



Psychiatriebericht

Bochum 2023

Psychiatriebericht Bochum 2023

Herausgeber:

Stadt Bochum
Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit
Britta Anger

Gesundheitsamt
Dr. Cordula Kloppe
Jochen Kriegeskorte

Dr. Lisa Schneider
Andreas Hiller

Bochum, im November 2023

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen den Psychiatriebericht Bochum 2023 zu präsentieren.

Mit dem im Jahr 2019 erschienenen Psychiatriebericht und der nun erweiterten Fassung liegt eine breit angelegte Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung in der Stadt Bochum vor. Sie umfasst alle Lebensphasen von Kindheit und Jugend bis ins hohe Erwachsenenalter und behandelt auch die Bereiche von Sucht und Abhängigkeit und deren Versorgungsstrukturen.



Durch diese Breite wird erkennbar, warum (psychische) Gesundheit eine übergreifende Zusammenarbeit in allen Gebieten und Politikfeldern erfordert. Diesem strategischen intersektoriellen Ansatz von „Health in all Policies“ folgt das kommunale Handeln bereits.

Die in 2019 beschriebenen Ansätze für die nächsten Schritte einer Psychiatrieplanung wurden allerdings durch die Corona-Pandemie und die damit verbundene hohe Inanspruchnahme des Gesundheitsamtes unterbrochen. Für eine planerische Neuausrichtung konnten 2023 Fördermittel des Landes NRW akquiriert und Stellenkapazitäten neu geschaffen werden. Es war so möglich, die Berichterstattung umfangreicher anzulegen und in einen größeren Kontext zu stellen.

Der Psychiatriebericht folgt einerseits den Standards von Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, andererseits ist er in einem diskursiven Prozess erstellt worden.

Wir danken insbesondere den Bochumer Kliniken und den Anbietern psychiatrischer und psychosozialer Hilfen für die Zusammenarbeit in der Erstellung des Berichts, hierfür wurden Daten und Textteile zur Verfügung gestellt. Auch über die Gremien des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft wurden Anregungen und Ideen beigesteuert.

A handwritten signature in black ink that reads "Britta Anger".

Britta Anger
Stadträtin für Soziales, Jugend und Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
2	Gesetzliche Grundlagen.....	7
2.1	Gesetzliche Grundlagen des Psychiatrieberichtes und der Koordination von Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin	7
2.2	Gesetzliche Grundlagen der psychiatrischen Versorgung.....	7
2.3	Bundesteilhabegesetz	8
3	Historie, Leitlinien, Gremien	9
4	Psychische Erkrankungen.....	12
4.1	Klassifikation: ICF	12
4.2	Klassifikation: ICD-10	13
4.2.1	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99).....	13
4.2.2	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09).....	14
4.2.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19).....	16
4.2.4	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29).....	18
4.2.5	Affektive Störungen (F30-F39).....	19
4.2.6	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48).....	21
4.2.7	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59).....	22
4.2.8	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69).....	22
4.2.9	Entwicklungsstörungen (F80-F89).....	23
4.2.10	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98).....	24
5	Kinder und Jugendliche.....	26
5.1	Ambulante Versorgung.....	27
5.2	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes.....	27
5.3	Zentrum für Kinder- und Jugendpsychotherapie.....	28
5.3.1	DZPG-Projekt Urban Mental Health	29
5.4	VALEARA Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.....	30
5.5	Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen.....	31
5.6	Sucht bei Kindern und Jugendlichen.....	31
5.6.1	Prävention.....	32
6	Bestand der Hilfen für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bochum.....	33
6.1	Ambulante Versorgung.....	33
6.1.1	Niedergelassene Fachärzt*innen und ambulant tätige Psychotherapeut*innen	33
6.1.2	Instituts- und Hochschulambulanzen.....	34
6.1.3	Sozialpsychiatrischer Dienst.....	36
6.2	Stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote	39
6.2.1	LWL-Universitätsklinikum Bochum	39
6.2.2	Martin-Luther-Krankenhaus Bochum Wattenscheid.....	40
6.3	Soziale Teilhabe	41
6.4	Ambulant Betreutes Wohnen.....	43
6.4.1	Soziotherapie.....	44
6.5	Stationäre Wohnformen.....	45
6.6	Arbeit und Beschäftigung	46
6.6.1	Zuverdienstbereich	47
6.6.2	Werkstätten für Menschen mit Behinderung	47
6.6.3	Berufliche Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen.....	48

6.6.4	Arbeitsgelegenheiten	48
6.6.5	Integrationsbetriebe	48
6.6.6	IFD – Integrationsfachdienst für Bochum und Herne	49
6.7	Tagesstrukturierende Maßnahmen.....	49
6.7.1	Tagesstätten	49
6.7.2	Kontaktstellen	50
6.7.3	Ergotherapie	51
6.7.4	Kontaktclubangebote	51
6.7.5	Soziotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen	51
7	Psychische Erkrankungen im hohen Lebensalter	52
7.1	Epidemiologische Aspekte.....	53
7.2	Spezialisierte Versorgung in Bochum.....	54
7.3	Kooperation und Vernetzung.....	55
8	Sucht und Abhängigkeitserkrankungen.....	56
8.1	Begriffserklärung.....	57
8.2	Kriterien.....	57
8.3	Faktoren.....	58
8.4	Arten von Abhängigkeit.....	58
8.4.1	Stoffgebundene Abhängigkeit.....	58
8.4.2	Stoffungebundene Abhängigkeit (Verhaltenssucht)	59
8.5	Legale Drogen	60
8.6	Illegale Drogen.....	63
8.7	Komorbidität bei Suchterkrankungen.....	65
8.8	Co-Abhängigkeit	65
9	Hilfen für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in Bochum.....	67
9.1	Therapie	67
9.2	Ambulante Versorgung in Bochum	68
9.2.1	Suchtprävention	68
9.2.2	Suchtberatung.....	68
9.2.3	Suchtberatung legale Substanzen.....	69
9.2.4	Suchtberatung illegale Substanzen	70
9.2.5	Beratung stoffungebundene Süchte	71
9.3	Substitutionsbehandlung	71
9.4	Stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote	72
9.5	Ambulant Betreutes Wohnen.....	73
9.6	Stationäres Wohnen	73
9.7	Arbeit und Beschäftigung.....	74
9.8	Kontakt- und Begegnungsstätten	74
9.9	Rehabilitation	74
10	Sonstige Beratungs- und Unterstützungsangebote.....	76
10.1	EUTB – „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“	76
10.2	Selbsthilfe	76
10.3	Angehörigenarbeit.....	77
10.4	Genesungsbegleiter.....	77
11	Vorsorgevollmacht und Betreuung, PsychKG, Maßregelvollzug.....	79
11.1	Vorsorgeverfügungen	79
11.1.1	Patientenverfügung.....	79

11.2	Rechtliche Betreuungen	80
11.3	Unterbringungen nach PsychKG in Bochum	81
11.4	Versorgung von psychisch oder suchtkranken Straftätern	82
11.4.1	Maßregelvollzug	82
12	Suizidalität	84
12.1	Suizidprävention	84
12.2	Suizidsterbefälle	85
12.3	Hilfen für Suizidgefährdete und Angehörige in Bochum	86
13	Besondere Personenkreise	87
13.1	Wohnungslose Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen	87
13.2	Menschen mit geistiger Behinderung in der psychiatrischen Versorgung	87
13.3	Geflüchtete	88
14	Ausblick	90
15	Literaturverzeichnis:.....	91

1 Einleitung

Zusammen mit dem parallel erscheinenden Basisgesundheitsbericht ist der Psychiatriebericht ein weiterer Baustein des Fachplans Gesundheit. Die Anforderungen des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW und des Landespsychiatrieplans aus 2017 sind erfüllt.

Inhaltlich beruht der aktuelle Psychiatriebericht auf der Darstellung von 2019 und wurde aktualisiert und erweitert.

Er umfasst Beschreibungen der Krankheitsbilder (F-Diagnosen nach ICD-10) und von Sucht und Abhängigkeitserkrankungen mit epidemiologischen und statistischen Daten und Auswertungen. Für alle Bereiche werden die Versorgungsstrukturen beschrieben.

In der Fachöffentlichkeit hat psychische Gesundheit in den vergangenen Jahren an Bedeutung zugenommen.

Auf Bundesebene hat das Robert-Koch-Institut Strategien zur Beobachtung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung entwickelt, eine Mental Health Surveillance. Deren Ziel ist es, kontinuierlich verlässliche Einschätzungen zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Entwicklung zur Verfügung zu stellen. Damit soll ein nationales Informationssystem aufgebaut werden.¹

In der ersten Bochumer Sozialkonferenz 2019 wurde das Ziel vereinbart, psychische Gesundheit (Infrastruktur und Inhalte) stärker in den Fokus zu nehmen. Auch die zweite Bochumer Sozialkonferenz 2022 hat das Thema Gesundheit aufgegriffen und unter anderem die Verbesserung der Beratungsangebote betont.

Lokal ist es von Bedeutung, die in mehreren Bochumer Ortsteilen vorhandenen Ansätze von Gesundheitsförderung und Stadtteilentwicklung in einen Fokus auf psychische Gesundheit zu nehmen. Das betrifft die insbesondere die ISEK-Gebiete (Integriertes Städtebauliches Entwicklungskonzept) in Wattenscheid, der Innenstadt, Hamme, Laer, sowie Werne, Langendreer und Alter Bahnhof (WLAB). Auch in anderen Stadtteilen wie Querenburg werden Ziele der Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebenswelten verfolgt.

Auf kommunaler Ebene gilt es, spezifische Gesundheitsziele und Handlungsebenen zu beschreiben, Maßnahmen für deren Erreichung herzuleiten und geeignete Indikatoren zu definieren. In einem partizipativen Verfahren werden im Jahr 2024 Planungsprozesse erfolgen. Die Psychiatrieberichtserstattung wird in regelmäßigen Abständen fortgeschrieben.

¹ Robert-Koch-Institut 2023

2 Gesetzliche Grundlagen

2.1 Gesetzliche Grundlagen des Psychiatrieberichtes und der Koordination von Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin

Gemäß § 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) hat die untere Gesundheitsbehörde (hier: Gesundheitsamt Stadt Bochum) u.a. folgende Aufgaben:

- Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung
- der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Hinwirkung auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung; dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen
- Aufklärung der Bevölkerung und Beratung der Behörden in Fragen der Gesundheit; Stellungnahmen zu Maßnahmen und Planungen anderer Verwaltungen hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Nach § 3 arbeitet der öffentliche Gesundheitsdienst mit den anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten zusammen. Er wirkt auf eine bedarfsgerechte gegenseitige Information und Koordination ihrer gesundheitlichen Maßnahmen und Leistungen hin.

Nach § 6 sind konkrete Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde:

- Gesundheitsberichterstattung
- Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung

Gemäß § 21 erstellt die untere Gesundheitsbehörde zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse.

2.2 Gesetzliche Grundlagen der psychiatrischen Versorgung

Den besonderen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Hinblick auf Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. mit Behinderung ist § 16 des ÖGDG „Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke“ gewidmet.

„(1) Die untere Gesundheitsbehörde berät Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, mit geistigen und seelischen Behinderungen, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke und ihre Angehörigen.

(2) Die untere Gesundheitsbehörde hält für die Hilfen an Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen, psychisch Kranken, Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen einen Sozialpsychiatrischen Dienst vor.

(3) Für den Anwendungsbereich des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) in der jeweils geltenden Fassung geht das PsychKG diesem Gesetz vor.“

Dieses PsychKG NRW – in der Fassung vom 01.01.2023 - regelt zum einen den Rahmen einer Unterbringung in Situationen der akuten Eigen- und Fremdgefährdung. Zum anderen benennt es gleichzeitig vor- und nachsorgende Hilfen, die den Kern gemeindepsychiatrischer Arbeit ausmachen (§ 3 PsychKG):

„Die Hilfen sollen Betroffene aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sowie Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden. [...] Sie werden nur geleistet, wenn sie freiwillig angenommen werden.“

Somit verfolgt das PsychKG NRW das Ziel, Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung zu stärken.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die genannten gesetzlichen Grundlagen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ein breites Aufgaben- und Verantwortungsfeld definieren. Diesen Anforderungen kommt das Gesundheitsamt der Stadt Bochum über die Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Berichterstattung nach.

2.3 Bundesteilhabegesetz

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) reformiert das Sozialrecht ab den 2010er Jahren und hat zu tiefgreifenden begrifflichen und strukturellen Änderungen geführt.

In Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention trägt es dazu bei, Menschen mit Behinderungen eine möglichst volle und wirksame Teilhabe in allen Bereichen für eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

Zuvor in verschiedenen Gesetzen enthaltene Teilbereiche wurden in ein neues Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – eingeordnet. Darin werden drei große Themenkomplexe behandelt: die Rehabilitation, die Eingliederungshilfe und das Schwerbehindertenrecht.

Diese sind in vier Stufen zwischen 2017 und 2023 in Kraft getreten. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Psychiatrieberichts 2019 liefen viele Veränderungsprozesse noch. Diese sind in wesentlichen Bereichen nun abgeschlossen und können dargestellt werden.

Viele Menschen mit länger andauernden psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder mit Störungen der geistigen Fähigkeiten haben Ansprüche auf Rechte oder Leistungen nach dem BTHG.

Verschiedene Kostenträger, vor allem Sozialversicherungen wie Krankenkassen oder Rentenversicherung und Sozialhilfeträger bewilligen und finanzieren die Leistungen oder erkennen eine Behinderung an. Für die Eingliederungshilfe, insbesondere die im Bericht genannten Leistungen für (Ambulant) Betreutes Wohnen oder stationäre Wohnformen sind in NRW die Landschaftsverbände zuständig, für Bochum der Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL).

Zusammenfassend sind alle in diesem Bericht genannten Einrichtungen und Leistungserbringer von den Reformen des BTHG umfasst worden. Nicht direkt berührt waren Krankenhäuser und Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes, weil sie andere Rechtsgrundlagen haben.

Mit dem BTHG wurden neue Begriffe eingeführt. Hilfen wie das „Ambulant Betreute Wohnen“, synonym „Betreutes Wohnen“, fallen nun unter Assistenzleistungen.

Die besondere Wohnform ist im neuen Eingliederungshilferecht der Begriff für die ehemalige stationäre Wohnhilfe (früher „Wohnheim“). Hier gibt es in der Regel eine umfassende Versorgung aus Assistenzleistungen, Verpflegung und hauswirtschaftlichen Hilfen.

Im Bereich Arbeit und Beschäftigung ist das Modellprojekt des LWL-Inklusionsamts Arbeit „Neue Teilhabepaltung Arbeit“ zu nennen, hier war Bochum Modellregion von 2020 – 2022.

Im Bericht werden an verschiedenen Stellen die relevanten Änderungen und Auswirkungen durch das Bundesteilhabegesetz beschrieben.

3 Historie, Leitlinien, Gremien

1975 erschien der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Angeregt durch die Inhalte dieser so genannten Psychiatrieenquete begann sich die Landschaft der psychiatrischen Versorgung in Bochum Anfang der achtziger Jahre zu verändern. Aus dem Bericht der Psychiatrieenquete leiteten sich in der Konsequenz verschiedene Empfehlungen ab, die den Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten Gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten beinhaltete. Ambulante Dienste und psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern entstanden. Die Versorgung psychisch Kranker und Jugendlicher sowie alkohol- und suchtkrank Menschen rückte in den Fokus, ebenso wie die Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

1988 hat die „Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ ihren Bericht vorgelegt, der Veränderungsprozesse zu einer personenzentrierten Versorgung eröffnete.

In diesem Sinne wurden auch in der Stadt Bochum gleichlautende Leitlinien aufgestellt:

- Gemeindenähe, das heißt, dass psychisch kranke Menschen Angebote der ambulanten und stationären Versorgung wohnortnah finden
- Verpflichtende Versorgung in festgelegten Versorgungsgebieten (drei Sektoren Mitte, West, Ost)
- Niederschwellige und aufsuchende Angebote
- Multiprofessionalität, insbesondere psychologische, sozialarbeiterische, ergotherapeutische und pflegerische Kompetenzen

Die Versorgungslandschaft hat sich inhaltlich und strukturell stark verändert und ausdifferenziert. Dieser Prozess ist nicht abgeschlossen, die Weiterentwicklung des innerstädtischen Versorgungsnetzes dauert fort, gesamtgesellschaftliche Entwicklungen müssen dabei berücksichtigt werden. Sektororientierung, Vernetzung und das Selbstverständnis der einzelnen Dienste, allen betroffenen Bürgerinnen und Bürgern ein Angebot zu unterbreiten, haben sich bewährt und stellen einen Garanten für die Gemeindepsychiatrische Versorgung dar.

Als Meilensteine in der Entwicklung der Gemeindepsychiatrischen Versorgung – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - nun eine Auflistung einiger wichtiger Daten:

1979	Gründung des Vereins für Psychosoziale Betreuung im DPWV Bochum e.V. Gründung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
1980	Aufbau der ersten Beratungsstelle für psychisch kranke Menschen in Bochum Langendreer durch die Familien- und Krankenpflege
1981	Gründung des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bochum
1982	Familien- und Krankenpflege übernimmt die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes für den Sektor Ost, im Laufe der Zeit Wechsel der Trägerschaft zu den Psychosozialen Hilfen Bochum e. V.
1982	Das erste betreute Wohnen in Bochum in der Hauptstraße durch Familien- und Krankenpflege
1982	Eröffnung einer psychiatrischen Abteilung im Martin-Luther-Krankenhaus Bochum-Wattenscheid
1982	Gründung „Die Brücke“ e.V.
1983	Eröffnung des damaligen Westfälischen Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie in Trägerschaft des LWL
1983	Gründung der Aktion Friedrich Hölderlin e.V. / Psychosozialer Hilfsverein

1983	Der Fachdienst Ambulant betreutes Wohnen der heutigen psychosozialen Hilfen Bochum e.V. übernimmt als erster Dienst erste Klientinnen und Klienten aus dem Bereich der damaligen Vormundschaften
1985	Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie in Trägerschaft des LWL wird offiziell Forschungs- und Lehrbetrieb der Ruhruniversität Bochum (Universitätsklinikum)
1985	Eröffnung des Übergangswohnheimes der Familien- und Krankenpflege, das 1993 zu einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung umgewandelt wurde
1987	Die Stadt Bochum erklärt sich bereit, Betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe zu finanzieren
1987	Die BeWatt wird als Zweigwerkstatt für psychisch behinderte Menschen der Werkstatt Constantin – BeWatt eröffnet
1988	Sektorisierung des ambulant betreuten Wohnens
1988	Eröffnung des Maximilian-Kolbe-Wohnheims in Bochum
1988	Erster Psychiatrieplan der Stadt Bochum
1991	Fachdienst für berufliche Rehabilitation und Integration nimmt die Tätigkeit auf
1994	Der Pavillon der Diakonie Ruhr übernimmt die sozialpsychiatrische Pflichtversorgung für den Suchtbereich im Sektor Mitte
2003	Wechsel der Kostenträgerschaft für die Leistungen der Eingliederungshilfe vom örtlichen Sozialamt zum LWL
2003	Der Gemeindepsychiatrische Verbund Bochum schließt sich zusammen
2003	Übernahme der sozialpsychiatrischen Pflichtversorgung durch die Caritas im Suchtbereich des Sektor Ost; damit verbunden der Abschluss des Aufbaus der sektorierten Pflichtversorgung in der Suchtkrankenhilfe
2007	Start der Arbeitsgelegenheit „Die Chance“
2007	Eröffnung des Wohnheimes Rudolf-Hardt-Haus in Bochum
2007	Eröffnung der Tagesstätte in der Alsenstraße Bochum und damit Grundversorgung über Tagesstätten in allen drei Sektoren
2010	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst wird Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes
2010	Eröffnung der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
2016	Auditierung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Bochum durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände
2019	Erster Psychiatriebericht der Stadt Bochum
2019-2022	Modellprojekt „Neue Teilhabeplanung Arbeit“
2020-2023	Corona-Pandemie (Januar 2020 bis April 2023)
2020	Einrichtung von Maßnahmen des Sozialen Arbeitsmarktes in Verbindung mit „Die Chance“ / Sozialpsychiatrischer Dienst
2021	Einführung Bedarfsermittlungsverfahren BEI-NRW

2022	Trägerwechsel der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bochum-Linden zu VALEARA
2023	Standort- und Trägerwechsel Gerontopsychiatrie aus Bochum-Linden zum Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid
2023	Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ) der Ruhr-Universität wird ein Standort des „Deutschen Zentrums für psychische Gesundheit“ mit Schwerpunkt Kindes- und Jugendalter
2023	Schließung Reha-Bochum
2023	Einsatz von Genesungsbegleiter*innen in der LWL-Klinik Bochum als eigenständige Berufsgruppe im direkten Patient*innenkontakt

Regelmäßig tagende Fachgremien

Die Umsetzung der oben geschilderten Leitlinien geschah träger- und institutionsübergreifend. Die Idee der Entwicklung eines gesamtstädtischen Versorgungsnetzes ließ eine gemeindepsychiatrische Kultur und Tradition entstehen, die bis heute trägt und Wohlfahrtsverbände, Politik und Verwaltung miteinander kooperativ verbindet. So entstanden die nun beschriebenen Fachgremien.

Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der psychosozialen Versorgung hat der Rat der Stadt Bochum 1980 die Bildung eines Psychosozialen Ausschusses (PSA) beschlossen. Dieser ist ein Unterausschuss des (Rats-) Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales (AGS). Er stellt ein Fachgremium zur Diskussion sämtlicher Fragen und Problemfelder, die sich aus den bedarfsgerechten Versorgungsangeboten für Menschen mit Behinderung, psychisch kranke und suchtkranke Bürger*innen der Stadt ergeben, dar. Dabei soll auf den Erhalt von seelischer Gesundheit durch Stärkung eines gesundheitsfördernden Verhaltens, gesundheitsfördernder Verhältnisse und Inklusion hingewirkt werden. Er setzt sich aus Ratsmitglieder, Vertreter*innen des Sozialdezernates, der psychiatrischen Leistungsanbieter, der Wohlfahrtsverbände und der Kostenträger (Krankenkassen, LWL) zusammen und fungiert als wichtiges Bindeglied zwischen Politik, Verwaltung und den handelnden Diensten und Institutionen. Gleichzeitig wird er zur jährlichen Regionalplanung im Bereich der Eingliederungshilfe genutzt.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) besteht in Bochum ebenfalls seit ca. 1980. Die Gründung örtlicher PSAGs wurde 1976 vom Landesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales empfohlen. Ihr damaliger im Gründungspapier umschriebener Auftrag, „die Situation der psychosozialen Versorgung auf bestehende Unzulänglichkeiten hinzu analysieren und Initiativen zu deren Überwindung zu ergreifen“, hat bis heute Gültigkeit. So bündelt die PSAG in ihrem Plenum die fachliche Diskussion ihrer Untergruppen (beispielsweise für den Bereich „Geistige Behinderung“) und entwickelt entsprechende Vorschläge für eine Verbesserung der Versorgungslandschaft und thematisiert diese an entsprechender Stelle, bspw. beim Psychosozialen Ausschuss.

Von besonderer Bedeutung ist der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV). Hier sitzen Leistungserbringer, Kostenträger, Vertreter*innen der Stadt sowie Psychiatrieerfahrene zusammen, um auf die Einhaltung der abgesprochenen und vereinbarten Standards der innerstädtischen Versorgung zu achten und um Konzepte und Ideen zu entwickeln, das innerstädtische Versorgungsnetz an die aktuellen Bedürfnisse anzupassen. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände erfahren von Landesebene vermehrt Beachtung und Wertschätzung, da sie beständig dazu beitragen, die Akteure vor Ort miteinander zu vernetzen und die Hilfesysteme unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten weiterzuentwickeln.

Die enge Vernetzung und Kooperation wirkte im Rahmen der Corona-Pandemiebekämpfung systemerhaltend und ermöglichte für die Nutzer*innen und Mitarbeitenden der psychosozialen Einrichtungen institutionsübergreifende und vielfach genutzte Impfangebote sowie eine Aufrechterhaltung der psychiatrischen Versorgung unter den schwierigen Rahmenbedingungen.

Es gilt perspektivisch, die Inhalte und Strukturen des GPV fortlaufend weiterzuentwickeln.

Auf Anregung einiger Beteiligten wurde 2023 ein Arbeitskreis „Arbeit und Beschäftigung“ wieder initiiert. Hier sind alle in diesem Themenfeld tätigen Organisationen, aber auch das Jobcenter oder der LWL vertreten mit dem Ziel des Austauschs und der gezielten Bearbeitung von fachlichen Schwerpunkten sowie der Verbesserung von Schnittstellen in der Zusammenarbeit.

Beabsichtigt ist, eine inhaltliche und vernetzende Erweiterung der Netzwerke auf die Gebiete der Hilfen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, Sucht und von psychischen Erkrankungen im hohen Erwachsenenalter vorzunehmen.

4 Psychische Erkrankungen

Die WHO definiert nicht die Krankheit, sondern den Gegenbegriff der Gesundheit: "Gesundheit ist ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Freisein von Krankheit und Schwäche".²

Bezogen auf psychische Gesundheit beschreibt die WHO diese als „einen Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.

Psychische Störungen stellen Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind.“³

Befasst man sich mit den psychischen Krankheitsbildern, wie in den nächsten Kapiteln, werden diese ebenfalls als Störungen bezeichnet und dann für einzelne Diagnosen sehr konkretisiert.

Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf Stressreaktionen oder Verlust, wie z. B. der Trauer und einem Rückzug nach dem Tod einer geliebten Person, gilt nicht als psychische Störung. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind ebenfalls keine psychischen Störungen.

Psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Indikator für Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und soziale Teilhabe. Dennoch sind Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit weltweit verbreitet. Sie können sich bereits durch leichte Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens äußern, aber auch durch schwere psychische Erkrankungen.

In Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Das entspricht rund 17,8 Millionen betroffenen Personen, von denen pro Jahr nur 18,9 % Kontakt zu Leistungsanbietern aufnehmen.

Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen (15,4 %), gefolgt von affektiven Störungen (9,8 %, unipolare Depression allein 8,2 %) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7 %).

Psychische Erkrankungen zahlen in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und muskuloskelettalen Erkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben zudem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um 10 Jahre verringerte Lebenserwartung.⁴

4.1 Klassifikation: ICF

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und umfasst die Folgen von Krankheiten in Bezug auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe.

Die ICF und ihre Vorgängerversion hatten maßgeblichen Einfluss auf die Sozialgesetzgebung in Deutschland. Das betrifft die Entwicklung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) und des Bundesteilhabegesetzes. Hier bietet es eine Grundlage für Bedarfsermittlungsinstrumente (wie BEI-NRW) und findet Anwendung in der medizinischen Rehabilitation sowohl in der Diagnostik als auch in Richtlinien.

Ähnlich wie der ICD (s. 4.2.) ist auch der ICF ein Kodiersystem, verwendet also auf das jeweilige Problem bezogene Codes.

Die ICF ist dank des zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modells nicht in erster Linie defizitorientiert, also weniger eine Klassifikation der "Folgen von Krankheit". Sie arbeitet mit "Komponenten von Gesundheit": Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren. Entsprechend werden auch in der Praxis weniger diagnostische Codes als Core-Sets verwendet, also für Gesundheits- oder Versorgungszusammenhänge.

Sie ist ressourcenorientiert und nimmt bezüglich der Ursachen von Erkrankungen einen neutralen Blickwinkel ein. Die ICF kann daher auf alle Menschen bezogen werden, nicht nur auf Menschen mit Behinderungen, und ist universell anwendbar.

² WHO 2019

³ WHO 2019

⁴ DGPPN 2023

Das der ICF zugrundeliegende Verständnis der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten zeigt folgende Abbildung 1:

Abbildung 1



5

4.2 Klassifikation: ICD-10

ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, übersetzt einfach „Internationale Klassifikation der Krankheiten“. Sie wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegeben und wird vor allem im klinischen Bereich angewandt. Weltweit ist sie das Instrument zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung sowie zur einheitlichen Beschreibung und Interpretation von Störungen.

Der ICD verwendet Codes aus Buchstaben und Ziffern und ist ein weltweit verwendetes und anerkanntes System, mit dem medizinische Diagnosen einheitlich benannt werden.

Es wird fortlaufend weiterentwickelt, aktuell wird in Deutschland die 10. Fassung verwendet – daher ICD-10.⁶

In den folgenden Unterabschnitten werden die psychischen und Verhaltensstörungen näher beschrieben. Die Intelligenzstörungen (F 70-79) sind keine mit anderen psychischen Störungen vergleichbaren Erkrankungen und haben eine eigene Versorgungsstruktur. Diese wird in einzelnen Unterabschnitten des Berichts aufgegriffen.

4.2.1 Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Unter *Psychischen und Verhaltensstörungen* versteht man deutlich von der Norm abweichende Störungen des motorischen bzw. sozialen Verhaltens und des Erlebens, die das Denken, Fühlen, Handeln und die Wahrnehmung betreffen.

Sowohl in NRW als auch in Bochum sind die Zahlen der Krankenhausaufenthalte wegen *Psychischer und Verhaltensstörungen* ab 2012 stabil und seit 2017 leicht rückgängig. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Zahl der Krankenhausplätze nicht grundlegend geändert hat, die Veränderungen haben stärker in den ambulanten Behandlungen und vor allem bei niedergelassenen Psychotherapeuten stattgefunden.

Ein deutliches Absinken ist für 2020 erfasst, der Anstieg in 2021 ist nur leicht und noch nicht auf das Niveau von 2019. Aufgrund der Corona-Pandemie war zu erwarten, dass die Zahlen von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Infektionsschutzmaßnahmen sinken, auch wenn es nicht durchgehend auf alle Krankheitsbilder zutrifft.

⁵ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, ICF, 2023

⁶ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, ICD-10, 2023

Im Folgenden werden insbesondere diese Krankheitsbilder beschrieben:

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29)
- Affektive Störungen (F30 – F39) (Störungen mit Veränderung der Stimmungslage)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-59)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
- Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (F80-89 und F90 – F98)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19)

Alle in diesem Kapitel beschriebenen Daten werden vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) bereitgestellt. Zahlen zu Erkrankungen entstammen der Krankenhausdiagnose-Statistik der Gesundheitsberichterstattung (GBE).

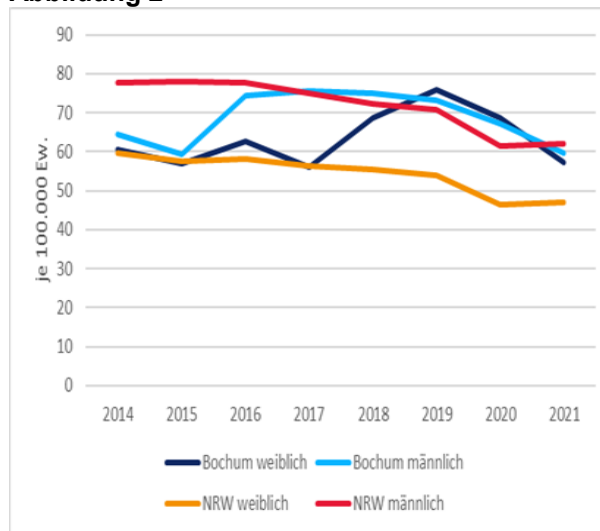
Differenzierte Daten zu ambulanten Behandlungen stehen öffentlich nur bei besonderen Fragestellungen wie Forschung oder aus anderen Quellen wie der Suchthilfestatistik zur Verfügung, hierzu finden sich Angaben in den jeweiligen Kapiteln.

4.2.2 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

In dieser Gruppe werden psychische Erkrankungen aufgrund einer Hirnfunktionsstörung zusammengefasst, die ihren Ursprung in einer Hirnverletzung, einer Hirnschädigung oder einer zerebralen Krankheit haben. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00 – F09)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 – 2021

Abbildung 2



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

Die wichtigsten Krankheitsbilder sind Demenzen, auch organische Schädigungen des Gehirns werden hier genannt.

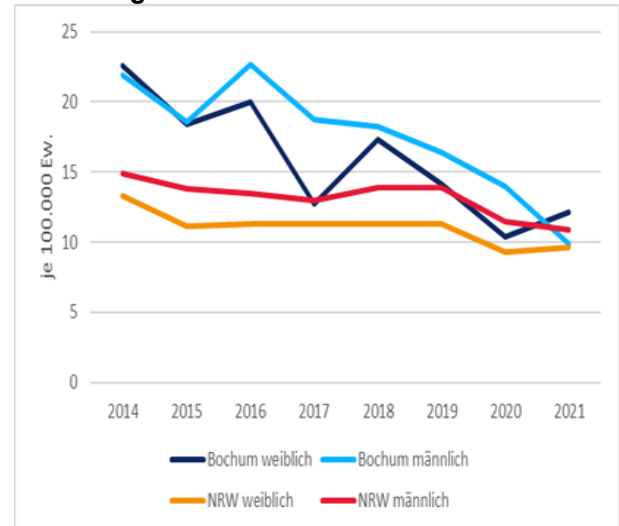
Der ICD-10 unterscheidet typologisch zwanzig Schlüsselnummern.

Die Demenzerkrankung (F00-F03) ist als Syndrom eine Folge meist chronischer und/oder fortschreitender Erkrankungen des Gehirns, die Einfluss nimmt auf Gedächtnis, Denken, Orientierung, Sprache, Urteilsvermögen und Lernfähigkeit. Begleitet werden die kognitiven Beeinträchtigungen oft von emotionalen Kontrollverlusten und einem veränderten Sozialverhalten. Das Bewusstsein ist nicht beeinträchtigt⁷.

⁷ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, ICD 10, 2023

Demenz (F00 – F03)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 – 2021

Abbildung 3



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

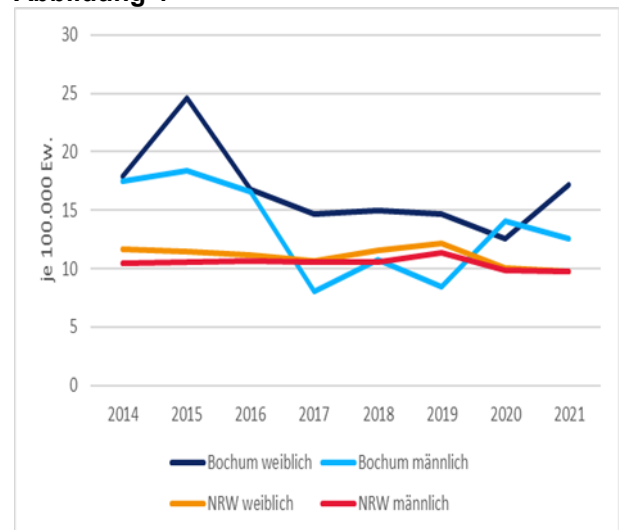
Die stationären Behandlungen sinken seit 2016, die Werte für NRW und Bochum nähern sich an und sind in 2021 nahezu gleich. Zum letzten Betrachtungszeitpunkt 2021 war bei 75 Frauen und 38 Männer Demenz diagnostiziert.

Um die Entwicklung näher zu beschreiben, muss an dieser Stelle die Gruppe der F-Diagnosen des ICD 10 verlassen werden.

Die Diagnose „Demenz bei Alzheimer-Krankheit („F00)“ wird klinisch schon länger nicht mehr verwendet, die Alzheimer-Krankheit (G30) fällt im ICD-10 unter Kapitel VI, Krankheiten des Nervensystems.

Alzheimer-Krankheit (G 30)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 – 2021

Abbildung 4



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

Hier bleiben die Behandlungszahlen bei Frauen in NRW und Bochum seit 2014 stabil, bei Männern sinken sie mit Schwankungen. Veränderungen in den Fachabteilungen der Kliniken bezüglich der Platzzahlen hat es ebenfalls nicht gegeben.

Ein Vergleich mit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigt zwischen 2010 und 2021 stabile Werte.⁸ Zum letzten Betrachtungszeitpunkt 2021 war bei 95 Frauen und 48 Männer Alzheimer diagnostiziert.

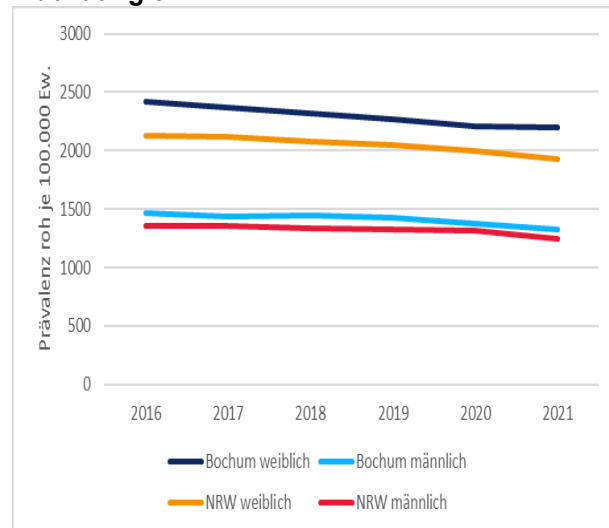
Für die Diagnose Demenz stellen das LZG und die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe Daten aus der ambulanten Behandlung zur Verfügung. Gezählt werden lediglich gesicherte Diagnosen, wenn die Diagnose zweimal in einem Kalenderjahr dokumentiert wurde.

⁸ Statistisches Bundesamt o.J., Gesundheitsberichterstattung zu G 30

Die Grundgesamtheit für die Berechnungen der Prävalenzen bilden alle in der Kommune wohnhaften, gesetzlich versicherten Patient/innen, die im jeweiligen Jahr mindestens einmal vertragsärztlich behandelt worden sind. Die Daten decken damit rund 85 Prozent der Grundgesamtheit ab. Die Werte können aufgrund von Besonderheiten der Datenquelle nicht altersstandardisiert werden, sondern liegen als sogenannte rohe Rate je 100.000 Einwohner vor. Zudem werden die Diagnosegruppen F00-F03 und G30 zusammengefasst. Insofern ist ein Vergleich mit den obigen Auswertungen statistisch nur begrenzt zulässig. Für sich genommen sind die Werte aber von Bedeutung.

Demenz
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2016 – 2021

Abbildung 5



Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW

Im Zeitvergleich sinken die Raten seit 2016 langsam, aber kontinuierlich sowohl für Bochum als in NRW. Zum letzten Betrachtungszeitpunkt 2021 war bei 3.538 Frauen und 1.885 Männer Demenz diagnostiziert.

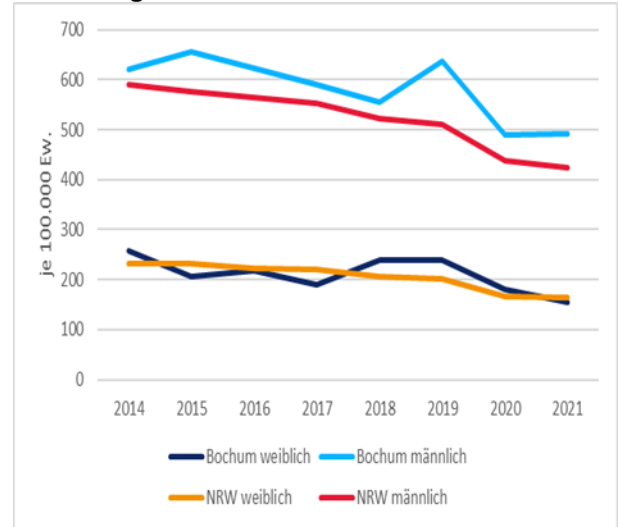
4.2.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Von allen *Psychischen und Verhaltensstörungen* treten diejenigen, die durch psychotrope Substanzen („Einnahme von Substanzmitteln“) ausgelöst werden mit Abstand am häufigsten auf. Dabei werden Männer aufgrund dieser Erkrankungen deutlich häufiger im Krankenhaus behandelt als Frauen.

Zunächst werden die stationären Behandlungen wegen Alkohol betrachtet. Vergleicht man die häufigsten Krankenhausdiagnosen in NRW, sind psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol von 2012 bis 2021 durchgehend zwischen Platz 3 und 5 (von 20) finden.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW
2014 – 2021

Abbildung 6



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

In Bochum und NRW ist gleichermaßen ein leichtes Sinken der stationären Behandlungsraten zu verzeichnen, wenn auch wellenförmig. Zum letzten Betrachtungszeitpunkt 2021 waren 274 Frauen und 899 Männer wegen psychischer und Verhaltensstörungen in stationärer Behandlung.

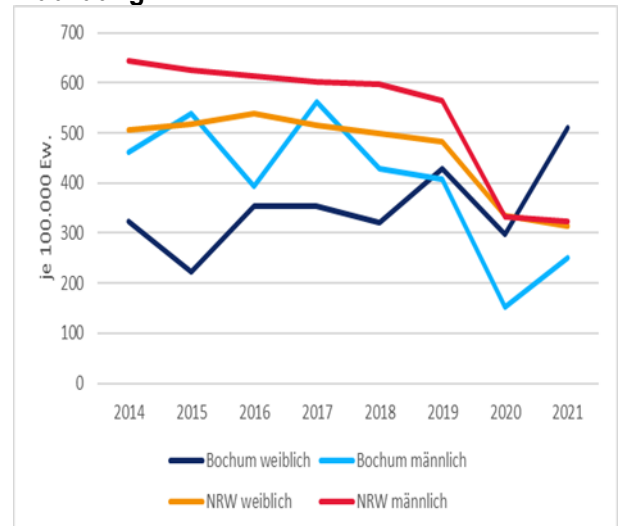
Auch Kinder und Jugendliche werden bereits wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) im Krankenhaus behandelt. Hierbei handelt es sich vorwiegend um die akute Intoxikation, also um das Rauschtrinken, und den schädlichen Gebrauch und weniger um ein Abhängigkeitssyndrom, da sich eine Alkoholabhängigkeit über mehrere Jahre entwickelt.

Die Behandlungsraten von 10- bis unter 20-Jährigen zeigen in NRW und Bochum in der Tendenz ähnliche Verläufe, nämlich stabil mit leicht sinkender Tendenz. Das starke Absinken in 2020 ist auf die Aufnahmesituation der Kliniken in der Corona-Pandemie zurückzuführen. Die in der Grafik zu sehenden starken Schwankungen für Bochum liegen in der sehr geringen Anzahl von Fällen begründet.

Auch in dieser Altersgruppe ist der Behandlungsanlass bei männlichen Personen häufiger als bei weiblichen Personen.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
von 10 bis unter 20 Jahren
Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 7



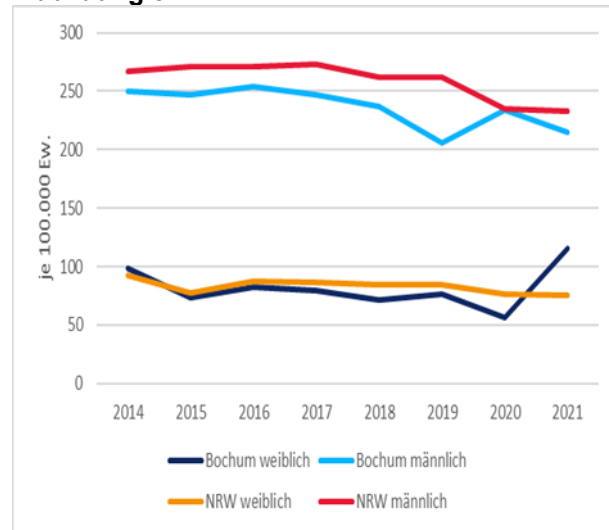
Nicht altersstandardisiert

Absolut wurden zum letzten Beobachtungszeitpunkt (im Jahr 2021) in Bochum 274 Frauen und 899 Männer wegen *Psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol* (davon 13 weibliche und 20 männliche Jugendliche unter dem 20. Lebensjahr) im Krankenhaus behandelt.

Die hohe Steigerung in 2021 bei den 10 bis 20jährigen ist nach Einschätzung von Fachleuten eine Post-Corona-Auswirkung, da es nach Ende des Lockdowns kurzzeitig zu exzessiven Feiern bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gekommen ist, die dann nach Intoxikation zu Krankenhausaufnahmen geführt haben. Die folgende Grafik umfasst alle psychotropen Substanzen außer Alkohol.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (außer Alkohol) (F11-F19)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW
2014 - 2021

Abbildung 8



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

Werden die Krankheitsbilder nach Art der auslösenden Substanzen differenziert, werden zwei Sachverhalte unmittelbar deutlich:

1. Krankenhausauffälle wegen *Psychischer und Verhaltensstörungen*, die durch Alkohol ausgelöst wurden, treten häufiger auf als jene, die durch andere psychotrope Substanzen herbeigeführt wurden.
2. Im Vergleich zum Psychiatriebericht der Stadt Bochum aus 2019, der für dieses Item die Zeiträume 2004 bis 2015 umfasst hat, haben sich die Behandlungszahlen bei Männern in Bochum und NRW stärker angenähert, zuvor waren sie in Bochum höher.

Der Trend zeigt im Zeitverlauf bei Männern eine leichte Abnahme der Behandlungsraten, die Fallzahlen je 100.000 Einwohnerinnen bei Frauen bleiben hingegen nahezu konstant (Abb. 7 und 8). Die Abweichungen für die Jahre 2020 und 2021 können im Zusammenhang der Corona-Pandemie stehen.

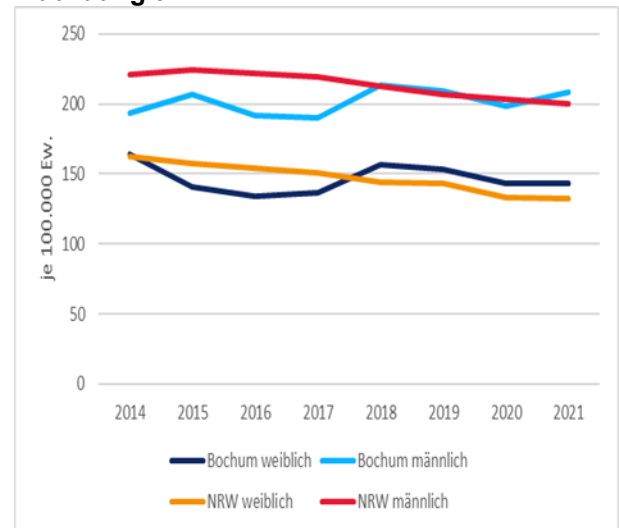
4.2.4 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)

In dieser Gruppe sind die Erkrankungen *Schizophrenie*, die *schizotypen* (d. h. der Schizophrenie ähnlichen) *Störungen*, die *anhaltenden wahnhaften Störungen*, *akute vorübergehende psychotische Störungen*, *Induzierte wahnhaftige Störungen*, *Schizoaffektive Störungen*, *Sonstige nichtorganische psychotische Störungen* sowie *nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychosen* zusammengefasst.

Die *Schizophrenie* als wichtigstes und häufigstes Krankheitsbild dieser Gruppe beschreibt eine schwere psychische Erkrankung, die weltweit etwa 1 % der Bevölkerung betrifft. Bei der Entstehung einer *Schizophrenie* spielen nach derzeitigem Kenntnisstand sowohl genetische, neurobiologische, psychologische und soziale Teilfaktoren in individuell wechselnder Kombination und Gewichtung eine Rolle.

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 9



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

Männer sind von diesen Erkrankungen insgesamt häufiger betroffen. Im Jahr 2021 wurden in Bochum 378 Männer und 288 Frauen stationär wegen Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29) behandelt, davon 279 Männer und 140 Frauen wegen Schizophrenie (F20). Die Behandlungsraten in NRW waren in den vergangenen Jahren minimal sinkend. In Bochum schwanken die Raten aufgrund der niedrigeren Fallzahlen stärker, folgen aber der landesweiten Entwicklung (Abb. 9).

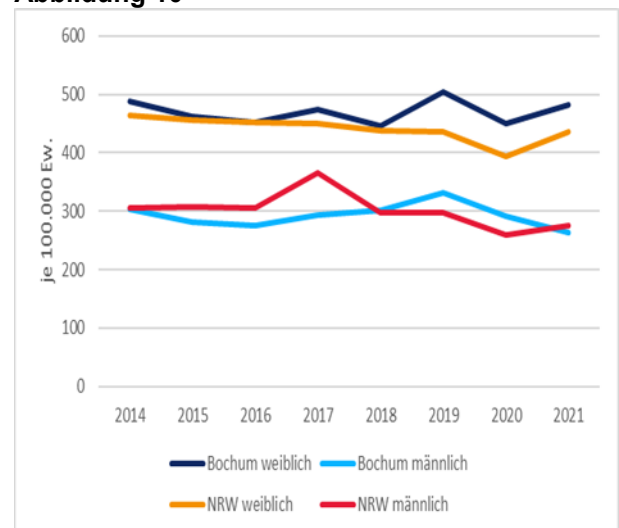
4.2.5 Affektive Störungen (F30-F39)

Unter *Affektiven Störungen* wird eine Gruppe von Störungen verstanden, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität bestehen. Dies kann in Richtung Niedergedrücktheit (Depression) oder gehobener Stimmung (Manie) geschehen. Die häufigste Form der affektiven Störung ist die Depression, welche deshalb im Folgenden gesondert betrachtet wird.

Die Zahl der Krankenhausfälle wegen *affektiver Störungen* je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner verändern sich in einem engeren Korridor ohne eindeutige Tendenz.

Affektive Störungen (F30-F39)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 10

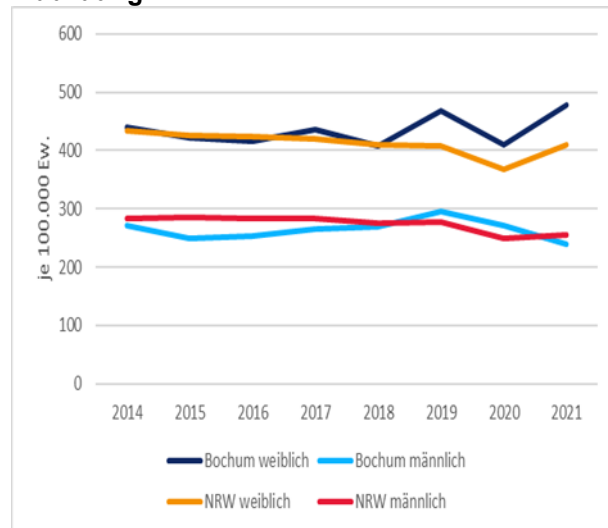


Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

Werden nur die Krankenhausfälle wegen *Depression* betrachtet, zeigt sich im Vergleich zu den *affektiven Störungen* ein fast identisches Verlaufsdigramm, was die Dominanz der *Depression* in dieser Krankheitsgruppe belegt (Abb. 10 und 11).

Depression (F32-F33)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 11



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

Zum letzten Erhebungszeitpunkt (im Jahr 2021) wurden in Bochum 496 Männer und 898 Frauen wegen Affektiver Störungen im Krankenhaus behandelt, davon 448 Männer und 812 Frauen wegen Depression. In der Altersverteilung bei Depressionen sind im gesamten Betrachtungszeitraum die höchsten absoluten Zahlen bei 15 – 19jährigen Frauen festzustellen, dann flacht die Kurve ab mit einem Anstieg zwischen dem 40. bis 55. Lebensjahr und dann erneut ab dem 70. Lebensjahr.

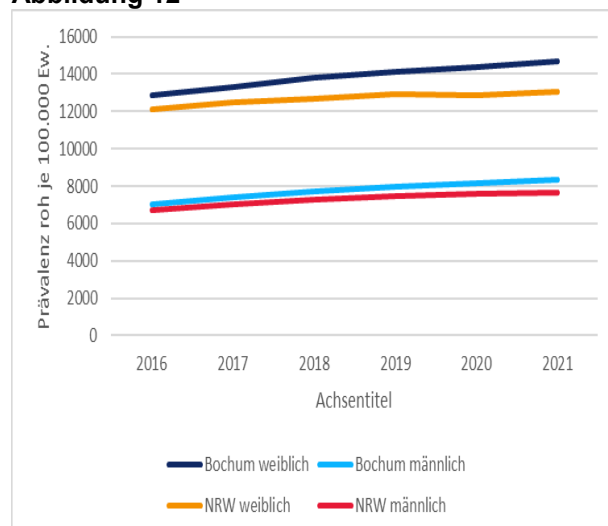
Für die Diagnose Depression stellen das LZG und die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe Daten aus der ambulanten Behandlung zur Verfügung. Gezählt werden lediglich gesicherte Diagnosen, wenn die Diagnose zweimal in einem Kalenderjahr dokumentiert wurde.

Die Grundgesamtheit für die Berechnungen der Prävalenzen bilden alle in der Kommune wohnhaften, gesetzlich versicherten Patient/innen, die im jeweiligen Jahr mindestens einmal vertragsärztlich behandelt worden sind. Die Daten decken damit rund 85 Prozent der Grundgesamtheit ab. Die Werte können aufgrund von Besonderheiten der Datenquelle nicht altersstandardisiert werden, sondern liegen als sogenannte rohe Rate je 100.000 Einwohner vor.

Insofern ist ein Vergleich mit den obigen Auswertungen statistisch nur begrenzt zulässig. Für sich genommen sind die Werte aber von Bedeutung.

Depression
Rohe Rate je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2016 – 2021

Abbildung 12



Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW

Im Jahr 2021) wurden in Bochum bei 11.817 Männern und 23.623 Frauen eine Depression diagnostiziert. In der Altersverteilung bei Depressionen liegen die höchsten absoluten Zahlen mit 9.325 bei Frauen zwischen 45 und 64 Jahren, in der Altersgruppe zwischen 65 und 84 Jahren sind es 7.088 und bei den über 85jährigen

1.790. Bei Männern sind es 5.454 zwischen 45 und 64 Jahren, in der Altersgruppe zwischen 65 und 84 Jahren 2.955 und bei den über 85jährigen 427.

4.2.6 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

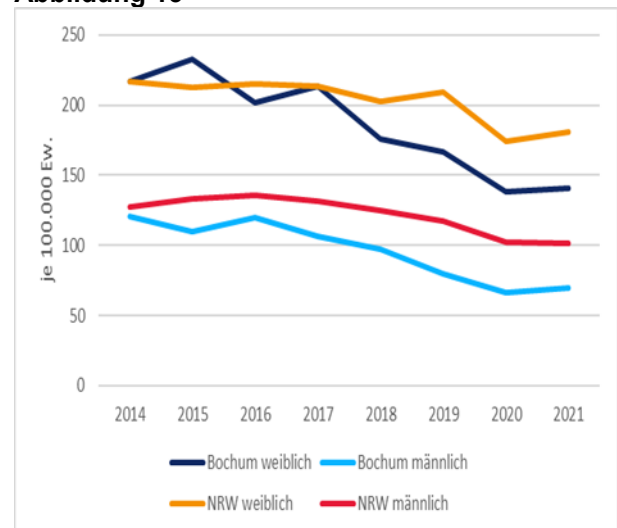
In der sehr heterogenen Krankheitsgruppe *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* sind psychoreaktive Störungen zusammengefasst. Hier gibt es Formen mit überwiegender psychischer Symptomatik und solche, die sich vor allem in körperlichen Beschwerden äußern. Eine Einteilung kann nach der vorherrschenden Symptomatik (z.B. Phobie, Zwangsstörung) oder der Entstehung (z.B. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) vorgenommen werden.

Im Einzelnen umfasst die Gruppe die folgenden Erkrankungen:

- *Phobische und andere Angststörungen* (F40 und F41)
- *Zwangsstörungen* (F42)
- *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43)
- *Dissoziative Störungen* (F44)
- *Somatoforme Störungen* (F45)
- *Andere neurotische Störungen* (F48).

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 13



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

Sowohl in NRW als auch in Bochum ist erkennbar, dass Frauen häufiger stationär wegen dieser Erkrankungen behandelt werden als Männer. Während in NRW die Fallzahlen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in den vergangenen Jahren relativ konstant geblieben sind, schwankten die Zahlen bei Frauen in Bochum mehrere Jahre um den NRW-Wert und sind ab dem Jahr 2017 sinkend. Bei Männern in Bochum sind die Zahlen im gesamten Zeitverlauf im Trend rückläufig (Abb. 13), die Werte liegen unter dem Landesdurchschnitt.

Im Jahr 2021 wurden in Bochum 120 Männer und 236 Frauen stationär behandelt. Ebenso wie in NRW treten von dieser Gruppe in Bochum am häufigsten *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43) auf, gefolgt von *somatoformen Störungen* (F45). Das war auch im Vergleichszeitraum 2004 – 2015 so.

4.2.7 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)

Zu dieser Kategorisierung gehören sehr unterschiedliche Bilder wie Essstörungen (F50.-*) und nichtorganische Schlafstörungen, aber auch der schädliche Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55.-*).

Ausgewählt werden Essstörungen vorgestellt, die übrigen Störungen sind in diesem Kontext nicht ausreichend weit verbreitet.

In der gesamten Diagnosegruppe wurden im Jahr 2021 in Bochum 46 Frauen und 5 Männer stationär behandelt, davon 41 Frauen und 4 Männer wegen Essstörungen.

Essstörungen bleiben oft über einen längeren Zeitraum hinweg unerkannt. Meist resultieren sie aus psychischen Belastungen. Sie entwickeln sich meist bereits im Jungendalter oder jungen Erwachsenenalter und zählen zu den häufigsten chronischen psychischen Störungen im Erwachsenenalter. Bei der Erkrankung ist vor allem das Verhältnis zum Essen und zum eigenen Körper gestört, eine sogenannte Schema-Störung.

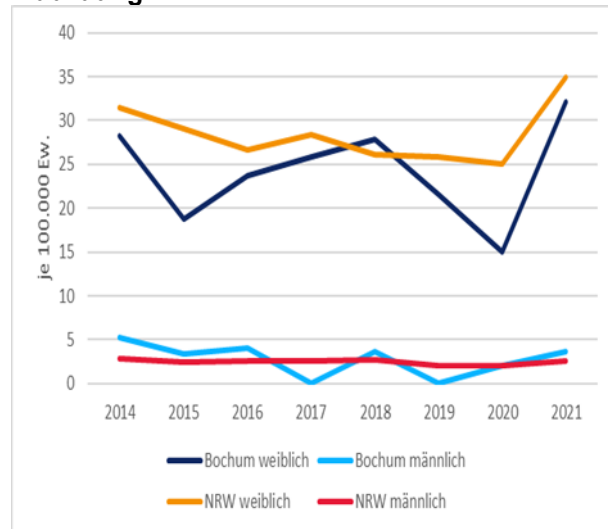
Die Grenzen zwischen einem gestörten Essverhalten und einer Erkrankung sind oft fließend. Nicht jeder, der gelegentlich über die Stränge schlägt oder aufgrund einer Diät viel an Gewicht verliert ist automatisch krank. Die ICD-10 umfasst deshalb klare Kriterien für die Erkrankung, die das Körpergewicht betreffen, wie das selbst herbeigeführte Erbrechen, sportliche Aktivitäten und sogenannte „Fressattacken“.

Zu den häufigsten Essstörungen zählen Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Disorder. Nicht selten treten Mischformen auf. Langfristige Folgen können Haarausfall sein, Störungen der Fruchtbarkeit, Nierenschäden, Zahnschäden, Müdigkeit, Muskelkrämpfe, Herz-Kreislauf-Störungen, Osteoporose und Verätzungen in Rachen und Speiseröhre. Insbesondere Anorexie kann durch Unterernährung zum Tod führen, wenn keine rechtzeitige Behandlung erfolgt.

Mädchen und Frauen sind deutlich häufiger betroffen, die Altersverteilung lag in Bochum gehäuft zwischen 10 und 29 Jahren.

Essstörungen (F 50)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 14



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

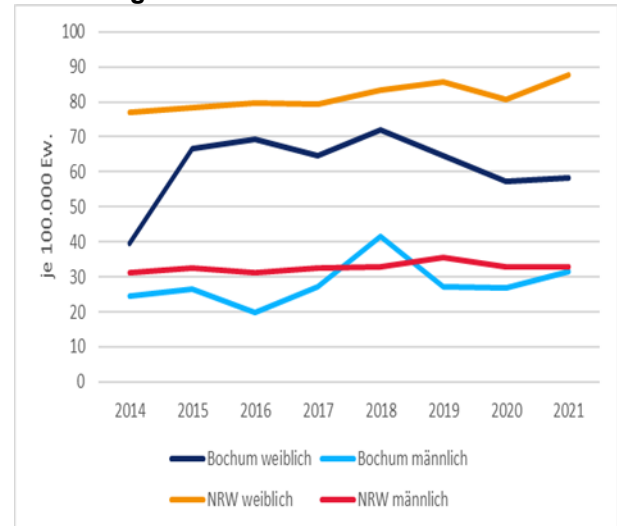
4.2.8 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

Zu der Gruppe *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* gehören die Erkrankungen

- *Spezifische sowie Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen* (F60 und F61),
- *Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns* (F62),
- *Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle* (F63),
- *Störungen der Geschlechtsidentität sowie der Sexualpräferenz* (F64 und F65),
- *Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung* (F66) und
- *Andere sowie nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F68 und F69).

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 15



Alterstandardisiert an Europabevölkerung alt

„Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die *spezifischen Persönlichkeitsstörungen*, die *kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen* und die *Persönlichkeitsänderungen* sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.“⁹

Frauen mit Persönlichkeitsstörung fallen eher durch selbstschädigendes Verhalten auf („Ritzen“), Männer durch nach außen gerichtetes Verhalten wie Aggressivität.

Von dieser Krankheitsgruppe traten im Jahr 2021 sowohl in Bochum als auch in NRW mit Abstand am häufigsten die *Spezifischen Persönlichkeitsstörungen* auf, gefolgt von den *Kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen*.

Insgesamt werden Frauen häufiger als Männer im Krankenhaus wegen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen behandelt. In NRW ist in den vergangenen Jahren bei Frauen eine leichte Zunahme der Behandlungsraten zu beobachten, bei Männern bleibt sie etwa gleich. Die Raten in Bochum bei Frauen schwanken in der Grafik sehr stark, was sich aber auf die vergleichsweise niedrigen absoluten Zahlen zurückführen lässt. In Bochum waren es im Jahr 2021 95 Frauen und 52 Männer.

Die Zahl der in Bochum behandelten Frauen liegt durchgehend unter dem Schnitt für NRW (Abb. 15).

4.2.9 Entwicklungsstörungen (F80-F89)

Entwicklungsstörungen (F80 – F89) beginnen ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit, sind eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind und haben einen stetigen Verlauf ohne Zurückgehen der Krankheitserrscheinungen (Remissionen) und ohne Wiederauftreten der Krankheit (Rezidive).

In den meisten Fällen sind unter anderem die Sprache, die visuellräumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. In der Regel bestand die Verzögerung oder Schwäche vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt an. Mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich die Störungen zunehmend, wenn auch geringere Defizite oft im Erwachsenenalter zurückbleiben.¹⁰

Zu den unter *Entwicklungsstörungen* zusammengefassten Störungen, die allesamt im Kleinkindalter oder in der Kindheit beginnen, zählen unter anderem die autistischen Störungen sowie Entwicklungsstörungen der Sprache/des Sprechens, schulischer Fertigkeiten und der motorischen Funktionen. Am häufigsten treten in

⁹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, ICD-10, 2023

¹⁰ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, ICD 10, 2023

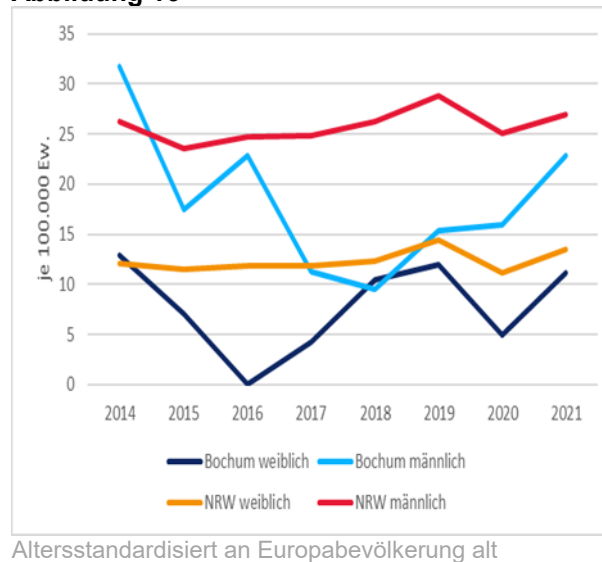
dieser Gruppe in Bochum und NRW stationäre Behandlungen der *Kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen* (F83) auf, gefolgt von den *tief greifenden Entwicklungsstörungen* (F84), zu denen auch die autistischen Störungen gehören.

In den letzten Jahren sind die Behandlungsraten in NRW und Bochum ohne eindeutige Tendenz.

Jungen werden deutlich häufiger wegen Entwicklungsstörungen im Krankenhaus behandelt als Mädchen: Absolut waren dies im Jahr 2021 26 Jungen und 12 Mädchen (Abb. 16).

Entwicklungsstörungen (F80-F89)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 16



4.2.10 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

Ähnlich wie im vorherigen Abschnitt (F80-F89) sind die Störungen in dieser Gruppe dadurch gekennzeichnet, dass die Verhaltens- und emotionalen Störungen bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen.

Ansonsten sind die hier beschriebenen Störungen sehr heterogen. Sie umfassen hyperkinetische Störungen (F90.*), Störungen des Sozialverhaltens (F91.*), kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.*), emotionale Störungen des Kindesalters (F93.*), Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.*), Ticstörungen (F95.*) und andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.*).

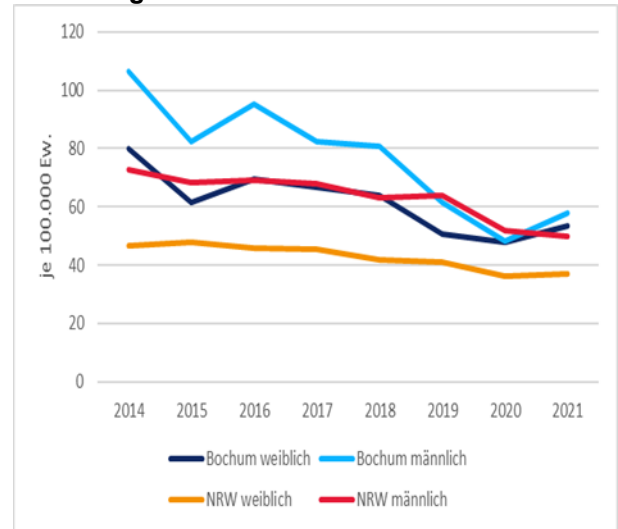
Von allen Erkrankungen in dieser Gruppe wird die Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) am häufigsten (in Bochum und NRW) im Krankenhaus behandelt, gefolgt von den emotionalen Störungen des Kindesalters (F93).

Insgesamt sind männliche Kinder und Jugendliche diese Erkrankungen häufiger diagnostiziert als weibliche. Die Raten sind seit dem Jahr 2013 rückläufig.

In Bochum ist der gleiche Trend wie in NRW zu verzeichnen. Die stationären Behandlungen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner bei männlichen Kindern und Jugendlichen in Bochum haben sich dem Landeswert angeglichen, bei Mädchen und jungen Frauen liegen sie leicht über denen in NRW (Abb. 17). Absolut wurden im Jahr 2021 in Bochum 65 Jungen und 55 Mädchen wegen Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend im Krankenhaus behandelt.

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner Bochum und NRW, 2014 - 2021

Abbildung 17



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

5 Kinder und Jugendliche

„Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen stellen im Jahr 2021 die häufigste Ursache für stationäre Krankenhausbehandlungen von Kindern und Jugendlichen dar. Knapp 81 000 der rund 427600 Krankenhauspatientinnen und -patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren wurden aufgrund dessen stationär behandelt. Das entsprach 19 % aller Krankenhausbehandlungen in dieser Altersgruppe. Im Jahr 2011 traf dies noch auf knapp 75 200 oder 13 % der gut 588 300 Klinikpatientinnen und -patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren zu.

Zum Vergleich: Bei Erwachsenen ab 18 Jahren machte die Diagnose 6 % der insgesamt gut 15,3 Millionen Krankenhausbehandlungen aus. Unter den Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren werden Mädchen anteilig häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Krankenhaus behandelt: Während bei ihnen im Jahr 2021 knapp ein Viertel (24 %) der Behandlungsfälle auf diese Diagnose entfiel, waren es bei den Jungen 13 %.“¹¹

„Innerhalb von elf Jahren hat sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die sich psychotherapeutisch behandeln lassen, mehr als verdoppelt, auf rund 823.000 Fälle bundesweit im Jahr 2019. Insgesamt machten 382.000 Kinder und Jugendliche 2019 eine solche Therapie, erstmals war dies bei 162.300 der Fall. Am häufigsten ersuchten Kinder und Jugendliche im Jahr 2019 diese aufgrund von „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (23,0 Prozent), dicht gefolgt von Depressionen (18,4 Prozent) und Angststörungen (14,0 Prozent). Auffällig ist: Im Alter von unter 13 Jahren befinden sich mehr Jungen in einer Psychotherapie als Mädchen, danach aber dreht sich das Bild. Prozentual am häufigsten in Behandlung sind Mädchen an der Schwelle zum Erwachsensein (17 und 18 Jahre)“.¹²

Die im Bericht erfassten Entwicklungen sind ähnlich und decken sich mit anderen Quellen. Neben vor 10 Jahren kaum relevanten Phänomenen wie Cyber-Mobbing und Social-Media-Einflüssen hat sich die gesellschaftliche Perspektive und Sensibilität verändert. Eine Psychotherapie ist in geringerem Maße stigmatisiert und im Längsschnitt wurden die Angebote erweitert.

Die Corona-Pandemie hat die Aufmerksamkeit für psychische Belastungen noch mal geschärft, es gibt zahlreiche Studien und Programme auch in Bochum, die hier ansetzen.

Psychische Störungen und Erkrankungen haben meist weder eine einfache noch eine einzige Ursache. Fast immer wirken unterschiedlicher Faktoren zusammen: sowohl familiäre und persönliche Veranlagungen als auch Lebensinflüsse (soziales Umfeld, persönliche Lebensgeschichte). Die Diagnose erfolgt nach ICD-10 und dem Multiaxialen Klassifikationsschema MAS, einer Weiterentwicklung des ICD-10. In der Beratung und Therapie spielen Ursache, Anlass und symptomhaltende Faktoren sehr unterschiedliche Rollen. Abhängig von der Konstellation und dem Störungstyp weichen sie ab.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist ‚Entwicklungspsychiatrie‘, d. h. die umfassende Berücksichtigung des Zusammenhangs von Lebensalter, psychischer und körperlicher Reifung, zeit- und lebensgeschichtlichen Einflüssen sowie Entwicklungsaufgaben ist eine Seite. Die andere ist Symptombildung, psychische Störungen bzw. Erkrankungen sowie genetische und anderen somatische Aspekte müssen bei Diagnosestellung und Therapie beachtet werden.

In der Versorgung und Behandlung spielt Zusammenarbeit eine ganz erhebliche Rolle. Je nach Altersgruppe sind viele Akteure beteiligt: Kindertagesstätten, Schulen und häufig die Schulsozialarbeiter*innen. Es gibt mehrere Erziehungsberatungsstellen, die Schulpsychologische Beratungsstelle unterstützt Schülerinnen und Schüler und deren Sorgeberechtigte sowie Schulen (Schulleitung, Lehrkräfte oder pädagogische Fachkräfte). Der Soziale Dienst des Jugendamtes bietet Erziehungsberechtigten, Kindern und Jugendlichen kompetente Unterstützung in unterschiedlichen Lebensphasen. Die Clearing- und Diagnostikstelle unterstützt bei der Beantragung von Eingliederungshilfeleistungen.

Je nach Problemlage und Konstellation gibt es eine Reihe an weiteren, teils hoch spezialisierten Hilfe- und Unterstützungsangeboten.

¹¹ Statistisches Bundesamt 2023

¹² BARMER 2021/2

5.1 Ambulante Versorgung

Für eine Betrachtung der Versorgung soll zuerst die Ebene der ambulanten ärztlichen und Psychotherapeutischen Behandlung betrachtet werden.

Es gibt in der Stadt Bochum sechs Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Seit 2023 ist eine ortsübergreifende Behandlung nicht mehr möglich, da sich alle Fachärzt*innen aufgrund der hohen Nachfrage auf das ansässige Gebiet beschränken müssen.

Erfasst sind in der Statistik für das Jahr 2021 des Landesentrums für Gesundheit 52 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und 25 mit Doppelapprobation, die sowohl Erwachsene als auch Kinder- und Jugendliche behandeln. Diese Zahlen umfassen alle berufstätigen Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, die in ambulanten, stationären und sonstigen Einrichtungen arbeiten¹³

Im Vergleich zu 2017 hat sich die Anzahl erhöht, seinerzeit waren es 36 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und 23 mit Doppelapprobation.

Da wie oben dargestellt auch die Inanspruchnahme gestiegen ist, gibt es ähnlich wie im Erwachsenenbereich Wartezeiten.

Für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen gibt es eine Reihe an Hilfen, die in die Zuständigkeit des Jugendamts und unter die Regelungen des SGB XIII, Kinder- und Jugendhilfe fallen.

Insbesondere zu nennen ist die „Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung“ nach §35a SGB XIII. Es gilt ebenfalls der ICD 10, die Hilfen können in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen, durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet werden. Hierzu gibt es ein Antragsverfahren und unterschiedliche Träger, die entsprechende Hilfen anbieten. Auf diese eigenständige Struktur wird an dieser Stelle hingewiesen.

5.2 Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst ist ein kostenfreies Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie ihre Familien, Freund*innen, Lehrer*innen, Mitschüler*innen und allen, die ihnen helfen möchten. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst hilft zum Beispiel in akuten Krisensituationen und bei psychischen Störungen wie Depressionen oder Angststörungen.

Wichtig sind Hilfen in Krisensituationen mit Selbsttötungsgedanken, Fremdgefährdung, selbstverletzendem Verhalten oder bei gesteigerter Aggressivität.

Auch bei erheblichen Konzentrationsproblemen oder bei Suchterkrankungen können die Angebote in Anspruch genommen werden.

Das Beratungsangebot richtet sich an alle Bochumer Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, ihre Familien, Freund*innen, Mitschüler*innen, Lehrer*innen, Erzieher*innen, Nachbarn und jede Person, die Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen helfen möchte.

Die Beratung des multiprofessionellen Teams wird auch anonym angeboten.

Es erfolgt persönliche und telefonische Beratung über Hausbesuche oder persönliche Kontakte in der Beratungsstelle. Wichtig ist die Vermittlung zu spezifischen Angeboten und die einzelfallbezogene Vernetzung mit verschiedenen Einrichtungen und Institutionen.

Das weitere Aufgabengebiet besteht in der Beratung von Fachkräften beispielsweise aus Schulen oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und die Information über die Angebote und das Arbeitsfeld vor Ort, etwa in Teamsitzungen oder Sozialraumkonferenzen.

Eine formale Aufgabe des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes liegt im Rahmen der Begutachtung der Schulgesundheit (der Schüler*innen) nach § 54 Nr. 3 Schulgesetz NRW, wenn „der Verbleib von Kindern und Jugendlichen in der Schule eine konkrete Gefahr für die psychische und physische Unversehrtheit anderer“ Schüler*innen oder die eigene bedeutet“, so der Gesetzestext. Hier wird in einem Kurzgutachten eine Ein-

¹³ LZG 2021, 08.13_01

schätzung des zu begutachtenden Kindes/Jugendlichen in Bezug auf eine Fremd-oder Eigengefährdung vorgenommen. Die Kurzgutachten orientieren sich eng an der gutachterlichen Fragestellung der jeweiligen Schule.

Zur Netzwerkarbeit gehört neben der kommunalen Ebene mit den fachlichen Schnittstellen auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpsychiatrischen Dienste für Kinder und Jugendliche.

5.3 Zentrum für Kinder- und Jugendpsychotherapie

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychotherapie ist ein Teil des Forschungs- und Behandlungszentrums für psychische Gesundheit (FBZ) der Ruhr-Universität Bochum (RUB). Es befindet sich in der Bochumer Innenstadt und vereint seit 2013 Forschung, Lehre, Ausbildung und Praxis unter einem Dach – damit durch klinisch-psychologische Forschung die bestmögliche Versorgung und Behandlung für Menschen mit psychischen Problemen weiterentwickelt werden kann. Forschungsgebiet des FBZ ist dabei das gesamte Spektrum psychischer Gesundheit und Krankheit über die gesamte Lebensspanne hinweg. In den beiden Ambulanzen (Zentrum für Psychotherapie; Zentrum für Kinder- und Jugendpsychotherapie) erhalten Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Störungen kompetente kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen auf dem aktuellen Stand internationaler Forschung. Jährlich werden so rund 4.000 Menschen aller Altersstufen mit der gesamten Bandbreite psychischer Störungen gesehen.

Zugleich werden am FBZ die Ursachen psychischer Gesundheit und Krankheit erforscht – insbesondere das Zusammenwirken von psychologischen, biologischen und sozialen Faktoren. Die gewonnenen Erkenntnisse werden genutzt, um Therapien zu verbessern und umgekehrt fließen Erkenntnisse aus den Behandlungen wieder in die Forschung zurück. Dank der Unterstützung durch die Alexander-von-Humboldt-Stiftung und weiterer Drittmittelgeber verfügt das FBZ über eine umfassende Infrastruktur für Studien. Zum FBZ gehören die Lehrstühle und Arbeitseinheiten für Klinische Psychologie und Psychotherapie und Klinische Kinder- und Jugendpsychologie mit den zugehörigen postgradualen Ausbildungen für Erwachsenen- Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie sowie zwei weitere Professuren (Klinische Psychologie und Digitale Psychotherapie; Behavioral and Clinical Neuroscience).

Das FBZ übernimmt eine wichtige Brückenfunktion hinsichtlich des Transfers neuer Erkenntnisse psychotherapeutischer Forschung in den Versorgungsalltag vom Säuglings- bis ins hohe Erwachsenenalter.

Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychotherapie – der Ausbildungs- und Hochschulambulanz der Arbeitseinheit Klinische Kinder- und Jugendpsychologie wird ambulante psychotherapeutische Behandlung für die Altersgruppe der 0- bis 21-Jährigen zu unterschiedlichsten Störungsbildern auf der Basis evidenzbasierter kognitiver Verhaltenstherapie angeboten. Diese werden von approbierten oder im fortgeschrittenen Teil der Ausbildung befindlichen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen durchgeführt und können mit gesetzlichen und zum Teil auch mit privaten Krankenkassen sowie der Beihilfe abgerechnet werden.

Die Anzahl der Therapeut*innen liegt Stand August 2023 bei ca. 40 Personen. Der Forschungsauftrag des FBZ ermöglicht eine besondere Schwerpunktsetzung bei den Behandlungsangeboten, entsprechend erfolgt diese auf der Grundlage einer ausführlichen und forschungsbezogenen Diagnostik.

Angeboten werden ausschließlich kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsverfahren unter Einbezug relevanter Bezugspersonen. Behandelt werden alle gängigen Störungsbilder wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, Schlafstörungen, Affektive Störungen oder Essstörungen. Im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde können sich Familien mit ihren Problemen vorstellen, um festzustellen, ob eine psychische Störung vorliegt und deren ambulante Behandlung indiziert erscheint. Über Behandlungsoptionen und Alternativen wird im Rahmen der Sprechstunde informiert. Eine spezielle Sprechstunde gibt es für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter, die sich an Hilfesuchende mit entsprechender Problematik wendet. Die Angstsprechstunde ist ein niederschwelliges Angebot und soll erste Hilfen bei Ängsten bieten.

Die Baby- und Kleinkindsprechstunde richtet sich an Eltern und ihre Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren. Sie bietet Beratung und schnelle Hilfe bei frühkindlichen Regulationsproblemen in den Bereichen des Schreiens, Schlafens und Fütterns sowie bei Verhaltensproblemen im Kleinkindalter.

Auch ein Krisendienst und weitere spezielle Behandlungsangebote (im Rahmen aktueller Forschungsprojekte) gehören zum Portfolio.

Tabelle 1

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Fallzahlen Kinder und Jugendliche	1081	1033	8721	1038	1226

5.3.1 DZPG-Projekt Urban Mental Health

Das FBZ ist einer von sechs Standorten des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG), das am 01. Mai 2023 seine Arbeit aufgenommen hat und sich nun in einer zweijährigen Aufbauphase befindet. Am DZPG-Standort Bochum sollen zunächst sieben Forschungsprojekte verwirklicht werden. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Ballungsräumen.

So ist auch eines von drei Leuchtturm-Projekten innerhalb des DZPG im Ruhrgebiet angesiedelt, genauer in Bochum-Wattenscheid: Unter dem Titel „Urban Mental Health“ untersucht das Bochumer Team, wie sich psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen abseits der Mittelschicht entwickelt – mit besonderem Augenmerk auf die Herausforderungen in Ballungsräumen. „Bisherige Ansätze zur Förderung gesunder Städte begünstigten vor allem die bildungsnaher Bevölkerung“, Prof. Dr. Silvia Schneider, FBZ-Direktorin und Sprecherin des Bochumer DZPG-Standorts. Nun gehe es darum, Familien aus benachteiligten gesellschaftlichen Gruppen in den Blick zu nehmen. Dafür bündelt das Projekt vorhandene Kräfte: Bildungseinrichtungen, Behörden, Kinderärzte und Psychotherapeuten arbeiten zusammen, um die psychische Gesundheit junger Menschen mit gezielten Angeboten nachhaltig zu verbessern. Die Erkenntnisse sollen anschließend auf andere Städte übertragen werden.

Eine Kooperationsvereinbarung mit der Stadt Bochum wurde bereits abgeschlossen, da diese eine große Bandbreite an Aufgaben in den Bereichen Bildung und Gesundheit abdeckt und unter anderem Beratungsstellen, Kindergärten und Schulen betreibt. Mehrere kommunale Ämter wie das Schulverwaltungsamt, das Jugendamt oder das Gesundheitsamt haben Schnittmengen mit dem Handlungsfeld des FBZ und dem DZPG-Projekt Urban Mental Health. Die fachliche Zusammenarbeit und gute Expertise werden bereits seit Jahren erfolgreich genutzt.

5.4 VALEARA Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Die VALEARA Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie bietet 20 teilstationäre und 43 stationäre Behandlungsplätze sowie eine Psychiatrische Institutsambulanz. Behandelt werden Kinder und Jugendliche mit Störungen und Krankheiten des gesamten Spektrums der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Die Behandlungen sind tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, indikationsbezogen und patientenorientiert ausgerichtet. Zudem soll das gesamte Umfeld der Kinder und Jugendlichen wie das Elternhaus, die Schulen und das Jugendamt in die Therapie eingebunden werden.

Stationär werden Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 18 Jahren in akuten psychischen Krisen aber auch mit Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten aus ganz Bochum behandelt.

Im Rahmen der Versorgungsverpflichtung bietet die Kinder- und Jugendpsychiatrie Bochum-Linden an allen Tagen des Jahres rund um die Uhr eine Notfallversorgung auf Facharztstandard für alle Bochumer Kinder und Jugendlichen an. Es besteht dabei jederzeit die Möglichkeit der Aufnahme zur stationären Krisenintervention, falls keine andere Lösung der akuten Probleme gefunden werden kann. Die Notfallversorgung geschieht in enger Absprache mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum (Katholisches Klinikum St. Josef Hospital).

Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist zuständig für Diagnostik, Therapie und Behandlung bei allen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen.

Die Arbeit in der Institutsambulanz versteht sich als Teil des gemeindenahen Versorgungskonzeptes. Es besteht eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, sowie mit dem Jugendamt und den Trägern der Jugendhilfe.

Ein Fokus wird auch auf die Weiterbehandlung von Jugendlichen über 18 Jahre gelegt, deren Therapie mit Erreichen der Volljährigkeit nicht mehr bei einem Kinder- und Jugendtherapeuten fortgesetzt werden konnte. Die PIA arbeitet fallorientiert und deckt ein breites Spektrum ab. Beispielhaft seien Angebote für Kinder mit Angst, Zwang und Depression oder Jugendliche mit akuten psychiatrischen Störungen wie beispielsweise Psychosen genannt. Auch Essstörungen oder psychiatrisch relevante Probleme um Mediennutzung sind von Bedeutung.

Seit dem Jahr 2018 wurden in der Ambulanz folgende Fallzahlen erreicht:

Tabelle 2

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Fallzahlen	1429	1559	1307	1222	1131

In der Tagesklinik werden entwicklungsauffällige und psychisch kranke Kinder zwischen 4 und 13 Jahren behandelt. In der angeschlossenen Ferdinand-Krüger-Schule findet auch Kleingruppenunterricht statt. Wichtig für den Therapieerfolg ist die aktive Mitarbeit der Eltern bzw. Haut Bezugspersonen, basierend auf einer tragfähigen Bindung. Das Behandlungsteam besteht aus Ärzten, Psychologen, Psycho- und Fachtherapeuten, Sozial- und Heilpädagogen, Kinderkrankenschwestern und Erziehern. Die Angebote der Tagesklinik reichen über einzeltherapeutische und gruppentherapeutische Gespräche hin zu Mototherapie, Reittherapie und ggf. Sprachtherapie.

Seit 2018 wurden stationär und teilstationär folgende Fallzahlen erreicht:

Tabelle 3

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Fallzahlen stationär	482	448	364	439	401
Fallzahlen teilstationär	166	162	70	91	79

Zum 01.06.2022 übernahm der private Anbieter VALEARA (früher „Zentrum für seelische Gesundheit“ ZNS) aus Bottrop die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bochum-Linden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie gehörte von 1994 bis 2002 zur Helios St. Josefs-Hospital GmbH.

5.5 Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen

Bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen und unter weiteren Voraussetzungen auch bei jungen Volljährigen (bis 21 Jahren) ist das Jugendamt für die Eingliederungshilfe zuständig. Diese Regelungen finden sich im § 35a SGB VIII, deshalb auch 35a-Hilfen genannt.

Haben Kinder oder Jugendliche eine körperliche oder geistige Behinderung, ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe nach dem SGB IX zuständig.

Die Voraussetzungen nach § 35a Nr. 1 SGB VIII sind, dass ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Hilfen können auch bei einer drohenden seelischen Behinderung geleistet werden. Von einer seelischen Behinderung bedroht sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Die Leistungen müssen beim Jugendamt beantragt werden. Das Gesetz sieht die fachliche Stellungnahme einer Ärzt*in oder Psychotherapeut*in vor. In Bochum hat das Jugendamt eine multiprofessionelle Clearing- und Diagnostikstelle.

Sehr vielfältig sind die Hilfeformen. Sie können ambulant, teilstationär oder stationär erbracht werden. Die Spannweite geht von Frühförderung über heilpädagogische Kindertagesstätten, Schulbegleitung, unterschiedlichste Varianten von Assistenz bis zu Pflegefamilien und verschiedenen Wohnformen.

Die Form und die Ziele der Hilfe werden in einem gemeinsamen Prozess mit dem Kind/dem Jugendlichen, seinen Bezugspersonen und dem Jugendamt erarbeitet und in einem Hilfeplan festgeschrieben.

Aufgrund der Komplexität empfiehlt es sich, im konkreten Fall eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

5.6 Sucht bei Kindern und Jugendlichen

„Jugendliche sind auf der Suche nach sich selbst. Dafür testen sie ihre körperlichen und psychischen Grenzen aus – auch mit Rauschmitteln. Denn diese verschaffen neue Erlebnisse: Sie können entspannen, anregen, aufputschen oder beruhigen, die Sinne schärfen, verändern oder dämpfen. Nach einem Bier oder Mixgetränk fällt es leichter, den Schwarm anzusprechen. Eine Zigarette kann zur „Eintrittskarte“ in eine Gruppe Gleichaltriger werden. Jugendliche sind bereit, Risiken einzugehen. So können sie sich von Erwachsenen, auch Eltern, abgrenzen und zugleich sich und ihre Möglichkeiten kennenlernen. Risikobereitschaft ergibt für Jugendliche Sinn – auch wenn Erwachsene dies für Blödsinn halten.“¹⁴

Es gibt keine gesonderten Formen von Sucht und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen¹⁵, die Stoffe und stoffungebundene Süchte werden unten im Kapitel 8 ausführlich beschrieben. Da der Körper in der Kindheit und Jugend wächst und reift, baut er viele Stoffe nicht oder nur schwer ab und kann leichter Schaden nehmen. Eine körperliche Abhängigkeit entsteht über einen längeren Zeitraum, vor allem bei Alkohol, es bilden sich aber psychische Abhängigkeiten und ein früh im Leben erlerntes Risikoverhalten.

Ein relevanter Beginn klinisch diagnostizierter Störungen in Folge eines Substanzmissbrauches kann geschlechtsunabhängig ab dem 11. Lebensjahr beobachtet werden. Werden im späten Kindes bzw. frühen Jugendalters noch sehr geringe Fallzahlen beobachtet, steigt die Diagnoseprävalenz ab dem 15. Lebensjahr deutlich an.¹⁶

Da es nur selten zu klinischen oder ambulanten Behandlungen kommt, sind diese Datenquellen aber nur bedingt verwendbar. Von größerer Bedeutung sind Befragungen (Surveys), wie sie etwa die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung oder das Robert-Koch-Institut seit Jahren regelmäßig durchführen.

Der Tabakkonsum ist schon länger deutlich rückgängig, wobei eine Veränderung des Konsumverhaltens auf E-Zigaretten oder Shishas noch nicht untersucht ist¹⁷. In der 30-Tage-Prävalenz, also den Angaben zum Kon-

¹⁴ DHS 2018

¹⁵ DAK, 2021

¹⁶ DAK 2021

¹⁷ DAK 2021

sum innerhalb der letzten 30 Tage, lagen die Prozentsätze 2017/18 bei den 15-jährigen Mädchen für Alkoholkonsum bei 51,7 % und bei 15-jährigen Jungen bei 51,9 %. Bei Cannabis waren die Quoten bei den 15-jährigen Mädchen für bei 8,3 % und bei 15-jährigen Jungen bei 10,1 %. ¹⁸

Unstrittig ist, dass sich das Nutzungsverhalten von Medien geändert hat und gerade in der Corona-Pandemie deutlich zugenommen hat. Gaming, Social Media und Streaming haben ein deutliches Suchtpotential auf der psychischen und Verhaltensebene. Diese Themen sind Gegenstand verschiedener, 2023 noch laufender Studien.

Die größte bekannte Risikogruppe sind die Kinder suchtkranker Eltern, die seit vielen Jahren ein Thema der Suchtkrankenhilfe ist. Kinder aus suchtbelasteten Familien (Children of Alcoholics/Addicts = COAs) haben ein hohes Risiko für eine spätere eigene Suchterkrankung oder psychische Störungen und tragen eine Reihe weiterer Gesundheitsrisiken. In der Verteilung gilt nach unterschiedlichen Quellen eher die Drittelfaustregel: Ein Drittel entwickelt gravierende Störungen, ein Drittel entwickelt leichte bis mittelschwere Probleme, die oft nur vorübergehender Natur sind, und ein Drittel bleibt psychisch gesund.

5.6.1 Prävention

In der Prävention sind vor allem die Angebote von „inechtzeit“ zu nennen, die zur Krisenhilfe e.V. Bochum gehört. Suchtvorbeugung setzt frühzeitig an, stärkt die Lebenskompetenzen und ist langfristig und zielgruppenorientiert.

Typischerweise sind es Gruppenangebote, die in Einrichtungen oder Schulen durchgeführt werden beziehungsweise sich an Eltern, Bezugspersonen und pädagogische Fachkräfte richten.

Zu diesen suchtpreventiven Maßnahmen bietet „inechtzeit“ Beratung, Begleitung und Unterstützung und stellt Materialien zur Verfügung wie den Methodenkoffer Alkoholprävention oder den Cannabis-Koffer.

„CHECK IT!“ ist eine Unterrichtsreihe im Rahmen der schulischen Suchtvorbeugung für die Jahrgänge 8 bis 11, die aufeinander aufbaut und von den Lehrkräften modular mitgestaltet werden kann.

Es können Infoveranstaltungen für Gruppen aus Schule, Beruf und Freizeit bei inechzeit in Anspruch genommen werden, die eine Einführung in das Thema Drogen, Konsum und Abhängigkeit bieten.

„Move“ und „Kita Move“ sind Schulungsprogramme zur motivierenden Gesprächsführung und richten sich an pädagogische Fachkräfte aus Jugendhilfe und Schule bzw. Kindertagesstätten.

Elternabende für Kindergärten und Schulen können zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen stattfinden (z.B. Alkohol, illegale Drogen, Medien, Suchtentstehung). Es werden Anregungen gegeben, wie Eltern ihre Kinder vor Drogenmissbrauch oder einer Suchtentwicklung schützen können. Neben Fachvorträgen stehen vor allem die Klärung von Fragen und der gemeinsame Austausch im Vordergrund.

Bedeutsam ist die Vernetzung präventiver Arbeit vor Ort und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Entstehungsfaktoren von Sucht.

¹⁸ RKI 2020

6 Bestand der Hilfen für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bochum

Diverse übereinstimmende Prävalenzstudien zeigen, dass etwa 25 % der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens psychiatrisch/psychosomatisch erkranken und deswegen behandlungsbedürftig sind. Zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt benötigen etwa 7-8 % der Bevölkerung fachpsychiatrische/psychosomatische Hilfen. In Bezug auf Bochum handelt es sich also um circa 30 000 Personen. Davon, auch das zeigen die Studien, sind jeweils 10-15 % in ihrer Suche nach Hilfen stark eingeschränkt und werden als bspw. zum Teil „nicht wartezimmerfähige Patient*innen“ bezeichnet, für Bochum bedeutet dies ca. 4.000 Personen. Gerade dieser besonders schwer psychiatrisch bzw. psychosomatisch erkrankte Personenkreis muss Hauptzielgruppe der örtlichen psychosozialen Versorgungsstrukturen sein.

Ferner ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass bei dem beschriebenen Personenkreis der psychisch besonders schwer erkrankten Menschen häufig Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen vorliegen. Die dabei auftretenden Kombinationen sind individuell unterschiedlich und in ihrer Gesamtheit vielfältig. So können neben der psychischen Erkrankung auch eine Suchterkrankung, geistige Behinderung oder schwerwiegende somatische Erkrankungen vorliegen. Auch vermischen sich häufig die Symptomatik mehrerer psychiatrischer/psychosomatischer Diagnosen. Dieser Umstand erfordert ein umsichtiges Vorgehen und erweitert das Aufgabenspektrum in der Einzelfallarbeit.

Gegenüber dem Psychiatriebericht 2019 hat sich die Versorgungsstruktur in Bochum nicht grundlegend geändert. Einzige Ausnahme ist die Schließung der Reha-Bochum im Jahr 2023. Damit gibt es keine medizinisch-berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen (RPK) in Bochum, weder ambulant noch stationär.

6.1 Ambulante Versorgung

Unter ambulanten Versorgungsstrukturen sind folgende Arbeitsfelder zu verstehen:

- Fachärztliche Versorgung durch Praxen und Institutionsambulanzen
- Psychotherapie
- Eingliederungshilfe durch das Betreute Wohnen
- Tagesstätten und Kontaktstellen (trotz des formal teilstationären Status werden die Tagesstätten bzw. Kontaktstellen im ambulanten Bereich beschrieben, da sie auch so wahrgenommen und gelebt werden)
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Medizinische Rehabilitation
- Berufliche Rehabilitation, Arbeitsprojekte, Zuverdienstmöglichkeiten

6.1.1 Niedergelassene Fachärzt*innen und ambulant tätige Psychotherapeut*innen

Gemäß § 75 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV) die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (Sicherstellungsauftrag). Die Sicherstellung umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung (Stichwort: Terminservicestelle der KV) und die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (KV-Dienst).

Mit der psychotherapeutischen Sprechstunde haben Patient*innen einen Anspruch auf schnelle Hilfe in Krisensituationen. Ohne Überweisung von der Hausärzt*in kann die Therapeutin in einem ersten unkomplizierten Beratungsgespräch klären, ob eine ambulante Psychotherapie notwendig ist. Besteht kein Verdacht auf eine psychische Krankheit, kann die Krisensituation ggf. auch durch andere Hilfemöglichkeiten (Selbsthilfe-/Beratungsangebote, Schuldnerberatung) stabilisiert werden.

Hingewiesen sei hier auf die Bedarfsplanung, die festlegt, wie viele Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen für eine Stadt, einen Kreis oder eine Region benötigt werden. Damit soll eine ausreichende flächendeckende Versorgung mit niedergelassenen Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen gewährleistet sowie eine Fehlversorgung vermieden werden. Die Bedarfsplanung ist das entscheidende Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Sie beruht auf der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die der Gemeinsame Bundesausschuss

(B-BA) erstellt, die fortlaufend aktualisierten Werte sind auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) zu finden, die regional für Bochum zuständig ist.

Nach dieser Systematik hat Bochum eine Überversorgung, was leider nicht mit dem subjektiven Erleben oder möglichen Wartezeiten für Fachärzt*innen oder Psychotherapie übereinstimmen muss.

Differenzierte Daten hinsichtlich der ambulanten Versorgung sind öffentlich nicht zugänglich.

Nach Angaben des Landesentrums für Gesundheit, die auf Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen basieren, gab es 2021 in Bochum folgende Zahlen an niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen: 2015 Hausärzt*innen, 341 niedergelassene Psychotherapeut*innen sowie 22 Nervenärzt*innen, also Psychiatrie und/oder Neurologie.¹⁹

6.1.2 Instituts- und Hochschulambulanzen

Eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen nehmen die Psychiatrischen Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken und das Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Erkrankung der Ruhr-Universität Bochum ein. Grundsätzlich gilt, dass die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) einen spezifischen Versorgungsauftrag speziell für Kranke erfüllen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Ziel ist es nicht zuletzt Krankenhausaufnahmen zu vermeiden, stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren.

In Bochum werden die psychiatrischen Institutsambulanzen ihrem Auftrag durch eine besonders gute Vernetzung mit den ambulanten Diensten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Bochum gerecht. Zudem komplettieren sie das Angebot der niedergelassenen Fachärzt*innen durch verschiedene störungsspezifische Spezialambulanzen.

Die früher eindeutiger Trennung in ambulante, teilstationäre (tagesklinische) und stationäre Behandlungsformen hat sich im Laufe der Zeit in integrierte Ansätze verändert. Die Ambulanzen übernehmen oft über Vorgespräche eine erste Abklärung und eine Art Wegweiserfunktion für die weitere Behandlung.

6.1.2.1 LWL-Universitätsklinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin

Die psychiatrische Notfallambulanz (ZNA) bietet 24 Stunden am Tag eine ärztlich-psychiatrische Notfallversorgung an, beispielsweise für Menschen mit akuten psychischen Krisen, erneuter Ausbruch einer psychiatrischen Erkrankung oder unmittelbaren traumatischen Erfahrung an.

Durch ein sogenanntes Track-Konzept erfolgt keine strikte Trennung mehr zwischen stationärer, tagesklinischer und ambulanter Behandlung. Es werden in Behandlungskontinuität störungsspezifisch die Patienten versorgt. Von Bedeutung sind also individuelle Krankheitsbilder. Im Rahmen von Behandlungseinheiten – Tracks – wird auf das Krankheitsbild ausgerichtete Behandlungskonzept angeboten. Das Modellvorhaben erlaubt kurze Verweildauern und hochfrequente ambulante Behandlung (sog. Stationsunabhängige Leistungen, SUL) durch alle ärztlich-therapeutische und pflegerische Berufsgruppen. Als Universitätsklinik wird der neueste und beste Stand und alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren des Fachgebiets vorgehalten. Die ambulanten Flügel der verschiedenen auf die Krankheitsbilder abgestimmten Tracks bilden gemeinsam die psychiatrische Institutsambulanz der LWL-Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin.

Für konkrete Störungen werden im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) Spezialsprechstunden angeboten. Neben Behandlungen im einzelnen, gerne auch zusammen mit Angehörigen, wird auch ein breites Gruppenangebot vorgehalten. Das sind insbesondere

- eine Sprechstunde für Bipolare Erkrankungen (BiBo)
- eine Sprechstunde zur Früherkennung schizophrener Psychosen „BOFIT“ (Bochumer Früherkennungsinitiative und Therapie)
- eine Sprechstunde für Menschen mit Intelligenzminderung
- eine Sprechstunde für berufsbezogene Störungen
- Sprechstunde Akute Traumatisierungen
- Gedächtnissprechstunde (gemeinsam mit Alzheimer-Gesellschaft/Demenz-Servicezentrum Ruhr)

¹⁹ LZG 2023, Beschäftigte im Gesundheitswesen

- Sprechstunde Glücksspielsucht
- Sprechstunde für Angststörungen
- Sprechstunde für Zwangsstörungen
- Schmerzsprechstunde

In Fällen akuter Traumatisierung, in denen das Opferentschädigungsgesetz (OEG) oder die Berufsgenossenschaften (BG) zum Tragen kommen, können bis zu 5 Termine als stabilisierende psychotherapeutische Maßnahme angeboten werden.

Die Fallzahlen der PIA haben sich seit 2018 wie folgt entwickelt:

Tabelle 4

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Fallzahlen	12.907	10.872	8.776	8.379	10.064

6.1.2.2 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Als Teil der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) werden auch psychosomatische Leistungen durch die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie angeboten. Es finden diagnostische Untersuchungen, psychosomatische Behandlungen sowie Vorgespräche mit Patient*innen statt, in denen geklärt wird, um welche psychosomatische Erkrankung es sich bei ihnen handelt und wie diese Erkrankung zu behandeln ist. Weiterführende Behandlungen finden auch im Rahmen von spezifischer Gruppenpsychotherapie statt. In der allgemeinen Sprechstunde können sich Patient*innen mit Krankheiten aus dem gesamten psychosomatischen Fachgebiet vorstellen.

Darüber hinaus gibt es Spezialsprechstunden für folgende Indikationsbereiche:

- Trauma, insbesondere Traumafolgestörungen
- Essstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating und Adipositas.
- Internetbezogene Süchte und Verhaltenssüchte (z.B. Pornografiesucht, Internetsucht, Kaufsucht)
- Psychodiabetologie:

Bei den psychosomatischen Leistungen der PIA wurden folgende Fallzahlen erreicht:

Tabelle 5

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Fallzahlen	3083	3282	3241	3033	2687

6.1.2.3 Martin Luther-Krankenhaus in Bochum-Wattenscheid

Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des Martin-Luther-Krankenhauses besteht seit 2002.

Die ambulante Behandlung erfolgt in einem multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Leitung mit Schwerpunkt in der Behandlung von Menschen mit Depressionen, psychotischen Störungen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Die Psychiatrische Institutsambulanz bietet für die folgenden Erkrankungsbilder Spezialsprechstunden an:

- Depressionen
- Bipolare Erkrankungen
- Psychoseambulanz
- Sprechstunde für Alkoholabhängigkeit
- Spezialsprechstunde für die Polyvalente Abhängigkeit

Im Martin-Luther-Krankenhaus wurden in den letzten Jahren durchschnittlich etwa 3.200 Patient*innen ambulant versorgt mit stabiler Tendenz der Fallzahl:

Tabelle 6

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Fallzahlen	3247	3177	3103	3172	3184

6.1.2.4 Zentrum für Psychotherapie

Das Zentrum für Psychotherapie ist ein Teil des Forschungs- und Behandlungszentrums für psychische Gesundheit (FBZ) der Ruhr-Universität Bochum (RUB), das bereits oben unter 5.3. ausführlicher vorgestellt wurde.

Es ist an die Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie angebunden. Die Hochschulambulanz ist nach dem Psychotherapeutengesetz zu Ausbildung, Forschung und Lehre ermächtigt. Es werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen auf dem neuesten Stand der Psychotherapieforschung für Erwachsene angeboten. Die ambulante psychotherapeutische Hilfe richtet sich an alle psychischen Störungen von Krankheitswert. Die Behandlungskosten in der Ambulanz werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

In der Ambulanz sind rund 60 Psycholog*innen tätig. Sie verfügen jeweils über eine fortgeschrittene oder abgeschlossene Ausbildung als Psychologische Psychotherapeut*in.

Es werden verschiedene Sprechstunden angeboten:

In der offenen Sprechstunde können sich Betroffene unverbindlich über psychische Störungen und deren Behandlung informieren. Sie erhalten damit ohne lange Wartezeit eine erste Einschätzung darüber, ob sie an einer psychischen Störung leiden oder nicht. Zudem erfahren sie, wie eine ambulante Psychotherapie aussehen könnte. Darüber hinaus geht es auch um Behandlungsalternativen und Unterstützungsmöglichkeiten.

Im Rahmen der Sprechstunde für Angst- und Zwangsstörungen können Personen, die derartige Störungen haben, sich über therapeutische Möglichkeiten informieren und kurze Intensivbehandlungen in Anspruch nehmen.

Zusätzlich gibt es einen Krisendienst für Erwachsene, der schnell verfügbare erste Unterstützung anbietet – sowohl für Betroffene, die sich im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung bzw. Symptomen einer psychischen Erkrankung in einer Krisensituation befinden als auch für Freunde/Angehörige, die bei dem/der Betroffenen eine entsprechende Zuspitzung wahrnehmen und sich über Unterstützungsmöglichkeiten informieren möchten.²⁰

Tabelle 7

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Fallzahlen Erwachsene	1645	1728	1975	2347	2799

6.1.3 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst nimmt in der gesamtstädtischen Versorgungslandschaft einen bedeutenden Platz ein. Ausgehend vom 1988 vom Rat der Stadt verabschiedetem Psychiatrieplan hat der Sozialpsychiatrische Dienst seine Arbeitskonzeption in Kooperation mit Netzwerkpartnern über die Jahre angepasst und sich gegenüber den jeweils veränderten Fragestellungen entsprechend positioniert.

Der Dienst ist insgesamt sieben Teams aufgeteilt. In den drei Stadtsektoren gibt es jeweils ein Psychiatrie- und ein Suchtteam, übergeordnet arbeitet der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst als siebtes Team im gesamten Stadtgebiet. Die Aufgaben von zwei Suchtteams und einem Psychiatrieteam sind an unterschiedliche freie Träger delegiert (Sucht: Diakonie und Caritas, Psychiatrie: Psychosoziale Hilfen Bochum e. V.). Die Fachaufsicht obliegt trägerunabhängig der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Die gesetzliche Grundlage des Dienstes stellt das PsychKG NRW dar. Zu den konzeptionellen Bausteinen gehört neben der oben erwähnten Sektorisierung der ganzheitliche Ansatz, die Arbeit in multiprofessionellen Teams, das Bezugstherapeut*innensystem, die mobil aufsuchende Tätigkeit, die Bereitstellung eines Bereitschaftsdienstes sowie das Prinzip der „Offenen Tür“ und der personenzentrierte Ansatz. In der Beratungsarbeit hat der Sozialpsychiatrische Dienst eine Schaltstellenfunktion.

²⁰ Katholisches Klinikum Bochum o.J.

Der Sozialpsychiatrische Dienst stellt häufig die erste Anlaufstelle bei der Suche nach Lösungen von sich manifestierenden psychischen Krisen dar. Im Schwerpunkt kümmert sich der Dienst um Klientinnen und Klienten mit einer längeren chronifizierten Krankheitsbiographie.

Die einzelnen Arbeitsfelder stellen sich wie folgt dar:

1. Bereitschafts- und Krisendienst
2. Meist langfristig angelegte Einzelfallarbeit
3. Fachärztliche Behandlung
4. Psychosoziale Beratung/Suchtberatung nach Paragraph 16 SGB II
5. Das zielgruppenspezifische ambulant betreute Wohnen
6. Die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in psychischen Krisen
7. Kontaktstelle
8. Ergotherapeutisches Angebot einschließlich der Arbeitsgelegenheit „Die Chance“
9. Mitarbeit im gemeindepsychiatrischen Verbund und anderen Fachgremien
10. Psychiatriekoordination

Sämtliche Arbeitsfelder sind mit dem Leitgedanken verbunden, dass ambulante Settings Vorrang vor stationären haben und die psychiatrische Versorgung grundsätzlich mit möglichst wenig Zwangsmitteln umgesetzt werden soll. In diesem Zusammenhang kommen der Prävention, Nach- und Vorsorge in der Alltagsarbeit ein hoher Stellenwert zu. Ganz nebenbei haben die Arbeitsfelder Kontaktstelle und Ergotherapie immense arbeitsökonomische Aspekte. Dadurch, dass viele Menschen in die Dienststellen kommen, bleiben zeitaufwendige Hausbesuche häufig erspart. Zudem werden krankheitsbedingte Schwankungen schnell erkannt, so dass es in der Regel zu frühzeitigen Kriseninterventionen kommt.

Neben dem Thema der gesundheitlichen Stabilisierung unterstützt der Sozialpsychiatrische Dienst auch bei Problematiken im Zusammenhang mit Ämter- und Behördenangelegenheiten. Ein besonderes Augenmerk ist auch dem Thema der tatsächlichen bzw. der drohenden Wohnungslosigkeit gewidmet. Statistische Auswertungen zeigen, dass hier bei circa acht Prozent der Personen eine entsprechende Problematik besteht. Von daher gehören in diesem Zusammenhang das Amt für Soziales sowie auch die hiesigen Obdachlosenberatungsstellen zu wichtigen Kooperationspartnern des Dienstes. Vor dem Hintergrund, dass Obdachlose häufig auch psychisch krank sind, besteht hier eine regelmäßige und von allen Beteiligten aktiv gelebte Kooperation.

Ein weiterer Kooperationsstrang stellt die Zusammenarbeit mit dem Fachdienst 65+ dar. Hier kommt es regelmäßig zur Hinzuziehung der Ärzt*innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Fällen psychiatrisch auffälliger Klientinnen und Klienten der Altenhilfe. Grundsätzlich besteht zwischen Fachdienst 65+ und Sozialpsychiatrischem Dienst die Absprache, dass der Fachbereich Altenhilfe des Amtes für Soziales für Personen, die das sechzigste Lebensjahr vollendet haben, auch in psychiatrischen Fragestellungen der entsprechende Ansprechpartner ist. Dies gilt jedoch nicht für die Personen, die bereits vor Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres dem Sozialpsychiatrischen Dienst bekannt waren. In solchen Fällen ist weiterhin, über die Altersgrenze hinaus, der Sozialpsychiatrische Dienst zuständig.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Menschen, die die Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Anspruch nehmen, neben gesundheitlichen bzw. psychischen Problemen in der Regel eine Vielzahl sozialer und wirtschaftlicher Schwierigkeiten haben. So geht es beispielsweise häufig um den Wohnungserhalt, um die Hilfestellung bei Problemen mit Ämtern und Behörden sowie um Fragen der beruflichen und sozialen Integration. So gilt es in wesentlichen Lebensbereichen eine tragfähige Basis zu schaffen bzw. zu erhalten, dazu zählt auch die An- und Einbindung ins medizinische Hilfesystem.

Die Fallzahlen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind wie folgt:

Tabelle 8

Jahr	2019	2020	2021	2022
Anzahl Klienten	3439	3442	3205	3509

Diese sind für das Jahr 2022 in Bezug auf einzelne Leistungen und nach Diagnosen auf der nächsten Seite dargestellt.

Tätigkeiten Sozialpsychiatrischer Dienst 2022**Tabelle 9**

Beratungsleistungen im Rahmen der Einzelfallarbeit:	33.881
Teilnahme Arbeitsgelegenheiten + Ergotherapie:	11.764
Kontaktstellenbesuche SpD/Mitte:	7.219
Gutachten:	451
medizinische Versorgung:	38
gesamt:	53.353

Häufigste Diagnosen 2022

Suchterkrankungen:	1.200
Psychose/bipolare u. schizoaffektive Erkrankungen:	850
Depressionen:	800
Persönlichkeitsstörungen:	600
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen:	250
geistige Behinderung/Intelligenzminderung:	120

Quelle: Stadt Bochum 2023, eigene Darstellung

6.2 Stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote

Die stationäre Behandlung von erwachsenen Menschen (> 18 Jahren) aus Bochum und umliegender Städte und Gemeinden mit einer psychischen Erkrankung wird seitens der nachfolgenden Kliniken gewährleistet:

- LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin und der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Martin-Luther-Krankenhauses Watten-scheid (Katholisches Klinikum Bochum)

Die einzelnen Kliniken haben die folgenden Informationen zur Verfügung gestellt.

6.2.1 LWL-Universitätsklinikum Bochum

6.2.1.1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin

In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin werden alle psychischen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen für Erwachsene im Rahmen der Pflichtversorgung für das Gebiet von Bochum-Mitte und Bochum-Ost behandelt (ICD 10: F0-F9). Darüber hinaus besteht als Universitätsklinik ein weites überregionales Versorgungsangebot.

Für beginnende psychiatrische Erkrankungen im Sinne von Früherkennung und Prävention, hier vor allem für psychotischen und affektiven Erkrankungen, werden spezielle Behandlungsangebote bereitgehalten (BoFIT). Ebenso werden Burnout und andere Erkrankungen verbunden mit Stress am Arbeitsplatz behandelt. In Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird den Patientinnen und Patienten auch in den Bereichen Trauma und Schmerzen geholfen.

Die Klinik hat ein Modellvorhaben nach § 64 b SGB V entwickelt, bei dem es um die Aufhebung der internen Sektorisierung der Klinik geht. Hierbei kommt vielmehr ein ganzheitlicher Behandlungsansatz zum Tragen - ungeachtet dessen, ob ein Patient einen vollstationären oder einen tagesklinischen Platz einnimmt oder ambulant häufig oder seltener zu kommt. Sofern die oder der Betroffene nicht kommen kann, gehören auch Ansätze von sogenanntem Hometreatment zu diesem Behandlungsansatz. Das Team sucht die Patientin oder den Patienten dann in ihrer bzw. seiner Wohnung auf. Das Kernstück sind hochfrequente Leistungen im Klinikum oder zuhause (SuL), die von der Häufigkeit zwischen Quartalskontakt in der Ambulanz und Tagesklinik liegen und die prästationäre Krisen auffangen und poststationäre Stabilisierung erbringen sollen. Das Modellvorhaben gilt nun für das gesamte Klinikum und alle gesetzlichen Krankenkassen.

Die LWL-Universitäts-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin setzt ein sogenanntes Track-Konzept um. Das bedeutet, dass es keine strikte Trennung mehr zwischen stationärer, tagesklinischer und ambulanter Behandlung gibt. Die Orientierung erfolgt an den jeweils individuellen Krankheitsbildern der Patientinnen und Patienten und bietet im Rahmen von Tracks (Behandlungseinheiten) ein auf das jeweilige Krankheitsbild gut abgestimmtes Behandlungskonzept in personeller Kontinuität der Therapeuten und Pflegenden an.

Durch das Track-Konzept der Klinik hat sich das Verhältnis von stationärer und ambulanter Arbeit, aber auch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen deutlich verändert. Im Sinne einer kontinuierlichen Behandlung werden die Patienten sowohl stationär, teilstationär als auch ambulant behandelt. Innerhalb eines Tracks arbeiten Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialdienst und Pflegepersonal Hand in Hand.

Im Track 1 werden alle Formen von Persönlichkeitsstörungen und ADHS im Erwachsenenalter behandelt. Track 2 widmet sich Patienten mit psychotischen Störungen. Im Track 3 finden Patienten mit psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter Hilfe. Im Track 4 werden alle affektiven Erkrankungen (insbesondere Depressionen und bipolare Erkrankungen) behandelt. Track 5 fokussiert sich auf die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (vor allem Alkohol, Cannabis und Medikamente (Benzodiazepine, Opiate)). Im Track 6 für forensische Psychiatrie im integrierten Maßregelvollzug werden straffällig gewordene Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung behandelt.

Die Klinik pflegt eine enge Kooperation im Stadtgebiet zu niedergelassenen Ärzt*innen, anderen Krankenhäusern und dem über den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) organisierten Netzwerk sowie zu den anderen Universitätskrankenhäusern in Bochum und den psychiatrischen Kliniken der Umgebung.

Es wurden seit 2018 folgende Fallzahlen erreicht:

Tabelle 10

Jahr	2018	2019	2020	2021
Stationäre Fallzahlen	1861	1966	1821	1205
Teilstationäre Fallzahlen	440	512	216	176

In der Corona-Pandemie sind die Fallzahlen 2021 gesunken.

6.2.1.2 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Klinik bietet teil- und vollstationäre Behandlungsmöglichkeiten im Schwerpunkt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Es werden nicht nur Patient*innen aus der Region behandelt, das Einzugsgebiet ist überregional ausgerichtet.

Insbesondere für Essstörungen, Schmerzstörungen, Traumafolgestörungen, nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen und somatische Erkrankungen, die mit psychischen Problemen z.B. der Krankheitsverarbeitung oder psychischen Störungen wie Depressionen einhergehen, werden spezielle Behandlungsangebote auf den beiden Stationen C1 und C2 bereitgehalten. Die Behandlung wird von einem multiprofessionellen ärztlichen wie psychologischen Team der Klinik, examinierten Pflegefachpersonen, Spezialtherapeutinnen (Kunsttherapie, Körpertherapie) sowie Sozialarbeiterinnen und Physiotherapeuten durchgeführt.

In unterschiedlichen Settings wird ein multidisziplinäres Therapieprogramm für die genannten Indikationen angeboten.

Es wurden seit 2018 folgende Fallzahlen erreicht:

Tabelle 11

Jahr	2018	2019	2020	2021
Stationäre Fallzahlen	282	269	281	283
Teilstationäre Fallzahlen	81	85	23	42

Trotz der Corona-Pandemie konnten die Fallzahlen im Jahr 2021 leicht gesteigert werden.

6.2.2 Martin-Luther-Krankenhaus Bochum Wattenscheid

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit 126 Planbetten respektive tagesklinischen Behandlungsplätzen ist in das Martin-Luther-Krankenhaus, ein Allgemeinkrankenhaus der Grundversorgung, integriert. Sie gehört zum Verbund des „Katholischen Klinikum Bochum“.

Der Klinik obliegt die psychiatrische Pflicht- und Vollversorgung der westlichen Hälfte der Stadt Bochum für alle psychisch kranken Erwachsenen. Darüber hinaus besteht ein überregionales Angebot.

Auf Grundlage eines mehrdimensionalen Krankheitskonzept gibt es folgende Leistungsschwerpunkte: Therapie organischer Hirnerkrankungen (Station 4a), Psychiatrie der zweiten Lebenshälfte (Station 4b), Behandlung von opiatabhängigen Menschen (Station 7), Depressions- und Angstbehandlung (Station 14), Allgemeine Psy-

chiarie (Station 15; Behandlung von Psychosen, bipolaren Störungen, Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen in der ersten Lebenshälfte), Behandlung psychotischer Störungen (Station 16) und Behandlung bei Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten (Station 18) .

Anfang 2023 wurde ein bisher bei der Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH in Bochum-Linden angesiedeltes gerontopsychiatrisches Angebot übernommen. Die Patient*innen werden schwerpunktmäßig auf den Stationen 4a und 19 behandelt, mitunter auch auf anderen Stationen.

Unter der Bezeichnung „Körper und Seele“ werden die Synergien im Haus genutzt. Die Station 19 hat einen direkten räumlichen Bezug zu den internistischen und chirurgischen Stationen des Martin-Luther-Krankenhauses. Dadurch können somatischen Beschwerden und manifesten körperlichen Erkrankungen bei Patient*innen mit Depressionen oder Angststörungen in besonderer Weise Beachtung geschenkt werden.

In allen Gebieten stehen den Patient*innen Sport- und Bewegungsangebote, diverse Therapieangebote (Psycho-, Physio-, Ergo-, Kunst und Soziotherapie), medikamentöse Behandlungen und alternative Heilmethoden wie Akupunktur zur Verfügung.

Basierend auf einer jahrzehntelangen sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Tradition besteht eine enge Zusammenarbeit in der gemeindenahen Versorgung. Dazu gehören das ambulante und rehabilitative Hilfesystem und Selbsthilfegruppen.

Teilstationäre Behandlung findet integriert auf nahezu allen Stationen der Klinik als Element beim Übergang von der vollstationären Therapie in den ambulanten Bereich statt.

Auch im Martin-Luther-Krankenhaus bildet sich die Morbidität in tendenziell steigenden Fallzahlen in den letzten Jahren ab. Gleichzeitig ist die Verweildauer (vollstationär) im Martin-Luther-Krankenhaus in den letzten Jahren mit einer VWD von etwa 20 – 21 Tagen pro Aufenthalt konstant geblieben.

Tabelle 12

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Stationäre Fallzahlen	1563	1559	1325	1398	1418

Tagesklinik

Darüber hinaus betreibt das Martin-Luther-Krankenhaus mit der Tagesklinik Ridderstraße ein Behandlungsangebot für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig sind, jedoch mit einem ambulanten Behandlungsangebot nicht ausreichend behandelt werden können. Die Tagesklinik hat eine Kapazität von 24 Plätzen.

Im Einzelnen behandelt werden uni- und bipolare affektive Störungen, phobische und Angsterkrankungen, Zwangsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative und somatoforme Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen, auch bei Mehrfachdiagnosen. Eine relative Kontraindikation zur Behandlung stellen aktive substanzbezogene Abhängigkeitserkrankungen dar dann, wenn die Substanzabhängigkeit im Vordergrund der aktuellen Problematik steht.

Tabelle 13

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Teilstationäre Fallzahlen	232	247	89	97	113

6.3 Soziale Teilhabe

Traditionell wird in der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen (unabhängig von Krankheitsbildern) nach ambulanten, teilstationären und stationären Formen der Eingliederungshilfe unterschieden. Diese erfolgen also in der eigenen Wohnung (Ambulant Betreutes Wohnen oder Betreutes Wohnen genannt), in Kontaktstellen oder Tagesstätten, zu denen man hinget, oder in Wohneinrichtungen (besondere Wohnformen), in denen man lebt. Diese Struktur wird auch in diesem Bericht verwendet und bietet eine gute Orientierung.

Verschiedene Entwicklungen und rechtliche Änderungen der letzten 20 Jahre, vor allem durch das Bundes-teilhabegesetz, haben tief eingegriffen.

Ein Beispiel ist in stationären Einrichtungen („besonderen Wohnformen“) die Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen, also von Maßnahmen der Eingliederungshilfe, und dem notwendigen Lebensunterhalt. Dadurch können auch Menschen Eingliederungshilfe erhalten, die nicht unter die engen Einkommens- und Vermögensgrenzen des Sozialhilferechts fallen. Das ist auch möglich, wenn man über ein normales oder sogar hohes Einkommen und/oder Vermögen verfügt. Für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen der Eingliederungshilfe benötigen, soll es sich auch finanziell lohnen, berufstätig zu sein.

Für die stationären Einrichtungen hat das dazu geführt, dass es nun in einem Gebäude persönliche genutzte Wohnflächen, Fachleistungsflächen (wie Therapieräume) und Mischflächen wie Eingangsbereiche gibt. Die Kosten der Wohnflächen können vom (örtlichen) Sozialamt übernommen werden, die Kosten für Fachleistungs- und Mischflächen übernimmt der Landschaftsverband.

Die genannten Leistungen der Eingliederungshilfe fallen im SGB IX in das Kapitel „Soziale Teilhabe“. Das Betreute Wohnen findet sich unter § 78 Assistenzleistungen. Dieser Begriff wird in den Hilfen für Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung schon länger verwendet.

Ebenfalls geändert hat sich das Verfahren zur Bewilligung der Leistungen für Eingliederungshilfe. Mit Einführung des BTHG hatten die beiden Landschaftsverbände in NRW die Aufgaben, rechtliche und fachliche Vorgaben zur Bedarfsermittlung im sogenannten Gesamtplanverfahren umzusetzen. Es wurde ein Instrument zur Ermittlung von Teilhabebedarfen von Menschen mit Behinderungen entwickelt: das **BedarfsErmittlungsInstrument**, kurz BEI_NRW. Die Einführung erfolgte schrittweise ab 2018, in Bochum seit 2021.

Fachlich orientiert es sich sehr stark am ICF und dessen bio-psycho-sozialen Modell.

Durch die Veränderungen im Rahmen des BTHG, der Begrifflichkeiten und der Versorgungsstrukturen ist es nur bedingt zulässig, rückwirkend Vergleichswerte zu erheben.

Als Darstellung der Ergebnisse und Entwicklungen in den „Leistungen zur Sozialen Teilhabe“ macht die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger folgende Angaben:

- „Ende 2021 erhielten 454.504 volljährige Menschen mit Behinderungen Assistenzleistungen innerhalb und außerhalb besonderer Wohnformen sowie Leistungen in Pflegefamilien. Das sind 25.444 leistungsberechtigte Personen mehr als ein Jahr zuvor, was einer Steigerung von 5,9 Prozent entspricht.
- In absoluten Zahlen: 194.565 Menschen mit Behinderungen lebten in einer besonderen Wohnform (gegenüber 2020 ein Rückgang um 0,2 Prozent), 256.785 erhielten Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen (gegenüber den Assistenzleistungen „mit Wohnbezug“ in 2020 ein Plus von 11,2 Prozent). Rund 5 Prozentpunkte des Zuwachses sind auf die erweiterte Definition der Assistenzleistungen „ohne Wohnbezug“ zurückzuführen. Rund 3.154 volljährige Personen erhalten Leistungen in Pflegefamilien (ein Rückgang um 22 Personen bzw. 0,7 Prozent zum Vorjahr).
- Der Fallzahl-Zuwachs bei den Assistenzleistungen fand ausschließlich außerhalb besonderer Wohnformen statt.
- Fast zwei Drittel der Menschen, die in einer besonderen Wohnform leben, sind Personen mit einer geistigen Behinderung (64,4 Prozent), 29,8 Prozent haben eine seelische Behinderung und 5,7 Prozent eine körperliche Behinderung.
- Rund 40 Prozent der Leistungsberechtigten in den besonderen Wohnformen sind weiblich.
- Die sogenannte „Ambulantisierungsquote“ ist in den letzten Jahren bundesweit stetig angestiegen und erreicht in 2021 einen Wert von 57,2 Prozent. Sie misst ab 2021 den Anteil der Leistungsberechtigten mit Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen an der Gesamtzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Assistenzleistungen (jeweils inkl. Leistungen in Pflegefamilien). Diese Quote wächst gegenüber dem Vorjahr um 2,6 Prozentpunkte.
- 72,5 Prozent der Menschen mit Behinderung, die außerhalb besonderer Wohnformen Assistenzleistungen erhalten, sind seelisch behindert, gefolgt von Personen mit einer geistigen Behinderung (22,6 Prozent) sowie Menschen mit einer körperlichen Behinderung (4,9 Prozent).
- Rund 49 Prozent der Personen mit Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen sind weiblich.“²¹

²¹ BAGüS con-sens-Kennzahlenportal 2023

6.4 Ambulant Betreutes Wohnen

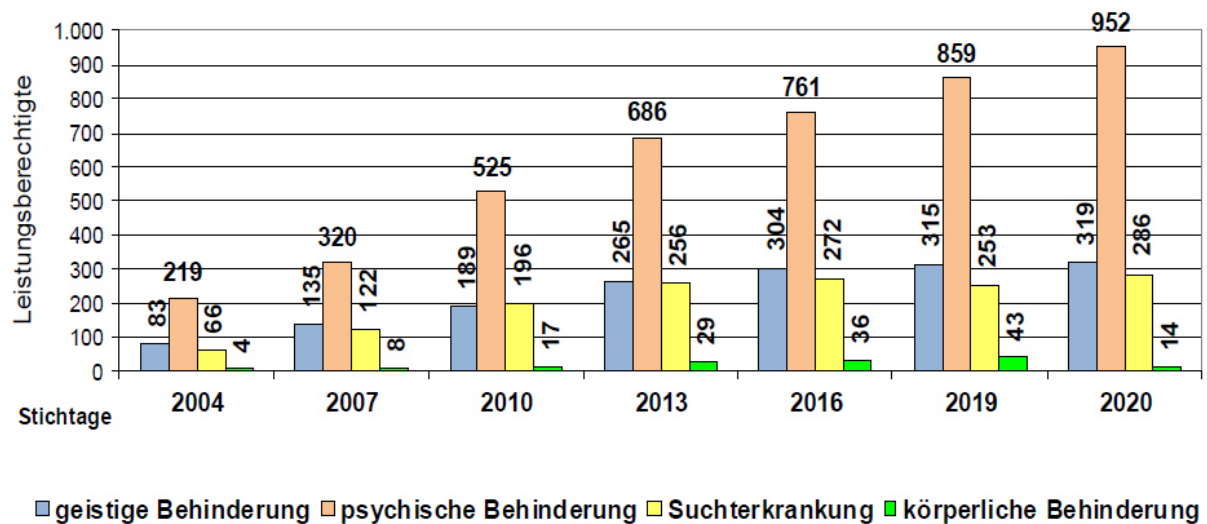
Ein Großteil der Menschen mit längeren psychischen oder Suchterkrankungen hat einen Unterstützungsbedarf im Lebensfeld Wohnen. Als erste Anlaufstelle unterstützt der Sozialpsychiatrische Dienst im Rahmen der Einzelfallarbeit. Bei größerem und langfristigem Hilfebedarf erfolgt eine Vermittlung an einen der Fachdienste des Ambulant Betreuten Wohnens. Hier arbeiten die Dienste sektorbezogen, so dass eine wohnortnahe Versorgung und gute Vernetzung mit anderen Bausteinen des Hilfesystems gegeben ist.

Im Psychatriebereich teilen sich 2023 neun Dienste diese Aufgabe, im Suchtbereich fünf und im Bereich geistig behinderter Menschen sechs Dienste. Neben der jeweiligen Sektorzugehörigkeit im Psychiatrie- und Suchtbereich unterscheiden sie sich im Detail durch spezifische Angebote für bestimmte Personengruppen. Mittlerweile gehören auch sozialintegrative und damit die Selbsthilfe anregende Gruppenangebote zu den aktivierenden Maßnahmen des ambulant betreuten Wohnens. Die Anbieter im psychiatrischen und Suchthilfebereich fühlen sich den strukturgebenden Absprachen des gemeindepsychiatrischen Verbundes verpflichtet.

Seitens des Landschaftsverbandes Westfalen werden der Stadt Bochum und der Fachöffentlichkeit die Daten alljährlich zur Verfügung gestellt.

Abbildung 18

Assistenz in eigener Häuslichkeit Leistungsberechtigte in der Stadt Bochum wohnhaft



21.09.2021 | LWL-Inklusionsamt für Soziale Teilhabe – Regionalplanungskonferenz Bochum

Quelle: LWL

Der Nutzerkreis besteht zum deutlich überwiegenden Teil aus chronisch kranken bzw. psychisch behinderten Menschen. Dies impliziert, dass die Eingliederungshilfe in Form des Ambulant Betreuten Wohnens grundsätzlich ein langfristiges Instrumentarium zur Stabilisierung, Krisenvermeidung und Wiedergewinnung von Lebensqualität darstellt. Neben dem Erhalt der Wohnung beinhaltet es die Unterstützung bezüglich der fachärztlichen Behandlungen, die Hilfestellungen bei Ämter- und Behördenangelegenheiten, es arbeitet sozial integrativ und beratend im Zusammenhang mit Fragestellungen der beruflichen Rehabilitation und (Re-)Integration.

Bei einem kleinen Teil des Nutzerkreises ist das Ambulant Betreute Wohnen als zusätzliche kurzfristige Interventionsmaßnahme zur Vermeidung einer Chronifizierung einzuordnen. In diesen Fällen wird es häufig nach erstmaligen psychiatrischen Krisen in der Regel im Anschluss an stationäre Aufenthalte installiert. Es soll dann unterstützend wirken, um vorher beherrschte Kompetenzen wiederzuerlangen und eine Verselbständigung zu erreichen.

Das Antragsverfahren für Leistungen der Eingliederungshilfe besteht aus einem Antrag an den LWL und einem Formular „Persönliche Sicht“, in dem die antragstellende Person die aktuelle Lebenssituation sowie ihre persönlichen Wünsche und Ziele beschreibt. Dies gilt unabhängig davon, ob es um Unterstützung in einer eigenen Wohnung, in einer WG oder in einer anderen Wohnform geht. Es gilt ebenfalls für alle Arten von Behinderung.

Beim LWL gibt es feste Ansprechpersonen für den jeweiligen Wohnort, die Teilhabeplanenden. Diese beraten die Leistungsberechtigten zunächst. Danach wird gemeinsam mit dem Antragstellenden die Bedarfe mit Hilfe des BEI_NRW ermittelt. Zu den Terminen kann von der antragstellenden Person eine Vertrauensperson mitgenommen werden.

Danach trifft die zuständige Ansprechperson des LWL eine fachliche Entscheidung über die Leistung und erstellt einen Gesamtplan.

1987 hatte die Stadt Bochum sich bereit erklärt, die Kosten für Ambulant Betreutes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe zu übernehmen. Das war im damaligen Bundessozialhilfegesetz Teil der kommunalen Leistungen. Der Sozialpsychiatrische Dienst hatte eine sehr starke Beratungs- und Koordinierungsfunktion. Mit dem Wechsel der Zuständigkeit für die ambulante Eingliederungshilfe in NRW zu den Landschaftsverbänden 2003 wurde das fortgesetzt. Die Anträge wurden zwar beim LWL gestellt, vor Ort wurde in der sogenannten Hilfeplankonferenz beraten und häufig auch entschieden. Hier waren die antragstellende Person, der Hilfeplaner des LWL, eine (meist ärztliche) Vertreter*in des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie Vertreter*innen von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen beteiligt. Oft waren die antragstellenden Personen bereits bekannt, entweder aus dem Kontext von Beratungsangeboten oder weil sie sich bei dem Dienst bzw. der Einrichtung vorab informiert hatten.

Seit 2021 liegt das Verfahren ausschließlich beim LWL. Zudem ist seit 2018 mit der „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ (EUTB) eine neue Form von Beratungsstellen eingeführt und etabliert worden.

Vertraglich wurde zwischen dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe und der Stadt Bochum vereinbart, die seit den 1980er Jahren entwickelte Kooperation zur wohnortnahen und niedrighwelligen Hilfsangebotsstruktur den neuen gesetzlichen Bedingungen anzupassen, fortzuführen und gegebenenfalls auszubauen.

Das bedeutet, dass die hilfeschuchenden Menschen die Wahl haben, für den ersten Termin eine sog. Bochumer Beratungskonferenz einzuberufen, um sich von den Fachleuten vor Ort über die Angebote und Möglichkeiten zu informieren und beraten zu lassen. Die Bochumer Beratungskonferenz wird vom Sozialpsychiatrischen Dienst moderiert und koordiniert. Üblicherweise nehmen außerdem Vertreter*innen der Tagesstätte, der Kontaktstelle, der Anbieter und gegebenenfalls der Klinik teil (insgesamt vier bis sieben Personen). Gemeinsam soll der individuelle Hilfebedarf mit den vielfältigen Angeboten in Bochum abgeglichen und als Ergebnis dem Landschaftsverband als Empfehlung zur Verfügung gestellt werden. Das Modell soll zunächst über zwei Jahre bis Ende 2023 erprobt werden.

6.4.1 Soziotherapie

Soziotherapie soll schwer psychisch kranken Menschen dabei helfen, dass sie ärztliche und psychotherapeutische Leistungen selbstständig in Anspruch nehmen können. Sie soll eine Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen und kann da ansetzen, wo andere Hilfen nicht oder noch nicht greifen.

Inhaltlich kann es um Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung und die Koordination von ärztlichen und therapeutischen Behandlungsmaßnahmen gehen. Ein wichtiger Teil sind Trainings zur Verbesserung von Motivation, Belastung und Ausdauer oder zur Unterstützung bei Verhaltensänderungen.

Soziotherapie kann auch im häuslichen Bereich erfolgen, somit wird das soziale und familiäre Umfeld einbezogen. Sinnvoll ist, sie nach Krankenhausaufenthalt zur Stabilisierung oder in Krisensituationen zu nutzen. Eine Soziotherapie umfasst 120 Stunden à 60 Minuten innerhalb von 3 Jahren je Krankheitsfall.

Sie wird ärztlich verordnet und von den Krankenkassen bezahlt (§ 37a SGB V). Darin besteht ein wesentlicher Unterschied zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX.

Vergleichbar ist, dass in einem Betreuungsplan gemeinsam mit der behandelnden Fachärzt*in und den Patient*innen z.B. die Diagnose, die Therapieziele und -maßnahmen festgehalten werden.

Erbringen können die Soziotherapie nur Soziotherapeut*innen, die bei der Krankenkasse zugelassen sind und mit dieser einen Vertrag haben. Sie sind entweder selbstständig oder angestellt. So bieten manche Träger des Ambulant Betreuten Wohnens auch Soziotherapie an. Nach einer Abfrage im Gemeindepsychiatrischen Verbund liegt die Zahl der in Bochum ansässigen Anbieter im einstelligen Bereich.

6.5 Stationäre Wohnformen

Für die stationären Wohnformen aller im Folgenden geschilderten Fachbereiche gilt, dass mit der Aufnahme grundsätzlich die spätere Ambulantisierung konzeptioneller Bestandteil der Arbeit ist. Ein Gelingen hängt vom Verlauf, den behinderungsbedingten Einschränkungen und dem Vorhandensein inklusiver Strukturen und Hilfen ab.

Es gibt eine Trennung zwischen dem Bereichen Psychiatrie und geistige Behinderung, die strukturell begründet ist. Wenn Menschen konkret stationäre Hilfe benötigen, kommen oft unterschiedlichste Erkrankungen, Körper- oder Sinnesbehinderungen oder eine Pflegebedürftigkeit hinzu. Diese Komplexität und die differenzierten Unterstützungsmöglichkeiten können in diesem Bericht nicht abgebildet werden, es kann lediglich eine Übersicht der Einrichtungen erfolgen.

Psychiatriebereich

Es stehen in Bochum insgesamt 82 Plätze als „besondere Wohnformen“ zur Verfügung. Das Wohnheim Maximilian-Kolbe-Straße hat 55 Plätze, das Rudolf-Hardt-Haus 27 Plätze.

Beide Einrichtungen sind Teil des Wohnverbands Psychiatrie der Diakonie Ruhr und ermöglichen in enger Verzahnung mit ambulanten Betreuungsangeboten ein weitreichendes und differenziertes Hilfsangebot entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner*innen. Sie liegen am Rand der Bochumer Innenstadt.

Sie stellen insbesondere Menschen mit einer bereits länger bestehenden schwerwiegenden psychischen Erkrankung einen Wohn- und Lebensraum zur Verfügung, der einerseits Schutz und Sicherheit bietet, aber auch Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe und Rehabilitation eröffnet. Zu den Wohnheimen gehören im engen Verbund noch zwei sogenannte Außenwohngruppen und mehrere einzelne dezentrale Wohnungen.

Neben der Sicherstellung der Grundbedürfnisse geht es um die Entwicklung von Zukunftsperspektiven und Lebensqualität, unter anderem in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung, Freizeit, Bewältigung der Folgen der psychischen Krankheit/Behinderung, Beziehungen und Persönlichkeitsentwicklung. In den Werkräumen finden unterschiedlichste Angebote zur Tagesstrukturierung sowie für Beschäftigung und Arbeitstraining statt.

Bereich Menschen mit geistiger Behinderung

Hier gibt es in Bochum über 400 Plätze, welche sich auf die unten genannten Wohnheime und verschiedene Außenwohnungen aufteilen. Diese sind in alphabetischer Reihenfolge der Träger:

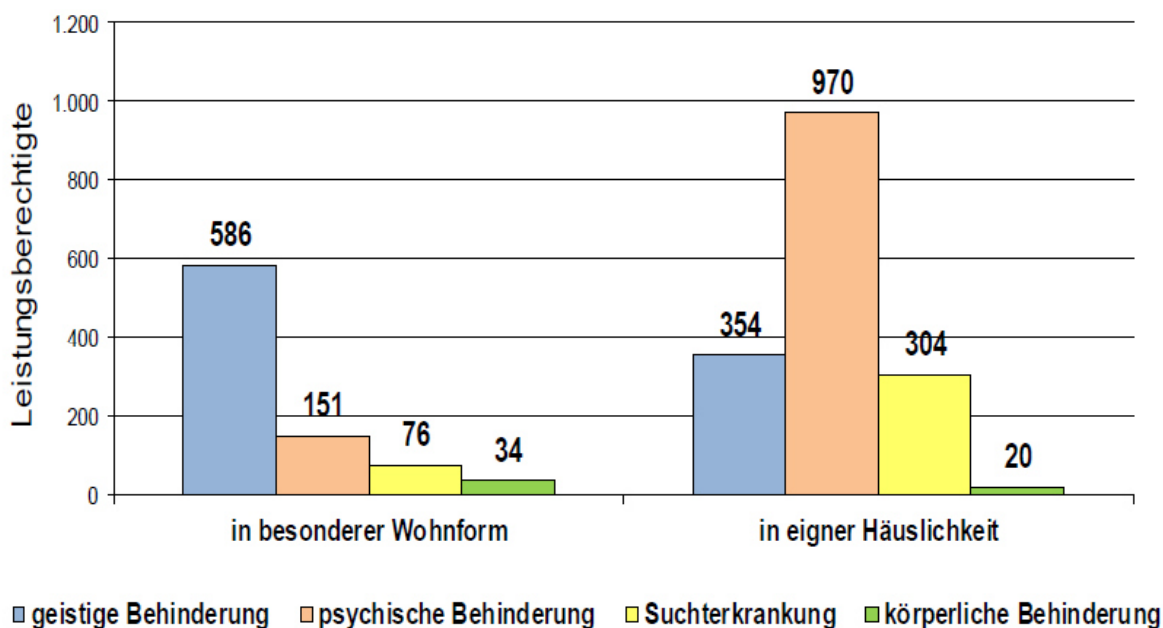
AWO Ruhr-Mitte, Emilie-Hegemann-Haus
Christopherus-Haus, Wohn- und Lebensgemeinschaft Bochum, Hordeler Str.
Diakonie Ruhr Sommerdellenstr. 24a
Diakonie Ruhr, Kinderhaus Wasserstr. 425c
Diakonie Ruhr, Ruhmlandheim
Diakonie Ruhr, Wohnheim Wasserstr.
Integrationsmodell Ortsverband Bochum e.V., Wohngemeinschaft Haus Riemke
Johanneswerk, Außenwohngruppe Blumenstr., Werner Hellweg
Johanneswerk, Goerdthof
Johanneswerk, Wohnhaus Suntumer Str.
Lebenshilfe Wieschermühlenstr. mit 6 Außenwohngruppen

Die Einrichtungen unterscheiden sich z.B. durch Angebote, welche den Schweregrad und die Art der Behinderung berücksichtigen. Das Ruhmlandheim betreut Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Das Kinderhaus Bochum ist die einzige stationäre Einrichtung in Bochum, welches Kinder- und Jugendliche mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten betreut.

Die Verteilung der Hilfen für das Jahr 2020 beschreibt folgende Grafik:

Abbildung 19

Verhältnis ‚besondere Wohnform : eigene Häuslichkeit‘
Leistungsberechtigte aus der Stadt Bochum



21.09.2021 | LWL-Inklusionsamt für Soziale Teilhabe – Regionalplanungskonferenz Bochum

Quelle: LWL

6.6 Arbeit und Beschäftigung

Seit der Psychiatrie-Enquête widmeten sich die psychiatrischen Versorger nach dem Aufbau stationärer und teilstationärer Versorgungsstrukturen dem Aufbau von Kontaktstellen und Tagesstätten, dem ambulant betreuten Wohnen und schließlich auch dem Bereich Arbeit und Beschäftigung.

Auf Grund der zunehmenden Personenzentrierung sind Planungen und Vorgehen beruflicher Rehabilitationsverläufe differenzierter geworden. Mehr und mehr finden die beruflichen Biographien einschließlich der jeweiligen Krankheits- und Rehabilitationsverläufe Berücksichtigung. Somit ergibt sich auch eine Verschiedenheit der finanziellen Rahmenbedingungen dieser Personengruppe. Ob Menschen im aktuellen Krankengeldbezug stehen, Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld erhalten, befristet oder auf Dauer Grundsicherungsleistungen oder Erwerbsminderungsrenten oder aber seltenere Unterstützungsleistungen erhalten, ist im Einzelfall zu eruieren. Damit hängen auch Leistungsansprüche zusammen. Das 2021 in Kraft getretene Teilhabestärkungsgesetz hat die Handlungsspielräume erweitert, die Flüchtlingswelle im Zusammenhang mit dem Ukraine-Krieg steht beispielhaft für die stetigen Veränderungen und neuen Herausforderungen der Arbeitsförderung. Speziell im Bereich Arbeit und Beschäftigung ist gerade vor dem Hintergrund möglicher Förderungen die Abklärung der Frage der Anerkennung einer Schwerbehinderung von großer Wichtigkeit.

Die oben beschriebene Individualität ergibt eine zum Teil sehr unterschiedliche Zielsetzung. So kann die (Wieder-)Eingliederung auf dem allgemeinen oder dem Sozialen Arbeitsmarkt ebenso im Vordergrund stehen wie die Aufnahme einer beruflichen Rehabilitations- und Integrationsmaßnahme. Die Tätigkeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, in einer Arbeitsgelegenheit, einer Tätigkeit im Zuverdienstbereich oder auf Minijob-Basis sind weitere vorhandene Möglichkeiten.

Die unterschiedliche Kostenträgerschaft von überwiegend Jobcenter, Agentur für Arbeit, Krankenkassen oder Rentenversicherung ist bereits erwähnt. Unter der Berücksichtigung, dass die psychisch behinderten Menschen, die langfristig unter den Folgen psychischen Erkrankungen leiden, ist es immer wieder problematisch, wenn berufliche Fördermaßnahmen enden oder abgebrochen werden müssen und es nicht gelingt weitere tagesstrukturierende und integrative Maßnahmen zu installieren. Die Aufrechterhaltung eines tragfähigen und unterstützenden Settings und der Alltagsstruktur ist von immenser Bedeutung. Die konzeptionell angelegte

Langfristigkeit der BeWatt als Werkstatt für Menschen mit psychischer Behinderung ist zweifelsohne eine Stärke dieser Institution. Die Umsetzung einer kontinuierlichen Begleitung gelingt teilweise auch im Arbeitsprojekt „Die Brücke“, bei „AllerHand“ und beim Sozialpsychiatrischen Dienst. Dagegen bedeutet das Ende einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme häufig den Rückfall in einen strukturlosen Alltag mit all seinen destabilisierenden Auswirkungen.

Ein nicht unerheblicher Teil der chronifizierten Menschen durchläuft im Laufe der Jahre mehrere jeweils zeitlich befristete Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen. Gleichzeitig werden sie über die Jahre von unterschiedlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychosozialer Dienste und des Jobcenters begleitet und beraten. Es gibt das Risiko, dass die Menschen zwischen den einzelnen Maßnahmen aus dem Hilfesystem fallen. Methodisch ist ein Case-Management sinnvoll, das aber nicht in allen Fällen zur Verfügung steht.

Über das Bundesteilhabegesetz haben sich auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung Veränderungen ergeben, die noch über Jahre weitergehen werden oder noch nicht abschließend zu bewerten sind.

So wurde 2018 das „Budget für Arbeit“ eingeführt. Es soll Menschen mit Behinderungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen – als Alternative zu Werkstätten. Es umfasst einen Lohnkostenzuschuss an den Betrieb, der einen Menschen mit Behinderung beschäftigt sowie Assistenzleistungen am Arbeitsplatz.

Erfreulich in diesem Zusammenhang ist, dass Bochum von 2020 – 2022 Modellregion des LWL-Inklusionsamtes Arbeit für das Projekt „Neue Teilhabepanung Arbeit“ war. Hier wurden alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – egal ob in einer Werkstatt oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – zusammengeführt. Und: es wurden nicht nur der konkrete Arbeitsplatz in den Blick genommen, sondern das gesamte Arbeits- und Lebensumfeld, also mögliche Teilhabeleistungen.

Im Mittelpunkt stehen die Übergänge zwischen den Systemen, etwa von der Schule in den Beruf oder von der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

In Bochum waren insbesondere die Werkstatt Constantin/Bewatt und der Integrationsfachdienst aktiv beteiligt. Das Projekt wurde fortlaufend begleitend evaluiert. Der Evaluationsbericht soll den politischen Gremien des LWL im Jahr 2023 zur weiteren Entscheidungsfindung vorgelegt werden und dann auf örtlicher Ebene umgesetzt werden.²²

6.6.1 Zuverdienstbereich

Vereinzelte Zuverdienststellen bei „Allerhand“ und in größerer Form im Cafeteria-Arbeitserprobungs-Projekt der „Brücke“ in Wattenscheid vorzufinden. Ein fördernder und geschützter Zuverdienstbereich stellt grundsätzlich ein sinnvolles, rehabilitatives und stabilisierendes Angebot für einen breiten Personenkreis dar.

6.6.2 Werkstätten für Menschen mit Behinderung

Die Werkstätten für Menschen mit Behinderung sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und Integration und bieten Maßnahmen der Agentur für Arbeit und der Rentenversicherungsträger sowie langfristige Arbeitsplätze mit dem Landschaftsverband Westfalen Lippe als Kostenträger an.

Der Auftrag der Werkstätten hat sich im Laufe der Jahrzehnte erweitert. Neben der überwiegenden Bereitstellung geschützter innerhäusiger Arbeitsplätze erfolgte die Öffnung für Außenarbeitsplätze. Diese können entweder als Leistungen eingekauft werden (z.B. Garten- und Landschaftsbau) oder sind bei Bochumer Unternehmen verortete Werkstattplätzen. Diesbezügliche Vermittlungen und erfolgreiche Integrationen sind jedoch stets abhängig von der gesamtwirtschaftlichen Lage einer Region, den individuellen Voraussetzungen der Betroffenen und von der Qualität des jeweils unterstützenden Systems.

Auch die Förderung durch Bildung und Qualifizierung ist ein wichtiger Baustein.

Ein weiterer Auftrag der Werkstätten ist die Förderung von Übergängen aus der Werkstatt in reguläre Arbeitsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dieses Segment ist erfreulicherweise in den letzten Jahren erheblich gewachsen und wird von den veränderten Steuerungsinstrumenten des LWL („Neue Teilhabepanung Arbeit“) gezielt erfasst.

²² LWL, Neue Teilhabepanung Arbeit 2023

Im psychiatrischen Bereich hat die Diakonie Ruhr mit der „BeWatt“ als Zweigwerkstatt der Werkstatt Constantin ein sehr gut in die Versorgungslandschaft integriertes und bewährtes Angebot.

Für den Bereich Menschen mit geistigen Behinderungen existieren in Bochum 3 Werkstätten. Neben der Werkstatt Constantin in Riemke (Diakonie Ruhr) sind es „Studio“ (der neue Name der Altenbochumer Werkstätten des Evangelischen Johanneswerkes) sowie die Werkstatt „Gottesseggen“ des gleichnamigen Trägers im Stadtteil Günnigfeld.

6.6.3 Berufliche Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen

Für Bochumer Bürger*innen finden diese größtenteils beim Fachdienst für berufliche Rehabilitation der Diakonie Ruhr statt. Er bietet Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung für Menschen mit psychischen Einschränkungen an – zum Beispiel einer psychischen Behinderung, Störung oder Erkrankung. Zentrales Ziel ist die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Klärung von realistischen berufsbezogenen Perspektiven soll dabei zu einer Stärkung und Erweiterung der berufs- und arbeitsmarktbezogenen Handlungsfähigkeit führen.

Die verschiedenen Maßnahmen dienen beispielsweise der Perspektivklärung, dem Wieder- oder Ersteinstieg in den Arbeitsmarkt, einer Stabilisierung oder Qualifizierung und Eignungsfeststellung.

Für Leistungen zur Teilhabe im Arbeitsleben, anders formuliert berufliche Rehabilitations- bzw. Integrationsmaßnahmen gibt es verschiedene Kostenträger im Rehabilitationsbereich, vor allem Deutsche Rentenversicherung Bund und Westfalen sowie das Jobcenter Bochum. Für Menschen mit einer psychischen Behinderung werden Erst- und Wiedereingliederungsmaßnahmen angeboten. Aufgrund dieser Komplexität empfiehlt sich vor der Antragstellung eine Beratung durch den Kostenträger oder den Fachdienst.

Ein kleiner Teil Bochumer Rehabilitand*innen tritt eine Maßnahme im Berufstrainingszentrum Dortmund an, welches aber eine größere Platzzahl und eine in Teilen andere Angebotsstruktur hat.

6.6.4 Arbeitsgelegenheiten

Hier hält der Sozialpsychiatrische Dienst seit 2007 in enger Kooperation mit den Psychosozialen Hilfen Bochum e.V. die Arbeitsgelegenheit „Die Chance“ mit aktuell 54 Plätzen vor. Diese Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung ist als arbeitsrehabilitatives, sozial integratives und bezogen auf den Bereich Arbeit und Beschäftigung abklärendes Angebot zu verstehen. Es ermöglicht auf Grund der Gesamtkonzeption des Sozialpsychiatrischen Dienstes häufig eine langfristige und umfassende Alltagsbegleitung. Es ist nachhaltig und sinnstiftend, vielfach erfolgt eine Integration auf den Arbeitsmärkten oder die Vermittlung in weitergehende Fördermaßnahmen. Die Nachfrage ist konstant höher als die zur Verfügung stehende Platzzahl. Es wird auch von Personen aus dem Suchtbereich genutzt, ebenso vereinzelt von Menschen mit einer geistigen Behinderung. „Die Chance“ ist in der psychosozialen Versorgungslandschaft integriert und mit dieser eng vernetzt.

Als weitere zielgruppenspezifische Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung bietet die Krisenhilfe ihr Arbeitsprojekt „Insat“ (Individuelle Schritte in Arbeit) mit 33 Teilnehmerplätzen an. Es richtet sich an ausstiegsorientierte opioid-, alkohol- und mehrfachabhängige Menschen. Auch hier werden unterschiedliche Arbeitsbereiche vorgehalten um arbeitsweltbezogene Kompetenzen (wieder) zu erlangen. Eine begleitende sozialpädagogische Beratung und Unterstützung ist konzeptioneller Inhalt der Maßnahme. Zusätzlich geht es hier auch um die Themen der gesundheitlichen Stabilisierung und der sozialen Integration.

6.6.5 Integrationsbetriebe

Die Firma „AllerHand“ ist eine gemeinnützige Integrationsfirma, in der Menschen mit Handicap und nichtbehinderte ArbeitnehmerInnen erfolgreich, solidarisch und gleichgestellt zusammenarbeiten. 1985 gründete sich dieses Projekt als Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen und körperlichen Einschränkungen. Mittlerweile beschäftigt „AllerHand“ rund 100 Mitarbeiter*innen in Voll- sowie Teilzeit. Die Hälfte der Belegschaft besteht aus Menschen mit Einschränkungen, die andere Hälfte sind Facharbeiter*innen, Arbeiter*innen und auch un- bzw. angelernte Kräfte.

Das Matthias-Claudius-Sozialwerk handelt in einem anderen Rahmen, mit den Claudius-Höfen gibt es ein ganzes Stadtquartier mit integrativem Ansatz und dem Hotel Claudius.

6.6.6 IFD – Integrationsfachdienst für Bochum und Herne

Der Integrationsfachdienst (IFD) für Bochum und Herne der Diakonie Ruhr unterstützt vor allem Menschen mit einer Schwerbehinderung bei Problemen am Arbeitsplatz, bei der behinderungsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes, beim Übergang aus einer Werkstatt für Menschen mit einer Behinderung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, beim Übergang von der Schule in das Arbeitsleben, beim (Wieder-)Einstieg von Menschen mit einer psychischen Erkrankung in das Arbeitsleben oder bei der Suche und Vermittlung einer Arbeits- oder Ausbildungsstelle.

Im Rahmen des Landesprogramms „Kein Abschluss ohne Anschluss“ werden Schüler*innen mit (Schwer-)Behinderung und/oder Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung informiert und beraten.

Der IFD informiert und berät Menschen, die aus der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln wollen.

Auch die Inklusionsbegleitung und Sicherung von Arbeitsplätzen ist von hoher Bedeutung.

Darüber hinaus berät der IFD Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Neueinstellung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung und ist behilflich bei der Klärung und Beantragung finanzieller Fördermöglichkeiten. Auch nach der Einstellung steht der IFD für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie den Beschäftigten mit Behinderung bei Fragen, Problemen und Konflikten zur Verfügung und sucht zusammen mit den Beteiligten nach individuellen Lösungen.

Um Arbeitgeber bei der Einstellung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung zu unterstützen und zu fördern, gibt es die „Einheitliche Ansprechstelle für Arbeitgeber“ (EAA). Sie berät die Betriebe und arbeitet eng mit allen Akteuren der beruflichen Rehabilitation zusammen.

Die Struktur- und Finanzierungsverantwortung für die Integrationsfachdienste liegt bei dem LWL-Inklusionsamt Arbeit in Münster.

6.7 Tagesstrukturierende Maßnahmen

Das Erleben einer konstanten und verlässlichen Tages- und Alltagsstruktur ist für die Stabilisierung und Weiterentwicklung chronisch psychisch kranker Menschen von immenser Bedeutung. Im Stadtgebiet gibt es diverse Angebote, die sich in der Intensität und Zielrichtung unterscheiden. Ihnen allen gemeinsam ist, dass sie sozial integrativ wirksam sind und den Ort darstellen, an dem das Selbsthilfepotential am besten geweckt und gefördert werden kann. Das kleinschrittige Verfolgen persönlicher Rehabilitationsziele ist in den tagesstrukturierenden Maßnahmen in einem geschützten Rahmen möglich. Aus Sicht der Nutzer*innen ist das Aufsuchen dieser Angebote eher mit gesundheitlichen Fortschritten und nicht mit akuter Erkrankung verbunden. Die hier geleistete Beziehungsarbeit ist ebenso der Türöffner für weitere Entwicklungsschritte wie auch für Kriseninterventionen in schwierigen Krankheitsphasen.

Im Folgenden werden nun die einzelnen Angebote dargestellt:

6.7.1 Tagesstätten

Diese existieren ausschließlich im allgemeinpsychiatrischen Bereich. Entsprechend der Sektorisierung gibt es in jedem Sektor eine Tagesstätte in unterschiedlicher Trägerschaft. Insgesamt stehen 65 Tagesstättenplätze zur Verfügung, diese teilen sich wie folgt auf:

Sektor Mitte (Trägerschaft Diakonie Ruhr)	25 Plätze
Sektor Ost (Trägerschaft Psychosoziale Hilfen Bochum e. V.)	20 Plätze
Sektor West (Trägerschaft „Die Brücke“ e. V.)	20 Plätze

Auch die Tagesstätten sind von den strukturellen Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz umfasst. Allerdings gab es befristete oder 2023 noch nicht umgesetzte Regelungen, hier wird der gültige Stand nach Angaben des LWL beschrieben.²³

Die Tagesstätte ermöglicht mit ihrem niedrighschwelligem Zugang und ihren am Bedarf der Menschen orientierten Betreuungs- und Förderangeboten die soziale Eingliederung und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Dies soll mit folgenden Förderschwerpunkten erreicht werden:

- Training der Fähigkeiten zur selbständigen Bewältigung der Alltagsanforderungen
- Hilfe und Beratung bei der Entwicklung von Lebensperspektiven
- Förderung und Erhalt sozialer Beziehungen und Gestaltung gemeinschaftsfördernder Aktivitäten
- Hilfen bei der Freizeitgestaltung
- Vorbereitung zur Wahrnehmung von Beschäftigungsangeboten
- Unterstützung bei der Teilhabe an Angeboten im Sozialraum der Nutzerinnen und Nutzer

Das Wochenprogramm der einzelnen Tagesstätten unterscheidet sich, gemeinsam ist jedoch die Zielsetzung, die mit Hilfe sozialarbeiterischer, ergotherapeutischer und gesprächstherapeutischer Methoden verfolgt wird.

Die Bochumer Tagesstätten haben montags bis freitags geöffnet, ihr Angebot ist für die Besucher*innen verbindlich. Die Konzeptionen zielen jeweils darauf ab, die Besucher*innen emotional, kognitiv und sozial zu fördern, um die Teilhabe dauerhaft zu erreichen. Dazu ist es erforderlich, die Individualität der Besucher*innen zu erkennen und personenzentriert gesunde Persönlichkeitsanteile zu stärken und eine größtmögliche Förderung zu erzielen. Die Tagesstätten leisten einen erheblichen Beitrag zur psychischen Stabilisierung und reduzieren Klinikaufenthalte. Zudem legen sie häufig den Grundstein für weitere integrative Prozesse und fördern deutlich die Eigenständigkeit.

Strukturell sind die Tagesstätten in die örtlichen gemeindepsychiatrischen Verbundsysteme und Kooperationsstrukturen eingebunden.

Die 65 Bochumer Tagesstättenplätze sind durchgängig vergeben, so dass bis zu einer Aufnahme eine Wartezeit von bis zu sechs Monaten zu überbrücken ist.

6.7.2 Kontaktstellen

Die Kontaktstellen stellen das niederschwelligste Angebot im gesamtstädtischen Versorgungssystem dar und sind von daher von immenser Bedeutung gerade für langjährige chronisch Erkrankte. Kontaktstellen sind Orte höchster Akzeptanz und stellen zunächst einmal nur geringfügige Anforderungen. Sie können auch in instabilen Zeiten und ohne Einhalten von Terminen oder anderen Verbindlichkeiten spontan, regelmäßig oder unregelmäßig genutzt werden. Auch nach längerer Abwesenheit kann auf sie immer wieder komplikationslos zurückgegriffen werden.

Sie kann auch als Übungsfeld für verbindlichere Leistungen sowie für die Vermittlung in die Einzelfallberatung genutzt werden. Zudem sind die Kontaktstellen ein hilfreiches und zwingend notwendiges Hilfsmittel, um die Wartezeiten für verbindliche Einrichtungen, beispielsweise die Tagesstätten, zu überbrücken.

Es gibt Kontaktstellenangebote im Psychiatrie- und Suchtkrankenhilfebereich sowie für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Im Psychiatrie- und Suchtbereich sind sie eingebunden in die Sektoren. Die Kontaktstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Sucht- und Psychiatriebereich (jeweils Sektor Mitte und Ost) sind eng verwoben mit dem dort ansässigen ergotherapeutischen Angeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die im nächsten Punkt beschrieben werden. Die Trägerschaft teilt sich wie folgt auf:

Sektor Mitte	Stadt/Gesundheitsamt
Sektor West	„Die Brücke“ e. V.
Sektor Ost	„Psychosoziale Hilfen Bochum“ e. V.
Suchtkrankenhilfe	Diakonie Ruhr
Bereich für geistige Behinderung	Diakonie Ruhr

²³ LWL o.J., Tagesstätten

6.7.3 Ergotherapie

Ein Baustein der Vor- und Nachsorge sind die an vier Stellen platzierten ergotherapeutischen Angebote, zwei sind dem Psychiatriebereich, zwei weitere dem Suchtbereich zuzuordnen.

Das größte Angebot ist am Westring vorzufinden. Hier ist die von montags bis freitags geöffnete Arbeitstherapie verortet. Diese ist räumlich und inhaltlich eng mit der Arbeitsgelegenheit „Die Chance“ verwoben. Sie steht im Schwerpunkt dem Psychiatriebereich, aber auch abstinenten suchtkranken Bürger*innen sowie im Einzelfall Menschen mit einer geistigen oder Lernbehinderung zur Verfügung. Die Häufigkeit der Teilnahme ist individuell verschieden und orientiert sich an der Zielsetzung und Gesamtlebenssituation der einzelnen Personen. In der Regel ist sie Bestandteil eines aus mehreren Bausteinen bestehenden ambulanten Settings. Auch hier stehen die gesundheitliche Stabilisierung, soziale Integration sowie erste arbeitsrehabilitative Schritte im Vordergrund. Die Verbesserung lebenspraktischer Kompetenzen und Abklärung der Notwendigkeiten weiterer flankierender Maßnahmen gehören ebenso zum Aufgabengebiet.

Die ergotherapeutischen Angebote im Suchtbereich (verortet bei der Suchtberatungsstelle „Pavillon“ der Diakonie Ruhr und der Caritas-Suchtberatung) sowie in der Stiftstraße (Psychiatrie/Sektor Ost) von den Psychosozialen Hilfen in Bochum arbeiten ausschließlich mit Personen aus ihrem Sektor und Aufgabenbereich. Die Ergotherapie des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Westring arbeitet übergreifend und inhaltlich ergänzend. Sie fängt diejenigen auf, die aufgrund von Ressourcenknappheit der anderen Angebote nicht nachgegangen werden kann. Ähnlich wie bei der Arbeitsgelegenheit „Die Chance“ ist die Nachfrage deutlich höher als die Anzahl der vorhandenen Plätze.

6.7.4 Kontaktclubangebote

Diese Gruppenangebote für Freizeitgestaltung und Begegnung gibt es im Psychiatriebereich sektorbezogen und sind teils vom Sozialpsychiatrischen Dienst und teils von freien Trägern organisiert. Im Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung gibt es seitens der Diakonie Ruhr Bochum ein entsprechendes Angebot an der Alleestraße sowie in Bochum-Weimar Mitte. Der Zugang wird niederschwellig gestaltet. Das Angebot soll Begegnungen schaffen, die soziale Kompetenz erweitern, Spaß und Lebensfreude erwecken und mithelfen, den Alltag zu strukturieren.

6.7.5 Soziotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen

Die soziotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen finden in der Form mehrtägiger Gruppenfahrten statt. Sie stellen eine besonders intensive Aktivierungs- und Stabilisierungsmaßnahme dar und tragen dazu bei, den Inklusionsgedanken ganz konkret umzusetzen. Neben der Aktivierung steht die Auseinandersetzung mit den eigenen Kompetenzen und das lebenspraktische Training sowie die soziale Integration und Stärkung des Selbsthilfepotentials im Vordergrund. Entsprechende Maßnahmen gibt es in allen Fachbereichen, sie sind beim Sozialpsychiatrischen Dienst oder aber bei den Fachdiensten des Ambulant Betreuten Wohnens bzw. der Wohnheime verortet.

7 Psychische Erkrankungen im hohen Lebensalter

Psychische Erkrankungen im hohen Lebensalter sind nicht identisch mit denen in früheren Lebensphasen. Neben alterstypischen Störungen und Erkrankungen bestehen bei alten Patient*innen auch vielfältige Besonderheiten in der Symptomatik der Störungsbilder (z.B. affektive, Angststörungen, Substanzstörungen). Die zunehmende Bedeutung einer Altersspezifik wird deutlich, wenn man sich die demografische Entwicklung in Deutschland und Europa bewusstmacht. Bis zum Jahr 2050 wird sich der Anteil von Menschen über 65 Jahren auf mehr als ein Drittel aller in Deutschland lebenden Menschen erhöhen.

Die Entwicklung in Bochum beschreiben die folgenden Tabellen:

Tabelle 14

Bevölkerung nach Altersgruppen 2014

Altersgruppe	Anzahl	Prozent
60 bis unter 70 Jahre	41.784	11,4
70 bis unter 80 Jahre	37.830	10,4
80 Jahre oder älter	22.618	6,2

Tabelle 15

Bevölkerung nach Altersgruppen 2021

Altersgruppe	Anzahl	Prozent
60 bis unter 70 Jahre	47.492	12,8
70 bis unter 80 Jahre	31.945	8,6
80 Jahre oder älter	27.361	7,4

Quelle: Stadt Bochum, bostatis

Bereits heute ist die Gruppe älterer Menschen mit psychischen Störungen psychotherapeutisch unterversorgt. Die demografische Entwicklung verschärft noch zusätzlich die Notwendigkeit, eine an den Bedürfnissen und körperlichen sowie kognitiven Beeinträchtigungen älterer Menschen angepasste Versorgung zu entwickeln und zu bewerben.

Im steigenden Lebensalter treten eine Reihe von Faktoren ein, die das psychische Wohlbefinden beeinflussen können. Mit zunehmendem Alter verändert sich die körperliche Gesundheit. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben und die Gestaltung einer neuen Lebensphase („drittes Lebensalter“) sind ein weiterer großer Einschnitt. Insbesondere im höheren Alter treten zunehmende Verlusterfahrungen auf durch Erkrankungen und Tod sowie zunehmende Immobilität, die auch die seelische Gesundheit verändern.

Die Lebensgestaltung verändert sich. Die Bewusstheit der endlichen Lebenszeit, Auseinandersetzungen mit der Angst vor Hilflosigkeit und der Abhängigkeit von Hilfe sowie mit dem eigenen Tod kommen hinzu. Nicht verarbeitete Erlebnisse des bisherigen Lebens können ebenfalls Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen.

Psychische Erkrankungen im Alter sind häufig die Folge mehrerer körperlicher und emotionaler Belastungen, wie dargestellt. Selten sind sie einem einzigen Faktor zuzuordnen und es bedarf einer umfassenden Betrachtungsweise, die gleichzeitig körperliche, seelische und soziale Faktoren einschließt.

Eine gesondert zu betrachtende Gruppe sind Menschen, die schon sehr lange an psychischen oder Suchterkrankungen leiden. Durch bessere medizinische Versorgung steigt deren Lebenserwartung. Ein prägnantes Beispiel ist Gruppe der Methadon-Substituierten im Vergleich zu Heroin-Konsumierenden.

Wenn diese älter und damit kränker und hilfsbedürftiger werden, gibt es in Bochum und der näheren Umgebung keine stationären Angebote. Die beiden stationären Einrichtungen in Bochum sind auf legale Drogen, insbesondere Alkohol ausgerichtet. Konsum illegaler Drogen und Substitution sind ein Ausschlusskriterium. Es gibt regelmäßig Anfragen von Substituierten, die nicht aufgenommen werden können.

In der Wohnungslosenhilfe gibt es inzwischen in den stationären Einrichtungen zum Teil Pflegeabteilungen. Deren Bewohner sind nicht selten erst zwischen 60-65 Jahre alt.

Eine nach allgemeiner Erwartung verbreitetes, aber schwer mit Daten zu erfassendes Problem ist Sucht im Alter, vor allem Alkohol und Medikamente. Die Prävalenz der Einnahme von Medikamenten bzw. von mehreren Medikamenten ist im Alter hoch. Ein erheblicher Anteil dieser Medikamente ist zum einen Schmerzmittel

und zum anderen Psychopharmaka. Ein hohes suchterzeugendes Potential weisen insbesondere die Schlaf- und Beruhigungsmittel auf.²⁴

Selbstmord im Alter ist ein in der Öffentlichkeit wenig präsent Thema.

Das durchschnittliche Sterbealter der durch Suizid verstorbenen Menschen erhöht sich, vor allem in den Altersgruppen über 65 Jahren steigen die absoluten Zahlen. So gab es in 2019 in Deutschland 9.041 Suizide, davon 3.596 in der Altersgruppe 65+ in einer Verteilung auf 2.684 Männer und 912 Frauen.²⁵

Im Jahr 2021 waren es in Deutschland 9.215 Suizide, davon 3.917 in der Altersgruppe 65+ in einer Verteilung auf 2.825 Männer und 1.092 Frauen.²⁶

Konstant ist die Verteilung der Suizidraten, mit zunehmendem Lebensalter steigt das Suizidrisiko deutlich an. In jedem Lebensalter vollziehen Männer den Suizid häufiger als Frauen, rund 70 % der Selbsttötungen wurden von Männern begangen.

Alterungsprozesse und die psychosozialen Folgen körperlicher Erkrankungen führen zu Funktionseinbußen und Einschränkungen, die mit zunehmender Belastung schwer zu kompensieren sind. Nachwirkungen von Lebenskrisen, körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, unerfüllte Lebenspläne, interpersonelle Konflikte sowie existenzielle Fragen am Lebensende können Reaktionsweisen einer resignativ-suizidalen Abwendung vom Leben fördern. Anders formuliert kann ein Verhalten auftreten, dass kein vorsätzlicher Suizid ist, aber durch passives Unterlassen wie Nicht-Einnahme von Medikamenten gekennzeichnet ist²⁷.

Die Verbindung von lebensgeschichtlichen Prägungen und aktuellen, altersspezifischen Belastungen, wie z.B. die Häufung von Trennungen und Verlusten, wie auch von körperlichen Erkrankungen, deren psychosoziale Folgen das alltägliche Leben erheblich beeinträchtigen können. Trotz dieser bedeutsamen Faktoren sind Alterssuizidalität und der Suizid im Alter immer noch erheblich tabuisiert. Zentral ist dabei, dass das Versorgungssystem für suizidale alte Menschen in Deutschland unzureichend ist: Diese Bevölkerungsgruppe findet besonders schlecht Hilfe.²⁸

In Bochum gab es nach Angaben aus der Gesundheitsberichterstattung des Landesentrums für Gesundheit in 2021 insgesamt 23 Sterbefälle durch Selbstmord. Es waren 14 Frauen, davon drei zwischen 60 und 64 Jahren und vier zwischen 75 und 79 Jahren. Zu den 9 Männern und den übrigen 7 Frauen gibt es aufgrund der niedrigen Fallzahlen keine genaueren Angaben.

7.1 Epidemiologische Aspekte

Das Epidemiologische Suchtsurvey befasst sich beispielsweise in Kurzberichten mit Medikamentenkonsum, aber nur für die Altersgruppen zwischen 18 und 64 Jahren. Die Deutsche Suchthilfestatistik, die Informationen zur Arbeit in den ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen liefert und deren statistischen Daten auswertet, gibt sehr geringe Zahlen von Personen über 65 Jahren an, die aber nicht mit dem Anteil an der Gesamtbevölkerung korrelieren. Auch die Daten des Landesentrums für Gesundheit, die die klinischen Behandlungen nach Hauptdiagnosen gemäß ICD-10 erfassen, weisen für die Kategorie F 55.- (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen, also etwa Antidepressiva und Schmerzmittel) ab 55 Jahren keine Fälle mehr auf.

In einem Factsheet zu „Psychischen Erkrankungen im hohen Erwachsenenalter“ wertet das LZG ambulante Versorgungsdaten aus. Diese zeigen, dass Depressionen, Angststörungen, Demenzerkrankungen, Belastungs- und somatoforme Störungen im Alter häufig ärztlich diagnostiziert werden.

²⁴ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf o.J.

²⁵ Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021

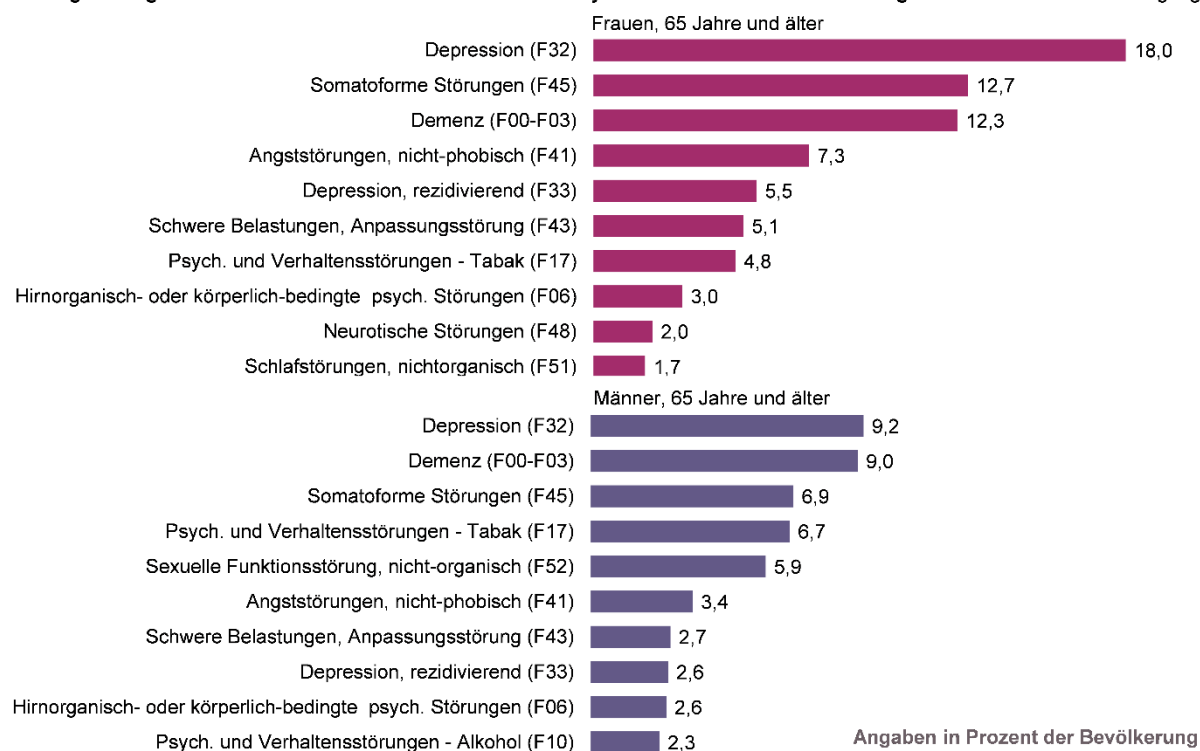
²⁶ Statistisches Bundesamt o.J.

²⁷ Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021

²⁸ Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021

Abbildung 20

Häufigste Diagnosen im Alter ab 65 Jahren im Bereich der Psychischen und Verhaltensstörungen in der ambulanten Versorgung



(Die häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen, ICD-10 Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen, 65-Jährige und Ältere, nach Geschlecht, NRW, 2020. KV Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW²⁹)

Für den klinischen Bereich sind die Zahlen aufgrund der Corona-Pandemie schlecht vergleichbar, so ging im Jahr 2020 Zahl der Krankenhausbehandlungen für fast alle psychischen Erkrankungen zurück. Für die Zeit von 2011 – 2019 sind die Behandlungszahlen aufgrund rezidivierender Depressionen und aufgrund somatoformer Störungen bei Frauen und Männern im Zeitraum von 2011 bis 2019 gestiegen. Zudem ist die stationäre Behandlungshäufigkeit der Alkoholabhängigkeit bei Männern erhöht.

Auch hier gilt es weiterhin, aussagekräftige epidemiologische Daten zu gewinnen und auszuwerten.

7.2 Spezialisierte Versorgung in Bochum

Den Hausarzt*innen obliegt ein wesentlicher Anteil an der medizinischen Versorgung älterer Menschen.

Für die Versorgung aller Bürger*innen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, ist der Fachdienst Altenhilfe Ansprechpartner. Im Rahmen von Einzelfallhilfe sind sozialpädagogische Fachkräfte des Fachdienstes 65+ und der Seniorenbüros vor Ort tätig, um gemeinsam mit Seniorinnen und Senioren Lösungen zu finden und Rahmenbedingungen zu schaffen, um so lange wie möglich - gegebenenfalls mit Unterstützung - eigenständig und selbstbestimmt im gewohnten Umfeld bleiben zu können.

Für die Personen, die bereits vor Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres dem Sozialpsychiatrischen Dienst bekannt waren, bleibt dieser zuständig. Das gilt über alle Altersstufen für Krisen und Maßnahmen nach dem PsychKG.

Wenn der Fachdienst Altenhilfe in der Einzelfallhilfe psychiatrisch auffällige Menschen hat, können die Ärzt*innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes hinzugezogen werden, soweit die Versorgung im Regelsystem nicht gewährleistet wird.

Um diese Struktur zu verbessern, gibt es seit 2023 eine neue fallbezogene Clearingstelle zwischen dem Fachdienst Altenhilfe und dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

²⁹ LZG 2022

Insbesondere auf Demenz ausgerichtet sind die „Alzheimerhilfe des Deutschen Roten Kreuzes“ und die „Alzheimer-Gesellschaft“.

Die „Alzheimerhilfe des DRK-Kreisverbandes Bochum e.V.“ hält eine Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten vor, z. B. Beratung, häusliche Einzelschulung, Kursangebote, Gesprächskreise für Angehörige sowie Beratung und Qualifizierung für professionelle Fachkräfte und Ehrenamtliche.

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen werden von der „Alzheimer-Gesellschaft“ in Einzel- und Familiengesprächen beraten, es finden auch verschiedene Gruppen statt und es gibt einen Besuchsdienst. Zwischen der „Alzheimer-Gesellschaft“ und der LWL- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin gibt es eine enge Zusammenarbeit.

Diese hält in der Institutsambulanz ein umfassendes Behandlungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter bereit. Darüber hinaus sind spezielle Sprechstunden eingerichtet, z.B.

- zur Früherkennung von Gedächtnisstörungen
- bei Demenzerkrankungen mit frühem Beginn (vor dem 65. Lebensjahr)
- bei frontotemporalen Demenzerkrankungen
- die Alzheimer-Ambulanz (in Kooperation mit der Alzheimer-Gesellschaft Bochum/Demenz-Service-Zentrum Bochum)
- bei Demenzerkrankungen bei geistiger Behinderung
- bei psychischen Erkrankungen im palliativmedizinischen Zusammenhang (z.B. bei Krebserkrankung, Depression, hirnganisch bedingten psychischen Veränderungen etc.)

Das St. Josef-Hospital (Katholisches Klinikum Bochum) bietet über sein Forschungszentrum für Neurodegeneration ebenfalls eine „Gedächtnisambulanz“, also eine Ambulanz für Demenzkranke.

Stationär haben die LWL-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin sowie das Martin-Luther-Krankenhaus Fachabteilungen, die sich allerdings begrifflich unterscheiden.

Die LWL-Klinik bietet mit dem Konzept zu „Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter“ vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen in ihrem Track 3 an.

Das Martin-Luther-Krankenhaus hat die Angebote der „Psychiatrie der zweiten Lebenshälfte“ Anfang 2023 erweitert, als eine Fachabteilung der Augusta Kliniken aus Bochum-Linden übernommen wurde. Schwerpunktmäßig erfolgt dieses in der Behandlung auf den Stationen 4a und 19. Eine Spezialsprechstunde in der Ambulanz wird nicht angeboten.

7.3 Kooperation und Vernetzung

Strategisch hat sich Stadt Bochum hat zum Ziel gesetzt, das Leben im Alter als ein methodisches Querschnittziel interdisziplinär und themenübergreifend mit allen Fachaufgaben der Verwaltung zu verzahnen, und dafür die „Stabsstelle Leben im Alter (LIA)“ eingerichtet.

Die Kommunale Pflegeplanung liegt vor und wird fortgeschrieben, die Konferenz für Alter und Pflege befasst sich mit der Sicherung und Weiterentwicklung der Angebote. Aktuell wird ein Handlungskonzept „Leben im Alter“ erarbeitet.

Als gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Pflegekassen NRW gibt es ein landesweites Netzwerk über die Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz mit einem Standort in Bochum. Die Regionalbüros bieten haupt- und ehrenamtlichen Akteuren Unterstützung zu verschiedenen Themen an, hier von Interesse ist die Förderung von Angebotsstrukturen für Zielgruppen mit "besonderen Bedarfen".

Das Unterstützungs- und Versorgungsangebot für ältere Menschen in Bochum ist sehr umfassend.

Einen guten Überblick bietet der „Wegweiser für Seniorinnen und Senioren“, der online über das Amt für Soziales der Stadt Bochum zu finden ist.

Angesichts der demografischen Entwicklung und der bestehenden gesellschaftlichen Herausforderungen wird Kooperation und Vernetzung eine zentrale Aufgabe bleiben.

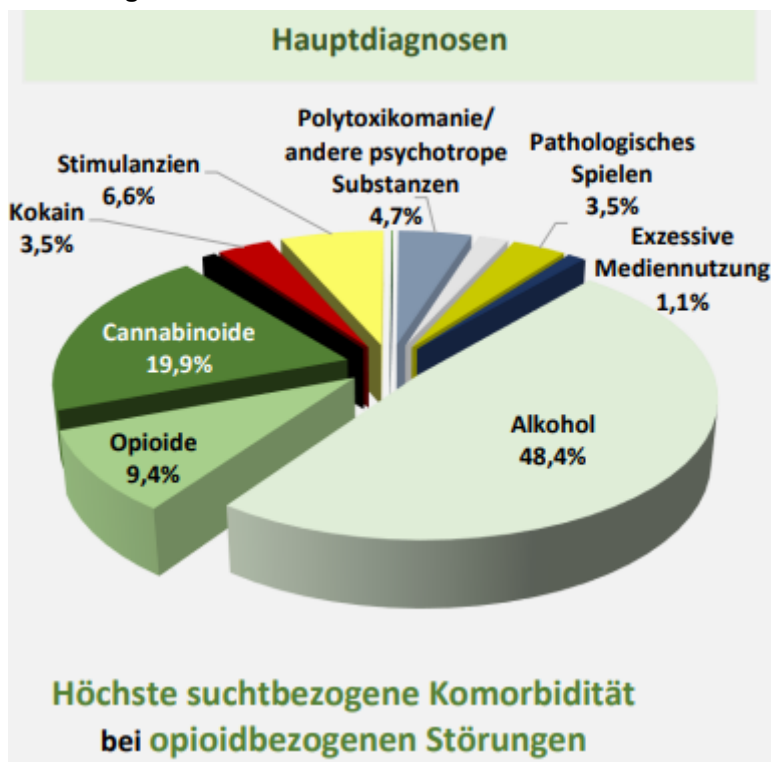
8 Sucht und Abhängigkeitserkrankungen

„Nach repräsentativen Studien für Deutschland (insbesondere Epidemiologischer Suchtsurvey 2018) rauchen 12 Millionen Menschen, 1,6 Millionen Menschen sind alkoholabhängig und Schätzungen legen nahe, dass 2,3 Millionen Menschen von Medikamenten abhängig sind. Rund 600.000 Menschen weisen einen problematischen Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen auf und gut 500.000 Menschen zeigen ein problematisches oder sogar pathologisches Glücksspielverhalten. Auch eine exzessive Internetnutzung kann zu abhängigem Verhalten führen: Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa 560.000 Menschen onli-neabhängig sind.“³⁰

Im Konsum findet sich meist eine Mischung, bei Missbrauch oder schädigendem Verhalten ist es selten nur ein Stoff. Gerade Alkohol und Cannabis werden parallel konsumiert, andere Substanzen oft eine Zeit lang oder über eine Lebensphase. Die Nutzung von Online-Spielen hat eine hohe gesellschaftliche Verbreitung und Akzeptanz, ist aber auch ein Beispiel für die im kommenden Abschnitt beschriebenen stoffungebundenen Süchte.

Die Hauptdiagnosen in der ambulanten Suchthilfe waren im Jahr 2021:

Abbildung 21



Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik – Jahresbericht 2021³¹

Legt man die Hochrechnungen aufgrund des Epidemiologischen Suchtsurveys 2021 zugrunde, geht es in erheblich größere Dimensionen. Diese Berechnungen kommen auf 36,1 Millionen Personen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben. Davon kommt es bei 12,0 Millionen zu episodischem Rauschtrinken und bei 7,9 Millionen zum Konsum riskanter Mengen.

Der Konsum von Cannabis umfasst 4,5 Millionen, gefolgt von Kokain/Crack mit 818.000 und Amphetamin/Metamphetamin mit 716.000 Personen.³²

³⁰ Bundesministerium für Gesundheit 2023

³¹ Deutsche Suchthilfestatistik 2021

³² Rauschert et.al. 2021

8.1 Begriffserklärung

Das Wort Sucht stammt etymologisch von dem Wort „siechen“ – also an einer Krankheit leiden. Sucht und Abhängigkeit werden synonym verwendet, auch wenn das fachwissenschaftlich nicht unstrittig ist. „Sucht ist das nicht mehr kontrollierbare Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand“ – so die offizielle Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Grundsätzlich kann jeder Mensch süchtig werden.³³

Sucht bezieht sich auf den Umgang mit Substanzen, die Suchtpotenzial besitzen. Zur Sucht kann darüber hinaus (fast) jede Form menschlichen Verhaltens werden (z. B. Arbeitssucht, Spielsucht, Sucht nach sexueller Befriedigung). Daraus gibt es die Unterscheidung zwischen stoffgebunden und stoffungebundenen Süchten. Jede Sucht entsteht über den Prozess Erfahrung – Wiederholung – Gewöhnung – Missbrauch – Abhängigkeit.

8.2 Kriterien

Nach dem ICD-10 soll die Diagnose Abhängigkeit nur gestellt werden, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien gleichzeitig während des letzten Jahres vorhanden waren:

- „Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahen verwandteren Substanzen, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
- Nachweis einer Toleranz gegenüber der Substanz, im Sinne von erhöhten Dosen, die erforderlich sind, um die ursprüngliche durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.“³⁴

Stoffungebundene Süchte werden hierüber nur eingeschränkt erfasst, mehr dazu wird weiter unten erläutert.

Alle in diesem Kontext zu nennenden Substanzen besitzen ebenso wie bestimmte Verhaltensweisen ein nicht unerhebliches Suchtpotential. Das ist unabhängig von deren rechtlicher Einordnung, ob sie nun legal oder illegal sind. In seltenen Fällen kann bereits der einmalige Konsum zu einer Abhängigkeit führen. Meist entwickelt sich eine Abhängigkeitserkrankung, die sich sowohl auf den Körper als auch auf die Psyche auswirkt, schleichend und über einen längeren Zeitraum. Die Übergänge vom Genuss zur Sucht sind oftmals fließend.

Bei fast jeder Sucht schließen sich physiologische Gewöhnungsprozesse und biologische Toleranz der psychischen Prozesse an. Die körperliche Gewöhnung resultiert aus der Fähigkeit des menschlichen Körpers, zunehmende Dosen eines Rauschmittels zu vertragen (biologische Toleranz). Der Suchtstoff wird von den Zellen schneller abgebaut und vom Gewebe schneller aufgenommen. Um den gewünschten Effekt zu erzielen, müssen Sucht-Patienten folglich immer höhere Mengen konsumieren.

Eine körperliche Abhängigkeit äußert sich vor allem durch Entzugerscheinungen beim Reduzieren oder Absetzen des Suchtmittels. Entzugerscheinungen können in vielfältiger Form auftreten wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, depressiven Episoden, Schweißausbrüchen, neurologische Ausfälle oder Gewichtsverlust.

Bei „stoffungebundenen“ oder „nicht-stoffungebundenen“ Abhängigkeiten treten in der Regel keine körperlichen Abhängigkeitssymptome auf. Häufig sind aber Vernachlässigungen bei Körperpflege und Ernährung oder Bewegungsmangel festzustellen, die pathologische Probleme hervorrufen. Auf der sozialen Ebene kommen

³³ Blaues Kreuz o.J.

³⁴ Drugcom, Drogenlexikon, o.J., Begriff „Abhängigkeit“

Rückzug und Isolation dazu. Problematisch ist oft der Umgang mit Finanzen und behördlichen Angelegenheiten.

8.3 Faktoren

Zur Erklärung von Sucht wird auf das sogenannte bio-psycho-soziale Modell zurückgegriffen, das auch dem ICF zugrunde liegt. Nach diesem Modell besteht ein multifaktorielles Bedingungsgefüge, das die Faktorengruppen spezifische Wirkungen der Substanz, individuelle Merkmale der konsumierenden Person und soziale Faktoren der Umgebung umfasst. Sie sind in unterschiedlichem Maße wechselseitig wirksam. Das Gefüge ist nicht statisch, sondern dynamisch. In diesem interaktiven Prozess gibt es somit nicht die eine Ursache oder den einen als Bedingung wirkenden Einzelfaktor. Viele Faktoren tragen zur Entstehung und zum Verlauf bei, wobei die Wichtigkeit der einzelnen über die Lebensspanne hinweg wechseln kann.³⁵

Nicht hinreichend beschrieben sind damit stoffungebundene Süchte, die sich ja in Verhalten oder Tätigkeiten äußern. Dazu findet weiter Forschung und Diagnostik statt. Die Bedeutung von individuellen Merkmalen und sozialen Faktoren der Umgebung dürfte zutreffen. Ein weiterer Ansatz beschreibt Sucht als erlernte dysfunktionale Verhaltensweisen, die grundsätzlich auch wieder verlernt werden können. Auch das Modell von Belohnungen und die damit verbundenen Reize zum limbischen System des Gehirns ist verbreitet.

Das Blaue Kreuz, eine der großen Selbsthilfeorganisationen, benennt mehrere sozial-emotionale Faktoren: wenig sozialer Zusammenhalt und kaum echte Freundschaften, fehlende Regeln und Normen, instabile Bindung zu den Eltern, Frustration aufgrund dauerhaft schlechter Schulnoten (und Misserfolgserlebnissen im Beruf), geringe soziale, kognitive und emotionale Kompetenzen sowie Missbrauchs- und Gewalterfahrungen.³⁶

Ein besonders hohes Risiko haben Kinder aus suchtbelasteten Elternhäusern, sowohl für eigene Suchterkrankungen als für psychische, psychosomatische oder somatische Erkrankungen. Zudem gibt es zahlreiche negative Zusammenhänge mit Bildungsverläufen, Persönlichkeitsentwicklung oder Beziehungs- und Sozialverhalten.

8.4 Arten von Abhängigkeit

Man unterscheidet zwischen stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeitsformen.

8.4.1 Stoffgebundene Abhängigkeit

Stoffgebundene Suchtmittel bezeichnet man auch als Drogen, einem Begriff aus der Pharmakologie, der sich ursprünglich auf pflanzenbasierte Heilmittel bezog. Im Suchtbereich versteht man unter dem Begriff Drogen alle Stoffe, die Einfluss auf das zentrale Nervensystem ausüben und dort Wahrnehmung, Bewusstsein, Stimmung und Emotionen beeinflussen. Aus diesem Grund spricht man in diesem Zusammenhang auch von psychotropen Substanzen.

Psychotrope Substanzen können neben einer psychischen Abhängigkeit auch zu einer körperlichen Abhängigkeit führen. Alle haben hohe Gesundheitsgefahren und sind mit umfangreichen, negativen sozialen Folgen verbunden.

Sie werden anhand unterschiedlicher Kriterien klassifiziert. Eine allgemeine Einordnung ist schwierig, da sich die einzelnen Kriterien mitunter überschneiden oder ganz verschiedenen Systematiken folgen.

Eine Zugangsweise sind rechtliche Regelungen. Hier wird geregelt, welche Stoffe legal oder illegal sind und unter welchen Bedingungen oder zu welchen Zwecken sie verwendet werden dürfen. Die Schädlichkeit insbesondere des langfristigen Konsums ist bei den legalen Stoffen wie Alkohol und Tabak ebenfalls sehr hoch.

Stoffe ohne therapeutischen Nutzen und mit hohem Suchtpotential (wie Heroin) sind verboten und dürfen nicht verkauft werden („nicht verkehrsfähig“). Andere Stoffe werden etwa zur Herstellung anderer Arzneimittel oder

³⁵ BfArM, ICF 2023

³⁶ Blaues Kreuz o.J.

als Zwischenprodukte verwendet, dürfen im geschützten Rahmen auch vertrieben werden, aber nicht verordnet oder an Patienten abgegeben werden. Die dritte Gruppe sind Medikamente mit physischem oder psychischen Abhängigkeitspotential, die unter sehr engen Regelungen der Verschreibungspflicht von Ärzten verordnet und von Apotheken herausgegeben werden dürfen.

Zu den Gesetzen gehört etwa das „Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ vom 20. Dezember 1988. Dieses internationale Vertragswerk hat das Ziel, die Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln einzuschränken.

In Deutschland zentral ist das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Es regelt den Umgang mit gesetzlich als Betäubungsmittel deklarierten Substanzen und den zu ihrer Herstellung verwendeten Rohstoffen, die damit verbundenen Rechte, Pflichten und strafrechtlichen Folgen. Die Liste der Betäubungsmittel wird ständig aktualisiert, da entweder neue Stoffe in Umlauf kommen oder verbotene Stoffe (chemisch) geändert werden, um das Verbot zu umgehen.

Um diesen Wettlauf zu durchbrechen, wurde 2016 das Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, NpSG) geschaffen. Es enthält in Ergänzung zum einzelstofflichen Ansatz des BtMG eine Stoffgruppenregelung, um neue psychoaktiven Stoffen rechtlich effektiver zu begegnen und die Verbreitung und Verfügbarkeit dieser Stoffe bekämpfen zu können.

Das Jugendschutzgesetz regelt vor allem Zugang und Verkauf von Stoffen oder zu Glückspielangeboten für Personen unter 18 Jahren.

Die nächste Systematik ist der Ursprung der Stoffe. Es gibt natürliche Drogen, dazu gehören biogene pflanzliche Drogen wie Alkohol, Koffein, Nikotin, Cannabis, Kokain, biogene Drogen aus Pilzen (Muscimol, Psilocybin) und auch biogene tierische Drogen.

Die meisten werden (chemisch) hergestellt, es wird unterschieden zwischen halbsynthetischen Drogen, z. B. LSD und Heroin und synthetischen Drogen, z. B. Amphetamin, Metamphetamin, Opioide.

Eine dritte Einordnung geht nach der Wirkungsweise. Stimulantien, die erregend und stimmungsaufhellend wirken wie Ecstasy, Amphetamine, Kokain oder Crack. Sedativa, die entspannen und beruhigen wie Benzodiazepine, Heroin und Cannabis. Bewusstseins- oder wahrnehmungsverändernde Stoffe wie LSD oder Pilze, diese Gruppe kann auch Halluzinationen hervorrufen.

8.4.2 . Stoffungebundene Abhängigkeit (Verhaltenssucht)

Viele Dinge, die uns im Alltag begegnen, können eine Abhängigkeit erzeugen, sei es die Beschäftigung mit Medien, die Arbeit oder das Glücksspiel. Bei stoffungebundenen Süchten handelt es sich um Verhaltensweisen, die unter einem gewissen Zwang ausgeführt werden. Ähnlich wie bei der Einnahme von stoffungebundenen Drogen entstehen Belohnungseffekte im Gehirn.

Hierzu wurden in den letzten Jahren viel Forschung und Diagnostik vorgenommen. Bisher sind die Begriffe Abhängigkeit und Sucht fast nur auf stoffungebundene Abhängigkeiten beschränkt, weshalb sie in den offiziell anerkannten Diagnosesystemen wie der ICD-10 nicht als eigenständige Störungsbilder anerkannt werden. Eine Ausnahme bildet die sogenannte Glücksspielsucht, die als pathologisches Glücksspiel unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ aufgelistet ist. Den Status einer eigenständigen Abhängigkeitserkrankung hat sie allerdings noch nicht³⁷. (Hinweis: mit dem in Deutschland noch nicht eingeführten ICD-11 werden auch abhängiges und riskantes Computerspielen und zwanghaftes Sexualverhalten erfasst.)

Medien- und Internetabhängigkeit

Das Internet gehört mittlerweile zum festen Bestandteil unseres Lebens und ist aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. So werden immer häufiger Einkäufe oder Bankgeschäfte über das Internet getätigt. Auch die Kommunikation in sozialen Netzwerken und die Partnersuche finden verstärkt über das Internet statt. Seit

³⁷ Vgl. Drugcom (o. J.), Drogenlexikon

einigen Jahren kann bei einigen Menschen, insbesondere Jugendlichen und jungen Erwachsenen, eine exzessive Internetnutzung beobachtet werden, die durchaus Parallelen zu einer Abhängigkeitsstörung aufweist. In diesem Zusammenhang spricht man von einer pathologischen Internetnutzung oder einer Online- bzw. Mediensucht, obwohl die Internet- als auch Medienabhängigkeit streng genommen keine eigenständige Erkrankung darstellen und im ICD-10 unter die Restkategorie F.63 "Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle" fallen.

Generell unterscheidet man unterschiedliche Anwendungen und Nutzungsmuster:

- Cybersex
- Soziale Netzwerke (Chatrooms, Foren usw.)
- Online-Glücksspiele und Online Handel
- Online-Computerspiele (Massive Multiplayer Online Games)
- Exzessives „Surfen“ (zwangshafte Informationssuche)

Ein überproportional hohes Suchtpotential haben Online-Computerspiele, die mit Belohnungssystemen und der Zugehörigkeit zu einem sozialen Spielernetzwerk locken.

Verschiedene Studien zur Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen zeigen die Spannweite des Nutzungsverhaltens bis zur Mediensucht auf. Beispielsweise befasst sich eine Studie der DAK-Gesundheit und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) aus dem Jahr 2023 mit „Mediensucht in Zeiten der Pandemie“. Demnach nutzen „rund 2,2 Millionen Kinder und Jugendliche Gaming, Social Media oder Streaming problematisch, das heißt sie sind von einer Sucht gefährdet oder bereits betroffen“. ³⁸

Glücksspielsucht

Das Glücksspiel ist weltweit verbreitet mit kulturell unterschiedlichen Ausprägungen. Im ICD-10 wird es als „pathologisches Spielen“ bezeichnet und unter „Störungen der Impulskontrolle“ aufgeführt. Die Begriffe Spielsucht, süchtiges bzw. pathologisches Spielen bzw. /Spielverhalten/ Glücksspiel werden in der Regel gleichbedeutend genutzt.

Das Glücksspiel ist durch zwei wesentliche Merkmale gekennzeichnet: der Spielausgang ist überwiegend vom Zufall bestimmt und es wird um einen materiellen Einsatz gespielt, meist um Geld.

Zu den Glücksspielen gehören beispielsweise das klassische Lotto, Fußballwetten, Pokerspiele oder die Nutzung von Glücksspielautomaten, hinzu kommen kaum überschaubare Online-Formate.

Das Hauptmerkmal ist beharrliches, wiederholtes Glücksspiel, das anhält und sich oft trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse steigert. Betroffen sind fast ausschließlich Männer.³⁹

8.5 Legale Drogen

Legale Suchtmittel werden von der Bevölkerung meist nicht als Drogen wahrgenommen, sondern vielmehr als Genussmittel und Substanzen zur Behandlung von Gesundheitsstörungen. Auch ein Missbrauch oder langer Konsum von legalen Suchtstoffen kann zu gravierenden körperlichen und seelischen Abhängigkeiten und zu immensen gesundheitlichen Schädigungen bis hin zum Tod führen.

Zahlreiche Medikamente nehmen hier eine Sonderstellung ein. Selbst frei verkäufliche Medikamente, etwa Schlaf- oder Schmerzmittel, haben hohes Suchtpotential, was auch für ganze Gruppen von verschreibungspflichtigen Medikamenten gilt. Bei den unter das Betäubungsmittelgesetz fallenden Präparaten gibt es sehr enge rechtliche Regelungen, bei deren Verlassen die Grenze zur Illegalität überschritten wird.

Alkohol

Historisch gesehen sollen bereits die Sumerer vor über 6.000 Jahren mit dem Genuss alkoholischer Getränke begonnen haben und in vielen Kulturen diente Alkohol als Nahrungs-, Genuss-, Rausch- und Zahlungsmittel. Alkohol ist in Deutschland und vielen anderen westlichen Staaten frei erhältlich und gesellschaftlich toleriert.

³⁸ DAK 2023

³⁹ Drugcom o.J., „Glücksspielsucht“

Die Folgen einer Alkoholabhängigkeit machen sich sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene in Form von Stimmungsschwankungen, Angstzuständen, Depressionen und Suizidgedanken bemerkbar. Da Alkohol über die Blutbahn im ganzen Körper verteilt wird, sind dauerhafte Organschäden bei längerem Missbrauch wahrscheinlich. Alkohol kann ursächlich für die Entstehung von über 200 Krankheiten sein. Vor allem Gehirn und Leber (Alkoholfettleber, Leberzirrhose, Alkoholhepatitis) können stark in Mitleidenschaft gezogen werden. Jahrelanger Alkoholmissbrauch kann die Entstehung von Krebserkrankungen (vor allem Leberkrebs sowie Mund-, Rachen- und Speiseröhrenkrebs) begünstigen und eine Demenzerkrankung, das sogenannte Korsakow-Syndrom, bei dem ganze Hirnregionen absterben, zur Folge haben. Betroffene leiden unter einem Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, Desorientiertheit und Konfabulation (Produktion objektiv falscher Aussagen, die auf falschen Wahrnehmungen oder Fehlfunktionen des Gedächtnisses beruhen). Auch kann es im Verlauf der Abhängigkeit zu Persönlichkeitsveränderungen kommen.

In der Schwangerschaft kann das ungeborene Kind aufgrund des Alkoholkonsums der Mutter schwerste körperliche und geistige Schädigungen, unter anderen in Form des fetalen Alkoholsyndroms, davontragen.

Entzugserscheinungen sind, insbesondere beim abruptem Absetzen, häufig und können zum Tode führen. Sie äußern sich durch ein schnelles Zittern (Tremor), Verwirrheitszustände (Delir), Unruhe, Krampfanfälle, Halluzinationen und Wahnvorstellungen⁴⁰

Nikotin/Tabak

Bereits die Ureinwohner Nord- und Südamerikas kauten, rauchten oder schnupften getrocknete Blätter der Tabakpflanze, in Europa ist Tabak seit dem 17. Jahrhundert verbreitet.

Nikotin ist ein Nervengift, das in den Blättern der Tabakpflanze *Nicotiana tabacum* produziert wird und ist neben dem Alkohol die am häufigsten konsumierte Suchtsubstanz.

Tabak wird üblicherweise geraucht, Schnupf- oder Kautabak spielt in Deutschland eine untergeordnete Rolle. Rauchen erhöht das Risiko von koronaren Erkrankungen und Hirnschlägen um das doppelte bis vierfache. Auch die Entstehung von Krebs, Diabetes sowie Atemwegs- und Lungenerkrankungen wird mit dem Konsum von Tabak bzw. Nikotin in Verbindung gebracht. Aufgrund der Verengung der Blutgefäße kommt es nicht selten zu Herzinfarkten und Schlaganfällen. Weitere Erkrankungen, die langfristig durch den Konsum von Nikotin und Tabak entstehen können sind der sogenannte Raucherhusten, eine chronische Erkrankung der Bronchien mit hartnäckiger Verschleimung, Magenschleimhautentzündungen, Potenzverluste und eine krankhafte Verengung von Arterien im Bein (Raucherbein).

Eine Besonderheit stellt das sogenannte Passivrauchen dar. Der unfreiwillig eingeatmete Rauch kann zu Reizungen von Augen, Nase, Mundhöhle und Rachen, Asthmaanfällen, einer eingeschränkte Lungenfunktion und schlimmstenfalls zu Lungenerkrankungen und Schlaganfällen führen. Auch eine Aufnahme über unser größtes Organ, die Haut, ist möglich und mit entsprechenden gesundheitlichen Risiken verbunden.

Rauchen in der Schwangerschaft schadet der körperlichen und geistigen Entwicklung des ungeborenen Kindes, da die Mutter große Mengen giftiger Chemikalien über die Plazenta abgibt und die Sauerstoff- und Nährstoffversorgung deutlich abnimmt. Das Risiko von Früh- und Fehlgeburten ist erhöht. Oft liegt das Geburtsgewicht deutlich unter dem Durchschnitt und sind Kinder, deren Mütter während Schwangerschaft und/oder Stillzeit geraucht haben deutlich anfälliger für Infekte.

Die fünf häufigsten Entzugserscheinungen sind Nervosität und Heißhunger, Stimmungsschwankungen (Reizbarkeit und Frustration), Konzentrationsschwierigkeiten, Gewichtszunahme und Schlafprobleme. Menschen, die mit dem Rauchen aufhören fühlen sich zudem oft müde und abgespannt.⁴¹

Schnüffelstoffe

Schnüffelstoffe werden vor allem von Kindern und Jugendlichen konsumiert, da sie leicht zugänglich und günstig in der Beschaffung sind.

Man findet sie in Klebstoffen, Lacken, Reinigungsmitteln, Kosmetika und Sprays. Die in den Schnüffelstoffen enthaltenen Substanzen haben eine narkotisierende Wirkung, die abhängig ist von der inhalierten Dosis. Es besteht die hohe Gefahr einer akuten Vergiftung.

⁴⁰ Vgl. Drugcom (o. J.), Alkohol

⁴¹ Drugcom o.J., Tabak

Ein chronischer Missbrauch kann zu gravierenden Organ- und Nervenschäden führen. Auch kann es zu einer starken psychischen Abhängigkeit mit Persönlichkeitsveränderungen kommen. Körperliche Entzugserscheinungen sind bisher noch nicht bekannt.

Medikamente

Studien gehen davon aus, dass rund vier bis fünf Prozent der verordneten Medikamente ein Suchtpotenzial aufweisen. Vor allem Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel können bereits nach kurzer Anwendungsdauer und geringer Dosis zu einer Abhängigkeit führen.

Eine weitere Gefahr für Körper und Psyche geht von einer bewussten oder unbewussten Überdosierung von Medikamenten aus.

Verbreitet ist der Missbrauch von Schmerzmitteln (Analgetika), vor allem von frei verkäuflichen Produkten, aber auch von verschreibungspflichtigen Medikamenten.

Dieser kann sich auf vielfältige Weise äußern. Gefühlsschwankungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Bewusstseinstrübungen und Vergiftungserscheinungen sind nur einige von ihnen. Codein, das unter anderem als Hustenstiller eingenommen wird, kann zudem zu einer psychischen Abhängigkeit führen.

Diverse Analgetika besitzen aufgrund ihrer euphorisierenden Effekte ein hohes körperliches und/oder psychisches Abhängigkeitspotenzial, wie es bei Opiaten wie Morphin und Opioiden wie Tramadol®, Tilidin® oder Fentanyl® der Fall ist, die unter das Betäubungsgesetz (BtMG) fallen.

Eine Sonderstellung nimmt in dieser Systematik das Medikament Ritalin® mit einem amphetaminartigen Wirkstoff ein. Es fällt unter das BtMG und wird vor allem bei Menschen mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) und Narkolepsie verschrieben. In der Drogenszene wird Ritalin auch als „Ersatz-Speed“ gehandelt.

Benzodiazepine haben eine angstlindernde und beruhigende Wirkung. Das Abhängigkeitspotenzial ist groß, aber sie zählen zu den weltweit am häufigsten verschriebenen Arzneimitteln. Ein längerer Gebrauch kann eine körperliche und psychische Abhängigkeit erzeugen. Dies ist vor allem beim missbräuchlichen Gebrauch ohne ärztliche Indikation, möglich, aber auch bei niedrigen Dosierungen, die über einen langen Zeitraum eingenommen werden. Dieser Prozess kann sich schleichend und nahezu unbemerkt vollziehen.

Das aus dem Wirkstoff Diazepam bestehende Valium® wird weltweit am häufigsten verschrieben. Rohypnol® wird oft bei schweren Schlafstörungen eingesetzt.

Der schädliche Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55) bezieht sich darauf, dass eine große Zahl von Arzneimitteln und Naturheilmitteln missbraucht werden können. Die wichtigsten Gruppen sind: 1. Psychotrope Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen, z.B. Antidepressiva, 2. Abführmittel, 3. Schmerzmittel, die ohne ärztliche Verordnung erworben werden können, z.B. Aspirin und Paracetamol. Der anhaltende Gebrauch dieser Substanzen ist oft mit unnötigen Kontakten mit medizinischen und anderen Hilfseinrichtungen verbunden und manchmal von schädlichen körperlichen Auswirkungen der Substanzen begleitet.⁴²

Der Versuch, dem Gebrauch der Substanz entgegenzusteuern oder ihn zu verbieten, stößt oft auf Widerstand. Bei Abführmitteln und Schmerzmitteln führt der Missbrauch trotz Warnungen vor (oder sogar trotz der Entwicklung derselben) zu körperlichen Schäden, wie Nierenfunktions- oder Elektrolytstörungen. Obwohl die betreffende Person ein starkes Verlangen nach der Substanz hat, entwickeln sich keine Abhängigkeit bzw. Entzugssymptome wie bei den unter F10-F19 klassifizierten psychotropen Substanzen.

Da es aber schädlicher Gebrauch von Stoffen ist, soll die Problematik an dieser Stelle benannt werden. Im klinischen Bereich wird diese Diagnose nicht verwendet, weil die Aufnahmen aus anderen Gründen erfolgen. Daten aus dem ambulanten Bereich, insbesondere von Hausärzten, stehen nicht zur Verfügung.

Barbiturate haben eine dämpfende, und je nach Dosierung und Anwendung, angst- und spannungslösende Wirkung auf das Gehirn. Sie werden als Schmerz-, Beruhigungs-, Schlaf- und Narkosemittel eingesetzt und können bei Überdosierung tödlich sein. Barbiturate können, ähnlich wie Alkohol, zu einer körperlichen Abhängigkeit führen, fallen unter das BtMG und werden in Deutschland nur noch wenig eingesetzt, weil sie eine geringe therapeutische Breite haben.

⁴² BfArM ICD-10, 2023

Im Grenzbereich zu illegalen Stoffen sind einige Narkosemittel zu nennen. GHB (Gammahydroxybuttersäure), umgangssprachlich Liquid Ecstasy, wurde wegen seiner leistungsfördernden Wirkung im Leistungssport zu Dopingzwecken benutzt. Insbesondere im Mischkonsum ist GHB hoch gefährlich. Ketamin (auch Special K, Vitamin K) wird überwiegend als Narkosemittel in der Tiermedizin verwendet. Aufgrund der halluzinogenen Wirkung wird Ketamin bereits seit den 1970er Jahren als Rauschmittel missbraucht. Beide Stoffe werden als sogenannte „K.O.-Tropfen“ verwendet.⁴³

8.6 Illegale Drogen

Bei illegalen Drogen handelt es sich um Substanzen, die vom Betäubungsmittelgesetz erfasst sind. Die Liste der darunterfallenden Stoffe wird ständig aktualisiert, die folgenden Darstellungen bieten nur einen Überblick. Der Konsum ist vom Gesetz her nicht strafbar, jedoch aber Anbau bzw. Herstellung, Verkauf, Weitergabe oder Besitz.

Cannabis wurde bereits 3.000 v. Chr. in China angebaut und für die Herstellung von Kleidung und Seilen verwendet und hat weltweite Bedeutung als Heilmittel und als Rauschmittel. Seit den 1970er Jahren gehört Cannabis in Deutschland und anderen westlichen Industrienationen neben Alkohol und Nikotin zu den am häufigsten konsumierten Drogen. Der Begriff dient auch als Oberbegriff für Haschisch (gepresstes Harz der Blütenstände) und Marihuana (getrocknete Blüten und Blätter).

Das Wirkspektrum ist breit gefächert und abhängig von der Konsumart, der Wirkstoffmenge, der allgemeinen Situation und der psychischen Stabilität.

Der Konsum von Cannabis hat in erster Linie psychische Auswirkungen auf den menschlichen Organismus, die von der subjektiven Stimmung des Konsumenten beeinflusst werden. Bereits vorhandene Gefühle werden sowohl im positiven als auch im negativen Sinne verstärkt.

Die hauptsächlichste Folge ist eine psychische Abhängigkeit, andere gesundheitliche Folgen sind von verschiedenen Korrelationen abhängig. Cannabis unterliegt weiter dem Betäubungsmittelgesetz, ist aber seit 2017 als Medikament vor allem für die Schmerztherapie unter engen Bedingungen zugelassen.

Die Bundesregierung beabsichtigt eine Legalisierung von Cannabis, die Debatten und Gesetzgebungsverfahren sind aber im Herbst 2023 noch nicht so weit, dass sie an dieser Stelle beschrieben werden können.

Halluzinogene sind psychoaktive Substanzen, die tiefgreifende Bewusstseinsveränderungen bewirken, durchbrochen von assoziativen Gedanken. Durch Halluzinogene erzeugte Rauschzustände (Trips) sind mit Träumen vergleichbar. Gravierend ist der Verlust der Ich-Empfindung, die bei einem durch Halluzinogene ausgelösten Trip auftreten kann. Je nach Individuum und kulturellem Hintergrund kann diese Erfahrung spirituell und/oder religiös interpretiert werden oder aber Todesängste und Suizidgedanken auslösen. Mit Abklingen der Wirkung nehmen die Bewusstseinsveränderungen meist wieder ab.

Gelegentlich wurden jedoch länger anhaltende Psychosen beobachtet, die sich durch paranoide Wahnvorstellungen äußern. Gesichert ist jedoch, dass Halluzinogene eine so genannte Halluzinogen-induzierte persistierende Wahrnehmungsstörung (HPPD) hervorrufen können, die als „Flashbacks“ bekannt sind.⁴⁴

Zu den natürlichen Halluzinogenen gehören u.a. der Fliegenpilz, Psilocybin-haltige Pilze, der mexikanische Zaubersalbei Salvia Divinorum oder die hawaiianische Holzrose. Eine halluzinogene Wirkung haben auch der Peyote-Kaktus mit dem Wirkstoff Meskalin und das DMT-haltige Gebräu Ayahuasca. Halluzinogene Nachtschattengewächse wie der Stechapfel, die Engelstropfete, die Tollkirsche und das Bilsenkraut können bei Überdosierung tödlich wirken.

Magische Pilze, auch Magic Mushrooms oder Zauberpilze, enthalten die halluzinogenen Wirkstoffe Psilocybin und Psilocin. Weltweit existieren rund 100 Pilze mit diesen Wirkstoffen, die eng dem LSD verwandt sind und eine ähnliche psychoaktive Wirkung haben.

Psilocybin ist im Betäubungsmittelgesetz aufgeführt und zählt zu den nicht verkehrsfähigen und nicht verschreibungsfähigen Stoffen, weshalb Besitz, Handel und Abgabe verboten sind.⁴⁵

Zu den synthetisch hergestellten Halluzinogenen gehören der in der Partyszene als „Angel Dust“ bezeichnete Wirkstoff PCP (Phencyclidin) und das Narkosemittel Ketamin (siehe oben). Das bekannteste Halluzinogen aus dieser Gruppe ist das LSD.

⁴³ Zum gesamten Abschnitt Drugcom o.J., Drogenlexikon

⁴⁴ Zum gesamten Abschnitt Drugcom o.J., Drogenlexikon

⁴⁵ Drugcom o.J., „Psilocybin“

LSD (Lysergsäurediäthylamid) ist ein sehr verbreitetes Halluzinogen, obwohl es weltweit schon seit Jahrzehnten verboten ist. Bei längerem Konsum führt es zu psychischer Abhängigkeit. Es besteht die Gefahr eines Wiederauftretens des Rauschzustandes auch ohne Drogenkonsum, „Flashback“ noch nach Wochen und Monaten sowie von Psychosen mit anhaltend verzerrter Wahrnehmung, "Hängenbleiben“.

Kokain wird ursprünglich aus den Blättern der Kokapflanze (*Erythroxylum coca*) hergestellt, wobei die Blätter etwa 1 % Kokain enthalten, und war bereits bei den Inkas zu rituellen Zwecken verbreitet.

Chemisch hergestellt entstehen Kristalle, die als „Crack“ geraucht werden. In anderen Formen kann es auch als Pulver gesnieft oder gespritzt werden.

Der Konsum von Crack kann im akuten Fall zu Atem- und Herzstillstand und langfristig zu Lungenschäden (Cracklunge) oder depressiven und/oder wahnhaften Psychosen führen. Es kann zu sehr starken Gewichtsverlusten führen, 20 kg in 3 Monaten sind keine Seltenheit.

Kokain wirkt schlagartig, aber sehr kurz und hat ein sehr hohes, vor allem psychisches Abhängigkeitspotential. Es wird zur Erhaltung der Wirkung mehrmals täglich konsumiert.

Opiate sind psychoaktive Substanzen, die aus dem Milchsaft des Schlafmohns (*Papaver somniferum*) gewonnen werden.

Das so hergestellte gewonnene Rohopium wird seit Jahrtausenden etwa in Asien oder Ägypten als Schmerzmittel und Rauschmittel eingesetzt.

Der Hauptbestandteil von Opium ist Morphin oder Morphinium, das ab dem 19. Jahrhundert extrahiert werden konnte. Seinem hohen Abhängigkeitspotential steht die ebenfalls sehr hohe Wirksamkeit als Schmerzmittel gegenüber.

Opioide sind synthetisch hergestellte Substanzen, die eine morphinähnliche Wirkung haben.

Als schwach wirkendes Opioid wird Codein als Hustenmittel und bei leichten bis mittelstarken Schmerzen eingesetzt.

Auf Basis von Codein wird Desomorphin gewonnen, das aufgrund der anderen Herstellungsart und des Preises oft als Heroinersatz verwendet wird.

Von Bedeutung sind halbsynthetische Opioide wie Heroin und vollsynthetische Opioide wie Methadon, Fentanyl oder Tilidin. Allen diesen Stoffen, aber vor allem Heroin, wird ein besonders hohes Abhängigkeitspotential zugesprochen.

Methadon wird in der Substitutionsbehandlung als Ersatzmittel für Heroin eingesetzt, um Entzugssymptome zu lindern. Wie Morphin und Heroin hat es eine schmerzlindernde Wirkung und macht abhängig, erzeugt aber keine Rauschzustände

Amphetamine sind synthetisch hergestellte Substanzen und gehören zur Gruppe der Stimulanzien. Zu den bekanntesten Amphetaminen gehören Ecstasy und Crystal Meth/Methamphetamin. Manche Amphetamine sind jedoch auch in gebräuchlichen Medikamenten enthalten (z.B. Appetitzüglern, Grippe- oder Asthmamitteln), weshalb diese auch missbräuchlich zur Leistungssteigerung genutzt werden. Sie greifen in das Belohnungssystem des Gehirns ein und wirken in erster Linie anregend und aufputschend.

Das Risiko von schweren körperlichen Erkrankungen (Herzinfarkte, Schlaganfälle) ist sehr hoch und können Auslöser für eine Psychose sein, die meist durch paranoide Wahnvorstellungen geprägt ist und starke Angstzustände auslösen kann. Untersuchungen zufolge kann vor allem der häufige und hochdosierte Konsum zu bleibenden Hirnschäden führen. Als besonders gefährlich hat sich die Einnahme von Methamphetamin herausgestellt.

Ecstasy fällt durch einen seiner Hauptbestandteile unter Amphetamine, auch wenn es oft den Designerdrogen zugeordnet wird.

In Analysen der illegal erhältlichen Pillen wurden diverse psychoaktive Substanzen identifiziert. Durch diesen Mix und den häufig gleichzeitigen Konsum mit Alkohol und anderen Drogen wird es unkalkulierbar. Welcher dieser Stoffe schlussendlich in die Abhängigkeit führt, ist schwer zu belegen.

Das vollsynthetische Stimulanzium Methamphetamin ist auch unter den Namen Crystal oder Crystal Meth bekannt. Es ist chemisch eng mit Amphetaminen verwandt, aber sowohl der stimulierende Effekt als auch das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential von Methamphetamin sind deutlich höher.

Langfristig können Konzentrations-, Herzrhythmus- und Kreislaufstörungen, Nieren- und Leberschäden, Angstzustände und Panikattacken, Depressionen, Schlafstörungen, paranoide Zustände, Psychosen und Hirnschäden entstehen.

Legal Highs bzw. Neue psychoaktive Stoffe

Legal Highs ist der Sammelbegriff für Neue psychoaktive Stoffe (NPS). Obwohl es der Name vermuten lässt, handelt es sich hierbei nicht um legale Drogen, sondern sie fallen unter das „Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz“.

Sie enthalten sogenannte Research Chemicals, Substanzen mit psychoaktiven Wirkstoffen. Es wird versucht, sie als Produkte wie „Badesalze“, „Kräuter- und Räuchermischungen / Spice“, „Reiniger“ oder „Düngemittel“ verkauft, um den eigentlichen Zweck zu verschleiern und rechtliche Bestimmungen zu umgehen.

Die Produkte enthalten oft synthetische Cathinone, die mit dem Wirkstoff Cathin der Khat-Pflanze (*Catha edulis*) verwandt sind. Das bekannteste synthetische Cathinon ist Mephedron. Verbreitet sind auch synthetische Cannabinoide.

In ihrer Wirkung ähneln NPS meist Substanzen wie Amphetaminen und Cannabis oder werden als Ersatz klassischer Drogen wie Kokain oder Ecstasy verwendet. Aufgrund der vielfältigen Inhaltsstoffe und der ständigen Veränderung der chemischen Zusammensetzung ist es sehr schwer, genaue Angaben zur Wirkungsweise und den Folgen und Risiken zu machen.

Bekannt sind bei Cathinonen ein besonders hohes Risiko für eine Steigerung des Aggressionspotentials und Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems.⁴⁶

8.7 Komorbidität bei Suchterkrankungen

Komorbidität beschreibt, dass gleichzeitig mit einer Grunderkrankung eine oder mehrere weitere Krankheiten vorliegen.

Verbreitet sind somatische Erkrankungen wie Schädigungen der Leber durch Alkohol oder andere Substanzen, von Herz und Kreislaufsystem, der Lunge oder Infektionen bei intravenösem Konsum.

Häufig mit dem Begriff Doppeldiagnose verbunden ist das gleichzeitige Vorkommen mindestens einer psychischen Störung und einer Suchtmittelabhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen.

Sehr verbreitet tritt eine Suchterkrankung in Verbindung mit einer Psychose auf. Aber auch Persönlichkeitsstörungen, depressive Störungen, Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen und ADHS treten in Kombination mit einer Abhängigkeitserkrankung oft auf. Bei Drogenabhängigkeit gibt es Studien, nach denen bis zu 80 % der Personen mindestens eine weitere psychische Störung haben.⁴⁷

Für abhängigkeiterkrankte Menschen mit einer psychischen Störung ist das Suchtmittel von noch entscheidender Bedeutung, da es die Symptome der psychischen Erkrankung zeitweise abmildert, der Ansatz von „Selbstmedikation“. Dieser Effekt ist häufig nur kurzfristig, langfristig entsteht eine eigenständige Suchterkrankung. Auch der Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von Suchtstoffen kann Auslöser für eine psychische Störung sein. Es gibt gemeinsame Risikofaktoren für beide Krankheitsbilder.

Die Versorgungssituation von Menschen mit Doppeldiagnose ist nicht immer einfach, da die Behandlungen im klassischen Versorgungssystem meist entweder auf psychische Störungen oder aber auf Substanzstörungen ausgerichtet sind. Weder im Suchtbereich noch im psychosozialen Bereich konnten Patient*innen mit Doppeldiagnose über lange Zeit adäquat behandelt werden. Die Suchtthematik war bis in die 1990er Jahre im Psychiatriebereich eher sekundär. Auch in der Suchtkrankenhilfe wurden psychische Erkrankungen oft vernachlässigt. Vor einigen Jahren kamen Menschen mit Doppeldiagnose häufig in der Obdachlosenhilfe unter. Da der Fokus hier meist auf Stabilisierung und nicht auf Behandlung liegt, kam es nicht selten zu Chronifizierung und Obdachlosigkeit. Der Behandlungsalltag von Doppeldiagnosepatienten ist geprägt von Behandlungsabbrüchen bzw. Mehrfachbehandlungen.

Somit braucht es eine integrative Therapie, die beide Erkrankungen gleichermaßen berücksichtigt und speziell auf die Bedürfnisse zugeschnitten ist.

8.8 Co-Abhängigkeit

Wenn bei Abhängigkeitserkrankungen neben der abhängigen Person noch weitere Personen, vor allem Angehörige, in die Abhängigkeit verwickelt sind, spricht man von Co-Abhängigkeit. Etwas neutraler ist der Begriff „suchtförderndes Verhalten“.

⁴⁶ Drugcom o.J., „Legal Highs“

⁴⁷ Drugcom o.J., „Komorbidität“

Dieses Verhalten trägt dazu bei, Symptome einer Suchterkrankung zu bagatellisieren, klein oder versteckt zu halten. Zum Beispiel bezahlen sie suchtbedingte Schulden, entschuldigen Verhalten oder halten Konsequenzen niedrig. Vor allem Angehörige haben Schuld- und Schamgefühle und tun alles, um ein gutes Bild aufrechtzuerhalten. Das unterstützt eher die Betroffenen dabei, weiter mit der Sucht zu leben, als von ihr weg zu kommen.

Die Angehörigen trage de facto sehr häufig die alleinige Verantwortung für das Wohlergehen, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch für den Zusammenhalt der Familie. In sehr vielen Fällen treten starke Emotionen, Aggressivität und Konflikte auf.

Über lange Zeit prägt dieses Verhalten aller Beteiligten das Leben so stark mit, dass auch Angehörigen und „Co-Abhängige“ selbst fachliche (psychologische) Hilfe brauchen.

Vor einigen Jahrzehnten sollte die Co-Abhängigkeit zunächst als eigenständiges Krankheitsbild bzw. als Persönlichkeitsstörung klassifiziert werden. Es gibt Parallelen mit bestimmten psychischen Störungen, vor allem aber ähneln sich die Denk- und Verhaltensmuster trotz individueller Biografien sehr.

Es ist von grundlegender Bedeutung, das gesamte System mit in der Behandlung zu berücksichtigen, hier spielen auch Selbsthilfegruppen für Angehörige und Co-Abhängige eine wichtige Rolle.

Daher ist in der Beratung und therapeutischen Behandlung die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen von sehr hoher Bedeutung.

9 Hilfen für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in Bochum

Nachfolgende Zahlen für das Land Nordrhein-Westfalen basieren auf dem fünften Monitoringbericht und beziehen sich auf im Jahr 2021 erhobene Daten von 172 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in NRW. Grundlage ist der Deutsche Kerndatensatz (KDS), der einerseits die Einrichtung mit ihren verschiedenen Einheiten abbildet und andererseits betreuungsbezogene Daten erfasst. Die Dokumentationsgrundlage stellt nicht die einzelne Person, sondern vielmehr den einzelnen Betreuungsfall dar. Das führt dazu, dass eine Person, die innerhalb eines Jahres mehrmals betreut wird, auch mehrmals dokumentiert wird und entsprechend auch mehrmals in die Auswertung einfließt.

Für das Jahr 2021 wurden 82.811 Betreuungsdaten übermittelt. Die Betreuten setzen sich zu 89 % aus Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung (hiervon waren 72 % männlich) und zu 11 % aus Menschen aus dem sozialen Umfeld (hiervon waren 75 % weiblich) zusammen. Das Durchschnittsalter der Klienten lag zu Beginn der Betreuung bei 38,7 Jahren.

Zwei Drittel der Betreuungen betreffen Klient*innen mit einem problematischen Alkohol- oder Opioidkonsum (Alkohol: 37%, Opioide: 27%). Cannabisklient*innen machen einen Anteil von 20% aus. Aufgrund eines problematischen Glücksspielverhaltens werden 4% und wegen des problematischen Gebrauchs von Stimulanzien werden 9% der Betreuungen in Anspruch genommen.

Alle anderen Suchtprobleme machen einen Anteil von 4% aus.

Hier werden Hauptdiagnosen nach ICD-10 bzw. den Kategorien des Kerndatensatzes zugeordnet.

In den Trends der Jahre 2016 – 2021 zeigt sich bei den Hauptproblemen ein über die Jahre gleichbleibender Anteil von rund 40% an Klient*innen mit einem problematischen Alkoholkonsum. Auch der relative Anteil von Cannabiskonsumierenden kann als eher stabil gesehen werden und liegt seit 2017 bei 23% bzw. 24%. Der Anteil der Opioidkonsumierenden hingegen nimmt über die Jahre kontinuierlich ab, von 21% in 2016 auf 16% in 2021.⁴⁸

9.1 Therapie

Die Therapie von Abhängigkeitserkrankungen vollzieht sich in Deutschland im gut ausgebauten System der medizinischen und sozialen Sicherung in der Suchthilfe. Dieses hält Angebote für Menschen in allen Stadien einer Suchtentwicklung bereit, die unten beschrieben werden.

Die Angebote der Suchthilfe lassen sich darüber hinaus gliedern in „abstinenzorientierte“ Angebote und in „schadensminimierende“ Angebote. Abstinenzorientierte Hilfen werden erbracht in Abhängigkeit von Abstinenz bzw. einer Abstinenzmotivation. Schadensminimierende Hilfen zielen demgegenüber auf die mit dem Substanzkonsum verbundenen gesundheitlichen und sozialen Risiken wie bspw. einer drohenden HIV-Erkrankung oder drohender Wohnungslosigkeit.

Oftmals wird die Therapie und Genesung von einer Suchterkrankung mit einer vollständigen Enthaltung von psychoaktiven Substanzen gekoppelt. Damit verbunden ist oftmals die Vorstellung, dass „Abstinenz“ auch immer „lebenslange Abstinenz“ bedeutet.

Aus dem Drogenbereich wurde der Ansatz der Schadensminimierung (Harm Reduction) entwickelt. Dieser Ansatz umfasst eine Reihe von Maßnahmen, die darauf abzielen, die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken zu verringern. Praktische Beispiele sind Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, Opioid-Agonisten-Therapie, leicht zugängliche HIV-Test- und Beratungsdienste, Drogenkonsumräume oder Verhinderung von Wohnungsverlust.

Beide Paradigmen sind erfolgreich und haben ihre Berechtigung. Sie können auch unterschiedlichen Settings zugeordnet werden. In einer niedrigschwelligen Beratungsstelle mit Konsumraum müssen andere Ansätze gewählt werden als in einer stationären Behandlung.

Vor diesem Hintergrund bleiben abstinenzorientierte Hilfen zwar ein Kernstück in der Therapie von Suchterkrankungen. Sie sind aber als eine Option im breiten Spektrum der erforderlichen Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen zu betrachten.

In der Suchtherapie werden folgende Bausteine unterschieden:

- Kontakt- und Motivation (ambulant)
- Entgiftung/Entzug (Klinik)

⁴⁸ Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW 2022

- Entwöhnung (Klinik)
- Rehabilitation (ambulant und/oder Klinik)
- Nachsorge/Selbsthilfe (ambulant)

Idealtypisch werden diese Bausteine auch als Phasen verstanden, die ein suchtkranker Mensch während des Genesungsprozesses durchläuft. Ein Wechsel zwischen den Bausteinen und wiederholte Inanspruchnahmen von z.B. Rehabilitationsmaßnahmen sind hingegen aber oftmals Realität.

Eine spezifische ambulante Versorgung über niedergelassene Ärzte oder Psychotherapeuten spielt eine Nebenrolle.

Generell ist sie möglich, erfolgt dann aber zumeist im Rahmen der Behandlung von Komplikationen oder von Begleit- und Folgeerkrankungen einer Sucht unter somatischen Gesichtspunkten. Mit Ausnahme der Substitution gibt es kein spezialisiertes System von fachärztlicher Versorgung, sehr viele Behandlungen erfolgen über die Hausarztpraxen.

Aufgrund der Regelungen des Bundesausschusses ist eine Frühintervention durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich. Auch hier ist Sucht oft ein Nebenbefund (Komorbidität) im Rahmen von Psychotherapie aus anderer Indikation. 10 probatorische Sitzungen sind trotz Diagnose einer Sucht möglich, wenn in dieser Zeit Abstinenz bzw. psychotherapeutische Behandlungsfähigkeit erreicht wird.

9.2 Ambulante Versorgung in Bochum

9.2.1 Suchtprävention

„Suchtprävention zielt darauf ab, gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden vorzubeugen, die mit dem Gebrauch legaler und illegaler Suchtstoffe sowie den Folgen süchtigen Verhaltens verbunden sind“, so die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.⁴⁹

Damit soll Suchtmittelkonsum legaler oder illegaler Substanzen und problematische Verhaltensweisen vermieden oder weitestgehend hinausgezögert werden. Missbrauch und Abhängigkeiten sollen reduziert werden. Wenn ein riskanter Konsum bereits begonnen hat und Menschen möglicherweise am Beginn einer Suchtproblematik stehen, kann eine Frühintervention erfolgen.

Prävention erfolgt generell als Verhältnis- und Verhaltensprävention, die nur im Zusammenwirken erfolgreich sind.

Die Verhaltensprävention soll das individuelle Verhalten Einzelner beeinflussen, die Verhältnisprävention verändert idealerweise die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Verhaltensprävention informiert und berät und fördert die eigene Auseinandersetzung mit sich selbst und seinem Konsum. Sie soll eine Reduzierung oder vollständige Einstellung des Suchtmittelkonsums bewirken.

Maßnahmen der Verhältnisprävention erfolgen über gesetzliche Maßnahmen (Regelungen zur Ausgabe von Suchtmitteln an Kinder und Jugendliche, Einschränkung von Verkaufszeiten), Werbeverbote oder Erhöhung des Preises über Steuern auf Alkohol oder Tabak.

In Bochum ist vor allem die Krisenhilfe e.V. Bochum zu nennen, die verschiedene Angebote der Prävention / Suchtvorbeugung für Jugendliche und pädagogische Fachkräfte über „inechtzeit“ hat, wie oben im Kapitel 5. schon beschrieben.

9.2.2 Suchtberatung

Erste Anlaufstelle und der Dreh- und Angelpunkt ist die Suchtberatung. Sie informiert, berät, klärt ab, vermittelt Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen und kümmert sich um Rehabilitation und Nachsorge bzw. Selbsthilfegruppen. Auch finanzielle und rechtliche Fragen rund um die Behandlung werden geklärt. Methodisch gibt es unterschiedliche Zugänge zu Suchtberatung, sie ist aber immer auf einer professionellen Beziehungsebene.

Oft tritt Sucht nicht isoliert auf, sondern ist mit anderen sozialen Problemen verbunden, die entweder über die Suchtberatungsstelle oder andere Dienste aufgegriffen werden.

⁴⁹ DHS 2023

Es gibt immer Beratungsangebote für Angehörige und eine enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe. Suchtberatung ist für Nutzer*innen kostenfrei und niedrigschwellig. Grundsätzlich gibt es die oben schon beschriebene Trennung der Angebote nach legalen und illegalen Stoffen.

9.2.3 Suchtberatung legale Substanzen

Bei den Beratungsangeboten für legale Substanzen, also Alkohol und Medikamente, gibt es die im psychiatrischen Bereich bewährte Pflichtversorgung in den drei Sektoren Ost, West und Mitte.

Der Sozialpsychiatrische Dienst Sucht stellt häufig die erste Anlaufstelle bei der Suche nach Lösungen von sich manifestierenden Suchtproblemen dar. Im Schwerpunkt kümmert sich der Dienst um Klient*innen mit einer längeren chronifizierten Suchtgeschichte. Als Besonderheit gegenüber den Suchtberatungsstellen sind hier Fachärztinnen tätig, vor allem in der Krisenintervention.

Im Sektor Ost ist der Caritasverband Ruhr-Mitte tätig, der zwei Beratungsstellen in Langendreer hat.

Für den Sektor Mitte ist die Diakonie Ruhr zuständig, deren Gebäude sich am Rand der Innenstadt befindet. Aufgrund der Bauweise wird es „Pavillon“ genannt.

Für den Sektor West deckt das Gesundheitsamt der Stadt Bochum das Angebot ab, die Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist in Wattenscheid.

Zum Angebotsspektrum gehören auch Hausbesuche, die gesamte Bandbreite der Leistungen ist oben im Kapitel 6.1.3 beschrieben.

Im Jahr 2022 hatten alle drei Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes Sucht zusammen 913 Fälle.

In Langendreer (Caritas) und Mitte (Diakonie) sind niedrigschwellige Kontakt- und Begegnungsstätten, eine Art offenes Café, vorhanden. Man kann sich dort aufhalten, miteinander ins Gespräch kommen, lesen oder Gesellschaftsspiele machen. Es gibt Frühstücks- und Kochmöglichkeiten sowie regelmäßige Gruppen, für die es ein separates Programm gibt. Auch „nasse“ alkoholabhängige oder medikamentenabhängige Menschen sind willkommen, sofern andere Besucher nicht gestört werden. Der Konsum von Alkohol oder Drogen ist untersagt.

Darüber hinaus gibt es eine Beratungsstelle der Caritas Ruhr-Mitte in Wattenscheid. Sie ist Anlauf- und Informationsstelle für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen, deren Angehörige und für Menschen, die sich über das Thema Sucht informieren wollen.

Zudem führt sie schon seit vielen Jahren die Suchtberatung für Alkohol und Medikamente in der Justizvollzugsanstalt Bochum durch.

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) Ruhr-Mitte in Hofstede berät und/oder vermittelt bei problematischem Konsum von Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen, Glücksspiel und massivem Medienkonsum. Die Beratung ist immer kostenfrei und richtet sich an Betroffene sowie Angehörige und Interessierte. Es besteht die Möglichkeit, Beratung und Unterstützung auch im häuslichen Umfeld zu erhalten, also aufsuchend über Hausbesuche.

Die Diakonie Ruhr ist als Träger auch in der Wohnungslosenhilfe tätig und bringt das Know-How der Suchtberatung dort mit ein über zwei Förderungen der Landesinitiative "Endlich ein Zuhause".

Das bezieht sich einerseits auf das Projekt Shelter. Dabei handelt es sich um Wohnraumvermittlung für Wohnungslose. Menschen in schwierigen Lebenslagen sollen dabei unterstützt werden, wieder eine eigene Wohnung zu finden.

In Kooperation mit der Krisenhilfe e.V. Bochum wird als zweites Projekt „Bochum.Sucht.Zuhause“ durchgeführt, bei dem wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen mit einer Suchterkrankung Unterstützung und Hilfe angeboten wird (Vermittlung in weiterführende Hilfen, Unterstützung/Begleitung zu Behörden, aufsuchende niedrigschwellige Suchtberatung).

Caritas und Diakonie bieten über die jeweiligen Dachverbände Portale für Online-Beratung an, in die auch die örtlichen Beratungsangebote einbezogen sind und in Form von Mail, Chat oder Videoberatung auch gut genutzt werden. Bei Bedarf an persönlicherer Beratung kann die Beratungsform auch in Face-to-face gewechselt werden oder es wird eine Mischform gewählt.

Alle Suchtberatungsstellen arbeiten eng mit Selbsthilfegruppen zusammen, zum Teil mit gemeinsamer Raumnutzung. Die konkreten Selbsthilfegruppen und weiteren Angebote können bei den Suchtberatungsstellen sowie der Selbsthilfekontaktstelle erfragt werden, dazu gibt es eine Broschüre „Wege aus der Sucht“. Entspre-

chend dem Konsumverhalten nach Stoffen ist der weitaus überwiegende Teil der Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige und deren Angehörige. Das ist auch historisch bedingt, die großen Selbsthilfeverbände sind als Hilfsangebot für Menschen mit Alkoholproblemen entstanden.

Zur ambulanten Behandlung hat das LWL-Universitätsklinikum eine suchtspezifische Sprechstunde innerhalb der Psychiatrischen Institutsambulanz etabliert („Suchtambulanz“). Hier können sowohl Patienten mit einer primären als auch mit einer sekundären Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten behandelt werden. Die Suchtambulanz bietet neben der allgemeinen psychiatrisch-psychotherapeutischen Nachsorge auch die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit an.

Zur zeitnahen Versorgung von Notfällen ist eine „offene Suchtsprechstunde“ eingerichtet, in der die Patienten mit einem Behandlungswunsch an jedem Werktag zwischen 11.00 und 12.00 Uhr ohne vorherige Terminabsprache vorstellig werden können.

Zudem besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an einer wöchentlich stattfindenden, psychologisch geleiteten Gruppentherapie. Liegen weitere psychische Störungen vor, werden auch diese ebenfalls in die Nachsorge einbezogen, da sie einen Risikofaktor für Rückfälle darstellen können. In den gesamten Behandlungsverlauf werden möglichst die Suchtberatungsstellen der Stadt Bochum, der Diakonie und der Caritas sowie die Selbsthilfegruppen einbezogen.

9.2.4 Suchtberatung illegale Substanzen

Seit 1975 ist die Krisenhilfe e.V. Bochum in den Hilfen für Drogen konsumierende und drogenabhängige Menschen tätig.

Die geschichtliche Entwicklung spiegelt gesellschaftliche und politische Tendenzen in vielen Polarisierungen. Niedrigschwellige Angebote und präventive bzw. früh intervenierende Ansätze bei Jugendlichen sind schon in den 1980er Jahren entstanden. Das Aufkommen von AIDS machte andere Prophylaxe- und Beratungsmaßnahmen erforderlich. In einem Klima von Hochschwelligkeit, Verboten und Abstinenzorientierung begann die Methadondiskussion. Im Laufe der Zeit entstand eine akzeptanzorientierte Ausrichtung, die auf Schadensminimierung (harm reduction) und Gesundheitsförderung zielt.

Neben der Erweiterung der ambulanten Strukturen wurde mit der Fachklinik Bussmannshof eine stationäre Drogenentwöhnungseinrichtung eröffnet.

Die Schaffung eines Drogenkonsumraums fiel ebenfalls in eine spannungsvolle Zeit. Wichtige Bausteine wurden dann eine deutlich verbesserte medizinische Behandlung und die Erweiterung der Substitutionsbehandlung in Bochum. Ergänzend kamen Maßnahmen zur beruflichen Orientierung, Qualifizierung und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben hinzu.

Was hier kurz zusammengefasst ist, findet sich in einer langen Chronik mit sehr vielen Projekten und wechselhaften Entwicklungen.

Die Angebote im Jahr 2023 bestehen aus: Drogenberatungsstelle, inechzeit – Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen, inechzeit – Fachstelle für Suchtvorbeugung, Ambulant Betreutem Wohnen, Methadonambulanz, Niedrigschwellige Angebote (Café, Drogentherapeutische Ambulanz und Konsumraum) sowie INSAT-Individuelle Schritte in Arbeit.

Als Beratungs- und Behandlungsstelle für Konsument*innen von illegalen Drogen und deren Bezugspersonen gibt es die Drogenberatungsstelle. Schwerpunkt sind Opioide und Kokain. Beinhaltet ist die ganze Bandbreite von Information über Clearing, Beratung, Begleitung/Unterstützung, Vermittlung sowie ambulante Therapie und ambulante Nachsorge.

Das Café bietet einen Aufenthaltsort mit preiswertem Essen und Getränken, einer Kleiderkammer, und der Möglichkeit zum Duschen oder Wäsche waschen. Hier findet auch niedrigschwellige Information und Erstberatung statt, Unterstützung bei Ämter- und Behördenangelegenheiten ist ein weiterer wichtiger Baustein. Auch eine Vermittlung in andere Drogenhilfeangebote findet statt.

Räumlich in Verbindung steht der Drogenkonsumraum. In der drogentherapeutischen Ambulanz sind ein Spritzenaustausch, medizinische Not-/Ersthilfe und Behandlung möglich.

Wie in vielen Städten Deutschlands ist seit Jahren ein veränderter Konsum auch von synthetischen Drogen zu beobachten. Insbesondere der Konsum von Kokain / Crack hat sich verdreifacht. Der Stoff ist vergleichsweise günstig und kann über Inhalation sehr schnell genommen werden, auch außerhalb des Konsumraums. Da die Wirkung ebenfalls schnell nachlässt, muss viel häufiger konsumiert werden. Es gibt massive körperliche Schädigungen, ein Gewichtsverlust von 20 kg in 3 Monaten ist ein Beispiel. Ersatzstoffe sind nicht vorhanden.

Ein Komplexangebot ist die Methadonambulanz, die Beratung, Betreuung und Ersatzstoffbehandlung opioidabhängiger Menschen beinhaltet.

Die medizinische Behandlung ist integriert mit der Psychosoziale Betreuung (PSB) für Substituierte zu sehen. Die Psychosoziale Betreuung umfasst unterstützende, beratende und begleitende Hilfe bei der Bewältigung unterschiedlichster Probleme, die durch die Sucht entstanden sind, und/oder den Alltag beeinflussen. Das können z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Schwierigkeiten mit Behörden und Justiz, drohender Arbeitsplatz- und Wohnungsverlust, aber auch Probleme im Bereich der Partnerschaft oder Erziehung sein.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 915 Personen betreut, davon 699 männlich, 212 weiblich und 4 ohne Angaben.

Aus dem sozialen Umfeld kamen 121 Personen, davon 37 männlich, 82 weiblich und 2 ohne Angaben.

Da auch mehrere Angebote wahrgenommen werden können, ist die Zuordnung nach Hauptmaßnahme in der Einrichtung nicht direkt mit der Gesamtzahl vergleichbar. Der Schwerpunkt lag in der Sucht- und Drogenberatung mit 474 Personen (49% Gesamtanteil), mit deutlichem Abstand gefolgt von der Ambulanten Opiatsubstitution mit 140 Personen (14%) sowie Psychosoziale Begleitung Substituierter mit 90 Personen (9%) und Prävention und Frühintervention mit 83 Personen (9 %).

inechtzeit hat im Beratungsbereich eine etwas andere Zielgruppe, nämlich Konsument*innen von Cannabis und synthetischen Drogen und deren Angehörige. Die Art der Beratungsangebote ist ähnlich, wird aber ergänzt um Gruppenangebote und gezielte Programme, um etwa den Cannabiskonsum zu reduzieren.

In der Prävention oder Suchtvorbeugung bietet inechtzeit eine langfristige und zielgruppenorientierte Ausrichtung, die Lebenskompetenzen fördert und eine Vernetzung und Koordination von suchtvorbeugenden Angeboten gewährleistet.

Besonderer Wert wird auf die Qualifizierung von pädagogischen Fachkräften, Eltern und anderen Bezugspersonen gelegt, die Kinder und Jugendliche langfristig begleiten.

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Vernetzung präventiver Arbeit vor Ort und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Entstehungsfaktoren von Sucht.

Als laufende Projekte sind „Bochum.Sucht.Zuhause“ und „PARAPLÜ“ zu nennen.

„Bochum.Sucht.Zuhause“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen Diakonie Ruhr und Krisenhilfe Bochum, gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Das Projekt richtet sich an wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Bochumer Personen mit Suchterkrankungen.

„PARAPLÜ“ ist ein Gruppenangebot für Kinder von 8 – 15 Jahren aus suchtblasteten Familien in Kooperation mit dem St. Vinzenz Bochum.

9.2.5 Beratung stoffungebundene Süchte

Im Sinne der Information und Erstberatung nehmen Menschen mit stoffungebundenen Süchten die Angebote aller Beratungsstellen in Anspruch. Insbesondere gilt das für pathologisches Glücksspiel.

Zentrale Anlaufstelle in Bochum ist die Ambulanz der LWL-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin mit der Sprechstunde Glücksspielsucht.

Für Internetabhängigkeit und Verhaltenssüchte (Computerspielen, soziale Netzwerke oder Cybersex) bietet die Ambulanz der LWL-Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ein umfassendes Angebot von Diagnostik und vor allem gruppentherapeutischer Behandlung.

9.3 Substitutionsbehandlung

In NRW wurde die Methadon-Substitutionsbehandlung im Jahre 1987 zunächst als wissenschaftlich begleitetes Erprobungsverfahren eingeführt.⁵⁰ Mittlerweile hat es sich landesweit etabliert und bewährt. Durch die Substitution mit Methadon oder ähnlichen Substanzen soll das Überleben von opiatabhängigen Menschen

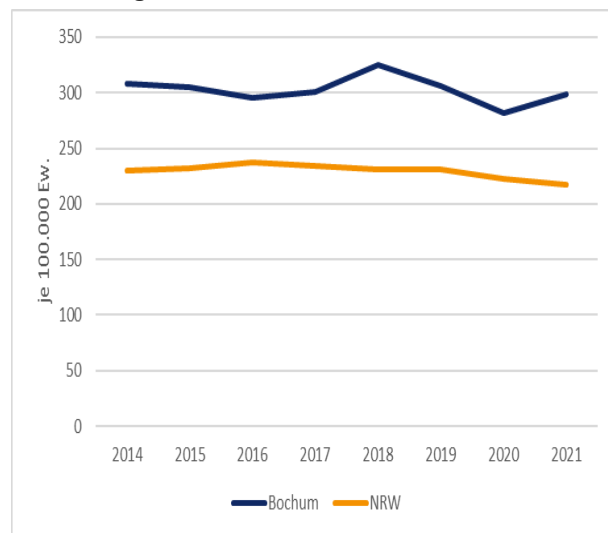
⁵⁰ LZG 2021/1

gesichert werden. Außerdem sollen gesundheitliche Folgeschäden des Opiatkonsums minimiert und eine psychische, physische und soziale Stabilisierung erreicht werden. Gesetzlich geregelt wird die Abgabe durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV). Voraussetzung für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt ist demnach (§ 5 Abs. 2 BtMVV) das Vorliegen einer suchtherapeutischen Qualifikation.

Der Indikator Methadon-Substitutionsbehandlung wird vom Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) bereitgestellt. Anders als bei den meisten anderen Indikatoren des LZG.NRW, werden die behandelten Patientinnen und Patienten nicht nach deren Wohnsitz ausgewiesen, sondern dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zugeordnet, in der sie substituiert werden.⁵¹

Methadon-Substitutionsbehandlungen
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW 2014 – 2021

Abbildung 22



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

Im Jahr 2021 wurden in Bochum 1.088 Substitutionsbehandlungen gemeldet. Dies entspricht einer Rate von 298,9 Substitutionsbehandlungen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Damit liegt die Behandlungsrate in Bochum zwar deutlich über der in NRW (mit 217,1), das entspricht aber den Tendenzen der letzten Jahre. (Abb. 12).

In NRW sind die Behandlungsraten seit 2014 etwa gleichbleibend. In Bochum waren die Behandlungsraten zwischen 2014 und 2016 leicht sinkend, blieben dann mit geringen Schwankungen in 2018 und 2020 stabil um einen Basiswert.

2021 gab es in Bochum 11 Ärztinnen und Ärzte mit einer suchtherapeutischen Qualifikation. Dies ergibt eine Quote von 98,9 Substitutionspatientinnen/-patienten je Ärztin/Arzt.

Nach eigenen Recherchen konzentriert sich die Methadonversorgung allerdings auf 4 niedergelassene Ärzte und vor allem die Methadonambulanz der Krisenhilfe.

Auch zukünftig ist sicherzustellen, dass in Bochum eine ausreichende Zahl an Ärztinnen und Ärzten für die Substitution zur Verfügung steht. Dies stellt sich daher als Aufgabe, weil Praxisnachfolgerinnen und -nachfolger oft an der Weiterführung der Substitutionsbehandlung nicht interessiert sind.

9.4 Stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote

Das Martin-Luther-Krankenhaus in Bochum-Wattenscheid bietet eine stationäre qualifizierte Entgiftungsbehandlung bei Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten an. Hier gibt es eine enge Zusammenarbeit mit ambulanten und rehabilitativen Suchthilfesystem und Selbsthilfegruppen für Suchterkrankungen (Station 18). Ein weiteres Element ist die stationäre Behandlung von opiatabhängigen Menschen. Diese umfasst ebenfalls die Behandlung von Menschen mit zusätzlicher Abhängigkeit von anderen Substanzen (Alkohol, Cannabis, Kokain etc.) neben der Opiatabhängigkeit (Station 7). Auch die Kooperationsstruktur mit den Beratungsangeboten (vor allem Krisenhilfe) und Selbsthilfegruppen ist vergleichbar wie im Bereich legale Substanzen.

⁵¹ LZ 2021

Die LWL-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin bietet ebenfalls eine stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkohol und Medikamenten an. (Track 5) Eine Kooperation mit der ambulanten und stationären Suchthilfe und den Selbsthilfegruppen ist Bestandteil des Angebots.

Die qualifizierte Entzugsbehandlung setzt sich aus der somatischen Entgiftungsbehandlung und der psychologisch-psychotherapeutischen Motivationsphase zusammen. Zusätzlich werden soziale Problemstellungen und die Frage nach Anschlussbehandlungsmöglichkeiten soziotherapeutisch geklärt.

Die somatische Behandlung dient vor allem der Therapie von Entzugsphänomenen und der Verhinderung somatischer Komplikationen, vor allem einer deliranten Entgleisung oder von Entzugskrampfanfällen. Entzugssymptome werden schweregradabhängig medikamentös behandelt.

Die Motivationsphase beginnt bereits unmittelbar mit der stationären Aufnahme. Ihr Ziel ist letztlich die Förderung von Problemverständnis und Krankheitseinsicht, die Motivation zu einer außerstationären Weiterbehandlung und die Aufrechterhaltung einmal erreichter Abstinenz. Dabei hat sich ein ressourcenorientiertes Vorgehen bewährt. Inhalte der Motivationsbehandlung sind individuelle Analysen der Abhängigkeitsentstehung und – Aufrechterhaltung, das Erkennen negativer, aber auch kurzfristig positiver Effekte der Substanzeinnahme sowie die Bearbeitung auslösender und rückfallfördernder Faktoren einschließlich bisher frustraner Abstinenzversuche. Einen weiteren wichtigen Aspekt stellt die Erarbeitung von Problemlösestrategien und Zukunftsperspektiven dar. Während der Motivationsphase ist zudem die Vermittlung des Patienten an eine Suchtberatungsstelle und eine Selbsthilfegruppe, sofern noch nicht vorhanden, zwingend erforderlich. Über die Suchtberatungsstelle kann ggf. eine weiterführende Entwöhnungsbehandlung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. zur Verhütung von Verschlimmerung beantragt werden.

Nach der stationären Behandlung können eine teilstationäre Anschlussbehandlung oder eine ambulante Nachsorge über psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräch und spezielle Programme für abstinenzunfähige Patient*innen mit häufigen Rückfällen oder die ambulante Intensivnachsorge für komorbide, also von psychischen und Abhängigkeitserkrankungen betroffene Patient*innen in Anspruch genommen werden.

Die LWL-Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie greift Internetabhängigkeit und Verhaltenssüchte auf. Dabei geht es ganz besonders um das Abtauchen in Online-Spielwelten, Cybersex und sozialen Netzwerken. Wer medienabhängig ist, leidet häufig auch unter Depressionen, sozialen Ängsten oder Störungen von Aufmerksamkeit und Aktivität. Für die Behandlung steht eine größere Bandbreite von Diagnostik und vor allem gruppenpsychotherapeutischen Methoden zur Verfügung. Diese werden überwiegend ambulant durchgeführt, können gegebenenfalls auch im tagesklinischen oder stationären Rahmen gemacht werden.

9.5 Ambulant Betreutes Wohnen

Die Hilfen, Zugangswege und Antragsverfahren sind identisch mit den oben unter 6. Soziale Teilhabe und 6.1. Ambulant Betreutes Wohnen beschriebenen Inhalten.

Im Suchtbereich gibt es eine Unterscheidung nach Zielgruppen.

Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen, die von Alkohol und Medikamenten abhängig sind, bieten die AWO Ruhr-Mitte, die Diakonie Ruhr (zentral über den Fachdienst Betreutes Wohnen) und der Caritasverband Ruhr-Mitte an.

Bei Abhängigkeiten von illegalen Drogen sind hier die Krisenhilfe und der Busmannshof tätig. Der Busmannshof hat dieses Angebot einerseits als Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (s. unten, 9.9.) und andererseits als reguläre Hilfe in Wattenscheid.

9.6 Stationäres Wohnen

Hier stehen in Bochum 54 stationäre Plätze zur Verfügung.

Das Wohnheim Hustadtring in Trägerschaft der Diakonie Ruhr ist eine Einrichtung der Eingliederungshilfe für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke, die aufgrund ihrer Mehrfachbeeinträchtigungen nicht mehr oder noch nicht wieder in der Lage sind, selbständig oder mit Unterstützung in einer eigenen Wohnung zu leben. Es stellt einen Wohn- und Lebensraum zur Verfügung, der einerseits Schutz und Sicherheit bietet, aber auch Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe und Rehabilitation eröffnet. Als Besonderheit kann auf Grundlage verbindlicher Absprachen unter Einbeziehung des behandelnden Arztes ein kontrollierter Alkoholgebrauch gestattet werden.

Zum Wohnheim Hustadtring gehören noch einzelne dezentrale Wohnungen mit zusammen 34 Plätzen. Es liegt in Bochum im Stadtteil Querenburg am Rande des Uni-Centers.

Das Blumenberghaus in Trägerschaft der Caritas Ruhr-Mitte ist ein sozialtherapeutisches Wohnheim für chronisch alkohol- und medikamentenabhängige Menschen, eine andere Begrifflichkeit für eine besondere Wohnform der Eingliederungshilfe. Unter intensiver fachlicher Begleitung lernen die Bewohnerinnen und Bewohner in einer suchtmittelfreien Umgebung, dauerhaft ein abstinentes Leben zu führen. Es gibt 12 Einzelzimmer in zwei Wohnbereichen sowie 4 Appartements mit jeweils zwei Einzelzimmern. Es liegt im Stadtteil Laer.

9.7 Arbeit und Beschäftigung

INSAT - Individuelle Schritte in Arbeit – ist eine Betriebsgesellschaft der Krisenhilfe e.V. Bochum. Sie richtet sich an langzeitarbeitslose Menschen und erfolgt in Kooperation mit dem Jobcenter Bochum. Hier bestehen Qualifizierung, Betreuung und Beschäftigung für ausstiegsorientierte opioid-, alkohol- oder mehrfachabhängige Menschen bzw. abstinente Menschen mit einer Suchterkrankung. Die Fördervoraussetzungen des SGB II müssen erfüllt sein.

Beschäftigung kann in den Arbeitsfeldern Holzbearbeitung und Verarbeitung, Gestaltung und Datenverarbeitung sowie Küche/Hauswirtschaft stattfinden. Wie in diesen Maßnahmen üblich kommen Trainings zu Bildungsgrundlagen, zum Abbau von Vermittlungshemmnissen und begleitende sozialpädagogische Unterstützung und Beratung hinzu. Ziel ist generell die Heranführung an den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Im Rahmen der Arbeitsgelegenheiten „Die Chance“ in Bochum-Mitte nehmen seit Jahren 5-8 Personen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit teil. Hier greift die Kooperationsstruktur mit den Suchtberatungsstellen.

9.8 Kontakt- und Begegnungsstätten

Die Kontakt- und Begegnungsstätte ist ein offenes Angebot für chronisch abhängigkeitskranke Menschen (Alkohol und/oder Medikamente), denen es schwerfällt, ohne Unterstützung aus ihrer Isolation herauszufinden und Kontakte zu anderen Menschen oder zu professionellen Hilfen herzustellen.

Für den Innenstadtbereich hat die Diakonie Ruhr im „Pavillon“ ein Café, so die Bezeichnung. Dort gibt es die Möglichkeit, andere Menschen kennenzulernen, ins Gespräch zu kommen, zu lesen oder ein Gesellschaftsspiel zu spielen.

In Langendreer hat die Caritas Ruhr-Mitte eine Kontakt- und Begegnungsstätte. Die Besucher*innen können auf Wunsch Hilfestellungen in Anspruch nehmen.

In den Kontakt- und Begegnungsstätten gibt es ergotherapeutische Angebote. Diese sind alltagsstrukturierend, aktivierend und sozialintegrativ. Das aktuelle Wochen- und Monatsprogramm kann erfragt werden.

9.9 Rehabilitation

Die Caritas Ruhr-Mitte hat mit der Ambulanten Rehabilitation Sucht eine längerfristige Maßnahme für Personen aus ganz Bochum. Die ambulante Rehabilitation eignet sich insbesondere für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Menschen, die während der Rehabilitationsmaßnahme weiterhin in ihrem Beruf arbeiten wollen, ihre Familie oder ihre Freunde in die Veränderungsprozesse miteinbeziehen möchten oder nicht über längere Zeit ihr Zuhause verlassen können (z.B. wegen familiärer Verpflichtungen). Sie erstreckt sich über einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten und beinhaltet Gruppengespräche, therapeutische Einzelgespräche, ärztliche Visite, die Teilnahme an thematischen Schwerpunktgruppen (z. B. Rückfallprophylaxe, Angehörigen-Gruppen) und Einzelgespräche für Angehörige.

Seit 1995 bietet die Fachklinik Bussmannshof in Wattenscheid 40 Plätze stationäre Rehabilitation für Menschen an, die von illegalen Drogen abhängig sind. Diese umfasst sowohl die medizinische als auch die berufliche Rehabilitation.

Als Komplexeleistungen sind medizinische Behandlung, Psychotherapie, sozialarbeiterische Unterstützung und Sozialtherapie, Arbeitstherapie und berufliche Reintegration sowie Sport, Bewegung und Gestaltung in ein Behandlungskonzept integriert.

Die konkreten Aufnahmevoraussetzungen und die Antragsverfahren für derartige Rehabilitationsmaßnahmen sind vielschichtig und sollten vorab im Einzelfall geklärt werden.

10 Sonstige Beratungs- und Unterstützungsangebote

10.1 EUTB – „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“

Die unabhängige Teilhabeberatung wurde durch das Bundesteilhabegesetz ab 2018 mit über 500 Beratungsstellen eingeführt und vom Bund gefördert. Die Beratungsstellen informieren kostenlos und unabhängig Menschen mit jeder Form von Behinderung, von Behinderung bedrohte Menschen sowie deren Angehörige zu all ihren Anfragen. Inhalt der Beratung ist z.B., welche Teilhabeleistungen es gibt, wer zuständig ist und welche Rechte der Betroffene hat. Die unabhängige Teilhabeberatung besteht ergänzend neben dem Anspruch auf Beratung durch die jeweiligen Rehabilitationsträger. "Unabhängig" meint vor allem, dass die Beratung frei von möglichen Interessenkonflikten wie seitens der Anbieter oder Kostenträger ist.

Im Regelfall beraten in den unabhängigen Teilhabeberatungsstellen Fachkräfte aus dem sozialen Bereich, die entweder selbst betroffen sind oder ergänzend Menschen mit Behinderungen andere Betroffene und deren Familien (sog. Peer Counseling).

Zumindest in NRW hat das dazu geführt, dass die EUTBs oft bei Selbsthilfeverbänden oder Organisationen ansässig sind, die einen Hauptschwerpunkt haben (z.B. Sehen, Hören). Gerade bei Beratungen über Hilfsmittel oder Assistenzformen ist eine sehr tiefe Fachkenntnis erforderlich.

Teils sind EUTBs in Trägerverbänden organisiert, um ein breiteres Spektrum abzudecken.

Die EUTB in Bochum befindet sich räumlich in der Geschäftsstelle des Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. / Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V. in Bochum-Riemke. Damit verbunden ist ein umfassender fachlicher Einblick in das Arbeitsgebiet und die Selbsthilfeangebote, auch überregional.

Ein großer Beratungsschwerpunkt liegt auf Teilhabeplanung, die vor allem langfristig-strategisch durch die Verfahren führt. Auch das Persönliche Budget ist von Bedeutung. Hier kommen viele Nachfragen aus Bochum und einigen angrenzenden Städten. In Einzelfällen können Begleitungen und Beratung über Hausbesuche durchgeführt werden. Der andere große Schwerpunkt liegt im Bereich Gesundheit, vor allem Behandlung und Medikamente.

Im Jahr 2022 wurden 648 Beratungen durchgeführt, die Beeinträchtigungen lagen zu 80 % im psychischen Bereich. Die Geschlechterverteilung war fast gleich, knapp 2% gaben divers als Geschlecht an.

In der Beratung von Angehörigen gab es 94 Beratungen, die zu 72 % von Frauen in Anspruch genommen werden. Diese Verteilung ist typisch und aus vielen anderen Beratungsstrukturen bekannt. Schwerpunkte waren hier Gesundheit und die Unterstützung des/der Angehörigen.

Wichtig für die Arbeit der EUTB ist eine gute Vernetzung, etwa im Rehabilitationsbereich mit den Rehafachberatern der Rentenversicherungsträger oder mit anderen Beratungsstellen in Bochum.

10.2 Selbsthilfe

In Bochum gibt es ca. 260 Selbsthilfegruppen zu den unterschiedlichsten Themen. Immer mehr Menschen schließen sich in Selbsthilfegruppen zusammen. In Selbsthilfegruppen können Menschen über ihre Anliegen und Sorgen sprechen. Sie treffen sich regelmäßig, um Erfahrungen auszutauschen, Lösungen zu finden und ihre Interessen nach außen zu vertreten. Es geht auch darum, die Betroffenenperspektive einzubeziehen.

Institutionen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beraten und helfen im Allgemeinen bei bestimmten Erkrankungen, sozialen und psychischen Problemen. Einige unterstützen auch die Selbsthilfegruppen in deren Bereichen.

Hier hat vor allem die Suchtselbsthilfe eine lange Tradition der Zusammenarbeit in Bochum. Sie nutzen zum Teil die Räumlichkeiten der Beratungsstellen oder Kliniken für Gruppen und bieten oft Sprechstunden dort an. Die aktuellen Angaben sind über eine Adressliste „Wege aus der Sucht“ bei allen Suchtberatungsstellen und den Fachabteilungen der Kliniken erhältlich.

In Bochum seit vielen Jahren ansässig sind der Bundes- bzw. Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW Dieser informiert, vertritt aber auch alternative bis kritische Haltungen zu psychiatrischen Behandlungsformen. Dort gibt es auch Gruppenangebote oder hybride Austauschmöglichkeiten.

Selbsthilfe-Kontaktstellen hingegen sind eine „Querschnittseinrichtung“. Sie arbeiten und beraten themenübergreifend, also nicht im Hinblick auf bestimmte Erkrankungen und Probleme, sondern zum Thema Selbsthilfe.

Bei Selbsthilfe-Kontaktstellen ist man mit jeder Frage an der richtigen Adresse, die sich auf Selbsthilfegruppen bezieht.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle erleichtert Bochumer Bürger*innen die Suche nach einer passenden Gruppe für ihre speziellen Problematiken und/oder klärt im Gespräch, ob eine fachliche Begleitung vorab oder parallel zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe notwendig ist. Die Fachkräfte der Selbsthilfe-Kontaktstelle unterstützen Selbsthilfe-Interessierte bei der Orientierung in Bezug auf das Thema der Gruppe. Sie klären über den Selbsthilfe Gedanken auf und weisen auf Besonderheiten hin. So können chronisch Kranke, Behinderte oder von sozialen und psychischen Problemen Betroffene Unterstützung finden, andere, gleichfalls Betroffene suchen, oder eine neue Gruppe gründen.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle unterstützt Selbsthilfegruppen beispielsweise in ihrer Öffentlichkeitsarbeit und bietet Qualifizierungen, Veranstaltungen und Supervisionen bei gruppeninternen Konflikten an.

Die Angebote in der Selbsthilfe-Kontaktstelle Bochum sind zahlreich. Es empfiehlt sich eine Kontaktaufnahme, auch um eine Themenliste der Bochumer Selbsthilfegruppen sowie weiteres Informationsmaterial zu erhalten.

Es gibt auch andere Formen wie beim Bochumer Bündnis gegen Depression, die Selbsthilfegruppen haben, Vorträge und Veranstalten haben und über eine Vereinsstruktur eine Verzahnung mit dem professionellen Versorgungssystem herstellen.

10.3 Angehörigenarbeit

„Angehörige“ sind vertraute Personen, die sich aufgrund einer persönlichen Beziehung verantwortlich um psychisch erkrankte oder suchtkranke Menschen kümmern. Sie sind häufig über Jahre hinweg für ihre Ehe oder Lebenspartner, ihre Kinder, Ihre Eltern oder enge Freund*innen da – und das oft ohne selbst Unterstützung zu erhalten.

Das Spektrum, Angehörige in die Behandlung einzubeziehen ist breit. Neben Angehörigen- oder Familiengesprächen haben psychoedukative Gruppen eine wichtige Bedeutung. Unter professioneller Leitung finden Personen aus dem sozialen Umfeld Aufklärung und erfahren emotionale Entlastung für sich selbst und im Umgang mit der Erkrankung. Sie bekommen Informationen über Hintergründe, die Ursachen und Symptome, den Verlauf und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen der konkreten Erkrankung. Durch dieses störungsspezifische Wissen verringern sich Unsicherheit und emotionale Mitbelastung. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, eventuelle Frühwarnsymptome zu erkennen.

Die psychiatrischen Kliniken bieten ebenfalls Angehörigengruppen an, teils parallel zu einer stationären Behandlung und teils als separate Angebote.

Andere Strukturen haben Angehörigengruppen der Selbsthilfe. Die Gruppen werden von Angehörigen gegründet, organisiert und verantwortet. Ziel dieser Selbsthilfegruppen ist es, dass sich Angehörige von Angehörigen informieren und helfen lassen, um mit den veränderten Lebensumständen zurechtzukommen. Es gibt Angebote seitens der Landes- bzw. Bundesverbände der Angehörigen psychisch Kranker oder sie sind örtlich selbst organisiert, häufig können die Selbsthilfekontaktstellen Auskunft geben.

Für Angehörige suchtkranker Menschen haben oft die großen Selbsthilfeverbände wie Blaues Kreuz, Kreuzbund, Guttempler und ähnliche Gruppen vor Ort.

Besonderes Augenmerk muss wie oben dargestellt auf Kinder aus suchtblasteten Familien bzw. Kinder aus Familien mit psychisch kranken Mitgliedern gelegt werden. Sie haben ein sehr hohes Risiko, selbst Störungen oder Abhängigkeiten zu entwickeln, mindestens aber dysfunktionale Verhaltensweisen zu erlernen. Entsprechende Gruppen und Beratungen sind ebenfalls in Bochum vorhanden.

10.4 Genesungsbegleiter

In den letzten Jahren hat sich aus dem ehrenamtlichen Engagement eine neue Beschäftigtengruppe im sozialpsychiatrischen Hilfesystem etablieren können, die spezifische Aufgaben wahrnimmt: die sogenannten Genesungsbegleiter. Aus dem englischen Kontext kommt der Begriff „Experienced Involvement“, oft EX-IN abgekürzt, der „Experten aus Erfahrung“ bedeutet.

Dahinter liegt ähnlich wie bei der EUTB der Ansatz des „Peer-Counseling“. Dabei handelt es sich um ein Beratungsangebot von Betroffenen für Betroffene, das heißt, die beratende und die ratsuchende Person verfügen über ähnliche Erfahrungen oder befinden sich in vergleichbaren Lebenssituationen.

Im psychiatrischen Kontext handelt sich bei Genesungsbegleitern also um Menschen, die selbst eine psychische Erkrankung haben bzw. hatten und psychisch Erkrankte aufgrund ihres Expertenwissens im Genesungsprozess unterstützen. Voraussetzung für die Tätigkeit ist die eigene psychische Stabilität und eine einjährige Ausbildung zum Ex-IN-Genesungsbegleiter, die in der Regel aus 5 Basis- und 7 Aufbaumodulen besteht.

Im Mittelpunkt der Ausbildung steht die Entwicklung von Erfahrungswissen. Genesungsbegleiter sollen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit eine Schnittstelle oder ein Bindeglied zwischen den an der Genesung beteiligten Gruppen darstellen. Die Tätigkeit von Genesungsbegleitern wird durch regelmäßige Fortbildungen und klaren Aufgabenbeschreibungen weiterentwickelt.

Genesungsbegleiter unterscheiden sich durch ihre Erfahrungen und Kenntnisse von anderen medizinisch-therapeutischen Beschäftigten und können deshalb zusätzliche Angebote für Menschen in Krisensituationen schaffen. Beschäftigt werden können sie in ambulanten Einrichtungen und Beratungsstellen aber auch in teilstationären und stationären Einrichtungen wie Kliniken und Wohnheimen.

Da es sich um ein neues Tätigkeitsgebiet handelt, sind konkrete Beschreibungen der Aufgaben und vor allem die Vergütung zum Stand Sommer 2023 nicht einheitlich geregelt.

Umso erfreulicher ist, dass die LWL-Klinik für Psychiatrie ab Sommer 2023 regelhaft Genesungsbegleiter einsetzt.

11 Vorsorgevollmacht und Betreuung, PsychKG, Maßregelvollzug

In den verschiedenen Lebenslagen und Bereichen, die in diesem Bericht dargestellt sind, kommen unterschiedliche Rechtsgebiete zum Tragen, die in den folgenden Abschnitten beschrieben werden.

Ein Teil ist privatrechtlich, es gibt verschiedene Arten der Vorsorge oder von persönlichen Regelungen. Seit 2023 gibt es ein Notvertretungsrecht von Ehegatten.

Sind diese Möglichkeiten nicht vorhanden oder greifen sie nicht, kann eine rechtliche Betreuung über ein gerichtliches Verfahren eingerichtet werden.

Zu den Aufgaben der Gesundheitsämter, hier des Sozialpsychiatrischen Dienstes, gehören die öffentlichen-rechtlichen Unterbringungen nach dem PsychKG.

Wenn Personen mit psychischen oder Suchterkrankungen straffällig werden, bestehen spezielle Regelungen im Strafrecht und es gibt ein besonderes System der forensischen Psychiatrie. In Bochum gibt es auch entsprechende Einrichtungen.

11.1 Vorsorgeverfügungen

In dem Bereich der Regelungen, die man für sich selbst für das Alter, einen Unfall oder eine schwere Erkrankung trifft, gibt es unterschiedliche und teils überscheidende Optionen.

Mit einer Vorsorgevollmacht wird eine Person des Vertrauens beauftragt, stellvertretend für einen selbst zu handeln, zu entscheiden oder Verträge abzuschließen – entweder umfassend oder in abgegrenzten Bereichen. Sie sollte schriftlich vorliegen, besondere Anforderungen sind in § 1820 BGB genannt.

In einer Patientenverfügung können man schriftlich für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie man in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden will.

In der Betreuungsverfügung legt man fest, wer die rechtliche Betreuung übernehmen soll. Diese ist im gerichtlichen Verfahren für das Betreuungsgericht von hoher Bedeutung.

Seit 2023 gibt es das „Notvertretungsrecht“, im § 1358 BGB „Gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge“ genannt. Gedacht ist an Situationen, wenn jemand etwa aufgrund eines komatösen Zustands nach einem schweren Unfall nicht in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, und zum Beispiel nicht mehr Operationen zustimmen kann. Dieses Vertretungsrecht ist allerdings begrenzt auf

1. Einwilligung oder Untersagung von Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe und die Entgegennahme von ärztliche Aufklärungen,
2. Abschließen und Durchsetzen von Behandlungsverträgen, Krankenhausverträgen oder Verträgen über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und der Pflege,
3. Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1831 Absatz 4 BGB, sofern die Dauer der Maßnahme im Einzelfall sechs Wochen nicht überschreitet
4. Ansprüche, die dem vertretenen Ehegatten aus Anlass der Erkrankung gegenüber Dritten zustehen, geltend zu machen und an die Leistungserbringer aus den Verträgen nach Nummer 2 abzutreten oder Zahlung an diese zu verlangen.

Diese hier in der Übersicht dargestellten Möglichkeiten sind im Detail hoch komplex. Beratungen bieten grundsätzlich Rechtsanwälte und Notare an. Zu Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügungen informieren und beraten auch die Betreuungsbehörden und die Betreuungsvereine.

11.1.1 Patientenverfügung

In der schriftlichen Patientenverfügung wird geregelt, welche ärztlichen Maßnahmen man zur medizinischen Versorgung wünscht und welche abgelehnt werden. Sie sind verbindlich und müssen von Ärzt*innen umgesetzt werden, wenn die Behandlungs- und Lebenssituation eintritt, für die sie ausgestellt wurden. Im Regelfall setzen sie voraus, dass Einwilligungsunfähigkeit besteht und man in der konkreten Situation deswegen nicht

selbst entscheiden kann. Es empfiehlt sich, die Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht zu verbinden, damit jemand die Wünsche auch umsetzen und entscheiden kann.

Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1827 Absatz 1 BGB).

Zur Auslegung kann es hilfreich sein, persönliche Wertvorstellungen, Haltungen zum eigenen Leben und Sterben oder religiöse Anschauungen darzustellen.

In der Form muss sie schriftlich und eigenhändig unterschrieben oder mittels notariell beglaubigten Handzeichens unterzeichnet sein. Sie sollte so verwahrt werden, dass Ärzt*innen, Bevollmächtigte, rechtliche Betreuer oder das Betreuungsgericht davon Kenntnis haben. Empfohlen wird, etwa im Portemonnaie einen Hinweis bei sich zu tragen. Seit 2023 können Patientenverfügungen sowohl isoliert als auch in Kombination mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden. Dort haben auch Ärzt*innen ein Einsichtsrecht.⁵²

Zur Erstellung einer Patientenverfügung gibt es eine große Anzahl an Mustern, Formularen und Textbausteinen. Gerade wegen der in 2023 in Kraft getretenen Neuregelungen sind hier hohe Sorgfalt und die Inanspruchnahme einer Beratung geboten.

11.2 Rechtliche Betreuungen

Mit einer kompletten Reform 1992 wurde das Betreuungsrecht eingeführt und seitdem mehrfach angepasst und modernisiert, zuletzt in einer größeren Reform 2023. Zu den wichtigsten Änderungen gehören die Stärkung der Selbstbestimmung betreuter Menschen (gem. Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention).

Es ist im Bürgerlichen Gesetzbuch, insbesondere den Paragraphen 1814 fortfolgende geregelt. Die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung erfolgt in einem gerichtlichen Verfahren beim Betreuungsgericht, einer Abteilung des Amtsgerichts. Die zuständige Betreuungsbehörde, die „Betreuungsstelle für Erwachsene“, ist in Bochum beim Sozialamt angesiedelt.

Wenn die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Regelungen, vor allem Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, nicht existieren oder nicht ausreichen, kann eine rechtliche Betreuung eingerichtet werden.

„Kann ein Volljähriger seine Angelegenheiten ganz oder teilweise rechtlich nicht besorgen und beruht dies auf einer Krankheit oder Behinderung, so bestellt das Betreuungsgericht für ihn einen rechtlichen Betreuer.“ (§ 1814 Nr. 1 BGB).

„Die Bestellung eines rechtlichen Betreuers erfolgt auf Antrag des Volljährigen oder von Amts wegen.“ (§1814 Nr. 4 BGB). Unter „von Amts wegen“ ist zu verstehen, dass eine Betreuung grundsätzlich von Menschen aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen (Familienangehörige, Hausärzt*in, Pflegedienst, etc.) oder von Krankenhäusern bei Gericht angeregt werden kann. Dieses muss dann tätig werden und ermitteln, ob und in welchem Umfang eine Betreuung erforderlich ist.

Der Gesetzgeber will den Erforderlichkeitsgrundsatz weiter stärken. Hervorgehoben werden ausdrücklich die Hilfen, die auf sozialen Rechten beruhen, also die Vielzahl der in diesem Bericht beschriebenen Beratungs- und Teilhabeangebote.

Ferner gilt, dass eine Betreuung nur für notwendige, genau zu spezifizierende Aufgabenbereiche einzurichten ist. Im Falle des Vorliegens einer psychiatrischen Erkrankung ist es häufig der Fall, dass dem Betreuer die Aufgabenkreise der Gesundheitsfürsorge und der Aufenthaltsbestimmung übertragen sind. Hier geht es in erster Linie darum, eine ärztliche Behandlung sicherzustellen.

Häufig ist es auch erforderlich, den Bereich von Vermögenssorge für zu regelnde finanzielle Angelegenheiten oder von behördlichen Aufgaben etwa für die Beantragung von sozialrechtlichen Leistungen einzurichten.

Es gibt Genehmigungspflichten des Betreuungsgerichts für ärztliche Maßnahmen, ärztliche Zwangsmaßnahmen, freiheitsentziehende Maßnahmen und Unterbringung sowie die Aufgabe des Wohnraums des Betreuten. Der Betreuer unterliegt der Aufsichtsführung des Betreuungsgerichts, auch hier sind verschiedene Rechtsgeschäfte wie Kreditverträge oder Grundstücksgeschäfte genehmigungspflichtig.

Gesetzliches Leitbild ist die ehrenamtliche Betreuung, die in den allermeisten Fällen von Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen übernommen wird. Auch werden Wünsche des Betreuten berücksichtigt,

⁵² Bundesministerium für Justiz 2023

die sowohl im Verfahren erfragt werden als auch vorab über eine Betreuungsverfügung geregelt werden können.

Wenn es keine geeignete Person gibt oder niemand benannt werden kann oder es andere Gründe gibt, kann ein beruflicher Betreuer bestellt werden. Diese sind entweder selbstständig oder in Betreuungsvereinen tätig, müssen bei der Betreuungsbehörde (der Stadt Bochum) registriert sein und Sachkunde nachweisen.

Neben ehrenamtlichen und Berufsbetreuer*innen gibt es in Bochum fünf Betreuungsvereine. Diese gewinnen ehrenamtliche Betreuer*innen und bilden sie fort. Auf Grund eines Vertrages zwischen den Betreuungsvereinen und der städtischen Betreuungsstelle übernehmen die Betreuungsvereine die vom Betreuungsgericht angeforderten Sachverhaltsermittlungen (Sozialgutachten) für neu angeregte Betreuungen. Dieses als „Bochumer Model“ bezeichnete Einbinden der Vereine in die Verantwortung für das Betreuungswesen in Bochum umfasst auch die Zusage der Vereine „schwierige Betreuungen“, die nicht von ehrenamtlichen oder Berufsbetreuern geführt werden, verpflichtend zu übernehmen. Damit ist sichergestellt, dass insbesondere Menschen mit einer psychischen Erkrankung, nicht ohne Betreuerin oder Betreuer bleiben, falls sie deren Unterstützung bedürfen.

11.3 Unterbringungen nach PsychKG in Bochum

Die Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) der einzelnen Bundesländer, ermöglichen es, für psychisch kranke Menschen im Falle akuter Selbst- oder Fremdgefährdung gegen ihren Willen die Unterbringung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus zu gestatten und anzuordnen. In Nordrhein-Westfalen ist die letzte größere Änderung am 1. Januar 2017 in Kraft getreten.

Das nunmehr seit über sechs Jahren geltende neue PsychKG NRW stärkt die Selbstbestimmung und den Schutz der Betroffenen und formuliert sehr viel konkreter und auch restriktiver, wann Zwangsmaßnahmen möglich sind. Eine wesentliche Änderung ist, dass eine Zwangsmedikation in der Regel nur dem Richtervorbehalt unterliegt.

Seit über 10 Jahren ist die Problematik eines kontinuierlichen und in der Zeit der Pandemie nochmals verstärkten Anstieges der Zwangsunterbringungen festzustellen. Unter anderem an dieser Stelle kommen die vermehrten Unterstützungsbedarfe und komplexeren Problemlagen zum Ausdruck.

Die detaillierte Betrachtung der Entwicklung der PsychKG-Zahlen hat in Bochum aus gutem Grunde eine lange Tradition. Eine der Prioritäten des Gemeindepsychiatrischen Verbundsystems ist es, Strukturen zu schaffen, in denen die notwendigen ambulanten und stationären Hilfen so früh greifen und in Anspruch genommen werden können, dass es zu möglichst wenig Zwangsunterbringungen kommt. Gleichzeitig besteht ein Konsens, dass das PsychKG in Einzelfällen ein unvermeidbares Instrument ist, um weitere Zuspitzungen in Form von Selbst- und/oder Fremdgefährdungen zu vermeiden.

Jährlich und anlassbezogen gibt es eine detaillierte Berichterstattung im Gemeindepsychiatrischen Verbund und im Psychosozialen Ausschuss.

Die Entwicklung der Unterbringungszahlen seit 2018 ist wie folgt.

Tabelle 16

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022
Unterbringungen nach PsychKG	291	289	327	358	337
Unterbringungen nach BGB	147	147	176	198	258

Quelle: Stadt Bochum 2023, eigene Darstellung

Die Tabelle umfasst auch die Unterbringungsbeschlüsse nach BGB / Betreuungsrecht, die zunächst einer vergleichbaren Tendenz wie die PsychKG-Unterbringungen folgen und dann in 2022 erheblich angestiegen sind. Dieses muss weiter beobachtet und analysiert werden.

2022 kam es zu 337 Antragsstellungen, in 205 Fällen folgte anschließend die sofortige Unterbringung mit nachfolgendem PsychKG-Beschluss (60,8 %). Die Ärzt*innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind an 48 (10,6 %) Einweisungen beteiligt, der überwiegende Teil, nämlich 241 (71,5 %) werden in psychiatrischen Kliniken beantragt.

Des Weiteren ergibt die Auswertung der Zahlen von 2022, dass sich die 337 beantragten Unterbringungen nach PsychKG auf 258 Personen aufteilen. So kam es bei 45 Personen im Laufe des Jahres mehrfach zu entsprechenden Anträgen.

Die Zeitpunkte der jeweiligen Antragsstellung bei den Personen mit Mehrfachanträgen dokumentieren den jeweiligen Krisenverlauf. So ist dabei häufig eine unmittelbare zeitliche Nähe feststellbar. Bei den Personen mit mehreren Unterbringungsanträgen wird die Schwere und Dauer von akuten Krankheitsphasen bei einem meist chronifizierten Verlauf deutlich.

11.4 Versorgung von psychisch oder suchtkranken Straftätern

11.4.1 Maßregelvollzug

Psychiatrie und Psychotherapie haben eine Sonderstellung unter den medizinischen Disziplinen, da sie einerseits ihren Heilauftrag übernehmen, andererseits ordnungspolitische Aufgaben für die Gesellschaft übernehmen. Ein Teilgebiet der Psychiatrie ist die forensische Psychiatrie, die sich mit rechtlichen Fragen bei psychisch kranken Menschen befasst. Wesentliche Aufgaben sind die Begutachtung zur Schuldfähigkeit oder Kriminalprognose, Fragen zur Geschäftsfähigkeit oder zur Berentung. Zu den Auftraggebern gehören u.a. Richter oder Staatsanwälte. Die Behandlung von psychisch kranken Straftätern ist Aufgabe der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie.

Nicht oder vermindert schuldfähige Straftäter verbüßen ihre Strafe nicht in einer Justizvollzugsanstalt (JVA), sondern werden in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus (Maßregelvollzug) oder einer Entziehungsanstalt behandelt, wenn die Straftat mit einer psychischen Erkrankung, einer Suchterkrankung oder einer Intelligenzminderung in Zusammenhang steht. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt richtet sich nach Diagnose, Behandelbarkeit und Risikoabschätzung und kann entweder alleine oder parallel zu einer Haftstrafe in einer JVA angeordnet werden. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist unbefristet, die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist jedoch zeitlich befristet.

Statt Verbüßung des begangenen Unrechts stehen beim Maßregelvollzug der Schutz der Gesellschaft vor weiteren Straftaten mithilfe einer gesicherten Unterbringung (Sicherheit) und verschiedenen Therapien im Vordergrund, um langfristig die Resozialisierung der Patient*innen in die Gesellschaft zu ermöglichen (Besserung). Die beiden Aufgaben des Maßregelvollzugs Therapie und Sicherheit sind deshalb eng miteinander verknüpft.

Für NRW gibt es 13 spezialisierte Kliniken. Einzelne forensische Patient*innen, die nach sorgfältiger fachlicher Prüfung aufgrund ihres Therapiefortschritts und Delikthintergrunds dafür geeignet sind, werden auch in den elf allgemeinpsychiatrischen Kliniken des LWL behandelt.

Folgend werden die in Bochum befindlichen Einrichtungen beschrieben.

11.4.1.1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin des LWL-Universitätsklinikums Bochum

„Die Klinik behandelt im Rahmen der Forensischen Psychiatrie Patienten, die auf der Rechtsgrundlage des §63 StGB (Strafgesetzbuch) untergebracht sind und weit fortgeschrittene Behandlungserfolge vorweisen können, so dass besondere Sicherungsmaßnahmen nicht mehr erforderlich sind. Üblicherweise erfolgt die Vorbehandlung in anderen Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen, die entsprechende höher zu sichernde Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der forensischen Psychiatrie vorhalten.

Die Rahmenbedingungen werden durch das StrUG NRW (Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW) gesetzt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den anderen Maßregelvollzugskliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) sowie mit den übergeordneten Abteilungen.

Es werden im Allgemeinen nur Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose (ICD10: F20) aufgenommen. Im Einzelfall prüfen wir allerdings eine Indikation. Streng ausgenommen von der Behandlung sind Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Störungen der Sexualpräferenz (sog. Paraphilien, insbesondere Pädophilien).

Forensische Nachsorgeambulanz

Nach bedingter Entlassung aus dem Maßregelvollzug wird der Patient noch über längere Zeit, meistens für fünf Jahre, über die Forensische Nachsorgeambulanz (FNA) ambulant weiter betreut. Dies ist üblicherweise Teil der gerichtlichen Weisungen bei Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung. Die FNA ist integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts und wird ärztlich, psychologisch, pflegerisch und sozialarbeiterisch mit dem gleichen Personal des stationären Bereichs geführt.

Eine direkte Aufnahme von Patienten aus anderen Kliniken in die FNA ist möglich. Eine Behandlung von haftentlassenen Straftätern im Rahmen einer Gerichtsaufgabe ist nicht möglich.

Die Forensische Nachsorgeambulanz ist eingebettet in das Risikokontrollmanagement des LWL.

Gutachtenstelle

Die Forensische Psychiatrie ist als Gutachtenstelle des LWL-Universitätsklinikums Bochum ausgewiesen und erstellt jegliche Art fachpsychiatrischer Gutachten, u.a. Gutachten zur Schuldfähigkeit, Gutachten zur Prognose, Betreuungsgutachten im Sinne des BGB, Gutachten im Bereich sozialrechtlicher Fragestellungen (z.B. Rentenangelegenheiten, Berufsunfähigkeit, Ehefähigkeit, Geschäfts-, Prozess- und Testierfähigkeit) und verkehrsmedizinische Gutachten.⁵³

11.4.1.2 Sozialtherapeutische Anstalt (Sotha)

Die Sozialtherapeutische Anstalt befindet sich seit 2020 auf dem Gelände der Justizvollzugsanstalt Bochum. Die Behandlung von Tätern, die wegen schwerer Sexualdelikte verurteilt waren und deren Behandlungsmotivation nicht immer eindeutig gegeben war, ist Schwerpunkt der Tätigkeit. Die Angebote differenzieren sich in Beratung, Behandlung, Arbeit und Ausbildung.⁵⁴

⁵³ LWL-Klinik für Psychiatrie Bochum o.J.

⁵⁴ Justiz NRW / Sotha Bochum o.J.

12 Suizidalität

Es gibt keine Definition von Suizidalität, die das gesamte Spektrum dieses Phänomens menschlichen Denkens, Verhaltens und Erlebens abdeckt. Zudem gibt es im geschichtlichen Wandel und in verschiedenen kulturellen Kontexten erhebliche Unterschiede und verschiedene Definitionen können für spezifische Anwendungsfälle sinnvoll sein.

Nach aktuellen Standards wird Suizid als Akt der bewussten Selbsttötung definiert und Suizidversuch als jegliches nicht tödlich endendes suizidales Verhalten, unter Einschluss selbstschädigenden Verhaltens. Unter suizidalem Verhalten werden eine Reihe von Verhaltensweisen, zu denen Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid selbst gehören, aufgeführt.

Es gibt immer persönliche, individuelle Hintergründe von Suizidalität. Krisenhafte Situationen wie Trennungserfahrungen, Verluste, auch die der eigenen Gesundheit, und Kränkungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sind ein Aspekt. Diese treten in Verbindung mit durch die Lebensgeschichte beeinflussten Persönlichkeitsmerkmalen, vor allem aus Entwicklungsphasen und Traumata in Kindheit und Jugend als der andere Aspekt.

Ein nachhaltiger Grundirrtum über Suizidalität ist, dass jene, die Suizidwünsche äußern, auch unbedingt die Intention haben zu sterben (World Health Organization, 2014).⁵⁵ Vielmehr wollen sie unter den gegebenen – oder von ihnen so erlebten – Umständen nicht mehr weiterleben. Insofern drückt der Suizidwunsch zunächst ein Bedürfnis nach Veränderung aus, wobei gleichzeitig keine Möglichkeit dazu gesehen wird. Dies kann zu einem Zustand der Hoffnungslosigkeit führen.

Die Schwierigkeit, sich Hilfe zu holen, ist ein weiteres typisches Phänomen von Suizidalität, das auch mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit verbunden ist. Es gibt die Angst, nicht ernst genommen zu werden, als psychisch krank eingestuft und zwangsweise in die Klinik zu kommen. Gerade in Bezug auf das soziale Umfeld gibt es die Sorge, die Bezugsperson zu überfordern oder zu verlieren. Aus Studien ist bekannt, dass Menschen vor einem vollendeten Suizid viel häufiger als üblich einen Ärzt*in aufgesucht haben, die Suizidgefährdung aber nicht thematisiert oder erkannt wurde.

Wenn ein Mensch suizidal ist, kann daraus nicht geschlossen werden, dass er eine psychische Grunderkrankung oder Suchterkrankung hat.⁵⁶

Betrachtet man das Suizidrisiko, ist es in absteigender Häufigkeitsfolge erhöht bei bipolaren Störungen, Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie und affektiven Störungen. Liegen mehrere psychische Erkrankungen vor, besteht ein besonders stark erhöhtes Risiko.⁵⁷

Körperliche Erkrankungen wie bösartige Tumorerkrankungen, Niereninsuffizienz und Schlaganfall spielen ebenfalls eine große Rolle, bei diesen Risikogruppen sind auch die psychosozialen Folgen der Erkrankung und die Krankheitsverarbeitung von Bedeutung.

12.1 Suizidprävention

Aufgrund der Komplexität der Suizidalität ist die Suizidprävention eine vielschichtige Aufgabe. Am wirksamsten ist es zunächst, Suizidmethoden wie Chemikalien, Waffen oder Medikamente einzuschränken und bauliche Aspekte zu berücksichtigen (vor allem Justizvollzugsanstalten und psychiatrische Kliniken, Brücken, Türme und Bahnanlagen). Wünschenswert ist ein gesellschaftliches Klima, in dem die Suizidproblematik nicht tabuisiert und stigmatisiert wird.

In der medizinischen Versorgung muss Suizidversorgung zum einen auf verschiedene strukturelle Bereiche zielen und zum anderen auf die oben beschriebenen Risikogruppen.

Es gilt, die gesamte Palette psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Diagnostik (Assessment), Krisenintervention und Therapie psychischer Störung von Krankheitswert, von Hilfe-, Unterstützungs- und Begleitungsbedarf einschließlich Nachsorge und Postvention abzubilden. Die Vernetzung aller Versorgungsstrukturen ist sehr wichtig.

Von großer Bedeutung sind auch niedrigschwellige Beratungs- und Behandlungsangebote sowie Fortbildungen von medizinischem und psychosozialen Personal.

Methodisch muss man in der Prävention neben allgemeiner Information und Aufklärung selektiv auf Gruppen mit überdurchschnittlichen Risiko und indiziert auf Personen mit gesichertem Risikofaktor zielen.

⁵⁵ Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021

⁵⁶ Brieger et.al. 2022

⁵⁷ Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021

Selektiv wird man einzelne Patientengruppen informieren und aufklären, Angebote für Menschen in Trauersituationen machen, sich um die aus einer stationären psychiatrischen Behandlung entlassenen Patient*innen kümmern oder ein Versorgungssystem für Krisenintervention etablieren.

Indiziert geht man sehr gezielt beispielsweise auf Menschen zu, die im Rahmen einer Depression einen Suizidversucht gemacht haben oder bei denen sich individuell mehrere Risikofaktoren häufen. Dabei geht es um psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und persönliche Begleitung über und zwischen allen Versorgungsstrukturen.

12.2 Suizidsterbefälle

Unter Suizidsterbefällen sind Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung durch selbstzugefügte Vergiftung oder Verletzung zu verstehen. Der Suizid kann herbeigeführt werden durch die Einnahme von Medikamenten, Betäubungsmitteln, Drogen oder Chemikalien. Auch kann der Tod durch Erstickten, Ertrinken, scharfe oder stumpfe Gegenstände, Handfeuerwaffen oder Feuer verursacht werden. In einigen Fällen nehmen Menschen sich durch einen Sturz in die Tiefe das Leben oder indem sie sich vor ein bewegendes Objekt werfen, etwa einen Zug.

In Deutschland nehmen sich jährlich ca. 10.000 Menschen das Leben. In Deutschland sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Gewalttaten, illegale Drogen und AIDS zusammen.⁵⁸

Seit langem ist das steigende Suizidrisiko mit zunehmendem Lebensalter bekannt. Jährlich nehmen sich in Deutschland rund 3.500 über 65-Jährige das Leben. Dies entsprach 2019 39% aller Suizide.⁵⁹

In der Altersgruppe der 15 – 25-jährigen gehört der Suizid weltweit zur zweithäufigsten Todesursache. Männer nehmen sich häufiger das Leben als Frauen. Etwa 70 % der Suizide werden durch Männer verübt. Suizidversuche werden überwiegend von jüngeren Frauen unternommen. Die Zahl der Versuche ist etwa 10 – 20 Mal höher als die Zahl der tatsächlich durchgeführten Suizide. Für Deutschland bedeutet dies, dass es pro Jahr zu etwa 100.000 Suizidversuchen kommt.⁶⁰

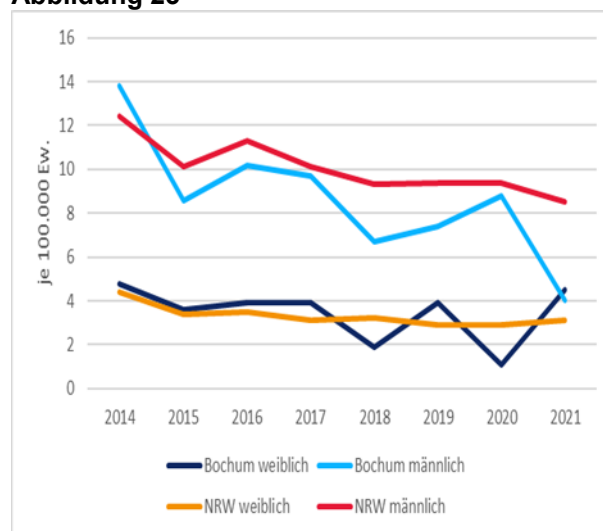
Da die Häufigkeit der Suizide mit höherem Lebensalter ansteigt, werden in den nachfolgenden Darstellungen die Einflüsse des Alters deshalb durch die direkte und indirekte Altersstandardisierung berücksichtigt. Aufgrund der geringen Fallzahl kommt es bei der Darstellung im Zeitverlauf bei den Bochumer Zahlen zu größeren Schwankungen. Bei der stabileren indirekten Altersstandardisierung (welche bei geringen Zahlen besonders gut geeignet ist) erfolgt die Darstellung deshalb als 3-Jahres-Mittelwert.

In Bochum starben im Jahr 2020 infolge von Suiziden 3 Frauen und 19 Männer, in 2021 waren es 14 Frauen und 9 Männer.

Die Zahl der Suizide war Bochum und NRW in den vergangenen Jahren bei Männern leicht rückläufig und bei den Frauen relativ konstant (Abb. 21).

Suizidsterbefälle (X60 – X84)
je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Bochum und NRW 2014 – 2021

Abbildung 23



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

⁵⁸ Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention 2023

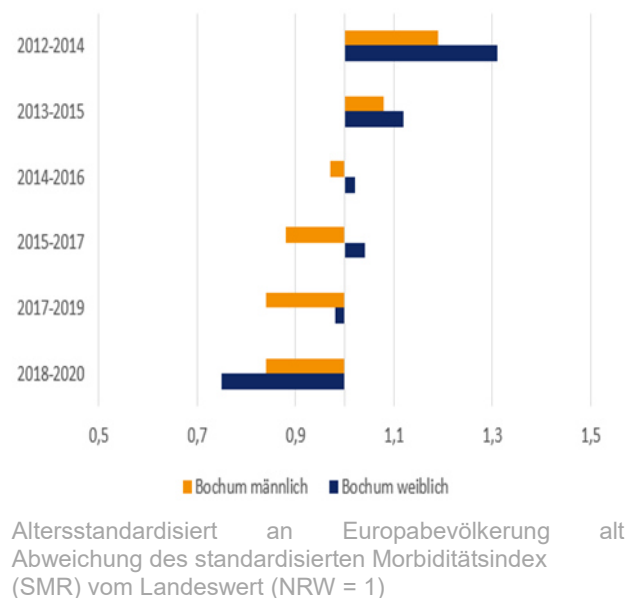
⁵⁹ Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021

⁶⁰ Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention 2023

Im geglätteten 3-Jahres-Mittelwert liegen die Bochumer Werte zwischen 2014 und 2017 im bzw. knapp unter dem Landeswert. Ab 2015 lag die Rate bei den Frauen deutlich unter dem Mittelwert NRW und blieb dort auch. Bei den Männern in Bochum gab es von 2014 – 2017 keine nennenswerten Abweichungen bei leicht sinkender Tendenz, die Veränderungen ab 2018 müssten längerfristig ausgewertet werden. (Abb. 22).

Suizidsterbefälle (X60 – X84)
3-Jahres-Mittelwert
Bochum und NRW 2012 - 2020

Abbildung 24



Der Sozialpsychiatrische Dienst erfasst die Suizidsterbefälle bei den von ihm begleiteten Personen seit Jahren. Besonders erfreulich und als Qualitätsmerkmal hervorzuheben ist, dass es 2022 trotz der vielen Krisen als Kontaktanlass zu keinem Kontaktende durch Suizid gekommen ist. In 2019 war es eine Person, in 2020 zwei und in 2021 vier.

12.3 Hilfen für Suizidgefährdete und Angehörige in Bochum

Ein verbreitetes und etabliertes Angebot für alle Menschen in schwierigen Lebenssituationen ist die TelefonSeelsorge. Die Mitarbeiter*innen begleiten, unterstützen bei der Frage nach Sinn und nehmen Anteil. Die Angebote sind kostenfrei, anonym und vertraulich. Man erreicht die TelefonSeelsorge bundesweit einheitlich per Telefon unter 0800/111011, aber auch per mail und Chat. Ergänzt wird das Angebot der TelefonSeelsorge durch eine App, den KrisenKompass, der für Menschen in suizidalen Krisen und deren Angehörige entwickelt wurde. Er ist in den gängigen APP-Stores erhältlich

Speziell auf Krisen und Suizid ausgerichtet ist die Seelsorge und Beratung Prisma, die zur TelefonSeelsorge gehört. Bei Suizidgedanken, Sorgen um einen möglicherweise suizidgefährdeten Menschen oder bei einem Verlust durch Suizid bietet Prisma persönliche Beratung und Seelsorge.

Sehr viel entwickelt hat sich im Bereich der Online-, Mail- oder Chatberatung über die verschiedensten Plattformen. Ähnlich wie bei der TelefonSeelsorge kommen die Anfragen oft zu Berater*innen, die am Ort der hilfesuchenden Person sitzen und die örtlichen Angebote und Bedingungen kennen. Beispielhaft sind hier die Mailberatung für junge Menschen in Suizidgefahr der Caritas www.u25-deutschland.de oder die breiter ausgerichteten Chat- und Mailberatungsangebote der bke-Jugendberatung www.jugend.bke-beratung.de genannt.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes bietet sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche Beratung, Unterstützung und Krisenintervention an und hat an den Wochentagen tagsüber einen Bereitschaftsdienst, der gegebenenfalls aufsuchend und nachgehend in Kontakt tritt.

Die psychiatrischen Kliniken sind rund um die Uhr erreichbar, sowohl telefonisch als auch zur Intervention und Behandlung bei Krisen.

13 Besondere Personenkreise

13.1 Wohnungslose Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen

Nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe lag die Gesamtzahl der wohnungslosen Menschen im Jahr 2020 bei ca. 417.000. Diese Gesamtzahl war in den Vorjahren deutlich gesunken, hier spielt der Faktor der wohnungslosen Geflüchteten eine wesentliche Rolle.

Beschreibungen zum Gesundheitszustand oder der medizinischen Versorgungssituation sind lückenhaft oder beruhen auf kleinen Studien, die nicht repräsentativ sind. Das gilt auch für Daten zur Prävalenz von körperlichen und psychischen Erkrankungen. Hinzu kommt der für den Personenkreis insgesamt deutlich eingeschränkte Zugang zum medizinischen Regelsystem.

Beispielhaft seien einige Befragungsergebnisse von Wohnungslosen aus einer Studie des MAGS NRW genannt: Nur die Hälfte der nichtdeutschen Befragten hatte eine Krankenversicherungskarte. Fasst man alle Befragten mit Suchterkrankungen und mit psychischen Erkrankungen zusammen, so waren knapp 60 Prozent der Wohnungslosen ohne Unterkunft (59,2 %) und etwas weniger als die Hälfte (46,6 %) der verdeckt Wohnungslosen von psychischen Erkrankungen in weiterem Sinn betroffen. Etwa jeder zweite der auf der Straße oder in Behelfsunterkünften lebenden Menschen bezeichnete sich als suchtkrank.⁶¹

Menschen, die wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind, leiden häufiger als die Gesamtbevölkerung unter psychischen Auffälligkeiten oder diagnostizierten psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen mit den entsprechenden Folgeerkrankungen. Ähnlich verbreitet sind Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit. Erschwerend kommt hinzu, dass ein Leben ganz ohne Unterkunft auf der Straße, in Sammelunterkünften oder in anderen, schwierigen Gegebenheiten zu einer Dauerbelastungssituation führt, in der sich diese Erkrankungen häufig verschlimmern und/oder chronifizieren.

Insbesondere Einzelpersonen mit über viele Jahre unbehandelten psychischen Erkrankungen, bei denen Regelverstöße die Regel sind, werden von den Hilfesystemen nicht aufgefangen oder durchbrechen bzw. sprengen diese. Diese hoch auffälligen Menschen sind zeitweise in Wohnungen, dann wieder wohnungslos oder ordnungsrechtlich untergebracht. Aufgrund ihrer schweren Erkrankungen und ihres auffälligen Verhaltens sind die Probleme aber unabhängig von Aufenthaltsort und Wohnform.

In Bochum gibt es erste Ansätze zur Schaffung kleinerer Unterbringungsmöglichkeiten.

Dieser Problembereich zeigt die unbedingte Notwendigkeit einer guten Vernetzung sozialer Dienste auf kommunaler Ebene, vor allem zwischen dem Sozialamt (Beratung und ordnungsbehördliche Unterbringung), der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf. Auch die Kliniken im Bereich der Pflichtversorgung sind hier von hoher Bedeutung. Unter Federführung des Sozialamtes gibt es einen Arbeitskreis „Systemsprenger“.

13.2 Menschen mit geistiger Behinderung in der psychiatrischen Versorgung

Menschen mit geistiger Behinderung haben ein erhöhtes Risiko psychisch zu erkranken. Da Wahrnehmung, Kommunikation und Interaktion unterschiedlich beeinträchtigt sein können, sind Beratung, Diagnostik, Therapie und Behandlung zusätzlich erschwert. In der Praxis versucht man dieser Herausforderung u.a. durch erhöhte Zeitbudgets, enge Kooperation mit Bezugspersonen oder durch Zielgruppenspezifische Angebote zu begegnen.

In Bochum gestaltet sich die psychiatrische Versorgung wie folgt: Zunächst ist neben verschiedenen Beratungsinstitutionen der Bereich der Eingliederungshilfen für Menschen mit geistigen Behinderungen sehr umfangreich aufgestellt (siehe Punkt 6.3 bis 6.5). Diese sollen den Menschen helfen, im Bedarfsfall an psychiatrische Angebote anzudocken und eine zuträgliche Kooperation zu gewährleisten.

In der ärztlichen Behandlung besteht aufgrund der erschwerten Diagnostik die Gefahr, dass es zu Fehldiagnosen und zu Fehlbehandlungen kommen kann. Das der Behinderung nicht angepasste Zeitbudget führt zwangsläufig zu einem Mangel an Zeit. Auch Unwissen sowohl auf Seiten der Behandler als auch den Bezugspersonen/ Betreuern der Patient*innen kann die Erstellung einer Differentialdiagnose erheblich erschweren.

⁶¹ MAGS 2022

Für erwachsene Patient*innen mit psychischen Problemen bietet die LWL-Klinik Bochum eine Spezialambulanz für Menschen mit Intelligenzminderung. Dieses Angebot ist ein wichtiger Bestandteil in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Bochum geworden.

Die stationäre, psychiatrische Behandlung eines Menschen mit geistiger Behinderung ist ortsnah weiterhin schwierig, da die hiesigen Kliniken sich gut nicht in der Lage sehen, den Patient*innen gerecht zu werden. Eine Folge ist, dass häufig ortsferne Aufenthalte in weiter entfernten Spezialkliniken organisiert werden müssen. Das ist mindestens mit längeren Wartezeiten verbunden, aber auch mit einem Bruch zu persönlichen Bezugspersonen und örtlichen Angeboten. Nicht selten erfolgt eine Mitversorgung in den ambulanten Strukturen bzw. Aufnahmen erfolgen hauptsächlich im Falle einer Krise mit akuter und unmittelbarer Gefährdung. In der psychotherapeutischen Versorgung gibt es in Bochum kein spezialisiertes Angebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung.

13.3 Geflüchtete

Die gesundheitlichen Risikofaktoren von Geflüchteten hängen von komplexen Faktoren ab, die unter anderem von der Herkunft und den Rahmenbedingungen im Herkunftsland abhängen. Psychische und körperliche Gesundheit sind wichtige Voraussetzungen für die soziale Integration. Gesundheitsbelastungen hängen aufgrund migrations- und kulturspezifischer Faktoren sowie Ungleichheiten in den Lebensbedingungen eng mit Migration und Integration zusammen.

Neben Unterschieden in der physischen und psychischen Qualität wirken sich auch die Bedingungen im Herkunftsland auf die individuelle Gesundheit von Einwanderern aus. Dazu gehören Faktoren wie z. B. Klima und Hygiene, Versorgungsniveau im Gesundheitssystem, spezifische Gesundheitsverhaltensweisen im Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung oder Kriegs- oder Verfolgungserfahrungen.

Vergleichende Aussagen sind schwierig, da es sich um ein überaus heterogenes Konglomerat handelt. Der Personenkreis unterscheidet sich unter anderem in Bezug auf Herkunftsland, Migrationserfahrung, Aufenthaltsdauer und soziale Integration. Außerdem spielen Diskriminierung, die Verbreitung von Erkrankungen und Risikofaktoren im jeweiligen Herkunftsland sowie gesundheitliche und psychosoziale Belastungen vor, während und nach der Flucht und in der Integration eine Rolle.

Beispielhaft hat sich das Robert-Koch-Institut 2022 mit Geflüchteten aus der Ukraine beschäftigt. Deren aufenthaltsrechtlicher Status ist anders, die Risikofaktoren aber deckungsgleich.⁶²

Besonders vulnerable Gruppe sind unbegleitete Minderjährige, Personen mit Gewalterfahrungen oder die einen Verlust nahestehender Personen erlitten haben.

Der Migrationsprozess stellt ein zentrales Ereignis im Leben eines Menschen dar, das mit unterschiedlichen prägenden Veränderungen auf psychologischer und psychosozialer Ebene einhergeht. Relevant hierfür sind beispielsweise Verlust des sozialen Umfelds, hohe Anpassungsfähigkeit und eingeschränkte Gesundheitsversorgung während der Migration, traumatische Erfahrungen oder auch Kommunikationsprobleme aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse. Integrationswissenschaftlich wird psychischer Stress im Zusammenhang mit Einwanderung wird auch als „Akkulturationsstress“ beschrieben. Akkulturationsstress bezeichnet mögliche Lebensstiländerungen oder Konflikte aufgrund unterschiedlicher Werte wie beispielsweise langwierige Asylverfahren und ungeklärte Rechtslagen.

Der Einfluss sozialer Determinanten auf die psychische Gesundheit im Kontext von Flucht und Migration ist eindeutig. Je mehr Stressfaktoren durch die Lebensbedingungen im Ankunftsland verursacht werden (auch bekannt als Postimmigrationsstressoren), desto höher ist das Risiko, psychiatrische Symptome zu entwickeln. Beispiele für Risikofaktoren sind: Wohnstatus (in Gemeinschaftsunterkünften), unklarer Verlauf Asylverfahrens mit drohender Abschiebung, soziale Isolation und Diskriminierungserfahrungen.

Eine weitere Hürde ist der eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem.

So ist nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in den ersten 18 Monaten nach Einreise ausschließlich medizinische Notfallversorgung vorgesehen. Hierbei ist beispielsweise psychologische oder psychiatrische Behandlung nicht Teil des Leistungsumfangs. Allgemeinmedizinische, physiotherapeutische oder zahnmedizinische Behandlungen werden nicht übernommen beziehungsweise sind auf akute Schmerzzustände beschränkt. Auch mangelnde Informationen über das komplexe Gesundheitssystem, Sprachbarrieren sowie fehlender Sozial- und Krankenversicherungsschutz bei Menschen ohne einen Aufenthaltsstatus spielen für die Inanspruchnahme eine Rolle. Erfahrungen mit Diskriminierung in der Regelversorgung kommen erschwerend hinzu.⁶³ Epidemiologisch ist es zwar richtig, wenn das RKI am Beispiel der ukrainischen Geflüchteten ein regelhaftes Screening psychischer Gesundheit fordert, aber im geschilderten System nicht vorgesehen.

⁶² RKI 2022/2

⁶³ Statistisches Bundesamt 2022

Die Risikofaktoren von Geflüchteten für psychische Störungen sind sehr hoch. Spezialisierte Angebote gibt es wenig, in NRW gibt es 8 psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, davon ein Angebot der Medizinischen Flüchtlingshilfe in Bochum. Die Inanspruchnahme der Regelversorgung ist nur eingeschränkt möglich oder erfolgt im Rahmen von Krisenintervention bei hoch auffälligen Einzelpersonen.

Die üblicherweise in der Gesundheitsberichterstattung verwendeten Datenquellen erfassen den Personenkreis nicht und nicht scharf genug, um eine Darstellung vornehmen zu können.

Betrachtet man die Migrations- und Flüchtlingswellen der letzten Jahrzehnte wie aus dem Bürgerkrieg im ehemaligen Jugoslawien, die Zuwanderung aus Osteuropa Anfang der 1990er Jahre oder im Kontext des Krieges in Syrien 2015/2016, kamen diese Gruppen mit Zeitverzögerung immer ins psychiatrische Versorgungssystem. Im jeweiligen Kontext waren aber dafür erhebliche Anpassungsleistungen auf beiden Seiten erforderlich.

14 Ausblick

Die Versorgung in Bochum in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie kann auf Basis der Berichte 2019 und 2023 insgesamt als gut bewertet werden.

Bei den Krankenhausdiagnosen gibt es sowohl im zeitlichen Längsschnitt als auch im Vergleich zu NRW keine nennenswerten Abweichungen oder Besonderheiten.

Eine weitere Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes steht in den nächsten Jahren noch bevor, etwa im Bereich der Tagesstätten und Kontaktstellen oder von Planungs- und Steuerungsverfahren. Die Eingliederungshilfe stellt im Haushalt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe den mit Abstand größten Posten dar. Dadurch sind gute Hilfsangeboten vor Ort möglich – dem stehen die Haushaltslagen sehr vieler Gebietskörperschaften gegenüber.

Es zeichnen sich Langzeitfolgen der Corona-Pandemie ab, die eine verbesserte Prävention bei Kindern und Jugendlichen bei psychischen Erkrankungen und Sucht als sinnvoll erscheinen lassen. Hier muss eine weitere Analyse erfolgen und die angemessene Zugangsweise von Verhaltens- und Verhältnisprävention gewählt werden.

Als Herausforderung für die Versorgungsstruktur und die Gesellschaft können psychische Erkrankungen im hohen Erwachsenenalter angesehen werden. Auf lokaler Ebene bedarf es gemeinsamer Überlegungen vieler Akteure, um modellhafte oder differenzierte Angebote zu entwickeln. Strategisch werden diese Schritte in das Handlungskonzept „Leben im Alter“ der Stadt Bochum einzubinden sein.

Große Herausforderungen bestehen im Gesundheitswesen in den Bereichen Personal und Digitalisierung.

Ein gemeinsamer, langfristig angelegter Planungsprozess bietet die Chance, zusammen zu wachsen und Lösungen für die Zukunft zu gestalten.

15 Literaturverzeichnis:

- BARMER.** (2021): BARMER Arztreport. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Berlin.
<https://www.barmer.de/resource/blob/1027518/043d9a7bf773a8810548d18dec661895/barmer-arztreport-2021-band-27-bifg-data.pdf>
Abrufdatum: 11.08.2023
- BARMER.** (2021/2): Bericht zum BARMER Arztreport 2021. Berlin.
<https://www.barmer.de/gesundheit-verstehen/psyche/psychische-erkrankungen/psychisch-erkrankte-kinder-und-jugendliche-1062994>
Abrufdatum 11.08.2023
- Blaues Kreuz.** (o.J.): Was ist Sucht? Wuppertal.
<https://www.blaues-kreuz.de/de/sucht-und-abhaengigkeit/fuer-suchtgefaehrdete-und-krankte/was-ist-sucht/>
Abrufdatum: 08.08.2023
- Brieger, Peter; Menzel, Susanne; Hamann, Johannes.** (2022): Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Springer-Verlag, Heidelberg.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8650731/>
Abrufdatum: 06.09.2023
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) / con_sens: (2023).** Kennzahlenportal. Hamburg.
<http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/zentrale-ergebnisse.html>
Abrufdatum 14.08.2023
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)** (2023): ICD-11 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision. o. S. Köln/Bonn.
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html
Abrufdatum: 21.08.2023
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (2023): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2023. Mit Aktualisierung vom 06.12.2022. o. S. Köln/Bonn.
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/>
Abrufdatum: 21.08.2023
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (2023): ICF-Version 2005. o. S. Köln/Bonn.
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html#vt-sprg-6
Abrufdatum: 02.08.2023
- Bundesministerium für Gesundheit** (2023): Sucht und Drogen. o. S. Berlin.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html#:~:text=Rund%20600.000%20Menschen%20weisen%20einen,problematisches%20oder%20sogar%20pathologisches%20GI%C3%BCcksspielverhalten.>
Abrufdatum: 23.08.2023
- Bundesministerium für Justiz** (2023): Patientenverfügung. Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten? Berlin.
https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile&v=27
Abrufdatum: 25.09.2023
- DAK-Gesundheit** (2021): Kinder- und Jugendreport 2021. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Suchterkrankungen. Hamburg.
<https://www.dak.de/dak/download/report-2519092.pdf>
Abrufdatum 07.08.2023
- DAK-Gesundheit** (2023): Mediensucht in Zeiten der Pandemie. Hamburg.
<https://www.dak.de/dak/download/report-2612370.pdf>

Abrufdatum: 07.08.2023

Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP) (2021): Kassel.
„Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“
<https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>

Abrufdatum: 06.09.2023

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (o.J.): Süchte, Hamm.
<https://www.dhs.de/suchthilfe/praevention/-/fruehintervention>

Abrufdatum: 07.08.2023

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS): Prävention/Frühintervention, Hamm.
<https://www.dhs.de/suchthilfe/praevention/-/fruehintervention>

Abrufdatum: 07.08.2023

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2018): Rauschmittelkonsum im Jugendalter. 2018, Hamm.

https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Rauschmittelkonsum_im_Jugendalter.pdf

Abrufdatum: 07.08.2023

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) (2023): Suizidalität. Zahlen, Fakten, Warnsignale. Jena.
<https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet1/allgemeine-informationen/>

Abruf: 06.09.2023

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). (2023): Basisdaten Psychische Erkrankungen. Bonn.

www.dgppn.de

Abrufdatum: 02.08.2023

Deutsche Suchthilfestatistik (2021): Wichtigste Ergebnisse auf einen Blick – Deutsche Suchthilfestatistik ambulant 2021. München.

https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/04_ergebnisse/Ergebnisse_2021/DSHS_DJ2021_Ergebnisse_ambulant.pdf

Abruf: 28.08.2023

Drugcom (o. J.): Drogenlexikon (drugcom.de ist ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) Köln.

<https://www.drugcom.de/drogenlexikon/>

Abruf 02.08.2023

Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW (Hrsg.). (2022): Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2021. Köln.

https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Monitoringbericht_2021_bf.pdf

Abruf: 28.08.2023

Justiz NRW. (o.J.): Sozialtherapeutische Anstalt NRW in Bochum.

<https://www.sotha-bochum.nrw.de/>

Abrufdatum: 11.10.2023

Katholisches Klinikum Bochum gGmbH (o.J.): Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid. o. S. Bochum.

<https://www.klinikum-bochum.de/standorte/martin-luther-krankenhaus-wattenscheid.html>

Abrufdatum: 26.09.2023

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (o. J.): LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin. Bochum.

<https://uk-bochum.lwl.org/de/klinik-fur-psychiatrie-psychotherapie-und-praeventivmedizin/>

Abrufdatum: 23.10.2023

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (o. J.): LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie. Bochum.

<https://uk-bochum.lwl.org/de/klinik-fur-psychosomatische-medizin-psychotherapie/>

Abrufdatum: 22.10.2023

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2020):

Richtlinien des LWL zur Förderung der Tagesstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen in Westfalen-Lippe Stand 01.01.2020. Münster.

<https://www.lwl.org/spur-download/richtlinien.tagesst.pdf>

Abrufdatum 17.08.2023

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2023): Neue Teilhabeplanung Arbeit. Münster.

<https://www.lwl-inklusionsamt-arbeit.de/de/beschaeftigung/nta/>

Abrufdatum: 21.08.2023

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (o.J.): Tagesstätten. Münster:

<https://www.lwl-inklusionsamt-soziale-teilhabe.de/de/hilfen/tagesstaetten/>

Abrufdatum 17.08.2023

Landeszentrum für Gesundheit (LZG): (2021): Indikator (L) 7.23_01 Methadon-Substitutionsbehandlungen Atlas. Bochum.

https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_map/0702301052021/atlas.html?comparisonSelect=5000

Abruf: 04.09.2023

Landeszentrum für Gesundheit (LZG): (2021/1). Indikator (L) 7.23_01 Substitutionsbehandlung mit Methadon und anderen Opiatersatzmedikamenten. Bochum.

<https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data/07/html/0702301052021.html>

Abruf: 29.08.2023

Landeszentrum für Gesundheit (LZG): (2021/2): Statistik

08.13_01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Bochum.

https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/08/08-13-01.html

Abrufdatum: 02.08.2023

Landeszentrum für Gesundheit (LZG). (2022): Psychische Erkrankungen im hohen Erwachsenenalter. Bochum.

https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/psyche/psych_erkrankungen_erwachsene/index.html

Abrufdatum 25.08.2023

Landeszentrum für Gesundheit (LZG). (2023): Beschäftigte im Gesundheitswesen. Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen nach Verwaltungsbezirken. Bochum.

<https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data/08/08-08-00.html>

Abrufdatum 29.08.2023

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS). (2022): Wohnungslose ohne Unterkunft und verdeckt Wohnungslose in NRW. Ergebnisse einer Befragung. Düsseldorf.

https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Wohnungslose_ohne_Unterkunft_und_verdeckt_Wohnungslose_in_NRW

Abrufdatum: 09.10.2023

Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Wilms, N., Olderbak, S., Kraus, L. (2021):

Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Berlin.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/226329/Konsum-psychoaktiver-Substanzen-in-Deutschland>

Abrufdatum 22.09.2023

Robert-Koch-Institut (RKI). (2023): Mental Health Surveillance am Robert Koch-Institut – Strategien zur Beobachtung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. Berlin.

Veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-023-03678-4#Fun>

Abrufdatum: 04.09.2023

Robert-Koch-Institut (RKI). (2022/1): Journal of Health Monitoring. Psychische Gesundheit. Berlin.

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_04_2021_Psychische_Gesundheit.pdf?blob=publicationFile

Abrufdatum 28.08.2023

Robert-Koch-Institut (RKI). (2022/2): Flucht und psychische Gesundheit. Empfehlungen zu Präventions- und Gesundheitsangeboten für aus der Ukraine geflüchtete Menschen. Berlin.

<https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/F/Flucht/Merkblatt-Psychische-Gesundheit.html>

Abrufdatum: 06.09.2023

Robert-Koch-Institut (RKI). (2021/1): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Fokus: Depression und kognitive Leistungsfähigkeit. Berlin.

https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?blob=publicationFile

Abrufdatum: 12.09.2023

Robert-Koch-Institut (RKI). (2021/2): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht Teil 2 - Kindes- und Jugendalter. Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Berlin.

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/10373/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit-Teil2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Abrufdatum: 12.09.2023

Robert-Koch-Institut (RKI). (2020): Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter. Journal of Health Monitoring. Berlin.

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2020_HBSC_Substanzkonsum.pdf?blob=publicationFile

Abrufdatum: 07.08.2023

Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie. (o.J.): Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ). Bochum.

<https://fbz-bochum.de/>

Abrufdatum: 06.09.2023

Statistisches Bundesamt (Destatis). (o.J.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (Online-Informationssystem.). Diagnosedaten der Krankenhäuser zu G 30 – Alzheimer-Krankheit.

https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=99168909&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=550&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=

Abrufdatum: 08.09.2023

Statistisches Bundesamt (Destatis). (o.J.): Todesursachen: Suizide 2021.

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324>

Abrufdatum: 25.09.2023

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2022): Datenreport 2021, Auszug zu 9. Gesundheit. Berlin.

<https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-9.pdf?blob=publicationFile>

Abrufdatum 08.09.2023

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Pressemitteilung: Psychische Erkrankungen waren 2021 die häufigste Ursache für Krankenhausbehandlungen von 10- bis 17-Jährigen. Wiesbaden.

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_N042_231.html#:~:text=Psychisch%20erkrankte%20Kinder%20und%20Jugendliche,depressiver%20Episoden%20station%C3%A4r%20in%20Behandlung.

Abrufdatum: 03.08.2023

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg c/o UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. (o.J.): Sucht im Alter: Medikamente. Hamburg.

http://www.alter-sucht-pflege.de/Zahlen_&_Fakten/Medikamente.php

Abrufdatum: 22.09.2023

WHO. (2019): Psychische Gesundheit – Faktenblatt 2019. Kopenhagen.
<https://www.who.int/europe/home?v=welcome>
Abrufdatum: 02.08.2023

