



Psychiatrie- und Suchtplanung

Bochum 2024

TeilhabeKonzept für Menschen mit psychischen Störungen und Suchtverhalten

Psychiatrie- und Suchtplanung Bochum 2024

Impressum

Stadt Bochum
Dezernat für Jugend, Soziales, Arbeit und Gesundheit

Willy-Brandt-Platz 2-6
44787 Bochum

Britta Anger

Stadt Bochum
Gesundheitsamt

Westring 28/30
44787 Bochum
Tel.: 0234 910-2300
E-Mail: gesundheitsamt@bochum.de

Dr. Cordula Kloppe
Jochen Kriegeskorte

Bochum, Februar 2025

Inhalt

Vorwort	6
Einleitung	10
1. Psychiatrieplanung	12
1.1. Partizipation	12
1.1.1. Einführung	12
1.1.2. Umsetzung in der Psychiatrie- und Suchtplanung und in Bochum	13
1.1.3. Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen	15
1.1.4. Planungsprozess	17
1.2. Erfassung gemeindepsychiatrischer Versorgung	18
1.2.1. S 3-Leitlinie	18
1.2.2. Erhebung	19
1.2.3. Planungsprozess	21
1.3. Vernetzung	22
1.3.1. Qualitäts- und Beschwerdemanagement	23
1.3.2. Bundesteilhabegesetz - Umstellung II	23
1.3.3. Beratungsformate	24
1.3.4. Übersicht Hilfesystem	24
1.3.5. Planungsprozess	25
1.4. Innovative Prozesse und Bauplanungen	26
1.4.1. Ambulant Betreutes Wohnen Plus	26
1.4.2. Stationsäquivalente Behandlung (StäB)	29
1.4.3. Modellprojekt der LWL-Universitäts-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin	29
1.4.4. Deutsches Zentrum für psychische Gesundheit	30
1.4.5. Bauplanungen: LWL-Klinik	31
1.4.6. Bauplanungen: Klinik-Gelände in Bochum-Linden	32
1.4.7. Bauvorhaben der Diakonie Ruhr Wohnen	32
1.4.8. Planungsprozess	33
1.5. Digitalisierung	34
1.5.1. Aspekte	34
1.5.2. Transparenz des Hilfesystems	35
1.5.3. Planungsprozess	35
1.6. Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen	36
1.6.1. Prävention	36
1.6.2. Netzwerke und Zusammenarbeit	37
1.6.3. Planungsprozess	38
1.7. Wohnungslose Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen	39
1.7.1. Einführung	39
1.7.2. Wohnungsnotfallhilfekonzept	39
1.7.3. Schnittstellen	40
1.7.4. Planungsprozess	42
1.8. Queere Menschen und psychische Gesundheit	43
1.8.1. Einführung	43

1.8.2.	Gefahr von Pathologisierung	43
1.8.3.	Studienlage	44
1.8.4.	Erklärungsmodelle für das Erkrankungsrisiko	45
1.8.5.	Planungsprozess	46
1.9.	Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter	47
1.9.1.	Modell alterspsychiatrischer Versorgung Bochum	47
1.9.2.	Ebene 1: dezentrale Anlaufstellen	48
1.9.3.	Ebene 2: Kommunaler Dienst	48
1.9.4.	Ebene 3: Strukturen in den Stadtteilen	49
1.9.5.	Ebene 4: Behandlung	49
1.9.6.	Planungsprozess	50
1.10.	Rechtliche Betreuung	51
1.10.1.	Planungsprozess	52
1.11.	Zeitliche Übersicht Psychiatrieplanung	53
2.	Suchtplanung	54
2.1.	Einleitung	54
2.2.	Rechtliche Grundlagen	54
2.2.1.	Strukturen	55
2.2.2.	Maßnahmen, rechtliche Grundlagen und Leistungserbringer	55
2.2.3.	Spezielle Gesetze	58
2.2.4.	Planungsprozess	58
2.3.	Gremien, Netzwerke und Koordination	59
2.3.1.	Gremien	59
2.3.2.	Netzwerke und Koordination	59
2.3.3.	Planungsprozess	60
2.4.	Berichterstattung ambulante Suchtberatung	61
2.4.1.	Deutsche Suchthilfestatistik	61
2.4.2.	Vorbereitung	62
2.4.3.	Planungsprozess	62
2.5.	Suchtprävention	63
2.5.1.	Einführung	63
2.5.2.	Präventionsarten	63
2.5.3.	Angebote in Bochum	64
2.5.4.	Planungsprozess	66
2.6.	Problemlagen im Bereich Crack/Opioide/Fentanyl	67
2.6.1.	Einführung	67
2.6.2.	Sicht der Forschung	68
2.6.3.	Bausteine	70
2.6.4.	Planungsprozess	72
2.7.	Substitution	73
2.7.1.	Interkommunaler Erfahrungsaustausch	73
2.7.2.	Vergabe von Diamorphin	74
2.7.3.	Planungsprozess	75
2.8.	Sucht im Alter	76
2.8.1.	Einführung	76
2.8.2.	Entwicklung in Zahlen	77
2.8.3.	Planungsprozess	78

2.9.	Herausforderungen	79
2.9.1.	Verhaltenssüchte	79
2.9.2.	Beratung zu legalen und illegalen Suchtmitteln sowie Verhaltenssüchten	80
2.9.3.	Planungsprozess	80
2.10.	Zeitliche Übersicht Suchtplanung	81
3.	Anhang	82
3.1.	Abbildungsverzeichnis	82
3.2.	Tabellenverzeichnis	82
3.3.	Quellenverzeichnis	82
4.	Materialien	86
4.1.	Interviewleitfaden Partizipation	86
4.2.	Fragebogen zur Erfassung Gemeindepsychiatrischer Angebote	87

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen das erste Teilhabekonzept für Menschen mit psychischen Störungen und Suchtverhalten - Psychiatrie- und Suchtplanung - der Stadt Bochum vorzustellen. Mit diesem Instrument möchten wir einen großen Schritt in der Weiterentwicklung und Verbesserung der psychiatrischen und Suchtversorgung in unserer Stadt gehen. Unser Ziel ist es, Ihnen einen umfassenden Überblick über die aktuellen Herausforderungen, Strategien und Maßnahmen in diesem wichtigen Bereich zu bieten.



Foto 1: Stadträtin Britta Anger

Dezernat für Jugend, Soziales, Arbeit und Gesundheit

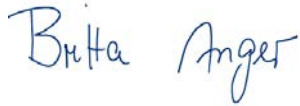
Die psychische Gesundheit und der Bereich Sucht sind zentrale Anliegen unserer Gesundheitsstrategie. In den letzten Jahren haben wir bedeutende Fortschritte erzielt, die auch beschrieben sind. Doch es gibt weiterhin viele Herausforderungen, die wir gemeinsam angehen müssen. Diese Planung soll als Grundlage dienen, um den Dialog zwischen den verschiedenen Akteuren zu fördern und neue Impulse für die Weiterentwicklung unserer Angebote zu setzen.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Prävention und der frühzeitigen Intervention. Wir möchten sicherstellen, dass Menschen in Krisensituationen schnell und unbürokratisch Hilfe erhalten. Dazu gehört auch die Stärkung der Beratungs- und Behandlungsangebote sowie die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Fachkräften.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen. Es ist uns ein großes Anliegen, das Bewusstsein in der Bevölkerung zu schärfen und Vorurteile abzubauen. Auch die Partizipation von Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen sowie deren Angehörigen ist ein zentrales Anliegen. Nur so können wir eine Gesellschaft schaffen, in der Betroffene offen über ihre Probleme sprechen und die notwendige Unterstützung erhalten.

In der Vorbereitung und Erstellung waren zahlreiche Gremien beteiligt, es gab eine gut besuchte Auftaktveranstaltung, übergreifende Arbeitsgruppen und zahlreiche Einzelgespräche. Wir danken ausdrücklich für das hohe Interesse und die Mitwirkung.

Wir hoffen, dass diese erste Ausgabe der Psychiatrie- und Suchtplanung Ihnen wertvolle Einblicke und Anregungen bietet. Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, die psychiatrische und suchtmmedizinische Versorgung in Bochum weiter zu verbessern und den Menschen in unserer Stadt die bestmögliche Unterstützung zu bieten.



Britta Anger
Stadträtin für Jugend, Soziales, Arbeit und Gesundheit

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Psychiatrie- und Suchtplanung ist ein essenzielles Instrument, um diesen Teil der gesundheitlichen Versorgung in unserer Stadt systematisch zu analysieren und zu verbessern. Sie ermöglicht es uns, auf wissenschaftlicher Grundlage Bedarfe zu identifizieren, Ressourcen effizient zu nutzen und gezielte Maßnahmen zu entwickeln. Dabei stützen wir uns auf epidemiologische Daten, um Trends und Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und adäquat darauf reagieren zu können.



Foto 2: Dr. Cordula Kloppe

Amtsleitung des Gesundheitsamts Bochum

Studien belegen, dass präventive Maßnahmen und frühzeitige Unterstützung entscheidend dazu beitragen können, die Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen zu reduzieren. Hier geht es insbesondere um Kinder und Jugendliche. Durch die Implementierung evidenzbasierter Strategien wollen wir sicherstellen, dass Betroffene rechtzeitig die notwendige Hilfe erhalten und langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen vermieden werden.

Besondere Aufmerksamkeit widmen wir dabei vulnerablen Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen aufweisen. Dazu zählen unter anderem queere Menschen, ältere Menschen sowie Personen in prekären Lebenslagen. Es ist unser Ziel, diesen Gruppen gezielte Unterstützung und maßgeschneiderte Angebote bereitzustellen, um ihre gesundheitliche Situation nachhaltig zu verbessern.

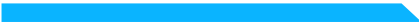
Die vorliegende Psychiatrie- und Suchtplanung ist das Ergebnis einer intensiven Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Gesundheitswesen. Sie spiegelt die gemeinsamen Anstrengungen wider, die Versorgung kontinuierlich zu verbessern und den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. Wir sind überzeugt, dass diese Planung einen wertvollen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Suchtprävention in Bochum leisten wird.

Mit Blick auf die Zukunft möchten wir betonen, dass diese Planung nicht statisch ist, sondern kontinuierlich weiterentwickelt wird. Wir werden fortlaufend neue Erkenntnisse und Entwicklungen einfließen lassen, um den sich wandelnden Anforderungen gerecht zu werden und die bestmögliche Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger unserer Stadt sicherzustellen.



Dr. Cordula Kloppe
Amtsleitung des Gesundheitsamtes

Einleitung



Das vorliegende Teilhabekonzept für Menschen mit psychischen Störungen und Suchtverhalten in Bochum - Psychiatrie- und Suchtplanung - basiert auf dem Psychiatriebericht der Stadt Bochum aus dem Jahr 2023 und ist das Ergebnis einer mehrmonatigen Erarbeitungsphase im Jahr 2024, in der eine breite Beteiligung gewährleistet war.

Sie stellt einen integralen Bestandteil des kommunalen Fachplans Gesundheit dar und betritt insofern Neuland, als dass die letzte Psychiatrieplanung im Jahr 1988 erfolgte und erstmals eine Suchtplanung entwickelt wurde.

Der Planungszyklus erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren, wobei an die Umsetzungsphase eine darauf aufbauende weitere Planungsphase folgt. Dies entspricht den Grundsätzen des "Public Health Action Cycle", eines zyklischen Vier-Phasen-Modells, welches als Grundlage für die strategische Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsbezogener Planungen dient. Die Erstellung regelmäßiger Zwischenberichte dient der Erfassung des Planungsstandes sowie epidemiologischer und statistischer Daten.

Da der letzte umfassende Bericht im Herbst 2023 erstellt wurde und der Entstehungszeitraum des Planungsdokuments im Kern von Frühjahr bis Frühherbst 2024 war, standen keine neuen statistischen Daten zur Verfügung. Deren Veröffentlichung erfolgt üblicherweise mit einem zeitlichen Abstand von mindestens einem Jahr nach Ende des Kalenderjahres.

Ein weiterer, essenzieller Aspekt von Planung im Gesundheitsbereich ist die Wahrnehmung von Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Begriff "Health in All Policies", der von der WHO geprägt wurde, bezeichnet eine politikfeld- und rechtskreisübergreifende Strategie, die eine Vielzahl von Ressorts umfasst. Innerhalb der Bochumer Kommunalverwaltung gilt dies für verschiedene Dezernate, insbesondere aber für das Dezernat V. Hier sind insbesondere das Jugendamt und das Amt für Soziales zu nennen, es gibt aber auch Verbindungen zum Jobcenter oder zu Bildungsthemen und dem Schulverwaltungsamt.

Analog der Berichterstattung werden alle Lebensphasen von der frühen Kindheit bis ins hohe Lebensalter berücksichtigt.

Wie bereits für die Berichterstattung praktiziert wurden zahlreiche Gremien einbezogen, die in den jeweiligen Abschnitten genannt sind. In diesem Kontext sind insbesondere der Psychosoziale Ausschuss, der Gemeindepsychiatrische Verbund sowie die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft mit ihren jeweiligen Untergruppen zu nennen. Des Weiteren wurden zahlreiche weitere Gremien eingeladen und eine Vielzahl von Einzelgesprächen mit Einrichtungen bzw. Fachleuten geführt. An dieser Stelle sei den Beteiligten für ihre Offenheit und hohe Bereitschaft zur Mitwirkung ausdrücklich gedankt.

Die Auftaktveranstaltung am 15. März 2024 setzte mit über 130 Teilnehmenden aus verschiedenen Arbeitsgebieten sowie erfreulicherweise auch von Menschen, die selbst eine psychische Erkrankung haben und sich einbringen wollten, sehr deutliche Impulse.

Bereits in der Auftaktveranstaltung beteiligten sich Selbsthilfegruppen und Personen mit psychischen Erkrankungen. Um deren Sichtweisen zu berücksichtigen, wurden teilstrukturierte Interviews geführt, eine Zusammenfassung findet sich im Abschnitt Partizipation.

Um eine datenbasierte Grundlage zu erhalten, ist im Sommer eine standardisierte Erfassung der gemeindepsychiatrischen Angebote nach der S3-Leitlinie "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" durchgeführt worden.

Des Weiteren wurde die Implementierung planerischer Elemente in die bestehenden Gremien vorgenommen. Zudem wurden ergebnisorientiert zwei Arbeitsgruppen gebildet, eine für den

Bereich der Sucht- und Cannabisprävention sowie eine zum Thema "Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter". Die Ergebnisse sind in den jeweiligen Abschnitten dargelegt.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst der Fokus auf Partizipation gelegt. Durchgeführt wurde eine Erhebung der gemeindepsychiatrischen Angebote im Erwachsenenbereich, die eine Datenbasis für den Planungsprozess liefern wird. Im Anschluss erfolgt eine Darlegung zur Weiterentwicklung der Vernetzung in den kommenden Jahren.

In einem Kapitel zu innovativen Prozessen und Bauplanungen wird die hohe Qualität der Angebote in Bochum sowie deren Zukunftsorientierung präsentiert. Der Prozess der Digitalisierung ist bereits weit vorangeschritten, befindet sich jedoch weiterhin in Entwicklung.

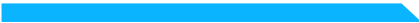
Die Identifikation vulnerabler Gruppen, die Benennung ihrer Risikofaktoren sowie die Beschreibung potenzieller Maßnahmen stellt einen integralen Bestandteil gesundheitsplanerischer Aktivitäten dar. Als "vulnerable Gruppen" werden Personengruppen bezeichnet, die aufgrund bestimmter Merkmale, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, ethnischer Hintergrund oder sozioökonomischer Status, anfälliger für soziale, wirtschaftliche, kulturelle, politische oder gesundheitliche Benachteiligungen sind. Die dahinterliegenden Phänomene manifestieren sich jedoch selten ausschließlich auf kommunaler Ebene. Zudem ist die örtlich anzutreffende Zahl von Personen oft relativ klein oder schwer messbar. Die Erfassung und Darstellung vulnerabler Gruppen ist Teil der Gesundheitsberichterstattung. In der konkreten Planung werden Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, wohnungslose Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen sowie der Bereich queere Menschen und psychische Gesundheit benannt.

Der Bereich der rechtlichen Betreuung ist ein Querschnittsthema.

Die Suchtplanung wird zusammen mit der Psychiatrieplanung veröffentlicht, ist mittelfristig, aber eigenständig zu sehen und hat daher einen eigenen Textteil mit einer separaten Einleitung.

Die jeweiligen Abschnitte werden mit einer Zusammenfassung von Vorschlägen für den Planungsprozess abgeschlossen. Des Weiteren werden die zuständigen Gremien sowie ein Zeitplan für die Umsetzung der Maßnahmen aufgeführt.

1. Psychiatrieplanung



1.1. Partizipation

Partizipation ist ein Baustein in sämtlichen Planungsbereichen wie der Kinder- und Jugendhilfe, Stadtplanung und Gesundheitsversorgung, sowie in der psychiatrischen und Suchtbehandlung. Ob in der Therapie, Eingliederungshilfe, Pflege oder Rehabilitation – ohne Partizipation lassen sich Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nur eingeschränkt realisieren.

1.1.1. Einführung

Das Grundgesetz und die Sozialgesetzbücher garantieren das Recht auf Selbstbestimmung, Autonomie und die freie Entfaltung der Persönlichkeit. Im SGB IX, das sich mit Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen befasst, wird in § 1 das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben festgelegt. Die UN-Behindertenrechtskonvention betont ebenfalls das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen.

Darüber hinaus unterstützen wichtige fachliche Empfehlungen das Recht auf Selbstbestimmung. Insbesondere die Empfehlung 1 der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ bezieht klar Stellung zu Selbstbestimmung sowie zu Empowerment und Selbstbefähigung.

Ein Beispiel im psychiatrischen Kontext ist der „Trialog“, der in den 1990er Jahren von Dorothea Buck und Prof. Thomas Bock in Hamburg entwickelt wurde und über viele Jahre als Maßstab diente. Dieser Ansatz fördert das gleichberechtigte Gespräch zwischen drei Gruppen: Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Angehörigen und psychiatrischen Fachleuten (Ärztinnen, Psychotherapeutinnen, Pflegefachpersonen usw.). Historisch war die Methode bedeutsam, wird aber nur noch an wenigen Orten praktiziert.

Nur durch die aktive Beteiligung der Betroffenen können deren Rechte tatsächlich verwirklicht werden. Dabei ist es wichtig, zwischen Prozessen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene zu unterscheiden.

Auf der Mikroebene dreht sich alles um die Gestaltung der Beziehungen zwischen *Patientinnen oder Klientinnen* und Mitarbeitenden, etwa in der Behandlung und Betreuung. Hier kommen Konzepte wie partizipative oder unterstützte Entscheidungsfindung zum Tragen, und auch der Trialog spielt in diesem Kontext eine Rolle.

Die Mesoebene bezieht sich auf die Mitwirkung und den Wandel innerhalb von Organisationen. Hier könnten Impulse aus dem Trialog einfließen.

Die Makroebene hingegen umfasst die Bürgerbeteiligung und deren verschiedene Methoden, zu denen auch Planungsprozesse zählen (vgl. DGSP 2024).

Zur (grafischen) Darstellung von Partizipationsmodellen existieren in diesem Zusammenhang zwei gängige Ansätze: einer aus der Sozialen Arbeit von Straßburger/Rieger und der andere aus der Gesundheitsförderung von Wright.

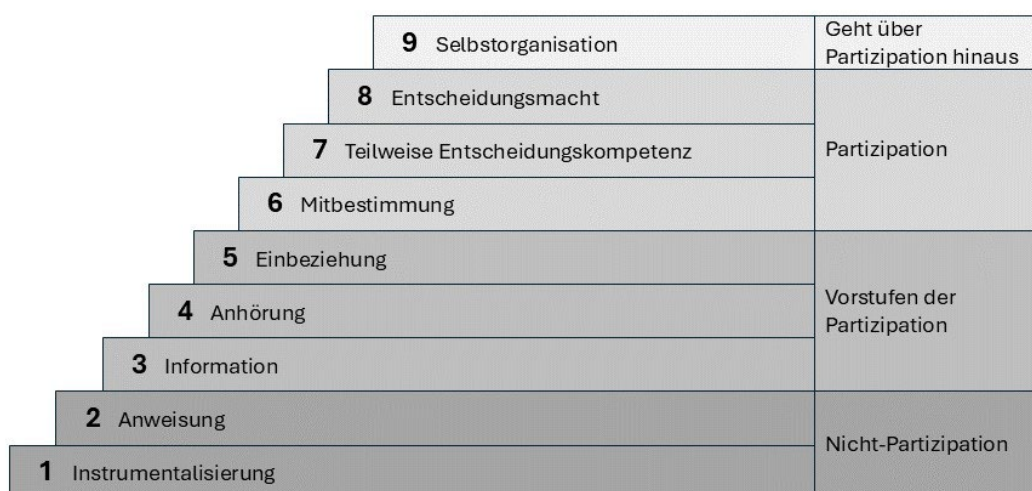


Abbildung 1: Stufen der Partizipation nach Wright

Quelle: Wright 2011

1.1.2. Umsetzung in der Psychiatrie- und Suchtplanung und in Bochum

Eine grundlegende Herausforderung auf kommunaler Ebene besteht darin, die relevanten Personen und Gruppen zu erreichen. Der Organisationsgrad ist oft niedrig, und Gremien wie Heimbeiräte oder Werkstattbeiräte haben unterschiedliche Funktionen. Der Zugang über Einrichtungen oder Dienste ist zwar möglich und wurde auch genutzt, führt jedoch zu einer indirekten Vorauswahl der Teilnehmenden.

In Gremien wie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und dem Gemeindepsychiatrischen Verbund ist Partizipation satzungsgemäß verankert, jedoch hat in den letzten 10 bis 15 Jahren keine aktive Teilnahme mehr stattgefunden, da die entsprechenden Personen nicht mehr verfügbar sind. Dieses Problem betrifft viele ähnliche Gremien, die Kontinuität voraussetzen. Insbesondere die Sitzungszeiten orientieren sich häufig an den Arbeitszeiten der Fachkräfte, während die Themen oft umfangreiches Fachwissen erfordern und institutionell geprägt sind. In der Grundhaltung aller Beteiligten wird Partizipation als selbstverständliches, wichtiges ethisches und rechtliches Gut betrachtet. Daher war es von Anfang an (begonnen mit der Auftaktveranstaltung im März 2024) entscheidend, Betroffene und deren Gruppenvertreter einzubeziehen, was erfolgreich umgesetzt wurde.

Es wurde die Methode der teilstrukturierten Interviews gewählt. Bis Juli 2024 fanden insgesamt zehn Gespräche statt, die sowohl in Einzel- als auch in Gruppenformaten durchgeführt wurden und zwischen 45 und 90 Minuten dauerten, zuzüglich der Dokumentation.

Gesprächspartnerinnen waren Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen, Besucherinnen der drei Tagesstätten und einer Kontaktstelle, Nutzerinnen der Arbeitsangebote „Die Chance“ sowie Vertreterinnen des Nutzerbeirats Ambulant Betreutes Wohnen der Diakonie Ruhr.

Ca. 100 Personen nahmen direkt an den Interviews teil, mittelbar wurden ca. 850 Personen erreicht (über Sprecherinnen oder Beiräte). Der Fragebogen findet sich im Anhang.

Zusammengefasst sind die Fragestellungen und Ergebnisse wie folgt:

Die Befragten hatten keine Erfahrungen mit Beteiligungsverfahren. Bei der Frage nach Gremien oder Ansprechpersonen in Bochum in den Bereichen Psychiatrie oder Inklusion zeigte sich ein hoher Bekanntheitsgrad der Selbsthilfe-Kontaktstelle. Abgesehen davon nannten die Teilnehmenden vor allem ihre unmittelbaren Unterstützungsangebote, wie das Ambulant

Betreute Wohnen, den Sozialpsychiatrischen Dienst, die Mitarbeitenden der Tagesstätten und Ergotherapie sowie die behandelnden Ärzte.

Fachliche und politische Gremien waren den Befragten unbekannt; Ausnahmen bildeten persönliche Mitgliedschaften, beispielsweise in Beiräten. Institutionalisierte Ansprechpersonen, wie Behindertenbeauftragte oder die Psychiatriekoordination, wurden nicht erwähnt.

Ein zentrales Thema war die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, die von allen Befragten als Barriere genannt wurde. Zudem wurde häufig auf die Problematik der Übergänge hingewiesen, insbesondere zwischen Krankenhaus und ambulanter Unterstützung sowie zwischen Tagesstätten oder Arbeitsangeboten und dem regulären Arbeitsmarkt.

Im Bereich Behandlung und Therapie wurden die langen Wartezeiten für Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten als sehr unzufriedenstellend empfunden. Diese Wartezeiten liegen zwischen 6 und 18 Monaten, was zu einer hohen Unzufriedenheit führt. Viele Teilnehmende äußerten auch die Meinung, dass die Zahl der verfügbaren Praxen unzureichend sei.

Das Verfahren zur Suche nach einem Psychotherapieplatz wurde ebenfalls stark kritisiert. In der Regel müssen sich Betroffene durch lange Listen von Therapeuten telefonieren, um einen Termin für ein Erstgespräch zu erhalten. Oftmals ist es notwendig, wiederholt anzurufen, um sein Interesse zu bekunden, ohne dass eine Rückmeldung erfolgt.

Trotz dieser Schwierigkeiten besteht eine hohe Zufriedenheit bei denjenigen, die in fachärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung sind. Diese Angebote sind jedoch meist zentral in der Innenstadt angesiedelt, während in großen Stadtteilen wie Wattenscheid eine unzureichende Dichte an Fachärzten und Psychotherapeutinnen beklagt wird.

In den Interviews gab es keine Erfahrungen mit speziellen Wohnformen wie Heimen oder Wohngemeinschaften. Um hier belastbare Aussagen zu treffen, wären wahrscheinlich Interviews in den entsprechenden Einrichtungen nötig gewesen, was jedoch nicht realisiert werden konnte.

Die am häufigsten genutzte Form der Assistenz war das Ambulant Betreute Wohnen, wobei die Befragten durchweg mit dieser Unterstützung sehr zufrieden waren. Zwar wurden personelle Engpässe aufgrund unbesetzter Stellen oder Krankheit erwähnt, diese wurden jedoch als nachvollziehbar angesehen, und es gab eine geregelte Vertretung.

Besonders positiv hervorgehoben wurde die Unterstützung bei den Verfahren für den Erstantrag und die Verlängerungen. Die Gespräche mit den Teilhabeplanern des LWL wurden als kompetent und wertschätzend empfunden. Die Schreiben des LWL waren klar verständlich, und bei Unklarheiten konnten die Mitarbeitenden des Ambulant Betreuten Wohnens um Rat gefragt werden.

Dennoch wird in Fachkreisen die Komplexität der Antragsverfahren sowie die Vielzahl der erforderlichen Unterlagen, die sich alle paar Jahre ändern, immer wieder kritisiert. Umso erfreulicher ist die positive Rückmeldung der Befragten zur Qualität der Beratung und Betreuung, die sie erfahren haben.

Kritik betraf die Bearbeitungszeiten für den Erstantrag, die mehrere Monate in Anspruch nehmen können. In der Vergangenheit, insbesondere durch Hilfeplankonferenzen, war es wesentlich kürzer. In dieser Wartezeit ist es individuell unterschiedlich, ob Betroffene alternative Hilfen erhalten. Auch die Dauer der Bewilligung von Verlängerungen kann bis zu einem Jahr

betragen, während das Ambulant Betreute Wohnen in der Regel weiterhin läuft. Für Menschen mit Angst- oder Zwangsstörungen kann diese Ungewissheit besonders belastend sein.

Für den Nutzerbeirat des Ambulant Betreuten Wohnens waren Detailregelungen wie mittelbare Leistungen oder Fehlzeiten von Bedeutung. Die Mitglieder des Beirats haben häufig selbst einen beruflichen Hintergrund im Sozial- und Gesundheitswesen.

Die Erfahrungen mit Pflegeleistungen waren sehr unterschiedlich. Im Antragsverfahren für die Eingliederungshilfe wird der Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse geprüft, und es kann zu einem entsprechenden Antrag aufgefordert werden. Bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit werden kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen berücksichtigt. Die individuellen Erfahrungen in der Begutachtung reichen von sehr positiv bis negativ. Selbst eine alltagsnahe Unterstützung bei Pflegegrad 1 kann hilfreich sein, um die häusliche Versorgung bei starken Rückzugstendenzen aufrechtzuerhalten.

Für die Selbsthilfegruppen war der Umgang mit der Erkrankung sowie die wechselseitige Unterstützung von großer Bedeutung. Sie sehen sich häufig in der Rolle eines Ersatzes oder Lückenfüllers für Therapieangebote, insbesondere aufgrund von Wartezeiten oder fehlender Verfügbarkeit.

Ein immer wieder geäußertes Anliegen der Befragten war der Wunsch nach einer Übersicht der Hilfsangebote sowie einer einfach verständlichen Darstellung der Angebotsstruktur.

Für die Eingliederungshilfe war gewünscht, verständlich oder in grafischer Form die Aufgaben des LWL und der Anbieter zu beschreiben. Ein weiterer Punkt war Beschwerdemanagement, was in den Einrichtungen größtenteils vorhanden ist, auf kommunaler oder anderer Ebene (Gemeindepsychiatrischer Verbund) aber noch nicht ausreichend etabliert. Die Förderung bzw. Finanzierung der Selbsthilfe und von Freizeit- und Gruppenaktivitäten war ebenfalls von Bedeutung.

1.1.3. Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen

Ein zentraler Baustein ist die aktive Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen im Sinne eines Dialogs sowie die Verbesserung der Angebote für Angehörige. Für den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) und die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft ist es entscheidend, regelmäßig oder zumindest themenbezogen Vertreterinnen in den Gremien zu haben. Die Sitzungen und Themen werden stark vom professionellen Hilfesystem geprägt, was ein häufiges Problem vieler GPVs darstellt.

Organisierte Strukturen von Menschen mit psychischen oder Suchterkrankungen, die eine Außenvertretung haben, sind rar. Formal gibt es in Werkstätten für Behinderte gewählte Beiräte, die jedoch intern wirken. Einige Tagesstätten haben ähnliche, aber informelle Strukturen mit Besuchersprechern.

Ein alternativer Ansatz kommt aus der Selbsthilfe, die in Bochum insbesondere im Bereich Sucht (mit Schwerpunkt auf Alkohol) durch Organisationen wie das Blaue Kreuz oder die Guttempler etabliert ist. Im Bereich psychischer Störungen koordiniert die Selbsthilfe-Kontaktstelle, wie in anderen Regionen Nordrhein-Westfalens, eine Vielzahl von Angeboten. Diese Strukturierung könnte genutzt werden, um die Stimmen der Betroffenen und Angehörigen stärker in die bestehenden Gremien einzubringen und deren Bedürfnisse besser zu vertreten. Diese Ebenen sind aber nur sehr wenig miteinander verbunden und können nur mittelfristig weiterentwickelt werden.

Ein vielversprechender Ansatz sind Peer-to-Peer-Modelle, bei denen Betroffene von anderen Betroffenen beraten werden. Dieser Gedanke wird im Bundesteilhabegesetz durch die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) unterstützt. In Bochum existiert eine EUTB unter der Trägerschaft des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener. Aufgrund einer wechselvollen Geschichte und häufiger Personalwechsel ist die Zusammenarbeit jedoch noch nicht gut etabliert.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt ist der Einbezug von Genesungsbegleitern. Der Begriff „Experienced Involvement“ (oft abgekürzt als EX-IN) stammt aus dem englischen Kontext und bezeichnet „Experten aus Erfahrung“. Genesungsbegleiter sind Menschen, die selbst psychische Erkrankungen erlebt haben und andere psychisch Erkrankte auf ihrem Genesungsweg unterstützen, basierend auf ihrem eigenen Expertenwissen. Voraussetzung für diese Tätigkeit ist die eigene psychische Stabilität sowie eine einjährige Ausbildung. Genesungsbegleiter unterscheiden sich durch ihre persönlichen Erfahrungen und Kenntnisse von medizinisch-therapeutischen Fachkräften und können daher zusätzliche Unterstützung für Menschen in Krisensituationen anbieten. Sie können in ambulanten Einrichtungen, Beratungsstellen sowie in teilstationären und stationären Einrichtungen wie Kliniken und Wohnheimen beschäftigt werden. In der LWL-Klinik hat dies seit Sommer 2023 begonnen, und es wird geprüft, ob dies auch für andere Träger möglich ist.

In Regionen, in denen Genesungsbegleiter bereits etabliert sind, ist es teilweise gelungen, sie in Gremienstrukturen einzubeziehen. Bei den wenigen Gemeindepsychiatrischen Verbänden in NRW, in denen eine regelmäßige partizipative Teilnahme möglich ist, erfolgt dies häufig über Genesungsbegleiter. Diese haben eine besondere Position, da sie in einer der Einrichtungen des GPV beschäftigt sind und einen eigenen Erfahrungshorizont mitbringen.

Für Anfang 2025 vorbereitet wird eine Befragung von psychisch und suchtkranken Menschen sowie deren Angehörigen im Rahmen des Projekts „DiKomAll“ (Digitale Kommune für Alle). Dieses gemeinsame Projekt der Stadt Bochum und der Hochschule für Gesundheit hat das Ziel, kommunale Planungsszenarien digital und inklusiv zu gestalten.

Im Rahmen der Erstellung des Fachplans Gesundheit hat das Gesundheitsamt der Stadt Bochum in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Gesundheit vier Fragebögen entwickelt. Diese Fragen sind in die Module Alltagsmobilität, Sport, Ernährung und psychisches Wohlbefinden unterteilt. Mit der Umfrage sollen Daten und Informationen über den Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger erfasst werden.

Ein weiterer Aspekt ist die Auseinandersetzung mit einem Zielerreichungsgrad oder einer Stufe für die Partizipation in zukünftigen Planungs- und Beteiligungsformaten. Die Interviews, die 2024 durchgeführt wurden, markieren einen ersten Schritt, der von den Beteiligten sehr positiv aufgenommen wurde. Nach dem Modell von Wright ist damit jedoch nur eine Vorstufe der Partizipation erreicht.

1.1.4. Planungsprozess

Aktive Partizipation	
Zielsetzung	• Erfassung der Themen und Perspektiven von psychischen und suchtkranken Menschen und deren Angehörigen • Information über das bestehende Versorgungssystem • Einbeziehung in Planung und Weiterentwicklung
Herausforderung	• Niedriger Organisationsgrad von psychischen und suchtkranken Menschen und deren Angehörigen • Komplexe Hilfesysteme
Handlungsbedarf	• Zugang zu Repräsentanten • Ausbau von peer-to-peer-Ansätzen
Maßnahmen	In Vorbereitung: • Befragung von psychisch und suchtkranken Menschen sowie deren Angehörigen im Rahmen des Projekts „DiKomAll“ (Digitale Kommune für Alle) 2025 Geplant: • Auswertung und Umsetzung der Befragungsergebnisse 2025/2026 • Einsatz von Genesungsbegleitern
Akteure	• Hochschule für Gesundheit / Stadt Bochum Gesundheitsamt als Projektpartner von „DiKomAll“ • Psychosozialer Ausschuss • Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft • Kliniken, Einrichtungen und Dienste der Versorgung, die perspektivisch Genesungsbegleiter einsetzen • Selbsthilfe-Kontaktstelle • Selbsthilfe und interessierte Einzelpersonen, die Interesse an Mitwirkung haben

1.2. Erfassung gemeindepsychiatrischer Versorgung

Im Rahmen der Erstellung der Psychiatrieberichte für die Jahre 2019 und 2023 sowie während der Psychiatrieplanung, insbesondere der Auftaktveranstaltung, manifestierten sich signifikante Diskrepanzen hinsichtlich der Bewertung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Bochum. Um ein klareres Bild und valide Daten zu gewinnen, erschien eine standardisierte Erhebung als sinnvoll.

1.2.1. S 3-Leitlinie

Die Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen über 18 Jahren ist umfassend in der wissenschaftlichen S3-Leitlinie "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) dargelegt. Die Leitlinie formuliert für zahlreiche Bereiche evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen und reflektiert den aktuellen Standard bei psychosozialen Interventionen.

Die Leitlinie richtet sich an Menschen mit bestimmten psychiatrischen Diagnosen, die über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren hinweg Symptome aufweisen, welche die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau erheblich beeinträchtigen. Zudem gehen diese Symptome häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems einher.

Die in dieser Psychiatrieplanung dargestellten Konzepte des Modellprojekts der LWL-Klinik sowie der stationsäquivalenten Behandlung des Martin-Luther-Krankenhauses orientieren sich ebenfalls an der Leitlinie. In einem Kapitel der Leitlinie erfolgt eine Beschreibung gemeindepsychiatrischer Behandlungsansätze.

Für das psychiatrisch-psychosoziale Versorgungssystem haben Steinhart und Wienberg mit dem Funktionalen Basismodell den Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch und chronisch psychisch kranker Menschen aufgestellt:

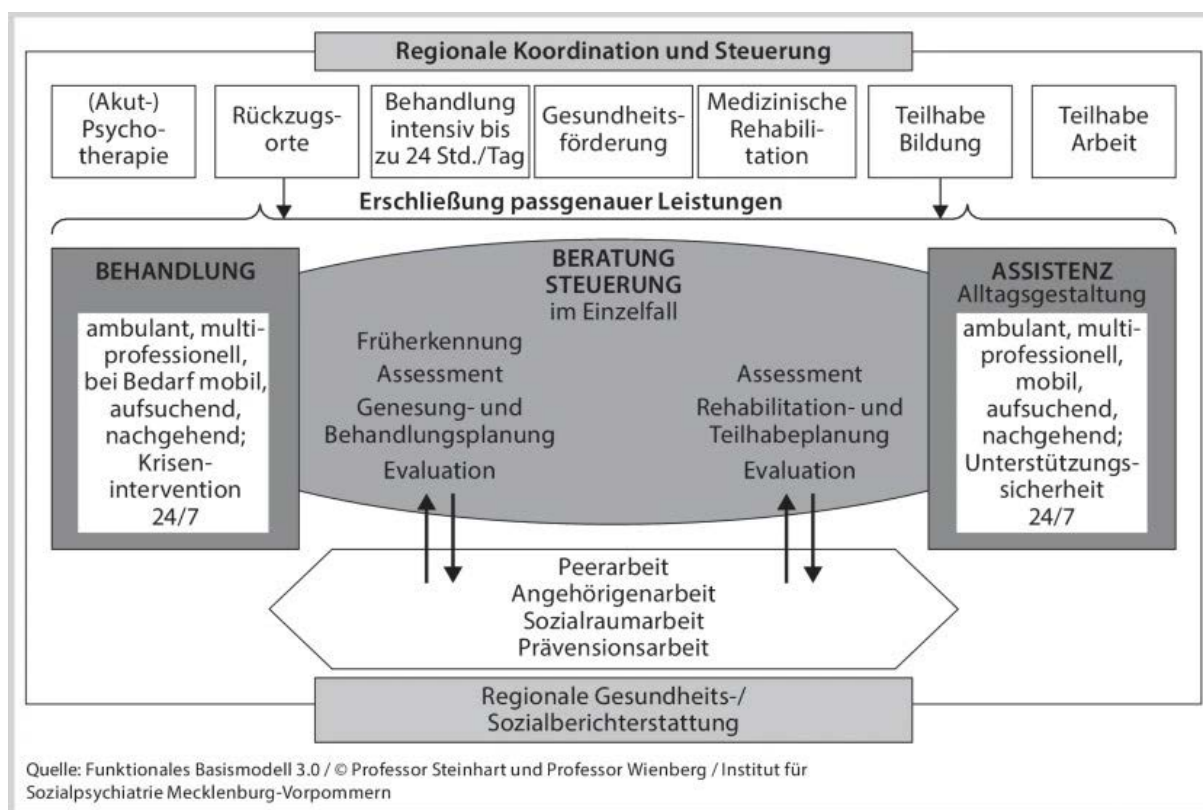


Abbildung 2: Funktionales Basismodell

Quelle: Koschig et. al. 2021

In der S3-Richtlinie werden Teilsysteme wie Behandlung und Teilhabe benannt. Sie integrieren durchgehend verschiedene Sektoren, Akteure und Rechtsgebiete. Um als Systeminterventionen zu fungieren, ist eine integrierte Planung und Steuerung unabdingbar.

In der oben dargestellten grafischen Übersicht wird die regionale Gesundheits-/Sozialberichterstattung sowie die regionale Koordination und Steuerung als wesentliche Elemente des funktionalen Basismodells hervorgehoben. Der LWL und der Gemeindepsychiatrische Verbund haben sich in Bochum erfolgreich um die Weiterentwicklung der Teilhabeangebote verdient gemacht.

1.2.2. Erhebung

Im Jahr 2019 wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts in Leipzig die Umsetzung der S3-Richtlinie und des Funktionalen Basismodells in eine Erhebung beschritten. Dabei wurde ein "Fragebogen zur Erfassung der gemeindepsychiatrischen Angebote für schwer psychisch kranke Menschen (GEMPSY)" erstellt (Koschig et al. 2021), der sich im Anhang befindet.

Der Fragebogen umfasst zunächst einen einrichtungsspezifischen Teil mit vier Seiten, welcher allgemeine Angaben zur Einrichtung sowie zu deren Angebot umfasst. Im Anschluss folgen neun funktionsspezifische Fragebögen zu folgenden Themen: Prävention, Sozialraumarbeit, Beratung, komplexe ambulante Behandlung, Peerarbeit, Zugang zu (Akut-)Psychotherapie in der Krise, krankenhausalternative Rückzugsorte, intensive komplexe Behandlung bis 24 Stunden pro Tag sowie Teilhabe.

Die Erhebung wurde für die Stadt Leipzig durchgeführt, die Ergebnisse ausgewertet und publiziert. Seither wurde er auch in anderen Städten und Regionen zum Einsatz gebracht.

Nach Freigabe durch den Verlag sowie die Autoren und einer Vorstellung des Anliegens in Fachgremien wurde beschlossen, diese Erhebung in Bochum durchzuführen. Zur Vorbereitung und Durchführung standen im Frühjahr/Sommer 2024 zwei Studentinnen im Praxissemester zur Verfügung. In Kooperation mit einem Partner der Hochschule für Gesundheit Bochum wurde ein digitales Auswertungstool entwickelt.

Die Erhebung wurde im Mai 2024 mit einer ersten Frist bis Mitte Juni initiiert und eine im Hintergrund geplante Verlängerung bis Anfang Juli in Erwägung gezogen. Die Monate Juli und August waren für die Auswertung vorgesehen. Allerdings zog sich der Rücklauf länger hin als beabsichtigt. Da der Fokus auf eine möglichst vollständige Erfassung gelegt wurde, gab es mehrfachen Aufschub und unterstützende Nachfragen.

Angeschrieben wurden 24 Einrichtungen und Dienste, von denen 21 teilgenommen haben. Diese Quote von 87,5 % ist sehr hoch für diese Art von Erhebungen, das Ziel wurde erreicht.

Durch die Zeitverzögerung konnte die Auswertung nicht in der ursprünglich vorgesehenen Tiefe durchgeführt werden und wird erst 2025 vorliegen.

In einer ersten Einschätzung ist erkennbar, dass der Fragebogen auf einer Leitlinie für die Behandlung und psychosoziale Therapien basiert.

In den vergangenen Jahren wurde seitens des Gesetzgebers der Fokus auf die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes sowie die strukturelle Verortung auf kommunaler Ebene gelegt. Das wurde in Bochum auch umgesetzt, bereits aus der Netzwerkanalyse war der sehr hohe Anteil von Angeboten aus dem Bereich Teilhabe bekannt.

1.2.3. Planungsprozess

Gemeindepsychiatrischer Versorgung	
Zielsetzung	• Anwendung standardisierter Instrumente zur Erhebung • Durchführung und Ansiedlung kommunaler Pflichtaufgaben • zukunftsorientierte Gestaltung auf kommunaler Ebene
Herausforderung	• Wissenschaftliche Ausrichtung der Leitlinie • Fokus auf Behandlung und psychosoziale Therapie vs. Teilhabeorientierte Versorgungslandschaft
Handlungsbedarf	• abweichende subjektive und gemessene Einschätzung der Versorgung
Maßnahmen	In Vorbereitung: • Auswertung der Erhebung 2025 Geplant: • Fachdiskussion der Ergebnisse 2025/2026 • Vertiefte Diskussion und Identifikation von Bedarfen 2027
Akteure	• Gemeindepsychiatrischer Verbund • Krankenhausträger • Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe • Psychosozialer Ausschuss

1.3. Vernetzung

Initiiert durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) konnten auf Netzwerkebene im Zeitraum von 2023 bis 2024 erfreuliche Entwicklungen beobachtet werden.

Auf GPV-Ebene konnte der Arbeitskreis "Arbeit und Beschäftigung" mit Akteuren, die bisher im GPV gar nicht oder nur als Gesamtträger vertreten waren, nach mehrjähriger Pause wieder ins Leben gerufen werden, wodurch ein fachlicher Schwerpunkt etabliert wurde.

Einen weiteren Schwerpunkt bildet der Bereich der Beratung für ältere Menschen, für den sich ein 2023 neu etablierter Arbeitskreis engagiert. Dabei zeigt sich ein großes Interesse am Thema psychische Erkrankungen im hohen Lebensalter. Die Koordination obliegt der Stabsstelle "Leben im Alter" des Amtes für Soziales sowie dem Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz.

Andererseits verfügen die im psychiatrischen Bereich tätigen Akteure, wie der Sozialpsychiatrische Dienst, nicht über die notwendige Expertise in Bezug auf Pflegeberatung und die besonderen Lebenslagen älterer Menschen, sodass sich hieraus wertvolle Synergieeffekte ergeben.

Im Rahmen der PSAG hat sich eine Arbeitsgruppe zum Thema "Kinder und Jugendliche mit kognitiver Beeinträchtigung" konstituiert. Die Teilnehmenden dieser Arbeitsgruppe sind der Ansicht, dass die Inhalte dieser Arbeitsgruppe im kommunalen Kontext sowie in Gremien bisher unzureichend vertreten waren.

Des Weiteren konnten die Schnittstellen zur Kommunalen Gesundheitskonferenz, dem zentralen Gremium zur ortsnahe Koordination der gesundheitlichen Versorgung, optimiert werden.

Der Psychosoziale Ausschuss, eine wesentliche Schnittstelle zwischen Politik, Verwaltung und Fachöffentlichkeit in Bochum, wurde neu strukturiert und erhielt erstmals eine Satzung.

Durch verbesserte Koordination zwischen LWL, Trägern und Psychiatriekoordination konnten drei Plätze für Kurzzeitwohnen in stationären Einrichtungen geschaffen und in einem neuen Verfahren regelhaft belegt werden.

Des Weiteren konnten übergreifende Aktivitäten und Vernetzungen intensiviert werden, beispielsweise die Teilnahme an einer Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Gemeindepsychiatrischen Verbünde im November 2023 oder von Veranstaltungen der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrische Dienste NRW 2023 und 2024.

Auch der Austausch auf Landesebene mit anderen Kommunen und Kreisen, die sich ebenfalls im Neuaufbau oder der Weiterentwicklung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden befinden, ist von hoher Relevanz für die Prozesse.

Die Zielsetzungen zur Gewinnung neuer Verbundpartner sowie Verbesserung von Kooperationsstrukturen haben ein überraschend breites Ergebnis. Deren Integration und die Schaffung von Verbindlichkeit benötigt allerdings noch Zeit.

1.3.1. Qualitäts- und Beschwerdemanagement

Ein weiteres Ziel für den GPV ist der Aufbau und die Steuerung eines Qualitätsmanagements sowie die Schaffung eines gemeinsamen Beschwerdemanagements. Das Qualitätsmanagement des Bochumer GPV wurde im Jahr 2016 von der Bundesarbeitsgemeinschaft zertifiziert. Eine Weiterentwicklung des Instruments erfolgte jedoch nicht, und Anregungen dazu wurden nur in begrenztem Umfang aufgegriffen.

Im Jahr 2023 hat die BAG-GPV eine Überarbeitung der Qualitätsstandards vorgenommen und diese im November desselben Jahres verabschiedet. Der Prozess wurde mit großem Interesse verfolgt. Die Anpassung für Bochum ist für das Jahr 2024 vorgesehen. In diesem Zusammenhang ist auch eine Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung für den GPV erforderlich.

Ein Beschwerdeverfahren war bereits vorhanden, jedoch insbesondere durch die Verlagerung zentraler Aufgaben zum LWL überholt und somit obsolet. Im Zeitraum von Sommer bis Herbst 2023 wurde ein modifiziertes Beschwerdeverfahren konzipiert, welches im Frühjahr 2024 verabschiedet wurde. Eine neu geschaffene zentrale Beschwerdestelle für Patienten/Klienten der GPV-Mitglieder soll bei der GPV-Koordination im Gesundheitsamt etabliert werden.

Die Bekanntmachung des Verfahrens erfolgt durch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

1.3.2. Bundesteilhabegesetz - Umstellung II

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist in vier Phasen zwischen 2017 und 2023 in Kraft getreten. Die Implementierung der neuen Systematik hinsichtlich Leistungen und Vergütungen erfolgte mit der "Umstellung I" im Jahr 2020. Dabei wurden die Fachleistungen der Eingliederungshilfe neu definiert und von den existenzsichernden Leistungen zur Deckung des Lebensunterhalts separiert.

Die "Umstellung II" wurde im Jahr 2021 in einem Pilotverfahren initiiert, jedoch bereits im Folgejahr 2022 wieder gestoppt. Im Herbst 2023 wurde seitens der Gemeinsamen Kommission der Beschluss gefasst, die Pilotumstellungen wiederaufzunehmen und sodann in die Regelumstellung zu überführen. Die Neuregelungen betreffen Tagesstätten, Kontaktstellen sowie insbesondere die besonderen Wohnformen, zu denen Heime und Wohngruppen zählen. Inhaltlich werden die Assistenzleistungen neu definiert sowie neue Fach- und Organisationsmodule eingeführt.

Der erste Prozess für die Tagesstätten (künftig: Tagesstruktur) begann mit einer Auftaktveranstaltung im Herbst 2023. Bis Mai 2024 wurden neue Konzepte erarbeitet, die zur Prüfung an die Regionalplanung des LWL gegangen sind. In der zweiten Jahreshälfte 2024 sollte die Finanzierung neu geregelt und ausgehandelt werden. Der Prozess sollte Anfang 2025 abgeschlossen sein, im Herbst 2024 wurde dieser Zeitpunkt um ein Jahr verschoben.

Diese strukturellen Änderungen werden auf der vertraglichen Ebene zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und dem LWL ausgehandelt, können aber deutliche Auswirkungen auf die Abläufe und Inhalte der psychiatrischen Versorgung haben.

Auf der kommunalen Ebene und im Gemeindepsychiatrischen Verbund geht es darum, Standards zu halten oder gemeinsam zu entwickeln vor allem für

- Aufnahmeverfahren
- Vernetzung und Zusammenarbeit im Stadtgebiet/Sektor/Sozialraum
- Kooperation (MaiA/Fallkonferenz)
- Beschwerdemanagement (auf Ebene des GPV)

Die anvisierte Neuausrichtung der vorhandenen Konzeptionen sowie der Finanzierung ist von beträchtlichem Umfang. In Abhängigkeit von der Umsetzungsgeschwindigkeit wird dieser Prozess die nächsten drei bis fünf Jahre in Anspruch nehmen, d. h. von 2025 bis 2029.

1.3.3. Beratungsformate

Eine Betrachtung der Fallebene zeigt, dass das Bundesteilhabegesetz insgesamt sowie speziell die Einführung von BEI_NRW als zentrales BedarfsErmittlungsInstrument der Landschaftsverbände zu zahlreichen Veränderungen geführt hat. Aus Perspektive der hilfesuchenden Menschen sowie der lokalen Ebene ist die Gewährleistung eines niedrigschwelligen Zugangs zum Hilfesystem von zentraler Bedeutung.

Die andere Seite bilden Menschen mit Mehrfachdiagnosen und herausforderndem Verhalten, sogenannte "Systemsprenger", für die besondere Lösungsstrategien erforderlich sind.

In der Folge der Umstellung auf BEI_NRW und dem damit verbundenen Wegfall der Hilfeplankonferenzen wurde in Kooperation mit dem LWL ein Modell der "Bochumer Beratungskonferenz" entwickelt und von 2021 bis März 2024 implementiert. Diese Beratungskonferenzen wurden in sämtlichen Sektoren und allen in regelmäßigen Abständen durchgeführt, um eine umfassende Beratung der antragstellenden Personen zu gewährleisten.

Der eingeschlagene Weg erwies sich jedoch als nicht zielführend, sodass im Jahr 2023 zunächst mit der Zielgruppe von komplexeren Fällen ein neues, einzelfallbezogenes Beratungsformat für "Menschen mit außergewöhnlich intensivem Assistenzbedarf" (MaiA) erprobt wurde.

Im Herbst 2023 wurde die Entscheidung getroffen, die Bochumer Beratungskonferenz nicht fortzuführen und stattdessen einen anderen Ansatz zu entwickeln. Für komplexe Neufälle sowie für im Hilfesystem bereits bekannte Personen mit sehr schwierigem Verlauf wird – in Anlehnung an die Vorgehensweisen in anderen Regionen des Landes – ein als "Fallkonferenz" bezeichnetes Verfahren eingeführt. Einige Elemente der Fallkonferenz sind bereits durch das Verfahren MaiA etabliert. Im Jahr 2024 wurden geringfügige Modifikationen für die Implementierung vorgenommen.

Im Jahr 2024 ist zudem die Beteiligung der Sozialdienste der drei Justizvollzugsanstalten sowie der Koordinatorin der Obdach- bzw. Wohnungslosenhilfe des Amtes für Soziales als neue Teilnehmende zu nennen. Auf diese Weise werden zwei vulnerable Zielgruppen berücksichtigt.

1.3.4. Übersicht Hilfesystem

Der Wunsch nach Transparenz und einer Übersicht über das Hilfesystem wurde zum einen in verschiedenen Gremien und in der Auftaktveranstaltung artikuliert, zum anderen aber auch in den Interviews mit Betroffenen immer wieder thematisiert.

Die Aktualisierung des Psychosozialen Adressbuches, deren Veröffentlichung für den Winter 2024 vorgesehen ist, stellt einen ersten Schritt zur Umsetzung dieses Vorhabens dar.

Die Entwicklung einer digitalen Darstellung in Form einer Point-of-Interest-Karte bzw. eines Geoinformationssystems im Gesundheitsamt erfolgt bereits seit einiger Zeit. In Kooperation mit dem Amt für Geoinformation, Liegenschaften und Kataster sowie dem Amt für Soziales wurde 2024 eine sogenannte Gesundheitskarte entwickelt, die hier auf der Homepage des Gesundheitsamtes zu finden ist: <https://www.bochum.de/Gesundheitsamt/Gesundheitskarte-Bochum>

Die Darstellung erfolgt in Form einer kategorisierten Übersicht, welche es Bürgerinnen und Bürgern, aber auch Fachleuten und Planern der verschiedenen kommunalen Ebenen ermöglicht, sich zu informieren.

In der Folge einer umfassenden Datensammlung wurden die Daten einer Systematisierung und Bereinigung unterzogen.

Es werden verschiedene digitale Ansätze entwickelt, die im Abschnitt Digitalisierung beschrieben sind.

1.3.5. Planungsprozess

Vernetzung	
Zielsetzung	• Neuorganisation von Netzwerken • Weiterentwicklung der kommunalen Versorgungs- und Hilfestruktur • Durchführung und Ansiedlung kommunaler Pflichtaufgaben
Herausforderung	• Komplexe, historisch gewachsene Netzwerkarchitektur
Handlungsbedarf	• Koordinierte und zukunftsorientierte Entwicklung
Maßnahmen	Laufend: • Gestaltung von Beratungsformaten • Übersicht des Hilfesystems erstellen Geplant: • Erweiterung der Netzwerke (Kinder und Jugendliche, GPV Sucht) 2025/2026 • daraus folgende weitere Neuorganisation 2026 • Qualitätsentwicklung GPV 2025
Akteure	• Gemeindepsychiatrischer Verbund • Psychosozialer Ausschuss • Amt für Soziales • Jugendamt • Freie Träger • Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens

1.4. Innovative Prozesse und Bauplanungen

Im Folgenden werden die verschiedenen innovativen Prozesse und Bauplanungen verschiedener Träger in Bochum präsentiert, die in den vergangenen Jahren entwickelt wurden und sich in sehr unterschiedlichen Stadien der Umsetzung befinden.

Die Zusammenarbeit der Kommune, des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, der Träger der Einrichtungen und Kliniken, des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sowie der Hochschulen hat zu beachtlichen Resultaten geführt. Sie fungieren als exemplarisches Beispiel für die langfristige Effektivität abgestimmter Prozesse.

1.4.1. Ambulant Betreutes Wohnen Plus

Im zeitlichen Kontext des Psychiatrieberichts 2019 hat der Gemeindepsychiatrische Verbund sich mit den Bedarfen für Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen/ soziale Teilhabe befasst. Ergebnis und Konsens war, dass kurz und mittelfristig für Menschen mit einer psychischen Behinderung und komplexen Hilfebedarfen die in Bochum vorhandene Wohnheime bzw. besonderen Wohnformen keine quantitativ ausreichenden Angebote zur Verfügung stellen können.

Neben betroffenen Bochumer Bürger*innen, die aufgrund ihrer komplexen Hilfebedarfe einen „Wohnheimplatz“ benötigen, gibt es hier eine weitere Gruppe von Personen, die schon seit längerer Zeit ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe (Ambulant Betreutes Wohnen/ABW) in Anspruch nehmen, die aber durch altersbedingte und/oder behinderungsbedingte Einschränkungen mit dem im Betreuten Wohnen üblichen bzw. begrenzten Hilfe- und Unterstützungsumfang nicht mehr zurechtkommen.

Zu guter Letzt ist der Schritt aus dem Wohnheim in eigene Wohnung mit Unterstützung für viele Menschen, die in einem Wohnheim bzw. in einer besonderen Wohnform leben und eine selbständigere Lebensführung anstreben, zu groß, weil die Standardleistungen des ABW für sie nicht bedarfsdeckend sind.

Da eine Erweiterung der Kapazitäten für besondere Wohnformen für die genannte Zielgruppe weitestgehend ausgeschlossen sind und Bochum mit dem Angebot an entsprechenden besonderen Wohnformen im Vergleich mit anderen Regionen deutlich unterversorgt ist, ist eine Gruppe von Leistungsanbietern mit Unterstützung des Bochumer GPV in Gespräche mit dem LWL über das Projekt „ABW Plus“ getreten und hat diese 2024 mit maßgeblicher Unterstützung der Regionalplanung des LWL abgeschlossen. Dabei handelt es sich um die Psychosozialen Hilfen Bochum e.V., die Reha-Ruhr Familien- und Krankenpflege gGmbH und die Diakonie Ruhr Wohnen gGmbH.

Dieses Angebot startet am 1. Oktober 2024 mit 40 Fällen, bei denen ein entsprechender Hilfebedarf besteht und die bereits Leistungen von den genannten Trägern erhalten, deren Umfang allerdings bisher nicht ausreichend war.

Der Projekt- bzw. Erprobungszeitraum beträgt 24 Monate mit einer Verlängerungsoption nach erfolgter Zwischenevaluation.

Dieser Ansatz ist einzigartig in Westfalen-Lippe und hat das Potential, die seit vielen Jahre bestehende Versorgungslücke zu schließen.

Um eine ambulante Betreuung von Personen mit umfangreicheren Hilfebedarfen bedarfsgerecht bereitstellen zu können, sollen die folgenden zusätzlichen Hilfe- bzw.

Assistenzleistungen flexibel in der eigenen Häuslichkeit im Rahmen ambulanter Eingliederungshilfe bereitgestellt werden:

- Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, ggf. auch ohne direkte Beteiligung der Nutzer*innen als Bereitstellungs- und Übernahmeleistung
- Unterstützung bei der Gestaltung sozialer Kontakte/Ausübung sozialer Teilhabe als qualifizierte und unterstützende Assistenz wie z.B. Bereitstellung von Kontaktmöglichkeiten am Wochenende, Unterstützung von Teilhabe im „eigenen“ Sozialraum
- niederschwellige Krisenbewältigung durch einen Krisendienst mit Rufbereitschaft und Interventionsoptionen; Bereitstellung zu definierten Zeiten an Werktagen und am Wochenende

Da ein Teil der skizzierten Leistungen für eine etwaige Inanspruchnahme verbindlich vorzuhalten ist, müssen diese über einen Teil der Leistungsansprüche einer größeren Gruppe von Nutzer*innen gepoolt werden.

Die zusätzlichen oben skizzierten Leistungen aus den Leistungsfeldern Alltagsbewältigung, Soziale Teilhabe und Krisendienst sollen zunächst hinsichtlich der Reichweite und mit einem konkreten Stadtteil-/Sozialraumbezug unter Projektbedingungen durchgeführt werden.

Der Projektzeitraum wird u.a. für eine Bedarfsermittlung genutzt:

- Welchen quantitativen und qualitativen Bedarf gibt es für die skizzierten Angebote?
- Erprobung von entsprechenden zusätzlichen bzw. umfangreichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen unter Projektsonderkonditionen
- Können über zusätzliche Leistungen sog. Wohnheimaufnahmen vermieden werden (Verbleib in ambulanten Betreuungssettings und/oder Installation ambulanter Betreuungssettings für Personen mit umfangreichen und komplexen Hilfebedarfen)
- Erprobung der dafür erforderlichen Organisationsformen auf der Seite der Leistungsanbieter
- Ggf. weitere Ziele nach Absprache

Zusätzlich zu den personenbezogenen, mittelbaren und indirekten Leistungen, die im Rahmen des ABW erbracht werden, werden folgende Leistungen angeboten:

1. Präsenz- und Bereitschaftsdienste zur Krisenprävention und Krisenintervention

Bereitstellung von schwerpunktmäßigen Präsenz- und Bereitschaftsdiensten zur Krisenintervention und Krisenprävention; sichergestellt mindestens über telefonische Erreichbarkeit (Krisentelefon) oder als kombinierter Präsenz-/Bereitschaftsdienst zu definierten Zeiten.

Die Bereitschaftszeiten werden montags bis freitags in den frühen Abendstunden bereitgestellt sowie an Samstagen und Sonntagen tagsüber in Kombination mit den Wochenendangeboten zur sozialen Teilhabe/Freizeitgestaltung als kombinierte Präsenz-Bereitschaftsdienste angeboten.

Die Inanspruchnahmen durch Nutzer*innen während der Präsenz- und Bereitschaftszeiten werden nicht als individuelle Fachleistungsstunden erfasst und abgerechnet.

2. Präsenz- und Bereitschaftsdienste zur Sicherung Sozialer Teilhabe

Bereitstellung von Angeboten zur sozialen Teilhabe am Wochenende inkl. einer Mobilitätsunterstützung, sofern diese im Einzelfall erforderlich ist. An Samstagen und Sonntagen werden entsprechende Angebote zur sozialen Teilhabe/Freizeitgestaltung angeboten.

Für die Angebote werden wechselnd bzw. alternierend die bereits vorhandenen Dependancen der am Projekt teilnehmenden Leistungsanbieter in den Stadtteilen Langendreer, Querenburg/Steinkuhl, Bochum-Mitte und Bochum-West genutzt

Die Inanspruchnahmen der Teilhabe- und Freizeitangebote durch die Nutzer*innen werden nicht als individuelle Fachleistungsstunden erfasst und abgerechnet.

3. Leistungen zur Sicherstellung der Wohnsituation und der allg. Versorgung

Anleitung und ggf. Übernahme von Aktivitäten und Verrichtungen wie z.B. Besorgung von Waren des täglichen Bedarfs, Erfüllung der Verpflichtungen als Mieter*in, Reinigung der Häuslichkeit/Wohnräume, Wäschepflege, Regulierung administrativer Angelegenheiten, Interventionen im nachbarschaftlichen Umfeld zur Konfliktprävention und/oder Konfliktmoderation.

Aufgrund der behinderungsbedingten Einschränkungen ist davon auszugehen, dass diese Leistungen ggf. stellvertretend als mittelbare Leistungen erbracht werden müssen.

4. Leistungen zur Gesundheitssorge

Die Leistungen „Beobachtung der gesundheitlichen Situation“, „Planung und Sicherung notwendiger Arztbesuche“, „Beaufsichtigung ärztlicher Anordnungen“, „Beschaffung von Medikamenten“, „Erstellung von Dokumentationen“ analog den Pflegedokumentationen in besonderen Wohnformen werden ggf. stellvertretend als mittelbare Leistungen erbracht

Die Kooperation der Leistungserbringer wird in dem folgenden Rahmen durchgeführt:

Grundlegende Abstimmungen untereinander und mit dem LWL sowie zentrale Fragen der Projektsteuerung werden in einer das Projekt begleitenden Steuerungsgruppe vorgenommen. Der Steuerungsgruppe gehören an

- jeweils ein*e Vertreter*in der Geschäftsleitung der teilnehmenden Leistungserbringer
- der oder die zuständige Regionalplaner*in des LWL
- einen Vertreter*in des GPV Bochum sowie
- ein*e Nutzervertreter*in.

Die Geschäftsführung der Steuerungsgruppe obliegt der zuständigen LWL-Regionalplaner*in.

Die Leistungsanbieter benennen jeweils mindestens ein*e Mitarbeiter*in, die für den Leistungserbringer die operative Projektdurchführung verantwortet. Die verantwortlichen Mitarbeitenden der Leistungserbringer gründen ein Projektteam, in dem in der Regel einmal monatlich alle projektbezogenen Fragestellungen/Aufgaben besprochen und bearbeitet werden. Das Projektteam ist auskunfts- und berichtspflichtig gegenüber der Steuerungsgruppe.

1.4.2. Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Angeichts der Evidenz und der positiven Erfahrungen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen wurden aufsuchende Versorgungsformen in der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) als notwendiger Bestandteil des psychiatrischen Hilfesystems auch in Deutschland mit dem höchsten Grad zur Implementation empfohlen. Maßgaben zur Durchführung von stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung findet man in der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 01.08.2017.

Seit Januar 2018 haben danach psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen die Möglichkeit, schwer psychisch kranke Menschen mit mobilen multiprofessionellen Klinikteams unter ärztlicher Leitung zu Hause zu behandeln (§ 39 SGB V; Absatz (1)). Kostenträger ist wie bei stationären Behandlungen die Krankenkasse.

Es muss die Indikation für eine stationäre Behandlung vorliegen; gleichzeitig das Therapieziel jedoch am ehesten oder besser im häuslichen Umfeld zu erreichen sein.

Seit dem 01.01.2024 bietet die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Martin- Luther-Krankenhaus Wattenscheid (Katholisches Klinikum Bochum, Chefarzt Dr. med. Jürgen Höffler) die stationsäquivalente Behandlung (StäB oder „Therapie zu Hause“) als Ergänzung zur stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlung an. Schwerpunktmäßig werden Menschen mit Depressionen und/oder Angsterkrankungen behandelt. Es stehen zunächst 8-10 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Durchgeführt wird die Behandlung durch ein fachärztlich geleitetes mobiles multiprofessionelles Team, zu dem neben dem ärztlichen Dienst Mitarbeiter*innen aus dem pflegerischen Dienst, eine Psychologin, eine Sozialarbeiterin sowie Spezialtherapeuten (Ergotherapeut*innen) gehören.

Die Indikationsprüfung, die Behandlungsleitung und die (mindestens einmal wöchentlichen) Visiten erfolgen durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Erreichbarkeit und Möglichkeit zur Krisenintervention sind durchgehend gegeben (24/7). Somit besteht auch die Möglichkeit zur sofortigen vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung. Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag.

1.4.3. Modellprojekt der LWL-Universitäts-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin

In der LWL-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. Bundesweit gibt es 22 Modellvorhaben, insofern hat Bochum eine Sonderstellung. Es ist 2014 mit zwei Krankenkassen als Projektpartnern gestartet, seit 2023 werden die Leistungen von allen Krankenkassen übernommen,

Alternativ zur Regelversorgung in der Psychiatrie können Modellvorhaben nach Paragraph 64b SGB V die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Die Kliniken erhalten dafür ein sektorenübergreifendes Gesamtbudget und einige Freiheitsgrade in den Behandlungskonzepten gegenüber der Regelversorgung.

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 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 (stationsunabhängige Leistungen, „SuL“). Diese liegen von der Häufigkeit zwischen Quartalskontakt in der Ambulanz und Tagesklinik, können die prästationäre Krisen auffangen und poststationäre Stabilisierung erbringen.

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.

1.4.4. Deutsches Zentrum für psychische Gesundheit

Das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) forscht an neuen Methoden zur Vorbeugung, Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen. Das Ziel ist es, diese schnellstmöglich den Menschen zugutekommen zu lassen.

27 Forschungseinrichtungen an sechs Standorten in Deutschland bündeln hierzu ihre Expertise. In der Aufbauphase des DZPG (2023 bis 2025) liegt der Fokus auf der Früherkennung und Prävention psychischer Erkrankungen, dem Aufbau gemeinsamer Organisations- und Forschungsinfrastrukturen sowie der Vernetzung der Standorte. Die langfristige Förderung durch Bund und Länder wird spätestens für 2025 angestrebt.

Am DZPG-Standort Bochum sollen zunächst sieben Forschungsprojekte verwirklicht werden. Von besonderem Interesse sind die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien im urbanen Kontext unter besonderem Einbezug von Wohnquartieren mit niedrigem sozio-ökonomischen Hintergrund (Urban Mental Health) und die sektorenübergreifende Bestandsaufnahme psychosozialer Beratungsangebote.

In einer Querverbindung zwischen dem Gesundheitsamt und der am DZPG beteiligten Universität Düsseldorf werden die Schuleingangsuntersuchungen im Rahmen von Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter wissenschaftlich begleitet.

Der Standort Bochum ist beim Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ) der Ruhr-Universität Bochum angesiedelt. Dessen sehr gute Expertise wird in der fachlichen Zusammenarbeit seit Jahren erfolgreich genutzt.

Bereits seit 2023 ist 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. Dabei geht 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 2023 abgeschlossen, da diese eine große Bandbreite an Aufgaben in den Bereichen Bildung und Gesundheit abdeckt und unter anderem Beratungsstellen, Kindergärten und Schulen betreibt. Das Projekt wird durch ein Gremium aus den Amtsleitungen von Jugendamt, Schulverwaltungsamt und Gesundheitsamt sowie Fachkräften begleitet. In dieser Ausprägung ist Bochum modellhaft, der Ansatz soll inhaltlich ab 2025 fortgeschrieben und verstetigt werden.

Auch die bundesweite, dreitägige Fachtagung des DZPG findet 2025 in Bochum statt. Insofern besteht ein best-practice-Beispiel zu psychischer Gesundheit in Bochum.

1.4.5. Bauplanungen: LWL-Klinik

Die LWL-Klinik ist 1983 gegründet und nutzt größtenteils das Gebäude der früheren Landesfrauenklinik mit Baujahr 1906. Im Laufe der Jahre sind verschiedene bauliche Modernisierungen erfolgt. 2010 ist die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf einem benachbarten Grundstück entstanden.

2020 wurde das frühere Schwesternwohnheim abgerissen. „Bis 2024 soll der Neubau die Lücke für ein einheitliches Zentrum für seelische Gesundheit am Gesundheitsstandort Bochum schließen. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin wird hier künftig moderne Angebote für Menschen mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen bereithalten. Im Vordergrund steht die integrierte Behandlung, bei der - bundesweit einmalig - die ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlung auf einer Ebene gewährleistet wird. Zusätzlich sieht das Neubau-Konzept Räumlichkeiten für die Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vor, um gezielt Menschen mit somatoformen Krankheitsbildern zu behandeln. In den unteren Geschossen des Neubaus ist eine Großgarage mit 147 Stellplätzen geplant, die Parkmöglichkeiten für die Beschäftigten, Besucherinnen und Besucher schafft sowie Zugang für die Ver- und Entsorgung.“ (LWL 2021).

1.4.6. Bauplanungen: Klinik-Gelände in Bochum-Linden

Das St.-Josef-Hospitals in Bochum-Linden wurde bis 2020 als Akutkrankenhaus betrieben und bildet heute den Ausgangspunkt für eine umfassende städtebauliche Neuentwicklung. Auf dem rund 30.000 Quadratmeter großen Gelände ist die Realisierung eines nachhaltigen Quartiers geplant, das Wohnraum, eine Kindertagesstätte, ein Pflegeheim sowie gemeinschaftlich nutzbare Freiflächen umfasst. Im angrenzenden, ehemaligen Schwesternwohnheim befindet sich derzeit die VALEARA Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Aufgrund der räumlichen Enge an ihrem jetzigen Standort ist geplant, die Klinik in umgebaute Gebäudeteile des ehemaligen Krankenhauskomplexes zu verlegen. Dieser Schritt dient der räumlichen Erweiterung und Verbesserung der funktionalen Bedingungen, um die medizinisch-therapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche langfristig zu stärken.

Das Bauvorhaben soll mit einem Investor realisiert werden. Bauanträge wurden 2023 gestellt und die planerischen Konzepte im Herbst 2023 in den politischen Gremien und der Öffentlichkeit vorgestellt.

Nun sind derartige Bau- und Planungsverfahren mehrjährig angelegt und unterliegen verschiedensten Einflüssen und Risikofaktoren. Die langfristige und interdisziplinäre Ausrichtung des Projekts erfordert eine flexible Planung und eine enge Kooperation aller beteiligten Akteure.

1.4.7. Bauvorhaben der Diakonie Ruhr Wohnen

Die Diakonie Ruhr Wohnen gGmbH ist in Bochum der größte Träger von Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe.

Der Fachöffentlichkeit wurden in der Sitzung des Psychosozialen Ausschusses im April 2024 Informationen zur Verfügung gestellt.

Die vielfachen Aktivitäten der Diakonie Ruhr Wohnen dienen dem Ziel, die Versorgungssituation im ambulanten und stationären Wohnbereich zu verbessern. So sind Ersatzneubauten für das Ruhrlandheim in der Haldenstraße und Lewackerstraße geplant und mittlerweile so weit vorgeschritten, dass mit einem Baubeginn 2025 zu rechnen sei. In der Matthäusstraße ist 2024 die Umwandlung der Demenz-WG in ein Wohnangebot für Menschen mit einer geistigen Behinderung mit 10 Nutzerinnen erfolgt.

Für das Apartmenthaus Weststraße (ehemals Lyrenstraße) ist mittlerweile ein Grundstück für 12 Apartments gefunden; für die Bewohner: innen ist ein Hintergrundbereitschaftsdienst sowie das Angebot von intensiv betreutem Wohnen geplant. Weitere Angebote in Apartmentform und Angebote, die auch eine geschlossene Unterbringung ermöglichen seien ebenso in der konkreten Planung und stellen den Ersatz für die Aussenwohngruppe Am Stadion dar.

Hierzu gibt es schon relevante Entscheidungen wie eine Bedarfsbestätigung von Seiten des LWL, eine Option auf ein Grundstück sowie baurechtliche Prüfungen.

Problematisch aus Trägersicht sind jedoch die langwierigen Verfahren, ebenso die schwierigen und langwierigen Verhandlungen mit dem LWL und die deutliche Erhöhung der Baukosten als Risiko.

1.4.8. Planungsprozess

Innovation und Bauvorhaben	
Zielsetzung	• Langfristige Begleitung der Prozesse und Vorhaben • Planerische Unterstützung
Herausforderung	• Sehr langfristig angelegte Entwicklungen • Terminierung schwer möglich • Hohes Kostenrisiko bei Bauvorhaben
Handlungsbedarf	• Entwicklungen begleiten und kommunizieren
Maßnahmen	Geplant: • fortlaufende Berichterstattung in Gremien • zum geeigneten Zeitpunkt Vertiefung und Setzen von Impulsen
Akteure	• Gemeindepsychiatrischer Verbund • Psychosozialer Ausschuss • Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

1.5. Digitalisierung

Die Digitalisierung im Sozial- und Gesundheitswesen hat während und nach der Corona-Pandemie signifikante Fortschritte erzielt. Die technische Ausstattung ist durchgehend verfügbar, flexible Lösungen wurden entwickelt und zumeist positive Erfahrungen mit digitalen Beratungs- und Austauschformaten gemacht.

Dabei kann ein "Sowohl-als-auch" konstatiert werden. Die bisherigen Umsetzungen im Psychiatrie- und Suchtbereich legen nahe, dass der persönliche Kontakt von zentraler Bedeutung bleibt. Diesbezüglich ist von essenzieller Bedeutung, die verschiedenen Kanäle und Medien zu nutzen und dabei auch die Menschen im virtuellen Raum mit einzubeziehen.

Die Stadt Bochum nimmt eine Vorreiterrolle im bundesdeutschen Kontext ein, insbesondere hinsichtlich ihres strategischen Vorgehens sowie des Smart-City-Bochum-Konzepts. Das Gesundheitsamt initiiert verschiedene Entwicklungen und strebt zudem eine Impulsgebung im Rahmen der Psychiatrie- und Suchtplanung an.

Im Rahmen der Beteiligung am Bündnis der "Digital Health Factory Ruhr" werden digitale Lösungen für die Gesundheitsversorgung in Ballungsräumen entwickelt. In einem breiten Bündnis aus Gesundheits- und Sozialwesen, Kommunen, Hochschulen, Forschungseinrichtungen und Digital Health Industry strebt das Bündnis die Entwicklung von Lösungen im Referenzraum Ruhrgebiet an. Diese sollen dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung im Ruhrgebiet und in vergleichbaren städtischen Räumen zu optimieren, indem sie eine bessere, zielgruppengerechtere und zunehmend datengestützte Gestaltung der Versorgung ermöglichen. Das Gesundheitsamt ist bereits am sozialmedizinischen Datenverbund beteiligt und befasst sich mit der Entwicklung zielgruppenspezifischer Ansätze.

Das Spektrum potenzieller digitaler Ansätze ist vielfältig. Die Anwendungsfelder umfassen Information, Kommunikation, Prävention, Beratung und Behandlung sowie die Erfassung, Verarbeitung und Weitergabe von Daten.

Es ist von essenzieller Bedeutung, die Nutzerinnen in den Prozess miteinzubeziehen und die Adressaten adäquat zu erreichen. Die Gewährleistung von Datenschutz und IT-Sicherheit stellt ein essenzielles Element dar.

1.5.1. Aspekte

Die Beteiligung des Gesundheitsamtes Bochum am "Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst" ist von zahlreichen Aspekten geprägt.

Zu den Maßnahmen zählt die Einführung einer Telematik-Infrastruktur, beispielsweise für Abrechnungen oder die Kommunikation im Medizinwesen. Zudem ist die Einführung einer modulartigen Software (Octoware) für alle Bereiche des Gesundheitsamts vorgesehen. In diesem Kontext ist ebenfalls die Integration der Sozialpsychiatrischen Dienste für Psychiatrie und Sucht der freien Träger von Relevanz.

Die strukturierte Nutzung von Messenger-Diensten und Videoberatung stellt einen weiteren Schritt in der Entwicklung des Sozialpsychiatrischen Dienstes dar. In der Suchtberatung und Suchtprävention verfügen Caritas, Diakonie und Krisenhilfe bereits über etablierte und funktionierende Portale für Mail-, Chat- und Videoberatung.

Im Rahmen eines Projekts hat sich die LWL-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin mit telemedizinischen Supportstrukturen für psychisch kranke Patientinnen und Patienten befasst und die App "TELL US!" erprobt.

Nun geht es um die Entwicklung niederschwelliger digitaler Lösungen oder um die Nutzung von Blended Counseling, also der Verbindung von digitalen und persönlichen Beratungsformaten.

1.5.2. Transparenz des Hilfesystems

Ein weiterer Bereich, der in diesem Kontext zu nennen ist, ist die Transparenz des Hilfesystems.

Die digitale Darstellung basiert auf einer Point-of-Interest-Karte, einem Geoinformationssystem, welches seit 2023 im Gesundheitsamt aufgebaut wird. In Kooperation mit dem Amt für Geoinformation, Liegenschaften und Kataster sowie dem Amt für Soziales wurde 2024 eine Gesundheitskarte entwickelt.

Der Einsatz einer Applikation für mobile Endgeräte könnte dazu beitragen, die örtliche Versorgung von Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen durch digitale Unterstützung zu optimieren. Des Weiteren kann die Applikation dazu beitragen, den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern sowie die Vernetzung von Leistungsanbietern zu optimieren. In diesem Kontext sind bereits Vorarbeiten und Projektbeschreibungen zur "Digital Health Factory Ruhr" verfügbar.

1.5.3. Planungsprozess

Digitalisierung	
Zielsetzung	• Weiterentwicklung von digitalen Angeboten und Infrastruktur • zukunftsorientierte Gestaltung auf kommunaler Ebene
Herausforderung	• viele mehrjährige Parallelprozesse • Akquise von Fördermitteln und Projektentwicklung
Handlungsbedarf	• Entwicklung und Erprobung digitaler Anwendungen und Lösungen
Maßnahmen	Laufend • Beteiligung an der „Digital Health Factory Ruhr“ • Umsetzung des „Pakts für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ • Einführung von Octaware im Gesundheitsamt Bochum Geplant: • anwendungsorientiert: Nutzung von Apps und digitalen Beratungsformaten ab 2025
Akteure	• Gesundheitsamt • Einrichtungen des Gesundheitswesens • Kliniken • Verbundpartner (wie bei der „Digital Health Factory Ruhr“)

1.6. Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen

1.6.1. Prävention

Aus dem Psychiatriebericht 2023 ging hervor, dass für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen ein adäquates Versorgungsangebot zur Verfügung steht.

In der Basisgesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes werden regelmäßig die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen dargestellt und einer Auswertung unterzogen. Im Jahr 2023 wurde ein signifikanter Anstieg von Befunden mit Auffälligkeiten in sämtlichen Bereichen beobachtet, darunter Sprache und Sprechen, Visuomotorik sowie Empfehlungen für sonderpädagogische Förderung. Diese Entwicklung wurde mit großer Aufmerksamkeit verfolgt, was dazu führte, dass nun auch präventive Ansätze in den Fokus gerückt werden sollen.

Prävention ist im SGB VIII/der Jugendhilfe auf den Kinderschutz ausgerichtet. Der Begriff der Prävention bezeichnet im Kontext des Gesundheitswesens Maßnahmen, die darauf abzielen, die Entstehung und Chronifizierung von Krankheiten zu verhindern.

Für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen existiert eine Vielzahl an Unterstützungsangeboten, die in den Zuständigkeitsbereich des Jugendamts und unter die Richtlinien des SGB VIII fallen.

In diesem Kontext ist insbesondere die "Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung" nach § 35a SGB XIII zu nennen.

Seit dem Jahr 2017 nimmt die Stadt Bochum am Programm "Kommunale Präventionsketten" des Landes Nordrhein-Westfalen teil. Im Jahr 2024 wurde seitens der Stadt das Strategie- und Handlungsprogramm "Bochumer Präventionskette – kinder-stark in NRW" veröffentlicht.

Im Folgenden werden die Schnittmengen im "Handlungsfeld II Inklusion" beschrieben. Ein Element ist der Ausbau des Netzwerks Inklusion, welcher ab Mitte 2023 realisiert wurde. Im Jahr 2024 wurde ein Lotsendienst für psychisch erkrankte Eltern und Erziehende (Verfahrenslotsen gemäß § 10b SGB VIII) eingeführt.

Im Jahr 2023 hat sich eine neue Untergruppe der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) für Kinder und Jugendliche mit kognitiven Einschränkungen gebildet. Diese setzt sich aus Vertreter:innen verschiedener Arbeitsfelder zusammen, mit dem Ziel, die spezifischen Bedarfe des Arbeitsfeldes stärker hervorzuheben.

In Bezug auf die etablierten Netzwerke ist zunächst das Netzwerk für Kinder psychisch kranker Eltern zu nennen, darüber hinaus das Netzwerk Essstörungen.

Zur inhaltlichen Vertiefung erfolgte die Teilnahme an mehreren Gremien sowie Gespräche mit verschiedenen Akteuren. Die Notwendigkeit präventiver Angebote wird von allen Seiten anerkannt. Sofern sich Eltern und Kinder bereits im Hilfesystem der Jugendhilfe befinden, bestehen Möglichkeiten für Gruppenangebote oder zur Stärkung von Kompetenzen. Diese Angebote sind jedoch nicht explizit mit einem Label versehen, sondern stehen in einem breiten Kontext der Hilfestellungen.

Im Rahmen der Suchtplanung wurde ein Schwerpunkt auf die Suchtprävention gelegt, ausgehend von der Cannabis-Legalisierung. Im Rahmen dessen wurde eine Facharbeitsgruppe konstituiert, welche in vier Treffen eine Analyse und Systematisierung der Präventionsangebote und Methoden erarbeitet und einen fachlichen Konsens erzielt hat.

Diese Vorgehensweise kann modellhaft auf das Thema der psychischen Störungen übertragen werden.

Ein weiterer Ansatz besteht in der Initiierung eines konkreten Präventionsangebots. Das Programm "Verrückt? Na und!" hat sich als fester Bestandteil der deutschen Präventionslandschaft etabliert. Das Projekt wirkt der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen entgegen und demonstriert Möglichkeiten auf, professionelle Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen, um die eigene psychische Gesundheit zu bewahren bzw. wiederherzustellen. Die erfolgreiche Implementierung an Schulen verdeutlicht, dass das Programm die wichtige Schnittstelle zwischen Bildung und Gesundheit erreicht.

Die Umsetzung beider Maßnahmen kann im Jahr 2025 vorbereitet und initiiert werden.

1.6.2. Netzwerke und Zusammenarbeit

Analog der Vorgehensweise bei der Analyse der Gremien und Netzwerke in der Erwachsenenpsychiatrie und der Suchthilfe wurde eine tabellarische Darstellung erarbeitet.

Die Ausrichtung der Zusammenarbeit in der Jugendhilfe und insbesondere im Jugendamt unterscheidet sich grundlegend von der in der Psychiatrie. Es existieren lediglich wenige übergeordnete Gremien, wobei diese bestimmten Vorgaben unterliegen, wie beispielsweise die Arbeitsgemeinschaften gemäß § 78 SGB VIII. Von Relevanz sind zudem Fallkonferenzen, welche mit verschiedenen Abteilungen des Jugendamtes sowie teilweise mit externen Akteur:innen durchgeführt werden.

In diesem Kontext könnte das bereits erwähnte Netzwerk (bzw. der Arbeitskreis) Inklusion einen inhaltlichen Anknüpfungspunkt und einen stärker koordinierenden Ansatz bieten. Im Jahr 2023 wurde die Arbeitsgruppe als AG nach § 78 SGB XIII gegründet und befasst sich mit der Umsetzung des Schwerpunktthemas Inklusion aus dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz.

Ein zentrales Gremium, wie es der Gemeindepsychiatrische Verbund in der Erwachsenenpsychiatrie darstellt, ist in der Jugendhilfe nicht vorhanden. In Nordrhein-Westfalen sind Gemeindepsychiatrische Verbünde mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche selten. Ein Beispiel für eine etablierte Struktur ist der Gemeindepsychiatrische Verbund im Kreis Gütersloh. Infolge der Expansion der Gemeindepsychiatrischen Verbünde widmen sich zahlreiche Regionen dieser Thematik.

Inhaltlich lassen sich folgende Themen identifizieren:

Das zuvor beschriebene Thema Prävention kann im Arbeitskreis Inklusion aufgegriffen werden, gehört jedoch zu einem späteren Zeitpunkt in ein Fachgremium.

Im Jahr 2025 wird erstmalig eine "Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf" (KJ-KSVPsych-RL) in die Umsetzung kommen.

Der Grundgedanke besteht in der Verbesserung des Zugangs zur Versorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie in der Steigerung der Attraktivität für die Leistungserbringer. Es gilt, Impulse und Umsetzungsmöglichkeiten für Bochum zu eruieren und zu diskutieren.

Aus dem Bereich der Jugendhilfe wurde der Vorschlag unterbreitet, die in einem separaten Kapitel beschriebene Situation queerer Jugendlicher und junger Erwachsener mit psychischen Störungen in einer vertiefenden Betrachtung zu erörtern.

Weitere Ziele sind die Weiterentwicklung der ambulanten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung und die Bedarfserhebung für die stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie deren Institutsambulanz.

1.6.3. Planungsprozess

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen	
Zielsetzung	- Thema Prävention vertiefen - Netzwerke und Zusammenarbeit verbessern
Herausforderung	- Arbeitsfeld- und rechtskreisübergreifender Ansatz - Fokus auf Behandlung und psychosoziale Therapie vs. Teilhabeorientierte Versorgungslandschaft
Handlungsbedarf	- Stärkung der Präventionsansätze - Optimierung von Schnittstellen
Maßnahmen	Geplant: - Fach Austausch 2025 - Initiierung eines konkreten Präventionsangebots 2026 - Strukturierte Kooperation im Kontext des Schwerpunkts „Inklusion“ 2025/2026
Akteure	- Gemeindepsychiatrischer Verbund - Gesundheitsamt - Jugendamt - Arbeitskreis Inklusion (Jugendhilfe) - Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ) der Ruhr-Universität Bochum - Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamts - VALEARA Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

1.7. Wohnungslose Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen

1.7.1. Einführung

Die Thematik hat ihren Ursprung in der Auftaktveranstaltung. In dem Psychiatriebericht aus dem Jahr 2023 wurde das Thema lediglich in einer kurzen Zusammenfassung unter dem Punkt "besondere Personengruppen" behandelt. Es konnte erreicht werden, dass die verschiedenen Akteure aktiviert wurden und sich an der inhaltlichen Entwicklung beteiligten. Es besteht Konsens zwischen dem Amt für Soziales, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den Trägern der Wohnungslosenhilfe und den Kliniken hinsichtlich der Problemlage sowie der Suche nach Lösungsansätzen.

Es lässt sich feststellen, dass Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht sind, überproportional häufig unter psychischen Auffälligkeiten, diagnostizierten psychischen Erkrankungen sowie Suchterkrankungen leiden. Dies geht mit entsprechenden Folgeerkrankungen einher. Ebenso ist der Konsum von Suchtmitteln sowie eine Abhängigkeit davon weit verbreitet. Eine weitere erschwerende Komponente stellt die Tatsache dar, dass ein Leben ohne festen Wohnsitz, sei es auf der Straße, in Sammelunterkünften oder in anderen prekären Situationen, zu einer Dauerbelastungssituation führt, in der sich die genannten 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 in Unterkünften untergebracht. Aufgrund ihrer schweren Erkrankungen und ihres auffälligen Verhaltens sind die Probleme aber unabhängig von Aufenthaltsort und Wohnform.

1.7.2. Wohnungsnotfallhilfekonzept

Das Amt für Soziales der Stadt Bochum hat 2022 ein Wohnungsnotfallhilfekonzept veröffentlicht und in verschiedenen Stufen umgesetzt (Stadt Bochum 2022).

„Die Anzahl der ordnungsrechtlich untergebrachten Menschen in Bochum hat sich seit 2015 vervielfacht und liegt seit 2018 auf hohem Niveau mit über 200 ordnungsrechtlich untergebrachten Personen. Hierzu zählen mittlerweile auch Personen mit Fluchtgeschichte, die als anerkannte Flüchtlinge bereits privaten Wohnraum angemietet, diesen aber zwischenzeitlich wieder verloren haben. (...) Von Wohnungslosigkeit sind besonders stark alleinstehende Personen betroffen. Der Anteil der Männer liegt dabei bei ca. 80 %. Oftmals sind neben der bestehenden Wohnungslosigkeit weitere Hilfebedarfe vorhanden wie beispielsweise Suchterkrankungen, Schulden und psychische Erkrankungen“ (Wohnungsnotfallhilfekonzept der Stadt Bochum 2022, S. 5/6).

Als Handlungsfelder wurden benannt:

- Maßnahmen der Prävention (vor der Wohnungslosigkeit)
- Hilfen für aktuell Wohnungslose (während der Wohnungslosigkeit)
- Maßnahmen der dauerhaften Wohnraumversorgung (nach der Wohnungslosigkeit)
- Wohnbegleitende Hilfen (vor und nach der Wohnungslosigkeit)
- Zielgruppen- und bedarfsgerechte Angebote

Es wurden Teams gebildet oder neu strukturiert und eine Koordination eingerichtet. Die Maßnahmen erfolgten in engem Austausch mit den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und auch ehrenamtlich engagierten Personen oder Vereinen.

In diesem Kontext ist insbesondere das Fachteam Unterbringung zu nennen, welches in Kooperation mit den Trägern der Unterkünfte (AWO Ruhr-Mitte, Caritas Ruhr-Mitte, Diakonie Ruhr) eine neue Belegungssteuerung sowie die Einführung eines Clearingverfahrens realisiert hat. Als Träger ist auch die VIA Ruhr mit der Wohngemeinschaft „Pappschachtel“ zu nennen.

Das Fachteam Wohnraumversorgung hat sich aus dem bereits bestehenden Projekt "Shelter" entwickelt und ist für die Akquise von Wohnraum zuständig.

Zur Intensivierung der Zusammenarbeit in dem breiten Arbeitsfeld wurden Gremien gebildet. Der Arbeitskreis Wohnungslosenhilfe verfolgt einen strategischen Ansatz, während sich der Arbeitskreis Systemsprenger auf die Einzelfallhilfe konzentrieren soll.

Dieser umfassende konzeptionelle Ansatz wirkt sich in stärkerem Maße auf der organisationalen Ebene aus. Eine prozessorientierte Weiterentwicklung und Anpassung sind erforderlich, insbesondere eine stärkere Fokussierung auf den Einzelfall.

Bei der Betrachtung erfolgreicher, fallbezogener Ansätze und Modelle in den Bereichen Psychiatrie und Sucht werden die Fallkonferenzen für "Menschen mit außergewöhnlich intensivem Assistenzbedarf" (MaiA) sowie die Jour fixes zwischen Kliniken und Sozialpsychiatrischem Dienst als potenzielle Vorbilder identifiziert.

Das Konzept "MaiA" ist auf die Bearbeitung komplexer Fälle ausgerichtet, die aus allen Arbeitsgebieten dorthin eingebracht werden können. In der Folge werden einzelfallbezogen konkrete Personen zur Beratung hinzugezogen. Es ist erforderlich, diese Möglichkeit in der Wohnungslosenhilfe zu kommunizieren, um von dort Fälle einzubringen.

Die konstituierenden Elemente der Konferenz sind der Psychiatriekoordinator, der Regionalplaner des LWL, Vertreter der stationären Einrichtungen, des Ambulant Betreuten Wohnens, der LWL-Klinik und des Martin-Luther-Krankenhauses. Ab Herbst 2024 wurde dieser Kreis um die Koordinatorin der Wohnungsnotfallhilfen des Amts für Soziales erweitert.

1.7.3. Schnittstellen

Die seit Jahren etablierte Praxis eines fest terminierten, fallbezogenen Austauschs zwischen den Kliniken und der ambulanten psychiatrischen und suchtttherapeutischen Versorgung hat sich bewährt. Dieser Austausch wird als "Jour fixe" bezeichnet. Der Austausch erfolgt auf den akutpsychiatrischen bzw. Suchtstationen der Kliniken in einem Rhythmus von einem bis drei Monaten. Das Einverständnis der Patientinnen und Patienten wird eingeholt. Die Steuerung obliegt den Kliniken in Abhängigkeit von der Fallsituation. In der Regel nehmen die Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. die Krisenhilfe im Drogenbereich teil. Die Fallbesprechungen dienen der kontinuierlichen Betreuung der Patienten sowie der Nachsorge. Darüber hinaus werden auch Fälle mit einem längeren Verlauf und einem entsprechenden Beratungs- und Behandlungsbedarf erörtert.

Es ist zu eruieren, ob eine fortlaufende oder fallbezogene Teilnahme seitens der Wohnungslosenhilfe zu empfehlen ist. Die Teilnahme kann durch die Koordinatorin der Wohnungsnotfallhilfen des Amts für Soziales oder durch die Sozialarbeiterinnen aus geeigneten Unterkünften erfolgen. Es kann davon ausgegangen werden, dass den meisten Beteiligten die vorliegenden Fälle bereits bekannt sind.

Um wohnungslose Menschen mit psychischen Störungen frühzeitig in das psychiatrische Hilfesystem zu integrieren, wurde in Düsseldorf das Modell "Sektor Plus" über mehrere Jahre aufgebaut. Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes bieten in ausgewählten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Beratungen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für das Personal der Einrichtungen an. Dies erfolgt durch regelmäßige, monatliche Sprechstunden.

Für die Stadt Bochum existieren keine vergleichbaren Ansätze oder Erfahrungen. Es erscheint sinnvoll, die fallbezogene Zusammenarbeit in einem weiteren Kontext zu betrachten. Dazu zählen die Clearingverfahren des Amts für Soziales sowie die fallbezogenen Schnittstellen über "MaiA" und die Jour fixes.

Ein entsprechendes Konzept ist weiter auszuarbeiten, fachlich zu diskutieren und an geeigneten Standorten zu erproben.

Nun ist nicht realistisch zu erwarten, dass die eingangs geschilderten Probleme mit diesen Maßnahmen gelöst werden. Die Gruppe der Wohnungslosen ist sehr heterogen, in den letzten Jahren sind vermehrt Geflüchtete und Menschen mit Migrationsgeschichte dazugekommen. Der Aufenthaltsstatus ist nicht geklärt oder nicht vorhanden, es gibt keine regelhaften Sozialleistungen oder keine Krankenversicherung und damit ein deutlich erschwerter Zugang zu allen Systemen der Regelversorgung.

1.7.4. Planungsprozess

Wohnungslose Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen	
Zielsetzung	Konzept zur Integration von wohnungslosen Menschen mit psychischen Störungen in das psychiatrische Hilfesystem weiterentwickeln
Herausforderung	schwer erreichbare und heterogene Zielgruppe mit herausforderndem Verhalten
Handlungsbedarf	- Gesundheits- und Versorgungssituation von wohnungslosen Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen - breiter fachlicher Konsens, sich der Problematik zu widmen
Maßnahmen	Laufend: - Optimierung des fallbezogenen Austauschs (MaiA-Konferenz) Geplant: - Weitere Formate des fallbezogenen Austauschs einführen („jour fixe“) 2025/2026 - Austausch und Konzeptentwicklung für Maßnahmen der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit 2025-2027 - In Vorbereitung 1. Quartal 2025: Sprechstunden des Sozialpsychiatrischen Dienstes in einer Wohnungslosenunterkunft des Amtes für Soziales - Verbindung zwischen der Fortschreibung des Wohnungsnotfallhilfekonzpts und der Psychiatrie- und Suchtplanung erzielen
Akteure	- Amt für Soziales - Gesundheitsamt - Sozialpsychiatrischer Dienst - Freie Träger der Wohnungslosenhilfe - Gemeindepsychiatrischer Verbund - AK Wohnungslosenhilfe und / oder AK Systemsprenger - Psychosozialer Ausschuss

1.8. Queere Menschen und psychische Gesundheit

1.8.1. Einführung

Die Gruppe der queeren Menschen ist in besonderem Maße von Vulnerabilität geprägt, was ein signifikant erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen und suizidaler Tendenzen mit sich bringt. Der Impuls, sich mit dieser Thematik zu befassen, ging von der Jugendhilfe, den Jugendzentren sowie verschiedenen Beratungsstellen aus, die mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Kontakt stehen. Die jüngere Zielgruppe zeigt sich in dieser Thematik offener. Dies lässt den Schluss zu, dass sich eine gesellschaftliche Veränderung abzeichnet.

Mittels Fachveranstaltungen, Gesprächen in diversen Gremien sowie der Auswertung diverser Studien wurde das Thema inzwischen einer näheren Betrachtung unterzogen.

In Bochum sind insbesondere die Aidshilfe Bochum e.V., Madonna, Rosa Strippe, Pro Familia sowie das Walk-in-Ruhr mit Beteiligung des Gesundheitsamtes der Stadt Bochum als Hauptakteure zu nennen.

Die Kenntnis von Gruppen mit erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen, in diesem Falle die Gruppen lesbischer, schwuler, bisexueller, transgender und intersexueller (LSBTI) Menschen, ist für das Gesundheitswesen von Relevanz. Nun sind diese Gruppen in sich unterschiedlich. In diesem Kontext geht es um eine zusammenfassende Betrachtung und es wird der Oberbegriff „queere Menschen“ verwendet. Differenzierungen gibt es aus Studien oder anderen Quellen.

Mit den Unterschieden zwischen Geschlechtern, Generationen und der Geographie hat sich die Ipsos-Pride-Umfrage 2024 beschäftigt. Jüngere Menschen identifizieren sich am ehesten als LGBT+. Das gilt mit Unterschieden zwischen einzelnen Ländern für 17 Prozent der Generation Z verglichen mit 11 Prozent der Millennials, 6 Prozent der Generation X und 5 Prozent der Babyboomer. Frauen der Generation Z unterstützen mehrere LGBT+-Rechte/-Schutzmaßnahmen als Männer (Ipsos 2024).

Dieser Veränderung gegenüber stehen in vielen Ländern Verbote, Ausgrenzung und Diskriminierung. Das gilt auch für Deutschland mit Alltagsdiskriminierungen, Gewalterfahrungen und gesellschaftlichen Polarisierungen.

Die Befunde der unten dargestellten Studien zeigen eine deutliche Chancenungleichheit für ein gesundes Leben auf.

1.8.2. Gefahr von Pathologisierung

Die wissenschaftliche Literatur sowie die Erfahrungen aus der Praxis belegen ein signifikant erhöhtes Risiko für queere Menschen, an einer psychischen Erkrankung zu leiden. Dennoch zeigt sich in der Praxis, dass eine klare Mehrheit von queeren Menschen keine psychische Erkrankung oder Suizidalität aufweist.

Bis zum Jahr 1992 wurde Homosexualität im Krankheitsregister ICD (International Classification of Diseases) der World Health Organization als psychische Störung aufgeführt. Psychologische und psychotherapeutische Theorien postulierten Homosexualität als Resultat pathologischer oder unreifer Entwicklungsprozesse.

Die gesellschaftliche Homo-, Trans- und Interphobie manifestiert sich auch in den Einstellungen und Verhaltensweisen von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Diesbezüglich werden in Beratungsstellen auch als Diskriminierung wahrgenommene Erlebnisse aus Behandlungen berichtet.

Bis zum Jahr 2024 war die Gesetzeslage so ausgestaltet, dass transsexuelle Menschen eine psychiatrische Diagnose benötigten, um geschlechtsangleichende Maßnahmen zu erhalten.

Daher birgt das Benennen von Gesundheitsrisiken für queere Menschen grundsätzlich die Gefahr einer Pathologisierung.

1.8.3. Studienlage

Eine Veröffentlichung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung e.V. greift vor allem auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) und der einer Befragung der Universität Bielefeld zurück und nimmt statistische Gewichtungen vor.

„Gemessen an der restlichen Bevölkerung leiden LGBTQI*- Menschen deutlich häufiger an psychischen und körperlichen Erkrankungen. Dabei sind Trans*-Menschen besonders oft betroffen. Depressionen und Burnout deutlich häufiger bei LGBTQI*-Menschen. Bei 26 Prozent der befragten LGBTQI*-Menschen wurde schon einmal eine depressive Erkrankung diagnostiziert – im Vergleich zu knapp zehn Prozent bei den cis-heterosexuellen Menschen. Außerdem wurde doppelt so oft von Schlafstörungen und nahezu dreimal so oft von Ausgebranntsein (Burnout) berichtet.“

„Auch körperliche Erkrankungen treten bei LGBTQI*-Menschen häufiger auf als in der restlichen Bevölkerung. Zwar sind die Unterschiede bei Krebserkrankungen, Schlaganfällen, Bluthochdruck und Gelenkerkrankungen statistisch kaum unterscheidbar, bei Herzkrankheiten und Migräne treten sie mit nahezu zehn beziehungsweise zwölf Prozent im Schnitt jedoch fast doppelt so häufig auf wie in der restlichen Bevölkerung. Auch chronische Rückenschmerzen wurden mit 17 Prozent öfter berichtet; bei den cis-heterosexuellen Menschen gaben nur zwölf Prozent solche Beschwerden an. Diese gesundheitlichen Unterschiede werden im Allgemeinen als Folge von chronischem Stress gedeutet, den LGBTQI*-Menschen im täglichen Leben in Form von Diskriminierung und ständiger Wachsamkeit erfahren.“ (Kasprowski, D. et. al. 2021).

Ein anderer Faktor, der sich grundsätzlich negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt, ist Einsamkeit. In der genannten Studie des SOEP und nahezu allen Quellen geben queere Menschen an, sich einsam zu fühlen.

Zu Suizidalität fasst die HAY-Studie des Bayrischen Jugendrings zusammen: „In einer Untersuchung zur mentalen Gesundheit LSBTIQA* Jugendlicher in den USA (The Trevor Project, 2022) berichteten fast drei Viertel (73%) der Befragten von Angst- sowie über die Hälfte von Depressionssymptomen (58%). Auch sind die Zahlen zu Suizidgedanken und -versuchen bei queeren Jugendlichen deutlich erhöht: Fast die Hälfte aller 13- bis 24-jährigen Befragten stimmte zu, innerhalb des letzten Jahres Suizidgedanken erlebt zu haben. Im Vergleich zwischen trans* und/oder nicht-binären Jugendlichen und ihren queeren cisgeschlechtlichen Peers lassen sich des Weiteren Unterschiede bei den Prävalenzen sowohl von Suizidgedanken (trans*: 53% vs. cis*: 33%) als auch von Suizidversuchen (trans*: 19% vs. cis*: 9%) feststellen. Auch sind die Werte von queeren People-of-Colour höher als bei weißen Peers. Die Studie „Wie geht's euch?“ (WGE) aus Deutschland (Timmermanns et al., 2022) zeigt hier ebenso ein eindeutiges Bild: Während über alle queeren Befragten (von 16 bis 90 Jahren,

Altersdurchschnitt 33,8 Jahre) hinweg bei 33,7% ein erhöhtes Suizidrisiko bestand, lag es bei den unter 20-Jährigen bei 56,8%. Mindestens einen Suizidversuch gaben 9,7% aller Befragten an, bei den unter 20-Jährigen waren es 12,6%. In diesen kritischen Lebenssituationen, bei der Bewältigung schwieriger Entwicklungsaufgaben oder auch krisenhafter Ereignisse helfen Vernetzung, Unterstützung und Beratung. Gerade ein unterstützendes und queerfreundliches Umfeld hat einen positiven Einfluss auf die (psychische) Gesundheit queerer Jugendlicher. So zeigten sich beispielsweise bei Jugendlichen, die in queerfreundlichen Räumen leben, signifikant geringere Suizidraten als bei queeren Jugendlichen, die nur geringe oder moderate Unterstützung erfahren (The Trevor Project, 2022)“ (Heiligers, N. et al. 2023).

Diese Einschätzung wird seitens der Fachberatung in Bochum sehr eindeutig geteilt.

Eine Auswertung von Meta-Studien und den Bezug zur Psychotherapie umfasst eine Veröffentlichung von Dr. Martin Plöderl, klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe am Universitätsinstitut für Klinische Psychologie Salzburg.

„In einem aktuellen systematischen Studienüberblick von 199 populationsbasierten Studien wurden erstmals die Unterschiede je nach Subgruppe der sexuellen Orientierung, Geschlecht, Publikationszeitpunkt, Region und Studienqualität berücksichtigt (Plöderl & Tremblay, 2015). Die deutliche Mehrheit der Studien, auch der neueren, fand unter LSB Personen erhöhte Raten an psychischen Erkrankungen oder Symptomen, verglichen mit heterosexuellen Personen. Die Effektstärken der Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Orientierung (LSB gegenüber heterosexuell) wurden dabei anhand der Odds-Ratios für binäre Ergebnisse (Störung vorhanden oder nicht vorhanden) oder bei quantitativen Maßen mit Cohen's d berechnet. Bei Studien zu Depressivität waren die Effekte (d. h. Größe des Unterschiedes zwischen homo- oder bisexuellen Personen und heterosexuellen Personen) bei Männern mittelgroß, bei Frauen klein, und auch bei Jugendlichen klein bis mittelgroß. Bei Angststörungen waren die Effekte zumeist klein bis mittelgroß und bei Männern größer als bei Frauen. Bei Suizidversuchen und Suiziden fanden sich mehrheitlich große Effekte, und zumeist größere Effekte bei Männern als bei Frauen. Etwas anders fielen die Ergebnisse für alkohol- und drogenspezifische Störungen aus. Für schwule und bisexuelle Männer zeigten sich in der Mehrheit der Studien keine erhöhten oder sogar niedrigeren Raten bei alkoholspezifischen Störungen (im Vergleich zu heterosexuellen Männern). Allerdings fanden sich in den qualitativ höheren Studien mit klinischen Diagnosen für Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit wiederum signifikante Effekte bei Männern. Bei Frauen hingegen zeigten sich kleine Effekte für alkohol- und mittelgroße für drogenspezifische Störungen. (...) Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass nach gegenwärtigem Wissensstand LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen höhere Raten an psychischen Symptomen und Erkrankungen haben.“

1.8.4. Erklärungsmodelle für das Erkrankungsrisiko

In der wissenschaftlichen Literatur wird das Minoritätenstressmodell am häufigsten zur Erklärung der psychischen Gesundheit sexueller Minoritäten herangezogen. Daher lassen sich bei queeren Menschen spezifische Minoritätenstressoren identifizieren. Dazu gehören distale Minoritätenstressoren wie Diskriminierung oder Gewalt sowie proximale Minoritätenstressoren, beispielsweise Stress, der mit der Geheimhaltung der sexuellen Orientierung verbunden ist, Angst vor negativen Reaktionen oder die eigene bewusste oder unbewusste negative Einstellung zu Homosexualität (internalisierte Homophobie). Die genannten Stressfaktoren können sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, wobei sie durch die Resilienzfaktoren "Soziale Unterstützung" und "Gute Stressbewältigungsfähigkeiten" abgepuffert werden können.

Hieraus wurden bereits kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze hergeleitet.

Sozialkonstruktivistische Theorien kritisieren das Minoritätenstressmodell, weil es zu sehr biomedizinisch orientiert ist, d. h., dass psychisches Leiden von Menschen pathologisiert und das Risiko in das Individuum verlegt wird, was der Komplexität von sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren nicht gerecht wird.' (nach Plöderl 2016).

1.8.5. Planungsprozess

Queere Menschen und psychische Gesundheit	
Zielsetzung	• Sensibilisierung • Information
Herausforderung	• Fragmentierte Gesellschaft • Diskriminierungen
Handlungsbedarf	• Vulnerable Gruppe mit signifikanten Risiken
Maßnahmen	Geplant: • Information • Fortbildung für Mitarbeitende • Vernetzung zwischen Fachberatungsstellen und dem psychiatrischen Bereich verbessern 2025/2026
Akteure	• Gemeindepsychiatrischer Verbund • Fachberatungsstellen wie rosa strippe, pro Familia, Aids-Hilfe oder Walk-in-Ruhr • Virtuelles Walk-in-Ruhr (als Projekt) • Interessierte Mitarbeitende und Träger

1.9. Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter

Die demographische Entwicklung hin zu einer älter werdenden Gesellschaft und die Notwendigkeit einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung war mit dem Aspekt der psychischen Erkrankungen im Alter ein zentrales Thema. Insbesondere die Stabsstelle „Leben im Alter“ des Amtes für Soziales und die Stabsstelle Psychiatrieplanung des Gesundheitsamtes arbeiteten eng zusammen.

Es wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus den beiden psychiatrischen Kliniken, den Seniorenbüros, der Landesfachstelle Alter, Pflege und Demenz, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Amt für Soziales und den beiden Amtsleitungen gebildet, die sich über mehrere Monate austauschte und das folgende Modell entwickelte.

Die Recherche ergab, dass es in Deutschland keine vergleichbaren oder übertragbaren Ansätze gibt. Ein Best-Practice-Beispiel findet sich in Österreich (Klug et. al. 2013).

1.9.1. Modell alterspsychiatrischer Versorgung Bochum

Alterspsychiatrische Versorgung ist eine Querschnittsaufgabe, die vier Ebenen mit dezentralen Anlaufstellen, einem kommunalen Dienst, Strukturen in den Stadtteilen und Behandlung umfasst. Diese sind zusammenhängend zu betrachten und zu entwickeln. Sie bilden ein gemeindenahes System von Verbünden.

Das Verständnis von Altern (Zustand) und Altern (Prozess) hängt immer mit Altersbildern in der Gesellschaft zusammen. Altern ist ein Konstrukt mit vielen Facetten und Annäherungsweisen: kalendarisches Alter, biologisches Alter, subjektives Altern oder soziales Alter.

In der demografischen Veränderung gibt es den Begriff des „dreifachen Alterns“: Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung; Zunahme Hochaltriger; Menschen mit Handicap (Vorerkrankungen/unterschiedlicher Herkunft werden älter. In der sozialen und gesundheitlichen Versorgung sind diese Aspekte zu berücksichtigen.

Da sich die Lebenssituation von Menschen und ihr Hilfebedarf nicht an festen Altersgrenzen messen lassen, erfolgt eine Orientierung über Zugangskriterien zum Unterstützungssystem.

Die Zugangskriterien orientieren sich an einem Modell von sozialen Alterskategorien, dass Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf, Freiburg, entwickelt hat (Kricheldorf 2006). Diese sind unabhängig vom kalendarischen Alter und an spezifischen Themen und Merkmalen ausgerichtet.

Hier wird unterschieden zwischen dem dritten Alter (fit und aktiv, sozial gut eingebunden), dem vierten Alter (langsamer Rückzug, Erkennen persönlicher Grenzen) und dem fünften Alter (Autonomieverlust ständiger Bedarf an Hilfe und Pflege).

Zu erfüllen sind die ersten beiden und eine der unter 3. genannten Voraussetzungen:

1. Verdacht auf oder Diagnose einer psychischen Erkrankung
2. Bedarf an Behandlung, Unterstützung und Pflege
3. einer der folgenden Punkte:
 - a) Rückzug und wenige soziale Kontakte
 - b) Eingeschränkte Mobilität
 - c) Autonomieverlust
 - d) Multimorbidität

1.9.2. Ebene 1: dezentrale Anlaufstellen

In Bochum gibt es ein breites Angebot verschiedener Träger, der Pflegekassen und der Kommune. Dazu gehören die Seniorenbüros, die Fachstelle 65+ (Altenhilfe) des Sozialamtes und der Sozialpsychiatrische Dienst. Auch die Alzheimer Gesellschaft und die Krankenhäuser, insbesondere im psychiatrischen Bereich, sind wichtige Anlaufstellen.

Da bei der Zielgruppe auch mit pflegerischem Bedarf zu rechnen ist, werden viele Anfragen bei den verschiedenen Pflegeberatungsstellen eingehen. Diese verfügen über ein breites Know-how.

Netzwerkstrukturen (AK Pflegeberatung) sind vorhanden und werden von der Stabsstelle „Leben im Alter“ und der Landesfachstelle Alter, Pflege und Demenz unterstützt und weiterentwickelt. Dabei geht es auch darum, Beratungsangebote transparent und niedrigschwellig darzustellen. Dies geschieht sowohl im Rahmen des AK Pflegeberatung als auch durch die Entwicklung der Gesundheitskarte.

Für das bestehende dezentrale System besteht, sofern Hilfebedarf unabhängig von festen Altersgrenzen betrachtet wird, kein zusätzlicher Handlungsbedarf.

1.9.3. Ebene 2: Kommunalen Dienst

Deutlich wird der Bedarf an einer auf kommunaler Ebene neu zu schaffenden alterspsychiatrischen Beratungsstelle. Die Hauptaufgaben der Beratungsstelle sind Information, Beratung, psychiatrische Diagnostik und Clearing. Diese werden sowohl in der Präsenzberatungsstelle als auch digital und aufsuchend durchgeführt.

Schwerpunkte sind Abklärungen bei Gedächtnisproblemen (auch unter 65 Jahren), bei psychischen Leidenszuständen oder damit verbundenen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung. Auch Sucht im Alter und Medikamente werden eine wichtige Rolle spielen.

Die Beratung richtet sich an die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und ihr Umfeld. Durch die Ermittlung des Hilfebedarfs und die Erstellung eines Hilfeplans soll versucht werden, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit so lange wie möglich zu ermöglichen. Wichtig ist auch die Vermittlung in geeignete Angebote aus dem psychiatrischen und pflegerischen Kontext.

Denkbar ist, mit einer zentral angesiedelten Stelle zu beginnen. Angesichts der demografischen Entwicklung ist jedoch davon auszugehen, dass perspektivisch dezentrale Lösungen erforderlich sein könnten. Der Dienst sollte gut erreichbar sein und einen hohen Bekanntheitsgrad erreichen. Mit entsprechenden Erfahrungswerten wird sich zeigen, wo und wie der konkrete Bedarf für eine aufsuchende Betreuung besteht.

Die Zusammensetzung des Teams muss entsprechend den Lebenslagen älterer Menschen multiprofessionell sein: Medizin/Psychiatrie, Pflege, Soziale Arbeit, Psychologie/Psychotherapie, Gesundheitswissenschaften, Ergotherapie oder vergleichbare Abschlüsse.

1.9.4. Ebene 3: Strukturen in den Stadtteilen

Mit dem flächendeckenden Netz von Seniorenbüros, niedrigschwelligen Angeboten wie Begegnungsstätten, tagesstrukturierenden Angeboten und verschiedenen Netzwerken des Ehrenamtes und der Selbsthilfe steht ein breites Spektrum zur Verfügung. Auch die „Guten Stuben“ sind zu berücksichtigen.

Art und Qualität sind näher zu analysieren, ebenso die Verteilung nach räumlichen und demografischen Kriterien. In der Pflegeplanung und im Handlungskonzept „Leben im Alter“ des Sozialamtes sind diese Bereiche bereits berücksichtigt.

Im Ergebnis soll es ausreichend wohnortnahe tagesstrukturierende Angebote geben und die Strukturen im Ehrenamt ausgebaut werden, so dass es aufsuchende Lotsinnen im Netzwerk gibt, die relevante Ansprechpartner kennen und Zugänge schaffen können. Darüber hinaus sollen Angebote in der Häuslichkeit für niedrigschwellige Hilfen zur Alltagsbegleitung geschaffen werden, z.B. über Leistungen der Pflegeversicherung.

1.9.5. Ebene 4: Behandlung

Die verschiedenen Elemente der stationären und tagesklinischen Behandlung sowie die psychiatrischen Institutsambulanzen sind flächendeckend und in der Art der Behandlung ausreichend. Mit der „stationsäquivalenten Behandlung“ ist ein vielversprechender Ansatz hinzugekommen, der in der Fachdiskussion weiter vertieft werden sollte.

Die Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten ist nach den Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses gut, aber für die Patienten mit sehr langen Wartezeiten verbunden.

Auf kommunaler Ebene ist die Einflussnahme auf die Versorgungsplanung (ambulant/stationär/teilstationär) gering. Eine Kompetenzerweiterung im Bereich der ambulanten Versorgung hin zu einer ambulanten psychiatrischen Versorgung ist jedoch notwendig und wünschenswert. Potenziale bestehen in der Verbesserung der Kooperation, einem kommunalen Dienst als zentrale Stelle und einem langfristig angelegten kommunalen Handlungskonzept.

Die Schnittstellen zu den beiden psychiatrischen Krankenhäusern mit ihren alterspsychiatrischen Fachabteilungen könnten durch einen alterspsychiatrischen Dienst in einfacher Weise verbessert werden. Das bewährte Verfahren eines jour fixe zwischen Akutpsychiatrie und Sozialpsychiatrischem Dienst kann übertragen werden. Dies ist jedoch nicht für Seniorenbüros oder die gesamte Altenhilfe möglich, der Ansatz funktioniert nur auf einer kleinen und klar definierten Ebene.

Perspektivisch sollten die Bochumer Krankenhäuser stärker einbezogen werden, insbesondere die neurologischen Abteilungen, in denen viele psychiatrisch veränderte ältere Menschen behandelt werden. Hier wäre auch eine Verbesserung der medizinischen Diagnostik für konkrete Einzelfälle denkbar.

1.9.6. Planungsprozess

Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter	
Zielsetzung	Einführung des Modells alterspsychiatrischer Versorgung, insbesondere einer kommunalen alterspsychiatrischen Beratungsstelle mit Zugangskriterien zum Unterstützungssystem, die sich an einem Modell von sozialen Alterskategorien orientieren.
Herausforderung	- Vielschichtiges, rechtskreisübergreifendes Aufgabengebiet - Personelle und finanzielle Ausstattung
Handlungsbedarf	demographische Entwicklung in Verbindung mit psychiatrischen Krankheitsbildern im Alter
Maßnahmen	In Vorbereitung: - Schaffung einer Projektstruktur Geplant: - Schrittweiser Aufbau einer alterspsychiatrischen Beratungsstelle mit Beratungs-, Diagnostik und Clearingaufgaben 2025/2026 - Verzahnung mit den weiteren Ebenen der alterspsychiatrischen Versorgung 2025/2026 - Evaluation und Implementierung 2025/2026
Akteure	- Gemeindepsychiatrischer Verbund - AK Beratung (Pflege und Senioren) - Krankenhausträger, insbesondere LWL-Klinik und Martin-Luther-Krankenhaus (mit Fachabteilungen) - Psychosozialer Ausschuss - Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales - Beirat „Leben im Alter“

1.10. Rechtliche Betreuung

Die rechtliche Betreuung stellt einen wesentlichen Aspekt im Kontext psychiatrischer Versorgung in der Stadt Bochum dar. Die Unterstützung durch rechtliche Betreuer:innen ist für einen breiten Personenkreis in Abhängigkeit von der jeweiligen Komplexität der Situation erforderlich. Das BGB regelt hierzu in § 1814 Nr. 1: „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 (Betreuer).“

Betreuer:innen stellen für die Betroffenen vielfach einen wesentlichen Bezugspunkt im Leben dar. Des Weiteren sichern sie den Lebensunterhalt und rechtliche Ansprüche, übernehmen administrative Aufgaben, koordinieren verschiedene Hilfsangebote und stellen somit einen wesentlichen Bestandteil des sozialen Netzwerks der Klientinnen und Klienten dar.

Das gesamte Arbeitsfeld sieht sich seit Jahren mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert. Die auf Bundesebene geregelte Finanzierung entspricht seit Langem nicht den erforderlichen Vergütungssätzen. Die erforderliche Anzahl von Betreuungen pro Vollzeitstelle hat sich dadurch von vormals 40 auf aktuell 60 bis 65 erhöht. Die dargestellte Belastung führt zu einer Abnahme der Betreuungsqualität. Wie in vielen Arbeitsgebieten steht ein Generationenwechsel bevor, der in einem Feld mit hoher Verantwortung und schwierigen Rahmenbedingungen eine besondere Herausforderung darstellt. Die Gewinnung ehrenamtlicher Betreuerinnen gestaltet sich als herausfordernd.

Diese Problematik wurde in verschiedenen Sitzungen der PSAG und des GPV sowie in Gesprächen mit der Betreuungsbehörde erörtert, die beim Amt für Soziales angesiedelt ist. Die Effekte der im Jahr 2023 in Kraft tretenden großen Reform des Betreuungsrechts lassen sich gegenwärtig noch nicht beurteilen.

Eine Optimierung der Zusammenarbeit in der gemeindenahen Versorgung sowie über Sektorenteams ist möglich. Dies trifft insbesondere auf die Betreuungsvereine zu, die über ihre Trägerschaft bei Wohlfahrtsverbänden ohnehin in engem Kontakt mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund stehen. Für die zumeist als Einzelunternehmer tätigen freiberuflichen Betreuer wird dieser Ansatz nur bedingt greifen.

Aufgrund der rechtlichen Änderungen sowie neuer statistischer Anforderungen werden konkrete Zahlen seitens der Betreuungsbehörde, insbesondere zu Berufsbetreuern, erst Ende 2024 zur Verfügung stehen. Aus den Berichten des Sozialpsychiatrischen Dienstes geht hervor, dass die Zahlen von Unterbringungen nach Betreuungsrecht signifikant angestiegen sind. Diese Angaben müssen jedoch noch weiter verifiziert werden.

Auf kommunaler Ebene können die Kernprobleme Finanzierung und Personal nicht direkt beeinflusst werden. Hier ist Lobbyarbeit auf anderen politischen und verbandlichen Ebenen erforderlich. Die rechtliche Betreuung stellt einen essenziellen Bestandteil der Unterstützung von schwer kranken, behinderten und alten Menschen dar. Die bestehende Überlastung führt unweigerlich zu Engpässen und Verschiebungen in andere Bereiche.

1.10.1. Planungsprozess

Rechtliche Betreuung	
Zielsetzung	Stärkung des Bereichs „rechtliche Betreuung“
Herausforderung	Rahmenbedingungen: schwierige Finanzierung, sehr hohe Arbeitsbelastung
Handlungsbedarf	Entwicklung des Bereichs in den vergangenen Jahren mit Problemanzeigen
Maßnahmen	In Vorbereitung: - Berichterstattung für 2024 (Amt für Soziales) Geplant: - Kooperation zwischen Betreuungsbehörde (Amt für Soziales) sowie Psychiatriekoordination und Psychiatrieplanung (Gesundheitsamt) erweitern und fortschreiben 2025/2026 - Datenabgleich und Synchronisierung für Berichterstattung (Amt für Soziales, Gesundheitsamt) ab 2025 - Gesundheitsamt in geeigneter Weise in Fachaustausch im Bereich rechtliche Betreuung einbeziehen
Akteure	- Betreuungsbehörde (Amt für Soziales) - Psychiatriekoordination und Psychiatrieplanung (Gesundheitsamt) - Betreuungsvereine (Wohlfahrtsverbände) - Betreuungsgericht - Freiberufliche Betreuer - Gemeindepsychiatrischer Verbund - Psychosozialer Ausschuss

1.11. Zeitliche Übersicht Psychiatrieplanung

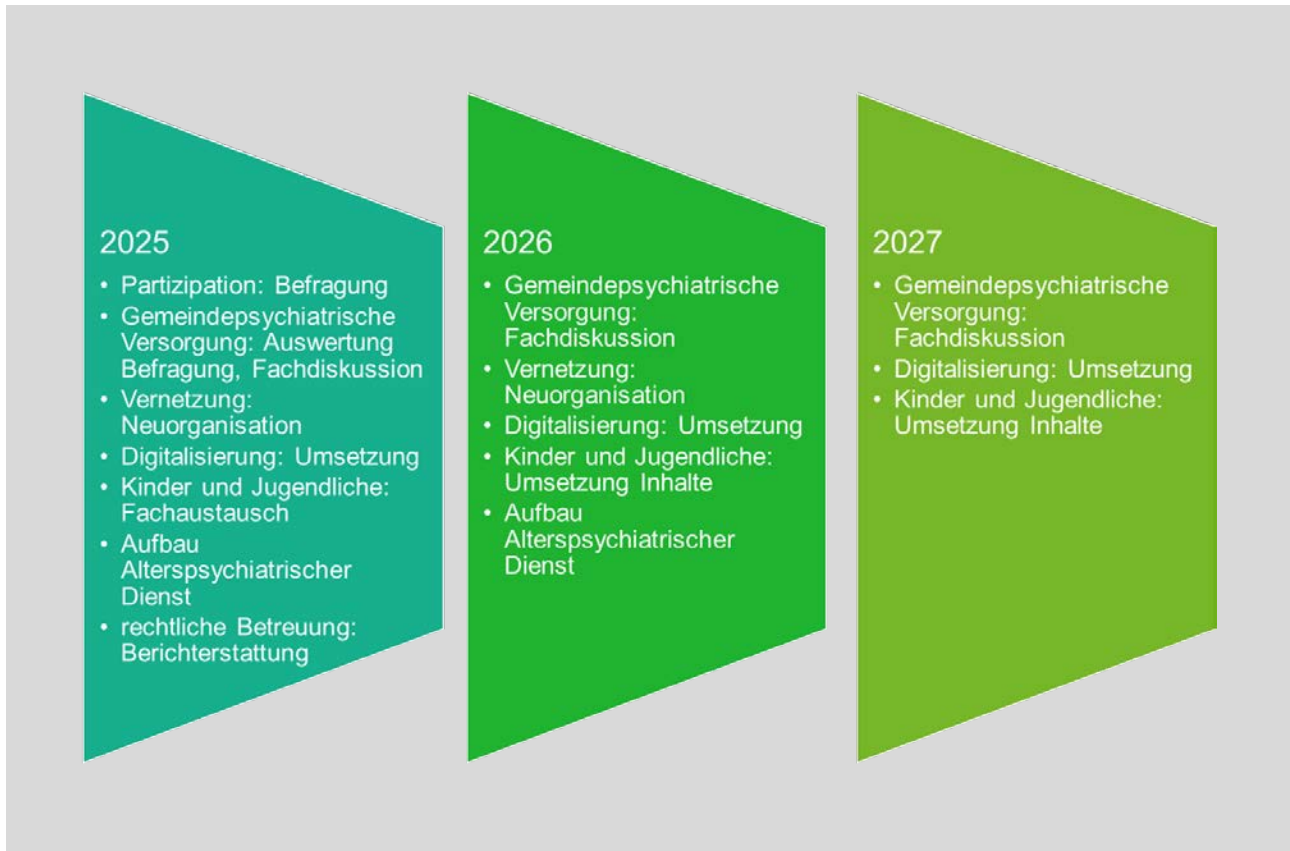
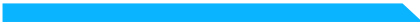


Abbildung 3 Zeitliche Übersicht Psychiatrieplanung

2. Suchtplanung



2.1. Einleitung

In Bochum sind die Angebote im Bereich Sucht grundsätzlich gut ausgebaut und decken ein breites Spektrum ab. Mehrere Beratungsstellen, die Sozialpsychiatrischen Dienste Sucht der Caritas Ruhr-Mitte, der Diakonie Ruhr und des Gesundheitsamtes, die Krisenhilfe e.V. Bochum, mehrere Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens sowie die Suchtabteilungen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin und des Fachbereichs Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des KKB – Martin-Luther-Krankenhauses bilden den Kern. Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Selbsthilfe, mit der eine gute Zusammenarbeit besteht.

In der erstmals für Bochum vorliegenden Suchtplanung geht es darum, den Bereich zukunftsfähig zu machen und verstärkt Aspekte der Koordination und Steuerung zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für den gesellschaftlichen Umgang mit exzessivem Medikamentenkonsum oder Cannabis nach der Legalisierung. Auch Herausforderungen wie Crack oder die medizinische Versorgung in der Substitution können mit koordinierten Schritten angegangen werden.

Die Struktur der Suchtplanung ist in der folgenden Übersicht dargestellt: Die Komplexität der Suchthilfe wird im Abschnitt Rechtliche Grundlagen näher beschrieben. Die Bedeutung von Kooperation und Koordination wird im Abschnitt Gremien und Netzwerke dargestellt. Um zukünftig bessere Daten für die Planung zu haben, ist eine Datenerhebung durch eine Berichterstattung aus der Suchthilfe notwendig. Analyseergebnisse aus einer Arbeitsgruppe und daraus resultierende Inhalte finden sich im Abschnitt Suchtprävention.

Der Umgang mit Crack, Opioiden und Fentanyl ist ein Problem aller Großstädte in Deutschland. Die medizinische und psychosoziale Versorgung im Bereich der Substitution muss lokal geplant und gestaltet werden.

Sucht im Alter und Verhaltenssüchte, zu denen auch abhängiges und riskantes Computerspielen gehört, stellen bereits eine aktuelle Herausforderung dar. Sie führen zu einer Verknüpfung der Beratung zu legalen und illegalen Suchtmitteln sowie Verhaltenssüchten.

2.2. Rechtliche Grundlagen

In der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen findet sich ein Spektrum, das sich vor allem an den Finanzierungsstrukturen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen orientiert. Die Maßnahmen der Suchtprävention, Suchtberatung, Behandlung, Rehabilitation und Selbsthilfe lassen sich nicht durchgängig den einzelnen Sozialgesetzbüchern zuordnen.

Zum einen haben einzelne Leistungsbereiche unterschiedliche normative Grundlagen (z. B. medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung im SGB VI und der Krankenversicherung im SGB V). Zum anderen sind einige Bereiche nicht in den Sozialgesetzbüchern verankert, wie z.B. die Suchtberatung. Das Spektrum der Angebote ist groß, die Anbieter sind vielfältig und die rechtlichen Grundlagen sind komplex.

In diesem Abschnitt wird daher ein Überblick gegeben, um die Rahmenbedingungen für Planung und Steuerung in diesem Arbeitsfeld aufzuzeigen.

2.2.1. Strukturen

Prinzipiell lassen sich die Maßnahmen und Angebote für Menschen mit einer Suchterkrankung in fünf wesentliche Strukturen einteilen:

Prävention

- Fachstelle für Suchtprävention
- Jugendhilfe
- Schulen
- Suchtberatungsstellen

Beratung

- Sucht- und Drogenberatungsstellen
- Niedergelassene Ärzt*innen und Fachambulanzen der (psychiatrischen) Kliniken

Behandlung

- Entgiftung/Entzug (körperlich) an Allgemeinkrankenhäusern
- qualifizierte Entzugsbehandlung an Fachabteilungen an psychiatrischen Kliniken (Entzugsbegleitung, Motivationsbehandlung, Rückfallprophylaxe)
- Niedergelassene Ärztinnen
- Substitution als Sonderform mit psychosozialer Betreuung Substituierter (PSB)
- Psychotherapie

Medizinische Rehabilitation

- Ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitation

Nachsorge

- Selbsthilfe
- Ambulant Betreutes Wohnen (Assistenz)
- Ambulante Gruppen- und Einzelberatung in ambulanten Beratungsstellen und Fachambulanzen

2.2.2. Maßnahmen, rechtliche Grundlagen und Leistungserbringer

Prävention

In der Prävention sind in erster Linie die Fachstelle für Suchtprävention, die Jugendhilfe und die Schulen zu nennen. Diese kooperieren untereinander. Auch die Suchtberatungsstellen oder die Polizei können Präventionsangebote machen.

Eine Sonderform nach dem Cannabisgesetz werden die Anbauvereinigungen sein, die Präventionsbeauftragte und -konzepte haben sollen. Mit der Zulassung von Anbauvereinigungen ist aber aufgrund der Regelungen des CanG und der Bewilligungsverfahren erst Ende 2024/Anfang 2025 zu rechnen.

Beratung

Unter Beratung werden niedrigschwellige Hilfen (wie Cafés) und die Sucht- und Drogenberatung erfasst.

Die Finanzierung der Angebote sind freiwillige Leistungen der Kommunen und Länder im Sinne der kommunalen Daseinsvorsorge, refinanzierte Leistungsangebote sowie Eigenmittel der Leistungsanbieter.

In NRW enthält das „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGD) in § 16 die Regelungen, dass die untere Gesundheitsbehörde (das Gesundheitsamt der Stadt Bochum) „Abhängigkeitskranke und ihre Angehörigen“ berät und für diese einen Sozialpsychiatrischen Dienst vorhält. Dem wird über die Mitfinanzierung der Suchtberatungsstellen, der Krisenhilfe und den drei Sozialpsychiatrischen Diensten Sucht entsprochen.

Behandlung

Ein spezifisches Hilfeangebot für Menschen mit Suchtproblemen stellt die Entgiftungs-/Entwöhnungsbehandlung dar, die im Allgemeinkrankenhaus über das SGB V finanziert wird. Abrechnungssysteme wie DRG sind hier von Bedeutung.

Die rechtlichen Grundlagen für die qualifizierte Entzugsbehandlung als Teil der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen finden sich im SGB V, in der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und im Entgeltsystem für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP). Dies gilt für alle Angebotsformen, auch für psychiatrische Institutsambulanzen oder die stationsäquivalente Behandlung.

Die ärztliche Behandlung umfasst zum einen die ambulante ärztliche Versorgung, wie z. B. suchtbezogene Frühinterventionen, häufig im Rahmen der Behandlung von Suchtkomplikationen oder bei Sucht als Zufalls-/Nebenbefund. Hier sind häufig Hausärzte erste und wichtige Anlaufstellen, ebenso Internisten. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind in der Weiterbehandlung nach Entgiftung oder Rehabilitation zu nennen. Die vergleichsweise wenigen Fachärzte für Suchtmedizin sind häufig in der Substitutionsbehandlung tätig.

Für die Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen einer Suchterkrankung, die medikamentöse Rückfallprophylaxe und die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger gelten die gesetzlichen Grundlagen insbesondere des SGB V, der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BTmVV) sowie der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“.

Die psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB) ist als begleitende Maßnahme nicht Teil der ärztlichen Behandlung. Sie wird im Rahmen der Daseinsvorsorge auf der Grundlage unterschiedlicher Finanzierungsmodalitäten, häufig auf kommunaler Ebene, erbracht.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung als wichtiger Teil der Krankenbehandlung ist im Psychotherapeutengesetz, im SGB V sowie in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie“ (Psychotherapie-Richtlinie) verankert.

Die Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 SGB V „bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente)“ sind auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz beschränkt. Eine Ausnahme besteht, wenn die Abstinenz nicht vorliegt, aber bis zum Ende von 10 Behandlungsstunden möglich ist. Andernfalls sind unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten. Bei psychischen

und Verhaltensstörungen durch Opioiden und gleichzeitiger stabiler Substitutionsbehandlung ist die psychotherapeutische Behandlung auf den Zustand der Beikonsumfreiheit beschränkt.

Dieses Abstinenzgebot schränkt den Personenkreis deutlich ein. Für Psychotherapeuten ist es im Alltag sehr schwierig, die Abstinenz zu überprüfen bzw. festzustellen. Nach Einschätzung der Suchtberatungsstellen und Kliniken ist Psychotherapie bei Komorbidität, z.B. bei posttraumatischen Belastungsstörungen, von größerer Bedeutung.

Die Angebote der medizinischen Rehabilitation werden in stationäre und (ganztägig) ambulante Rehabilitation unterteilt. Da in den meisten Fällen die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, werden die Leistungen nach dem SGB VI von der Deutschen Rentenversicherung erbracht. Bei Rentnern und wenn die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, greift das SGB V und die Krankenkasse ist zuständig.

Neben den sozialrechtlichen Grundlagen sind Rahmenkonzepte, Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung und des Spitzenverbandes Bund der Kranken- und Pflegekassen von Bedeutung.

Für die Teilhabe ("Eingliederungshilfe") gibt es über das Bundesteilhabegesetz zahlreiche Möglichkeiten wie Assistenz ("Ambulant Betreutes Wohnen") und besondere Wohnformen ("Heime/Wohngruppen"), die im SGB IX bzw. SGB XII geregelt sind. Wie für andere Personengruppen sind auch für Suchtkranke spezialisierte Einrichtungen und Dienste tätig, die rechtlichen Voraussetzungen und Verfahren sind jedoch für alle gleich.

Auch die Finanzierung der Selbsthilfe ist sehr heterogen und tendenziell knapp. Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe wird von den Krankenkassen nach § 20h SGB V gefördert, sowohl pauschal für die laufende Arbeit als auch projektbezogen. Größere Selbsthilfeorganisationen und Einrichtungen wie Selbsthilfekontaktstellen können Fördermittel von Bund, Ländern oder Kommunen erhalten. Darüber hinaus spielen Drittmittel wie Stiftungen sowie Eigenanteile der Träger und Mitgliedsbeiträge eine Rolle.

Weitere Bausteine der Suchthilfe sind Beschäftigung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben. Die Beratung zur Eingliederung suchtkranker Menschen in Arbeit nach § 16a SGB II Nr. 4, also als Vermittlungshemmnis auf dem Arbeitsmarkt, begründet die Suchtberatung als Leistung in Verbindung mit dem Jobcenter.

Die berufliche Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben basiert auf dem SGB III, SGB VI und SGB IX in Verbindung mit dem SGB XII. Grundsätzlich stehen Suchtkranken alle Maßnahmen aus diesem Spektrum offen,

Da in der Regel ein Abstinenzgebot und vor allem Fehlzeitenregelungen bestehen, die zum Abbruch der Maßnahme führen, sind Suchterkrankungen de facto ein Ausschlusskriterium.

2.2.3. Spezielle Gesetze

Unmittelbar für den Suchtbereich greifende Gesetze:

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt den Umgang mit den gesetzlich als Betäubungsmittel deklarierten Substanzen und den zu ihrer Herstellung verwendeten Ausgangs- und Zusatzstoffen. Darunter fällt auch die Abgabe von Methadon, die nur unter sehr engen Voraussetzungen zulässig ist und strafrechtliche Konsequenzen haben kann.

Das Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, NpSG) enthält Stoffgruppenregelungen und verbietet deren Verbreitung. Damit wird dem Problem des BtMG begegnet, dass durch geringfügige Veränderungen der chemischen Struktur die gesetzlichen Regelungen umgangen werden können.

Das im April 2024 in Kraft getretene Cannabisgesetz (CanG) umfasst den Gesundheitsschutz, den Kinder- und Jugendschutz sowie die Prävention, den privaten Eigenanbau durch Erwachsene, Regelungen zu Anbauvereinigungen sowie straf- und ordnungsrechtliche Regelungen. Die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung werden sich erst in den Jahren 2025/2026 zeigen. Dann werden auch erstmals Studien, z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zur Entwicklung des legalen Cannabiskonsums vorliegen.

Das Jugendschutzgesetz enthält insbesondere im Abschnitt 2 „Jugendschutz in der Öffentlichkeit“ Regelungen für den Verkauf, für Gaststätten und Veranstaltungen. Dabei geht es insbesondere um die Abgabe von Alkohol und Tabak an Minderjährige.

2.2.4. Planungsprozess

Rechtliche Grundlagen	
Zielsetzung	- Finanzierungsstrukturen und rechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigen und verknüpfen - Durchführung und Ansiedlung kommunaler Pflichtaufgaben - zukunftsorientierte Gestaltung auf kommunaler Ebene
Herausforderung	- Heterogenität des Arbeitsgebiets - Rechtskreisübergreifende Ansätze wenig etabliert
Handlungsbedarf	Berücksichtigung der Komplexität in der Planung
Maßnahmen	Geplant: Verbesserte Vernetzung und Fachaustausch (s. 2.3.) bis 2027
Akteure	- Gemeindepsychiatrischer Verbund Sucht - Psychosozialer Ausschuss

2.3. Gremien, Netzwerke und Koordination

Ein bereits 2023 formulierter Auftrag an die Suchtplanung war eine Analyse der Gremien und Netzwerke im Suchtbereich, die im Herbst 2023/Frühjahr 2024 durchgeführt wurde. Diese folgte dem Vorgehen, das zuvor im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie angewandt wurde.

2.3.1. Gremien

Es lassen sich vier Arten von Gremien unterscheiden:

Übergeordnete Gremien wie der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales, der Psychosoziale Ausschuss oder der Gemeindepsychiatrische Verbund. Dort wurden in den Jahren 2023/2024 keine Themen aus dem Suchtbereich behandelt. Der Gemeindepsychiatrische Verbund Sucht wurde 2004 gegründet, hat aber seit vielen Jahren nicht mehr getagt.

In der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft hat sich dies seit der Wahl eines neuen Sprechers aus dem Arbeitsfeld geändert. Eine Unterarbeitsgruppe Sucht, die es in der Vergangenheit gab, existiert seit vielen Jahren nicht mehr.

Auf der mittleren Ebene gibt es Gremien wie den Arbeitskreis Straße oder die Ordnungspartnerschaft Drogen, die inhaltlich und in ihrer Zusammensetzung themenübergreifend angelegt sind. Hier sind das Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischer Dienst Sucht und die Krisenhilfe vertreten.

Im fachlichen Kernbereich gibt es nur ein Gremium mit dem AK Vernetzung und als Teilbereich die Arbeitstreffen der Sozialpsychiatrischen Dienste Sucht. Beide tagen nur jährlich bzw. in sehr unregelmäßigen Abständen. Regelungen wie Satzung, Teilnehmerkreis oder verbindliche Absprachen zur Zusammenarbeit waren in schriftlicher Form nicht zu finden.

Die Arbeitsebene mit den drei Sektorkonferenzen West, Mitte und Ost und den Jour fixe zwischen den Kliniken und den Sozialpsychiatrischen Diensten Sucht bzw. der Krisenhilfe läuft und findet regelmäßig statt. Hier steht vor allem der fallbezogene Austausch zwischen den Fachkräften im Vordergrund, es geht um Vor- und Nachsorge, Behandlung und Beratung. Diese Struktur entspricht dem Gemeindepsychiatrischen Verbund in der Erwachsenenpsychiatrie.

2.3.2. Netzwerke und Koordination

Diese Arbeitsebene sowie die Zusammenarbeit und die informellen Netzwerke zwischen den beteiligten Fachkräften werden nach vielen Gesprächen mit den Akteuren innerhalb und außerhalb des Analyseprozesses als gut eingeschätzt.

Der Kern der Akteure im Suchtbereich ist mit den großen Beratungsangeboten / Sozialpsychiatrischen Diensten Sucht von Caritas, Diakonie und Gesundheitsamt / Sozialpsychiatrischer Dienst und Krisenhilfe sowie dem Martin-Luther-Krankenhaus und der LWL-Klinik in der Größenordnung überschaubar. Dies gilt auch für die Selbsthilfe oder komplementäre Angebote wie das Ambulant Betreute Wohnen.

An den Schlüsselstellen der Leitung und in den Beratungsstellen gibt es eine hohe personelle Kontinuität, so dass auch hier seit Jahren eine gute informelle Vernetzung besteht.

Im Vergleich zu den Strukturen, Gremien und Netzwerken in der Erwachsenenpsychiatrie ist festzustellen, dass es im Suchtbereich nie eine zentral benannte und verantwortliche Koordination gegeben hat. Auch eine verbindliche und geregelte Gremienebene wie der Gemeindepsychiatrische Verbund, der auch Inhalte aufgreift und in die fachliche und politische Diskussion einbringt, existiert seit Jahren nicht.

Zudem gehen im Suchtbereich (und in der PSAG) in den Jahren 2024/2025 einige Persönlichkeiten in den Ruhestand, die die Arbeit über Jahrzehnte geprägt und getragen haben.

2.3.3. Planungsprozess

Gremien, Netzwerke und Koordination	
Zielsetzung	• Schaffung einer übergreifenden und verbindlichen Zusammenarbeit und Netzwerkstruktur
Herausforderung	• Neuaufbau erforderlich • Generationenwechsel
Handlungsbedarf	• Basis für fachliche Entwicklung im Arbeitsfeld schaffen
Maßnahmen	Geplant: • Reaktivierung eines verbindlich laufenden und inhaltlich arbeitenden Gemeindepsychiatrischen Verbundes Sucht 2025/2026 • steuernde Gruppe (Sprecherkreis) oder Person etablieren
Akteure	• Gemeindepsychiatrischer Verbund • alle Beratungsstellen aus dem Suchtbereich • LWL-Klinik und Martin-Luther-Krankenhaus (Fachabteilungen) • Sozialpsychiatrischer Dienst • Selbsthilfe • Betriebliche Suchtberatungsstellen • Psychosozialer Ausschuss

2.4. Berichterstattung ambulante Suchtberatung

Ziel ist die Entwicklung einer Berichterstattung im Bereich der ambulanten Suchtberatung.

Beteiligt sind die Träger AWO Ruhr-Mitte, Caritasverband Ruhr-Mitte e.V., Diakonie Ruhr und Krisenhilfe e.V. Bochum sowie das Gesundheitsamt mit der Suchtberatung des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Alle Einrichtungen melden bereits Daten an das Gesundheitsamt, die Systematik ist jedoch sehr unterschiedlich, die Statistik des Sozialpsychiatrischen Dienstes Sucht ist wiederum eine andere.

Es sollte eine Berichterstattung analog zu den Kriterien der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) und dem hier verwendeten Kerndatensatz Sucht eingeführt werden.

2.4.1. Deutsche Suchthilfestatistik

„Die DSHS ist das nationale Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe in Deutschland. Sie beschreibt 1) ambulante und (teil-)stationäre Einrichtungen der Suchthilfe hinsichtlich struktureller Merkmale und Leistungsspektrum und 2) die dort betreute/behandelte Klientel hinsichtlich soziodemographischer und suchtbbezogener Aspekte sowie betreuungs-/behandlungsspezifischer Merkmale.“ <https://www.suchthilfestatistik.de/index.html>

Somit wären die Daten auch interkommunal bis auf die nationale Ebene vergleichbar.

Als Beispiel für eine Ergebnisdarstellung dient die Grafik aus der Deutschen Suchthilfestatistik ambulant 2022:

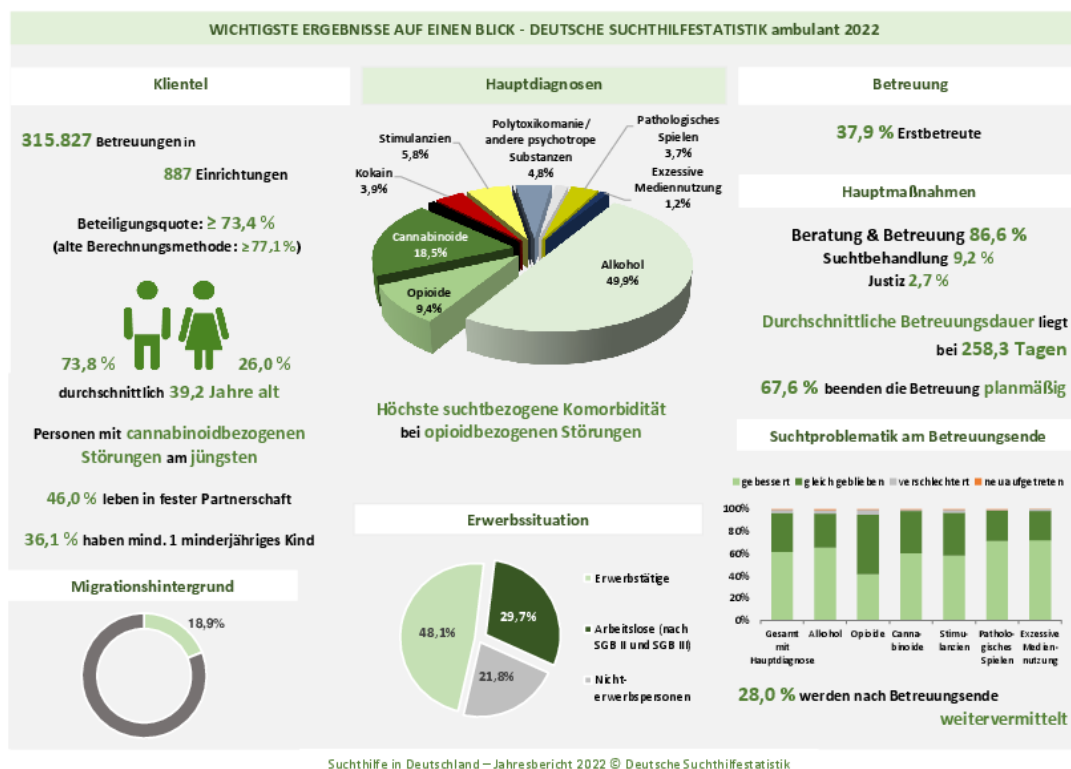


Abbildung 4: Ergebnisse Deutsche Suchthilfestatistik ambulant 2022

Quelle: <https://www.suchthilfestatistik.de/ergebnisse/aktuelle-ergebnisse-ambulant.html>

2.4.2. Vorbereitung

Caritas, Diakonie und Krisenhilfe melden ihre Daten bereits in diesem System, auch wenn die Berichte an das Gesundheitsamt anders aufgebaut sind. Bei der AWO Ruhr-Mitte für deren halbe Stelle Suchtberatung muss eine Anpassung erfolgen.

Ausschließlich die Krisenhilfe betrifft das Monitoring für Crack/Opioide. Es lässt sich hier integrieren, da die Krisenhilfe bereits über ein gutes Dokumentations- und Berichtssystem nach den gewünschten Kriterien verfügt.

Die bisherige Datenstruktur der Suchtberatung des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist nicht auf die DSHS ausgerichtet. Im Gesundheitsamt Bochum wird in einem mehrjährigen Prozess die zentrale, modular aufgebaute Software „Octoware“ eingeführt. Das Rollout für den Sozialpsychiatrischen Dienst einschließlich eines Moduls für die Suchtberatung soll ab Herbst 2024 erfolgen. In einem späteren Schritt wird das auch Caritas und Diakonie als Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste Sucht in Mitte und Ost betreffen. Die Daten aus Octoware sind grundsätzlich auswertbar, entweder direkt oder über den Export von csv-Dateien oder über das Statistikmodul „Octoreport“. Diese Optionen müssen aber noch erprobt werden.

2.4.3. Planungsprozess

Berichterstattung	
Zielsetzung	Aufbau einer Berichterstattung für die ambulante Suchtberatung
Herausforderung	- Einführung einer neuen Software (Sozialpsychiatrische Dienste Sucht) - Nur ein Teil der Beratungsstellen hat bisher standardisiert Daten erfasst gemeldet (nach DSHS)
Handlungsbedarf	Schaffung einer datenbasierten Grundlage für weitere Planungsprozesse
Maßnahmen	In Vorbereitung: - Konfiguration der Software für die Sozialpsychiatrischen Dienste Sucht Laufend: - Fachaustausch mit den Trägern Geplant: - Fachaustausch fortsetzen - Vereinbarungen zur Umsetzung treffen 2025 - Probeweise Erfassung 2025/2026
Akteure	- AWO Ruhr-Mitte, Caritasverband Ruhr-Mitte e.V., Diakonie Ruhr und Krisenhilfe e.V. Bochum sowie das Gesundheitsamt mit der Suchtberatung des Sozialpsychiatrischen Dienstes - Gesundheitsamt: Stabsstelle (Gesundheitsberichterstattung, Digitalisierung)

2.5. Suchtprävention

2.5.1. Einführung

Die Suchthilfe beschäftigt sich bereits seit einigen Jahren mit der Suchtprävention. Für die breite Öffentlichkeit hat die Legalisierung von Cannabis die Aufmerksamkeit erhöht.

Suchtprävention setzt frühzeitig an, stärkt Lebenskompetenzen und ist langfristig und zielgruppenorientiert angelegt.

Bei allen Substanzen richtet sich die Prävention in erster Linie an Jugendliche und junge Erwachsene, da diese aufgrund von Wachstumsprozessen körperlich besonders gefährdet sind. Weitere Aspekte der Prävention werden im Folgenden beschrieben.

Aus Sicht der Prävention ändert sich durch die Legalisierung von Cannabis nicht viel. Für die Prävention ist zentral die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zuständig. NRW hat, wie die meisten Bundesländer, keine eigenen Aktivitäten und stellt auch keine Mittel zur Verfügung.

Neu hinzugekommen sind die im Cannabisgesetz geregelten Anbauverbände. Sie müssen nach § 23 Cannabisgesetz einen Präventionsbeauftragten benennen, mit Suchtberatungsstellen kooperieren und ein Jugendschutz- und Gesundheitsschutzkonzept erstellen. Es ist davon auszugehen, dass die Genehmigungsverfahren für die Anbauvereine in NRW bis Ende 2024 nicht abgeschlossen sein werden und Detailregelungen noch offen sind.

Über Frühjahr/Sommer 2024 gab es mehrere Treffen einer neu eingerichteten Arbeitsgruppe aus den Suchtberatungsstellen (Caritas/Diakonie/Krisenhilfe), dem Sozialpsychiatrischen Dienst Sucht der Stadt, der Fachstelle für Suchtvorbeugung (inechtzeit/Krisenhilfe), der Polizei (Kriminalkommissariat Kriminalprävention & Opferschutz), mehreren Abteilungen des Jugendamts sowie das Gesundheitsamt (Psychiatrie- und Suchtplanung).

Die Arbeitsgruppe hat sich zunächst mit den bestehenden Angeboten befasst und diese analysiert. Es wurde eine Zuordnung nach Zielgruppen und Methodik vorgenommen und bewertet.

2.5.2. Präventionsarten

Für einen Zugang zur Thematik bedarf es einer kurzen Erläuterung:

Hinsichtlich der Zielgruppen wird zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden. Universelle Prävention richtet sich an die Gesamtbevölkerung oder an Bevölkerungssegmente (z.B. alle Jugendlichen). Dazu gehören z.B. massenmediale Kampagnen, Maßnahmen auf kommunaler Ebene oder die Arbeit mit Schulklassen.

Selektive Prävention richtet sich an definierte Risikogruppen. Die Personen dieser Risikogruppen sind in der Regel gesund und unauffällig, haben aber aufgrund empirisch gesicherter Risikofaktoren eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeit zu entwickeln (z.B. Kinder aus alkoholbelasteten Familien).

Maßnahmen der indizierten Prävention richten sich an Personen mit manifestem Risikoverhalten, bei denen die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeit (noch) nicht erfüllt

sind. Ein Beispiel für eine solche Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene, die am Wochenende exzessiv Alkohol trinken.

Die Übergänge zwischen den verschiedenen Präventionstypen sind fließend. Universelle, selektive und indizierte Interventionen bauen aufeinander auf und ergänzen sich im Idealfall. Manchmal wird die universelle Prävention mit dem Konzept der Gesundheitsförderung gleichgesetzt. Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich nicht vollständig voneinander trennen, da Prävention nicht nur auf die Reduktion von Risikofaktoren, sondern auch auf die Stärkung von gesundheitsförderlichen Schutzfaktoren abzielt.

2.5.3. Angebote in Bochum

Eine Einteilung der in Bochum bestehenden Präventionsangebote mit Schwerpunkt Cannabis zu dieser Systematik ergibt für das Jahr 2023 folgendes Ergebnis:

Nach Zielgruppen

- 55 Infoveranstaltungen im Jahr zum Thema „Entstehung einer Abhängigkeit und Anregung zur Reflexion“ für Schüler/innen ab der 9 Klasse.

(Inechtzeit Prävention & Beratung, Krisenhilfe e.V. Bochum)

Universell

- 15 Infoveranstaltungen im Jahr zum Thema „Abhängigkeit und Reflexion des eigenen Konsums“ für Auszubildende im Betrieb und Berufskolleg sowie für junge Erwachsene in Bildungsmaßnahmen.

(Inechtzeit, Krisenhilfe)

Universell

- 3-5 Termine zur Aufklärung von Cannabis finden wöchentlich in Schulen ab der 9 Jahrgangsstufe statt.

Universell

(PP Bochum, KK-Kriminalprävention & Opferschutz (KP/O))

- Ein unregelmäßiges auf Anfrage theaterpädagogisches Angebot zum Thema Sucht zur Aufklärung, Information und Vor- und Nachbereitung für Jugendliche ab ca. 14 Jahren, Eltern, Lehrkräfte und Schulsozialarbeitern.

(Stadt Bochum, Jugendamt 5131, Kinder- und Jugendschutz)

Universell

Für Multiplikator/innen

(Schulungen für Multiplikator/innen sind grundsätzlich universell)

- 2-3 Schulungen im Jahr für Multiplikatoren wie Schulsozialarbeiter/innen zur Stärkung der Veränderungsmotivation.

(Inechtzeit Prävention & Beratung, Krisenhilfe e.V. Bochum)

- 2 Methodenschulung (Kofferschulung) im Jahr für Multiplikatoren wie Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter/innen, ambulante und stationäre Jugendhilfe.

(Inechtzeit Prävention & Beratung, Krisenhilfe e.V. Bochum)

- 11 Teamberatungen im Jahr für Multiplikatoren aus Jugendwohngruppen, Freizeithäusern, Sozialer Dienst, Schulen und ambulante Jugendhilfe.

(Inechtzeit, Krisenhilfe e.V. Bochum)

- 2x im Jahr findet für Multiplikatoren aus Schulen und der Jugendhilfe eine Methodenschulung und Wissensvermittlung in Form eines Escape Rooms statt.

(Inechtzeit, Krisenhilfe e.V. Bochum)

- Beschulungen für Multiplikatoren und Rettungskräfte der Feuerwehr.

(PP Bochum, KK-Kriminalprävention & Opferschutz (KP/O))

- Ein unregelmäßiger auf Anfrage kostenloser Klarsichtkoffer der BZgA, der auf Anfrage Schulsozialarbeiter, Fachkräfte der Jugendhilfe und sonstige Multiplikatoren zum Erfahrungsaustausch, Aufklärung und zur Information dient.

(Stadt Bochum, Jugendamt 5131, Kinder- und Jugendschutz)

Somit liegt eine qualitative und in Teilen quantitative Bestandsaufnahme vor.

Die Durchführung der Präventionsangebote konzentriert sich auf Inechtzeit und das KK Kriminalprävention und Opferschutz. Die personelle Besetzung lag im Jahr 2024 bei 3 Personen mit etwas über 2 Vollzeitstellen, der Sollstellenwert ist nicht öffentlich, liegt aber höher. Der Kinder- und Jugendschutz des Jugendamtes führt nicht direkt eigene Präventionsmaßnahmen durch, sondern organisiert diese.

Positiv ist, dass es umfangreiche und gut anwendbare Materialien und Methoden für alle Zielgruppen und jedes Alter gibt ist. Dazu zählen auch die Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Allerdings bedarf es für die Anwendung einer Schulung und der regelmäßigen Durchführung, vor allem angesichts der unterschiedlichen Altersstufen und Zugänge.

2.5.4. Planungsprozess

Suchtprävention	
Zielsetzung	Stärkung der Suchtprävention
Herausforderung	- Umsetzung der Cannabis-Legalisierung - Exzessiver Medienkonsum in der Gesellschaft
Handlungsbedarf	Arbeitsfeldübergreifende Ansätze der Suchtprävention in Bochum entwickeln
Maßnahmen	Erfolgt: - Temporäre AG zu Cannabis und Suchtprävention im Rahmen der Suchtplanung 2024 Geplant: - Bildung einer AG Suchtprävention ab 2025 - Komplex Anbauvereinigungen aufgreifen - Schnittstellen zu Schulen und dem AK Drogen schaffen 2025/2026
Akteure	- Suchtberatungsstellen - Fachstelle Suchtprävention - Polizei, KK Kriminalprävention und Opferschutz - Jugendamt - Ordnungsamt (anlassbezogen zu Cannabis) - Schulen

2.6. Problemlagen im Bereich Crack/Opioide/Fentanyl

2.6.1. Einführung

Kokain wird chemisch aus den Blättern der Kokapflanze hergestellt. Durch Kochen entstehen Kristalle, die als „Crack“ geraucht werden. In anderen Formen kann es auch als Pulver geschnupft oder gespritzt werden.

Der Konsum von Crack kann akut zu Atem- und Herzstillstand und langfristig zu Lungenschäden (Cracklunge) oder depressiven und/oder wahnhaften Psychosen führen. Es kann zu sehr starkem Gewichtsverlust kommen. Die psychischen Folgeerscheinungen reichen von Wahnvorstellungen und Angstzuständen über aggressives Verhalten bis hin zu Abstumpfung. Häufig werden im Wahn Hautstellen aufgekratzt, die sich entzünden und schlecht heilen. Auch offene Beine treten gehäuft auf. Insgesamt tritt eine deutliche Verelendung ein.

Crack wirkt schlagartig, aber sehr kurz und hat ein sehr hohes, vor allem psychisches Abhängigkeitspotenzial. Es wird mehrmals täglich konsumiert, um die Wirkung aufrechtzuerhalten. In Drogenkonsumräumen kann Crack in aufbereiteter Form geraucht werden.

Kokain/Crack: Folgeschäden

Akute Folgeschäden

- Epileptische Anfälle
- Verbrennungen im Nasen-Rachen-Bereich und der Lunge

Körperliche Folgeschäden

- Schwächung von Immunsystem, Blutgefäße, Nerven, Leber, Herz und Nieren
- Zahnschäden durch Calciumentzug
- Starker Gewichtsverlust
- „Cracklunge“ durch Ascheablagerungen in der Lunge

Psychische Folgeschäden

- Depression mit aggressiv-reizbarer Stimmung, Angst und Verwirrtheit
- Schlafstörungen
- Impotenz
- Antriebs- und Konzentrationsstörungen,
- innere Unruhe, innere Leere
- Persönlichkeitsveränderungen
- Kokainpsychose mit paranoiden Wahnvorstellungen und Halluzinationen

DHS (o.J.). Die Sucht und ihre Stoffe. Kokain, Crack, Freebase.
Höselbarth, S. (2014). Crack, Freebase, Stein. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer.

Abbildung 5: Kokain/Crack Folgeschäden

Quelle: Deimel, in Suchtkooperation NRW 2023, S. 23

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

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

Der Mischkonsum verschiedener Substanzen, auch in Kombination mit Alkohol, ist weit verbreitet. Sehr häufig wird auch eine Mischung von Substanzen über den Drogenhandel vertrieben, ohne dass der Dealer oder der Konsument die Zusammensetzung kennt. Dies ist nicht neu, vor 10 bis 15 Jahren war beispielsweise eine Mischung mit Rohypnol®, einem Benzodiazepin, weit verbreitet. Seit einigen Jahren wird in Europa die Beimischung von Fentanyl beobachtet, das bereits in geringen Dosen von 2 Milligramm tödlich wirkt.

Die Zunahme des Crack-Konsums und das Auftauchen von Fentanyl sind nach Angaben der Deutschen Aidshilfe auf das Verbot des Schlafmohnanbaus durch die Taliban in Afghanistan zurückzuführen. Laut Berichten wie dem „Afghanistan Opium Survey 2023“ seien Anbau und Export im Jahr 2023 um 95 Prozent zurückgegangen. Dies könnte zu einer Verknappung von Heroin auf dem Schwarzmarkt führen, so dass billigere Substanzen wie Crack oder Fentanyl auf den Markt kommen.

Vor 2015 war der Crack-Konsum in Frankfurt, Berlin oder Hamburg bekannt, seit etwa 2017 steigt die Zahl der Konsumenten in Nordrhein-Westfalen. Parallel zum Anstieg der Crack-Konsumierenden und der Anzahl der Konsumvorgänge verändert sich der Umgang mit der Zielgruppe. Der Konsum findet häufig sofort und in der Öffentlichkeit statt, so dass der Weg in die Drogenkonsumräume oft gar nicht mehr gefunden wird. Dies hat entsprechende Auswirkungen im und auf den öffentlichen Raum und damit auf die Arbeit der Mitarbeitenden in den Konsumräumen.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Drogenkonsumräumen und in den anderen Angeboten der Drogenhilfe hat sich die Situation insbesondere durch die Aggressivität des Crack-Konsums und das deutlich gestiegene gewalttätige Verhalten, auch der Konsumierenden untereinander, erheblich erschwert. (vgl. Suchtkooperation NRW, 2023, S. 4-12).

Diese Entwicklungen sind in identischer Weise in allen Großstädten in NRW zu beobachten und treten genauso in Bochum auf. Die Anzahl der Crack-Konsumierenden ist nach Angaben der Krisenhilfe Bochum e.V. 2023 um ein Drittel gegenüber 2022 gestiegen, in 2024 setzt es sich mit steigender Dynamik fort.

2.6.2. Sicht der Forschung

Aus Sicht der Forschung stellt Prof. Dr. Daniel Deimel, Professor für Klinische Sozialarbeit am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen die Situation wie folgt dar:

„Die Lebensbedingungen von Heroinkonsument*innen bzw. polyvalent konsumierenden Menschen: das sind Menschen, die multimorbid sind, die ganz vielen Vulnerabilitätsfaktoren aufweisen: körperliche und psychische Erkrankungen tauchen oft auf, von schweren Traumatisierungen, häufig auch von frühkindlicher Traumatisierung, sind sie deutlich öfter betroffen, als es in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Sie sind vulnerabel, was Infektionskrankheiten wie Hepatitis C und HIV angeht, es gibt Erfahrungen von Drogenüberdosierungen und dadurch eine erhöhte Sterblichkeit, aber auch die sozioökonomischen Rahmenbedingungen sind häufig schlechter als in der allgemeinen Bevölkerung: niedriger Bildungsstand, höhere Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Gewalterfahrungen und so weiter - wir haben es mit Adressat*innen zu tun, die auf unterschiedlichste Weise hochgradig belastet sind.“

Es ist wichtig, in der fachlichen Diskussion diese einzelnen Faktoren zu berücksichtigen, denn sie interagieren miteinander, sie verstärken sich gegenseitig: Hier spricht man im angloamerikanischen Raum von der „Syndemie - Produktion“, das ist ein Kunstwort, was das Zusammenspiel von Erkrankungen mit sozialen Aspekten beschreibt, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen, oft sozial randständigen Menschen hat. Das Konzept der Syndemie - Produktion sollte auch in Deutschland aus meiner Sicht stärker berücksichtigt werden als Erklärungsmuster der sich gegenseitig verstärkenden Vulnerabilitätsfaktoren genau für unsere Zielgruppe. (...)

Es gibt Vulnerabilitätsfaktoren, die sich auf das Individuum beziehen. Konsummotive spielen eine Rolle, also die Erwartungshaltung an die Substanz, an die Effekte, die man durch den Konsum erzielen möchte. Auch Faktoren wie soziale Randständigkeit gehören dazu. Natürlich hat die Substanz selbst auch eine wichtige Rolle, also die Verfügbarkeit, der Reinheitsgrad, das Wirkspektrum, aber auch die Applikationsform. Und auch Umweltfaktoren wirken auf die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung ein, also Gruppenzugehörigkeit, gehöre ich einer bestimmten Szene an, welche Substanzen werden dort verwendet, welche Kultur herrscht dort. Normative Aspekte, also ist der Substanzkonsum in einer Gesellschaft erwünscht oder üblich“ (Deimel, in Suchtkooperation NRW 2023, S. 15-16).

Für Bochum wurde bereits in den ersten Gesprächen zum Psychiatrie- und Suchtbericht 2023 eine komplexe Problemlage deutlich. Die Krisenhilfe e.V. Bochum wurde aktiv in den Suchthilfeplanungsprozess einbezogen und es wurden Fachgespräche geführt.

Ein weiterer zentraler Baustein war ein interkommunaler Abgleich und Erfahrungsaustausch mit der Suchtplanung/Suchtkoordination der Städte Bielefeld, Dortmund, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen und Wuppertal im April/Mai 2024. Die Ausprägung ist unterschiedlich bei gleicher Einschätzung der Entwicklungen. Angesichts der komplexen Situation, auch im öffentlichen Raum und unter ordnungsrechtlichen Aspekten, ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich. Die eingeschlagenen Wege (Bielefeld, Essen, Dortmund) sind z.B. aufgrund von Standortsuche nur in Teilen umgesetzt oder nach Beginn in 2023/2024 zu neu, um evaluiert werden zu können.

Grundsätzlich fehlt es im Suchtbereich an Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten mit deutlich stabilisierendem Charakter. Mit „INSAT - Individuelle Schritte in Arbeit“ (als Krisenhilfeträger) gibt es nur ein spezialisiertes Angebot in Bochum. Es deckt ausschließlich Maßnahmen über das Jobcenter ab, sowohl niedrigschwellige als auch längerfristige Angebote fehlen und können nur langfristig entwickelt werden.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat im April 2024 eine Vorlage veröffentlicht, die sehr breite Maßnahmen der Schadensminderung und Überlebenshilfen benennt.

Die bestehenden Maßnahmen in Bochum sind insbesondere bei der Krisenhilfe Bochum e.V. angesiedelt: niedrigschwellige Angebote mit Café, Drogenkonsumraum, medizinischer Erst- und Notfallversorgung, Safer Use (Spritzentausch, Ausgabe von Crackpfeifen), Beratungsstelle und Methadonambulanz einschließlich hausärztlicher Versorgung.

Hinzu kommen ineckzeit mit der Beratungsstelle für Cannabis und Designerdrogen und der Fachstelle für Suchtprävention sowie INSAT.

Im ambulant betreuten Wohnen für Drogenabhängige ist neben der Krisenhilfe der Bussmannshof in Wattenscheid zu nennen. Die Rehabilitationseinrichtung Bussmannshof ist stärker überregional ausgerichtet.

Klinische Angebote gibt es in der LWL-Klinik und im Martin-Luther-Krankenhaus, die fachlich und in der Zusammenarbeit auf Fallebene etabliert sind.

2.6.3. Bausteine

Betrachtet man die Bausteine für Maßnahmen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, die von der Suchtkooperation NRW herausgegebenen To-Do-Listen für die kommunale Ebene und führt diese mit dem interkommunalen Vergleich zusammen, so ergeben sich folgende Themen:

Aufsuchende Arbeit

Hier sind insbesondere Streetwork und mobile medizinische Grundversorgung zu nennen.

Diese Ansätze werden ab 2023/24 in Bielefeld (Streetwork), Essen (Suchthilfe direkt, Projekt „eins und eins macht drei“) und Dortmund (mobile med. Grundversorgung) aufgegriffen.

Im Rahmen des Projektes „Bochum.Sucht.Zuhause“, dessen Finanzierung bis Ende 2024 befristet ist, gibt es jeweils eine halbe Stelle für Sozialarbeit / Streetwork bei der Krisenhilfe und bei der Suchtberatung der Diakonie Ruhr.

Über den Verein „Aufsuchende medizinische Hilfe für Wohnungslose Bochum e.V.“ gibt es seit vielen Jahren Sprechstunden an verschiedenen Anlaufstellen der Wohnungslosenhilfe und am Hauptbahnhof, allerdings ehrenamtlich und mit sehr wenigen Schnittstellen zur Drogenhilfe.

Eine Vertiefung und ein Vergleich über einen Fachaustausch auf lokaler und interkommunaler Ebene werden empfohlen.

Drogenkonsumraum

In anderen Kommunen wurden hier zwei Maßnahmen ergriffen, die Schaffung von mehr Raucherplätzen (für Crack) und die Erweiterung der Öffnungszeiten.

In Bochum wurden die Raucherplätze bereits auf 6 erweitert, die Öffnungszeiten betragen 20 Stunden pro Woche, täglich von 9 bis 13 Uhr. Nach dem Bericht der Suchtkooperation NRW zu den Drogenkonsumräumen (2024, S. 5) sind diese Zeiten deutlich geringer als in allen anderen Einrichtungen und Bochum steht am Ende der Tabelle.

Ein grundsätzliches strukturelles Problem der Drogenkonsumräume ist ihre zentrale Lage und Komm-Struktur. Andere Kommunen wie Essen oder Dortmund haben dezentrale Standorte eröffnet oder sind dabei, dies zu tun. Auch mobile Drogenkonsumräume spielen in der Fachdiskussion eine Rolle, konkrete Beispiele aus der jüngeren Vergangenheit gibt es bislang nicht.

Beides ist auf seine Chancen und Konsequenzen hin zu überprüfen.

Niedrigschwellige Wohnangebote

Da Drogenabhängige in der Regel stärker von Wohnungslosigkeit bedroht oder betroffen sind, spielt die Vermittlung und der Erhalt von Wohnraum eine große Rolle. Gemeinsam mit dem LWL und dem Sozialamt wurde in Bochum „Housing first“ initiiert. Das Sozialamt der Stadt Bochum führt bereits seit mehreren Jahren das Projekt „Shelter“ durch. Der Zugang zu Wohnraum ist für die Zielgruppe aufgrund des oben beschriebenen suchtbedingten Verhaltens und der komplexen Problemlage mit besonderen Hürden verbunden. Hier sollte ein fachlicher Dialog auf Arbeitsebene mit der Wohnungslosenhilfe stattfinden.

Monitoring der örtlichen Drogensituation zur Anpassung der Hilfemaßnahmen

Die Notwendigkeit einer regelmäßigen datengestützten Suchtberichterstattung wurde bereits im vorliegenden Suchtbericht beschrieben. Die Krisenhilfe Bochum e.V. erhebt und berichtet bereits seit Jahren Daten z.B. zum Gebrauch oder Konsumverhalten. In der Drogenhilfe spielt die Veränderung der Substanzen und damit des Konsumverhaltens eine ganz entscheidende Rolle. Diese Dynamik gilt es zu beobachten und zu vergleichen, um den Hilfebedarf weiter zu ermitteln und die kommunalen Maßnahmen entsprechend anzupassen.

Netzwerkarbeit und Koordination

Wie ebenfalls bereits beschrieben, bedarf es einer wesentlich kontinuierlicheren und verbindlicheren Netzwerkarbeit und Koordination im gesamten Suchthilfesystem. Dies gilt insbesondere für die Beratungsstellen und die Kliniken, aber aufgrund der fallbezogenen und inhaltlichen Überschneidungen auch für die Wohnungslosenhilfe.

Insbesondere mit Blick auf die körperlichen Folgen des Crack-Konsums und die Notwendigkeit akutmedizinischer Versorgung wird perspektivisch zu klären sein, ob der Ansatz einer mobilen medizinischen Grundversorgung greifen kann und wie die Schnittstellen zur klinischen Akutbehandlung zu gestalten sind.

2.6.4. Planungsprozess

Die Verbesserung der Netzwerkarbeit wird im entsprechenden Abschnitt 2.3. beschrieben.

Problemlagen Crack/Opioide/Fentanyl	
Zielsetzung	• Generierung von Wissen über die Problemlage • Erprobung von Handlungsansätzen
Herausforderung	• Gängige Ansätze der Drogenhilfe greifen nicht • Keine Lösungswege wie Substitution vorhanden
Handlungsbedarf	• Entwicklung in allen Großstädten • Problematische Gruppe mit schwierigem Verhalten und Verelendung
Maßnahmen	Laufend: • überregionaler Fachaustausch Geplant: • Fachaustausch 2025-2027 • Verbesserung der Netzwerkarbeit • Monitoring aufbauen 2026 • Handlungsansätze erproben bis 2027
Akteure	• Krisenhilfe e.V. Bochum • Gesundheitsamt • Ordnungsamt, Polizei • Gemeindepsychiatrischer Verbund Sucht • Suchtkoordination NRW • Andere Kommunen (Suchtplanung und –koordination)

2.7. Substitution

Die ärztliche und psychosoziale Versorgung im Substitutionsbereich weist verschiedene Aspekte auf, die in den nächsten Jahren vertieft werden müssen.

Wie bei den niedergelassenen Ärzten insgesamt ist auch hier die Altersstruktur hoch. Die rechtlichen und fachlichen Hürden für die Substitution sind sehr hoch, die soziale und gesundheitliche Situation der Patientinnen ist sehr schwierig. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Praxen eher abnehmen wird.

Vor allem bei größeren Praxen sind Standortfaktoren zu berücksichtigen, da mit gesellschaftlichen und nachbarschaftlichen Vorbehalten zu rechnen ist und es unter Umständen zu Störungen im Umfeld kommen kann.

2.7.1. Interkommunaler Erfahrungsaustausch

Ein Vergleich in NRW und der im Frühjahr 2024 durchgeführte interkommunale Erfahrungsaustausch zeigen zunächst, dass die Ausgangssituation überall ähnlich ist. Es gibt einen kommunalen oder kommunal geförderten Träger der Drogenhilfe, der räumlich und fachlich sehr eng mit einer Praxis zusammenarbeitet. Die meisten niedergelassenen Fachärzte, die Substitution anbieten, bilden einen gemeinsamen Qualitätszirkel. Beides trifft auf Bochum zu.

Sowohl in Westfalen-Lippe als auch im Rheinland verfügen verschiedene Kliniken der Landschaftsverbände über Sucht- und Substitutionsambulanzen, so in Paderborn, Lippstadt, Lengerich oder in der Nachbarstadt Essen. Diese Kliniken bieten auch stationäre und/oder tagesklinische qualifizierte Entzugsbehandlungen an. In Bochum gibt es keine Substitutionsambulanzen an Kliniken.

Die medizinische Behandlung ist integriert mit der psychosozialen Betreuung (PSB) der Suchtkranken, die von der Krisenhilfe angeboten wird.

Die psychosoziale Betreuung umfasst unterstützende, beratende und begleitende Hilfen bei der Bewältigung unterschiedlichster Probleme, die durch die Suchterkrankung entstanden sind und/oder den Alltag beeinflussen. Dies können z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Schwierigkeiten mit Behörden und Justiz, drohender Arbeitsplatz- oder Wohnungsverlust, aber auch Probleme in der Partnerschaft oder Erziehung sein.

In Städten wie Bielefeld oder Essen gibt es in Absprache mit dem Qualitätszirkel substituierender Ärztinnen und Ärzte und der Kommune ein Clearingverfahren. Vor einer Substitution erfolgt eine Kontaktaufnahme mit der Clearingstelle, die in Bielefeld bei der Drogenberatung angesiedelt ist. Die Mitarbeiter/innen informieren, klären, ob eine Substitutionsbehandlung in Frage kommt und suchen daraufhin - den Umständen entsprechend - eine möglichst wohnortnahe Praxis aus.

Vice versa ist es fachlicher Konsens, dass der psychosozialen Betreuung im gesamten Prozess und seitens der Praxen eine hohe Verbindlichkeit beigemessen wird.

2.7.2. Vergabe von Diamorphin

Ein weiteres komplexes Thema in der Substitution ist die Vergabe von Diamorphin. Diamorphin ist pharmazeutisch hergestelltes Heroin, das seit 2010 als Substitutionsmittel zugelassen ist und unter sehr strengen Auflagen verabreicht werden darf. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat sich in einer Stellungnahme 2024 ausführlich damit befasst. Die klinischen Erfahrungen sind positiv.

Es stellen sich jedoch Fragen nach den strukturellen Voraussetzungen und Qualitätsmerkmalen in der Versorgung. Die DHS weist darauf hin, dass das komplexe Krankheitsbild der Opiatabhängigkeit eine komplexe Behandlung erfordert, die eine strukturierte Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Stellen voraussetzt.

Die Diamorphinbehandlung in Nordrhein-Westfalen wurde in den letzten Jahren überwiegend von Praxisverbünden durchgeführt, die sich z.B. in Düsseldorf, Wuppertal, Iserlohn und Unna etabliert haben. Eine weitere Einrichtung ist nach einem Ratsbeschluss in Bielefeld geplant. Dortmund und Essen werden Diamorphinambulanzen in kommunaler Trägerschaft (bzw. bei kommunalen Gesellschaften) einrichten.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat im Juli 2023 eine Verordnung zur Integration der diamorphingestützten Behandlung in das örtliche Suchthilfesystem erlassen. Darin heißt es: "Die für die diamorphingestützte Behandlung erforderliche Einbindung in das örtliche Suchthilfesystem muss verbindlich, auf Dauer angelegt und auf eine strukturierte Zusammenarbeit ausgerichtet sein. Diese Zusammenarbeit muss schriftlich fixiert sein und mindestens die Zusammenarbeit mit der Kommune (Gesundheitsamt/Suchtkoordination), mit mindestens einer Einrichtung der psychosozialen Suchtkrankenhilfe und mit einer stationären psychiatrischen Einrichtung, in der regelmäßig eine Akutbehandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung erfolgt, umfassen.

2.7.3. Planungsprozess

Substitution	
Zielsetzung	• Langfristige Sicherstellung der medizinischen Substitutionsversorgung in Bochum
Herausforderung	• Schwieriges Arbeitsfeld mit hohen Voraussetzungen • Fachlich und strukturell: Vergabe von Diamorphin
Handlungsbedarf	• mittelfristig durch Altersstruktur der niedergelassenen Fachärzte für Suchtmedizin • geändertes Konsumverhalten (Crack)
Maßnahmen	Laufend: • überregionaler Fachaustausch Geplant: • Fachaustausch 2025/2026 • Strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit schaffen 2026/2027 • Veränderungen der Versorgungsstruktur diskutieren
Akteure	• Niedergelassene Ärzte, die an der Substitution beteiligt sind • Gesundheitsamt • Krisenhilfe Bochum e.V. • Krankenhausträger • Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe • Krankenkassen • Andere Kommunen (Suchtplanung und –koordination) im Fachaustausch • Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

2.8. Sucht im Alter

Sucht im Alter ist ein Querschnittsthema. Es hat medizinische Aspekte, gehört in die Suchtberatung, muss bei der Teilhabeplanung für das Leben im Alter berücksichtigt werden oder ist im Kontext der stationären und ambulanten Versorgung zu sehen.

Für Bochum bestand bereits im Bericht 2023 und zu Beginn der Psychiatrie- und Suchtplanung Konsens, Sucht im Alter zu thematisieren. Mit dem Schwerpunkt „Psychische Erkrankungen im Alter“ wurden Aspekte von Suchterkrankungen berücksichtigt. Spätestens bei Hausbesuchen eines auf die Zielgruppe spezialisierten Dienstes werden Suchterkrankungen, insbesondere Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, thematisiert.

In der derzeitigen Struktur, insbesondere in der klinischen Versorgung, ist die Behandlung von Suchterkrankungen und die Behandlung psychisch kranker älterer Menschen stark voneinander getrennt. Die entsprechende Arbeitsgruppe konzentrierte sich daher auf einen breiteren Ansatz, der allen älteren Menschen zugutekommt. Sucht im Alter wurde konzeptionell mitgedacht, aber im Frühjahr/Sommer 2024 noch nicht ausgearbeitet.

2.8.1. Einführung

Das Thema lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Betrachtet man die Substanzen, so ergibt sich insbesondere nach Einschätzung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen folgendes Bild:

Alkohol ist im mittleren und hohen Risikobereich mit chronisch riskantem Konsum zu finden. Die regelmäßige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepine, Z-Drugs wie Zopiclon) steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere bei Frauen.

Zudem wird Alkohol häufig in Kombination mit Medikamenten konsumiert, was zusätzliche Risiken birgt.

Biologisch verändert sich mit zunehmendem Alter der Metabolisierungsprozess. Die Folgen sind eine verminderte Alkoholtoleranz und andere Nebenwirkungen von Medikamenten.

Multimorbidität (das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten) und Polymedikation (die gleichzeitige Einnahme von mehr als fünf verschiedenen Medikamenten) sind bei hochaltrigen Menschen häufig. Diese allein führen schon zu Wechselwirkungen.

Symptome wie Vergesslichkeit, Apathie, eine gewisse Verwirrtheit oder auch Stürze gehören zu den häufigen Alterserscheinungen, auch Depressionen sind verbreitet. Es ist schwierig, eine akute Alkohol- oder Medikamentenintoxikation oder die Langzeitfolgen einer Suchterkrankung von einer altersbedingten Entwicklung abzugrenzen.

Zu unterscheiden ist zwischen einer Suchtproblematik, die seit dem frühen oder mittleren Erwachsenenalter besteht, und einer früh manifestierten Sucht (early onset). Entwickelt sich die Suchtproblematik erst im höheren oder hohen Alter, spricht man von spät manifestierter Sucht (late onset). Im Alter können Veränderungen der Lebenssituation (z.B. Pensionierung, Verlust der Selbständigkeit, Krankheit, Tod des Partners, von Angehörigen oder Freunden) die Entstehung einer Sucht begünstigen.

Für die Erkennung, Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen macht es nun einen Unterschied, ob die Suchterkrankung früh aufgetreten ist und bereits Kontakte zum Suchthilfesystem bestanden haben oder ob sie spät aufgetreten ist und ganz andere Lebensumstände und gesundheitliche Faktoren hinzugekommen sind. Vor allem chronisch Suchtkranke altern tendenziell schneller, zu bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen und organischen Schädigungen kommen die beschriebenen Alterungsprozesse hinzu. Die Suchthilfe, insbesondere die Suchtberatung, ist sich dieser Problematik bewusst und wird sich in Zukunft damit auseinandersetzen.

2.8.2. Entwicklung in Zahlen

Zum Umfang der Problematik: „Rund 15 % der Männer und 9 % der Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren rauchen. Rund 30 % der über 65-jährigen Männer und 18,5 % der Frauen dieser Altersgruppe, die trinken, überschreiten die Grenzwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum und gehen dadurch erhebliche gesundheitliche Risiken ein. Von den 60- bis 64-Jährigen nehmen 1,2 % täglich Schlafmittel und 1,5 % täglich Beruhigungsmittel ein. Viele dieser Medikamente haben ein hohes Suchtpotenzial. Eine Befragung von Pflegekräften in stationären und ambulanten Einrichtungen ergab, dass sie bei 14 % der Pflegenden Alkohol- und/oder Medikamentenprobleme annehmen. Der Konsum illegaler Drogen, wie Kokain, Heroin oder Cannabis ist bei älteren Erwachsenen gegenwärtig noch wenig verbreitet“ (DHS 2021). Die Dunkelziffer wird aber als hoch eingeschätzt. Es gibt das generelle Problem, das selbst die großen Berichtssysteme wie die Deutsche Suchthilfestatistik (bis 2022) und das Epidemiologische Suchtsurvey schlicht die Altersgruppen ab 65 Jahren komplett aufaddieren und daher keine Daten zur Verfügung stehen.

Konkrete Daten für Bochum sollen in den nächsten Jahren erhoben werden.

Eine erste Erfassung ist für das Jahr 2023 über den Deutschen Kerndatensatz Sucht erfolgt. In den Vorjahren gab es nur eine Differenzierung bis 64 Jahren, die höheren Altersgruppen wurden zusammenaddiert. Beteiligt sind hier die Beratungsstellen von Caritas und Diakonie sowie der Krisenhilfe.

Tabelle 1: Anzahl der Personen im jeweiligen Altersbereich, die übermäßig viel Alkohol trinken

Alter	m	w	gesamt
50-54	104	44	148
55-59	108	43	151
Summe	212	87	299
60-64	75	27	102
65-69	28	10	38
70-74	12	1	13
75+	2	1	3
Summe	117	39	156

Tabelle 2: Anzahl Personen im jeweiligen Altersbereich, die Opiode konsumiert

Alter	m	w	gesamt
50-54	36	6	42
55-59	15	5	20
Summe	51	11	62
60-64	6	1	7
65-69	3	0	3
70-74	0	0	0
75+	0	0	0
Summe	9	1	10

Die Zahlen für die übrigen Suchtformen (Cannabis, Glücksspiel, Stimulanzen) liegen im einstelligen Bereich. Es lässt sich ein Handlungsbedarf für den Bereich Alkohol erkennen.

2.8.3. Planungsprozess

Sucht im Alter	
Zielsetzung	Facharbeitsgruppe / Netzwerk Sucht im Alter bilden
Herausforderung	- wenig Daten und wissenschaftliche Erkenntnisse über die Zielgruppe - keine ausdifferenzierte Angebotsstruktur
Handlungsbedarf	Vorliegende Erkenntnisse zeigen Handlungsbedarf bei Alkoholabhängigkeit und Medikamentenkonsum im Alter
Maßnahmen	Im Vorfeld: - Fachlicher Konsens über die Inhalte und Notwendigkeit einer Arbeitsgruppe Geplant: - Fachdiskussion 2026 - Bildung einer Facharbeitsgruppe / Netzwerk Sucht im Alter 2027
Akteure	- Gemeindepsychiatrischer Verbund Sucht - Suchtberatungsstellen - LWL-Klinik, Martin-Luther-Krankenhaus (mit Fachabteilungen) - Selbsthilfe - Amt für Soziales, „Stabsstelle Leben im Alter“ - gegebenenfalls andere Akteure aus der Altenhilfe

2.9. Herausforderungen

Die Herausforderungen im Bereich der Verhaltenssüchte und der Verknüpfung der Beratung zu legalen und illegalen Suchtmitteln wurden in der Berichterstattung und bei der Erstellung des Suchtberichtes benannt, aber nicht im Detail behandelt. Die Komplexität zeigt sich am Beispiel der Legalisierung von Cannabis: 2023 gab es noch einen Gesetzgebungsprozess, der 2024 abgeschlossen wurde, aber nur schrittweise umgesetzt wird. Es steht ein Paradigmenwechsel bevor, für den es in einer Phase des gesellschaftlichen Wandels offene Lösungsszenarien geben wird.

2.9.1. Verhaltenssüchte

Die Begriffe Abhängigkeit und Sucht sind bisher fast ausschließlich auf stoffgebundene Abhängigkeiten beschränkt und daher in den offiziell anerkannten Diagnosesystemen wie der ICD-10 nicht als eigenständige Störungsbilder anerkannt. Eine Ausnahme bildet die so genannte Glücksspielsucht, die als pathologisches Glücksspiel unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ aufgeführt wird.

Verhaltenssüchte bzw. nicht stoffgebundene Süchte sind jedoch auf dem Vormarsch und finden ihren Weg in die Suchtberatung und die Klassifikationssysteme.

Im ICD-11, der in Deutschland noch nicht eingeführt ist, werden auch abhängiges und riskantes Computerspielen und zwanghaftes Sexualverhalten erfasst.

Seit einigen Jahren wird bei immer mehr Menschen, insbesondere Jugendlichen und jungen Erwachsenen, eine exzessive Internetnutzungsstörung beobachtet, die Parallelen zu einer Abhängigkeitserkrankung aufweist.

Das Internet ist zu einem festen Bestandteil unseres Lebens geworden und aus dem Alltag nicht mehr wegzudenken. So werden beispielsweise Einkäufe oder Bankgeschäfte sehr häufig über das Internet abgewickelt. Auch die Kommunikation in sozialen Netzwerken und die Partnersuche finden zunehmend über das Internet statt.

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)

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

Diese Verhaltensauffälligkeiten sind durch mangelnde Kontrolle über die Nutzung und Vernachlässigung alltäglicher Aufgaben und sozialer Beziehungen gekennzeichnet. Sie führen zu Einbußen im psychosozialen Funktionsniveau.

Die Herausforderung für die Suchthilfe besteht darin, sich mit dem Phänomen der Verhaltenssüchte und insbesondere der Internetnutzungsstörungen auseinanderzusetzen und einen Umgang damit zu finden.

Dies beinhaltet folgende Teilaspekte:

Die Grenze zwischen sozial akzeptiertem und pathologischem Verhalten ist fließend und schwer zu definieren.

Diagnose-, Beratungs- und Behandlungsansätze sind in der Entwicklung, aber noch nicht in der breiten praktischen Umsetzung.

Die Suchthilfe ist insgesamt wenig digitalisiert und auf die Kommunikationskanäle insbesondere der jüngeren Zielgruppe ausgerichtet.

2.9.2. Beratung zu legalen und illegalen Suchtmitteln sowie Verhaltenssüchten

Die Problemlagen suchtkranker Menschen werden seit Jahren zunehmend komplexer. Immer mehr Menschen leiden an multiplen (komorbiden) Erkrankungen oder konsumieren verschiedene Suchtmittel aus dem legalen und illegalen Bereich gleichzeitig oder abwechselnd. Verhaltenssüchte wie die Internetnutzungsstörung sind ein eigenständiges Phänomen, lassen aber keine schematische Trennung in verboten und erlaubt zu. Nach der Legalisierung von Cannabis in Deutschland im Frühjahr 2024 muss geklärt werden, wer sich in der Suchthilfe regelmäßig damit beschäftigt.

Angesichts dieser Entwicklungen erscheint es notwendig, die bisherige, traditionell gewachsene Trennung vieler Angebote nach dem Muster legal - illegal zu hinterfragen und im Sinne der Daseinsfürsorge für die Betroffenen neue Konzepte und Strukturen auf kommunaler Ebene zu entwickeln.

2.9.3. Planungsprozess

Herausforderungen im Bereich Sucht	
Zielsetzung	Komplexe Problemlagen berücksichtigen und bewältigen bei Verhaltenssüchten und tradierten Beratungsstrukturen in der Trennung nach legalen und illegalen Stoffen
Herausforderung	- Paradigmenwechsel - Gesellschaftlicher Wandel
Handlungsbedarf	Zukunftsfähigkeit der Suchthilfe in Bochum erreichen
Maßnahmen	Geplant: - Netzwerkbildung - Fachdiskussion mit externen und wissenschaftlichem Input 2026 - Veränderungen initiieren ab 2027
Akteure	- die gesamte Suchthilfe - Hochschulen - Fachöffentlichkeit

2.10. Zeitliche Übersicht Suchtplanung



Abbildung 6: Zeitliche Übersicht Suchtplanung

3. Anhang

3.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stufen der Partizipation nach Wright	13
Abbildung 2: Funktionales Basismodell	19
Abbildung 3: Zeitliche Übersicht Psychiatrieplanung	53
Abbildung 4: Ergebnisse Deutsche Suchthilfestatistik ambulant 2022	61
Abbildung 5: Kokain/Crack Folgeschäden	67
Abbildung 6: Zeitliche Übersicht Suchtplanung	81

3.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Personen im jeweiligen Altersbereich, die übermäßig viel Alkohol trinken	77
Tabelle 2: Anzahl Personen im jeweiligen Altersbereich, die Opioide konsumiert	78

3.3. Quellenverzeichnis

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. *Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen.* Köln 2015. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_im_Alter.pdf

Abrufdatum: 19.12.2024

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. *Vorlage „Crack und Fentanyl – Maßnahmen der Schadensminderung ausbauen!“*, Köln: April 2024 www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-04-19_Positionspapier_Crack_und_Fentanyl_%E2%80%93_Ma%C3%9Fnahmen_der_Schadensminderung_ausbauen.pdf

Abrufdatum: 19.12.2024

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. *Positionspapier „Versorgung und Behandlung Opioidabhängiger mit Diamorphin“* Köln: April 2024

https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/2024-04-15_Positionspapier_Versorgung_und_Behandlung_Opioidabhaengiger_mit_Diamorphin.pdf

Abrufdatum: 19.12.2024

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Website zu Partizipation. <https://www.dgsp-ev.de/themen/leben-und-teilhabe/partizipation>

Abrufdatum 19.12..2024

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag 2018.

Heiligers, N., Frohn, D., Timmermanns, S., Merz, S., Moschner, T. „How are you?“ *Die Lebenssituation von LSBTIQA* Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Bayern*. München: Bayerischer Jugendring (Hrsg.) 2023

https://shop.bjr.de/media/pdf/28/18/e3/0780_HAY_Ergebnisbericht_web_150-dpi.pdf

Abrufdatum: 19.12.2024

IFT Institut für Therapieforschung (Deutsche Suchthilfestatistik)

www.suchthilfestatistik.de/ergebnisse/aktuelle-ergebnisse-ambulant.html

Abrufdatum: 19.12.2024

Ipsos S.A. *Ipsos-Pride-Umfrage 2024*. <https://www.ipsos.com/de-at/ipsos-pride-umfrage-2024-angehorige-der-generation-z-identifizieren-sich-am-ehesten-als-lgbt>

Abrufdatum 19.12..2024

Kasprowski, D. et. al. *Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen*. DIW Wochenbericht Nr. 6/2021. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2021. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.810350.de/21-6-1.pdf

Abrufdatum: 19.12.2024

Klug, Günter; Hermann, Gerhard; Fuchs-Nieder, Brigitte (Hrsg.). *Was braucht eine moderne Gerontopsychiatrie? Rahmenbedingungen für mobile sozialpsychiatrische Hilfe im Alter*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag 2013

Koschig, Maria; Conrad, Ines; Schwedhelm, Justus; Frank, Magdalena; Gühne, Uta; Stengler, Katarina und Riedel-Heller, Steffi G. *Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Anlehnung an das funktionale Basismodell GEMPSY*. Köln: Psychiatrie-Verlag 2021.

Kricheldorf, Cornelia. *Informelle Bildung – der Alltag als Lernort*. Vortragsreihe Geragogik der KFH Freiburg 2006.

https://www.uni-frankfurt.de/46824955/Folien-Prof_-Kricheldorf-21_05.pdf

Abrufdatum: 19.12.2024

Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Presse-Infos | Psychiatrie. LWL-Universitätsklinikum Bochum baut: Abriss des Personalwohnheims schafft Platz für den Neubau. Meldung vom 29.06.21

https://www.lwl.org/pressemitteilungen/nr_mitteilung.php?urlID=52776#:~:text=2024%20soll%20der%20Neubau%20die,St%C3%B6rungen%20und%20Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rungen%20bereit%20halten.

Abrufdatum 20.12.2024

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW. *Erlass zur diamorphingestützten Behandlung /Einbindung in das örtliche Suchthilfesystem* vom 5. Juli 2023.

https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Erlass_Einbindung_in_das_oertl._Suchthilfe_system.pdf

Abrufdatum: 20.12.2024

Plöderl, Martin: *LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle*. Salzburg 2016. <https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/257/508>

Abrufdatum 20.12.2024

Stadt Bochum. *Basisgesundheitsbericht und Fachplan Gesundheit 2023*. [https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CZUDXK276BOCMDE/\\$File/Basisgesundheitsbericht_Fachplan_Gesundheit_Bochum_2023.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CZUDXK276BOCMDE/$File/Basisgesundheitsbericht_Fachplan_Gesundheit_Bochum_2023.pdf)

Abrufdatum 20.12.2024

Stadt Bochum. *Psychiatriebericht 2023*.

[https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CZUDYC667BOCMDE/\\$File/Psychiatriebericht_Bochum_2023.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CZUDYC667BOCMDE/$File/Psychiatriebericht_Bochum_2023.pdf)

Abrufdatum 20.12.2024

Stadt Bochum. *Wohnungsnotfallhilfekonzert der Stadt Bochum 2022*.

[https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CYJAAT209BOCMDE/\\$File/Wohnungsnotfallhilfekonzert.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2CYJAAT209BOCMDE/$File/Wohnungsnotfallhilfekonzert.pdf)

Abrufdatum 20.12.2024

Stadt Graz, Sozialamt (Hrsg.). *Grazer Alterspsychiatrisches Modell*. Graz 2022

https://www.graz.at/cms/dokumente/10163257/cf8b0873/Broschuere_Alterspsychiatrisches_Modell_A4_barr.pdf

Abrufdatum: 20.12.2024

Suchtkooperation NRW. *Tagungsdokumentation „Wandel der Konsummuster. Veränderungen in der Drogenszene – Konsequenzen für das Hilfesystem“*, Köln, Mai 2023

https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Doku_final.pdf

Abrufdatum: 20.12.2024

Suchtkooperation NRW. *Jahresbericht 2023. Drogenkonsumräume in NRW*. Köln, 2024

https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2023_komplett.pdf

Abrufdatum: 20.12.2024

Suchtkooperation NRW, Thema „*Struktur des Suchthilfesystems*“

<https://suchtkooperation.nrw/themen/das-suchthilfesystem-in-nrw>

Abrufdatum: 20.12.2024

Wright, Michael. *Qualität gemeinsam verbessern. Eine Einführung in die Partizipative Qualitätsentwicklung*. Düsseldorf 2011.

https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/service/Veranst/110621_Workshop_Partizipat_Qualitaetsentwicklung/Wright_Partizipative_Qualitaetsentwicklung.pdf

Abrufdatum 20.12.2024

4. Materialien

4.1. Interviewleitfaden Partizipation

Datum:

Gesprächspartner/in:

Welche Erfahrungen mit Beteiligungsverfahren haben Sie?

Welche Gremien oder Ansprechpersonen in Bochum in Bereichen wie Psychiatrie oder Inklusion kennen Sie?

(von Interesse: Behindertenbeauftragte, Psychiatriekoordination)

Gibt es Themen, die für Sie als Selbsthilfegruppe / Person von besonderer Bedeutung sind?

Abfrage zu:

Barrieren

Behandlung und Therapie

Wohnen

Assistenz

(am Ende zentrale Themen aus Planungsprozess benennen: Prävention für Kinder und Jugendlichen gegen psychische Störungen und Sucht; im Suchtbereich Crack/Opioide/Fentanyl und Substitution, Wohnungslose mit psychischen und Suchterkrankungen; psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter)

4.2. Fragebogen zur Erfassung Gemeindepsychiatrischer Angebote

Einrichtungsspezifischer Fragebogen

Schwer psychisch erkrankte Menschen Definition: Menschen mit einer psychischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind. (in Anlehnung an die S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen))

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die entsprechende Antwort ankreuzen oder die entsprechende Antwort eintragen. Zum Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie etwa 30 Minuten.

A. Struktur der Einrichtung

1. Größe

- 1.1 Wie viel therapeutisches Personal hat die Einrichtung? ca. Personen
- 1.2 Hat Ihre Einrichtung ehrenamtliche Helfer(innen)? Wenn ja, wie viele? ca. Personen
- 1.3 Wie viele psychisch erkrankte Nutzer(innen) (und / oder deren Angehörige):
- 1.3.1 suchen die Einrichtung täglich auf? durchschnittlich ca. Nutzer(innen)
- 1.3.2 suchen die Einrichtung wöchentlich auf? durchschnittlich ca. Nutzer(innen)
- 1.3.3 Wie hoch ist der Anteil schwer psychisch erkrankter Nutzer(innen)? ca. %
- 1.5 Überblick über angebotene Leistungen und Maßnahmen

2.1 In welcher Form werden die Leistungen und Maßnahmen erbracht?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 Einzelangebot ☐ 3 Angebot für Familien
- ☐ 1 Gruppenangebot ☐ 4 Angebot für Kinder
- ☐ 2 Paarangebot ☐ 5 Angebot für Jugendliche
- ☐ 6 Sonstiges:

2.2 In welcher Form werden die Leistungen und Maßnahmen überwiegend erbracht?

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen.)

- ☐ 0 Einzelangebot
- ☐ 1 Überwiegend Gruppenangebote
- ☐ 2 Beides zu gleichen Teilen
- ☐ 3 Sonstiges:

2.3 Werden die Leistungen überwiegend telefonisch oder persönlich erbracht?

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen.)

- ☐ 0 telefonisch ☐ 1 persönlich ☐ 2 anderes:

2.4 Wo können die Leistungen erbracht werden? (Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 in der Einrichtung
- ☐ 1 mobil – im häuslichen Setting
- ☐ 2 mobil – in sozialer Umgebung
- ☐ 3 mobil – in angemieteten Räumlichkeiten/Räumlichkeiten anderer Träger

2.5 Wo werden die Leistungen überwiegend erbracht?

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen.)

- ☐ 0 in der Einrichtung
- ☐ 1 mobil – im häuslichen Setting
- ☐ 2 mobil – in sozialer Umgebung
- ☐ 3 mobil – in angemieteten Räumlichkeiten/Räumlichkeiten anderer Träger

2.6 Wie niedrigschwellig / leicht zugänglich sind Ihre Angebote?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- | | |
|--|---|
| ☐ 0 ohne Vorwissen nutzbar | ☐ 5 ohne Angabe persönlicher Daten nutzbar |
| ☐ 1 ohne Krankenkassenkarte nutzbar | ☐ 6 es fallen keine Kosten an |
| ☐ 2 gut erreichbar | ☐ 7 Angebote werden öffentlich beworben |
| ☐ 3 jeder kann kommen | ☐ 8 ohne Überweisung nutzbar |
| ☐ 4 ohne Voranmeldung | ☐ 9 anderes: |

2. Finanzierung von Leistungen

3.1 Wie werden die angebotenen Leistungen überwiegend finanziert?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- | | |
|--|---|
| ☐ 0 Krankenkassen | ☐ 4 Jobcenter |
| ☐ 1 Deutsche Rentenversicherung | ☐ 5 Agentur für Arbeit |
| ☐ 2 Privat | ☐ 6 Spenden |
| ☐ 3 Sozialhilfeträger/LWL | ☐ 7 Forschungsgelder |
| | ☐ 8 andere: |

3.1 a) Bitte nennen Sie im Sinne eines Rankings die drei Hauptbezugsstellen/-institutionen.

- I.
- II.
- III.

3.1 b) Erfolgt die Finanzierung vorwiegend kommunal?

- ☐ 1 ja
- ☐ 0 nein

3.2 Erhält Ihre Einrichtung Fördermittel jenseits der regulären Finanzierung? Wenn ja, welche?

-
-
-
-
-

B. Geografische Verortung

1. Wo befindet sich die Einrichtung bzw. wo sind ihre Standorte?

- ☐ 0 M i t t e
☐ 1 W e s t
☐ 2 O s t

2. in welchem Stadtteil / in welchen Stadtteilen?

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| a) | 0 | b) | 3 |
| c) | 1 | d) | 4 |
| e) | 2 | f) | 5 |

3. Gibt es einen regionalen Pflichtversorgungsauftrag für Ihre Einrichtung?

- ☐ 1 ja ☐ 0 nein

3.1 Wenn ja: Für welche Stadtteile oder Sektoren?

.....

.....

C. Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Team

1. Welche Berufsgruppen arbeiten festangestellt in der Einrichtung?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- | | |
|--|--|
| ☐ 0 Psychologen mit Approbation | ☐ 9 Pflegekräfte |
| ☐ 1 Psychologen ohne Approbation | ☐ 10 Genesungsbegleiter |
| ☐ 2 Psychiater/Neurologen | ☐ 11 Physiotherapeuten |
| ☐ 3 Ärzte anderer Gruppen (z. B.: Hausarzt) | ☐ 12 Weitere: |
| ☐ 4 Ergotherapeuten | ☐ Weitere: |
| ☐ 5 Kunsttherapeuten | ☐ Weitere: |
| ☐ 6 Sozialarbeiter | ☐ Weitere: |
| ☐ 7 Pädagogen | ☐ Weitere: |
| ☐ 8 Erzieher | ☐ Weitere: |

2. Werden Psychiatrieerfahrene in die Arbeit der Einrichtung einbezogen?

- ☐ 1 ja ☐ 0 nein

2.1 Wenn ja, in welcher Form?

.....

.....

3. Werden Angehörige schwer psychisch kranker Menschen in die Arbeit der Einrichtung mit einbezogen bzw. übernehmen diese ebenfalls Aufgaben oder Projekte?

- ☐ 1 ja ☐ 0 nein

3.1 Wenn ja, in welcher Form?

.....

.....

4. Zusammenarbeit im Team

4.1 Finden regelmäßige Teambesprechungen statt?

- ☐ 1 ja ☐ 0 nein

4.2 Wenn ja, in welchem Rhythmus?

4.3 Welchem Zweck dienen diese Teambesprechungen?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 klientenbezogene Fallbesprechungen ☐ 3 als externe Supervision
☐ 1 organisationsbezogene Besprechungen ☐ 4 Weiteres:
☐ 2 im Sinne der Intervention ☐ Weitere:

5. Gibt es regelmäßige psychiatriespezifische Weiterbildungen, die auf den Umgang mit Menschen in psychischer Not vorbereiten? (z. B. Notfallmanagement)

- ☐ 1 ja ☐ 0 nein

5.1 Wenn ja, wie oft im halben Jahr?

ca. Mal

5.2 Wer aus dem Team hat Zugang zur Weiterbildungsmaßnahme?

- ☐ 0 alle ☐ 1 nur ein Teil (Wer?)

D. Nutzerinnen / Nutzer

(schwer psychisch kranke Menschen und / oder deren Angehörige)

1. Wie kommen die Personen in die Einrichtung? Bitte kreuzen Sie typische Zugangswege an.

(Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 aus dem stationären Bereich ☐ 7 spontan in der Krise
☐ 1 über Betroffenenengruppen ☐ 8 Homepage
☐ 2 Mundpropaganda ☐ 9 mit Überweisung
☐ 3 Eigeninteresse ☐ 10 Weiteres:
☐ 4 mediengestützt ☐ Weitere:
☐ 5 VHS-Kurs ☐ Weitere:
☐ 6 Zeitung

2. Was sind typische Anliegen, wenn jemand zu Ihnen in die Einrichtung kommt?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 Rat zum Umgang mit betroffenen Angehörigen
☐ 1 Diagnosefragen
☐ 2 Betreuung in Krisensituation
☐ 3 Tagesstruktur ☐ 12 Weiteres:
☐ 4 Beistand suchend ☐ Weitere:
☐ 5 Fragen rund ums Wohnen ☐ Weitere:
☐ 6 Fragen zum Einkommen ☐ Weitere:
☐ 7 Unsicherheit im Umgang mit anderen ☐ Weitere:
☐ 8 Begleitung ☐ Weitere:
☐ 9 fehlende Zukunftsperspektive ☐ Weitere:
☐ 10 Antragstellungen
☐ 11 durch Überweisung

3. Besteht die Möglichkeit, einem schwer psychisch erkrankten Nutzer Ihrer Einrichtung eine feste Bezugsperson an die Seite zu stellen?

- ☐ 1 ja ☐ 0 nein

4. Wie erfolgt in der Einrichtung die Bedarfsfeststellung?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 Bedarfsermittlungsinstrument
☐ 1 in Fallkonferenzen
☐ 2 als Fazit einer Fallkonferenz
☐ 3 nicht über die eigene, sondern über eine andere Einrichtung
☐ 4 auf sozialrechtlicher Grundlage (nach BTHG)
☐ 5 unterschiedlich je nach Kassenzugehörigkeit
☐ 6 auf Grundlage von Budgetierung & Haushaltsplanung
☐ 7 nach individuellem Bedarf des Nutzers
☐ 8 anderes Vorgehen:
☐ 8 anderes Vorgehen:
☐ 8 anderes Vorgehen:

5. Wie erfolgt in der Einrichtung das Beschwerdemanagement?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 die Nutzer(innen) werden darauf aufmerksam gemacht (Stimulierung)
☐ 1 Beschwerden werden im direkten Kontakt erfasst
☐ 2 Beschwerden werden schriftlich erfasst und unpersönlich abgegeben (indirekt)
☐ 3 es gibt feste Termine der Bearbeitung von Beschwerden
☐ 4 Beschwerden werden unsystematisch-häufig bearbeitet
☐ 5 es werden Lösungen für Beschwerden erarbeitet und zurückgeführt
☐ 6 es werden Lösungen erarbeitet, die in der Institution verbleiben
☐ 7 es werden keine Lösungen erarbeitet, Beschwerden werden dokumentiert
☐ 8 schriftlich eingegangene Beschwerden werden aufgearbeitet und ein Report wird erstellt
☐ 9 ein „Beschwerdereport“ dient als Grundlage für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen
☐ 10 es gibt einen „Beschwerdemanagement-Verantwortlichen“
☐ 11 es gibt kein Beschwerdemanagement
☐ 12 anderes Vorgehen:
☐ 12 anderes Vorgehen:
☐ 12 anderes Vorgehen:

E Begrenzung von Leistungen

- 1. Gibt es relevante Ausschlusskriterien vor oder während der Nutzung Ihrer Einrichtung?
Bitte nennen Sie diese:**

.....

.....

.....

- 2.1 Sind die Betreuungszeiträume begrenzt?**

☐ 1 ja ☐ 0 nein

- 2.2 Wenn ja, sind die Betreuungszeiträume verlängerbar?**

☐ 1 ja ☐ 0 nein

- 2.3 Welches sind die maximalen Betreuungszeiträume?**

.....

.....

- 2.4 Wodurch erfolgt die Begrenzung?**

(Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 diagnosebezogen
☐ 1 angebotsbezogen
☐ 2 finanzierungsbezogen

- 3. Ist eine 24h-Betreuung möglich?**

☐ 1 ja ☐ 0 nein

- 3.1 Wenn ja, unter welcher Voraussetzung?**

.....

.....

- 3.2 Und ist der 24h-Zeitrahmen im Einzelfall verlängerbar?**

☐ 1 ja ☐ 0 nein

- 4. Besteht in Ihrer Einrichtung die Möglichkeit eines Krisenmanagements?**

☐ 1 ja ☐ 0 nein

- 4.1 Wenn ja, zu welchen Zeiten?**

- ☐ 0 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche
☐ 1 nicht nachts
☐ 2 nicht an Wochenenden
☐ 3 anderes:

.....

F. Kooperationen & Netzwerke

1. Gibt es feste Kooperationspartner?

☐ 1 ja ☐ 0 nein

2. Gibt es regelmäßige Treffen mit den Kooperationspartnern bzw. anderen

Versorgungspartnern (z. B.: Sektorkonferenzen, Gemeindepsych. Verbund)?

☐ 1 ja ☐ 0 nein

3. Mit wem arbeiten Sie im Rahmen von Kooperationsbeziehungen zusammen?

Netzwerkpartner	Art der Kooperation (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl Treffen im halben Jahr
.....	☐ 0 institutionsbezogen	.....
.....	☐ 1 fallbezogen	.....
.....	☐ 2 andere: .....	.....
.....	☐ 0 institutionsbezogen	.....
.....	☐ 1 fallbezogen	.....
.....	☐ 2 andere: .....	.....
.....	☐ 0 institutionsbezogen	.....
.....	☐ 1 fallbezogen	.....
.....	☐ 2 andere: .....	.....
.....	☐ 0 institutionsbezogen	.....
.....	☐ 1 fallbezogen	.....
.....	☐ 2 andere: .....	.....

4. Gibt es Hinderungsgründe, die sie von einer Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen /Organisationen abhalten? Welche Barrieren und Hürden sehen Sie für die Netzwerkbildung? (Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ 0 Zeitmangel
- ☐ 1 Personalmangel
- ☐ 2 Träger
- ☐ 3 wenig Interesse
- ☐ 4 Konkurrenz
- ☐ 5 unterschiedliche Menschenbilder
- ☐ 6 anderes:

G. Unterversorgung

1. Für welchen der folgenden Bereiche sehen Sie in Bochum eine gemeinde-psychiatrische Unterversorgung?

Bitte kreuzen Sie maximal 3 Bereiche an (in denen schwer psychisch kranke Menschen aus Ihrer Sicht am stärksten von Unterversorgung betroffen sind).

Zur Erläuterung der Funktionsbereiche ist dem Fragebogen ein **Informationsschreiben** beigelegt.

- | | |
|--|---|
| ☐ 1 Prävention | ☐ 6 Psychotherapie mit niedrigschwelliger Behandlung |
| ☐ 2 Sozialraumarbeit | ☐ 7 Alternative Rückzugsorte mit Behandlung |
| ☐ 3 Beratung | ☐ 8 komplexe intensive Behandlung bis 24h/7d |
| ☐ 4 Komplexe ambulante Behandlung | ☐ 9 Teilhabe (sozial, Arbeit, Wohnen, Reha) |
| ☐ 5 Peerarbeit | |

2. Was bräuchte es aus Ihrer Sicht, um die gemeindepsychiatrische Versorgung für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum zu optimieren?

H. Zusammenfassende Einordnung

Bitte kreuzen Sie alle Bereiche und Felder an, in denen die Einrichtung versorgend tätig ist und die aus Ihrer Sicht auf Sie zutreffen (angelehnt an Niehaus, Wüstner & Lambert, 2013):

- | | |
|---|---|
| ☐ 0 Evidenzbasierte Behandlung psychisch kranker Menschen | ☐ 17 Intensive Betreuung des Betroffenen zu Hause Betroffenen zu Hause |
| ☐ 1 Behandlung durch Ärzte | ☐ 18 Peerarbeit: Beratung |
| ☐ 2 Behandlung durch Pflege | ☐ 19 Peerarbeit: Intervention |
| ☐ 3 Psychotherapeutische Behandlung | ☐ 20 Erfahrungsschatz des Klienten nutzen |
| ☐ 4 Suchtbehandlung | ☐ 21 Unterstützung bezüglich Wohnen |
| ☐ 5 Tägliche Unterstützung | ☐ 22 Unterstützung bezüglich Arbeit |
| ☐ 6 Pflegeberatung | ☐ 23 Unterstützung bezüglich Wohlbefinden |
| ☐ 7 Hilfe im Alltag | ☐ 24 Unterstützung bezüglich Jobsuche |
| ☐ 8 Verwahrlosung vorbeugen | ☐ 25 Förderung der Inklusion von Klienten |
| ☐ 9 Rehabilitation | ☐ 26 Stigmatisierung vorbeugen |
| ☐ 10 Jederzeit erreichbar | ☐ 27 Versorgung auf gerichtliche Anfrage hin |
| ☐ 11 Somatische Screenings und Behandlung | ☐ 28 Risikoabschätzung und Sicherheitsmanagement |
| ☐ 12 Krisenintervention | ☐ 29 Evaluation der Arbeit |
| ☐ 13 Kurzfristige Notfallaufnahme | ☐ 30 Routinemäßige Ergebniskontrollen |
| ☐ 14 Kontakt zur Familie | ☐ 31 Zertifizierung |
| ☐ 15 Einbezug des Familien- und / oder Unterstützersystems | |
| ☐ 16 Prävention | |

Vielen Dank für das Ausfüllen des allgemeinen Teils des Fragebogens!

Bitte tragen Sie nun die einzelnen Angebote & Maßnahmen Ihrer Institution in die entsprechenden beigelegten Steckbriefe ein.

ACHTUNG: Falls Sie mehrere Angebote haben, die dem gleichen Steckbrief zuzuordnen sind, vervielfältigen Sie diesen bitte im Vorfeld.

Funktionsspezifische Fragebögen („Steckbriefe“)

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 1 „Prävention“

(z.B. psychoedukative Veranstaltungen, Antistigma-Formate, Psychoseseminar etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

☐ Name

2) Wer darf an der präventiven Maßnahme teilnehmen? Für wen ist sie gedacht?

☐ Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die **Ziel/e** der präventiven Maßnahme:

☐ Inhalte

4) In welcher **Form** wird die präventive Maßnahme von Ihnen angeboten? (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

☐ Form

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Einzelperson | ☐ in der Einrichtung | Durchführung durch: | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ außerhalb der Einrichtung | ☐ Peers | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ wohnortnah | ☐ Professionelle | ☐ regelmäßiger |
| Max: Personen | | | |

5.1) Fallen **Kosten** für den Nutzer an?

6) Findet ein **Vorgespräch** statt?

☐ Kosten
☐

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu **welcher Zeit/zu welchen Zeiten** findet die präventive Maßnahme statt?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die **Anmeldung**?

☐ Anmeldung

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ telefonisch | ☐ per Email | ☐ ohne Anmeldung |
| ☐ persönlich | ☐ mit Warteliste | ☐ weitere |
| ☐ schriftlich | ☐ ohne Warteliste | ☐ weitere |

9) Wie intensiv wird das präventive Angebot **genutzt**? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

☐ Nutzung

- | | |
|---|---|
| ☐ kaum Anmeldungen | ☐ Mindestteilnehmerzahl erreicht |
| ☐ gut gebucht, viele Anmeldungen | ☐ mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

10) Werden **multiprofessionelle Teams** in das präventive Angebot einbezogen?



11) Wenn ja, welche **Berufsgruppen**?

☐ Teams
☐

☐ ja ☐ nein

- ☐
- ☐
- ☐

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 2 „Sozialraumarbeit“

(z.B. Nachbarschaftszentren, generationsübergreifende Hilfen, ambulante Pflege, ambulant betreutes Wohnen, Hausgemeinschaften etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

☐ Name

2) Wer darf die genannte Sozialraumarbeit in Anspruch nehmen? Für wen ist sie gedacht?

☐ Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der ausgewählten Sozialraumarbeit:

☐ Inhalte

4) In welcher Form wird die präventive Sozialraumarbeit von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)

☐ Form

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Einzelperson | ☐ in der Einrichtung | Durchführung durch: | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ außerhalb der Einrichtung | ☐ Peers | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ wohnortnah | ☐ Professionelle | ☐ regelmäßiger |
| Max: Personen | ☐ zuhause | ☐ Freiwillige Helfer | Turnus |
| | | ☐ Andere | |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

- ☐ ja ☐ nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

- ☐ ja ☐ nein

☐ Kosten

☐ Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die Sozialraum-Maßnahme angeboten?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ telefonisch | ☐ per Email | ☐ ohne Anmeldung |
| ☐ persönlich | ☐ mit Warteliste | ☐ weitere |
| ☐ schriftlich | ☐ ohne Warteliste | ☐ weitere |

☐ Anmeldung

9) Wie intensiv wird die Sozialraum-Maßnahme genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

☐ Nutzung

- | | |
|---|---|
| ☐ geringe Auslastung | ☐ hohe Auslastung der Plätze |
| ☐ mittlere Auslastung der Plätze | ☐ mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

10) Werden multiprofessionelle Teams in die Maßnahme der Sozialraumarbeit einbezogen?

- ☐ ja ☐ nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

☐ Teams

- ☐
- ☐
- ☐
-
-

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 3 „Beratung“

(z.B. Teilhabeberatung, Früherkennungszentren, niedrigschwellige Frühbehandlungsangebote für Adoleszente)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

☐ Name

2) Wer darf das Beratungsangebot in Anspruch nehmen? Für wen ist sie gedacht?

☐ Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des Beratungsangebotes:

☐ Inhalte

4) In welcher Form wird das Beratungsangebot von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)

☐ Form

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Einzelperson | ☐ in der Einrichtung | ☐ Durchführung | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ außerhalb der Einrichtung | ☐ durch Professionelle | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ wohnortnah | ☐ Durchführung | ☐ regelmäßiger |
| ☐ Max: Personen | ☐ zuhause | ☐ durch Peers | |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

- ☐ ja ☐ nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

- ☐ ja ☐ nein

☐ Kosten

☐ Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die Beratung angeboten?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ telefonisch | ☐ per Email | ☐ ohne Anmeldung |
| ☐ persönlich | ☐ mit Warteliste | ☐ weitere |
| ☐ schriftlich | ☐ ohne Warteliste | ☐ weitere |

☐ Anmeldung

9) Wie intensiv wird das Beratungsangebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

☐ Nutzung

- | | |
|---|---|
| ☐ kaum Anmeldungen | ☐ Mindestteilnehmerzahl erreicht |
| ☐ gut gebucht, viele Anmeldungen | ☐ mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

10) Werden multiprofessionelle Teams in die Beratung einbezogen?

- ☐ ja ☐ nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

☐ Teams

- ☐
- ☐
- ☐

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 4 „Komplexe ambulante Behandlung“

(z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen, Niedergelassene Ärzte, Home Treatment etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

☐ Name

2) Wer darf die komplexe ambulante Behandlung in Anspruch nehmen?

☐ Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der komplexen ambulanten Behandlung:

☐ Inhalte

4) In welcher Form wird die komplexe ambulante Behandlung von Ihnen angeboten?

☐ Form

(Zutreffendes ankreuzen.)

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Einzelperson | ☐ in der Einrichtung | Durchführung durch: | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ außerhalb der Einrichtung | ☐ Peers | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ wohnortnah | ☐ Professionelle | ☐ regelmäßiger |
| Max: Personen | ☐ zuhause | ☐ Freiwillige Helfer | Turnus |
| | | ☐ Andere | |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

☐ ja ☐ nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

☐ ja ☐ nein

☐ Kosten

☐ Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die komplexe ambulante Behandlung angeboten?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ telefonisch | ☐ per Email | ☐ ohne Anmeldung |
| ☐ persönlich | ☐ mit Warteliste | ☐ weitere |
| ☐ schriftlich | ☐ ohne Warteliste | ☐ weitere |

☐ Anmeldung

9) Wie intensiv wird das Beratungsangebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

- | | |
|---|---|
| ☐ geringe Auslastung | ☐ hohe Auslastung der Plätze |
| ☐ mittlere Auslastung der Plätze | ☐ mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

☐ Nutzung

10) Werden multiprofessionelle Teams in die komplexe ambulante Behandlung einbezogen?

☐ ja ☐ nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

- ☐
- ☐
- ☐
-
-

☐ Teams

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 5 „Peerarbeit“

(z.B. Einsatz von Genesungsbegleitern, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, „Hilfe auf Augenhöhe“ etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

☐ Name

2) Wer darf die Peerarbeit in Anspruch nehmen? Für wen ist es gedacht?

☐ Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des Peerangebots:

☐ Inhalte

4) In welcher Form wird das Beratungsangebot von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)

☐ Form

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| ☐ Einzelperson | ☐ in der Einrichtung | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ außerhalb der Einrichtung | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ wohnortnah | ☐ regelmäßiger |
| Max: Personen | ☐ zuhause | |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

☐ ja ☐ nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

☐ ja ☐ nein

☐ Kosten

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die komplexe ambulante Behandlung angeboten?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

☐ Anmeldung

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ telefonisch | ☐ per Email | ☐ ohne Anmeldung |
| ☐ persönlich | ☐ mit Warteliste | ☐ weitere |
| ☐ schriftlich | ☐ ohne Warteliste | ☐ weitere |

9) Wie intensiv wird das Beratungsangebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

☐ Nutzung

- | | |
|---|---|
| ☐ geringe Auslastung | ☐ hohe Auslastung der Plätze |
| ☐ mittlere Auslastung der Plätze | ☐ mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

10) Werden multiprofessionelle Teams in die Peerarbeit einbezogen?

☐ ja ☐ nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

☐ Teams

- ☐
- ☐
- ☐

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 6 „Zugang zu (Akut-)Psychotherapie in der Krise“

(z.B. psychotherapeutische Sprechstunden, Akutpsychotherapie, Lotsen etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

☐ Name

2) Wer darf die (Akut-)Psychotherapie in Anspruch nehmen?

☐ Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des schnellen therapeutischen Zugangs:

☐ Inhalte

4) In welcher Form wird die (Akut-)Psychotherapie von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)

☐ Form

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| ☐ Einzelperson | ☐ in der Einrichtung | Durchführung durch: | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ außerhalb der Einrichtung | ☐ Professionelle | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ wohnortnah | ☐ Professionelle in | ☐ regelmäßiger |
| Max: Personen | ☐ zuhause | Ausbildung | Turnus |
| | | ☐ Andere | |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

- ☐ ja ☐ nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

- ☐ ja ☐ nein

☐ Kosten

☐ Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die (Akut-)Psychotherapie angeboten?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

☐ Anmeldung

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ telefonisch | ☐ per Email | ☐ ohne Anmeldung |
| ☐ persönlich | ☐ mit Warteliste | ☐ weitere |
| ☐ schriftlich | ☐ ohne Warteliste | ☐ weitere |

9) Wie intensiv wird das (akut-)psychotherapeutische Angebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

☐ Nutzung

- | | |
|---|---|
| ☐ geringe Auslastung | ☐ hohe Auslastung der Plätze |
| ☐ mittlere Auslastung der Plätze | ☐ mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

10) Werden multiprofessionelle Teams in die (akut-)psychotherapeutische Behandlung einbezogen?

- ☐ ja ☐ nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

☐ Teams

- ☐
- ☐
- ☐
-
-

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 7 „Krankenhausalternative Rückzugsorte“

(z.B. Krisenbett, Gastfamilien, Aufenthaltsraum etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

Name _____

2) Wer darf den Rückzugsort nutzen? Für wen ist der Rückzugsort gedacht?

Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die **Ziel/e** mit dem der Rückzugsort eingerichtet wurde:

Inhalte

4) In welcher **Form** wird die (Akut-)Psychotherapie von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)

Form

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| ☐ Einzelperson | ☐ in der Einrichtung | ☐ Betreuung durch | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ außerhalb der Einrichtung | Professionelle | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ wohnortnah | ☐ Betreuung durch | ☐ regelmäßig |
| Max: Personen | ☐ zuhause | Peers | |

5.1) Fallen **Kosten** für den Nutzer an?

☐ ja ☐ nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

☐ ja ☐ nein

Kosten

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit kann der Rückzugsort aufgesucht werden?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die **Anmeldung**?

- ☐ telefonisch ☐ per Email ☐ ohne Anmeldung
☐ persönlich ☐ mit Warteliste ☐ weitere
☐ schriftlich ☐ ohne Warteliste ☐ weitere

Anmeldung

9) Wie **intensiv** wird der Rückzugsort **genutzt**? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

- ☐ täglich ☐ vorwiegend am Wochenende ☐ monatlich
☐ vorwiegend wochentags ☐ wöchentlich

Nutzung

10) Werden **multiprofessionelle Teams**

in das oben genannte Angebot

„Rückzugsort“ einbezogen?

☐ ja ☐ nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

☐

10

☐

10

11

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 8 „Intensive, komplexe Behandlung bis 24h / Tag“

(z.B. Krankenhausbehandlung, Tagesklinik, Halb-Tagesklinik)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

☐ Name

2) Wer darf die (teil)stationäre Behandlung in Anspruch nehmen? Für wen ist Sie gedacht?

☐ Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der (teil)stationären Behandlung:

☐ Inhalte

4) In welcher Form wird die (teil)stationäre Behandlung von Ihnen angeboten? Zutreffendes ankreuzen.)

☐ Form

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Einzelperson | Durchführung durch: | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ Professionelle | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ Professionelle in | ☐ regelmäßiger Turnus |
| Max: Personen | ☐ Ausbildung | ☐ längerer Aufenthalt |
| | ☐ Andere | bis max. Tage |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

- ☐ ja ☐ nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

- ☐ ja ☐ nein

☐ Kosten

☐ Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit / zu welchen Zeiten wird die (teil)stationäre Behandlung angeboten?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

☐ Anmeldung

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ telefonisch | ☐ per Email | ☐ ohne Anmeldung |
| ☐ persönlich | ☐ mit Warteliste | ☐ weitere |
| ☐ schriftlich | ☐ ohne Warteliste | ☐ weitere |

9) Wie intensiv wird die (teil)stationäre Behandlung genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

☐ Nutzung

- | | |
|---|---|
| ☐ geringe Auslastung | ☐ hohe Auslastung der Plätze |
| ☐ mittlere Auslastung der Plätze | ☐ mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

10) Werden multiprofessionelle Teams in die (teil)stationäre Behandlung einbezogen?

- ☐ ja ☐ nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

☐ Teams

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen in Bochum

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 9 „Teilhabe“

(z.B. Rehabilitation, Arbeitsmöglichkeiten, Wohnen, Begegnungsstätten etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

☐ Name

2) Wer darf das Teilhabe-Angebot in Anspruch nehmen? Für wen ist Sie gedacht?

☐ Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des Teilhabe-Angebotes:

☐ Inhalte

4) In welcher Form wird die Teilhabe-Maßnahme von Ihnen angeboten? Zutreffendes ankreuzen.)

☐ Form

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Einzelperson | ☐ in der Einrichtung | Durchführung durch: | ☐ einmalig |
| ☐ Kleingruppe (bis 6) | ☐ außerhalb der Einrichtung | ☐ Peers | ☐ wiederholt |
| ☐ Großgruppe (> 6) | ☐ wohnortnah | ☐ Professionelle | ☐ regelmäßiger |
| Max: Personen | ☐ zuhause | ☐ Freiwillige Helfer | Turnus |
| | | ☐ Andere | |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

- ☐ ja ☐ nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

- ☐ ja ☐ nein

☐ Kosten

☐ Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit / zu welchen Zeiten wird die Teilhabe-Maßnahme angeboten?

☐ Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ telefonisch | ☐ per Email | ☐ ohne Anmeldung |
| ☐ persönlich | ☐ mit Warteliste | ☐ weitere |
| ☐ schriftlich | ☐ ohne Warteliste | ☐ weitere |

☐ Anmeldung

9) Wie intensiv wird die (teil)stationäre Behandlung genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

☐ Nutzung

- | | |
|---|---|
| ☐ geringe Auslastung | ☐ hohe Auslastung der Plätze |
| ☐ mittlere Auslastung der Plätze | ☐ mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

10) Werden multiprofessionelle Teams in das Teilhabe-Angebot einbezogen?

- ☐ ja ☐ nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

☐ Teams

- ☐
- ☐
- ☐

Informationsblatt

Informationsblatt zum Fragebogen

Beschreibung der 9 Versorgungsbereiche

(angelehnt an das Basismodell von Steinhart & Wienberg, 2017)

(1) Prävention

Der Funktionsbereich „Prävention“ umfasst aufklärerische, gesundheitsförderliche und rückfallvorbeugende Maßnahmen; sowohl für die breite Masse als auch indikationsspezifisch. Auch Früherkennungsmaßnahmen spielen eine Rolle. Beispiele sind: psychoedukative Veranstaltungen, Antistigmaformate etc.

(2) Sozialraumarbeit

Dem Funktionsbereich „Sozialraumarbeit“ liegt (ähnlich wie „Prävention“) ein steuernder Ansatz innerhalb der Gemeinde zugrunde. Gemeint sind Maßnahmen und Unternehmungen, die vorhandene Ressourcen einer Gemeinde oder eines Quartieres stärken und für psychisch kranke Menschen zugänglich machen, um auf diese Weise Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Zum Beispiel: Nachbarschaftszentren, Hausgemeinschaften, Quartiersmanagement etc.

(3) Beratung

Dieser Funktionsbereich umfasst offene niedrigschwellige Beratungsangebote für Personen mit psychischen und / oder psychosozialen Problemen. Grundlegend ist hierbei die Idee „Beratung vor Behandlung“. Ziel ist es, Betroffenen einen / mehrere Weg / e aufzuzeigen und evtl. weiterzuvermitteln. Beispiele: Kontakt- und Beratungsstellen, unabhängige Teilhabebberatung, offene Angebote beim Sozialpsychiatrischen Dienst etc.

(4) Komplexe ambulante Behandlung

Der Funktionsbereich „komplexe ambulante Behandlung“ oder auch „komplexe Behandlung im Lebensraum“ umfasst Maßnahmen, die es (zusätzlich zur reinen ärztlichen Sprechstunde in der Praxis) ermöglichen, akut psychiatrische Patienten in gewohnter Umgebung zu versorgen. Teils wird ein ganzes Behandlungsteam eingesetzt. Beispiele: Home Treatment, niedergelassene Ärzte in Kooperation mit ambulanter psychiatrischer Pflege, Ergotherapie etc.

(5) Peerarbeit

Die Peerarbeit ist, im Rahmen des zugrundeliegenden Modells, ein ergänzender (Behandlungs-) Baustein, der eine passgenauere gemeindenahere Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ermöglichen soll. Gemeint sind Maßnahmen, die von geschulten Psychiatrieerfahrenen durchgeführt werden. Eine besondere Bedeutung haben hierbei Genesungsbegleiter. Beispiele: Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen etc.

(6) Zugang zu (Akut-)Psychotherapie in der Krise

Diese Funktion umschließt niedrigschwellige Angebote ambulanter Psychotherapie („Akutpsychotherapie“) für Menschen in akuten Krisen, die keinen unmittelbaren psychiatrischen Notfallbehandlungsbedarf oder eine medikamentöse Behandlung ablehnen. Es geht um Maßnahmen, die zügig in Anspruch genommen werden können. Zum Beispiel: psychotherapeutische Akutbehandlung etc.

(7) Krankenhaus-alternative Rückzugsorte

Innerhalb dieser Funktion sind Maßnahmen gemeint, die es einem schwer psychisch kranken Menschen ermöglichen, wohnortnah in einem geschützten Raum Zuflucht zu finden (ohne stationäre Aufnahme!). Zum Beispiel: Gastfamilien, Krisenwohnungen/-häuser, Nachtkliniken etc.

(8) Intensive Behandlung bis 24h / Tag

Bei der „intensiven Behandlung bis zu 24 Stunden pro Tag“ ist eine (teil)stationäre Behandlung in einem Krankenhaussetting gemeint. Ziel ist es, vorab das gemeindepsychiatrische, wohn-ortnahe Versorgungsnetz erschöpfend zu nutzen, bis stationäre Maßnahmen ergriffen werden. Beispiel: stationäre Krankenhausbehandlung, tagesklinische Behandlung etc.

(9) Teilhabe

Die Funktion „Teilhabe“ erstreckt sich von der Teilhabe am Bereich Arbeit über Wohnen bis hin zur sozialen Teilhabe in Form von Arbeits- oder Beschäftigungsmöglichkeiten, eigenen Mietverträgen bzw. geschütztem institutionellem Milieu und der Erschließung von Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten. Ebenfalls dazugehörig sind Rehabilitationsmaßnahmen (angelehnt an die entsprechenden Bereiche des Bundesteilhabegesetzes).

Quellenhinweis: Koschig, Conrad, Schwedhelm, Frank, Gühne, Stengler, Riedel-Heller.

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke

Menschen in Anlehnung an das Funktionale Basismodell GEMPSY. Psychiatrie Verlag, 2022.

Köln. Psychosoziale Arbeitshilfen 43 inklusive Downloadmaterial. Anpassung des Fragebogens durch Stadt Bochum 2024.

Impressum

Herausgeber
Der Oberbürgermeister der Stadt Bochum
Dezernat V - Jugend, Soziales, Arbeit und Gesundheit
Gesundheitsamt

Grafik und Gestaltung
Gesundheitsamt Bochum

Februar 2025

Kontakt

Gesundheitsamt
Westring 28/30
44787 Bochum
www.bochum.de/Gesundheitsamt



**STADT
BOCHUM**