. Auf § 95 BSHG und § 95 SGB X, die bereits Regelungen zur Zusammenarbeit enthalten, wird besonders hingewiesen.

Der Verweis auf § 46 BSHG (Gesamtplan) soll die Nachfrageorientierung verdeutlichen. Die Angebote (die Dienstleistungen und materiellen Hilfen) orientieren sich also am konkreten Hilfebedarf der betroffenen behinderten Menschen in ihrer jeweiligen Lebenssituation. Die Bedarfs- und Angebotsplanung muss dem behinderten Menschen Möglichkeiten einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung eröffnen, sowie

eine umfassende Sicherung der Lebensgrundlagen, lebenspraktische Hilfestellung und Lebensplanentwicklung /-gestaltung umfassen.

Zu Artikel 2: Die Zuständigkeitsänderung erfolgt mit Unterstützung des Prozesses durch das zuständige Ministerium mit dem Ziel der Gestaltung und des Ausbaus einer verzahnten ambulanten Angebotsstruktur unter Einbeziehung aller Beteiligten und zur Schaffung einer Entscheidungsgrundlage für eine zukünftige endgültige Regelung der Zuständigkeit. Die Auswertung und Begleitung wird von den kommunalen Spitzenverbänden und den Landschaftsverbänden ausdrücklich gefordert. ... Die Auswertung soll bis spätestens 30.06.2008 abgeschlossen sein, um in der dann verbleibenden Zeit bis zum Außerkrafttreten der Zuständigkeitsregelung eine endgültige Regelung für die Zeit ab 01.07.2010 zu finden.

Zu Artikel 3: Die Verordnung tritt am 01.07.2003 in Kraft ... Die Verordnung ist bis zum 30.06.2010 befristet. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen Erkenntnisse vorliegen, wie die Zuständigkeit in der Eingliederungshilfe auf Dauer zu regeln ist. Die Befristung zwingt alle Beteiligten zur Mitwirkung.

2.5.3 Folgen dieser landesrechtlichen Regelungen für die Strukturen in der Stadt Münster

Die Allzuständigkeit der überörtlichen Träger der Sozialhilfe für Eingliederungshilfen zum Wohnen nach § 53, 54 SGB XII und folgende sowie auch für die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII wurde mit der Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch 12. Buch (SGB XII)/Sozialhilfe/des Landes Nordrhein Westfalen AV-SGB XII NRW vom 16.12.2004 geregelt.

Da in dieser Ausführungsbestimmung in dem § 2 (1) 5. und 6. auch die Zuständigkeit für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach den § 67 bis 69 SGB XII und 6. für die Hilfen nach dem 3. bis 9. Kapitel SGB XII zur Sesshaftmachung für nicht Sesshafte dem überörtlichen Sozialhilfeträger zugeordnet worden sind, müsste auf diesem Wege die Integration der Hilfen für all die vielen psychisch kranken Menschen in

Obdachlosigkeit bzw. im Haus der Wohnungslosenhilfe bzw. in der Notschlafstelle (HUK-Gebäude) und in den Wohnungen am schwarzen Kamp usw. hier mit dem Landschaftsverband geklärt und erreicht und umgesetzt werden.

2.5.4 Hilfen zum selbständigen Wohnen in der Stadt Münster vor der Zuständigkeitsveränderung (30.06.2003) (ZPE der Universität Siegen)

Mit der Durchführung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Weiterentwicklung der ambulanten Eingliederungshilfe durch die Zuständigkeitsveränderung hat das Gesundheitsministerium das Zentrum für Planung und Evaluation (ZPE) der Universität Siegen beauftragt, um durch deren Ergebnisse die politische Entscheidung über die dauerhafte Ansiedlung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe ab dem 01.07.2010 vorzubereiten.

Die Begleitforschung gliedert sich in verschiedene Unterabschnitte und hat ausdrücklich ihre Offenheit für Anregungen aus dem Feld der Behindertenhilfe im Zusammenhang des von ihr gewählten Rahmenkonzepts einer formativen Evaluation erklärt.

Zur Vorbereitung der wissenschaftlichen Bewertung der durch die so genannte Hochzonung induzierten Veränderungen hat das ZPE die Grundlagen und Ausgangsbedingungen in den verschiedenen Kommunen und auch für die Stadt Münster in Form eines *Portraits* beschrieben, auf dessen Grundlage von den beteiligten Akteuren und der Begleitforschung Veränderungen in der Projektlaufzeit beobachtet und beschrieben werden sollen. Das Portrait wurde mit intensiver Unterstützung der Koordinatorin für Behindertenfragen, des Psychiatriekoordinators, der Sozialplanung, des sozialpsychiatrischen Dienstes und des kommunalen Sozialdienstes, sowie einer schriftlichen Befragung der Träger von Einrichtungen und Diensten in Münster, von Interessenvertretungsgremien sowie von Dokumenten und sozialstatistischen Daten erarbeitet. Eine Erhebung am Ende der Projektlaufzeit soll später Aufschluss geben über den Grad der Zielerreichung. Dieses Portrait, dass im Jahr 2005 vorgelegt wurde (*Hilfen zum selbständigen Wohnen in der Stadt Münster vor der Zuständigkeitsveränderung (30.06.2003)* des

ZPE der Universität Siegen) listet die Zielsetzungen der Landesregierungen noch einmal wie folgt auf:

- Verbesserung des bedarfsgerechten Ausbaus ambulanter Hilfen;
- Entwicklung einer gemeindenah und flächendeckend verlässlichen Infrastruktur aus ambulanten Diensten, die flexible Hilfen für Menschen mit Behinderungen im Alltag vorhalten;
- Ermöglichung von sozialer Integration und selbstbestimmtem Leben in der Heimatgemeinde;
- Eingrenzung des Anstiegs der Fälle und Kosten im stationären Bereich;
- Herbeiführung von finanzieller Entlastung;
- Entwicklung einer Versorgungsstruktur, die effektiv und effizient optimale Hilfe anbietet.

Im *Abschnitt 1* werden verschiedene Daten zur Stadt Münster und dabei unter anderem referiert, dass zum Stichtag 31.12.2003 in Münster insgesamt 28.326 anerkannte Schwerbehinderte (entsprechend einem Anteil von 10,51 % an der Gesamtbevölkerung) lebten. Dieser Wert liegt sowohl über dem Durchschnitt in NRW (8,95 %) als auch über dem Durchschnitt der kreisfreien Städte in NRW (10,06 %).

Im *Abschnitt 2 Strukturen der Planung* wird die örtliche Planung von Hilfen für Menschen mit Behinderungen als vergleichsweise weit entwickelt beschrieben und ausgeführt: „Gravierende Versorgungslücken bei den Hilfen für psychisch und suchtkranke erwachsene Menschen gibt es mit Ausnahme der Hilfen für die am schwersten erkrankten Sucht- und gleichzeitig psychisch kranken Menschen im Bereich der Stadt Münster nicht.“... „Dass die Stadt Münster grundsätzlich sehr an aktuellen und innovativen fachlichen Impulsen zur Weiterentwicklung von Hilfeangeboten für Menschen mit Behinderungen in Münster interessiert ist, zeigten die Beteiligung als Forschungs- bzw. Modellregion in verschiedenen Forschungsprojekten und die vielfältigen Kooperationsbeziehungen mit Hochschulen. Zahlreiche Mitarbeiter/innen der Sozialverwaltung sind in überörtlichen Gremien engagiert.“

Im *Abschnitt 2.1 örtliche Angebotsplanung* werden – unter anderem auf der Grundlage der entsprechenden Darstellungen im Handlungsprogramm (2003) der Arbeitskreis Psychiatrie und die Strukturen der Psychiatriekoordination und die Regionalkonferenz zur Weiterentwicklung der Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung in Münster und die Behindertenkoordination im Einzelnen beschrieben und das Handlungsprogramm Integrationsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung sowie das Handlungsprogramm zur Weiterentwicklung der kommunalen psychosozialen Versorgung und der Integration von psychisch kranken Menschen in Münster als Planwerke benannt.

Aus Sicht der Begleitforschung wurden die vorhandenen Planungsstrukturen zusammenfassend wie folgt bewertet: Im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung hat sich in Münster eine Planungsstruktur und –kultur entwickelt, die sich auf die fachlich orientierte Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften und Geschäftsführungen der freien Träger, den Interessenvertretungen behinderter Menschen und dem Sozialamt gründet. ... Eine ähnliche Entwicklung ist für den Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankung festzustellen. Mit dem Arbeitskreis Psychiatrie wurde auf Initiative der Stadt Münster ein zentrales Gremium geschaffen, durch dessen Arbeit ein nahezu umfassendes Angebot wohnbezogener Hilfen aufgebaut werden konnte. Differenzen sind in diesem Feld zwischen den tradierten stationären Trägern und den innovativen ambulanten Anbietern zu erkennen. Ein strukturelles Versorgungsproblem besteht hinsichtlich intensiver stationärer wie ambulanter Betreuungsformen für die am schwersten erkrankten Sucht- und gleichzeitig psychisch kranken Menschen.

Im *Abschnitt 2.2 individuelle Hilfeplanung* wird unter anderem ausgeführt: ...In allen Bereichen der Hilfen für Menschen mit Behinderungen kamen in der Stadt Münster selbst entwickelte Verfahren zur Hilfeplanung bzw. Gesamtplanerstellung zum Einsatz. ... Für die Bereiche der Menschen mit seelischer Behinderung und/oder Suchterkrankung wurde in den Fällen, in denen Bedarf für Eingliederungshilfe in Form ambulanter Wohnbetreuung geltend gemacht wurde,

vom aktuellen Bezugsbetreuer/innen ein Arzt- und Sozialbericht erarbeitet, der vom Arzt des SpDi geprüft und entweder für die Gewährung der Hilfen als ausreichend beurteilt wurde – und zu einer befürwortenden Stellungnahme gegenüber dem Sozialamt führte – oder dem zunächst weitere Hilfesprechgespräche oder Fallkonferenzen folgten. Diese Berichte wurden anhand einer von der Psychiatriekoordination erarbeiteten Gliederung strukturiert. Dieses Verfahren war wegen der Zunahme der entsprechenden Anträge auf zuletzt bis zu ca. 80 Fällen jährlich erforderlich geworden, um – bei den begrenzten personellen Ressourcen im Gesundheitsamt – dennoch eine den fachlichen Anforderungen genügende Plausibilitätsprüfung der Anträge sicherzustellen.

Im *Abschnitt 2.3 Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen* wird der Entwicklungsstand von Vertretungsgremien in der Region Münster als überdurchschnittlich im Vergleich zu dem anderer Kommunen in Nordrhein Westfalen bewertet und (Ss.14 bis 15) die verschiedenen Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen aufgeführt: Kommission zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (KIB), Regionalkonferenz zur Weiterentwicklung der Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung in Münster, Arbeitskreis Psychiatrie, sowie Förderkreis Sozialpsychiatrie e. V. Münster, Lebenshilfe Münster, Verein der Angehörigen psychisch Kranker e. V. Münster, Psychiatrie Erfahrene e. V., Psychoseforum und MIKS Münsteraner Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe.

Die zusammenfassende Einschätzung hinsichtlich der Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen in Münster lautet (Seite 16): In der Stadt Münster gibt es eine hohe Sensibilität für die Belange von Menschen mit Behinderungen, die sich nicht zuletzt in vielfältigen Partizipationsmöglichkeiten in Gremien und Organisationen äußert. Schon frühzeitig wurde in Münster mit der Kommission zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (KIB) ein Behindertenbeirat eingerichtet. ... Insgesamt besteht in der Stadt Münster eine bereits lange bestehende und gut entwickelte Struktur der Vertretung von Menschen mit Behinderungen, in die Verwaltung, Träger und Selbsthilfe involviert sind.

Die Stadt Münster ist der Erklärung von Barcelona „Die Stadt und die Behinderten“ beigetreten.

Im *Abschnitt 3 wohnbezogene Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen* wird die vom ZPE ermittelte Rate für Plätze pro 1000 Einwohner in Wohneinrichtungen und Außenwohngruppen für Münster mit 3,82 (Durchschnittswert NRW: 2,35) und im Betreuten Wohnen mit etwa 0,72 Personen pro 1000 Einwohner (Durchschnittswert NRW: 0,61) angegeben.

Bei nach Zielgruppen differenzierter Darstellung (3.2 *wohnbezogene Unterstützungsangebote für Menschen mit seelischer Behinderung*, Seite 22 ff) ermittelte das Forschungsinstitut für Menschen mit seelischer Behinderung folgende Angebote wohnbezogener Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe:

- Etwa 1,10 Plätze pro 1000 Einwohner in Wohnheimen (Durchschnittswert NRW 0,45);
- Etwa 0,11 Plätze pro 1000 Einwohner in Außenwohngruppen (Durchschnittswerte NRW 0,08) und
- Hilfen im Betreuten Wohnen für ca. 0,49 Menschen pro Tausend Einwohner (Durchschnittswert NRW: 0,36).

Das Forschungsinstitut stellt weiterhin fest: Eine kommunale Verantwortlichkeit für den Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinderung ist nicht nur durch die Zuständigkeit als örtlicher Sozialhilfeträger gegeben, sondern auch durch die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zu nennen sind hier insbesondere die Aufgaben der Koordination und die Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes. Der Grundsatz weist zum anderen darauf hin, dass der Bedarf an wohnbezogenen Hilfen nicht einmalig und dauerhaft geklärt werden kann, sondern in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf und den sonstigen Möglichkeiten des Hilfesystems gesehen werden muss. Menschen mit einer seelischen Behinderung haben in der Regel eine Wohnung. Die Hilfen sollen sie befähigen, ihren Alltag zu bewältigen und in ihrem sozialen Umfeld stabile Beziehungen aufzubauen. Die ambulanten Hilfen zum selbständigen

Wohnen fügen sich hier ein in ein regional unterschiedlich entwickeltes Netzwerk sozialpsychiatrischer Hilfen.

Nach Feststellung des ZPE fällt im landesweiten Vergleich auf, dass die Stadt Münster insbesondere im stationären, aber auch im ambulanten Bereich über überdurchschnittlich viele Plätze an wohnbezogenen Hilfen von verschiedenen Trägern verfügt. ... Dennoch werden die Angebote im stationären und ambulanten Bereich wie auch im Bereich der Hilfen zum Übergang in selbständige Wohnformen sowie die Angebote begleitender Beratung als nur teilweise gedeckt bewertet.

Im *Abschnitt 3.3 wohnbezogene Unterstützungsangebote für Menschen mit Suchterkrankungen* (Seite 24 ff) stellt das Forschungsinstitut fest: Ganz ähnlich wie im Bereich der Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung weist der Bereich der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen große Überschneidungen zum System gesundheitlicher Versorgung auf. Die Hilfen zielen auf eine dauerhafte Veränderung der sozialen Situation der Klientel und sollen zur Alltagsbewältigung und zum Aufbau stabiler Beziehungen im sozialen Umfeld beitragen. Da Menschen mit Suchterkrankungen im hohem Maße auch von Wohnungslosigkeit betroffen sind, besteht eine wichtige Aufgabe der Unterstützung darin, Übergänge und die Eingliederung in Wohnumfelder zu bewerkstelligen. Eine Kombination von Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen ist bei vielen Patient/innen anzutreffen und stellt spezielle Anforderungen an das Hilfesystem. Eine kommunale Verantwortlichkeit für den Personenkreis der Menschen mit Suchterkrankungen ist demnach nicht nur durch die Zuständigkeit als örtlicher Sozialhilfeträger gegeben, sondern auch in der Bekämpfung von Obdachlosigkeit und durch die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zu nennen sind hier insbesondere die Aufgaben der Koordination und die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Der Bedarf an wohnbezogenen Hilfen kann nicht einmalig und dauerhaft geklärt werden, sondern muss im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf und den sonstigen Möglichkeiten des Hilfesystems gesehen werden. ...

An wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen im Rahmen der Eingliederungshilfe wurden für Münster festgestellt:

- Etwa 0,13 Plätze pro 1000 Einwohner in Wohnheimen (Durchschnittswert NRW: 0,13);
- Etwa 0,01 Plätze pro 1000 Einwohner in Außenwohngruppen (Durchschnittswert NRW: 0,01) und
- Hilfen im Betreuten Wohnen für ca. 0,04 Menschen pro 1000 Einwohner (Durchschnittswert NRW: 0,09) (!).

Zusammenfassend wurde die Situation in Münster dahingehend bewertet, dass im landesweiten Vergleich durchschnittlich viele Plätze in Wohnheimen und Außenwohngruppen, jedoch unterdurchschnittlich viele Angebote im (ambulanten) Betreuten Wohnen bestehen. In allen Teilbereichen des Hilfesystems für suchtkranke Menschen wurden noch ungedeckte Bedarfe festgestellt, auch wenn alle bisher möglichen Bestandteile wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen in Münster vorhanden sind.

Im *Abschnitt 3.5 ambulante Krisendienste* wird deren zentrale Bedeutung für den Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen dargestellt, da für viele Menschen mit Behinderung das Leben in einer eigenen Wohnung nur dann möglich ist, wenn in Krisensituationen eine schnelle Hilfe erfolgen kann. Dies gilt im besonderen Maße für Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber auch für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Wenngleich die Notwendigkeit von Krisendiensten fachlich unumstritten ist, sind regionale Krisendienste aufgrund ungeklärter Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen als eigenständiges Angebot nur selten vorhanden.

Im Weiteren wird der psychiatrische und psychosoziale Krisennotdienst an Wochenenden in Münster im Einzelnen dargestellt (vgl. 2.1 Kriseninterventionen).

Im *Abschnitt 4 Perspektiven der Hilfen für Menschen mit Behinderungen in der Stadt Münster* wird der Ausbaustand der Angebote für Menschen mit Behinderung und auch für Menschen mit seelischer Behinderung als insgesamt überdurchschnittlich gut be-

schrieben und dies als Effekt der kooperativen Planung im Arbeitskreis Psychiatrie bewertet. Die hohe Anzahl von stationären Plätzen wird insbesondere auf das hohe klinische Bettenangebot mit überregionalen Aufnahmen zurückgeführt.

Im Bereich der Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen wird das Angebot im ambulanten Bereich als entwicklungsbedürftig bewertet.

Handlungsbedarf wird für alle Zielgruppen in den nachstehenden Bereichen gesehen:

- Ausbau des ambulanten Angebotes und tagesstrukturierender Maßnahmen
- Finanzierung ambulanter Angebote, unter anderem Flexibilisierung des Personalschlüssels/Abschaffung des 1:12 Schlüssels,
- Einstieg des Leistungsträgers in die Sozialplanung auf örtlicher Ebene
- Vernetzung
- Erhöhung der Pass- und Zielgenauigkeit der Hilfen
- Abbau bürokratischer Strukturen durch Flexibilisierung und zeitnahe Umsetzung der Hilfeplanverfahren zur Realisierung der Zielsetzung der Zuständigkeitsverlagerung.

Im *Abschnitt 5 Einschätzung der Zuständigkeitsveränderung durch die örtlichen Akteure* werden an Problemen des Gesamtversorgungsbereiches benannt:

- Der Kostendruck führt zur Reduktion der fachlichen Qualifikation in bestehenden Angeboten
- Gefahr der Monopolisierung der Versorgungsangebote
- Damit Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechtes der Menschen mit Behinderung
- Qualität des Hilfeplanverfahrens
- Gefahr des Verlustes von Transparenz
- Gefahr der Hemmung seit Jahren betriebener Planungen infolge der Hochzoonung
- Gefahr nicht ausreichender Informationen von Seiten des Landschaftsverbandes an die örtliche Sozialplanung.

2.5.5 Zu den zusammenfassenden Handlungsvorschlägen Betreutes Wohnen:

1. Die Zuständigkeit für die ambulante Eingliederungshilfe ist zum 01.07.2003 dem überörtlichen sozialhilfeträger (LWL) durch Rechtsverordnung des Landes übertragen worden.

2.1 Der Planungsprozess zwischen LWL, Stadt, den kommunalpolitischen Gremien und

Trägern wird durch die vor dem Abschluss stehenden Zielvereinbarungen zwischen dem LWL und der Stadt Münster im Einzelnen geregelt und beschrieben.

2.2 Mit intensiver Beteiligung der

Arbeitsgruppe Wohnen aus dem Arbeitskreis Psychiatrie wurde das Konzept der individuellen Hilfeplanung in Münster weiterentwickelt und dem Landschaftsverband zur Weiterentwicklung seines Antrags- und Clearing-Verfahrens zur Verfügung gestellt.

Insoweit und wie oben beschrieben befinden sich diese Handlungsvorschläge im Prozess der Umsetzung und Realisierung. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auch für die Zukunft bis zur endgültigen Klärung der Zuständigkeit für die ambulante Eingliederungshilfe zum Wohnen, dass die Stadt Münster aktiv und initiativ an dem entsprechenden Planungs- und Umsetzungsprozess sich beteiligt und hierfür die notwendigen Ressourcen im Rahmen der Behinderten- und Psychiatriekoordination wie auch im Rahmen der Einzelfallhilfen nach dem PsychKG und SGB XII durch ihre Dienste (Sozialpsychiatrischer Dienst und KSD - kommunaler Sozialdienst) vorhält.

3. Wesentliche Planungsschritte und konkrete Vorbereitungen zum Ausbau der bisherigen Angebote, insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfen zum Wohnen für suchtkranke Menschen sind in Kooperati-

on mit dem LWL begonnen worden. Hierzu zählen sowohl der Ausbau der ambulanten Wohnbetreuungsplätze als auch die weit fortgeschrittenen Planungen zur Schaffung einer Einrichtung zur fakultativ geschlossenen Wohnbetreuung für schwer sucht- und psychisch kranke Menschen durch den Wohnverbund der WKM. Die unter anderem wegen des Postulats der Platzzahlneutralität schwierigen Planungs- und Entwicklungsschritte konnten in der Arbeitsgruppe Wohnen des Arbeitskreises Psychiatrie nach langjährigen Vorarbeiten doch schrittweise erfolgreich vorbereitet und umgesetzt werden, so dass für das Jahresende 2006 mit einer Umsetzung gerechnet werden kann. Insbesondere im Hinblick auf die große Zahl der psychiatrisch und suchtkranken Männer in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Münster besteht dennoch in diesem Feld noch weiterer konkreter Planungs- und Entwicklungsbedarf, der aufgrund der gegenwärtigen Rechtsgrundlagen durch die Stadt Münster aktiv initiiert und vom Landschaftsverband wird umgesetzt werden müssen.

4. Die Frage der Schlüssel-flexibilisierung bei der Betreuungsintensität ambulant (zum Wohnen) betreuter Menschen hat sich durch die Bemessung von Fachleistungsstunden im Rahmen des Clearingverfahrens des LWL im Sinne der Flexibilisierung geregelt.
5. Die Ansätze zu neuen Betreuungsformen für chronisch mehrfach beeinträchtigte psychisch Kranke mit Suchterkrankung wurden oben im Abschnitt 3. schon angesprochen. Weiterentwickelt werden müssen insbesondere die Konzepte der mittelfristigen Betreuung im Haus der Wohnungslosenhilfe, in der Pension Plus sowie im Christopherusheim sowie in der Sozialtherapeutischen Wohneinrichtung im Kettler Haus, darüber hinaus muss das Konzept zu zumindest fakultativ geschlossenen Wohnbetreuungsangeboten für

Suchtkranke durch den Wohnverbund des LWL möglichst zeitnah umgesetzt werden.

Neben der Westfälischen Klinik Münster und ihrem Wohnverbund und den Angeboten der Bischof Hermann Stiftung und des INDRO e. V. für suchtkranke Menschen hat für die Zukunft auch die Alexianer-Krankenhaus gGmbH mit ihren Wohnangeboten die Bereitschaft zur Entwicklung von Wohnbetreuungsformen für sucht- und psychisch kranke Menschen erklärt, so dass damit gerechnet werden kann, dass im Zuge der Umsetzung der Prinzipien Umwandlung/Umwidmung und Weiterentwicklung bisheriger stationärer Betreuungsformen auch dort zukünftig die dringend benötigten Kapazitäten für Wohnbetreuungsformen für chronisch suchtkranke Menschen zur Verfügung stehen werden. Die Planungen werden im Einzelnen mit dem LWL realisiert werden müssen.

6. Die Wohnbetreuungsangebote für multitraumatisierte Patientinnen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung wurden in den letzten 3 Jahren weiterentwickelt und im Zuge der Realisierung von ambulanten Eingliederungshilfen zum Wohnen durch den LWL auch in quantitativer Hinsicht deutlich erweitert, insbesondere im Rahmen der von BEWO (Verein der Angehörigen psychisch Kranker e.V.) entwickelten störungsspezifischen Betreuungsansätze, nachdem bei dem gleichen Krankenhausträger auch die in diesem Indikationsbereich spezialisierte EOS-Klinik seit 2004 tätig wurde.
7. Nach den bisherigen Planungen werden ab Anfang 2007 zunächst voraussichtlich 8 zumindest fakultativ geschlossene Wohnbetreuungsplätze für chronisch mehrfach geschädigte suchtkranke Männer durch den Wohnverbund der WKM angeboten werden.
8. Zur Entwicklung von Konzepten zur Integration bisher forensisch unter-

gebrachter Patienten in bestehenden Münsteraner Wohneinrichtungen bzw. zur regionalen Rehabilitation dieser Patienten erfolgten seit 2005 erste Kontaktaufnahmen zum Stützpunkt Nachsorge (Stützpunkt Nachsorge, 41236 Mönchengladbach, beim DPWV NRW). In diesem Kontext werden zukünftig Informations- und ggf. zukünftig Qualifizierungsangebote für die Träger, bzw. Anbieter der Wohnangebote in Münster entwickelt werden.

9. Die gegenwärtigen Möglichkeiten der Verordnung und Anwendung ambulanter psychiatrischer Krankenpflege wurden im entsprechenden Abschnitt (2.3) im Einzelnen erörtert.

2.7 Zu den Übergangshäusern zur medizinischen Rehabilitation

Handlungsansatz Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 2.6, November 2002)

- *Streitige Fragen der Kostenzuständigkeiten im gegliederten Sozialsystem sind vom Grundsatz her unvermeidbar und legitim. Die unmittelbaren Bedürfnisse und Ansprüche der Patienten dürfen hierdurch jedoch nicht gefährdet werden.*
- *Die Mitglieder der kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Münster (Sitzung vom 20.03.2002) appellierten an alle Verantwortlichen, in diesem Sinne zu handeln und zu einer Lösung zu finden.*
- *Um den Bestand der Einrichtungen und damit das Versorgungsangebot für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen zu erhalten, versuchen die Kostenträger untereinander gegenwärtig Übergangslösungen zu finden und haben sich vorläufig auf ein gemeinsames Aufnahmeverfahren verständigt, das aktuell den Fortbestand und die Arbeit der Einrichtungen auch über den 30.06.2002 hinaus ermöglicht.*

trägern (Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung und überörtlicher Sozialhilfeträger).

Der Abschluss des seit Jahren für die beiden Rehabilitationseinrichtungen angestrebten Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen steht nun kurz bevor. Dieser sieht für die Häuser Piusallee und Gartenstrasse weiterhin 38 Plätze vor. Fünf teilstationäre bzw. ambulante Plätze sollen in einem weiteren Schritt gegenüber den Krankenkassen beantragt werden. Die interne mittelfristige Bedarfseinschätzung des Trägers geht – nicht zuletzt aufgrund der verkürzten Regelaufenthaltssdauer auf nunmehr bis zu 9 Monaten – zunächst von 25 stationären Plätzen aus. Diese sollen vorrangig in dem Haus Gartenstraße angesiedelt werden. Sollte sich ein höherer Bedarf ergeben, wird die Platzzahl angepasst und hierfür im Einzelfall auch das Haus Piusallee genutzt werden.

Zudem führten Verhandlungen mit dem Jugendamt der Stadt Münster für das Haus Piusallee nun zum Abschluss einer Leistungsvereinbarung nach § 35 a SGB VIII über eine Wohneinrichtung für psychisch erkrankte Jugendliche und junge Volljährige. Seit Juli 2006 verfügt Münster über eine derartige Einrichtung mit 14 Plätzen. Träger ist der Förderkreis Sozialpsychiatrie e.V. in Kooperation mit dem Verbund sozialtherapeutischer Einrichtungen e. V.

2.8 Zu den Handlungsvorschlägen Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Arbeit

Zusammenfassende Handlungsvorschläge Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Arbeit (vgl. Kapitel 2.7)

- *Schaffung von anspruchsrduzierten Arbeitsplätzen auf dem 1. Arbeitsmarkt*
- *Schaffung von Ausbildungsmöglichkeiten mit reduziertem Theorieteil*
- *Schaffung von unterschiedlichen Arbeitsplätzen auch speziell im Bürobereich im Rahmen einer Integrationsfirma oder –abteilung entsprechend dem Angebot der HfR gGmbH im handwerklichen Bereich*

In den vergangenen 4 Jahren bestand eine Übergangslösung zwischen den Kosten-

- *Finanzielle Absicherung des Zuverdienstprojekts und Ausbau um mindestens 5 Plätze*
- *Errichtung mindestens einer weiteren Tagesstätte mit 20 Plätzen.*

2.8.1 Errichtung einer weiteren Tagesstätte

Nach der Beschlussvorlage (Drucksache 12/0519) des LWL vom 22.03.2006 ist die Errichtung einer weiteren Tagesstätte in der Stadt Münster vorgesehen.

Moderiert durch die kommunale Psychiatriekoordination hatten Vorgespräche zur Frage der Trägerschaft stattgefunden, da sowohl der frei gemeinnützige Träger der bestehenden Tagesstätte, der Förderkreis Sozialpsychiatrie e. V., als auch der Wohnverbund der WKM ihr Interesse an der Trägerschaft der weiteren zukünftig zu errichtenden Tagesstätte bekundet hatten.

Inzwischen sind die Trägerschaft des Förderkreises Sozialpsychiatrie gemäß dem Zweigstellenmodell des LWL geklärt und die Vorbereitungen zur Inbetriebnahme einer Zweigstelle der bisherigen Tagesstätte nahezu abgeschlossen, so dass noch in 2006 die Aufnahme neuer Besucher erfolgt. 5 Plätze werden an die bestehende Tagesstätte angegliedert, 10 Plätze im Rahmen einer Zweigstelle organisiert.

Aus der Erfahrung der bestehenden Tagesstätte ergibt sich, dass zukünftig Konzepte für tagesstrukturierende Angebote für geriatrisch-gerontopsychiatrische Patienten, die vom gegenwärtigen Tagesstättenkonzept nicht erfasst werden, wie auch für diejenigen älter gewordenen psychisch kranken Menschen zu entwickeln sein werden, die bisher über Jahre die Tagesstätte besuchten, für die aber nach Erreichen des 65. Lebensjahres neue tagesstrukturierende Angebote gesucht werden müssen.

2.8.2 Organisationseinheit Ergotherapie der WKM, Alexianer-Werkstätten Münster und ISM Industrieservice Münster, HfR-Gemeinnützige GmbH Rümpelfix und Zuverdienstfirma, berufliche Eingliederungsmaßnahmen des Förderkreises Sozialpsychiatrie e.V.

Im Bereich der Westfalenfleiß gGmbH, Arbeiten und Wohnen konnten in den vergangenen 3 Jahren die Platzzahl im Bereich ISM Industrieservice Münster im Rahmen des gemeinsam mit dem LWL (als Kostenträger) konzipierten Ausbaus der Werkstätten für behinderte Menschen um 50 zusätzliche Plätze für geschützte Arbeit für psychisch erkrankte Menschen erhöht werden (nach Einschätzung des Kostenträgers LWL liegt das Platzangebot in Münster damit an der statistisch maximalen Grenze der zu bewilligenden Platzzahl, unter Berücksichtigung des Versorgungsgebietes und der zugrunde liegenden Einwohnerzahlen). Gegenwärtig bestehen bei ISM insgesamt 230 Plätze.

Dennoch stellt der Angebotsträger weiterhin eine starke Nachfrage nach entsprechenden Beschäftigungsangeboten fest, der zum Teil mit dem erweiterten Ausbau von externen Beschäftigungsmöglichkeiten (zum Teil in Verknüpfung mit Equal-Projekten) Rechnung getragen werden soll.

Mit der Gründung des Integrationsunternehmens MDS (Münsteraner Dienstleistungs-Service) konnte 12 schwer behinderten Menschen (nicht ausschließlich psychisch behinderten Menschen) ein Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angeboten werden. Die bisherigen positiven Erfahrungen mit diesem Ansatz sollen in den nächsten Jahren einen Ausbau und Differenzierung dieses Angebotes zur Folge haben.

Für Menschen mit psychischer Erkrankung konnte der Förderkreis Sozialpsychiatrie e. V. seine Projekte „Berufliche Qualifizierung“ sowie „Berufsvorbereitung“ mit insgesamt bis zu 44 Plätzen fortsetzen. Neu aufgelegt wurde in Zusammenarbeit mit der ARGE die psychosoziale Begleitung von bis zu 20 Arbeitsgelegenheiten ebenfalls speziell für Menschen mit psychischer Behinderung.

Dennoch bestehen noch weiterhin ungedeckte Förderungsbedarfe für schwer psychisch erkrankte Menschen, die mit der Mindestbeschäftigungszeit von gegenwärtig 25 Wochenstunden in der WfbM überfordert sind und für die bislang deshalb dort immer noch keine Beschäftigungsmöglichkeit besteht. Es ist noch nicht gelungen, ein entsprechendes Angebot, das die Lücke zwischen den Angeboten mit dem zeitlichen Beschäftigungsrahmen der Zuverdienstfirma

(bis zu 8 Wochenstunden) und der bisherigen ISM-Struktur (25 Wochenstunden) schließt, zu schaffen.

Im Zuge der Umsetzung der geplanten Zielvereinbarung zwischen dem LWL und der Stadt Münster wird auch eine Vereinbarung über ein entsprechendes Angebot zwischen den bisher starren Grenzen einer „stationären“ und „ambulanten“ Eingliederungshilfemaßnahme erreicht werden müssen; dies umso mehr, als die durch die sog. Hochzoning gewollte und erreichte Intensivierung und Vermehrung ambulanter (Eingliederungshilfe-)Leistungen zum selbständigen Wohnen in der Regel durch niedrigschwellige Angebote tagesstrukturierender Maßnahmen ergänzt werden müssen, um für die Nutzer und ihre Eingliederungsziele erfolgreich zu sein.

Nach Einschätzung des Fachdienstes ISM wird sich der Bedarf an niedrigschwelligen Beschäftigungsangeboten (15-20 Wochenstunden) vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung der WfbM-Beschäftigten zunehmend erhöhen. Da die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeiten der Beschäftigten mit zunehmendem Alter sinken, werden im Vorgriff auf den bevorstehenden „Ruhestand“ fließende Arbeitszeitmodelle mit geringerer Wochenarbeitszeit von den Beschäftigten angefragt. Nach der Altersstruktur der derzeit bei ISM Beschäftigten umfasst die Gruppe der gegenwärtig 56 bis 60-jährigen 4 %, diejenige der 51-55-jährigen schon 10 %, diejenige der 46-50-jährigen 15 %. Daher müssen zum einen im Rahmen der Werkstätten (WfbM) Konzepte für individuelle „Ruhestandsvorbereitung“ (reduzierte Arbeitszeit-Modelle, Anbahnung altersgerechter Freizeitgestaltung, Einbindung in offene oder geschlossene Begegnungssysteme etc.) entwickelt und darüber hinaus einrichtungsübergreifend diese Thematik erörtert und angemessene Konzepte entwickelt werden. Die Einrichtung schlägt Diskussionen, Foren, Befragungen der Klientel, Einbeziehung von Angehörigen, Austausch unter den Mitarbeitern der psychiatrischen Einrichtungen vor, um angemessene Handlungsempfehlungen für ältere psychisch kranke Menschen in Münster zu entwickeln und zu prüfen, ob entsprechende Gemeinwesenstandards vorhanden sind bzw. entwickelt werden können, um dem Ziel der Inklusion näher zu kommen.

Das Problem der Entwicklung angemessener Konzepte und der Verfügbarkeit entsprechender Angebote von tagesstrukturierender Beschäftigung in unterschiedlicher Intensität (unterschiedlich viele Wochenstunden) stellt sich auch aus der Perspektive der Besucher der bisher in Münster verfügbaren Tagesstätte. In diesem Zusammenhang sind auch Kostenfragen, insbesondere auch aus Sicht der Nutzer bedeutsam, da es offenbar im Bereich der Altenhilfe zum Teil für die Nutzer kostenpflichtige tagesstrukturierende und beschäftigungsorientierte Angebote gibt.

2.8.3 Beratungsstellen- psychosozialer Fachdienst für schwer behinderte Beschäftigte (PSFD) (örtliche Fürsorgestelle) und beruflicher Integrationsfachdienst (IFD)

Zu Einzelheiten über die Dienste, die Beratung und spezielle Hilfen für behinderte Menschen im Arbeitsleben in Münster bieten, wird auch auf die neu vom Sozialamt, Koordinierungsstelle für Behindertenfragen herausgegebene Broschüre „Arbeit und Behinderung in Münster – Informationen für Arbeitgeber und schwer behinderte Menschen“ (2005) verwiesen.

Zu den arbeitsmarktorientierten Projekten zählt vor allem der Integrationsfachdienst und dort insbesondere der Vermittlungsbereich. Problematisch ist die durch das Integrationsamt des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe als strukturverantwortlichem Träger erfolgte Stellenreduktion auf nur noch 1,7 Planstellen. Die Aufrechterhaltung dieses Arbeitsbereiches wird zukünftig insbesondere von der verlässlichen Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit und der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Münster abhängen.

Zum Stand der Umsetzung der zusammenfassenden Handlungsvorschläge:

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind zwar in Kooperation mit dem LWL durch die Westfalenfließ gGmbH 50 zusätzliche WfbM Arbeitsplätze eingerichtet worden, dennoch besteht weiterhin ein Mangel an tagesstrukturierenden Beschäftigungsangeboten auf allen genannten Ebenen.

Die Errichtung der Zweigstelle der Tagesstätte mit zusätzlich 15 Plätzen wird nach der Beschlusslage des LWL noch im Jahr 2006 umgesetzt.

3. Handlungsempfehlungen aus weiteren Perspektiven

Handlungsansätze aus Sicht der niedergelassenen Ärzte (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 3.1, November 2002)

- *Aufsuchende Hilfen (vor Ort), Psychoedukation und Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Helfer im Einzelfall (Behandlungs-, Hilfeplanung, Case-Management) als zukünftig zu erörternde wesentliche Themen der sozialpsychiatrischen Versorgung.*

Eine erneute Befragung der niedergelassenen Nervenärzte konnte bisher nicht erfolgen. Diese Handlungsansätze entsprechen inhaltlich den im Abschnitt 1.2.3.6 Entwicklungen in der Stadt Münster benannten Grundsätzen.

3.2 Psychiatrische Krankenhäuser

Zusammengefasste Handlungsansätze aus Sicht der psychiatrischen Krankenhäuser (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 3.2, November 2002)

- *Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Individuellen Hilfeplanung z.B. durch stärkere Kooperation der Einrichtungen und Case-Management durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Dies gilt insbesondere für den Übergang von klinisch stationären Aufenthalten zu komplementären Versorgungsstrukturen bei schwer mehrfachbehinderten oder gerontopsychiatrischen Patienten.*
- *Schaffung von intensiv betreuenden ambulanten Strukturen für schwer chronisch Kranke mit geringer Mitarbeitsbereitschaft und wenig ausgeprägtem Krankheitsgefühl.*
- *Gewährleistung von psychotherapeutischer Weiterbetreuung der Patienten nach einem Kranken-*

hausaufenthalt, insbesondere auch für ältere, nicht verwirrte Patienten.

- *Schaffung weiterer Tagesklinik-Plätze.*
- *Schaffung von weiteren Versorgungsangeboten für gerontopsychiatrische Patienten: Krankenhaus-ähnliche Betreuungsintensität für komplexe Behandlungsfälle und angemessene Versorgung in Altersheimen oder durch ambulante Betreuung für schwerstdemente und verwirrte Patienten.*
- *Entwicklung stationärer, teilstationärer, ambulanter und komplementärer Versorgungsangebote insbesondere für PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung. Gerade auf diesem Gebiet empfiehlt sich eine stärkere Kooperation mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachrichtung in Münster.*

Die Situation der psychiatrischen Kliniken in Münster stellt sich aktuell wie folgt dar:

3.2.1 Westfälische Klinik Münster (WKM)

- Die Westfälische Klinik Münster (WKM) in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe ist mit 413 Behandlungsplätzen im Krankenhausplan ausgewiesen, davon sind 44 tagesklinische Behandlungsplätze. Darüber hinaus bietet der Westfälische Wohnverbund unterschiedliche Formen des Betreuten Wohnens und das Westfälische Pflegeheim auf psychisch Kranke spezialisierte Pflegeangebote. Folgende Entwicklungen lassen sich für die Klinik im Berichtszeitraum beschreiben:
- Die Suchtambulanz hat ihre Arbeit quantitativ ausgeweitet und inhaltlich differenziert. Neben der Methadonambulanz für die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten, gibt es jetzt ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote für alle Suchtkrankheiten. Ein Schwerpunkt liegt auf der Therapie chronisch alkoholabhängiger Patienten. Darüber hin-

aus konnte ein strukturiertes Gruppentherapieprogramm für junge Cannabisabhängige etabliert werden.

- Im Zuge einer Umstrukturierung der Entwöhnungsbehandlung im LWL Psychiatrieverbund erfolgte eine Konzentration auf vier Standorte, von denen einer die WKM ist. Das Westfälische Therapiezentrum für medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen Münsterland hält inzwischen 20 stationäre und 10 tagesklinische Plätze für medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vor.
- Die Abteilung Gerontopsychiatrie der WKM und die geriatrischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Münster haben eine enge Kooperation aufgebaut. Beide Abteilungen bilden das Zentrum für Altersmedizin. Dort findet ein intensiver interdisziplinärer Austausch mit regelmäßigen gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen, Visiten, Personalhospitationen und konsiliarärztlicher Tätigkeit statt. In der Planung befindet sich eine gemeinsam betriebene geriatrisch-geronto-psychiatrische Station. Ziel des Zentrums für Altersmedizin ist es, die Integration somatischer und psychiatrischer Therapie voranzutreiben und damit die Versorgung älterer Menschen zu verbessern.
- Im Bereich der psychiatrischen Behandlung von geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen wurde das stationäre Angebot (Station für diese Klientel mit 18 Betten) um eine Spezialambulanz erweitert. Die Kooperation mit den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe wurde intensiviert.
- In der Abteilung allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie wurden weitere spezialisierte Behandlungsangebote aufgebaut. Neben den bisherigen Schwerpunkten (Depressionsstation, chronisch psychisch Kranke, Psychotherapie junger Erwachsener) sind weitere Programme für Patienten mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS), schweren Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen

sowie für Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen entwickelt und etabliert worden. Weiterhin ist eine geschützt-geschlossen geführte Krisenstation für Menschen in akuten psychosozialen und suizidalen Krisen eröffnet worden.

- Im Arbeitsbereich konnten die bestehenden Angebote der Arbeitstherapie um extramurale Praktika erweitert werden. Weiterhin wird in Kooperation mit dem Arbeitsamt eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme für psychisch Behinderte in der Arbeitstherapie der WKM durchgeführt (vgl. auch 2.8).
- Der im Handlungsprogramm beschriebene Trend zu einer Erhöhung der Fallzahlen und Reduktion der Verweildauern in den psychiatrischen Krankenhäusern hat sich im Berichtszeitraum weiter fortgesetzt. Sowohl die Patienten und ihre Angehörigen als auch die ambulant behandelnden Ärzte und die komplementären Dienste müssen sich auf immer kürzere Behandlungszeiten in der Klinik einstellen. Dadurch steigen die Anforderungen an eine schnelle und flexible Kooperation.

Tabelle 9

Anzahl der behandelten Patienten im Jahr 2005 in der Westfälischen Klinik Münster

Diagnosengruppe Führende Diagnose	Stationär		Teilstationär		Gesamt	
F0 Organische u symptomat. Ps. St.	209	7 %	10	2 %	219	6 %
F1 Psychotrope Substanzen	1186	39 %	121	27 %	1307	37 %
F2 Schizophrenie u wahnh. St.	499	16 %	75	17 %	574	16 %
F3 Affektive Störungen	671	22 %	205	46 %	876	25 %
F4 Neurotische, Belastungs- u somatoforme St.	221	7 %	22	5 %	243	7 %
F5 Verh.auff. mit körperl. St. (Essstörungen)	8	0,3 %	2	0,5 %	10	0,3 %
F6 Persönlichkts.- u. Verh.störungen	68	2 %	8	2 %	76	2 %
F7 Intelligenzminderung	4	0,1 %	0	0 %	4	0,1 %
F8 Entwicklungsstörungen	2	0,1 %	0	0 %	2	0,01 %
F9 Verh. St m B i Kindh. u Jugend	3	0,1 %	1	0,2 %	4	0,1 %
Sonstige	205	7 %	2	0,5 %	207	6 %
gesamt	3076	100 %	446	100 %	3522	100 %

3.2.2 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKM

- Bauliche und strukturelle Entwicklungen in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster haben zu einer internen Neustrukturierung der wie bisher 95 vollstationären Behandlungsplätze auf 5 Stationen mit jeweils 15-20 Betten geführt. Der Um- und Ausbau der Stationen konnte nach ca. 2-jähriger Bauzeit abgeschlossen und den Patienten so ein zeitgemäßes raum- und Infrastrukturangebot für ihre Behandlung und den Mitarbeitern auch für die wissenschaftliche Forschung verbesserte Möglichkeiten geschaffen werden.
- Von der Klinik wird der Ausbau der teilstationären Versorgung psychisch Kranker (dort bisher mit 18 teilstationären Behandlungsplätzen der Tagesklinik) für sinnvoll gehalten.

Insbesondere für Patienten mit affektiven Störungen, bzw. neurotischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen stehen aus dortiger Sicht nicht ausreichend spezialisierte Angebote zur Verfügung.

- Die dortige Institutsambulanz ist im stetigen Wachstum begriffen. Spezialisierte Angebote konnten weiter ausgebaut werden. So bestehen Spezialsprechstunden für Patientinnen und Patienten mit folgenden Krankheitsbildern: Affektive Störungen, psychotische Erkrankungen (insbesondere Früherkennung und Frühbehandlung: SAMPS), Angsterkrankungen, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen inklusive Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter, Transsexualität und trauernde Eltern nach Fröhthod ihres Kindes.
- Das Verhältnis von Patienten aus Münster zu Patienten von außerhalb des Stadtgebietes Münsters in der

stationären und ambulanten Versorgung der Universitätsklinik beträgt weiterhin ca. 50:50. Dies entspricht dem universitären Versorgungsauftrag als Tertiärzentrum. Die Regionalisierung wird von dort für die Primärversorgung nach wie vor für wichtig und notwendig erachtet. Hierzu sollten sich jedoch auch überregional angebotene spezialisierte Behandlungsangebote ergänzen, wie sie zum Teil ja von den Münsteraner Kliniken bereits angeboten werden. Diese überregional angebotenen Spezialisierungen sind deswegen notwendig, da eine rein regionalisierte Primärversorgung aufgrund des Patientenaufkommens der jeweiligen Einrichtung nicht für jede schwere Störung ein spezialisiertes Angebot anbieten kann.

Tabelle 10

Anzahl der behandelten Patienten im Jahr 2005 in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster

Diagnosengruppe	Stationär		Ambulant		Gesamt	
Führende Diagnose						
F0 Organische u symptomat. Ps. St.	16	2 %	201	13 %	217	10 %
F1 Psychotrope Substanzen	21	3 %	64	4 %	85	4 %
F2 Schizophrenie u wahnh. St.	187	25 %	169	11 %	356	15 %
F3 Affektive Störungen	398	53 %	563	38 %	961	43 %
F4 Neurotische, Belastungs- u somatoforme St.	68	9 %	291	19 %	359	16 %
F5 Verh.auff. mit körperl. St. (Essstörungen)	28	4 %	40	3 %	68	3 %
F6 Persönlichkts.- u. Verh.störungen	22	3 %	76	5 %	98	4,3 %
F7 Intelligenzminderung	0	0 %	2	0,1 %	2	0,1 %
F8 Entwicklungsstörungen	1	0,1 %	5	0,3 %	6	0,3 %
F9 Verh. St m B i Kindh. u Jugend	6	0,8 %	92	6 %	98	4,3 %
Sonstige	0	0%	0	0 %	0	0 %
Gesamt	747	100 %	1503	100 %	2250	100 %

3.2.3. Alexianer-Krankenhaus Münster gGmbH

Den differenzierten Erfordernissen moderner Psychotherapie und Psychiatrie wurde baulich und strukturell noch weiter Rechnung getragen.

Die Damian-Klinik für Gerontopsychotherapie und Gerontopsychiatrie steht seit Juli 2005 zur Verfügung. Der Binnendifferenzierung entsprechend wurde der allgemeinpsychiatrische Bereich als eigene Fachklinik Maria Brunn für Psychotherapie und Psychiatrie gefasst. Hier geht es um weitere stationsbezogene Schwerpunktbildung, störungsspezifische integrierte Behandlung und Vernetzung mit den komplementären Angeboten (Schnittstellenmanagement durch die Ambu-

lanz, Kooperation mit BEWO usw.).

Im Bereich Sucht kooperiert die Klinik u. a. mit dem St. Antonius Fachkrankenhaus für qualifizierte Entzugsbehandlung in Hörstel. Diese Klinik hat sich 2005 dem Verbund der Alexianer angeschlossen.

Schließlich wird Ende 2006 mit dem Bau der Christopherus-Klinik zur Behandlung intelligenzgeminderter forensischer Patienten auf dem Gelände des Alexianer-Krankenhauses Münster begonnen (vgl. 1.2.3.5).

Tabelle 11

Anzahl der behandelten Patienten im Jahr 2005 im Alexianer-Krankenhaus Münster gGmbH

Diagnosengruppe Führende Diagnose	Vollstationär		Teilstationär		Gesamt	
F0 Organische u symptomat. Ps. St.	96	12 %	44	49 %	140	16 %
F1 Psychotrope Substanzen	5	0,6 %	1	1 %	6	0,7 %
F2 Schizophrenie u wahnh. St.	65	8 %	6	7 %	71	8 %
F3 Affektive Störungen	397	49 %	35	39 %	432	48 %
F4 Neurotische, Belastungs- u somatoforme St.	155	19 %	4	4 %	159	18 %
F5 Verh.auff. mit körperl. St. (Essstörungen)	17	2 %	0	0 %	17	2 %
F6 Persönlichkeits- u. Verh.störungen	72	9 %	0	0 %	72	8 %
F7 Intelligenzminderung	3	0,4 %	0	0 %	3	0,3 %
F8 Entwicklungsstörungen	1	0,1 %	0	0 %	1	0,1 %
F9 Verh. St m B i Kindh. u Jugend	1	0,1 %	0	0 %	1	0,1 %
sonstige	0	0 %	0	0 %	0	0%
gesamt	812	100 %	90	100 %	902	100 %

Die Betrachtung der Hauptdiagnosen der in den Kliniken behandelten Patienten zeigt, dass in der WKM besonders suchtkranke

Menschen Aufnahme finden, in der Klinik für Psychiatrie des UKM und im Alexianer-Krankenhaus ein Schwerpunkt in der Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen besteht und im Alexianer-

Krankenhaus besonders auch Patienten mit organisch bedingten Psychosen behandelt werden.

Unter den (ambulanten) Patienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes bildeten in 2005 die Patienten mit schizophrenen Psychosen und diejenigen mit Suchtkrankheiten die größten Gruppen (vgl. 2.2).

3.2.4 Zu den Handlungsansätzen aus Sicht der psychiatrischen Krankenhäuser

- Die Maßnahmen zur individuellen Hilfeplanung haben eine nur zum Teil zufrieden- stellende Strukturierung durch die Folgen der so genannten

Hochzoning und das in der Folge vom LWL etablierte Clearingverfahren im Rahmen des Antragsverfahrens auf Eingliederungshilfen zum Wohnen erfahren. An diesem durch die Arbeitsgruppe Wohnen und die kommunale Psychiatriekoordination unterstützten Prozess haben sich die psychiatrischen Kliniken in den vergangenen 3 Jahren engagiert beteiligt. Allerdings wurden nicht alle Anregungen vom LWL im Rahmen seines Verfahrens bisher aufgegriffen und realisiert. In der Praxis konnten wegen des Fehlens entsprechender Personalressourcen Casemanagementfunktionen für die schwer mehrfach behinderten oder gerontopsychiatrischen Patienten weder durch den Sozialpsychiatrischen Dienst noch durch andere Institutionen in vermehrtem Umfang übernommen werden.

- Ein weiterer Ausbau von intensiv betreuenden ambulanten Strukturen für schwer chronisch Kranke mit geringer Mitarbeitsbereitschaft und wenig ausgeprägtem Krankheitsgefühl, über die schon bestehenden Aktivitäten des Sozialpsychiatrischen Dienstes hinaus konnte bisher aufgrund fehlender materieller Ressourcen nicht erreicht werden.
- Über die Gewährleistung von psychotherapeutischer Weiterbetreuung der Patienten nach einem Krankenhaus-aufenthalt, insbesondere auch für äl-

tere, nicht verwirrte Patienten läuft unter anderem gegenwärtig eine Untersuchung im Rahmen einer Promotionsarbeit der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des UKM.

- Weitere Tagesklinikplätze konnten bisher in Münster nicht errichtet werden.
- Weitere Versorgungsangebote für gerontopsychiatrische Patienten mit krankenhaushähnlicher Betreuungsdensität für komplexe Behandlungsfälle und angemessene Versorgung in Altersheimen oder durch ambulante Betreuung für schwerst demente und verwirrte Patienten konnte in Teilen durch Weiterentwicklungen entsprechender Konzepte in den Einrichtungen erreicht werden.
- Eine Weiterentwicklung stationärer, teilstationärer, ambulanter und komplementärer Versorgungsangebote insbesondere für Patienten/innen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung erfolgte durch den Ausbau entsprechender Behandlungskonzepte in der WKM und die Errichtung der EOS-Klinik der Alexianer-Krankenhaus Münster gGmbH.

3.3 Betroffene und Angehörige

Zusammenfassende Handlungsansätze aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 3.3, November 2002)

- *Wissenschaftliche Untersuchung von Auswirkungen von Gewalterfahrungen bei psychisch kranken Menschen.*
- *Stärkerer Einbezug der Angehörigen bei der Behandlung und Betreuung der Patienten.*
- *Schaffung einer neutralen Beschwerdestelle.*
- *Förderung eines respektvollen Umgangs mit den Betroffenen durch angemessene Krankenhaus-Stationen, individuelle Hilfeplanung und die Integration von Soteria-Ansätzen in das bestehende Behandlungs- und Betreuungsangebot.*

- *Ausweitung des Krisennotdienstes auf die Woche*
- *Stärkere Berücksichtigung frauen- und kinderspezifischer Bedürfnisse in der Behandlung und Betreuung*
- *Mehr Informationen zu psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für psychisch Kranke*
- *Schaffung von Stellen auf dem 1. Arbeitsmarkt für psychisch Kranke*

3.3.1 Verein der Angehörigen psychisch Kranker e. V. Münster

Der Angehörigenverein ist ein Zusammenschluss von Familienmitgliedern, Freunden und Helfern psychisch kranker Menschen. Wichtigstes Ziel ist die gegenseitige Unterstützung durch Gespräche, Anteilnahme und Solidarität. Experten informieren die Mitglieder darüber hinaus über den akuten Erkenntnisstand psychischer Erkrankungen und deren Behandlung. Der Verein unterstützt die Belange der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen durch Öffentlichkeitsarbeit und Mitsprache in kommunalen Gremien und ist Mitglied im Landes- und Bundesverband.

Der Verein hat die Organisation der Anti-Stigma-Kampagne Münster übernommen. Schirmherr ist der Oberbürgermeister Dr. Tillmann.

Er ist Gründer und Träger der Einrichtung BEWO, betreutes Wohnen mit derzeit 125 Bewohnern.

Als Handlungsbedarf für Münster werden aus Sicht des Vereins folgende Punkte genannt:

Angehörige: Anders als bei somatischen Erkrankungen üblich werden Angehörige bei psychischen Erkrankungen zu wenig einbezogen. Sie werden nicht als Ressource gesehen, sondern als zusätzliche Belastung. Informationen zur Krankheit und zum richtigen Umgang mit dem betroffenen Familienangehörigen sind schwer oder gar nicht zu erhalten. Sinnvoll wäre eine enge Begleitung der Familien bei einer Ersterkrankung. Angehörigenarbeit sollte ein Qualitätsmerkmal von Einrichtungen sein.

Betroffene: Wünschenswert ist eine intensive Mitarbeit der Betroffenen bei der kommunalen Psychiatrieplanung.

Beschwerdestelle: Münster braucht dringend eine neutrale Beschwerdestelle, bestehend aus Betroffenen, Angehörigen und Profis für den gesamten ambulanten und klinischen Bereich. Die dort Tätigen sollten viel über die Strukturen wissen und gleichzeitig unabhängig von ihnen sein.

Psychiatrische Kliniken: Die Patienten sollten als gleichberechtigte Partner akzeptiert, Angehörige regelmäßig informiert werden. Akutstationen sollten ein stressfreier Ort der Ruhe sein. Bei Ersterkrankungen sollte beachtet werden, dass hier und heute der Grundstein für eine möglicherweise langjährige vertrauensvolle Beziehung gelegt werden muss. Mitarbeiter sollten für Krisensituationen, v.a. bei Zwangsmaßnahmen, geschult und begabt sein. Insgesamt sollte in den Einrichtungen mehr Respekt und Freundlichkeit herrschen. Betroffene und Angehörige klagen noch immer, dass viel zu wenig mit ihnen gesprochen wird.

Krisennotdienst: Der Krisennotdienst wird von den Angehörigen als Erfolg gewertet. Zwangseinweisungen sind angemessener geworden und besser koordiniert. Allerdings wäre eine Ausweitung auf die Woche wünschenswert.

Individuelle Hilfeplanung: Den Betroffenen und Angehörigen wird oft eine Ochsentour durch die verschiedenen Einrichtungen und ein überfordernder Kontakt zu all zu vielen Menschen zugemutet. Notwendig wäre eine koordinierte, individuelle und begleitende Hilfe.

Kinder: Für psychisch kranke allein erziehende Mütter müssen Lösungen für die Unterbringung ihrer Kinder gefunden werden, bzw. Kindertagesstätten, die den Kliniken angegliedert sind. Auswärtsunterbringung für psychisch kranke Kinder sollte es in Zukunft nicht mehr geben. Den Familien und dem erkrankten Jugendlichen sollte von Anfang an ein Bezugsteam zur Seite stehen.

Frauen: Spezifisch weibliche Störungen und abweichende Reaktionen auf Medikamente sollten Helfern bekannt sein.

Psychotherapie: In Münster gibt es ein ausreichendes Angebot an niedergelassenen Therapeuten.

3.3.2 Zu den zusammenfassenden Handlungsansätzen aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen

- Die wissenschaftliche Untersuchung von Auswirkungen von Gewalterfahrungen bei psychisch kranken Menschen konnte bisher mangels entsprechender materieller Ressourcen und aufgrund der erheblichen methodischen Anforderungen und Schwierigkeiten bisher weder auf Landes- noch auf kommunaler Ebene erfolgen.
- Der Appell zum stärkeren Einbezug der Angehörigen bei der Behandlung und Betreuung der Patienten besteht generell fort und wird von den beteiligten Einrichtungen im Einzelfall umgesetzt.
- Eine neutrale Beschwerdestelle konnte bisher mangels entsprechender Ressourcen in Münster nicht eingerichtet werden.
- Der Appell zur Förderung eines respektvollen Umgangs mit den Patienten in den Einrichtungen besteht fort und wird dort im Einzelfall aufgegriffen und umgesetzt.
- Eine Ausweitung des Krisennotdienstes auf die Woche konnte bisher mangels entsprechender materieller und personeller Ressourcen nicht erfolgen (vgl. oben Abschnitt 2.1 Krisenintervention)
- Der Appell zur stärkeren Berücksichtigung Frauen- und Kinderspezifischer Bedürfnisse in der psychiatrischen Behandlung und Betreuung besteht fort und wird von den Einrichtungen im Einzelfall aufgegriffen und umgesetzt.
- Informationen zu psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen sind über die behandelnden Ärzte, die kassenärztlichen Vereinigungen und die Psychotherapeutenkammer erhältlich.
- Eine Erweiterung der Stellen auf dem 1. Arbeitsmarkt für psychisch Kranke konnte durch die entsprechenden Aktivitäten der WfbM/ISM Münster (vgl. Abschnitt 2.8) zumindest in Teilen erreicht werden.

3.4 Handlungsvorschläge im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt Unterbringungen

Handlungsvorschläge aus Sicht des Forschungsprojektes Unterbringung (vgl. Handlungsprogramm, Kapitel 3.4, November 2002)

- *Einrichtung eines psychiatrischen Notdienstes auch innerhalb der Woche, möglichst mit einem gemischtgeschlechtlichen Einsatzteam des Ordnungsamtes und unter Einbezug der Kassenärzte. Vorgeschlagen wird ein Koordinator der auch als erster Ansprechpartner dient.*
- *Bessere Verabredungen mit der Polizei zu verzögerungsfreieren Verfahren*
- *regelmäßige Fortbildungen für niedergelassene Ärzte und Ärzte der Allgemeinkrankenhäuser zur sachgerechten Ausstellung von Unterbringungszeugnissen*
- *Verstärkte Koordination zwischen den Akteuren zur besseren Behandlungskontinuität im Sinne einer umfassenden individuellen Hilfeplanung*
- *Weiterentwicklung der Dokumentation und der Formulare der Unterbringungsatteste*
- *Verwirklichung der relevanten Handlungsvorschläge der Abschnitte 1 und 2: Krisenintervention und Beratung und Kontakt.*

Zum Stand der Umsetzungen:

- Die Einrichtung eines psychiatrischen Notdienstes auch innerhalb der Woche konnte bisher mangels materieller und personeller Ressourcen nicht erfolgen.
- Die Verfahrensregelungen mit der Polizei konnten nach der Übernahme der Funktion der unteren örtlichen Ordnungsbehörde in Unterbringungssachen durch die Feuerwehr der Stadt Münster zwischen den Leitstellen der Feuerwehr und der Polizei neu vereinbart und geregelt werden. Dies führt zu einem in der alltäglichen

Praxis jetzt im Wesentlichen verzögerungsfreien kooperativen Verfahren. Die Übernahme der Funktion der unteren örtlichen Ordnungsbehörde durch die Feuerwehr führte zu einer weiteren erfreulichen Professionalisierung der Abläufe bei Unterbringungen nach dem PsychKG, die durch die Einbeziehung der Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes in das Fortbildungskonzept der Mitarbeiter der Feuerwehr unterstützt werden konnte.

Durch die Übernahme dieser Funktionen durch die Feuerwehr konnte – gewissermaßen als erwünschte Nebenwirkung – auch ein Beitrag zum Prozess der Gleichstellung von psychisch und suchtkranken Patienten geleistet werden, da so auch bei psychiatrischen Notfällen – wie in den Fällen körperlicher Erkrankter – die Feuerwehrleitstelle und ihr Krankentransport beteiligt sind.

- Fortbildungen für niedergelassene Ärzte und Ärzte der Allgemeinkrankenhäuser zur sachgerechten Ausstellung von Unterbringungszeugnissen konnten bisher von städtischer Seite nicht initiiert werden.
- Die Koordination zwischen den Akteuren zur besseren Behandlungskontinuität im Sinne einer umfassenden individuellen Hilfeplanung wird in Ansätzen durch die Einzelfallbetreuungsarbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Aktivitäten der kommunalen Psychiatriekoordination im Arbeitskreis Psychiatrie und seinen Arbeitsgruppen als fortlaufende Aktivität unternommen.
- Die Dokumentation über die Unterbringungen erfolgt in Kooperation zwischen der Feuerwehr als unterer örtlicher Ordnungsbehörde und der Psychiatriekoordination in Zusammenarbeit mit dem LÖGD Bielefeld, von dem seit mehreren Jahren entsprechende Regionalberichte zum Unterbringungsgeschehen erarbeitet und auch für die Stadt Münster zur Verfügung gestellt werden konnten

(zuletzt: Die Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmassnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen (PsychKG NRW) und dem Betreuungsrecht des Bundes (BtR), Ergebnisse der Datenerhebung 2004, Bericht Stadt Münster). In den Jahren 2002 bis 2004 ergab sich insgesamt ein Anstieg der Unterbringungsraten, mit gewissen Verschiebungen der Anteile der Unterbringungen nach dem PsychKG und nach dem Betreuungsrecht des Bundes.

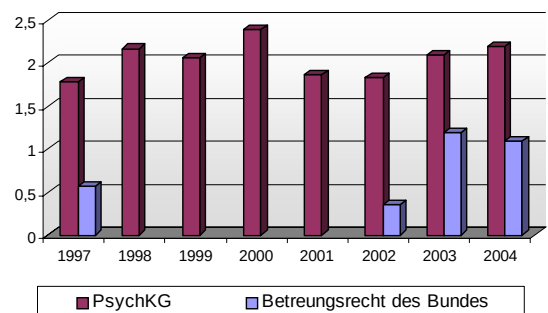


Tabelle 13

	Stadt Münster	NRW (Daten aus 54 Kommunen)
1. Psychisch-Kranken-Gesetz und Betreuungsrecht		
Alle Unterbringungen (PsychKG und BtR) im Laufe des Jahres 2004:	888	-
Quote aller Unterbringungen je 1000 Einwohner:	3,29	- *
2. Psychisch-Kranken-Gesetz-Unterbringungspraxis		
Alle Unterbringungen nach PsychKG:	592	-
Quote der PsychKG-Unterbringungen je 1000 Einwohner:	2,19	1,10
Anteil der Unterbringungen außerhalb der Gebietskörperschaft:	16,89%	18,72%
Anteil der sofortigen Unterbringungen nach § 14 PsychKG NRW:	97,47%	91,15%
Anteil der Unterbringungen durch die Rufbereitschaft der Behörde:	54,05%	61,80%
Anteil der Personen ab 60 Jahre an allen untergebrachten:	27,53%	24,48%
Anteil der Frauen an den nach PsychKG untergebrachten Personen:	42,23%	42,71%
Anteil der Suchtkranken an den nach PsychKG untergebrachten Personen:	31,93%	22,46%
Anteil der PsychKG-Unterbringungen durch		
• niedergelassene Nervenärzte:	1,35%	7,55%
• Sozialpsychiatrische Dienste:	5,57%	7,23%
• Ärzte einer psychiatrischen Klinik/Abteilung:	74,49%	46,47%
• Krankenhausärzte (aller Fachgebiete) insgesamt:	13,01%	17,12%
• Sonstige niedergelassene Ärzte:	5,57%	22,04%

Tabelle 14

	Stadt Münster	NRW (Daten aus 32 Kom- munen)
1. Betreuungsrechtliche Unterbringungspraxis		
Alle rechtlich betreuten Personen:	3405	-
Quote rechtlich betreuter Personen je 1000 Einwohner:	12,61	12,21
Alle betreuungsrechtlichen Unterbringungen im Jahr 2004:	296	-
Quote der Unterbringungen nach BtR je 1000 Einwohner:	1,10	0,66
Quote der unterbringungsähnlichen Maßnahmen je 1000 Einwohner:	0,67	1,02
Unterbringungen ohne Betreuerbeteiligung nach § 1846 BGB:	0	10,71
Anteil der Eilverfahren an den BtR-Unterbringungen:	--%	54,80%
Quote aller Vorführungen je 1000 Einwohner:	0,070	0,06
Quote aller Zuführungshilfen je 1000 Einwohner:	0,200	0,10
Anteil der Frauen an den Unterbringungen nach BtR:	40,54%	46,78%
Anteil der Personen unter 25 Jahre an den Unterbringungen nach BtR:	3,38%	9,77%
Anteil der Personen ab 60 Jahre an den Unterbringungen nach BtR:	48,31%	45,48%
Anteil der Personen,		
• die während eines Heimaufenthaltes untergebracht wurden:	0,00%	32,74%
• die während eines Klinikaufenthaltes untergebracht wurden:	0,00%	9,20%

Nach der Veröffentlichung des Abschlussberichtes zum Forschungsprojekt mit dem Titel: „Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten ihrer Nutzung“ im Januar 2006 durch das MAGS NRW (vgl. oben 1.2.2) lud das LÖGD im Auftrag des MAGS NRW am 7. November d. J. zu einem Workshop „Die Unterbringungspraxis nach PsychKG in den Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens - Erkenntnisse – Erfahrungen Berichterstattung – Kommunale Gesundheitskonferenz“ ein. Die Dokumentation der Tagung liegt zwar noch nicht vor, dennoch wurde deutlich, dass im Jahr 2006 sowohl der Landtag NRW als auch seine Ausschüsse sich mit den Forschungsergebnissen und ihren Konsequenzen befasst haben. Grund-

sätzlich besteht die Empfehlung, sich in den Kommunen regelmäßig mit den Entwicklungen der Unterbringungszahlen zu befassen, mit allen Beteiligten, Vertretern der Amtsgerichte, der Kliniken, der Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen und der Kommunen die Hintergründe zu erörtern und ggf. gemeinsam nach Einflussmöglichkeiten auf das Unterbringungsgeschehen zu suchen.

In Münster waren nach der Phase der intensiven Befassung mit dem Thema Zwangs-Unterbringungen im Rahmen des Forschungsprojektes und der nachfolgenden Abfassung des Berichtes zunächst andere sozialpsychiatrische Themen wie die Umsetzung der sog. Hochzoning (vgl. 1.2.3.6, 2.5.1) in den Fokus des Arbeitskreises Psychiatrie und der kommunalen Psychiatriekoordination getreten.

Impressum

Herausgeberin	Stadt Münster Gesundheitsamt Psychiatriekoordination
Redaktion	Dr. Eckhard Gollmer, Psychiatriekoordination
Fachliche Begleitung	Arbeitskreis Psychiatrie Münster und seine Arbeitsgruppen
Text	Dr. Eckhard Gollmer, in Zusammenarbeit mit den Institutionen der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in Münster
Titel-Illustration	Livingpage Media Agentur
Druck	Druckerei Stadt Münster

November 2006

Diese Veröffentlichung erscheint in der Reihe
„Gesundheitsberichterstattung“ des Gesundheitsamtes der Stadt Münster