Psychiatrie- und Suchtplan

des Kreises Heinsberg

Fortschreibung 2024

kreis heinsberg
bodenständig. weitsichtig.

Inhalt

Vorwort 2

1. Einleitung 3

a) Prävalenz psychischer Störungen 6

b) Sozioökonomischer Effekt 7

c) Stigmatisierung/Diskriminierung 9

d) COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit 10

e) Der Klimawandel und seine Folgen für die psychische Gesundheit 13

f) Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrations- und Flüchtlingshintergrund 14

g) Der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Senioren:innen – Demenz und Altersdepression 17

h) Suchterkrankungen – eine der wichtigsten Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität 20

2. Grundprinzipien und Rahmenbedingungen der psychiatrischen Prävention und Versorgung des Kreises Heinsberg 25

Menschenbild und Gesundheitsdefinition 26

a) Paradigmenwechsel – Der Mensch steht im Mittelpunkt, nicht seine Krankheit 26

b) Bio-psycho-soziales Modell 26

c) Positive Gesundheit 27

d) Positive Mentale Gesundheit – das 2-Kontinua-Modell nach Keyes 32

e) Positive Psychologie/Psychiatrie 33

Formale Rahmenbedingungen 34

f) (Mental) Health In All Policies – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe 34

g) Agenda 2030 – Ziele für nachhaltige Entwicklung' 35

h) UN-Behindertenrechtskonvention 37

i) Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) 39

j) Die Aktionspläne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 39

Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 39

European Mental Health Action Plan 2013-2020 der WHO Europe' 40

k) Landespsychiatrieplan NRW 40

l) EU-Drogenstrategie 2021-2025 42

m) Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik 43

n) Landeskonzept gegen Sucht NRW 44

3. Der Psychiatrie- und Suchtplan des Kreises Heinsberg 47

a) Zweck und Zielsetzung 47

b) Der Sozialpsychiatrische Dienst in Deutschland 48

c) Die Sozialpsychiatrische Versorgung in der Euregio Maas-Rhein 52

Die sozialpsychiatrische Versorgung in den Niederlanden' 52

Die sozialpsychiatrische Versorgung in Belgien' 53

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) der Kreise Euskirchen und Düren sowie der Städteregion Aachen 54

d) Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) des Kreises Heinsberg 56

e) Koordinations- und Vernetzungsstrukturen der psychiatrischen Versorgung im Kreis Heinsberg 62

f) Epidemiologische Daten 66

g) Bausteine des Psychiatrie- und Suchtplans des Kreises Heinsberg.....147

i) Bedarfsplanung 148

4. Literaturliste Psychiatrie- und Suchtplan des Kreises Heinsberg.....164

Vorwort

Psychische Gesundheit ist ein zentraler Bestandteil des menschlichen Wohlbefindens – und zugleich ein Themenfeld, das in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Psychische Erkrankungen betreffen immer mehr Menschen in allen Lebensphasen und gesellschaftlichen Bereichen. Sie sind Ausdruck der tiefgreifenden Veränderungen, denen unsere Gesellschaft unterliegt, und fordern uns in besonderer Weise heraus – medizinisch, sozial, aber auch politisch.

Mit dem vorliegenden Psychiatrie- und Suchtplan legt der Kreis erstmals seit dem Jahr 2000 eine umfassende Fortschreibung dieses zentralen Planungsinstruments vor. Er trägt damit nicht nur aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung, sondern spiegelt auch die gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten 25 Jahre wider.

Ein besonderes Augenmerk gilt in dieser Fortschreibung dem Themenfeld der Gesundheitsförderung und Prävention, das unter dem übergreifenden Motto „Salutogenese und Pathogenese auf Augenhöhe“ verankert ist. Dieses Leitmotiv betont die gleichwertige Bedeutung von Krankheitsvermeidung und Gesundheitsstärkung – und damit den Blick auf die Ressourcen, die Menschen in ihrer psychischen Stabilität unterstützen.

Die vergangenen Jahre haben deutlich gezeigt, wie verletzlich psychische Gesundheit sein kann. Die Covid-19-Pandemie, der Klimawandel und weltweite Migrationsbewegungen haben gesellschaftliche Belastungen verstärkt und neue Herausforderungen für die psychiatrische und suchtbezogene Versorgung geschaffen. Der Psychiatrie- und Suchtplan versteht sich daher auch als Neupositionierung – als Antwort auf diese Entwicklungen und als Orientierung für die zukünftige Gestaltung einer modernen, ganzheitlichen Versorgung im Kreis.

Der zweite Teil des Plans widmet sich den Grundprinzipien und Rahmenbedingungen der psychiatrischen Prävention und Versorgung. Hier werden sowohl das zugrunde liegende Menschenbild und die Gesundheitsdefinition als auch die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen auf nationaler und internationaler Ebene beschrieben.

Im dritten Teil werden schließlich die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie zentrale Themenfelder für die kommenden Jahre vorgestellt. Diese sollen bis zur nächsten Fortschreibung des Plans vertieft und weiterentwickelt werden.

Mein Dank gilt allen, die an der Erstellung dieses Psychiatrie- und Suchtplans mitgewirkt haben.

Möge dieser Plan dazu beitragen, dass psychische Gesundheit im Kreis Heinsberg weiterhin gestärkt, Stigmatisierung abgebaut und Betroffene wie Angehörige gleichermaßen unterstützt werden.

Dr. Sonja Maurer
Gesundheitsdezernentin Kreis Heinsberg

1. Einleitung

„Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit"[1]

Das gesellschaftliche Bewusstsein für die Bedeutung der psychischen Gesundheit hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Das Individuum ist in immer stärkerem Maße Belastungen ausgesetzt, die zu Überlastungsreaktionen in Form von psychischen Störungen führen können. Dies betrifft sowohl den privaten wie auch den beruflichen Bereich. Als Stressoren aus dem Arbeitsleben gelten z. B. steigende Arbeitslosigkeit, unsichere Arbeitsverhältnisse, Über- und Unterforderung, wachsender Konkurrenzdruck, ständige Erreichbarkeit, erhöhte Anforderungen an Flexibilität und Mobilität sowie schlechtes Betriebsklima. Immer mehr moderne Arbeitsplätze verlangen den psychomental uneingeschränkt leistungsfähigen Beschäftigten. Gefährdungsbeurteilungen im Rahmen des Arbeitsschutzes berücksichtigen psychische Belastungen oft noch nicht ausreichend. Belastungen aus der Gesellschaft betreffen z. B. einen abnehmenden familiären Zusammenhalt und mangelnde soziale Unterstützung, Wegfall bisher funktionierender sozialer Strukturen, Verlust von Solidarität, erhöhte Anforderungen an Sozialkompetenz sowie ökonomische Unsicherheit[2]. Psychische Erkrankungen können für den Einzelnen weitreichende Konsequenzen haben. Aufgrund der jeweiligen Diagnose(n) kann es beispielsweise zu Einschränkungen bez. der Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben kommen. Oftmals führt dies zu Isolation und nicht selten auch zu einer Abwärtsspirale, die in die Armut führen kann.[3]

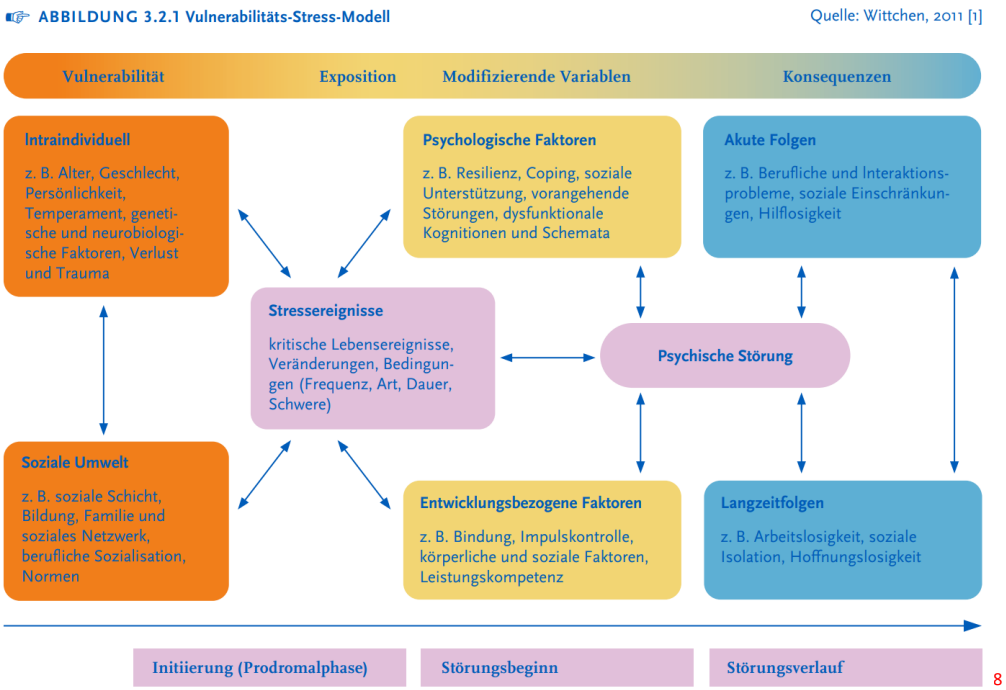
In Anbetracht einiger prominenter Präzedenzfälle sind Themen wie Depression und Demenz in der Gesellschaft angekommen. Dank der heutigen Informationstechnologien können Bürger:innen sich problemlos über diese Themen informieren. Die Politik und die Fachwelt führen Aufklärungskampagnen durch, deren Ziel es ist, die Gesamtbevölkerung aufzuklären und das Thema „psychische Erkrankungen" zu enttabuisieren. Leider haften zumindest einigen dieser Erkrankungen immer noch große gesellschaftliche Vorurteile an, so dass es nach wie vor noch zu einer Stigmatisierung der Betroffenen und deren Angehöriger kommt. In der 2005 veröffentlichten Deklaration von Helsinki haben sich die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union darauf verständigen können, der Zunahme psychischer Erkrankungen gezielt entgegenzuwirken[4]. Im sog. Grünbuch der Europäischen Kommission stellen die Autoren:innen fest, dass "die psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung stark verbesserungsbedürftig" sei und dass eine der höchsten Prioritäten darin bestünde, eine für alle psychisch Erkrankten zugängliche wirksame und qualitativ hochwertige psychische Versorgung und Behandlung bereitzustellen[5].

Laut einem 2019 veröffentlichten Faktenblatt der WHO betrug die geschätzte Prävalenz psychischer Störungen in der Europäischen Region der WHO im Jahr 2015 110 Millionen, entsprechend 12% ihrer Gesamtbevölkerung. Die Einbeziehung durch Substanzmissbrauch bedingter Störungen erhöht diese Zahl um 27 Millionen (auf 15%), während die Einbeziehung neurologischer Störungen wie Demenz, Epilepsie und Kopfschmerzsyndromen die Gesamtzahl um mehr als 300 Millionen auf 50% erhöht. Die häufigsten psychischen Störungen in der Europäischen Union sind dabei Depressionen (44,3 Mio.) und Angstzustände (37,3 Mio.)[6].

---

[1] The European Ministerial WHO Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions; Helsinki 2005
[2] https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf
[3] https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Armutsbericht/doc/armutsbericht-2017_web.pdf
[4] https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf
[5] https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf
[6] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf

Die Entstehung von psychischen Erkrankungen erfolgt, gemäß dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell, durch das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten. Viele psychisch Erkrankte sind durch eine genetisch bedingte oder sozial erlernte Vulnerabilität vorgeprägt. Bei Hinzutreten von psychischer Belastungssituation ist hier das Risiko, psychisch zu erkranken, erhöht. Jedoch spielen auch psychologische Risiko- und Schutzfaktoren eine Rolle, bei denen das Konstrukt der Resilienz eine besondere Rolle einnimmt. Die folgende Abbildung fasst die hier getroffenen Aussagen zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell zusammen[7].



[8]

Im Rahmen der Klärung der Frage, was der Begriff psychische Gesundheit umfasst, wird zunehmend auf eine breitere Definition des Gesundheitsbegriffs zurückgegriffen. Dabei gewinnen salutogenetische Aspekte eine stärkere Bedeutung, sowohl im Hinblick auf Prävention bzw. Gesundheitsförderung als auch der Versorgung von chronisch Erkrankten. Dies ist insofern von Bedeutung, als damit ein Paradigmenwechsel eingeleitet wird, der den Fokus nicht nur auf die pathogenetische Seite legt, sondern auch in gleichem Maße auf die salutogenetische Seite und somit eine ganzheitlicher Perspektive bietet. Beide Aspekte werden dabei in eine Definition der positiven mentalen Gesundheit sowie in einem 2-Kontinuitäten-Modell eingebettet.

Die seit 2020 aufgetretene Corona-Pandemie hat das Thema psychische Belastungen nochmals stärker in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Die mit den Schutzmaßnahmen einhergehenden Quarantänen sowie das „social/physical distancing“ (Einhaltung von Mindestabständen) führten zu einer signifikanten Zunahme von Vereinsamung. Dabei betrifft der Aspekt der Einsamkeit alle Bevölkerungsschichten. Verschiedene Wissenschaftler, wie der Hamburger Zukunftsforscher Horst Opaschowski, sprechen bereits von einer „Pandemie der Einsamkeit“, die auch eine Zunahme von Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen bedingen könnte[9]. Medizinisches Personal sah sich bis an den Rand der Leistungsfähigkeit gedrängt, um der Versorgung der Patienten:innen gerecht werden zu können. Unter den Mitarbeitern*Innen des

[7] https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psyschiche_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile
[8] https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psyschiche_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile
[9] https://www.aerztezeitung.de/Panorama/Droht-mit-Corona-auch-eine-Epidemie-der-Einsamkeit-413847.html

Gesundheitswesens zeigte sich in länderübergreifenden Studien, dass Angehörige des Pflegepersonals in besonderem Maße gefährdet sind. Dies ist wahrscheinlich auf den intensiveren Patientenkontakt, das höhere Ansteckungsrisiko und die geringeren Gestaltungsmöglichkeiten zurückzuführen[10]. Ängste vor möglichen Infektionen, aber auch vor potenziellen Folgen der Impfungen führten zu weiteren psychischen Belastungen in der Bevölkerung. Kinder und Jugendliche litten besonders unter den Absonderungsmaßnahmen. Im Oktober 2020 reagierte die Bundesregierung mit der sog. Offensive Psychische Gesundheit[11], deren Ziel es ist, „dass Menschen ihre eigenen psychischen Belastungen und Grenzen besser wahrnehmen und auch offener mit anderen Menschen darüber sprechen können“[12].

Die zunehmenden Folgen des Klimawandels stellen auch im Bereich der psychischen Gesundheit eine zunehmende Gefährdung dar. Angst und Depressionen nehmen zu und post-traumatische Belastungsstörungen aufgrund von Naturkatastrophen werden in Zukunft gehäuft auftreten. Auch die sog. „Öko-Angst“ oder Solastalgie stellt dabei einen wichtigen Faktor dar. Hier wird es zukünftig wichtig sein, Verfahren zu entwickeln bzw. vorhandene Verfahren anzupassen, welche die Resilienz des/der Einzelnen stärkt.

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine weitere, wichtige Zielgruppe dar, da sie, insbesondere in Anbetracht der aktuellen Flüchtlingsströme und des Ukraine-Krieges, mitunter schwersten traumatischen Situationen ausgesetzt waren und entsprechender Behandlung bedürfen. Das Gesundheitssystem wird dafür Sorge tragen müssen, dass die Zugangsbarrieren auf sprachlicher und kultureller Ebene verringert werden.

Als weiteren Aspekt ist der demografische Wandel zu benennen. Zukünftig wird es zunehmend zu einer Überalterung der Gesellschaft kommen. Das bedeutet, dass in den kommenden Jahren der Anteil der über 65-Jährigen und somit auch der Anteil multimorbider und ggf. pflegebedürftiger Menschen signifikant steigen wird. Dabei wird es zu einer deutlichen Zunahme von Menschen mit dementiellen Veränderungen und/oder Altersdepressionen geben, bei gleichzeitig prognostiziertem Rückgang von professionellen Pflegekräften, was die Belastung für die versorgenden Angehörigen nochmals deutlich erhöhen und zu Überlastungsreaktionen in Form von psychischen Erkrankungen führen könnte.

Das Thema Suchterkrankungen stellt nach wie vor ein weiteres, eigenständiges und gewichtiges Thema in unserer Gesellschaft dar. Sucht spiegelt sich in vielen Lebenswelten und Zielgruppen wider, so beispielsweise in Bezug zu den Themen Migration und Alter. Neben Alkohol und Nikotin sind vor Allem noch Cannabis sowie die Glücksspiel- und Online-Sucht zu benennen. Insbesondere die letztgenannte Suchtform hat in Zeiten der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen deutlich zugenommen. Ein weiterer Bereich stellt der Medikamentenmissbrauch und die damit mitunter verbundene Abhängigkeit dar. Leidtragende sind, neben den eigentlichen Suchterkrankten, jedoch auch Kinder aus sog. Suchtfamilien.

Die vorliegende Fortschreibung des Psychiatrie- und Suchtplans des Kreises Heinsberg nimmt sich dieser gesellschaftlichen Herausforderungen an, indem sie die aktuellen Entwicklungen im Rahmen der Prävention und Versorgung bei psychischen Erkrankungen abbildet, die salutogenetische Sichtweise der pathogenetischen Sichtweise zur Seite stellt und auf der Basis dieser Erkenntnisse Handlungsempfehlungen für die Zukunft ausformuliert.

[10] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8204614/
[11] https://inqa.de/DE/vernetzen/offensive-psychische-gesundheit/uebersicht.html
[12] https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/offensive-gestartet-1795898

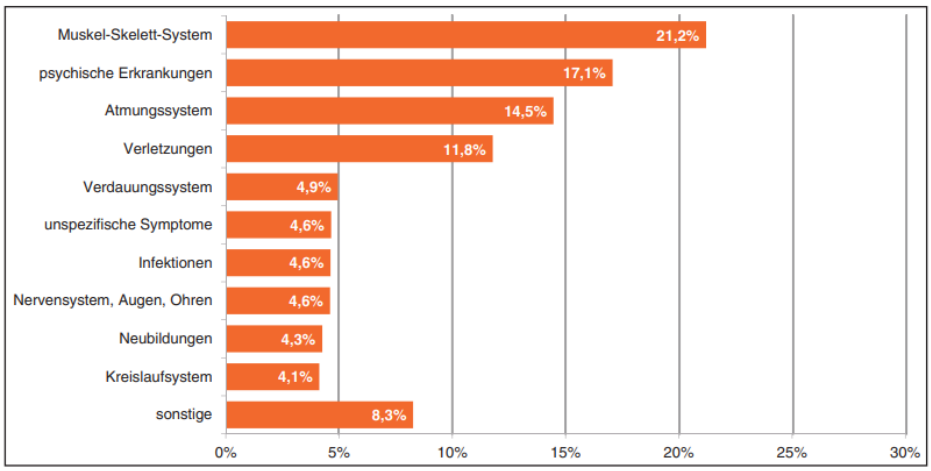
Damit stellen wir uns auch der Frage der Zukunft der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Patient:innen von heute sind nicht mehr die Gleichen wie vor 50 Jahren. Zum damaligen Zeitpunkt rekrutierten sich die psychiatrischen Patienten:innen primär aus dem Bereich der erwachsenen Männer. Der Schwerpunkt lag bei den Diagnosen auf Schizophrenien und Psychosen. Heute haben die psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen deutlich zugenommen. Auch im Bereich der Behandlung älterer Menschen hat sich Vieles geändert und zu neuen Herausforderungen geführt. Im Bereich der Diagnosen haben Angststörungen, affektive Störungen sowie mitunter hochkomplexe Persönlichkeitsstörungen an Bedeutung gewonnen.[13] Die vorliegende Fortschreibung des Psychiatrie- und Suchtplans verfolgt somit auch das Ziel, diese Prozesse bewusst zu machen, so dass sie im Rahmen der Psychiatriekoordination aufgegriffen und in konkrete Handlungen/Aktivitäten umgesetzt werden können.

a) Prävalenz psychischer Störungen

Nach Angaben der Global Burden of Disease Study zählen psychische Störungen mittlerweile zu den häufigsten Ursachen von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und tragen entscheidend zur globalen Krankheitslast bei, wobei Depressionen im Erwachsenenalter an vorderer Stelle stehen[14]. Fast jeder dritte Mensch leidet Schätzungen zufolge mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung[15]. Mit 13% stehen Depression, Epilepsie, Demenz, Angstzustände, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit und andere mentale, neurologische und Suchterkrankungen (MNS) an der Spitze der Liste der weltweiten Erkrankungen. Damit haben sie inzwischen die Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen überrundet[16]. Gemäß dem europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellen psychische Störungen eine der Hauptherausforderungen innerhalb der Europäischen Union dar, da 25% der Populationen jährlich an ihnen erkrankt[17]. Psychische Gesundheitsprobleme, hierunter Depressionen, Angstzustände und Schizophrenie sind zudem in vielen Ländern die wichtigste Ursache für Behinderung und Frühverrentung.

In der Bundesrepublik Deutschland tritt bei jedem dritten Erwachsenen innerhalb eines Jahres eine psychische Erkrankung auf[18], was 27,8% der Bevölkerung entspricht. Am häufigsten sind dabei Angststörungen (15,4%), affektive Störungen (9,8%, unipolare Depression allein 8,2%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%)[19,20,21]. Im Gesamtvergleich zu anderen Erkrankungen zählen psychische Erkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust von gesunden Lebensjahren. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben eine um 10 Jahre verringerte Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung[22]. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen die deutschen Krankenversicherer, wie das folgende Beispiel des Gesundheitsreportes 2020 der DAK zeigt[23]:

[13] https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-013-0087-1
[14] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1
[15] https://www.seelische gesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen
[16] https://www.aerzteblatt.de/archiv/112800/Psychische-Erkrankungen-Eine-weltweite-Epidemie
[17] The European Mental Health Action Plan 2013-2020, Abstract, 2015
[18] https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html
[19]https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/9e1cae06b40f7ea98d988c21d5ad17c2f77f5ace/Factsheet_Psychiatrie.pdf
[20] https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/be8589427bb02b67f5592b73cbb4d32cde26d0be/Factsheet_Kennzahlen%202022.pdf
[21] https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/93a818859031c45661aa7f6d298d6fecc6de45e9/20230104_Factsheet_Kennzahlen.pdf
[22] Walker ER, McGee RE, Druss BG (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA psychiatry 72:334-341
[23] https://www.dak.de/dak/bundesthemen/gesundheitsreport-2020-2371690.html#/

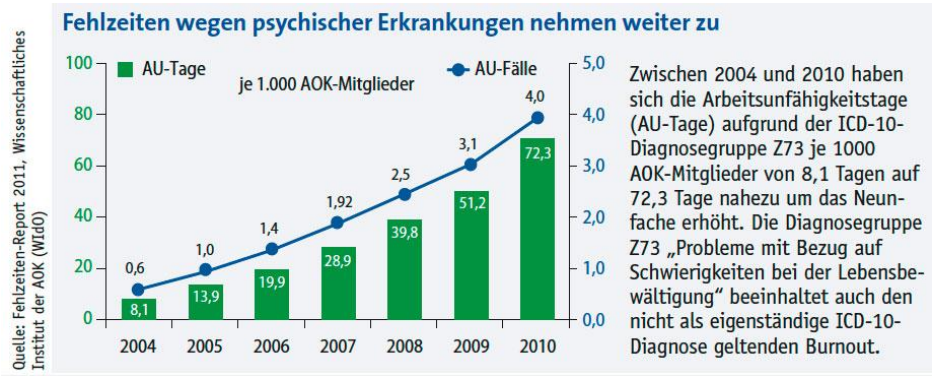


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019

Die grundsätzliche Frage, ob ein tatsächlicher Anstieg von psychischen Erkrankungen in Deutschland zu verzeichnen ist, wird kontrovers diskutiert. Die Fachwelt geht von keiner realen Zunahme aus, sondern sieht eher eine erhöhte Sensibilität bei Betroffenen und Ärzten für diese Art der Erkrankungen. Das hat zur Folge, dass die Häufigkeit von Diagnosen sowie die Behandlungsraten steigen, verbunden mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen durch die Betroffenen. Daher wird der Standpunkt vertreten, dass psychische Störungen so häufig wie früher auftreten, diese jedoch häufiger erkannt und behandelt werden[24].

b) Sozioökonomischer Effekt

Die Zunahme an psychischen Erkrankungen macht sich in der Wirtschaft bemerkbar: sie nehmen inzwischen den vierten Platz bei den Krankheitstagen ein. Die Anzahl der damit verbundenen Fehltage weist eine steigende Tendenz auf[25], wie u.a. der Fehlzeitenreport des Wissenschaftlichen Instituts der AOK aus dem Jahre 2011 belegt.



Nach Angaben des Fehlzeiten-Reports 2011 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen psychischer Störungen seit 1994 um 120 % gestiegen[26]. Laut TKK-Pressemitteilung vom Februar 2021 ist der Krankenstand 2020 zwar deutlich gesunken, die psychischen Erkrankungen nehmen jedoch weiter zu. Mit einem Anteil von rund 20 Prozent machen

[24] https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf
[25] https://www.seelischegesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen
[26] https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf

die psychischen Diagnosen damit das dritte Jahr in Folge den höchsten Anteil der krankheitsbedingten Fehlzeiten aus, so TKK-Chef Dr. Jens Baas[27].

Die dadurch entstandenen Kosten betragen in Europa mehr als 450 Milliarden Euro jährlich. Weltweit geht man inzwischen von schätzungsweise 2,5 Billionen US-Dollar aus. In der Bundesrepublik Deutschland beträgt die Höhe der direkten Kosten für die Volkswirtschaft ca. 44,4 Milliarden Euro. Man geht inzwischen davon aus, dass sich die Krankheitskosten aufgrund psychischer Erkrankungen bis zum Jahre 2030 mehr als verdoppeln werden.

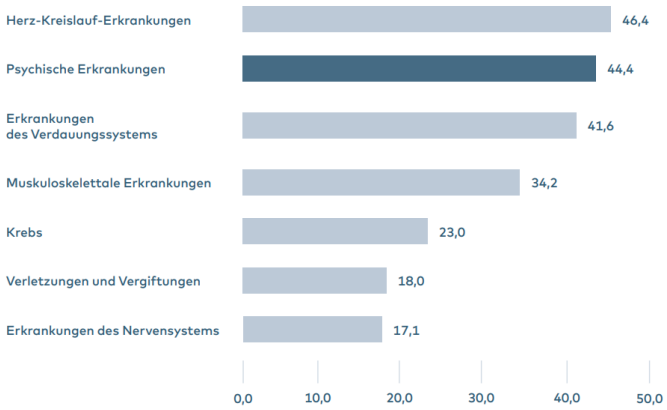


Abbildung 9: Direkte Krankheitskosten in Deutschland 2015 in Mrd. Euro, differenziert nach Krankheitsart [30] 28

Die damit im Zusammenhang stehenden Produktionsausfallkosten betrugen laut der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im Jahr 2016 12,2 Milliarden Euro[29].

Psychische Erkrankungen sind zudem mit 43% der häufigste Grund für eine Frühverrentung[30]. Psychische Störungen führen auch die Statistik der Erwerbsminderungsrenten an. Im Jahre 2012 erfolgten 37% der Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Störungen[31]. Die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung haben von 2005 bis 2018 bundesweit zwar von 52.977 auf 71.671 um 35 % zugenommen, jedoch ist die Zahl seit 2012 relativ stabil geblieben und zuletzt sogar leicht gesunken[32]. Die Zahlen bewegen sich somit seit Jahren auf einem stabilen, hohen Niveau.

[27] https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/trotz-corona-krankenstand-sinkt-anstieg-psychischer-diagnosen-2099838?tkcm=aaus
[28] https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html
[29] https://www.psyga.info/psychische-gesundheit/daten-fakten
[30]https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/9e1cae06b40f7ea98d988c21d5ad17c2f77f5ace/Factsheet_Psychiatrie.pdf
[31] https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf
[32] https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=11069&token=a90390e76f0e00e7f914aef6a5b47f06e3cd5329

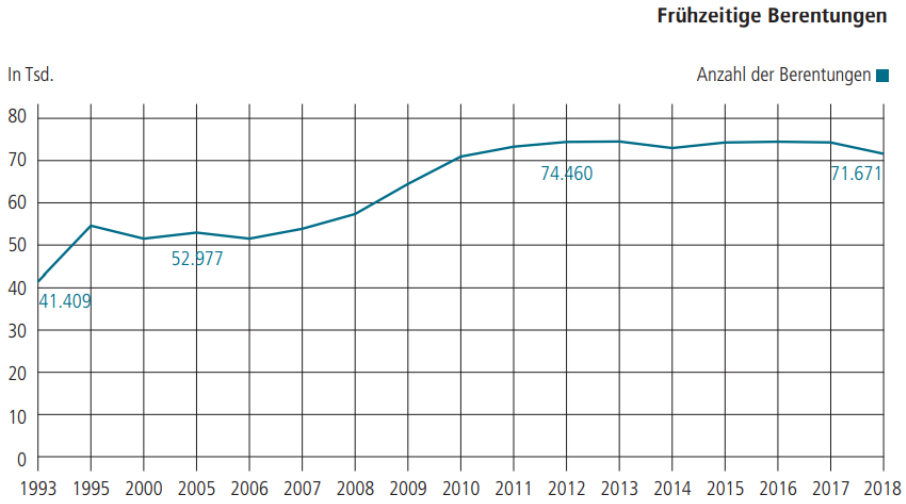


Abbildung 31: Anzahl der frühzeitigen Berentungen aufgrund psychischer Störungen.
Quellen: DRV (2019b); GBE (2020).

c) Stigmatisierung/Diskriminierung

„Stop exclusion – dare to care[33]"

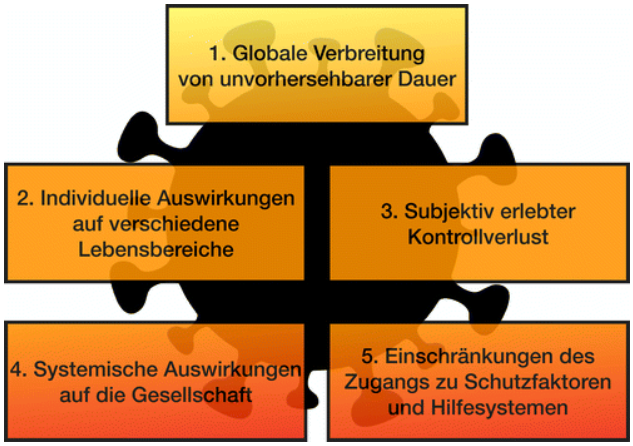
Mit dem Motto „Stoppt die Exklusion – traut euch zu handeln" hat die Weltgesundheitsorganisation am Weltgesundheitstag im Jahre 2001 auf ein grundlegendes gesellschaftliches Problem im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen hingewiesen. Ziel der intensiven Bemühungen war die Entstigmatisierung dieser Menschen (z.B. durch Anti-Stigma-Kampagnen) in der Gesellschaft. Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben jedoch auch heute noch die Folgen einer gesellschaftlichen Stigmatisierung, was für sie eine große Belastung darstellt. Die Teilnehmer/-innen des World Congress of Psychiatry im Jahre 2017 stellten fest, dass Betroffene und Angehörige vielerorts noch immer stigmatisiert werden, obwohl sich das gesellschaftliche Bild langsam wandelt[34]. Diese Erkenntnis wird u.a. durch eine Veröffentlichung im British Journal of Psychiatry der Arbeitsgruppe um Georg Schomerus von der Universitätsmedizin in Greifswald unterstützt[35]. Die Forscher stellten fest, dass trotz aller Aufklärungskampagnen die Tendenz zur Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eher zunimmt[36,37]. Die AG Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden stellte zudem fest, dass die Vorurteile der Bevölkerung u.a. dazu führen würden, dass Kinder und Jugendliche Gefahr laufen, in der Schule ausgegrenzt zu werden und Erwachsene psychische Erkrankungen bzw. etwaige Aufenthalte in einer psychiatrischen Einrichtung gegenüber Arbeitgebern, Kollegen/-innen, Bekannten oder Vermietern verschweigen[38]. Das Grünbuch der Europäischen Kommission zum Thema Psychische Gesundheit bemerkt diesbezüglich: „Nach wie vor kommt es zu Stigmatisierung, Diskriminierung und Missachtung der Menschenrechte und der Menschenwürde psychisch kranker und geistig behinderter Menschen. Dies stellt europäische Grundwerte in Frage."[39] Im Rahmen des von der Bundesregierung initiierten Aktionsbündnis Seelische

[33] http://www.who.int/world-health-day/previous/2001/en/
[34] https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/fec5ab6468ad221277d9164d4e0da1974709390d/2017-10-06_WCP_Pressemappe_Weltkongress_Er%C3%B6ffnung.pdf
[35] https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0918ABF17D6C176F8D9BB3EBCE183CEC/S000712500006757Xa.pdf/attitudes_towards_psychiatric_treatment_and_people_with_mental_illness_changes_over_two_decades.pdf
[36] https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57914/Stigmatisierung-psychisch-Kranker-nimmt-zu
[37] https://idw-online.de/de/news576908
[38] https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf
[39] http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf

Gesundheit wurde ein Antistigma-Projekt ins Leben gerufen, dessen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen in einem Dokument festgehalten wurden.[40]

d) COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Als im Februar 2020 die ersten Ausbrüche in Deutschland mit dem Corona-Virus publik wurden, rechneten die Wenigsten damit, welch tiefgreifende Einschnitte dies für die gesamte Gesellschaft und die Gesundheit der Bürger/-innen nach sich ziehen würde. Internationale Studien zu den Auswirkungen der ersten Pandemie-Welle konnten nachweisen, dass insbesondere die Maßnahmen zur sozialen Isolation und Quarantäne Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit hatten[41]. Besondere Quarantänemaßnahmen werden dabei als belastende Lebensereignisse verstanden. Der Zusammenhang zwischen derartigen Ereignissen und negativen Folgen für die psychosoziale Gesundheit ist seit Längerem belegt. Als krankheitsbegünstigend sind insbesondere die Trennung von Angehörigen und nahestehenden Personen, der Verlust der Freiheit, die Unsicherheit über den Krankheitsstatus sowie Langeweile, Einsamkeit und die Ungewissheit über die Dauer der Kontaktbeschränkung zu nennen[42]. Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Tedros Adhanom Ghebreyesus, erklärte im Mai 2020, dass der Einfluss der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Menschen bereits höchst besorgniserregend sei[43]. Brakemeier et al. bezeichnen die Pandemie in ihrem Artikel „Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit“ als neuen, einzigartigen, multidimensionalen und potenziell toxischen Stressfaktor (siehe Abbildung)[44].

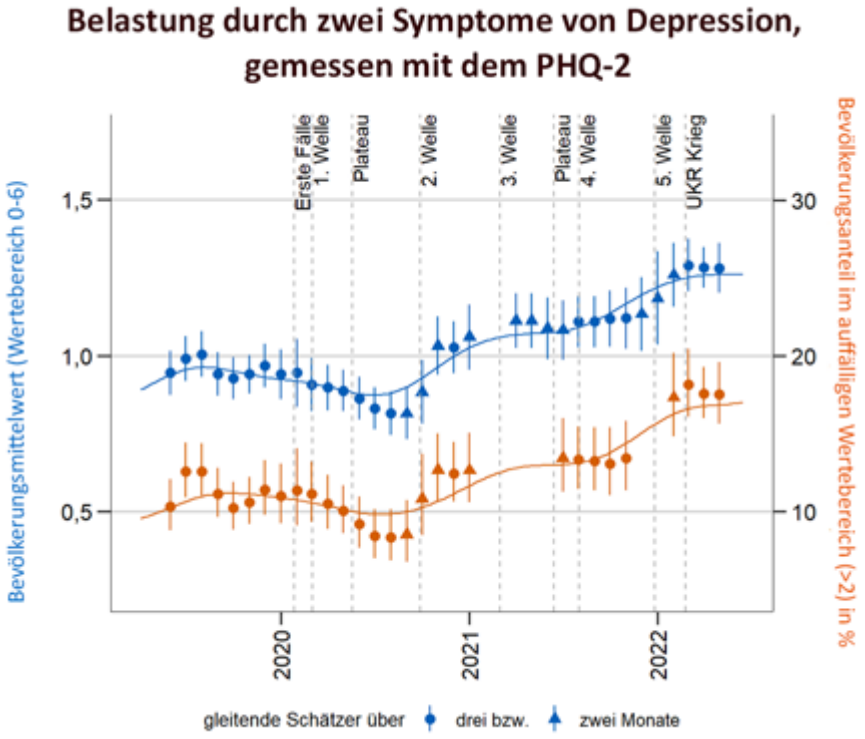


Die Covid-19-Pandemie als einzigartiger multidimensionaler und potenziell toxischer Stressfaktor für die psychische Gesundheit, gekennzeichnet durch fünf Charakteristika (modifiziert nach Gruber et al. 2020).

Mitarbeiter/-innen in sog. systemrelevanten Berufen (z.B. medizinisches und pflegerisches Personal) sind dabei durch einen Rollenkonflikt belastet: Zum einen besteht ein berufliches Verantwortungsgefühl, zum anderen können aufgrund der privaten Situation Ängste, Sorgen und

[40] http://seelischegesundheit.net/wp-content/uploads/2021/06/strategiepapier-2372010.pdf
[41] https://doi.org/10.1007/s00115-021-01068-2
[42] https://www.thiemeconnect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1159-5562
[43] https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0
[44] https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1026/1616-3443/a000574

Schuldgefühle entstehen, andere Familienmitglieder einem erhöhten Infektionsrisiko auszusetzen. Durch den daraus resultierenden Stress und eine gleichzeitig verminderte Fähigkeit zur Stressbewältigung kann die Entstehung von psychischen Erkrankungen begünstigt werden[45]. Querschnittsstudien aus China und Südostasien zeigten jedoch auch, dass nicht nur Mitarbeiter/-innen des Gesundheitswesens davon betroffen sind, sondern auch große Teile der Allgemeinbevölkerung. Demnach nahmen insbesondere generalisierte Angst, Depression und schlechte Schlafqualität zu. Diese Ergebnisse konnten auch in Europa nachgewiesen werden[46]. Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen dabei eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe dar. Das Robert-Koch-Institut (RKI) rechnet mit einem Anstieg von Anpassungsstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen und Traumafolgen aufgrund der Corona-Pandemie. Das psychiatrische Versorgungssystem sei daher im Rahmen einer Pandemie unverzichtbar und seine Funktionsfähigkeit sei im vollen Umfang aufrechtzuerhalten[47]. In einer zwischen 2019 und 2022 durchgeführten Studie wurden im Rahmen von Interviews Probanden aus Zufallsstichproben zu drei Indikatoren der psychischen Gesundheit befragt: (1) depressive Symptome von April 2019 bis Juni 2022 und (2) Angstsymptome sowie (3) subjektive psychische Gesundheit von März 2021 bis Juni 2022. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass sich wesentliche Merkmale psychischer Gesundheit bei Erwachsenen seit Ende 2020 verschlechtern.[48]



[49]

Weitere wissenschaftliche Erkenntnisse attestieren älteren Menschen, dass sie im Rahmen der Covid-19-Pandemie i.d.R. ein stabiles Befinden und gutes Zurechtkommen mit dem Pandemie-Geschehen aufwiesen. Unterstützend seien dabei die Aspekte der Lebenserfahrung, frühere bewältigte Krisen,

[45] https://www.thiemeconnect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1159-5562
[46] https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0
[47] https://doi.org/10.1007/s00115-021-01129-6
[48] https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/COVID-Pandemie-und-psychische-Gesundheit-Erwachsener.html
[49] https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/COVID-Pandemie-und-psychische-Gesundheit-Erwachsener.html

eine optimistische Grundhaltung sowie Einsicht in die Notwendigkeit der Schutzmaßnahmen.[50] Demgegenüber zeigten sich negative Auswirkungen von Quarantäne- und Isolationsverfahren auf die psychische Gesundheit in stärkerem Maße bei der jüngeren Generation sowie bei spezifischen Subgruppen, wie beispielsweise Menschen mit fehlender sozialer Unterstützung oder hoher Krankheitslast. Insgesamt gelten Kinder und Jugendliche als besonders gefährdet, insbesondere im Hinblick auf die Themenbereiche Angst, Depressionen und eine Minderung der Lebensqualität. Dies bestätigt auch der DAK Kinder- und Jugendreport 2022. Demnach ist der Anteil Jugendlicher, die seit Beginn der Corona-Pandemie aufgrund einer Depression oder einer Essstörung im Krankenhaus behandelt wurden, massiv gestiegen. Im Grundschulalter zeigte sich eine Zunahme von Entwicklungsstörungen.[51, 52] Die Schließung von Schulen und Betreuungseinrichtungen bedeutet einen grundlegenden Eingriff in die Tagesstruktur der jüngeren Generation, zumal Ausweichmöglichkeiten fehlten. Dies sowie räumliche Enge in der häuslichen Umgebung führten in vielen Familien zu einer deutlichen Erhöhung des Stress-Niveaus sowie schlimmstenfalls zu einer Häufung von häuslicher Gewalt.

Für zukünftige Pandemie-Situationen ziehen Johanna G. Winkler et al. von der psychiatrischen Institutsambulanz der Charité Berlin für psychiatrisch Vorerkrankte folgende Schlüsse:

- Psychiatrisch Erkrankte sind bei erneuten seuchengesetzlichen Kontaktbeschränkungen besonders zu berücksichtigen, z.B. indem soziale therapeutische Angebote auch unter rigiderem Hygienekonzept zeitnah möglich gemacht werden (Spaziergänge, Gruppen im Freien, sportliche Aktivitäten etc.).
- Bei erneutem Infektionsgeschehen und Lockdown sollte der Kontakt zu psychisch Vorerkrankten aktiv gesucht werden (telefonisch, per Video gestützt, analog, ggf. Hausbesuche).
- Eine personelle Verstärkung ambulanter psychiatrischer Einrichtungen sollte in der medizinischen Planung bei globalen Bedrohungen berücksichtigt werden, denn in der sog. ersten Welle der COVID-19-Pandemie waren mit 60,5% ein großer Teil der Patient*innen einer psychiatrischen Ambulanz klinisch belastet, bei 29,1% der Behandelten wurden therapeutische Maßnahmen erforderlich.
- Resilienzforschung und -förderung für psychisch Erkrankte ist dringend erforderlich.[53]

Shuyan Liu et al. von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Berliner Charité ergänzen hierzu:

- Eine bessere Versorgung der Bevölkerung mit therapeutischen Angeboten, gerade im Bereich der Angststörungen, affektiven Erkrankungen sowie stressbedingten psychischen Problemen, sollte Videosprechstunden und telefonische Angebote beinhalten.
- Eine Erhöhung therapeutischer Onlineangebote sollte zudem besonders auf diejenigen Personen ausgerichtet werden, die stark unter den Folgen der Pandemie leiden: Arbeitssuchende, junge Menschen, Frauen, Alleinerziehende und sozial isolierte Menschen.
- Ein besseres Informations- und Beratungsangebot wird für Frauen benötigt, die häusliche Gewalt erfahren.

[50] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7852481/pdf/103_2021_Article_3281.pdf
[51] https://www.bptk.de/corona-immer-mehr-essstoerungen-und-depressionen-bei-jugendlichen/
[52] https://www.dak.de/dak/bundesthemen/pandemie-depressionen-und-essstoerungen-bei-jugendlichen-steigen-weiter-an-2558034.html#/
[53] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7801871/

- Informations- und Beratungsangebote gegen soziale Isolation sollten auch in leichter Sprache vorliegen. Dazu gehören auch Empfehlungen von Onlinesportangeboten oder sozialen Onlineveranstaltungen.
- Wichtig zur Vermeidung ausgeprägter negativer Folgen sozialer Isolation sind Treffen mit einzelnen Personen unter Einhaltung der geltenden Infektionsschutzmaßnahmen und Kontaktbeschränkungsregelungen. Treffen sollten in geeigneter Form auch für ältere, in Heimen lebende Personen ermöglicht werden.[54]

e) Der Klimawandel und seine Folgen für die psychische Gesundheit

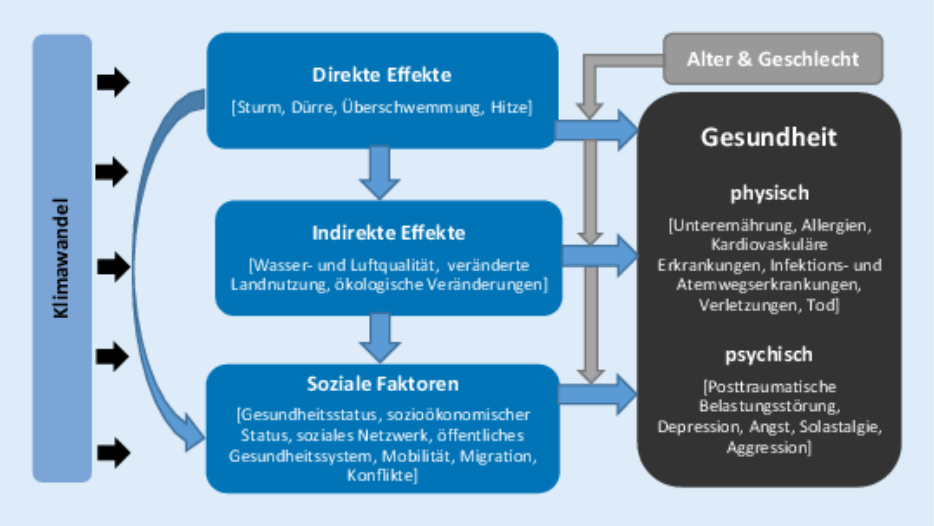
„Der Klimawandel kann zukünftig zu einer Zunahme weiterer Extremwettererscheinungen mit direkter, potenzieller Gesundheitsbedeutung führen, worunter z. B. vor allem die Auswirkungen von Hitze, Stürmen und Orkanen sowie Hochwasser/Überschwemmungen bedingt durch Stark- oder Dauerregen zählen. Die hierdurch ausgelösten gesundheitlichen Auswirkungen können nicht nur physischer Art sein, wie z. B. Infektionen, Verletzungen oder im Extremfall auch Todesfälle, sondern auch psychische Belastungen wie Stress, Angstzustände, Traumata und Depressionen verursachen.“[55]

Obwohl die wissenschaftlichen Erkenntnisse noch diskutiert und erweitert werden, kann vom heutigen Standpunkt bereits festgestellt werden, dass die Folgen des Klimawandels bei vielen Menschen zu Beeinträchtigungen ihrer psychischen Gesundheit führen können. In der jüngeren Vergangenheit wurden auch hierzulande die Folgen der Erhöhung der Durchschnittstemperatur sowie der Erwärmung der Weltmeere deutlich. Folgen, die einen mitunter existenzgefährdenden Einfluss auf Menschen haben, wie beispielsweise Wirbelstürme, Hitzewellen, Waldbrände, Wasserknappheit, Starkregen, Überflutungen, Trockenheit, Missernten und der Anstieg des Meeresspiegels. Hält diese Situation weiter an oder verstärkt sie sich noch, so ist nach Meinung von Klimaexperten:innen von einer physischen und psychischen Beeinträchtigung der Menschen auszugehen. So wurde beispielsweise nachgewiesen, dass Hitzewellen in Ländern wie den USA, Australien oder Afrika Aggressionen fördern, streitsüchtig machen und die Kriminalitätsrate ansteigen lassen. Prof. Dr. David Pollack von der Universität in Portland (USA) konstatiert, dass während Hitzewellen die Zahl der Gewaltverbrechen um bis zu 14% steigt.[56] Naturkatastrophen, wie die Hochwasserkatastrophe des Jahres 2021, führen bei den Opfern zu Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Suchterkrankungen, Ängsten und Suizidgedanken. Psychisch erkrankte Menschen sind davon eher betroffen, da sie eine besonders vulnerable Gruppe darstellen. Zum Beispiel wird bei Schizophreniekranken von einer Störung der Thermoregulation ausgegangen, d.h., sie nehmen einen gefährlichen Anstieg der Körperkerntemperatur oft nicht wahr. Viele psychotrope Medikamente wirken sich ungünstig auf die Thermoregulation aus. Laut Prof. Dr. Pollack ist das Sterberisiko während Hitzewellen für psychisch Kranke dreifach erhöht.[57]

Laut einer Studie von Forscher:innen der Boston University, in der Daten von über zwei Millionen in den USA Krankenversicherten aus den Jahren 2010 bis 2019 ausgewertet wurden, konnte nachgewiesen werden, dass bei extremer Hitze das Risiko für Notaufnahmen aufgrund psychischer Erkrankungen steigt.[58]

---

[54] https://doi.org/10.1007/s00115-021-01068-2
[55] https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/umwelteinfluesse-auf-den-menschen/klimawandel-gesundheit#direkte-und-indirekte-auswirkungen-des-klimawandels-auf-die-gesundheit
[56] https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15005-021-1988-3.pdf
[57] https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15005-021-1988-3.pdf
[58] https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2789481



[59]

Zurzeit gibt es keine expliziten Therapieansätze für Menschen, die unter den Folgen des Klimawandels leiden. Jedoch wird es zukünftig zunehmend erforderlich werden, psychische Störungen auch in Verbindung mit dem Klimawandel zu sehen. Auf dem Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Juni 2021 in Berlin stellte Prof. Dr. Nikendei hierzu fest, dass sich die psychotherapeutischen Praxen mit Angst-Patienten*innen füllen werden.[60]

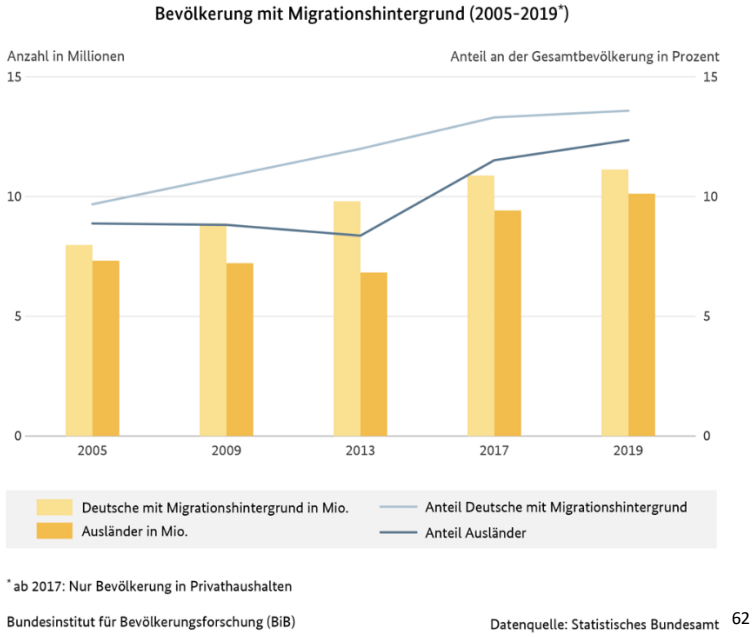
f) Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrations- und Flüchtlingshintergrund

Das hier angesprochene Thema ist unter zwei Aspekten zu sehen. Zum einen behandelt es die Frage nach der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen. Zum anderen muss man einen differenzierten Blick auf die Gruppe der Flüchtlinge legen, die unter traumatischen Bedingungen ihr Land verlassen, sich Schlepper-Banden angeschlossen haben und in eine vollkommen andere Kultur begeben mussten. In Anbetracht der aktuellen kriegerischen Konflikte auf der Welt und möglicher Zuwanderungsbewegungen aufgrund der Folgen des Klimawandels ist davon auszugehen, dass das Thema Migration und Integration von geflüchteten Menschen in den kommenden Jahrzehnten eines der zentralen Themen der westlichen Nationen sein wird. Und dies betrifft natürlich auch die Versorgung innerhalb der jeweiligen Gesundheitssysteme.

Deutschland entwickelte sich ab Mitte der 1950er Jahre zu einem Einwanderungsland. Als Mensch mit Migrationshintergrund werden dabei alle Menschen bezeichnet, die „…nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zuwanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil…“.[61] Bis zum Anwerbestopp im Jahr 1973 kamen sog. „Gastarbeiter:innen“ aus Italien, Spanien, Portugal, Griechenland, Jugoslawien und der Türkei in die Bundesrepublik Deutschland. Danach erfolgte die Zuwanderung von Familienangehörigen, deutschstämmiger Bürger:innen der damaligen Sowjetunion und Bürgerkriegsflüchtlinge. Im Zuge der zunehmenden Globalisierung kamen dann weitere Flüchtlingsströme hinzu, die dann zunächst in der sog. „Europäischen Flüchtlingskrise“ 2015/2016 gipfelten. Wie die folgende Abbildung des

[59] https://doi.org/10.1007/s00103-017-2548-3
[60] https://deutscher-psychosomatik-kongress.de/wp-content/uploads/2021/06/Pressemappe-DGPM-DKPM-Kongress-2021.pdf
[61] https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1399972.pdf

Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung zeigt, steigt die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund an.



[62]

Der im Februar 2022 begonnene Ukraine-Krieg führte zu einem weiteren Flüchtlingsstrom. Nach Angaben des Mediendienstes Integration kamen zwischen Februar 2022 und Juli 2022 ca. 1 Million Ukrainer:innen nach Deutschland.[63] Lukas Welz, Geschäftsführer der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF), geht davon aus, dass ca. ein Drittel der ukrainischen Geflüchteten Depressionen, Angststörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln werden. Zitat: „Werden diese Leiden nicht durch Beratung, Begleitung und Therapie adressiert, können sie sich chronifizieren und zu einer jahrzehntelangen oder auch lebenslangen gesundheitlichen Belastung führen.“[64]

Dies stellt das Gesundheitssystem im Allgemeinen und die psychiatrische Versorgung im Besonderen vor erhebliche Herausforderungen.

Einige der Herausforderungen im psychiatrischen Behandlungsalltag sind Sprachbarrieren, Unterschiede in der Präsentation von psychischen Beschwerden, Differenzen in der Erwartung bez. Diagnostik und Therapie zwischen Patienten:innen und Behandlern:innen.[65] Im Jahr 2019 hatten 21,2 Millionen der insgesamt 81,8 Millionen Einwohner in Deutschland einen Migrationshintergrund (Zugewanderte und ihre Nachkommen) – das entspricht einem Anteil von 26,0 % an der Gesamtbevölkerung. Von den 21,2 Millionen Personen mit Migrationshintergrund waren 11,1 Millionen Deutsche und 10,1 Millionen Ausländer (52,4 bzw. 47,6 %). Die meisten dieser Personen mit Migrationshintergrund stammten im Jahr 2019 aus der Türkei (13,3 %), gefolgt von Polen (10,5 %), Russland (6,5 %), Rumänien und Italien (4,8 bzw. 4,1 %). Kasachstan und Syrien sind mit Anteilen von

[62] https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B47-Bevoelkerung-mit-Migrationshintergrund-ab-2005.html;jsessionid=3932A5725998EE35D9DEDC08D3738C0D.1_cid380?nn=9992206
[63] https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/ukrainische-fluechtlinge.html
[64] https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133548/Experte-erwartet-bei-vielen-Gefluechteten-psychische-Erkrankung
[65] https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1399972.pdf

5,9 bzw. 4,0 % die wichtigsten nicht-europäischen Herkunftsländer[66]. Dies zeigt, wie heterogen diese Bevölkerungsgruppe ist, denn es handelt sich um Menschen aus unterschiedlichen Generationen mit verschiedensten Migrationsgeschichten, Bildungsniveaus, Aufenthaltsstatus und sozialen Lebenswelten.[67]

Der Sachverständigenrat für Integration und Migration stellt in seinem Jahresgutachten 2022 fest, dass die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Migrant:innen und Flüchtlingen mangelhaft sei. Ursachen seien unter anderem die nicht ausreichenden psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten und die fehlende Finanzierung von Sprachmittlung.[68] Prof. Dr. med. Malek Bajbouj von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité in Berlin geht davon aus, dass es (mindestens) vier Barrieren gibt, welche die notwendige Gesundheitsversorgung dieser Menschen erschwert:

1. Sprache und Kultur
2. Individuelle und institutionelle Stigmatisierung von psychiatrischen Erkrankungen
3. Fehlendes, notwendiges Wissen über psychiatrische Krankheiten und Therapieoptionen (Konsequenz: kaum oder schwach ausgebildetes Bewusstsein für das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung)
4. Angemessene Behandlungsressourcen stehen aktuell nicht zur Verfügung[69]

Gemäß Schouler-Ocak und Aichinger ist die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und interkulturelle Kompetenz der Mitarbeitenden sowie der reguläre Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturmittlern notwendig, um einige zentrale Zugangs- und Inanspruchnahmebarrieren zu vermindern sowie Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren. Daraus erschließt sich, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildungen wesentlich durch die Integration von Lehrinhalten zu Einflussfaktoren der Versorgung von Migranten profitieren könnten.[70]

In den im Rahmen einer Fachtagung zur Migration im Jahre 2002 erstellten sog. 12 Sonnenberger Leitlinien werden die Aspekte der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten in Deutschland wie folgt formuliert:

1. Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemein-medizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz
2. Bildung multikultureller Behandlerteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscherinnen und -dolmetscher als zertifizierte Übersetzer:innen und Kulturmediator:innen "Face-to-Face" oder als Telefondolmetscherinnen und -dolmetscher
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner:innen mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -

[66] https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund-i
[67] https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1399972.pdf
[68] https://www.bptk.de/gesundheitliche-versorgung-von-migrantinnen-und-fluechtlingen-mangelhaft/
[69] https://www.researchgate.net/publication/311436569_Psychosocial_health_care_for_refugees_in_Germany
[70] https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1399972.pdf

verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.

5. Bereitschaft aller in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Allgemeinärztinnen und -ärzte.
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- und Sozialrecht
11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten und deren Behandlung.[71]

Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Gesundheitsbehörden stellte hierzu im Jahr 2007 fest, dass die Zugangsbedingungen von Migrantinnen und Migranten mittels geschlechts- und kultursensibler Informationen und Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, interkulturelle Sensibilisierung und Förderung der sprachlichen Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Gesundheits- und Sozialberufen zu verbessern seien.[72]

g) Der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Senioren:innen – Demenz und Altersdepression

Die Altersstrukturen innerhalb der Gesellschaften ändern sich. Deutschland ist längst im demografischen Wandel angekommen. Laut dem statistischen Bundesamt ist bereits jede zweite Person älter als 45 Jahre und jede fünfte Person älter als 66 Jahre. Auf der anderen Seite hat Deutschland in den letzten Jahren eine starke Zuwanderung junger Menschen erlebt. Gleichzeitig steigt die Geburtenrate seit 2012 wieder an. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass beispielsweise die Zahl der über 80-jährigen deutlich ansteigen wird.[73]

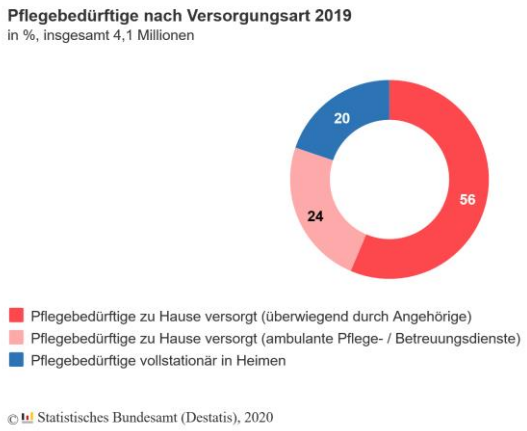
[71] https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F3-540-27042-6_20
[72] https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf
[73] https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html

[74]

Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung hat schwerwiegende Konsequenzen für das Gesundheitssystem, denn mit dem Anstieg der Zahl der Senioren*innen geht ein Rückgang der Zahl der jungen Erwerbstätigen einher. Bezogen auf die gesundheitliche Versorgung bedeutet dies einen Rückgang der Zahl der professionellen Versorger*innen.

Insbesondere die Zahl der Menschen mit Demenz und/oder Altersdepression wird signifikant steigen. Im September 2021 teilte die Weltgesundheitsorganisation mit, dass weltweit ca. 55 Millionen Menschen an Demenz leiden. Nach deren Prognosen wird die Zahl im Jahre 2030 auf 78 Millionen und im Jahr 2050 auf 139 Millionen gestiegen sein. Die Gründe dafür liegen u.a. in der steigenden Bevölkerungszahl sowie der steigenden Lebenserwartung. Dies stellt unsere Gesellschaften vor große Herausforderungen. Die WHO bemängelt in diesem Zusammenhang, dass Demenzerkrankte zu wenig Unterstützung erhalten würden. Oftmals übersehen wird dabei die Tatsache, dass ältere Menschen auch häufig an einer Altersdepression leiden, die von behandelnden Ärzten:innen häufig nicht als solche erkannt wird. Neben den Betroffenen muss aber auch die Gruppe der versorgenden Angehörigen benannt werden, denn der größte Teil der Versorgung von Demenzkranken wird von Angehörigen übernommen.

[74] https://www.berlin-institut.org/themen/national/demografischer-wandel



Im Rahmen einer qualitativen Studie des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinische Fakultät der Universität Leipzig wurde festgestellt, dass ältere Menschen sich während der COVID-19-Pandemie überwiegend ihre psychosoziale Gesundheit erhalten konnten. Bei Personen mit bereits vor der Pandemie bestehenden psychosozialen Belastungen und Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung verschärften sich diese gegebenenfalls im Zusammenhang mit einschränkenden Maßnahmen. Insbesondere der Aspekt der Einsamkeit, als potenzielle Vorstufe zur Entwicklung einer Altersdepression, hat im Rahmen der Corona-Pandemie deutlich zugenommen.[75]

Eine nationale Strategie muss demnach sowohl die Bereiche professionelle als auch die informelle Pflege/Versorgung berücksichtigen, denn besonders im ambulanten Bereich kann die professionelle Pflege nur einen kleinen Teilbereich des Versorgungsbedarfes decken. Der Hauptanteil wird durch die versorgenden Angehörigen erbracht.

Als Teil der Euregio Maas-Rhein hat der Kreis Heinsberg auch in diesem Themenbereich durch die aktive Teilnahme am Projekt „Seniorenfreundliche Gemeinde in der EMR; Fokus: Seelische Gesundheit (euPrevent-SFC-Projekt)“ von der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit profitiert. Im September 2016 startete die Stiftung euPrevent mit dem dreijährigen Projekt „Seniorenfreundliche Gemeinden“. An diesem Kooperationsprojekt waren verschiedene Partner aus der Euregio Maas-Rhein (EMR) beteiligt. Das Projekt befasste sich vor allem mit dem aktiven Altern in seniorenfreundlichen Gemeinden. Der Schwerpunkt des Projekts lag auf der psychischen Gesundheit von Senioren*innen unter besonderer Berücksichtigung von Demenz und Altersdepressionen. An diesem Projekt arbeiteten die euregionalen Partner mit 31 Gemeinden innerhalb der Euregio Maas-Rhein zusammen, um seniorenfreundliche Gemeinden zu gestalten. In diesem Projekt fokussieren sich die Partner und Gemeinden vor allem auf die drei folgenden Zielgruppen:

- Versorgende Angehörige;
- Potentielle Pflegekräfte;
- Pflegebedürftige: Senior:innen mit beginnenden Altersdepressionen und/oder Demenz.

Jede der teilnehmenden Gemeinde erhielt ein Angebot, welches auf die lokalen Bedürfnisse zugeschnitten war.

- Bedarfsanalyse in den teilnehmenden Gemeinden.

[75] https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-021-03281-5.pdf

- Auswahl von konkreten Aktivitäten aus dem Aktivitätenbuffet durch die Gemeinden.
- Durchführung der Aktivitäten in den Gemeinden mit Unterstützung durch euPrevent und den Projektpartnern.
- Erstellung eines Nachhaltigkeitsplans.

Die erfolgreiche Umsetzung der niederschwelligen Angebote liefert dabei einen wichtigen Baustein im Rahmen der Versorgung der erkrankten Senioren*innen sowie der Unterstützung und Entlastung von versorgenden Angehörigen. Ein weiteres, zukünftiges Thema wird die Einsamkeit älterer Menschen und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sein. Das SFC-Projekt hat gezeigt, dass die Beschäftigung mit Einsamkeit im Alter als mögliche Vorstufe zur Entwicklung von Altersdepression mitunter noch ein blinder Fleck auf der Versorgungslandkarte darstellt.[76]

Die WHO schenkt der Prävention kognitiver Erkrankungen im Alter derzeit eine besonders hohe Aufmerksamkeit.[77] Sie fordern sog. Brain-Health-Agenden, wobei unter dem Begriff Brain Health Folgendes verstanden wird:

1. Die Gesundheit des Gehirns ist der Zustand der Gehirnfunktion in allen kognitiven, sensorischen, sozial-emotionalen, und motorischen Bereichen, die es einer Person ermöglichen, ihr volles Potenzial im Laufe des Lebens voll auszuschöpfen, unabhängig davon, ob Störungen vorliegen oder nicht.
2. Kontinuierliche Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Determinanten und dem individuellen Kontext einer Person führen zu einer lebenslangen Anpassung der Gehirnstruktur und -funktion.
3. Die Optimierung der Gehirngesundheit verbessert die geistige und körperliche Gesundheit und hat auch positive soziale und wirtschaftliche Auswirkungen, die allesamt zu einem größeren Wohlbefinden beitragen und die Gesellschaft voranzubringen.

Daher hat die WHO ein Positionspapier zu diesem Themenbereich entwickelt.[78]

h) Suchterkrankungen – eine der wichtigsten Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität

Gemäß der Definition des Bundesgesundheitsministeriums sind mit dem Begriff Sucht nicht nur die Abhängigkeitserkrankungen gemeint, sondern die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) sowie nichtstoffgebundene Verhaltensweisen (wie Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch).[79] Suchterkrankungen gehören weltweit zu den wichtigsten Faktoren für Morbidität und Mortalität. Man geht davon aus, dass in den sog. Industrieländern beispielsweise jede zweite Gewalttat unter Alkoholeinfluss verübt wird.[80] Laut dem aktuellen EU-Drogenbericht des Jahres 2021 haben Schätzungen zufolge 28,9 % der Erwachsenen (im Alter von 15 bis 64 Jahren) in der Europäischen Union mindestens einmal im Leben illegale Drogen konsumiert. Die häufigste konsumierte Droge ist dabei Cannabis[81]. Die derzeitige Bundesregierung plant, Cannabis durch eine Änderung des Betäubungsmittel-Gesetzes im Sinne einer kontrollierten Abgabe zu legalisieren. Das Kabinett hat den Gesetzentwurf gebilligt. Er gilt dennoch, gerade in Fachkreisen, als umstritten. Das Gesetz sieht vor, dass Konsumenten Cannabis künftig über

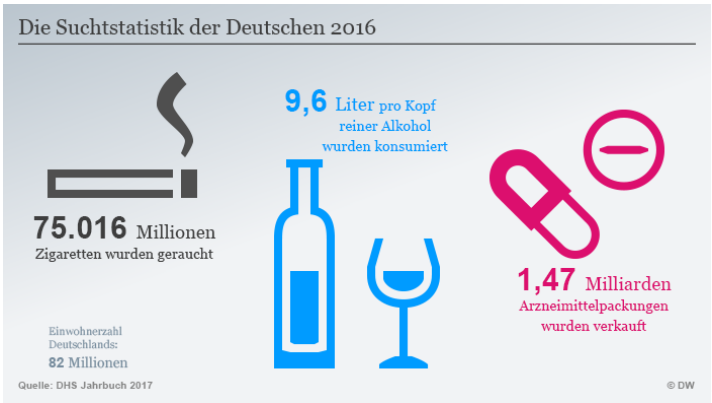
[76] https://euprevent.eu/de/sfc/
[77] https://www.springermedizin.de/oeffentliches-gesundheitswesen/public-mental-health-kernstueck-oder-stiefkind-von-public-health/24091460
[78] https://www.who.int/news/item/09-08-2022-launch-of-first-who-position-paper-on-optimizing-brain-health-across-life
[79] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html
[80] https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=209389&s=Deutschland&s=Suchterkrankungen
[81] https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_DE0906.pdf

nicht-kommerzielle Anbauvereinigungen beziehen können. Der gemeinsame Anbau soll ab Juli 2024 möglich sein. Besitz und Konsum von Cannabis soll für Erwachsene ab April 2024 mit Einschränkungen straffrei sein. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde hält diesbezüglich in ihrem Positionspapier fest, dass hierbei die Prävention, die Sicherstellung des Jugendschutzes, die Ausweitung von Maßnahmen zur Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Erkrankungen sowie eine wissenschaftliche Begleitforschung zwingend erforderlich seien.[82] Das Thema wird im dritten Teil dieses Psychiatrie- und Suchtplans als Bedarf nochmals ausführlich aufgegriffen.

In Deutschland konsumieren ca. 8,9 Millionen Menschen Alkohol in erhöhten, gesundheitsschädigenden Mengen. 14,6 Millionen Erwachsene sind Raucher*innen, davon 2,9 Millionen starke Raucher*innen. 3,1 Millionen Bürger*innen konsumieren Cannabis. Das Einstiegsalter hierfür liegt bei 19 Jahren.[83] In dem im Jahr 2019 veröffentlichten Epidemiologischen Survey zu den Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen zwischen den Jahren 1995 und 2018 wurde festgestellt, dass die geschätzten Prävalenzen des Tabak- und Alkoholkonsums sowie der Einnahme von Hypnotika/Sedativa abnahmen. Allerdings nahmen der Cannabiskonsums, der Konsum anderer illegaler Drogen und die Einnahme von Analgetika im zeitlichen Verlauf zu[84].

Ein weiterer Aspekt ist die Zunahme an sog. synthetischen Opioiden. Die Folgen beispielsweise des Fentanyl-Missbrauchs in den USA sind verheerend, betrachtet man den Anstieg der Drogentoten in den letzten Jahren. Das Problem ist jetzt auch in Europa, d.h. in Großbritannien, angekommen. Derzeit handelt es sich, laut Expert:innen, noch um eine Randerscheinung, allerdings ist man sich auch darüber einig, dass nur eine konzertierte Vorgehensweise der Länder dieser Welt den illegalen Handel dieser Substanzen unterbinden kann.

Zusammenfassend kann daher festgestellt werden, dass der Substanzkonsum und der Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten in der deutschen Bevölkerung weiterhin weit verbreitet ist. Substanzbezogene Störungen stellen eine erhebliche Belastung für die Gesellschaft dar, wobei die Belastung durch den Konsum legaler Substanzen die Belastung durch illegale Substanzen übersteigt.[85]



[86]

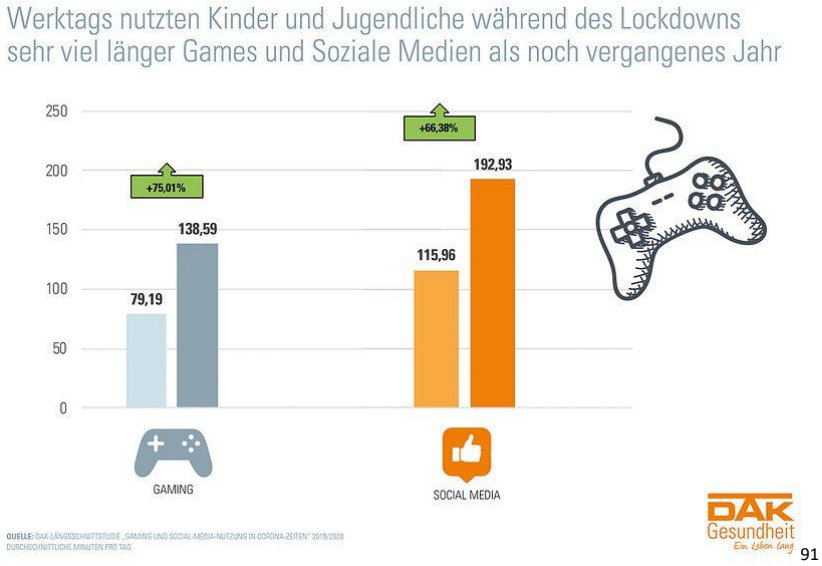
Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die sog. Komorbidität bezüglich Suchterkrankungen und psychischen Störungen. Insbesondere in der Gruppe der an Schizophrenie Erkrankten kommt es in der

[82] https://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2022/positionspapier-cannabislegalisierung.html
[83] https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-52-expertise-zur-suchtpraevention-2020/
[84] https://www.aerzteblatt.de/archiv/209390/Trends-des-Substanzkonsums-und-substanzbezogener-Stoerungen
[85] https://www.aerzteblatt.de/archiv/209388/Gebrauch-von-Alkohol-Tabak-illegalen-Drogen-und-Medikamenten
[86] https://www.dw.com/de/mehr-als-35-millionen-suchtkranke-in-deutschland/a-38379270

Lebenszeitprävalenz in 50% zu einem Substanzmissbrauch bzw. zu einer Substanzabhängigkeit. Bei Patienten mit der Diagnose Substanzmissbrauch tritt die schizophrene Symptomatik 5 bis 10 Jahre früher auf als bei Patienten ohne Drogenkonsum. Dies trifft insbesondere beim Konsum von Amphetaminen und Cannabis zu.[87]

Neben dem gerade beschriebenen Substanzkonsum gibt es noch den Bereich des Glücksspiels sowie der Suchterkrankungen bezüglich der Medien-/Computer-/Internetnutzung. Ungefähr ein Drittel der 16- bis 70-Jährigen hat 2017 ein Glücksspiel gespielt. Hauptsächlich handelt es sich dabei um das Lottospiel, Sofortlotterien und private Glücksspiele. Man geht davon aus, dass schätzungsweise 0,3% ein pathologisches Spielverhalten und 0,6% ein problematisches Spielverhalten aufweisen, wobei dies die Altersgruppe der jungen Männer zwischen 21 und 25 Jahren betrifft. Bezüglich der Medien-/Computer-/Internetnutzung ist die Gruppe der 12- bis 25-Jährigen besonders gefährdet.[88] In einer Längsschnittstudie der DAK aus den Jahren 2018 bis 2020 ergab sich eine deutliche Zunahme der Nutzung digitaler Medien und Spiele bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Lockdowns. Dadurch stieg auch die Zahl der pathologischen Nutzung dieser Medien. Laut Studie nutzen 4,1 Prozent aller 10- bis 17-Jährigen in Deutschland Computerspiele krankhaft. Im Vergleich zum Jahr 2019 bedeutet das einen Anstieg von ca. 52%. Dieser Anstieg hängt laut Forschern eng mit den längeren Nutzungszeiten zusammen. Beim Gaming ist die tägliche Nutzungsdauer von 79 auf 139 Minuten angestiegen.[89] Am Wochenende gibt es einen Anstieg um fast 30 % auf 193 Minuten am Tag. Ähnlich problematisch wie Onlinespiele sind Social-Media-Aktivitäten. Im September zeigten 8,2 % der befragten Kinder und Jugendliche eine riskante Nutzung. Das entspricht hochgerechnet fast 440.000 der 10- bis 17- Jährigen. Eine pathologische Nutzung wird bei rund 170.000 Jungen und Mädchen (3,2 Prozent) festgestellt. Unter dem Corona-Lockdown stiegen die Social-Media-Zeiten werktags um 66 % an – von 116 auf 193 Minuten pro Tag. Gaming und soziale Medien werden vor allem genutzt, um Langeweile zu bekämpfen oder soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Rund ein Drittel der Jungen und Mädchen will online aber auch der „Realität entfliehen“ oder Stress abbauen. Laut Studie geben 50 % der Eltern an, dass es in ihrer Familie vor und unter Corona keine zeitlichen Regeln für die Mediennutzung gibt.[90]

[87] https://de.wikipedia.org/wiki/Psychose_und_Abh%C3%A4ngigkeit
[88] https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-52-expertise-zur-suchtpraevention-2020/
[89] https://www.dak.de/dak/bundesthemen/mediensucht-steigt-in-corona-pandemie-stark-an-2508248.html#/
[90] https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/gaming-social-media-corona-dak-gesundheit-startet-praeventionsoffensive-mediensucht-2020/



[91]

Suchterkrankungen haben innerhalb von Familiensystemen auch deutliche Auswirkungen auf die Familien- bzw. Haushaltsangehörigen. Hierbei sind insbesondere Kinder und Jugendliche betroffen. Laut dem 13. Kinder- und Jugendbericht leben in der BRD mindestens 50.000 Kinder von illegal drogenabhängigen Eltern. Mehr als 30 % der Kinder aus suchtbelasteten Familien werden selbst suchtkrank. Fünf bis sechs Millionen Menschen sind erwachsene Kinder suchtkranker Eltern. Ein Großteil leidet unter verschiedenen psychischen Beeinträchtigungen und Störungen. Statistisch gesehen ist hier von 25.000 Kindern auszugehen, die mit ihren Eltern, meistens Müttern, zusammenleben.[92]

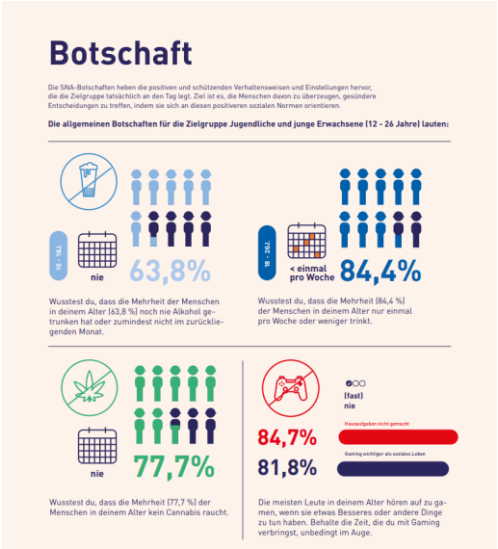
An dieser Stelle muss auch ein Bezug zum Thema Stigmatisierung hergestellt werden. Suchtkrankheiten zählen zu den am stärksten stigmatisierten Krankheitsbildern. Dies hat für die Betroffenen und ihren Krankheitsverlauf mitunter fatale Folgen. Die Behandlung dieser Erkrankung wird durch das Stigma und einen damit einhergehenden gesellschaftlichen Statusverlust deutlich erschwert. Dadurch werden Frühinterventionen mitunter nicht möglich, die eine Verschlimmerung des Suchtverhaltens verhindern könnten. Der Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit kommen somit eine wichtige Rolle im Rahmen der Prävention und Früherkennung zu. Dies wurde auch in dem von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) veröffentlichten Memorandum „Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden“ herausgestellt. Die Autoren*innen stellen fest, dass die Stigmatisierung die Suchtprobleme vergrößert, „indem Menschen mit einem Etikett versehen, mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, ausgegrenzt und schließlich diskriminiert werden“.[93]

Die europäische Union hat im Jahr 2020 die neue EU-Drogenstrategie 2021-2025 verabschiedet. Ziel dieser Strategie ist die Gewährleistung eines hohen Maßes an Gesundheitsschutz, sozialer Stabilität und Sicherheit sowie zur Sensibilisierung beizutragen. Im Mittelpunkt der Drogenstrategie stehen drei wichtige Politikbereiche: Verringerung des Drogenangebots, Verringerung der Drogennachfrage sowie

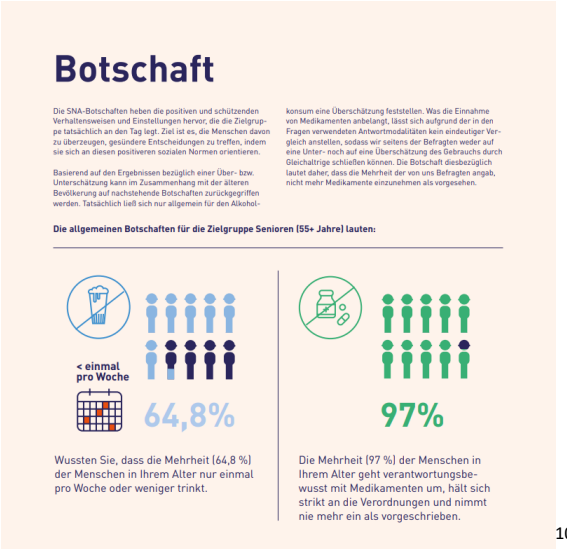
[91] https://www.dak.de/dak/bilder/oc/landscape_ratio4x3/800/600/grafik2-computerspielsucht-7-2296834.2.jpg
[92] http://fitkids.de/ueber-uns/#to_locations
[93] https://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Memorandum_Stigmatisierung.pdf

Vorgehen gegen drogenbedingten Schaden.[94] Grundlage für die Drogenpolitik der Bundesregierung ist die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“. Sie verfolgt einen integrativen Ansatz, bei dem sowohl legale wie auch illegale Substanzen berücksichtigt werden. Ebenfalls im Fokus stehen Verhaltensabhängigkeiten, etwa mit Blick auf Glücksspiel oder die Nutzung digitaler Medien. Dabei beinhaltet die Strategie fünf Schwerpunktthemen: Suchtprävention, Beratung und Behandlung, Schadensreduzierung, Angebotsreduzierung und Strafverfolgung.[95] Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat ein eigenes Landeskonzept[96] gegen Sucht entwickelt und um einen Aktionsplan[97] erweitert. Das primäre Ziel besteht dabei im Ausbau der sektorenübergreifenden Vernetzung der Hilfesysteme und der fachlich-inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der differenzierten Angebote, damit alle suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen die Hilfen erhalten, die sie benötigen.[98] Aktuell beteiligt sich das Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg im Rahmen der Maßnahmen zur Suchtprävention an dem euregionalen Projekt Social Norms Approach (euPrevent-SNA-Project). Im September 2018 startete ein dreijähriges Projekt, der euPrevent Ansatz der sozialen Normen, eine Zusammenarbeit zwischen elf Partnern aus der Euregio Maas-Rhein (EMR) und West-Eifel (DE). Ziel dieses Projektes ist es, gemeinsam mit Expert:innen aus der Euregio Maas-Rhein und der Westeifel bereits bestehende Präventionsinitiativen mithilfe des SNA-Gedankens zu stärken. Ein großer Teil des „Ansatzes der sozialen Normen“ besteht darin, Informationen über die Einstellungen und das Verhalten der Zielgruppe zu sammeln. Daher wurde eine quantitative Querschnittsstudie durchgeführt, aus deren Ergebnissen die sozialen Normen abgeleitet wurden.[99]

Jugendliche:



Ältere Menschen (55+):



[100]

[94] https://www.consilium.europa.eu/de/policies/eu-drugs-policy/#:~:text=EU%2DDrogenstrategie%202021%2D2025,und%20die%20Gesundheit%20zu%20bew%C3%A4ltigen.&text=der%20Beteiligung%20und%20Mitwirkung%20der%20Zivilgesellschaft.
[95] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html
[96] https://anmelden.landesstellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/Aktionsplan%20gegen%20Sucht/Landeskonzept%20gegen%20Sucht_PDFUA.pdf
[97] https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Aktionsplan-gegen-Sucht-NRW_090920.pdf
[98] https://suchtkooperation.nrw/aktionsplan-gegen-sucht-nrw
[99] https://euprevent.eu/de/project-social-norms-approach/
[100] https://euprevent.eu/de/project-social-norms-approach/

Die hieraus entwickelten sozialen Normen werden in das bestehende Suchtpräventionskonzept des Kreises Heinsberg eingebaut und umgesetzt. Dies bietet sich insbesondere bei dem erfolgreich durchgeführten Projekt MOVE - MOtivierende KurzinterVEntion bei konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Gingko Stiftung für Prävention an. Dabei handelt es sich um ein Fortbildungskonzept zur Gesprächsführung mit konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen[101]. MOVE ist eine dreitägige Fortbildung in motivierender Kurzintervention, die für unterschiedliche Settings und Zielgruppen angeboten wird. Sie richtet sich an Fachkräfte, die Menschen dazu motivieren wollen, positive Veränderungen in ihrem Leben anzustreben. Der unterstützende und respektvolle Ansatz eignet sich insbesondere für den Kontakt mit Menschen, die zunächst wenig Bereitschaft zeigen, ein Verhalten zu verändern, das Fachkräfte als schwierig oder potenziell problematisch ansehen. MOVE möchte das Bewusstsein für mögliche Auswirkungen des eigenen Verhaltens erhöhen und das Verständnis für die Bedeutung von Veränderungen fördern. Ziel ist es, dass die Betreffenden ihre eigenen Gründe entwickeln, anstatt sie dazu zu drängen, Veränderungen vorzunehmen. Neben der Verwendung im beraterischen Setting sollen insbesondere Alltagsgespräche zwischen "Tür-und-Angel" genutzt werden, um Veränderungsprozesse zu begleiten. Die kurzinterventive Vorgehensweise ist eine besondere Stärke von MOVE und macht sie zu einem praxistauglichen Ansatz. Ist die Veränderungsbereitschaft angestoßen, ist es wichtig, den Weg in weiterführende Hilfen weisen zu können. Auch hierfür bietet die Fortbildung Raum[102].

2. Grundprinzipien und Rahmenbedingungen der psychiatrischen Prävention und Versorgung des Kreises Heinsberg

In diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung grundlegender Konzepte zum Thema Gesundheit/Krankheit sowie handlungsleitender Richtlinien auf globaler und europäischer Ebene sowie auf Landesebene. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell gilt inzwischen als weitgehend akzeptiertes Paradigma im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Im Vorwort des Landespsychiatrieplans NRW aus dem Jahre 2017 heißt es: „Wir brauchen ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Und unsere Unterstützung müssen wir viel stärker lebensfeldbezogen ausgestalten und am individuellen Bedarf ausrichten“[103]. Das Konzept „Positive Gesundheit“ der niederländischen Hausärztin und Forscherin Machteld Huber bietet in dieser Hinsicht eine neue, dynamische Konzeption des Gesundheitsbegriffs an. Dabei ist dieses Konzept bewusst als ein Gegenentwurf zur statischen Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konzipiert worden und betont die Anpassungsfähigkeit und das Selbst-Management eines jeden Menschen in der Ausgestaltung der dort formulierten sechs Dimensionen von Gesundheit. Für den Bereich der psychischen Gesundheit findet hier der von Corey L. M. Keyes et al. formulierte Begriff der positiven mentalen Gesundheit gepaart mit dem Konzept des 2-Kontinuitäten-Modells, welches die pathogenetische und salutogenetische Ebene miteinander kombiniert. Ebenfalls als Gegenentwurf zum gängigen Psychiatrie-Verständnis konzipiert ist das Konzept der Positiven Psychiatrie. Positive Psychiatrie ist die Wissenschaft und Praxis der Psychiatrie, die darauf abzielt, das Wohlbefinden durch Assessments und Interventionen, die darauf abzielen, das Verhalten und die geistige Gesundheit zu verbessern, zu verstehen und zu fördern [104].

[101] https://www.ginko-stiftung.de/move/default.aspx
[102] https://www.move-seminare.de/Move/Was-ist-MOVE
[103] https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Landespsychiatrieplan_NRW/159#image-0
[104] https://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2015/v76n06/v76n0601.aspx

Die im Anschluss hieran dargestellten Richtlinien umfassen, neben dem bereits erwähnten Landespsychiatrieplan NRW, zwei Aktionspläne der Weltgesundheitsorganisation (WHO): den sog. Comprehensive Mental Action Plan 2013-2030 sowie den von der europäischen Sektion der WHO verfassten European Mental Health Action Plan 2013-2020. Zwei weitere wichtige Aspekte bilden zudem das Konzept der Health In All Policies (Gesundheit in allen Politikbereichen), die UN-Behindertenrechtskonvention sowie die UN-Agenda 2030 mit ihren 17 Zielen für eine nachhaltige Entwicklung. Letzteres ist insofern von besonderer Bedeutung, da der Kreis Heinsberg sich am Projekt „Global Nachhaltige Kommune NRW“ (GNK NRW) beteiligt.

Menschenbild und Gesundheitsdefinition

a) Paradigmenwechsel – Der Mensch steht im Mittelpunkt, nicht seine Krankheit

„Wissenschaftler erforschen oft Depressionen, Angst und Furcht, aber warum widmen Sie Ihre Arbeit nicht den Ursachen positiver menschlicher Eigenschaften wie Glück und Mitgefühl?“, fragte das im Exil lebende geistige Oberhaupt Tibets (der Dalai Lama).

"Ich konnte ihm keine befriedigende Antwort geben", erinnert sich Richard Davidson, ein Neurowissenschaftler der University of Wisconsin-Madison.

Die oben gestellte Frage des Dalai Lamas deutet in die Richtung des hier postulierten Paradigmenwechsels. Vor dem Hintergrund eines erweiterten Begriffs der mentalen Gesundheit geht es um die Verbindung eines pathogenetischen und eines salutogenetischen Ansatzes, d.h. eines ganzheitlicheren Verständnisses. Damit rückt der Mensch und nicht seine mögliche Erkrankung in den Fokus. Es geht also nicht mehr nur um die Frage der An- oder Abwesenheit einer psychischen Erkrankung, sondern auch um den Grad der psychischen Gesundheit. Neben der Verhinderung und Behandlung von Erkrankungen muss es zukünftig zusätzlich um die Stärkung und Förderung der psychischen Gesundheit gehen. Aspekten wie Glück, Mitgefühl und Resilienz kommt dabei sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der gesellschaftlichen Ebene eine große Bedeutung zu. In ihrem Buch „Practicing Positive Psychiatry“ formulieren Fredrike Bannink und Frenk Peeters von der Universität Maastricht dies folgendermaßen: „Die Psychiatrische Versorgung sollte nicht mehr nur ein Ort sein, an dem Probleme und Störungen diskutiert und behandelt werden, sondern auch ein Ort, an dem der Schwerpunkt auf dem liegt, was im Leben unserer Patienten funktioniert, an dem ihre Kompetenzen und ihre Widerstandsfähigkeit entdeckt und entwickelt werden, an dem positive Emotionen gestärkt werden und an dem Hoffnung, Dankbarkeit und Optimismus genährt werden.“[105]

b) Bio-psycho-soziales Modell

Das hier zugrunde liegende Menschenbild speist sich aus dem sog. bio-psycho-sozialen Modell. Der Ursprung dieses Modells liegt in der Allgemeinen Systemtheorie Ludwig von Bertalanffys[106]. Die Anwendung auf den Bereich der psychosomatischen Medizin geht im Wesentlichen auf die Arbeiten von George L. Engel (1976)[107] und den Verhaltensmedizinern Schwartz und Weiss zurück. Das bio-psycho-soziale Modell stellt einen Versuch dar, den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen. Der Mensch wird hier verstanden als eine Entität, die aus vielen, miteinander kommunizierenden Sub-Systemen besteht. Nach diesem Modell bedeutet Gesundheit „(…) die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von

[105] F. Bannink, F. Peeters – Practicing Positive Psychiatry, p. 7, Hogrefe Verlag, 2021
[106] http://www.bpsmed.net/_data/doc/literature/1Egger_bpsMod05.pdf
[107] Engel, G.L. (1976): Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber

Störungen/Auffälligkeiten auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren. Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems „Mensch“ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist.“[108] Die hier auftauchenden Aspekte der Anpassungsfähigkeit, i.S. der Autoregulation, und des Selbst-Managements tauchen in dem folgenden, neuen Gesundheitskonzept von Huber et al. wieder auf. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell ist auch als handlungsleitendes Krankheitsmodell im Landespsychiatrieplan NRW verortet[109]. Ein weiterer, wichtiger Kernsatz, der zum dynamischen Konzept der Positiven Gesundheit überleitet, lautet: „Krankheit und Gesundheit erscheinen hier nicht als ein Zustand, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens „geschaffen“ werden“[110].

c) Positive Gesundheit

In dem im Jahr 2017 veröffentlichten Landespsychiatrieplan NRW wird im Vorwort konstatiert, dass wir ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit benötigen. Ausgangspunkt sei dabei ein ganzheitliches Verständnis von psychischer Störung. Leitkriterien sind die Stärkung der Selbstbestimmungsrechte und Partizipation der Betroffenen sowie die lebensweltbezogene und individuelle/personenzentrierte Versorgung. Mit der Einführung des Konzeptes der Positiven Gesundheit trägt der Kreis Heinsberg dieser Forderung Rechnung.

Der Versuch, den Gesundheitsbegriff eindeutig zu definieren, hat sich von jeher als eine schwierige und unlösbare Herausforderung erwiesen. Gesundheit ist, wie auch der Krankheitsbegriff, als eine soziale Wirklichkeitskonstruktion zu verstehen. Oftmals erfolgten Definitionsversuche in Abgrenzung zum Krankheitsbegriff. In den 1980er Jahren stellte Seedhouse einige charakteristische wissenschaftliche Kernvorstellungen zu diesem Begriff heraus: Gesundheit als Idealzustand, als persönliche Stärke, als Leistungsfähigkeit und als Gebrauchsgut bzw. Ware.[111] Allen Definitionsversuchen gemein ist deren Beobachterabhängigkeit, d.h. der Abhängigkeit von den jeweiligen, zugrundeliegenden Sichtweisen und Ideologien.

Die aktuell gültige, 1948 formulierte WHO-Definition beschreibt Gesundheit als "einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheiten oder Gebrechen". Seit ihrer Veröffentlichung haben sich die Verhältnisse im Hinblick auf die demografischen Entwicklungen grundlegend geändert. Während 1948 die Menschheit in erster Linie mit der Bekämpfung von Infektionskrankheiten beschäftigt war, so hat seitdem die Rate der chronisch erkrankten Menschen deutlich zugenommen. Das Altern mit chronischen Krankheiten ist zur Norm geworden, und diese Art von Erkrankungen machen den größten Teil der Ausgaben des Gesundheitssystems aus, welches zudem Druck auf seine Nachhaltigkeit ausübt[112]. Ein oftmals formulierter Kritikpunkt an dieser Definition aus heutiger Sicht ist zum einen ihre statische Vorstellung

[108] http://www.bpsmed.net/_data/doc/literature/1Egger_bpsMod05.pdf
[109] https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/lpp-nrw-pdf-1/von/landespsychiatrieplan-nrw/vom/mags/2734
[110] http://www.bpsmed.net/_data/doc/literature/5Egger_Gesundheit.pdf
[111] https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/
[112] https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163

von Gesundheit als Zustand und zum anderen die Formulierung eines nicht erreichbaren Idealzustandes.

Als Entwurf zu einer erweiterten Sichtweise des Gesundheitsbegriffs formulierten Huber et al. im Jahre 2009 auf einer internationalen Konferenz in Den Haag mit dem Titel: 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health' (dtsch.: ‚Ist Gesundheit ein Zustand oder eine Fähigkeit? Auf dem Weg zu einem dynamischen Konzept von Gesundheit')[113] ein aus ihrer Sicht neues dynamisches Konzept von Gesundheit:

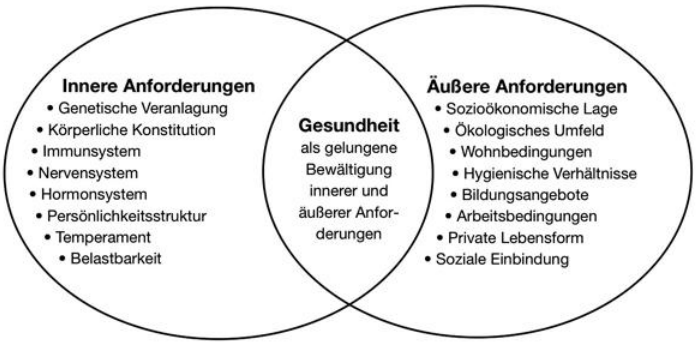
„Gesundheit ist die Fähigkeit, sich in eigener Regie an soziale, körperliche und emotionale Herausforderungen anzupassen."[114]

Das hier vorgestellte Gesundheitsverständnis postuliert ein ganzheitliches Menschenbild, vergleichbar mit dem bio-psycho-sozialen Modell, und fokussiert in erster Linie auf seine/ihre vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen. Außerdem impliziert dieses Konzept, dass Gesundheit nicht als ein Ziel, sondern als ein Mittel zur Umsetzung eines sinnvollen Lebens verstanden wird. Was in diesem Zusammenhang als sinnvoll erachtet wird, bestimmt in der Regel der/die Patient*in. Ein zentraler Aspekt in diesem Gesundheitskonzept ist somit die Selbstbestimmung des Einzelnen. Auch dieser Aspekt findet sich in einigen Grundlagenwerken wieder. So heißt es in der Ottawa-Charta (1986), dem Gründungsmanifest der modernen Gesundheitsförderung, dass Gesundheit dadurch entstehe, „[. . .] dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben [. . .]" (Ottawa-Charta 1986). Allerdings muss an dieser Stelle der Begriff der Selbstbestimmung bzw. der damit verbundene Begriff der Selbstverantwortlichkeit auch unter dem Aspekt der notwendigen Basisvoraussetzungen im Sinne von gesundheitsfördernden Arbeits- und Wohnbedingungen, sozialer und finanzieller Status, Bildungsmöglichkeiten etc. gesehen werden. Ohne die Sicherung sog. unterstützender Voraussetzungsgewährleistungen läuft man Gefahr, von Menschen Leistungen und Leistungserfolge abzuverlangen, die sie nicht erbringen können.[115] Notwendige politische Zielsetzungen zur Gestaltung einer derartigen Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene wurden im European Mental Health Action Plan 2013-2020 der WHO Europe formuliert (siehe Abschnitt 2.f).

Vergleichbare Definitionen bzw. Konzepte zum Gesundheitsbegriff gibt es seit Längeren auch in der Medizinsoziologie. Als Beispiel sei hier der Definitionsvorschlag der Medizinsoziologen Hurrelmann und Richter aus den Jahren 2013/18 genannt.

„Gesundheit bezeichnet den [dynamischen] Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das [dynamische] Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein [dynamisches] Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt."[116]

[113] https://www.healthcouncil.nl/documents/advisory-reports/2010/07/13/invitational-conference-is-health-a-state-or-an-ability-towards-a-dynamic-concept-of-health
[114] https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163
[115] https://www.suchtmagazin.ch/tl_files/templates/Suchtmagazin/user_upload/Texte/SuchtMagazin_2016-3_Leseprobe.pdf
[116] https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/



Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen (Hurrelmann/Richter)

Es ist an hiesiger Stelle zu betonen, dass dies aus unserer Sicht keinesfalls gesundheitliche Probleme bzw. manifeste Erkrankungen und deren adäquate, evidenz-basierte und personenzentrierte Behandlung aus dem Fokus nimmt. Jedoch geht es gerade bei Langzeiterkrankten darum, eine wünschenswerte Lebensqualität trotz der Erkrankung zu ermöglichen und den/die Patienten*in darin zu unterstützen, dies möglichst „in eigener Regie“ zu erreichen und/oder nach Möglichkeit gemeinsam mit ihm/ihr zu entscheiden, wo externe Unterstützung notwendig ist und wie diese aussehen sollte.

Das Konzept der Positiven Gesundheit geht auf zwei wichtige Strömungen zurück. Zum einen auf den sog. Sense of Coherence (SoC) (dtsch.: Kohärenzgefühl) aus dem Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einem ausgeprägten SoC schwierige Situationen besser verarbeiten können. Drei Aspekte sind hierbei von Bedeutung:

[117]

Zum anderen beziehen sich Huber et al. auf das von Dan Buettner vertretene Konzept der Blue Zones. Insgesamt 5 dieser Regionen, in denen Menschen besonders lange leben und dabei gesund bleiben, wurden weltweit identifiziert. Buettner und sein Team formulierten neun sog. Lektionen, die zu einem langen und gesunden Leben beitragen können:

1. Mäßige, regelmäßige körperliche Aktivität.
2. Lebensinhalt.

[117] Von Florian Krause - Eigenes Werk, CC BY-SA 4.0, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=56140008

3. Stressabbau.
4. Mäßige Kalorienzufuhr.
5. Pflanzenbasierte Ernährung.
6. Mäßiger Alkoholkonsum; überwiegend Wein.
7. Engagement in der Spiritualität oder Religion.
8. Engagement im Familienleben.
9. Engagement im gesellschaftlichen Leben.[118]

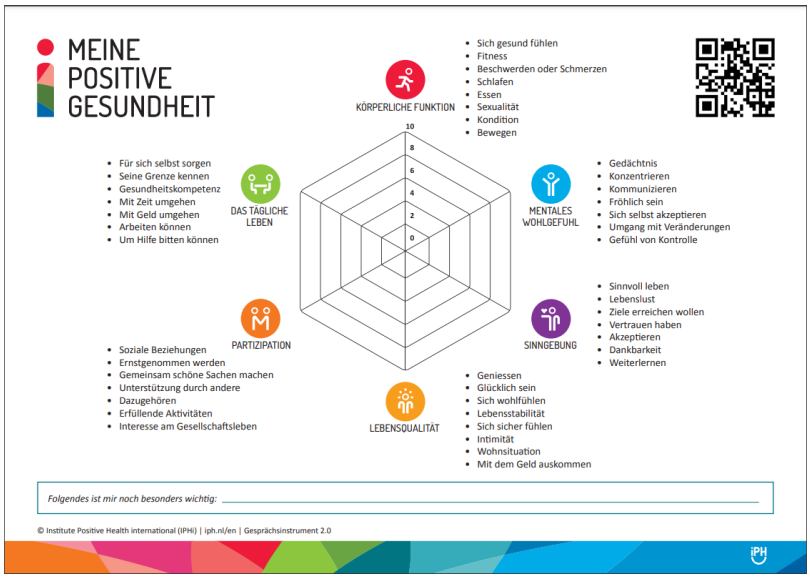
Das von Huber et al. daraufhin formulierte Verständnis von Gesundheit drückt sich in sechs Gesundheitsdimensionen aus[119]:

1. Körperliche Funktion
2. Mentales Wohlgefühl
3. Sinngebung
4. Lebensqualität
5. Partizipation
6. Das tägliche Leben

Auf der Basis dieser sechs genannten Dimensionen wurde im Rahmen einer Erhebung ein Gesprächsinstrument entwickelt, welches eine persönliche Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands ermöglicht und als Grundlage für die Entscheidung dient, in bestimmten Aspekten eine Veränderung anstreben zu wollen. Im Rahmen des darauffolgenden Prozesses dient dieses Instrument der weiteren Verlaufskontrolle und ggf. Neuausrichtung, indem die subjektive Einschätzung in zeitlich definierten Abständen, z.B. monatlich, erfolgt. Den sechs benannten Dimensionen wurden insgesamt 32 weitere Indikatoren zugeordnet.

Die von Huber et al. formulierten sechs Gesundheitsdimensionen sowie die dazugehörigen Indikatoren werden in der nachstehenden Abbildung dargestellt.

[118] https://de.wikipedia.org/wiki/Blaue_Zone_(Demographie)
[119] https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/1486687/guid-ca35cef5-7513-4963-8666-dfed020b66ac-ASSET1.0



[120]

Das Gesprächsinstrument ermöglicht es einer Person, ihre subjektive Einschätzung ihres individuellen Gesundheitszustandes auf allen Ebenen zu überprüfen und grafisch darzustellen. Auf dieser Ausgangsbasis kann dann geklärt werden, in welcher der benannten Dimension(en) ein Änderungsbedarf besteht und wie dieser umgesetzt werden könnte. Dies trägt dazu bei, dass der/die Einzelne in Eigenverantwortlichkeit und/oder mit professioneller Unterstützung sich der eigenen Gesundheit zuwenden kann. Dieses Tool versteht sich als ein Gesprächsinstrument, welches es Menschen ermöglichen soll, sich ein subjektives Bild ihres aktuellen Gesundheitszustandes zu machen und einen möglichen weiteren Verlauf abzubilden. Es ist kein Messinstrument im wissenschaftlichen Sinne. Entscheidend ist, dass die jeweilige Person als solche in den Fokus rückt und, gemäß seiner/ihrer Möglichkeiten, entscheidet, ob eine Änderung des aktuellen Gesundheitszustandes erwünscht ist und wenn ja, in welcher der genannten Dimension als Erstes eine Änderung stattfinden soll. Somit kann dieses Tool dazu dienen, die Patientenrechte zu stärken, Patienten:innen in ihrem Selbstwert zu unterstützen sowie die therapeutische Kommunikation zu verbessern. Dies unterstützt somit das in der sozialpsychiatrischen Arbeit geltende Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“, wonach hilfsbedürftige Personen darin unterstützt werden sollen, ihren Alltag möglichst eigenverantwortlich zu gestalten und auftretende Konflikte konstruktiv zu bewältigen.[121]

Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse haben gezeigt, dass der Trend zu mehr Selbstbestimmung und Kontrolle seitens der Patienten:innen steigt, d.h., dass die Erwartungshaltung an Machbarkeit, Wissen und Handlungsfähigkeit gestiegen ist. Internet und Social Media, mittels derer Wissensbestände jedem/jeder Bürger:in zur Verfügung stehen, scheinen hier mitverantwortlich zu sein.

Das hier vorgestellte Gesprächsinstrument kann somit grundsätzlich auch zur Selbstwirksamkeit einer Person beitragen. Der aus der sozial-kognitiven Lerntheorie Albert Banduras stammende Begriff bezieht sich dabei auf die Überzeugung eines Menschen, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. (Stangl, 2022).[122] Hieraus

[120] https://www.iph.nl/assets/uploads/2022/05/iPH-DU-Gespra%CC%88chsinstrument-2.0.pdf
[121] https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/SpDi/screen-pdf/spdi_v1.pdf
[122] Stangl, W. (2022, 13. Oktober). Selbstwirksamkeit – Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. https://lexikon.stangl.eu/1535/selbstwirksamkeit-selbstwirksamkeitserwartung.

ergibt sich auch eine deutliche Parallele zu Antonovskys Modell der Salutogenese und dem damit verbunden Begriff des Kohärenzgefühls.

Das sich als dynamisch verstehende Konzept der Positiven Gesundheit stellt somit einen wichtigen Teilaspekt des Gesundheitsbegriffs dar und kann als ein Fingerzeig dahingehend gewertet werden, den Gesundheitsbegriff auf eine breitere Basis zu stellen und den Menschen und seine Fähigkeiten und Bedürfnisse stärker in den Fokus zu rücken.

Im Dokument EMR 2030 – Eine Strategie für die Zukunft der Euregio Maas-Rhein[123] wird im Kapitel 3.3.2 Entwicklungsperspektiven darauf hingewiesen, dass die nachhaltigen Entwicklungsziele der EMR mit den Zielen für nachhaltige Entwicklung der WHO (SDG) – Gesundheit in allen Politikbereichen – übereinstimmen. Hierzu gehöre auch die Unterstützung von Präventionskampagnen und Kampagnen, die ein gesundes Lebensumfeld fördern und sich auf **„Positive Gesundheit“** (Hervorhebung durch den Autor) konzentrieren. Somit ist die Förderung der Positiven Gesundheit eines der in der Zukunftsstrategie benannten Ziele im Bereich der Gesundheitsversorgung in der EMR.

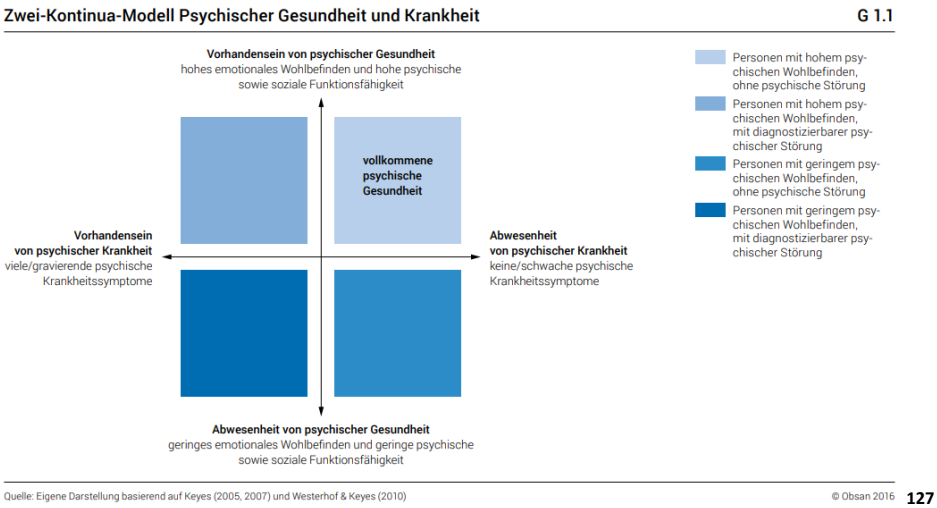
d) Positive Mentale Gesundheit – das 2-Kontinua-Modell nach Keyes

Die Weltgesundheitsorganisation hat 2005 psychische Gesundheit wie folgt definiert: “Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre eigenen Fähigkeiten erkennt, die normalen Belastungen des Lebens bewältigen kann, produktiv arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft zu leisten.”[124]

Diese breitere Formulierung des Gesundheitsbegriffs beinhaltet drei Kernkomponenten: das emotionale/individuelle, das psychologische und das soziale Wohlbefinden. Hier geht es nicht ausschließlich um die Abwesenheit von psychischen Erkrankungen, sondern um individuelles und soziales Wohlbefinden. Corey Keyes von der Emory Universität in Atlanta und Gerben Westerhof von der Universität in Twente kommen zu dem Schluss, dass die Definition von positiver mentaler Gesundheit sowohl den Aspekt des hedonischen Wohlbefindens als auch die psychologischen und sozialen Aspekte des eudaimonischen Wohlbefindens beinhaltet.[125] Demnach ist aus ihrer Sicht eine Kombination aus emotionalem, psychologischem und sozialem Wohlbefinden erforderlich, um als geistig gesund zu gelten.[126]

In einem weiteren Schritt entwickelten beide Forscher das im Folgenden abgebildete 2-Kontinua-Modell. Auf der Basis mehrerer Studien konnten sie nachweisen, dass psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen miteinander korrelieren, dass aber die alleinige Abwesenheit einer Erkrankung beispielsweise nicht bedeutet, dass die jeweilige Person auch einen hohen Grad an psychischer Gesundheit hat.

[123] https://euregio-mr.info/de/themen/gesundheitsversorgung.php
[124] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
[125] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866965/pdf/10804_2009_Article_9082.pdf
[126] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866965/pdf/10804_2009_Article_9082.pdf

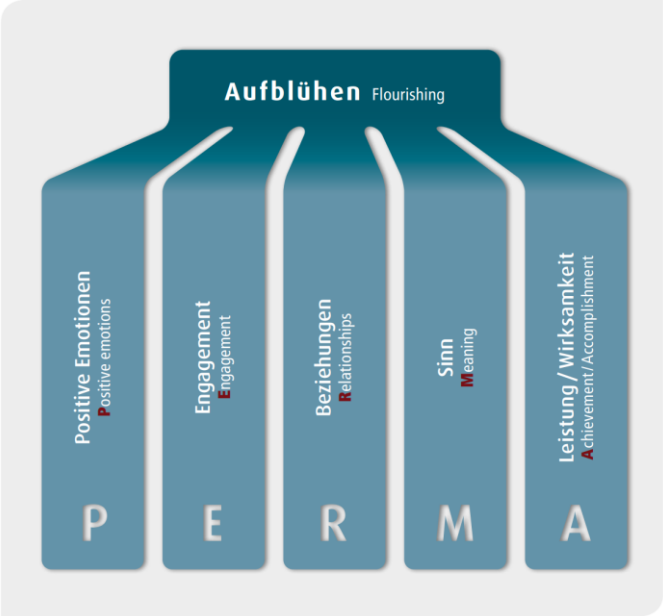


Um sprachlich ausdrücken zu können, in welche Richtung sich ein Individuum im Hinblick auf seine psychische Gesundheit bewegt, unterschied Keyes die Begriffe „flourishing“ (aufblühend) und „languishing“ (dahinwelkend). Beim flourishing handelt es sich um einen Zustand, in dem Individuen ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden mit einem optimalen Maß an psychologischem und sozialem Funktionieren kombinieren. Umgekehrt handelt es sich beim languishing um ein niedriges Niveau des subjektiven Wohlbefindens, welches mit einem niedrigen Niveau des psychologischen und sozialen Wohlbefindens verbunden ist.

e) Positive Psychologie/Psychiatrie

In diesem Zusammenhang wird an dieser Stelle auch auf die Entwicklung der Positiven Psychologie hingewiesen. Darunter versteht man die wissenschaftliche Untersuchung des Erlebens und Verhaltens in Bezug auf positive Aspekte des menschlichen Lebens. In diesem Ansatz werden Faktoren untersucht, die zu einem gelingenden und erfüllenden Leben beitragen, die die Persönlichkeitsentwicklung und das subjektive Wohlbefinden positiv beeinflussen.[128] Diese Richtung innerhalb der Psychologie hat sich seit den 1990er Jahren etabliert und stellt einen Gegenentwurf zu den bisherigen Bemühungen der klinischen Psychologie dar, die sich in erster Linie mit negativen Emotionen, wie beispielsweise Angst, Wut oder Verzweiflung, beschäftigt und hauptsächlich zu den Ursachen und Therapiemöglichkeiten psychischer Störungen wie Depressionen, Phobien oder Sucht forscht. Eines der zentralen Modelle, welches sich auf die Förderung des „flourishing“ bezieht, ist das von Martin Seligman entwickelte PERMA-Modell. Dort werden fünf Bereiche definiert, die ein positives Leben ermöglichen sollen: Positive Emotionen (**P**ositive Emotions), Engagement (**E**ngagement), Beziehungen (**R**elationships), Sinn (**M**eaning) und Wirksamkeitserfahrungen (**A**chievement/**A**ccomplishment).[129] Die folgende Abbildung stellt das Modell und seine Komponenten grafisch dar.

[127] https://sbap.ch/wp-content/uploads/2019/06/Obsan_Bericht_2016_Psychische-Gesundheit.pdf
[128] E. Lermer – Positive Psychologie, S. 23, utb Verlag, 2019
[129] https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Fakten/Dokumente/Publikationen/iga.Fakten11_Staerken_staerken.pdf



[130]

Umsetzungen im therapeutischen Bereich finden sich in der Psychotherapie und im Coaching. Aber auch in der Arbeitswelt kommt dieses Modell zur Anwendung. Die Initiative Gesundheit und Arbeit bietet beispielsweise einen Leitfaden zur Umsetzung dieser Ideen innerhalb eines Unternehmens an.[131] Auf der Basis der Erkenntnisse der Positiven Psychologie ergeben sich konkrete Möglichkeiten für alle Lebensbereiche zur Förderung der (psychischen) Gesundheit und somit auch zur Prävention psychischer Störungen.

Eine ähnliche Entwicklung vollzieht sich im Ansatz der sog. Positiven Psychiatrie. Banning und Peeters definieren dies als eine positive Form der Gesundheitsversorgung. Sie steht für eine personalisierte, auf den Patienten zugeschnittene Behandlung, bei der die Konzentration auf Symptome und Einschränkungen durch eine Konzentration auf Kompetenzen und Möglichkeiten ergänzt wird. Es ist ein ganzheitlicher Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit. Die Patient:innen und ihre Angehörigen werden so weit wie möglich in die Behandlung einbezogen.[132]

Die hier benannten Modelle und Konstrukte stellen wichtige Bausteine für eine zukünftige Schwerpunktsetzung im Bereich der psychiatrischen Versorgung im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Die Förderung der psychischen Gesundheit in diesem Sinne führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität und kann zu einer Verhinderung behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen führen.

Formale Rahmenbedingungen

f) (Mental) Health In All Policies – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Bereits im 19. Jahrhundert erkannten Rudolf Virchow und sein Kollege Salomon Neumann, dass vor allem die Lebensbedingungen Gesundheit und Krankheit beeinflussen und dass „die Medizin eine soziale Wissenschaft ist und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen“ (Virchow 1848).[133] Dies gilt heute noch und Gesundheit kann somit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden.

[130] https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Fakten/Dokumente/Publikationen/iga.Fakten11_Staerken_staerken.pdf
[131] https://www.iga-info.de/
[132] F. Bannink, F. Peeters – Practicing Positive Psychiatry, p. 31, Hogrefe Verlag, 2021
[133] https://zukunftsforum-public-health.de/download/health-in-all-policies-entwicklungen-schwerpunkte-und-umsetzungsstrategien-fuer-deuschland/?wpdmdl=2770&refresh=630efcafe011e1661926575

Auf der 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2013 in Helsinki wurde das Konzept Health In All Policies (Gesundheit in allen Politikbereichen) verabschiedet. Es wird dort definiert als „ein Konzept für die öffentliche Politik in allen Sektoren, die systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern“ (WHO 2013).

Folgende Prioritäten werden im Grundlagenwerk „Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies” benannt:

- Chancengleichheit
- Intersektorales Verständnis
- Vernetzung und Nachhaltigkeit
- Nutzerorientierung
- Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbsthilfe
- Salutogenese

Eine Spezifizierung auf den Bereich der psychischen Gesundheit in Europa erfolgte durch das Konzept Mental Health in All Policies der Joint Action on Mental Health and Well-being.[134]

„Mental Health in All Policies (MHiAP) ist ein Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung durch die Initiierung und Förderung von Maßnahmen in verschiedenen nicht gesundheitsbezogenen Politikbereichen. MHiAP betont die Auswirkungen der öffentlichen Politik auf die für die psychische Gesundheit maßgeblichen Faktoren, strebt den Abbau von Ungleichheiten im Bereich der psychischen Gesundheit an, will die Möglichkeiten aufzeigen, die die psychische Gesundheit den verschiedenen Politikbereichen bietet, und stärkt die Verantwortlichkeit der politischen Entscheidungsträger für die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Der MHiAP-Ansatz kann auf allen Verwaltungsebenen angewandt werden, von lokalen Behörden bis hin zur EU-Ebene.“[135]

In Deutschland hat sich inzwischen das interdisziplinäre und intersektorale Handlungsfeld Public Mental Health (PMH) entwickelt, dessen Aktivitäten sich von Gesundheitsförderung über Prävention bis zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung erstreckt. Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Public Health 2023 wurde das Thema „Mental Health in All Policies“ ausführlich behandelt. Man kam dort zu dem Schluss, „dass die psychische Gesundheit ein wachsendes Tätigkeitsfeld für Public Health darstellt, dessen Relevanz auch weiter perspektivisch steigen werde.“[136]

g) Agenda 2030 – Ziele für nachhaltige Entwicklung[137,138]

Im Jahr 2015 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Agenda 2030, die in einem dreijährigen Prozess unter Einbezug der Öffentlichkeit erarbeitet wurde. Diese Agenda zur Sicherung einer globalen Nachhaltigkeit beinhaltet 17 Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals) mit weiteren 169 Unterzielen.

[134] https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-07/2017_mh_allpolicies_en_0.pdf
[135] https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-07/2017_mh_allpolicies_en_0.pdf
[136] https://www.gmds.de/fileadmin/user_upload/aktuelles-termine/2023-03-03_DGPH-Newsletter_Maerz_2023.pdf
[137] https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/
[138] https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/eine-strategie-begleitet-uns

[139]

Bereits seit 2002 gab es die erste deutsche Nachhaltigkeitsstrategie, die 2017 um die eben benannten globalen Nachhaltigkeitsziele erweitert wurde. 2018 erfolgte eine weitere Aktualisierung und 2021 eine Weiterentwicklung. Unter dem Nachhaltigkeitsziel 3 Gesundheit und Wohlergehen finden sich die folgenden Zielformulierungen, die Bezug auf die psychische Gesundheit und Suchtverhalten nehmen:

SDG 3.4 Bis 2030 die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern.

SDG 3.5 Die Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken.

SDG 3.8 Die allgemeine Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle erreichen.

SDG 3.a Die Durchführung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in allen Ländern in geeigneter Weise stärken.

Das Land Nordrhein-Westfalen veröffentlichte erstmals im Jahre 2016 eine NRW-Nachhaltigkeitsstrategie, die im Jahre 2020 dann weiterentwickelt und an die Agenda 2030 angepasst wurde.[140] In diesem Dokument wird besonders auf den Aspekt der Gesundheitsförderung und der Prävention hingewiesen. Weitere Zielsetzungen sind:

- Der Anteil der Menschen, die gelegentlich oder regelmäßig rauchen, soll gesenkt werden. Ziel der Sucht- und Drogenpolitik des Landes ist es, Suchtmittelmissbrauch zu verhindern und die Suchtentstehung zu vermeiden. Im Rahmen der Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ soll das Projekt „Leben ohne Qualm – LoQ“ insbesondere die 10-13jährigen Kinder und Jugendlichen erreichen.

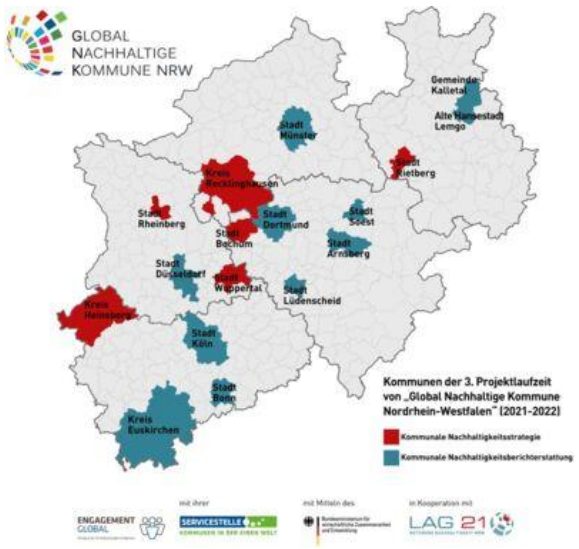
[139] https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/agenda-2030-355966
[140] https://nachhaltigkeit.nrw.de/nrw-nachhaltigkeitsstrategie-2020

- Ebenfalls soll der Anstieg in der Bevölkerung mit Adipositas bzw. Übergewicht gestoppt werden. Oftmals gehen diese Essstörungen mit weiteren, psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Depression, einher.
- Weiterhin soll der Anteil der Frühverrentung wegen psychischer Erkrankungen gesenkt werden. Dies zielt insbesondere auf die Vermeidung bzw. den Umgang mit privatem und beruflichem Stress ab.

Neben der Erwähnung des Landespsychiatrieplans, auf den an anderer Stelle noch ausführlich eingegangen wird, stellen die Autoren*innen zum Thema der Bedeutung psychischer Erkrankungen Folgendes fest:

„Psychische Gesundheit ist ein essenzieller Baustein, will man ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern. Der Bedarf an Unterstützung kann dabei sehr unterschiedlich sein, von konkreten Hilfen und Entlastungen im beruflichen und sozialen Umfeld bis hin zu Angeboten des Gesundheitssystems.“[141]

Das in NRW angesiedelte Projekt „Global Nachhaltige Kommune NRW“ (GNK NRW)[142], welches von der Landesarbeitsgemeinschaft Agenda 21 NRW e.V. (LAG 21 NRW) organisiert und begleitet wird, ermöglicht es Kommunen, eine eigene Nachhaltigkeitsstrategie vor dem Hintergrund der Agenda 2030 zu entwickeln. Der Kreis Heinsberg beteiligt sich als Modellkommune an diesem Projektvorhaben. Mit Abschluss der Nachhaltigkeitsstrategie im Dezember 2022 wurde dem Kreis Heinsberg dieser Titel verliehen.



143

h) UN-Behindertenrechtskonvention

Um Menschen mit Behinderungen die volle gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, wurde im Jahre 2006 die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verabschiedet. Seit 2009 hat diese Konvention in Deutschland Gesetzeskraft. In diesem Dokument wird

[141] https://nachhaltigkeit.nrw.de/fileadmin/user_upload/NRW_Nachhaltigkeitsstrategie_2020.pdf
[142] https://www.lag21.de/projekte/details/global-nachhaltige-kommune/
[143] https://www.lag21.de/projekte/details/global-nachhaltige-kommune/

konstatiert, dass Behinderung in erster Linie durch Barrieren in der Umwelt entsteht und somit keine unabänderliche Tatsache ist.

Die Grundsätze der Konvention enthält Artikel 3:

a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;

b) die Nichtdiskriminierung;

c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;

d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;

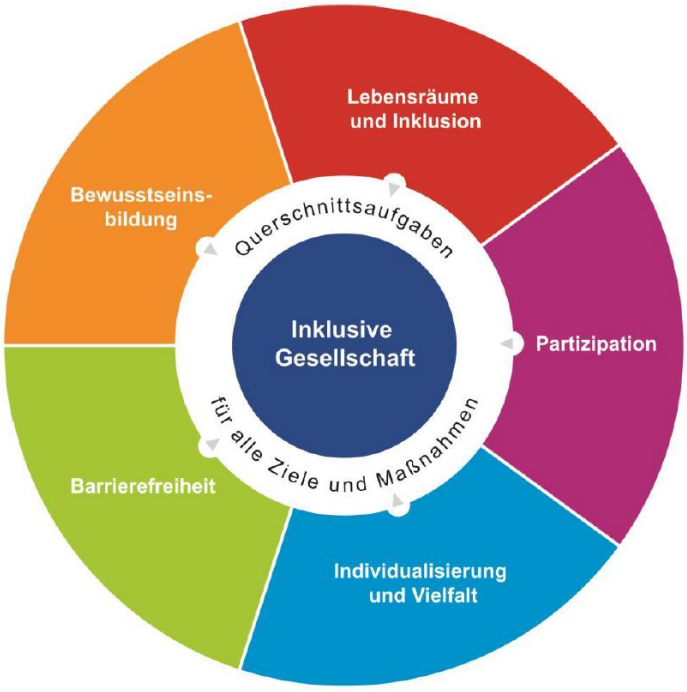
e) die Chancengleichheit;

f) die Zugänglichkeit;

g) die Gleichberechtigung von Mann und Frau;

h) die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Letztendliches Ziel ist die Schaffung einer inklusiven Gesellschaft. Eine inklusive Gesellschaft ermöglicht Menschen mit und ohne Behinderungen die volle und gleichberechtigte Teilhabe von Anfang an. Zur Erreichung dieses Ziels müssen die folgenden, im Schaubild dargestellten Handlungsfelder berücksichtigt werden.[144]



[145]

[144] https://www.dguv.de/medien/inhalt/presse/hintergrund/aktionsplan/wissensbaustein.pdf
[145] https://www.dguv.de/medien/inhalt/presse/hintergrund/aktionsplan/wissensbaustein.pdf

i) Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Im Dezember 2016 wurde das Bundesteilhabegesetz verabschiedet. Ziel des BTHG ist es, die Möglichkeiten einer den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu stärken und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln. Das Gesetz soll in vier sog. Reformstufen bis 2023 umgesetzt werden. Die folgende Grafik stellt die Maßnahmen und Ziele des Bundesteilhabegesetzes dar:

j) Die Aktionspläne der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030

In diesem von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten Aktionsplan wird die Vision einer Welt formuliert, „in der die psychische Gesundheit geschätzt, gefördert und geschützt wird, psychischen Störungen vorgebeugt wird und die von diesen Störungen betroffenen Personen in der Lage sind, alle Menschenrechte wahrzunehmen und rechtzeitig Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, kulturell angemessenen Gesundheits- und Sozialversorgung zu erhalten, um die Genesung zu fördern, damit sie ein Höchstmaß an Gesundheit erreichen und frei von Stigmatisierung und Diskriminierung voll an der Gesellschaft und am Arbeitsleben teilhaben können.“[146]

Ziel 1: Stärkung einer wirksamen Führung und Steuerung im Bereich der psychischen Gesundheit.

Ziel 2: Bereitstellung umfassender, integrierter und bedarfsgerechter psychiatrischer und sozialer Dienstleistungen in gemeindebasierten Settings.

Ziel 3: Umsetzung von Strategien zur Förderung und Prävention der psychischen Gesundheit.

[146] https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

Ziel 4: Stärkung von Informationssystemen, Evidenz und Forschung zur psychischen Gesundheit.

European Mental Health Action Plan 2013-2020 der WHO Europe[147,148]

Wie bereits ausführlich dargelegt wurde, sind psychische Störungen gemessen an ihrer Prävalenz sowie ihrem Anteil an Krankheitslast und Behinderungen eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region der WHO und ziehen jedes Jahr über ein Drittel der Bevölkerung in Mitleidenschaft. Aus diesem Grunde hat das WHO Büro Europa einen Aktionsplan mit den folgenden Zielsetzungen entwickelt. Diese sind als Leitlinien für eine konkrete Gesundheitspolitik zu verstehen, welche die notwendigen Voraussetzungen schaffen muss, damit Bürger*innen aller gesellschaftlichen Schichten und Bildungsniveaus bewusste Entscheidungen für ein gesundheitsförderliches Leben treffen können oder anders ausgedrückt: damit alle Mitbürger*innen die möglichst gleichen Chancen haben. Strukturen und Leistungsangebote müssen transparent gemacht werden, so wie es bei uns im Kreis Heinsberg über das Psychosoziale Adressbuch, welches in analoger und digitaler Form der Bevölkerung zur Verfügung steht, praktiziert wird. Eine weitere Aufgabe einer derartigen Politik besteht zudem in der Verhinderung der Stigmatisierung psychisch Erkrankter, insbesondere durch eine gezielte, öffentliche Aufklärung. Dies betrifft auch eine mögliche Ausgrenzung von Menschen, die im Rahmen der Corona-Pandemie an Covid-19 erkrankt waren/sind.

Ziel 1: Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind

Ziel 2: Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden

Ziel 3: Psychosoziale Angebote sollen gemäß dem Bedarf in der Gemeinschaft zugänglich, fachkundig und bezahlbar zur Verfügung stehen

Ziel 4: Menschen haben ein Recht auf respektvolle, sichere und wirksame Behandlung

Ziel 5: Gesundheitssysteme bieten allen eine gute physische und psychische Versorgung

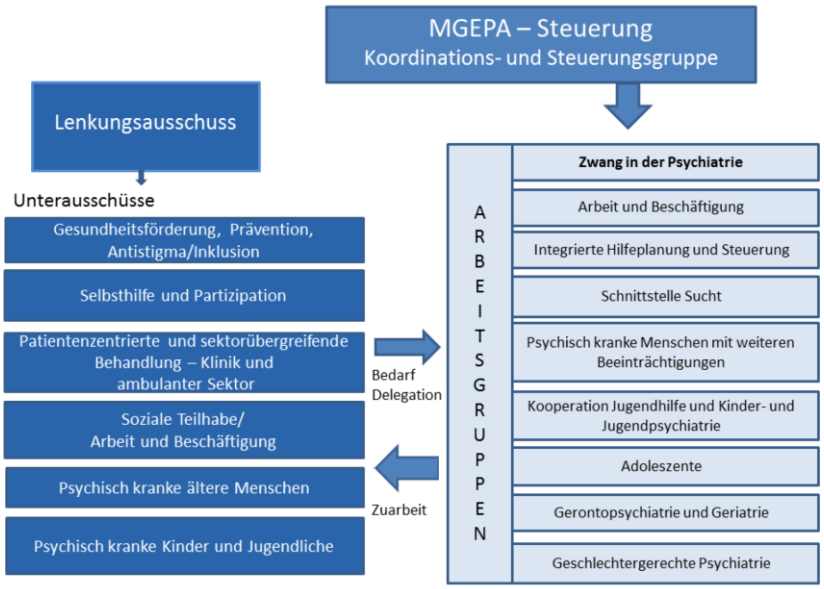
Ziel 6: Systeme für die psychische Gesundheit funktionieren in gut koordinierter Partnerschaft mit anderen Sektoren

Ziel 7: Leitung und Leistung im Bereich der psychischen Gesundheit werden durch solide Tatsachen und Kenntnisse vorangebracht

k) Landespsychiatrieplan NRW

In einem Beteiligungsprozess, an dem Betroffenenverbände, Leistungsträger, Leistungserbringer sowie Fach- und Wohlfahrtverbände teilnahmen, wurden zwischen 2015 und 2016 die Grundlagen für die Entwicklung eines Landespsychiatrieplans in NRW entwickelt. Zentrale Fragen der künftigen psychiatrischen Versorgung wurden auf einer Fachtagung im Februar 2016 diskutiert. Der daraus entstandene Landespsychiatrieplan wurde 2017 vom damaligen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA NRW) veröffentlicht.

[147] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
[148] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/195218/63wd11g_MentalHealth-2.pdf?ua=1



Folgende grundsätzliche Zielsetzungen sind mit diesem Dokument verbunden:

Durch eine Psychiatrieberichterstattung werden planerische Grundlagen geschaffen. Diese Berichterstattung enthält Aussagen

- zur Häufigkeit und Auswirkung psychischer Erkrankungen
- zu den Lebenslagen der betroffenen Frauen und Männer, Mädchen und Jungen
- zur Inanspruchnahme der Hilfen
- zur leistungsträgerübergreifenden Sicherstellung der Hilfen
- zu Partizipation, Teilhabe und Inklusion.[149]

Im Landespsychiatrieplan werden Anforderungen an das Hilfesystem formuliert. Dabei werden u.a. folgende Themenbereiche besonders herausgehoben, die auch für diesen Psychiatrie- und Suchtplan Relevanz haben:

Selbsthilfe und Partizipation

Ziel der Selbsthilfe ist die Befähigung der/des Einzelnen zum Umgang mit Krankheit und deren psychosozialen Beeinträchtigungen/Behinderungen (Gesundheitskompetenz). Die gegenseitige Unterstützung in Selbsthilfegruppen kann zu höherem Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit führen. Selbsthilfegruppen sollen, sofern gewünscht, von professionellen Hilfesystemen unterstützt werden.

Unter Partizipation wird die Beteiligung an der Entwicklung, Entscheidungsfindung und Umsetzung von gesundheitspolitischen Inhalten sowie der Unterstützung von stattlichen Aktivitäten verstanden. Die Bedingungen zur Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen geschaffen werden.

Versorgung (Behandlung, Rehabilitation und Pflege)

Kernanforderung im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist der sog. personenzentrierte Ansatz (PzA). Die professionellen Hilfen sind nach diesem Konzept individuell, zielorientiert, integriert und lebensweltbezogen auszurichten. Dabei ist besonders eine sektorenübergreifende, integrale

[149] https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Landespsychiatrieplan_NRW/159

Zusammenarbeit der Leistungsanbieter:innen zu gewährleisten, um den einzelnen Patienten:innen, gemäß ihren individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen, eine adäquate, d.h. leitliniengerechte, wohnortnahe und lebensweltorientierte Versorgung zukommen zu lassen.

Inklusion (Soziale Teilhabe und Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung)

Von zentraler Bedeutung für die Inklusionsbemühungen ist die Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) 2016. Die durch das BTHG eingeführten Assistenzleistungen weisen eine große Spannbreite mit unterschiedlichen individuellen Zielsetzungen auf. Dazu zählen auch die Angebote des betreuten Wohnens.

Gesundheitsförderung und Prävention

Gemäß dem Präventionsgesetz und der damit verbundenen Bundesrahmenvereinbarung gibt es folgende Bevölkerungsgruppen, die einen erhöhten Präventions- oder Gesundheitsförderungsbedarf haben. Hierzu zählen:

- arme Menschen
- Arbeitslose
- Kinder und Jugendliche (insbesondere aus bildungsfernen Schichten)
- alte Menschen
- Menschen mit Migrationsgeschichte/geflüchtete Menschen
- Kinder psychisch kranker Eltern
- Ältere oder psychisch kranke Mitarbeiter*innen in Betrieben
- Menschen in Pflegeheimen
- Menschen mit Behinderungen

Für das Land NRW bilden die Landesrahmenvereinbarung[150] sowie das Präventionskonzept[151] die Grundlage für die Umsetzung der Präventions- und gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Der Kreis Heinsberg folgt den in der NRW2030-Nachhaltigkeitsstrategie benannten gesundheitsrelevanten Zielen sowie den im Landespsychiatrieplan NRW verankerten Grundsätzen, insbesondere im Hinblick auf das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, die Betonung der Partizipation/sozialen Inklusion, der Prävention und Gesundheitsförderung und den weiteren Ausbau vorhandener bzw. dringend benötigter Strukturen.[152] Die hier benannten vier Themenbereiche bilden daher auch die Bausteine des Psychiatrie- und Suchtplans des Kreises Heinsberg.

l) EU-Drogenstrategie 2021-2025

In den vergangenen 20 Jahren haben sich die EU-Mitgliedsstaaten auf einen gemeinsamen Ansatz in der Drogenpolitik geeinigt. Dies wurde in der vom Europarat im Dezember 2020 gebilligten EU-Drogenstrategie 2021-2025 bekräftigt. Drei wichtige Politikbereiche stehen dabei im Mittelpunkt der Bemühungen:

- Verringerung des Drogenangebots,
- Verringerung der Drogennachfrage,

[150] https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_foerd/kgc/Landesrahmenvereinbarung-NRW.pdf
[151] https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kindergesundheit/psych_gesundheit/projekte/index.html
[152] https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Landespsychiatrieplan_NRW/159#image-0

- Vorgehen gegen drogenbedingten Schaden.

In dem dazugehörigen Aktionsplan werden zudem drei Querschnittsthemen bestimmt:

- internationale Zusammenarbeit
- Forschung, Innovation und Vorausschau
- Koordinierung, Steuerung und Umsetzung.

„Ziel der Drogenstrategie ist es, das Wohl der Gesellschaft und des Einzelnen zu wahren und zu steigern, die Volksgesundheit zu schützen und zu fördern, der Öffentlichkeit ein hohes Maß an Sicherheit zu bieten und die Gesundheitskompetenz zu verbessern. Im Rahmen der Strategie wird ein evidenzbasierter, integrierter, ausgewogener und multidisziplinärer Ansatz in Bezug auf das Drogenphänomen auf nationaler Ebene, EU-Ebene und internationaler Ebene verfolgt. Die Strategie umfasst auch die Perspektive der Geschlechtergleichstellung und der gesundheitlichen Chancengleichheit.“[153]

m) Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik aus dem Jahr 2012 verfolgt einen integrativen Ansatz der Suchtpolitik und umfasst vier Säulen: Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensreduzierung sowie Angebotsreduzierung und Strafverfolgung.

Prävention

Präventionsmaßnahmen dienen dazu, durch Aufklärung über die Gefahren des Suchtmittel- oder Drogenkonsums dafür zu sorgen, dass es gar nicht erst zu einem gesundheitsschädlichen Konsum oder einer Sucht kommt. Besonders wichtig ist Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Je früher es gelingt, Kinder und Jugendliche mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen, desto wahrscheinlicher ist es, dass ein problematisches Konsumverhalten verhindert werden kann.

Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg

Beratungs- und Behandlungsangebote sind notwendig, um Suchtkranken beim Ausstieg aus dem Kreislauf der Sucht zu helfen. Vielfältige Angebote ambulanter und stationärer Hilfen existieren bereits in Deutschland. Diese gilt es zu erhalten und zu stärken, damit jede(r) Suchtkranke das Angebot zur Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen kann, das er/sie benötigt.

Maßnahmen zur Schadensreduzierung

Überlebenshilfen oder Maßnahmen zur Schadensreduzierung, wie zum Beispiel die Drogenkonsumräume mit Angeboten zum Spritzentausch, stabilisieren die gesundheitliche und soziale Situation des Suchtkranken. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für einen späteren Ausstieg aus der Sucht.

Angebotsreduzierung und Strafverfolgung

Ein weiteres Element der Drogen- und Suchtpolitik sind gesetzliche Regulierungen zur Angebotsreduzierung und allgemeine Verbote. Dazu gehören beispielsweise

[153] https://www.consilium.europa.eu/media/54071/qc0521073den_002.pdf

Nichtraucherschutzgesetze, das Jugendschutzgesetz und das Betäubungsmittelrecht. Von großer, auch internationaler Bedeutung ist die Bekämpfung der Drogenkriminalität.“[154]

n) Landeskonzept gegen Sucht NRW

Auf der Homepage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) werden die Inhalte und Zielsetzungen des Landeskonzeptes gegen Sucht wie folgt beschrieben:

„Das gemeinsam mit allen im Suchtbereich verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren erstellte „Landeskonzept gegen Sucht" beschreibt Grundsätze und einen Handlungsrahmen für die Weiterentwicklung von Suchtprävention und Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen. Vordringliche Handlungsbedarfe und Empfehlungen zur Umsetzung sind in einem gemeinsam entwickelten Aktionsplan gegen Sucht festgeschrieben.

Im Sinne einer Neuausrichtung der Sucht- und Drogenpolitik wird der Fokus stärker als früher auf Maßnahmen der Prävention und Hilfe gelegt, die sich an den speziellen Bedürfnissen und konkreten Problemlagen der betroffenen Menschen in ihrer jeweiligen Lebenswelt orientieren. Neben der Förderung von hilfesystemübergreifenden Strukturentwicklungs- und Vernetzungsprozessen ist die Stärkung der Suchtselbsthilfe ein besonderes Anliegen.

Eine vordringliche Aufgabe ist die Sicherstellung einer gleichberechtigten und selbstbestimmten Teilhabe suchtkranker Menschen am gesellschaftlichen Leben. Damit wird nicht nur den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung getragen, sondern zugleich ein wichtiger Beitrag gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung der betroffenen Menschen in allen Lebensbereichen geleistet.“[155]

Kernpunkt der nordrhein-westfälischen Strategie zur Suchtvorbeugung bildet dabei die Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“. Ein wesentliches Ziel der Landeskampagne besteht darin, alle relevanten Akteur*innen in der gesundheitsfördernden und suchtpräventiven Arbeit besser zu vernetzen. Die Kampagne wurde bereits 1991 ins Leben gerufen und besteht aus vier Modulen:

Leben ohne Qualm – LoQ Tabakprävention NRW

Stark statt breit – Cannabisprävention NRW

Stark bleiben – Suchtfrei alt werden

What's on? – Einfach mal abschalten

[154] https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/#:~:text=Die%20Nationale%20Strategie%20zur%20Drogen,Schadensreduzierung%20sowie%20Angebotsreduzierung%20und%20Strafverfolgung.

[155] https://www.mags.nrw/sucht

Neben den benannten Modulen werden noch sechs sog. Aktionssteine angeboten. Die Suchtprävention des Kreises Heinsberg beteiligt sich aktiv an der Umsetzung dieser Landeskampagne.

Aktionstage "Sucht hat immer eine Geschichte",

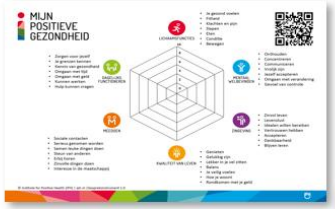
- ALK-Parcours,
- HipHop-Workshops
- Musikvideo-Workshops
- Online-Lesereise
- Gesund aufwachsen

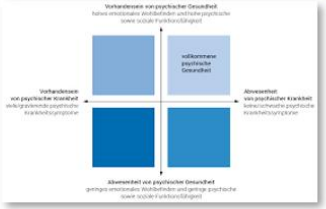
Auf der folgenden Seite werden sämtliche im Rahmen dieses Kapitels benannte Modelle und rahmengebende Konzepte, die bei der Erstellung des Psychiatrie- und Suchtplans eingeflossen sind, nochmals zusammenfassend grafisch dargestellt.

UN-Agenda 2030, Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie, Global Nachhaltige Kommune NRW

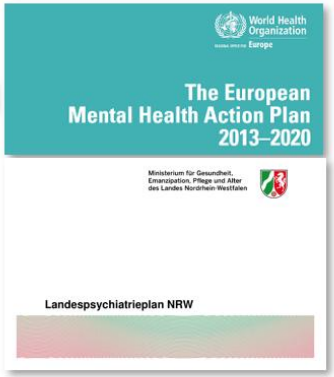
UN-Behindertenrechts-konvention

WHO-Gesundheit in allen Politik-bereichen





Bio-psycho-soziales Modell
Positive Gesundheit
Positive Mentale Gesundheit



WHO-Comprehensive Mental Health Action Plan,
WHO-European Mental Health Action Plan,
Landespsychiatrieplan NRW

EU-Drogenstrategie, Nationale Strategie, Landeskonzept gegen Sucht NRW

3. Der Psychiatrie- und Suchtplan des Kreises Heinsberg

a) Zweck und Zielsetzung

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, hat die Bedeutung von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Der zunehmende Druck durch Stressoren aus dem Berufs- und Privatleben äußert sich oftmals in psychischen Störungen, welche die Lebensqualität mitunter deutlich einschränken und sich zu behandlungsbedürftigen Stadien entwickeln können. Verstärkt wird dies noch durch gesellschaftliche Herausforderungen, wie beispielsweise der Klimawandel und der demografische Wandel. Die Zuwanderung von Menschen aus anderen Kulturkreisen stellt im Hinblick auf mögliche Sprachbarrieren und eine kulturell bedingte, unterschiedliche Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen ein weiteres Handlungsfeld dar, auf das unser Gesundheitssystem reagieren muss. In der Corona-Pandemie wurde deutlich, welche Auswirkungen Quarantänemaßnahmen auf die psychische Gesundheit haben können und wie wichtig es ist, bei zukünftigen Ereignissen dieser Größenordnung diesem Bereich mehr Beachtung zu schenken.

Die vorliegende Fortschreibung des Psychiatrie- und Suchtplans des Kreises Heinsberg dient u.a. dazu, vor dem Hintergrund der beschriebenen Aspekte eine Neupositionierung vorzunehmen. Dabei rückt das Thema Gesundheitsförderung (inkl. Prävention) mehr in den Vordergrund, d.h. der pathogenetischen Sichtweise wird die salutogenetische Sichtweise zur Seite gestellt.

Im Folgenden wird zunächst die Bedeutung und die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes aus bundesdeutscher Sicht ausführlich dargestellt. Da der Kreis Heinsberg sowohl Teil der Euregio Maas-Rhein (EMR) als auch der Euregio Rhein-Maas-Nord (ERMN) ist, erfolgt im Anschluss daran ein Vergleich mit der Versorgung der psychiatrischen Patienten:innen in den angrenzenden Nachbarländern der Niederlande und Belgiens sowie der SpDis der Kreise auf der deutschen Seite der Euregio Maas-Rhein (EMR). Die langjährigen Erfahrungen im Rahmen der euregionalen Zusammenarbeit haben deutlich gezeigt, wie wichtig der Austausch von Daten und Aktivitäten und der Aufbau eines stabilen Netzwerkes im Hinblick auf die Optimierung der Versorgung der Bevölkerung sein können.

In einem weiteren Abschnitt werden die epidemiologischen Daten auf Kreisebene dargestellt. Die Daten stammen aus der Gesundheitsberichterstattung des Landeszentrum Gesundheit NRW und repräsentieren vier Gesundheitsindikatoren. Des Weiteren liefert die GBEStat 2020/21 Daten aus den Krankenhäusern zu allen relevanten Diagnosen des Kapitels F aus dem ICD 10. Die Daten werden durch Datenmaterial der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bezüglich der Diagnosen Depression und Demenz ergänzt und bilden für diese Erkrankungen den ambulanten Bereich ab. Zusätzlich werden die Daten aus den Jahresberichten der Suchtberatungsstellen des Kreises präsentiert. Mit der Bereitstellung dieser Daten lassen sich zeitliche Verläufe darstellen sowie Vergleiche zu anderen Kreisen und zum Landesdurchschnitt (Städteregion Aachen, Kreis Düren, Kreis Euskirchen, Bezirksregierung Köln, NRW). Die Interpretation dieser Daten liefert wichtige Hinweise für Bereiche in der psychiatrischen Versorgung, denen man sich zukünftig widmen sollte.

Die einzelnen Bausteine des Psychiatrieplans werden daran anschließend erläutert. Den einzelnen Bereichen werden dann die Bedarfe und Versorgungslücken zugeordnet, die es zukünftig zu bearbeiten gilt.

b) Der Sozialpsychiatrische Dienst in Deutschland

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland repräsentieren einen wichtigen Baustein in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Bereits im Jahre 1969 wurden von den Vorreitern Berlin und Nordrhein-Westfalen die ersten SpDis eingerichtet. Die Expertenkommission der Bundesregierung definierte 1988 den „Baustein Sozialpsychiatrischer Dienst“ als Bestandteil kommunaler gemeindepsychiatrischer Verbünde. Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17.12.1999 des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) regelt gemäß §1 (1)

1. „Hilfen für Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Krankheit bestehen, die psychisch erkrankt sind oder bei denen die Folgen einer psychischen Krankheit fortbestehen (Betroffene),
2. die Anordnung von Schutzmaßnahmen durch die untere Gesundheitsbehörde, soweit gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer auf Grund einer psychischen Krankheit bestehen, und
3. die Unterbringung von den Betroffenen, die psychisch erkrankt sind und dadurch sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden.“[156]

Die Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze der Bundesländer entstammen ursprünglich aus dem Polizeirecht zur Gefahrenabwehr. Das heutige Verständnis sieht in den hier angebotenen Hilfen Maßnahmen, die notwendig sind, um die jeweilige Erkrankung zu bekämpfen, das Fortschreiten zu verhüten bzw. die Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das beinhaltet Hilfsmaßnahmen, die dazu dienen, die soziale Wiedereingliederung zu ermöglichen und Ausgrenzung und Stigmatisierung zu verhindern. Damit wird auch dem Leitgedanken „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen. Ganz im Sinne des oben beschrieben Gesundheitsverständnisses dient diese Form der Unterstützung der „Hilfe zur Selbsthilfe“, bei der die einzelne Person mit ihrem individuellen Lebenslauf in den Mittelpunkt rückt und in ihrer Selbstwirksamkeit unterstützt wird.

Zielgruppen umfassen hierbei chronisch psychisch Erkrankte (inkl. der Suchterkrankten) und behinderte Menschen sowie Erkrankte, die möglicherweise in einen chronifizierten Zustand übergehen. Des Weiteren fallen unter den Personenkreis auch zunehmend gerontopsychiatrische erkrankte Bürger*innen, was in Anbetracht des demografischen Wandels unserer Gesellschaften eine zunehmende Herausforderung darstellen wird. Daneben findet sich in der Arbeit des jeweiligen SpDi auch das Umfeld der Erkrankten, d.h. Angehörige und Bezugspersonen sowie beteiligte Institutionen und Behörden.

Bezüglich der Umsetzung der angebotenen Hilfen stellt §5 (1) S.1 PsychKG fest, dass die Hilfen den Kreisen und kreisfreien Städten – unteren Gesundheitsbehörden - als Pflichtaufgabe obliegen und insbesondere durch Sozialpsychiatrische Dienste zu leisten sind.[157]

Sozialpsychiatrische Dienste sind in der Regel multiprofessionell zusammengesetzt, d.h., sie bestehen zumeist aus Ärzten*innen, Sozialarbeiter*innen, Psychologen*innen und Verwaltungsangestellten. In einigen Teams können auch Pflegepersonen und Ergotherapeuten*innen vertreten sein. Eher seltener sind sog. Genesungsbegleiter*innen vertreten.

[156] https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=1&bes_id=4853&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=432111
[157] https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=1&bes_id=4853&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=432115

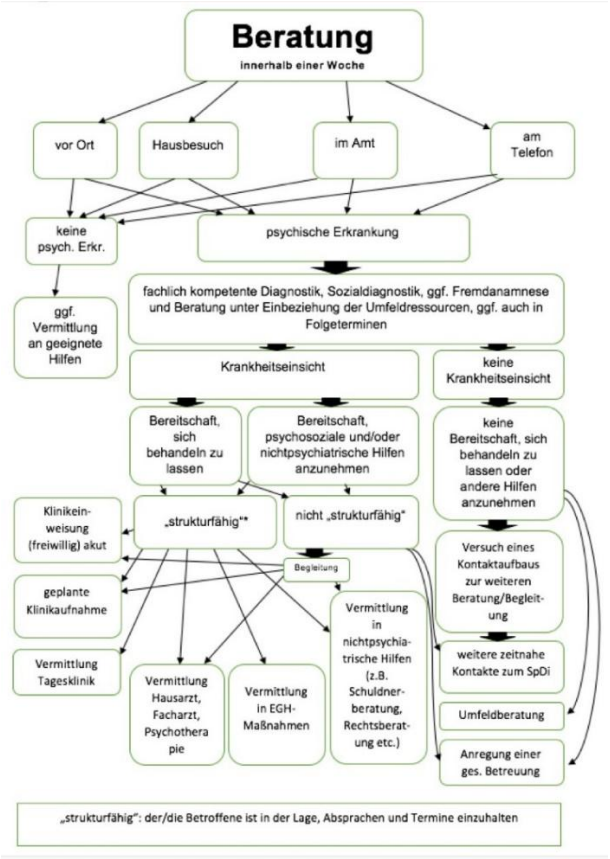
Die personenbezogenen Leistungen des sozialpsychiatrischen Dienstes sind durch folgende Kriterien gekennzeichnet:

- Die Dienstleistungen des sozialpsychiatrischen Dienstes sind für den Bürger kostenfrei
- Sie erfolgen niedrigschwellig ohne Zugangsvoraussetzungen, auf Wunsch auch anonym
- Sie werden bei Bedarf aufsuchend erbracht
- Das Umfeld betroffener Menschen kann mit einbezogen werden
- Menschen aus dem Umfeld psychisch Kranker können Hilfen in Anspruch nehmen, auch wenn die/der Betroffene dies nicht tut
- Sie erfolgen häufig in aktiver Kontaktaufnahme nach Hinweisen Dritter
- Neben dem Angebot von Hilfen erfolgt auch eine Klärung von Gefährdungspotentialen infolge psychischer Erkrankung und bei Bedarf die Ergreifung geeigneter Maßnahmen zur Gefahrenabwehr.[158]

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Auftragslage, das Leistungsspektrum und die Personalausstattung der psychosozialen Dienste nicht einheitlich geregelt. Dabei bestehen die Unterschiede nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch zwischen kommunalen Gebietskörperschaften eines Bundeslandes. Im Jahre 2010 gründete sich daher das bundesweite Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste[159], welches sich als eine Plattform für den fachlichen Austausch, die konzeptionelle Weiterentwicklung, die Information der Fachöffentlichkeit und der auf das spezifische Arbeitsfeld zugeschnittenen Fortbildung aller in den Sozialpsychiatrischen Diensten Tätigen über die Grenzen von Bundesländern, Berufsgruppen und Trägern hinweg sieht.[160] In einem im November 2012 veröffentlichten Thesenpapier wurden von diesem Netzwerk fünf Kernaufgaben von sozialpsychiatrischen Diensten formuliert:

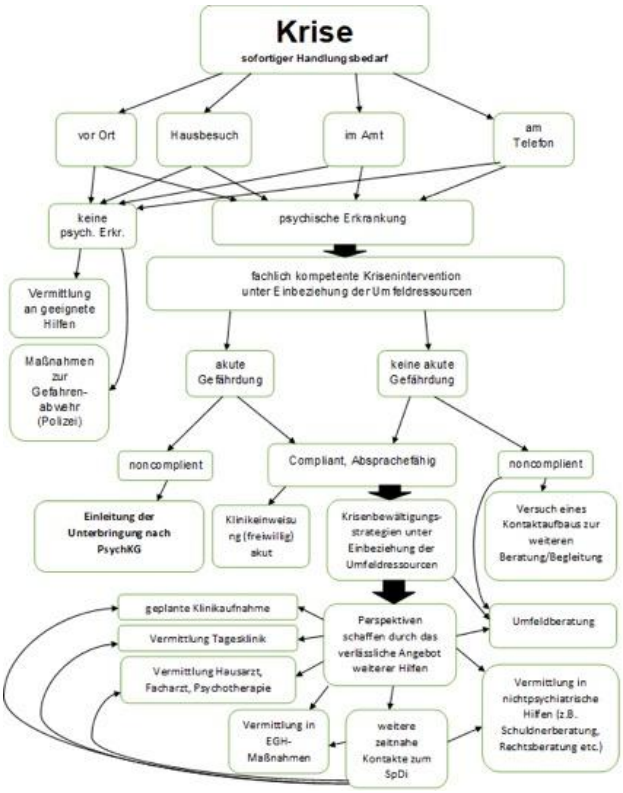
1. Niederschwellige Beratung und Betreuung:
   Zielgruppen: Bürger*innen mit psychischen und sozialen Problemen, Angehörige; Bezugspersonen.
   Kurzfristige Beratung, inkl. Klärung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und sozialen Nöten.
   Ggf. Vermittlung zu einer wohnortnahen Unterstützungsmöglichkeit.
   Längerfristige, ggf. aufsuchende und ggf. nachgehende multidisziplinäre Betreuung chronisch psychisch Erkrankter.

[158] https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/SpDi/screen-pdf/spdi_v1.pdf
[159] https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/
[160] https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/selbstverst%C3%A4ndnis-des-netzwerkes/



161

2. Krisenintervention und Zwangseinweisung:
   Klärung einer Notfallsituation vor Ort sowie Einleitung notwendiger Maßnahmen.



162

[161] https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/SpDi/chapter_5.html
[162] https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/SpDi/chapter_5.html

3. Planung und Koordination von Einzelfallhilfen:
   Feststellung, Planung und Koordination des individuellen Hilfebedarfs.

[163]

4. Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund:
   Vernetzung der verschiedenen Akteure.
   Planung der regionalen Angebotsentwicklung.
5. Beschwerdemanagement und Fachaufsicht:
   Unabhängige Beschwerdestelle für alle Dienste und Einrichtungen des regionalen Verbundes.

Abschließend heißt es in dem Thesenpapier: „Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste wollen psychisch erkrankten Menschen Hilfe zur Selbsthilfe leisten und treten für ihre volle gesellschaftliche Teilhabe ein. Sie wollen die betroffenen Menschen dabei unterstützen, ihre Entscheidungsspielräume zu erweitern und ein selbstbestimmtes Leben zu führen.“[164]

Da der Kreis Heinsberg sowohl Teil der EMR als auch seit 01.01.2022 Teil der Euregio Rhein-Maas- Nord ist, folgt nun eine kurze Darstellung der Versorgungsstrukturen in den angrenzenden Kreisen innerhalb der EMR auf deutscher Seite (Kreis Euskirchen, Kreis Düren, Städteregion Aachen) sowie der Strukturen unserer Nachbarn in den Niederlanden (Süd Limburg) und in Belgien.

Die Bedeutung der psychischen Gesundheit auf euregionaler Ebene drückt sich in der Zukunftsstrategie EMR2030 der Euregio Maas-Rhein u.a. dadurch aus, dass die Themen für die zukünftige euregionale Zusammenarbeit folgende Aspekte umfassen sollten: „**Psychische Gesundheit, Drogen und Sucht**, Prävention von endemischen Krankheiten und **Suizidprävention**, Ermittlung von Risikogruppen sowie umfassende Betreuungsangebote, kontinuierliche Aus- und Weiterbildung sowie die Unterstützung von (eu)regionalen Netzwerken, die auf Risikogruppen zugeschnitten sind und sich an diese richten. Das bedeutet, dass gesundes Altern und gute psychische Gesundheit in allen Lebensabschnitten - von der Geburt über die Ausbildung und das Studium bis hin zum Arbeitsleben - und mit allen damit verbundenen Veränderungen berücksichtigt werden müssen.“[165] (Hervorhebungen durch den Autor).

[163] https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/SpDi/chapter_5.html
[164] https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf/
[165] https://euregio-mr.info/de/ueber-uns/strategie/

c) Die Sozialpsychiatrische Versorgung in der Euregio Maas-Rhein

Die sozialpsychiatrische Versorgung in den Niederlanden[166, 167]

Die psychiatrische Versorgung in den Niederlanden unterscheidet sich in einigen Punkten von dem Vorgehen in Deutschland. Auf der kommunalen Ebene gibt es keine Kreisebene, d.h., die Kommunen haben ein weitaus größeres Aufgabenspektrum. Einen wichtigen Einschnitt stellte die Gesundheitsreform im Jahr 2008 dar. Seit diesem Zeitpunkt gehört die psychiatrische Versorgung zum sog. Basispaket, d.h. zur Grundversorgung. Im Rahmen der Grundversorgung werden Behandlungskosten für das erste Jahr übernommen. Dies umfasst die gesamte ambulante medizinische Versorgung sowie das erste Jahr der integrierten psychiatrischen Versorgung. Zusätzlich zum obligatorischen Eigenanteil von 150 Euro, der für alle gilt, zahlen Patient:innen, die im Jahr 2008 eine Psychotherapie erhalten, einen Eigenanteil. Der Betrag beläuft sich auf 15,20 Euro pro Sitzung, maximal 675 Euro pro Jahr. Der Erstbehandlungspsychologe ist nun auch in der Grundversicherung enthalten. Es werden maximal acht Sitzungen erstattet.

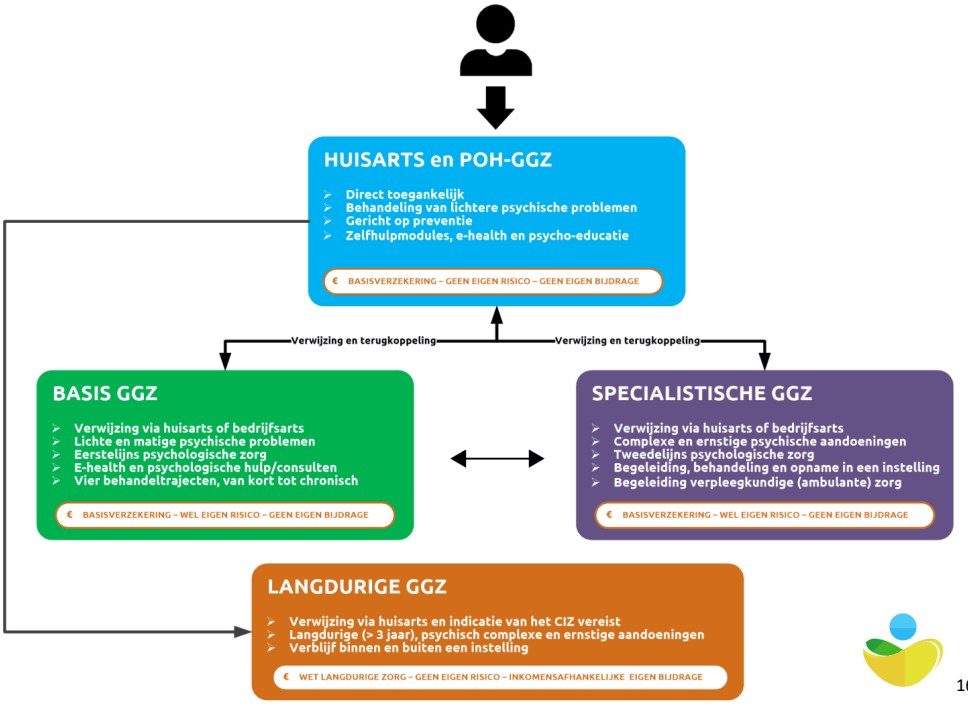
Ein weiterer wichtiger Aspekt, der mit der Gesundheitsreform eingeführt wurde, ist die Förderung eines marktwirtschaftlichen Wettbewerbs unter den Anbietern. Psychiatrische Einrichtungen handeln mit den Krankenversicherern Preise für Dienstleistungen aus. Dies gilt zunächst für 10% des Leistungsspektrums und soll sukzessive auf 30% gesteigert werden. Die Leistungsanbieter:innen haben sich zur Dachorganisation GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg; https://ggz.nl/) zusammengeschlossen. Die dortige Steuerungsgruppe erstellt inzwischen auch evidenz-basierte Richtlinien für verschiedene Krankheitsbilder. Dort wird auch die zunehmende Vernetzung mit anderen Dienstleistern aus dem Gesundheitswesen sowie kommunalen Einrichtungen koordiniert.

Die sozialpsychiatrische Versorgung und Suchthilfe in den Niederlanden lassen sich am besten durch die Bereiche beschreiben, auf die sie sich konzentrieren. Der Beitrag der GGZ zur psychischen Gesundheit liegt hauptsächlich in den Bereichen Prävention und Behandlung psychischer Störungen, der sozialen Inklusion chronisch Erkrankter und der sog. Bemoeizorg bei Behandlungsverweigerern. Prävention ist dabei eine Aufgabe der Grundversorgung. Die dazugehörigen Maßnahmen decken ein breites Spektrum ab: von der Gesundheitsförderung zur Vorbeugung psychischer Probleme über das frühzeitige Eingreifen, um die Chance auf eine erfolgreiche Behandlung zu erhöhen, bis hin zu betreuungsorientierten Aktivitäten. Um auch zunehmend mehr Jugendliche mit Präventionsmaßnahmen zu erreichen, gewinnt der Bereich E-Health eine immer größer werdende Bedeutung. Darunter fallen Angebote in Form von E-Learning-Kursen zu bestimmten Krankheitsbildern, Selbsttests sowie Internet-Behandlungen bei bestimmten Erkrankungen wie beispielsweise Burnout, Bulimie, Alkoholabhängigkeit und Depression.

Grundsätzlich gibt es drei Versorgungsebenen. Jede(r) Niederländer:in kann sich mit psychischen Problemen zunächst an seine(n) Hausarzt/-ärztin wenden. Der Verband der niederländischen Allgemeinmediziner:innen hat Leitlinien für eine Reihe von Erkrankungen erstellt, darunter Depressionen, Angstzustände, Alkoholismus und Demenz. Inzwischen arbeiten 80 % der Allgemeinmediziner mit sozialpsychiatrischen Krankenschwestern und -pflegern zusammen, die aus psychiatrischen Einrichtungen abgeordnet werden. Sollte sich das Problem mit dieser Behandlung nicht lösen lassen, so wird der/die Patient/-in an eine(n) Spezialist:in bzw. eine entsprechende Einrichtung aus der zweiten Versorgungsebene überwiesen. In diesen Bereich fällt auch die sog. Akut-

[166] Kerkhof, M.P.N. & Gemert, G.V.M. & Jannes, Constantin & Larmuseau, dr & Verniest, Rebekka. (2007). 1 De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland en de geestelijke gezondheidszorg in België. 10.1007/978-90-368-1248-1_1.
[167] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz

oder Notfallpsychiatrie. Patienten mit einer seltenen oder sehr komplexen psychiatrischen Störung - schätzungsweise 2 bis 3 Prozent - können sich an eine begrenzte Anzahl von Spezialkliniken wenden, die in der Regel landesweit tätig sind. Es gibt Kliniken für Essstörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeit.



[168]

Die sozialpsychiatrische Versorgung in Belgien[169, 170]

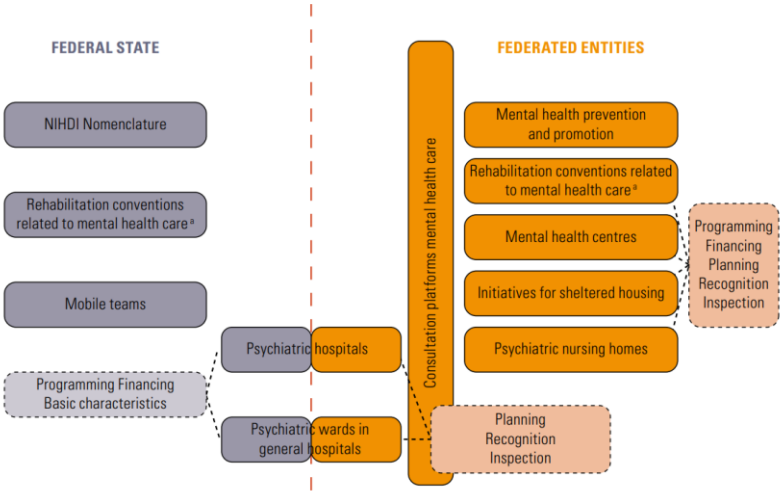
Im Rahmen einer groß angelegten Studie zur psychischen Gesundheit, der "European Study on Epimediology of Mental Disorders" (ESEMed), die in 30 Ländern durchgeführt wurde, wurden zwischen April 2001 und Juni 2002 mehr als 2400 Belgier:innen über die Prävalenz bestimmter psychischer Störungen, die Auswirkungen dieser Störungen auf das tägliche Leben, die Verwendung von Medikamenten und die Inanspruchnahme von Hilfe befragt. Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass 27,6 Prozent der Belgier zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben an einer "psychischen Störung" leiden.

Dem Bereich der Prävention wird auch in Belgien immer mehr an Bedeutung zugemessen. Diese Aufgabe fällt in die Zuständigkeit der regionalen Behörden, die selbst zahlreiche Initiativen in diesem Bereich entwickeln. Dies geschieht häufig in Zusammenarbeit mit Akteuren der Zivilgesellschaft (z. B. Krankenkassen, Allgemeinmediziner:innen, Hauskrankenschwester, Familienpflege). Ein Beispiel dafür sind die Kampagne und die Aktionen der flämischen Regierung zur Vorbeugung von Selbstmord und Depressionen, entsprechend dem sechsten Gesundheitsziel der WHO (1999). Im Bereich der Versorgung gibt es zunächst eine Basisversorgungsebene. Diese umfasst in erster Linie den Bereich von Selbsthilfegruppen als erste Anlaufstelle. In der ersten, ambulanten Versorgungsebene finden sich

[168] https://www.zorgwijzer.nl/faq/ggz
[169] Kerkhof, M.P.N. & Gemert, G.V.M. & Jannes, Constantin & Larmuseau, dr & Verniest, Rebekka. (2007). 1 De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland en de geestelijke gezondheidszorg in België. 10.1007/978-90-368-1248-1_1.
[170] https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_organisatie_en_financiering_van_de_geestelijke_gezondheidszorg_in_belgie.pdf

Hausärzte:innen, psychiatrisches Pflegepersonal, Psychiater:innen, Psychologe:innen sowie Psychotherapeut:innen. Zwischen der ersten und zweiten Versorgungsebene gibt es eine Einrichtungsform, die als Zentren für psychische Gesundheit bezeichnet wird und an die man sich mit verschiedenen Problemen psychologischer, beziehungsbezogener oder psychosomatischer Natur wenden kann. Die Zentren sind in verschiedenen Bereichen tätig, darunter Prävention, Erstversorgung von Menschen mit psychischen Problemen, Diagnose und Behandlung. Die Behandlung kann Einzeltherapie, Paar- oder Familientherapie oder Drogenbehandlung umfassen. In der darauffolgenden zweiten Ebene findet sich die stationäre und teilstationäre Versorgung. Es gibt sowohl psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern als auch psychiatrische Kliniken. Die Behandlung, die sowohl einzeln als auch in Gruppen angeboten wird, wird immer von einem multidisziplinären Team durchgeführt. Es werden drei Betreuungsformen angeboten: Vollzeitaufnahme, Tagesbehandlung und Nachtbehandlung. Im Laufe der Jahre wurden einige Krankenhausbetten in andere Betreuungseinrichtungen für stabilisierte Patient:innen umgewandelt: psychiatrische Pflegeheime (PVT) und Initiativen für betreutes Wohnen. Darüber hinaus gibt es noch Rehabilitationszentren mit NIHDI (National Institute for Health and Disability Insurance) -Vereinbarung und forensische Psychiatrie.

FIG. 5.6 Overview of responsibilities in mental health care after the 6th State Reform



171

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) der Kreise Euskirchen und Düren sowie der Städteregion Aachen

Die Sozialpsychiatrischen Dienste der umliegenden Kreise bzw. der Städteregion innerhalb der deutschen Seite der Euregio Maas-Rhein weisen grundsätzlich ähnliche Strukturen auf.

Der SpDi des Kreises Düren bietet Hilfen bei psychischen Erkrankungen/psychischen Gefährdungen, bei Suchterkrankungen/Suchtgefährdung und in Krisensituationen an. Zum Personenkreis zählen neben den Betroffenen Angehörige, Menschen aus dem sozialen Umfeld (z.B. Freunde, Bekannte, Nachbarn, Arbeitgeber), Interessierte sowie Institutionen. Das Hilfsangebot umfasst dabei:

- Beratung und Information (für Betroffene, Angehörige sowie Menschen aus dem sozialen Umfeld)
- Einzel-, Paar- und Familienberatung

[171] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf

- ggf. längerfristige Beratung und Begleitung
- anonyme Beratung
- Telefonberatung
- diagnostische Abklärung
- Kriseninterventionen
- psychosoziale Begleitung bei Methadonbehandlung
- Vermittlung in und Vorbereitung auf stationäre Entwöhnungsbehandlung
- Nachsorge nach stationärer Entwöhnungsbehandlung
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen
- ambulante Hilfen bei Suchterkrankung
- Hausbesuche
- Beratung von Institutionen

Die Beratung wird von den Ärzt:innen und/oder Sozialarbeitern bzw. Sozialarbeiterinnen durchgeführt. Schwerpunkt der Ärzt:innen ist die Beratung bei psychischen Erkrankungen, vor allem dann, wenn die Patienten keinen niedergelassenen Arzt/Ärztin aufsuchen. Die Psychiatriekoordination wird aktuell in die Funktion der Leitung des SpDi integriert.[172]

Der SpDi des Kreises Euskirchen bietet Hilfen bei psychischen Belastungen, Störungen und Erkrankungen, in Konfliktsituationen, bei psychiatrischen Erkrankungen im Alter, bei Abhängigkeitserkrankungen (Schwerpunkt: Beratung bei psychischen Erkrankungen) sowie für deren Angehörige und weitere Bezugspersonen in sozialen Notlagen. In dem online zur Verfügung gestellten „Wegweiser für seelische Gesundheit“ werden alle Anbieter*innen mit Kontaktadressen aufgeführt. Das Hilfsangebot des SpDi umfasst folgende Leistungen:

- vorsorgende Hilfen zur Vermeidung von Klinikaufenthalten
- Unterstützung nach Klinikaufenthalten
- Information und Beratung über geeignete Hilfen und deren Vermittlung
- Der Sozialpsychiatrische Dienst führt keine Therapiemaßnahmen durch persönliche Beratungsgespräche in der Dienststelle oder aufsuchend Hilfen in Krisensituationen

Die Leitung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist gleichzeitig auch Psychiatriekoordinator.[173]

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Städteregion Aachen bietet Hilfe und Unterstützung an für Menschen mit psychischen Störungen, Erkrankungen und Behinderungen. Zum relevanten Personenkreis gehören Menschen mit einer psychischen Erkrankung, mit Suchtproblemen, mit altersbedingten psychischen Erkrankungen und seelischen Konfliktsituationen und Lebenskrisen sowie deren Angehörige und sonstige Bezugspersonen. Angeboten werden Informationen und Beratung zur Bewältigung psychischer Erkrankungen und Krisen, Betreuung vor, während und nach stationären sowie ambulanten Behandlungen, Vermittlung in ambulante/stationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, Vermittlung und Koordination psychosozialer Hilfen, Einzel-, Paar- und Familiengespräche sowie Hausbesuche.[174] In der Städteregion Aachen steht eine Psychiatriekoordinatorin zur Verfügung. Das zentrale Ziel der Psychiatriekoordination ist, eine

[172] https://www.kreis-dueren.de/kreishaus/amt/53/Sozialpsychiatrischer_Dienst.php
[173] https://www.kreis-euskirchen.de/vv/produkte/bereich_53/106020100000021804.php
[174] https://www.staedteregion-aachen.de/de/navigation/aemter/gesundheitsamt-a-53/beratung-und-hilfe/hilfen-und-beratung-fuer-psychisch-kranke-und-suchtkranke-menschen/sozialpsychiatrischer-dienst

wohnortnahe bedarfsgerechte Versorgung für psychisch kranke Menschen und ihren Angehörigen zu ermöglichen und zu sichern.[175]

d) Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) des Kreises Heinsberg

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Heinsberg richtet sich an Menschen, die unter psychiatrischen Erkrankungen oder psychosozialen Störungen und Behinderung leiden oder davon bedroht sind sowie an Suchterkrankte und Suchtgefährdete. Zu dem relevanten Personenkreis zählen auch (versorgende) Angehörige und weitere, nahe Bezugspersonen. Der SpDi hat eine beratende, begleitende und koordinierende Funktion, die im Folgenden ausführlicher beschrieben wird.

Primäre Ziele in der Arbeit mit den Klienten:innen sind die Erarbeitung einer individuellen Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie die Erarbeitung einer Krankheitseinsicht und einer diesbezüglichen Compliance, die damit verbundene Anbindung an Fachärzte, die Entwicklung einer individuellen Tagesstruktur sowie die Unterstützung bei der sozialen (Re-) Integration. Des Weiteren ist die Überprüfung der wirtschaftlichen Situation, die Vermittlung an Institutionen, die Sicherstellung der Wohnsituation und die Mithilfe bei der Beantragung von Ansprüchen sowie die Anbindung in Arbeit ein wesentlicher Bestandteil der Tätigkeit. Dazu ist die Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Institutionen, wie Krankenhäuser, Ordnungsämter, Jugendämter, Jobcenter, Sozialämter, Amtsgerichte, Krankenkassen sowie Fach- und Hausärzt:innen notwendig. Es sei hier angemerkt, dass dies bereits den Grundlagen des salutogenetisch orientierten Konzeptes der Positiven Gesundheit entspricht. Das damit verbundene Gesprächsinstrument liefert dabei eine wichtige Struktur zur Ermittlung des individuellen Gesundheitszustandes, der Erarbeitung einer Krankheitseinsicht sowie der Planung von individuellen Gesundheitszielen.

Zum besonderen Aufgabengebiet des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehört die aufsuchende Arbeit. Aufgrund der Schwere der Erkrankung sind manche Betroffene nicht in der Lage, aus eigener Initiative heraus Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen und müssen daher von den Mitarbeiter*innen im häuslichen Umfeld aufgesucht werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst hält daher oftmals Kontakt zu Menschen, die sozial randständig leben, zum Teil verwahrlost oder sozial völlig vereinsamt sind. Insbesondere der zuletzt genannte Aspekt der zunehmenden Einsamkeit hat in der Corona-Pandemie an Bedeutung zugenommen. Die gesundheitlichen Auswirkungen dieses Zustandes sind in der wissenschaftlichen Literatur inzwischen gut dokumentiert. Demnach stellen Einsamkeit und soziale Isolationen psychosoziale Stressoren dar, welche die Lebensqualität deutlich beeinflussen können. Diese führen gerade in der Gruppe der älteren Mitbürger*innen zu einem erhöhten Suizidrisiko auf der Basis von vermehrten Angst- und Anpassungsstörungen.[176]

Damit folgt der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Heinsberg der im Landespsychiatrieplan NRW formulierten Kernanforderung des sog. personenzentrierten Ansatzes (PzA), wonach die professionellen Hilfen individuell, zielorientiert, integriert und lebensweltbezogen auszurichten sind und besonders eine sektorenübergreifende, integrale Zusammenarbeit der Leistungsanbieter*innen zu gewährleisten ist. Ebenso folgt man den dort verankerten Kernanforderungen der Hilfe zur Selbsthilfe und Partizipation sowie der Ermöglichung und Unterstützung bei der gesellschaftlichen Teilhabe/Inklusion.[177] Grundlagen der erbrachten Dienstleistungen sind die im European Mental

[175] https://www.staedteregion-aachen.de/de/navigation/aemter/gesundheitsamt-a-53/beratung-und-hilfe/psychiatriekoordination
[176] https://link.springer.com/article/10.1007/s42090-020-1225-0
[177] https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Landespsychiatrieplan_NRW/159

Health Action Plan 2013-2020 der WHO Europe benannten Ziele 1 bis 7, die an anderer Stelle bereits ausgeführt wurden.

Psychiatrische Beratung

Im Rahmen ihres Leistungsspektrums bietet die psychiatrische Beratung zunächst die Möglichkeit zur kostenlosen, niederschwelligen individuellen Beratung. D.h., jede(r) Bürger:in kann diese Dienstleistung telefonisch, via E-Mail, im Gesundheitsamt oder am Wohnort in Anspruch nehmen. In der Regel wird von den Mitarbeitern:innen im Rahmen eines Clearing-Gespräches geklärt, welche gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen vorliegen, um dann weitere Hilfsangebote machen zu können. Dabei gibt es kaum ein Standardvorgehen, da die einzelnen Fälle höchst individuell behandelt werden. Oftmals handelt es sich um Menschen, die seit Längerem mit ihren psychischen und sozialen Problemen kämpfen, jedoch beispielsweise keine(n) Facharzt/-ärztin für Psychiatrie bzw. keinen Psychotherapieplatz gefunden haben. In vielen Fällen wird der SpDi auch von Dritten (z.B. Ordnungsämtern) auf Bürger:innen aufmerksam gemacht, die dessen Unterstützung benötigen. Oftmals erfolgt die Kontaktaufnahme aufgrund einer Krisensituation mit Eigen- und Fremdgefährdung. Hier wird der SpDi hinzugezogen, um auf der Basis seiner fachlichen Expertise entscheiden zu können, wie mit der jeweiligen Person zu verfahren ist. Es ist beispielsweise zu klären, inwieweit eine Zwangseinweisung angezeigt ist oder ob eine längerfristige psychosoziale Betreuung notwendig ist. Derartige Krisensituationen können sich allerdings auch im Rahmen eines Erstkontaktes im Gesundheitsamt ergeben.
Im Rahmen von stationären Aufenthalten unterstützt der SpDi vor, während und nach der Krankenhausbehandlung. Vor der stationären Aufnahme erfolgt zunächst ein Aufklärungsgespräch mit dem/der Klienten:in. Daran schließt sich die persönliche Begleitung zur Klinik an, wo im Rahmen der Klärung der Indikation ein Arztgespräch in der zentralen Aufnahme stattfindet. Während eines Krankenhausaufenthaltes finden regelmäßige Besuche durch Mitarbeiter*innen des SpDi statt. Dabei wird nicht nur mit dem/der Betroffenen Kontakt aufgenommen, sondern auch mit dem jeweiligen Behandlerteam. Dabei kann es zu Teamabsprachen kommen, die das Ziel verfolgen, den weiteren Klinikaufenthalt positiv zu beeinflussen. Nach einer stationären Behandlung erfolgt je nach individuellem Hilfebedarf die weitere Betreuung durch den SpDi. Sollten Klienten*innen beispielsweise Maßnahmen wie das Betreute Wohnen u.Ä. ablehnen, erfolgt eine engmaschige Betreuung durch den SpDi mit regelmäßigen Hausbesuchen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Bereich der psychiatrischen Beratung und Betreuung als eine Überbrückungsleistung mit hohem Koordinationsbedarf bezeichnet werden kann. Viele der Klienten*innen benötigen beispielsweise Unterstützungen bei der Antragstellung für das Betreute Wohnen. Die Ausstellung des hierbei erforderlichen fachärztlichen Gutachtens nimmt mitunter sechs Wochen in Anspruch. Um diesen Zeitraum zu überbrücken, erfolgt die je nach individuellem Hilfebedarf nötig Unterstützung und Betreuung durch den SpDi. Dazu gehören beispielsweise Begleitung zu Arztterminen bzw. zu Behördengängen (z.B. Job-Center). Ähnliches gilt im Rahmen der Anregung einer rechtlichen Betreuung, bei der ein Überbrückungszeitraum von 4-6 Wochen angezeigt ist.

Suchtberatung

Auch hier bietet der SpDi zunächst die Möglichkeit zu einer niederschwelligen Beratung. Neben den eigentlich Betroffenen, d.h. den Suchtkranken und Suchtgefährdeten, haben auch Angehörige und nahestehende Bezugspersonen die Möglichkeit, eine Beratung zu erhalten. Im Rahmen der

Einzelberatung wird bei Betroffenen zunächst die Motivation und die Zielsetzung geklärt. Auch hier wird somit der individuelle Hilfebedarf ermittelt, um auf dessen Basis ein individuelles Vorgehen planen zu können. Im weiteren Verlauf des Beratungsprozesses werden die Klienten*innen beispielsweis bei Antragsverfahren unterstützt sowie im Rahmen von Co-Morbidität. Der Kontakt erfolgt freiwillig oder auf Zuweisung des zuständigen Amtsgerichts. Die Suchtberatung hat grundsätzlich keinen aufsuchenden Charakter. Ausnahme bilden jedoch Krisensituationen, bei denen gemeinsam mit Vertretern*innen anderer Institutionen bzw. Ämtern vor Ort entschieden werden muss, wie mit der Situation umzugehen ist.

Im Rahmen des Beratungsprozesses erfolgt die Unterstützung auch bei der Vorbereitung und Vermittlung von Entgiftungs- du Entwöhnungsbehandlungen. Hierzu zählt auch eine therapeutische bzw. psychosoziale Nachsorge und Betreuung, inkl. Einzeltherapie. Ein weiterer wichtiger Baustein bildet die Durchführung der Ambulanten Rehabilitationsmaßnahme inkl. Gruppentherapeutischen Angebot und Einzeltherapie.

Die Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht (ARS) wird von einem Trägerverbund innerhalb des Kreises Heinsberg umgesetzt. Der Verbund besteht aus dem Kreis Heinsberg und dem Caritasverband für die Region Heinsberg e.V. sowie der Diakonie. Diese Rehabilitationsmaßnahme richtet sich an Suchterkrankte mit einer abgeschlossenen Entgiftungsbehandlung bzw. bestehender Abstinenz. Folgende Vorbedingungen müssen erfüllt sein:

- Abhängigkeit von legalen und/oder illegalen Drogen
- Bereitschaft und Fähigkeit, suchtmittelfrei zu leben
- Krankheitseinsicht
- Bereitschaft und Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit
- Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnehme
- Gewaltverzicht

Ziele und Ablauf der Rehabilitation werden im folgenden Schaubild dargestellt:

Rehabilitationsziele	
1. Wiedererlangung bzw. Erhalt des Leistungsvermögens im Erwerbsleben 2. Festigung der Abstinenzmotivation und Vertiefung der Krankheitseinsicht 3. Krankheitsbewältigung	4. Heilung, Besserung und Kompensation von körperlichen und psychischen Störungen und Behinderungen 5. Erhaltung und Aufbau sozialer Beziehungen

Ablauf der Rehabilitation	
Vorbereitungsphase	1. Kontakt- und Informationsphase 2. Motivationsphase 3. Diagnostik: • Medizinische Diagnostik • Psychodiagnostik • Soziale Diagnostik
Antragstellung	Nach Erteilung der Bewilligung des Kosten- bzw. Leistungsträgers: Abschluss eines Therapievertrages.
Aufnahmephase	1. Integration des/der Patienten(in) in die Gruppe 2. Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung 3. Bestimmung von Rehabilitationszielen
Therapiephase	1. Gruppensitzungen 2. Einzelsitzungen 3. Sitzungen mit Bezugspersonen 4. Ergänzende Angebote: • Berufliche Integration • Freizeitgestaltung • Schuldenregulierung • Raucherentwöhnung • Vermittlung in Betreutes Wohnen • Weitervermittlung in Reha-Sport
Ablösephase	1. Evaluation der Zielsetzungen 2. Abschlussgespräch 3. Medizinische Abschlussuntersuchung

2020 waren 30 Klient*innen in Behandlung in der ARS. Die Therapiegruppe wurde Corona-bedingt auf maximal 8-9 Teilnehmer*innen (anstatt 12 Teilnehmer*innen) verkleinert, um die Hygienemaßnahmen vor Ort einhalten zu können.[178]

Suchtprävention

Die Stelle der Suchtprävention ist im Kreisgesundheitsamt beim Sozialpsychiatrischen Dienst angesiedelt und dort der Suchtberatungsstelle zugeordnet. Seit Juli 2018 ist eine Fachkraft (Dipl.-Sozialpädagoge) im Umfang von 1.0 VZÄ mit den Aufgaben der Suchtprävention beauftragt.

Der Aufgabenschwerpunkt liegt vorrangig in der Entwicklung, Vorbereitung und Durchführung suchtvorbeugender Maßnahmen im kommunalen Bereich. Die Aufgaben lassen sich in folgenden Schwerpunkten zusammenfassen:

<u>Aufklärungsarbeit in Schulen</u>

- Informationsveranstaltungen in Schulklassen der Unter- und Mittelstufe

[178] Jahresbericht der Suchtberatungsstelle und des Fachbereichs Suchtvorbeugung des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg 2020

- Elternabende
- Schulvereinbarungen Suchtprävention

Aufklärungsarbeit in Einrichtungen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit
- Informationsveranstaltungen für Haupt- und Ehrenamtliche

Fortbildungsveranstaltung MOVE (**MO**tivierende Kurzinter**VE**ntion)
- dreitägige Multiplikatoren-Schulung für Fachkräfte aus den Bereichen Schule, Jugendarbeit, Jugendhilfe, Vereine und Verbände

Koordination der Suchtvorbeugung auf Kreisebene
- AK Suchtprophylaxe
- Austauschtreffen der Beraterinnen und Berater für Suchtvorbeugung der weiterführenden Schulen
- AK Essstörungen

Drogenseminare für Jugendliche nach richterlicher Weisung
- in Kooperation mit dem SKFM Erkelenz

Fachlicher Austausch auf regionaler und überregionaler Ebene
- Dienstbesprechungen
- Supervision
- AK Prävention in Mülheim a. d. Ruhr (ginko; Landesfachstelle Prävention NRW)
- jährlich stattfindende Arbeitstagung für Suchtpräventionsfachkräfte mit der Vorstellung und Erprobung bewährter sowie neuer Methoden und Projekte (ginko; Landesfachstelle Prävention NRW)

Verleih von Arbeits- und Unterrichtsmaterial
- Methodenkoffer Alkoholprävention
- Methodenkoffer Cannabisprävention
- Schadstoff-Zigarette[179]

Im folgenden Schaubild werden sämtliche Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kreises Heinsberg den jeweiligen Kernaufgabenbereichen zugeordnet und zusammenfassend dargestellt.

[179] Jahresbericht der Suchtberatungsstelle und des Fachbereichs Suchtvorbeugung des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg 2020

SpDi des Kreises Heinsberg

Allgemeine Funktionen:	**Zielgruppen:**
Beratung, Begleitung, Koordination	Psychisch Erkrankte/(versorgende) Angehörige

Psychiatrische Beratung

1. Niederschwellige Beratung und Betreuung:

- Zielgruppen: Bürger*innen mit psychischen und sozialen Problemen, Angehörige; Bezugspersonen.
- Clearing-Gespräche: kurzfristige Beratung (telefonisch, via E-Mail, im Gesundheitsamt, am Wohnort), inkl. Klärung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und sozialen Nöten.
- Ggf. Vermittlung zu einer wohnortnahen Unterstützungsmöglichkeit: Begleitung zur Abklärung einer stat. Aufnahme in Akutsituationen, Begleitung zu Fachärzten*innen, Behörden etc., Unterstützung im Rahmen von Antragsverfahren
- Längerfristige, ggf. aufsuchende und ggf. nachgehende multidisziplinäre Betreuung chronisch psychisch Erkrankter: z.B. durch Hausbesuche oder Besuche im Rahmen von Klinikaufenthalten. Organisation und Umsetzung von multidisziplinären Fallbesprechungen.

2. Krisenintervention und Zwangseinweisung:

- Kontaktaufnahme i.d.R. durch das Ordnungsamt,
  Aufsuchen des/der Klienten*in vor Ort,
  Entscheidung bez. Zwangseinweisung oder psychosozialer Betreuung.
- Klient*in wird im Rahmen eines Erstkontaktes auffällig,
  Abklärung der Situation und Entscheidung bez. Zwangseinweisung oder psychosozialer Betreuung.

3. Planung und Koordination von Einzelfallhilfen:

- Feststellung, Planung und Koordination des individuellen Hilfebedarfs:
  - Clearing-Gespräch
  - Vermittlung med.-pfleg. Betreuung
  - Herstellung und Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen
  - Abklärung möglicher Hilfen (Angehörige/Bezugspersonen)
  - Ggf. rechtliche Betreuung anregen
  - Antrag auf Betreutes Wohnen (BeWo)
  - Unterstützung und Begleitung bei Behördengängen
  - Organisation und Begleitung vor, während und nach Klinikaufenthalten
  - Psychosoziale Begleitung von Patienten*innen, die beispielsweise Behandlungen oder Betreuungsmaßnahmen verweigern

4. Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund

- Koordination des Versorgungsangebotes innerhalb der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) und deren Arbeitsgruppen
- Teilnahme an überregionalen Treffen
- Erstellung und Fortschreibung des Psychiatrieplans

5. Beschwerdemanagement und Fachaufsicht

Suchtberatung

1. Niederschwellige Beratung und Betreuung:

- Zielgruppe: Bürger*innen mit Suchtproblematik, Angehörige, Bezugspersonen.
- Persönliche Einzelberatung
  - Erstgespräch: Klärung der Motivation/Zielsetzung
  - Planung der Beratungsgespräche
  - Unterstützung bei der Antragstellung auf einen Therapieplatz
  - Unterstützung bei Co-Morbidität
  - Kontakt erfolgt freiwillig oder durch Zuweisung durch das Amtsgericht
  - Beratungsgespräche für Angehörige und Bezugspersonen
  - Paar- und Familienberatung/-therapie

2. Krisenintervention:

- Aufsuchende Tätigkeit gemeinsam mit dem Amtspsychiater
- Klärung der Krisensituation vor Ort
- Ggf. Einweisung zur stationären Behandlung

3. Planung und Koordination von Einzelfallhilfen:

- Feststellung und Koordination des individuellen Hilfebedarfs
  - Clearing-Gespräch
  - Vorbereitung und Vermittlung von Entgiftungsbehandlungen
  - Vorbereitung und Vermittlung von stationären Entwöhnungsmaßnahmen
  - Therapeutische bzw. psychosoziale Nachsorge und Betreuung, inkl. Einzeltherapie
  - Durchführung der Ambulanten Rehabilitationsmaßnahme, inkl. Gruppentherapeutisches Angebot und Einzeltherapie
  - Herstellung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen

4. Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund:

- AG Sucht inkl. der Arbeitskreise
  - Qualitätszirkel Substitution
  - Suchtvorbeugung
  - Essstörungen
- Kooperation der Suchtberatungsstellen mit den Jugendämtern
- Kooperation der Suchtberatungsstellen mit den Amtsgerichten
- Erstellung des Jahresberichts der Suchtberatungstelle
- Erstellung und Fortschreibung des Suchtplans

5. Beschwerdemanagement und Fachaufsicht

Suchtprävention

1. Wissensmanagement und niederschwellige Beratung:

- Zielgruppen: Kinder und Jugendliche, Eltern, Lehrer*innen, Sozialarbeiter*innen
- Informations- und Aufklärungsveranstaltungen in weiterführenden Schulen (7., 8., 9. Klassen) nach dem Check-it-Konzept (in Kooperation mit der Kriminalpolizei)
- Planung und Durchführung von Elternabenden im Rahmen des Check-it-Konzeptes (in Kooperation mit der Kriminalpolizei)
- Vermittlung von Vertretern*innen von Selbsthilfegruppen im Rahmen des Check-it-Konzeptes
- Euregionaler Alkoholparcours in weiterführenden Schulen (in Kooperation mit der Kriminalpolizei und dem zuständigen Jugendamt)
- Erarbeiten von Schulvereinbarungen bez. Suchtprävention
- Kurzschulungen (3 Std.) für Lehrkräfte und Sozialarbeiter für die Arbeit mit Methodenkoffern (Alkohol, Cannabis, Medienkonsum)
- MOVE-Fortbildungen für Multiplikatoren*innen in Schulen, Jugendhilfe etc.
- Drogenseminare für straffällig gewordene Jugendliche in Kooperation mit dem SKFM

2. Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund:

- Leitung der AG Suchtvorbeugung als Teil der PSAG
- Leitung der AG Essstörungen als Teil der PSAG
- Teilnahme an überregionalen Netzwerktreffen
- (Euregionale) Projektarbeit

Personelle Ausstattung

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Heinsberg wird von einem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet, dem auch die Psychiatriekoordination in engem Zusammenwirken mit der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und der Kreisgesundheitskonferenz obliegt. Das Mitarbeiter:innen-Team umfasst insgesamt 19 Personen (inkl. Leitung) mit 15,35 Stellenanteilen. Organisatorisch wird die psychiatrische Beratung (5 Mitarbeiter:innen, 4,25 Stellenanteile) von der Suchtberatung (7 Mitarbeiter:innen, 5,85 Stellenanteile) unterschieden. 5 Verwaltungsangestellte stehen als Kontaktpersonen zur Verfügung (3,25 Stellenanteile). Im Hinblick auf eine gute Erreichbarkeit sind die Mitarbeiter*innen auf insgesamt 3 Standorte (Heinsberg, Erkelenz, Geilenkirchen) verteilt. Des Weiteren steht ein Mitarbeiter im Bereich der Suchtprävention zur Verfügung, der für das gesamte Kreisgebiet zuständig ist (1,0 Stellenanteile).

SpDi des Kreises Heinsberg					
Leitung und Psychiatriekoordination Wolfgang Sommer					
Gesundheitsamt Heinsberg		**Gesundheitsamt Erkelenz**		**Gesundheitsamt Geilenkirchen**	
Psych. Beratung	**Suchtberatung**	**Psych. Beratung**	**Suchtberatung**	**Psych. Beratung**	**Suchtberatung**
Ingrid Schröder	Lara Virnich, Doris Thoms, Britta Vujaklia	Martina Huynh, Kerstin Bianco, Nina Valter (Vertretung für Frau Bianco)	Bettina Derichs-Heuter, Mirco Maaßen	Gerhard Huppertz, Anna Sturm	Ermina Talic, Jörg Schultewolter
Zuständigkeit: Heinsberg, Wassenberg, Waldfeucht	**Zuständigkeit:** Heinsberg, Wassenberg, Waldfeucht	**Zuständigkeit:** Erkelenz, Hückelhoven, Wegberg	**Zuständigkeit:** Erkelenz, Hückelhoven, Wegberg	**Zuständigkeit:** Geilenkirchen, Übach-Palenberg, Gangelt, Selfkant	**Zuständigkeit:** Geilenkirchen, Übach-Palenberg, Gangelt, Selfkant
Suchtprävention: Markus Wilmer					

e) Koordinations- und Vernetzungsstrukturen der psychiatrischen Versorgung im Kreis Heinsberg

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist das Kernstück der Gemeindepsychiatrie. Der Begriff „Gemeindepsychiatrie" bezeichnet ambulante und lebensweltorientierte Angebote für psychisch erkrankte Menschen und ihre Familie, die die sozialen Ursachen psychischer Erkrankungen in den Fokus nehmen. In den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften können Vertreter*innen aller psychosozialen Träger und Projekte, der Angehörigen, der Beratungsstellen, interessierte Bürger*innen und Psychiatrieerfahrene zusammenkommen und Fachthemen diskutieren sowie Lösungen für Versorgungslücken entwickeln. Oftmals werden spezielle Themenbereiche in untergeordneten Arbeitsgemeinschaften bearbeitet. Die PSAGs stellen somit eine wichtige Schnittstelle zu anderen Hilfesystemen dar.[180]

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Kreises Heinsberg besteht seit 1991. Gemäß §2 der Geschäftsordnung hat die Arbeitsgemeinschaft die Aufgabe, die Situation psychisch kranker und von psychischer Krankheit bedrohter Menschen im Kreis Heinsberg zu verbessern. Dazu gehören insbesondere:

[180] https://www.psychiatrie.de/kommunale-psychiatrie/psychosoziale-arbeitsgemeinschaft.html

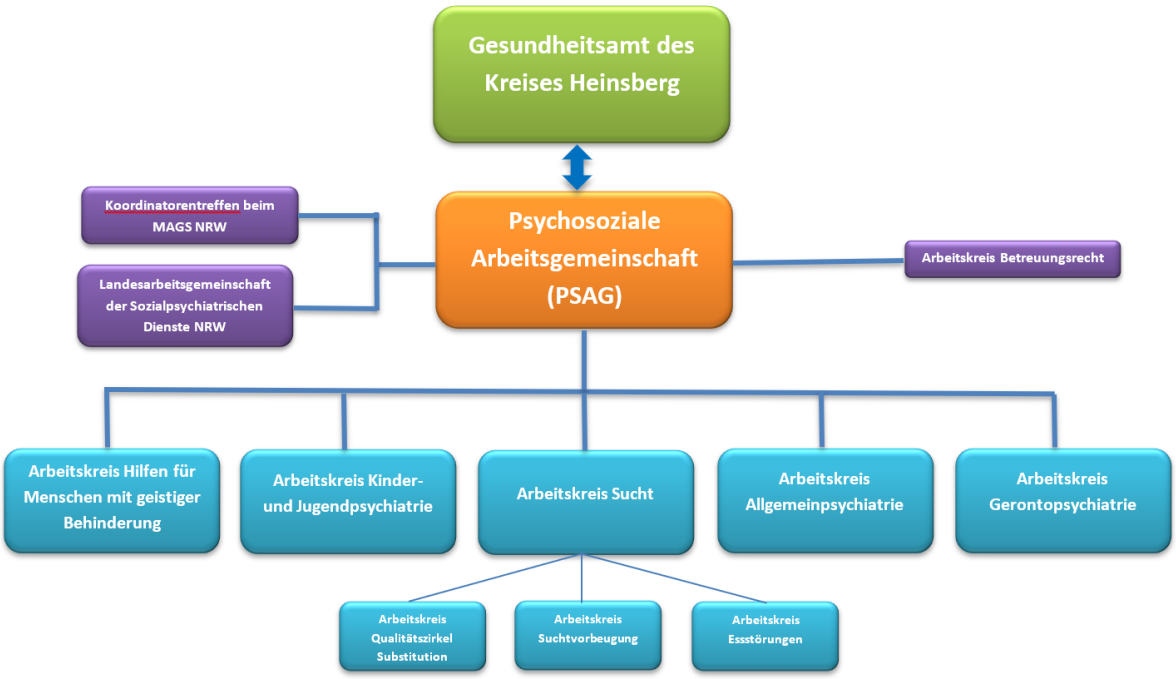
- eine Bestandsaufnahme; sachlich und regional
- eine Bedarfsplanung; sachlich und regional
- eine Koordinierung der Planungen

Der Psychiatrie- und Suchtplan nimmt hierbei eine zentrale Rolle ein, da Bestandsaufnahme und Bedarfsplanung integrale Bestandteile dieses Dokuments sind und somit die Grundlage für das Setzen von Gesundheitszielen und damit verbundenen Interventionen darstellen. Dies setzt eine aktive Teilnahme aller Beteiligten voraus und gibt ihnen die Möglichkeit, insbesondere im Hinblick auf die Formulierung von Versorgungslücken und daraus entstehenden Bedarfen, sich aktiv in die Psychiatriekoordination einzubringen. Die Arbeitsgemeinschaft strebt zur Sicherstellung und Weiterentwicklung dieser Aufgaben eine enge Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen Institutionen und Organisationen an.

Um der Komplexität einzelner Themenfelder besser gerecht werden zu können und adäquate Lösungsvorschläge erarbeiten zu können, haben sich aus der PSAG des Kreises Heinsberg verschiedene themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet:

- Arbeitskreis für Menschen mit geistiger Behinderung
- Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Arbeitskreis Sucht
    - Arbeitskreis Qualitätszirkel Substitution
    - Arbeitskreis Suchtvorbeugung
    - Arbeitskreis Essstörungen
- Arbeitskreis Allgemeinpsychiatrie
- Arbeitskreis Gerontopsychiatrie

Das nachfolgende Schaubild stellt zunächst die Verknüpfung der PSAG mit den verschiedenen Arbeitsgruppen dar.



Als eine von vier Arbeitsgemeinschaften ist die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Teil der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Kreises Heinsberg. Sie bringt relevante Themen in die Gesundheitskonferenz ein, die sich einerseits aus dem Psychiatrie- und Suchtplan rekrutieren und andererseits auf aktuelle Themen Bezug nehmen. Dabei kommt dem Aspekt der Psychiatriekoordination eine besondere Bedeutung zu.

Die Funktion der Psychiatriekoordination

Das bundesweite Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste hat in seiner Broschüre „Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste“ vier Kernaufgaben des SpDi formuliert. Als vierte Kernaufgabe werden die Netzwerkarbeit und die Steuerung im regionalen Bund benannt. Eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung sei ohne eine regionale Koordination und Planung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen nicht möglich. Die Koordination als verpflichtende Aufgabe für die untere Gesundheitsbehörde ist daher auch rechtlich in den §§3 und 23 ÖGDG NRW sowie in §6 PsychKG NRW festgelegt. Zwischen 1989 und 1998 gab es ein Programm des Landes NRW zur Förderung von Psychiatriekoordinatorenstellen. Nach dem Auslaufen dieses Programms ging die Zahl der hauptamtlichen KoordinatorenInnen deutlich zurück. Oftmals wurden ihnen weitere Aufgaben, wie beispielsweise die Führung der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz, die Gesundheitsberichterstattung oder die Behindertenkoordination übertragen. In einer vom Landeszentrum Gesundheit NRW 2015 in Auftrag gegebenen Studie bezüglich der Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern aus dem Jahr 2015 stellten die Verfasser des Abschlussberichts fest, dass in NRW in 36 Kommunen Psychiatriekoordinatoren:innen tätig sind. Die Stellenumfänge schwanken dabei zwischen 0,1 bis 1,0 Stellenanteile. Die organisatorische Verortung erfolgt überwiegend im Gesundheitsamt. Im Rahmen der schriftlichen Befragung der Kommunen betonten diese die Wichtigkeit einer unabhängigen Koordination.

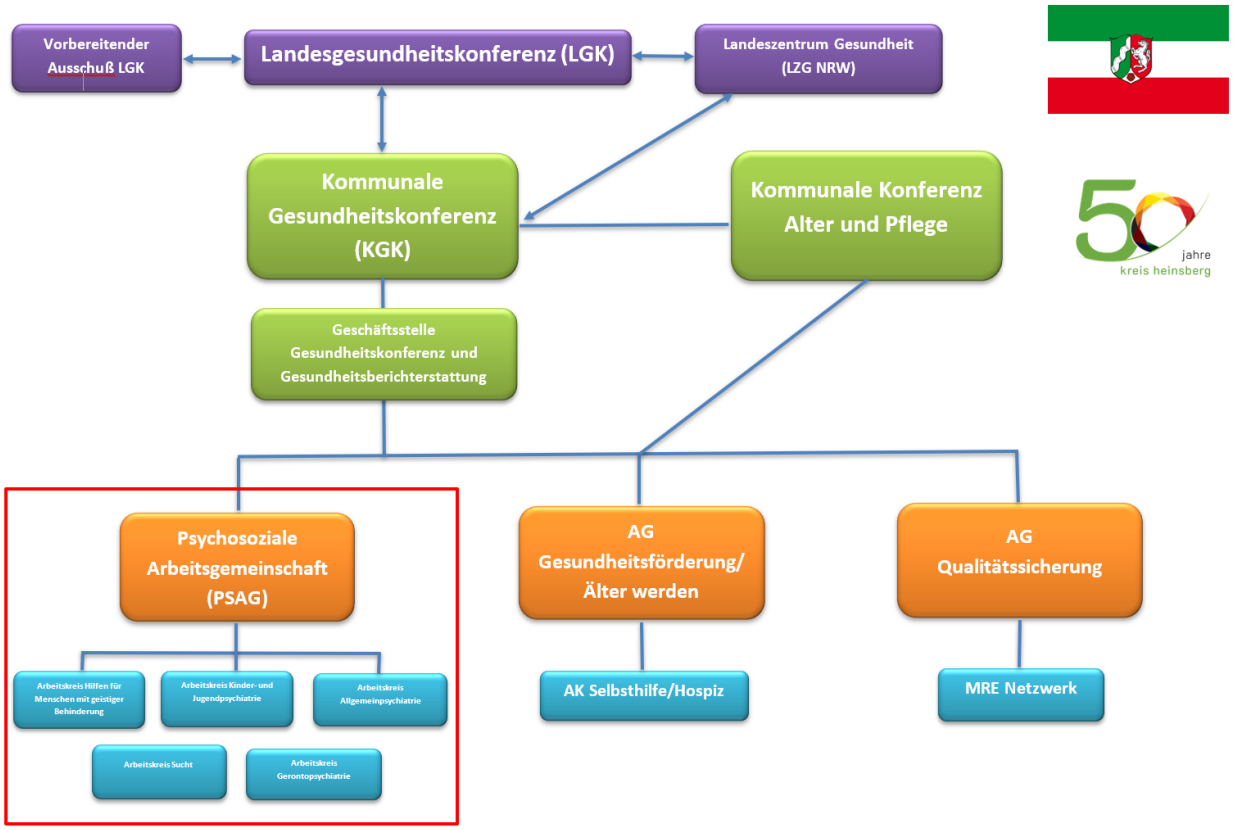
Die zunehmende Zahl psychisch Erkrankter und die damit verbundene Vielfalt der individuellen Bedarfe sowie die Zersplitterung der Leistungsträger und die Spezialisierung der Angebote stellen eine zunehmende Herausforderung an die sozialpsychiatrischen Dienste dar. Daher steigt in den letzten Jahren die Zahl der hauptamtlichen Psychiatriekoordinatoren:innen wieder deutlich an. Dabei umfasst das Aufgabenspektrum z.B. die Geschäftsführung der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, die Mitarbeit an und die Entwicklung von Entscheidungs- und Beschlussvorlagen für politische Gremien, die Planung und Entwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung der gemeindepsychiatrischen Versorgung, die Unterstützung und Beratung von Trägereinrichtungen bei der Umsetzung von psychosozialen Versorgungsmodulen sowie die Öffentlichkeitsarbeit und Information zu Feldern der psychischen Gesundheit.

Landes- und Kommunale Gesundheitskonferenzen

Das Konzept der Gesundheitskonferenzen wurde Anfang der 1990er Jahre in NRW umgesetzt. Die Landesgesundheitskonferenz hat dabei den Auftrag, die Gesundheitspolitik weiterzuentwickeln. Schwerpunkte der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz sind die Landesberichterstattung über die Gesundheit der Bevölkerung und die Unterstützung der Landesinitiative "Gesundes Land NRW" zu unterstützen. Bezüglich der kommunalen Gesundheitskonferenzen stellt das Landeszentrum für Gesundheit NRW fest:

„Analog zur Landesgesundheitskonferenz gibt es in allen Kreisen, kreisfreien Städten und der StädteRegion Aachen in Nordrhein-Westfalen kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK). Sie beraten Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene. Sie geben Empfehlungen, vereinbaren Lösungsvorschläge und setzen diese um. Mit Stellungnahmen und Empfehlungen wirken die kommunalen Gesundheitskonferenzen auch an der Gesundheitsberichterstattung mit. In den Konferenzen kommen Vertreterinnen und Vertreter aller Einrichtungen zusammen, die vor Ort bei der gesundheitlichen Versorgung mitwirken. Themen, die vor Ort behandelt werden, sind zum Beispiel Sucht, Drogen, Abhängigkeitserkrankungen, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheit alter Menschen, Gesundheitsförderung, psychiatrische Versorgung oder Patientenüberleitung.“[181]

Das nachfolgende Schaubild verdeutlicht nochmals die Einbettung der PSAG in das Konzept der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Kreises Heinsberg.



[181] https://www.lzg.nrw.de/ges_land_nrw/konf/index.html

f) Epidemiologische Daten

Gesundheitsindikatoren Landeszentrum Gesundheit NRW

Eine aussagefähige Gesundheitsberichterstattung, die ihre Aufgabe erfüllen kann, ist auf eine gute Datenbasis aus vergleichbaren und belastbaren Zahlen angewiesen. Die Gesundheitsindikatoren bieten Zahlen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, aus amtlichen Statistiken und von einer großen Zahl von Akteuren im Gesundheitswesen. Die Definition und Auswahl der ca. 300 Indikatoren beruht auf dem gemeinsamen Indikatorensatz der Länder. Rund 80 Indikatoren liegen auf kommunaler Ebene vor. Die Indikatoren werden in Form von Tabellen, Kommentartexten, Grafiken und interaktiven Karten angeboten.[182]

Indikator 3.87_01 Einweisungen nach dem PsychKG und dem Betreuungsgesetz, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen im Zeitvergleich

Definition

Mit dem 1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetz (Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige) wurde das alte zweistufige System von Pflegschaft und Vormundschaft durch das einheitliche Rechtsinstitut der Betreuung ersetzt. Gleichzeitig wurde auch im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) ein einheitliches Verfahrensrecht für die zivilrechtliche Unterbringung (nach dem Betreuungsgesetz) und die öffentlich-rechtliche Unterbringung (nach den Unterbringungsgesetzen der Länder) geschaffen. Bei der rechtlichen Betreuung nach dem Betreuungsgesetz geht es im Kern um die Unterstützung und Interessenwahrnehmung eines Menschen in den vom Gericht festgelegten Aufgabenkreisen. Leitbild ist dabei die persönliche Betreuung, die sich am Wohl des Betreuten orientiert. Der gerichtlich bestellte Betreuer hat die Wünsche des Betroffenen zu respektieren (Betreuung).

In jedem Bundesland gibt es ein Gesetz, das die Unterbringung von psychisch Kranken ermöglicht, die eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen, weil sie sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gegenwärtig gefährden (PsychKG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke). Vorgesehene Maßnahmen sind vorsorgende Hilfe zur Vermeidung einer Unterbringung und rechtzeitige ärztliche Behandlung einer Störung oder beginnenden Krankheit, nachsorgende Hilfe nach Abschluss stationärer Behandlung in Gestalt individueller Beratung und Betreuung, Auflagen und Weisungen des Gesundheitsamtes. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sind Zwangsmaßnahmen, die nicht der Heilung von psychischer Krankheit oder Sucht, sondern allein zur Abwendung einer Gefahr für Leib oder Leben des Untergebrachten oder seiner Umgebung dienen. Die Unterbringung wird von den Ordnungsbehörden beantragt, wobei das ärztliche Gutachten durch Klinikärzte (überwiegend) oder niedergelassene Neurologen ausgestellt

[182] https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/index.html

wird. Im Indikator 3.87 werden Einweisungen nach dem Betreuungsgesetz bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen und als Rate je 100 000 der durchschnittlichen Bevölkerung im Zeitvergleich ausgewiesen. Die Angaben werden auf den Wohnort des Untergebrachten/ Eingewiesenen bezogen. Daten zur Unterbringung nach dem PsychKG liegen teilweise in den Gesundheitsämtern und teilweise in den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe vor. Im vorliegenden Indikator sind bis zum Jahre 2002 nur die Angaben der Gesundheitsämter enthalten. Ab dem Berichtsjahr 2003 werden Angaben der Landschaftsverbände mit aufgeführt.

Datenhalter

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW), Landschaftsverband Rheinland (ab 2003), Landschaftsverband Westfalen-Lippe (ab 2003)

Datenquellen

Dokumentation zu den Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG) und zum Betreuungsgesetz

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Seit dem Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes im Jahr 1992 ist das Verfahren bei zivilrechtlichen Unterbringungen (nach dem Betreuungsrecht) und öffentlich-rechtlichen Unterbringungen (nach Unterbringungsgesetz des Landes bzw. PsychKG) bundesweit einheitlich geregelt. Ein Landesgesetz in Nordrhein-Westfalen regelt das Unterbringungsverfahren. Die zuständigen Amtsgerichte melden in Zusammenarbeit mit den örtlichen Ordnungsbehörden und den Gesundheitsämtern den jeweiligen Justizministerien der Länder die Fallübersichten über die Unterbringung nach dem PsychKG. Die Zahlen sind nur auf Amtsgerichtsbezirksebene verfügbar, diese decken sich aber nicht immer mit den Grenzen der Gebietskörperschaften. In den Angaben können auch Fälle enthalten sein, die nicht zu einer Unterbringung geführt haben. Die Daten sind nicht vollständig und nur begrenzt aussagefähig. Es gehen nur die Angaben der Kommunen in diesen Indikator ein, die die Daten entsprechend den Vorgaben geliefert haben.

Kommentar

Voraussetzung für die Einrichtung einer Betreuung ist nach § 1896 BGB, dass ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. Das Psychischkrankengesetz sieht einen

Katalog staatlicher Maßnahmen vor, solche Kranke notfalls zur Therapie zu zwingen (Unterbringung nach PsychKG).

Indikator 3.87_01 Einweisungen nach dem PsychKG[1], nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

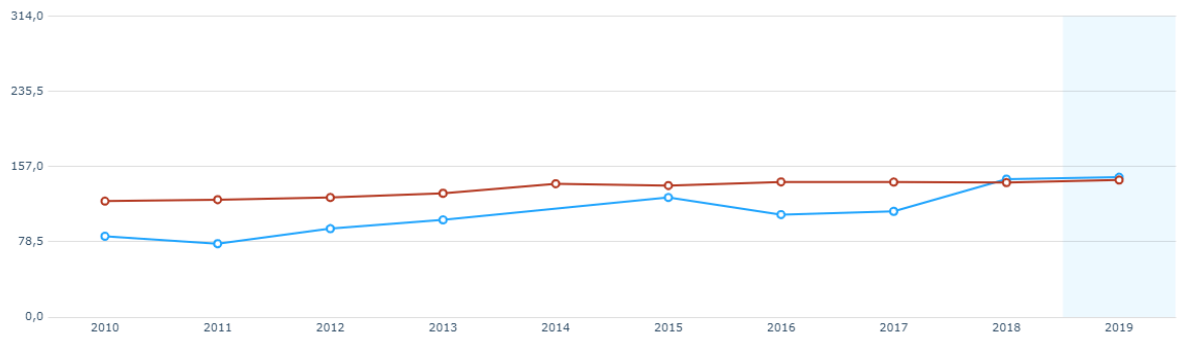
Verwaltungsbezirk	Unterbringungen nach dem PsychKG						
	insgesamt		davon:				
			weiblich		männlich		Melde-*** adresse außerhalb
	Anzahl*	je 100.000 Einwohner**	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw**.	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.**	in %
Stadt Aachen	760	306,2	327	275,3	432	333,9	12,5
StR Aachen[2]	341	110,7	150	95,7	191	126,1	8,5
Kreis Düren[3]	620	234,7	240	180,3	379	289,2	29,8
Kreis Euskirchen	324	167,7	142	145,0	182	190,9	42,0
Kreis Heinsberg	372	145,9	155	120,4	216	171,2	36,6
Reg.-Bez. Köln	**6 980**	**156,0**	**3 007**	**132,0**	**3 959**	**180,3**	**20,4**
Nordrhein-Westfalen	**25 223**	**142,9**	**9 748**	**108,4**	**13 748**	**158,8**	**18,5**

Datenquelle/Copyright: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: Dok. zum PsychKG, Dok. zum Betreuungsgesetz

1 Gesetz über Hilfen u.Schutzmaßnahmen bei psych. Krankheiten
2 Städteregion Aachen ohne Stadt Aachen
3 Kreis Düren ohne die Städte Aldenhoven, Düren, Heimbach, Nideggen und Nörvenich
* einschl. Patienten mit unbekanntem Geschlecht
** bezogen auf die Bevölkerung der meldenden Kreise und kreisfreien Städte
*** Personen mit Meldeadresse außerhalb der Kreise und kreisfreien Städte

"•" Zahlenwert unbekannt

"–" nichts vorhanden (genau null)



Rote Linie: NRW Blaue Linie: Kreis Heinsberg

Indikator 3.89 Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert

Definition

Der Indikator 3.89 enthält die gemittelten absoluten Todesfälle, die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten und die auf die Gesamtsuizidrate des Landes normierten Mortalitätsziffern (SMR) infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) als 3-Jahres-Mittelwert für die Kreise und kreisfreien Städte des Landes Nordrhein-Westfalen. Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

Die Anzahl der jugendlichen Selbstmorde ist in Großstädten doppelt so hoch wie auf dem Land. Die Zahl der Suizide in ländlichen Gebieten mit hoher Drogenkriminalität liegt 50 % über dem Durchschnitt.

Aufschlussreich ist, dass die Rate der Suizidversuche bei Mädchen dreimal höher ist als bei Jungen. Dagegen führen jedoch bei Jungen die Suizidversuche dreimal öfter zum Tode als beim weiblichen Geschlecht. Ein Anstieg von Suizidsterbefällen wird in höherem Lebensalter beobachtet.

Regionalisierte geschlechtsspezifische Sterbeziffer infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) machen diese besondere Form geschlechtsspezifischer Sterblichkeit und ihren Anteil an der Gesamtsterblichkeit deutlich und lassen die Unterschiede im Vergleich der Zahlen Gestorbener nach Geschlecht durch die entsprechenden Häufigkeiten je 100 000 Einwohner zwischen den Verwaltungseinheiten des Bundeslandes deutlich werden.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Todesursachenstatistik

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik der Länder entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung der Todesbescheinigungen an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommunen und des Bundeslandes eingehen, wo sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Die Kodierung der Todesbescheinigungen erfolgt in den Statistischen Landesämtern. Daten über die Suizidsterbefälle gelten als zuverlässig.

Kommentar

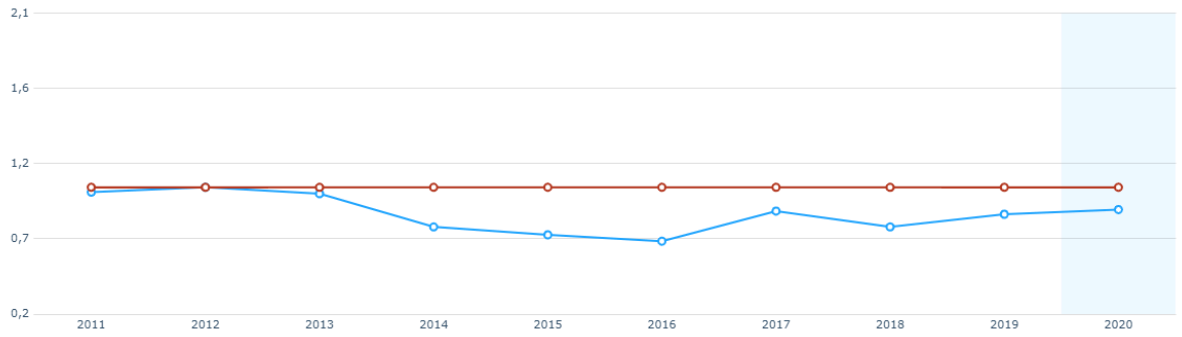
Die im Indikator ausgewiesenen vorsätzlichen Selbstbeschädigungen enthalten per Definition keine Suizidfälle der unter 10-Jährigen. Regionalisierte Suizidraten bilden den Grundstock einer kommunalen Berichterstattung über Suizidfälle. Für die Berechnung von Raten als Mehrjahresmittelwert (z. B. drei Jahre) sind die Verfahren der Mittelwertbildung mit der Methode der gleitenden Durchschnitte kombinierbar. Neben der Berechnung je 100 000 Einwohner wird die indirekte Altersstandardisierung (SMR) als Methode zur Vergleichsrate verwendet. Der Landesdurchschnitt liegt bei der SMR bei 1,00, die Kreise können diese Werte über- oder unterschreiten. Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

Indikator 3.89 Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018 - 2020, 3-Jahres-Mittelwert

Verwaltungsbezirk	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (X60 - X84)								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl*	je 100.000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100.000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100.000 Einw.	SMR**
Stadt Aachen	6	4,8	1,42	9	7,0	0,67	15	5,9	0,85
StR Aachen[1]	6	3,8	1,07	14	9,5	0,81	20	6,6	0,88
Kreis Düren	2	1,8	0,49	12	9,2	0,80	14	5,4	0,73
Kreis Euskirchen	1	1,4	0,38	9	9,4	0,81	10	5,3	0,71
Kreis Heinsberg	2	1,8	0,51	14	11,1	0,96	16	6,4	0,86
Reg.-Bez. Köln	**89**	**3,9**	**1,13**	**228**	**10,4**	**0,92**	**317**	**7,1**	**0,97**
Nordrhein-Westfalen	**323**	**3,5**	**1,00**	**1 006**	**11,4**	**1,00**	**1 329**	**7,4**	**1,00**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Todesursachenstatistik

* 3-Jahres-Mittelwert
** Standardized Mortality Ratio: standardisiert an der Suizidrate des Landes
[1] StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen



Rote Linie: NRW Blaue Linie: Kreis Heinsberg

Indikator 8.13 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

Definition

Im Indikator 8.13 werden alle Psychotherapeutinnen/-therapeuten ausgewiesen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Teilnahme der Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten und der Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung wird durch den § 72 SGB V und das am 1.1.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz geregelt.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V neu gefasst. Im Auftrag des Gesetzgebers legte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zum 1.1.2013 eine neue Bedarfsplanungs-Richtlinie vor, die u. a. eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen soll.

Paragraf 101 (4) SGB V legt fest, dass von 2013 an mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der zuzulassenden Behandlerinnen/Behandler den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten und den Psychotherapeutinnen/-therapeuten, die mehr als 90 % mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, vorbehalten ist. Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte sind mit mindestens 25 Prozent der zuzulassenden Behandlerinnen/Behandler an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu beteiligen.

Die Erläuterungen der Begriffe ambulante Einrichtungen und vertragsärztliche Versorgung sind dem Indikator 8.5 und dem Indikator 8.7 sinngemäß zu entnehmen.

Datenhalter

- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Datenquelle

- Ärzteregister der KV Nordrhein
- Ärzteregister der KV Westfalen-Lippe

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten in Ärzteregister der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Voraussetzung für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar

Im vorliegenden Indikator sind nur in ambulanten Einrichtungen tätige Psychotherapeutinnen/therapeuten mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag enthalten.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl am 31.12. jeden Jahres.

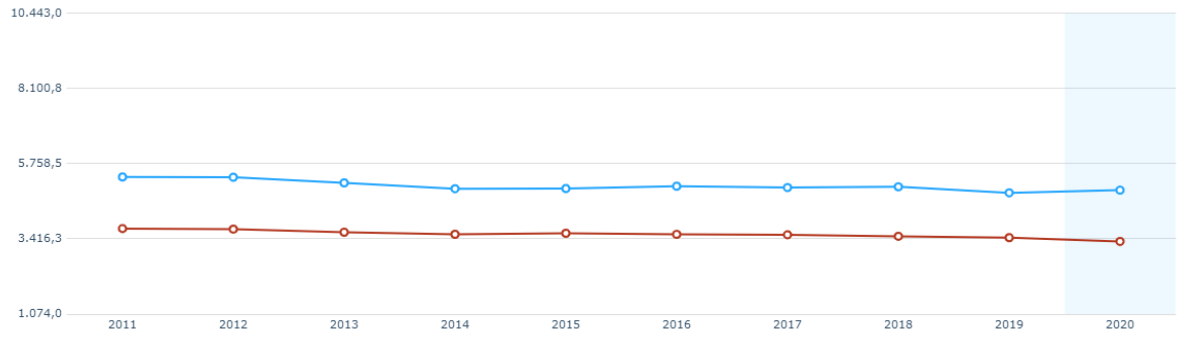
Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 8.13 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2020

Verwaltungsbezirk	Psychotherapeuten insgesamt		Ärztliche Psycho-therap.	Psychologische Psychotherapeuten		Ärztliche Psycho-therapeuten	KJP
				PP*	KJP**		
	Anzahl	Einw. je Psychoth.	Anzahl			in % aller Psychoth.***	
Stadt Aachen	137	1 819,9	45	71	21	33	15
StR Aachen[1]	65	4 716,5	14	37	15	22	22
Kreis Düren	48	5 546,9	14	25	10	29	20
Kreis Euskirchen	34	5 683,0	7	18	9	21	27
Kreis Heinsberg	52	4 931,9	6	37	10	11	19
Reg.-Bez. Köln	**1 763**	**2 537,9**	**348**	**1 147**	**269**	**20**	**15**
Nordrhein-Westfalen	**5 374**	**3 335,9**	**983**	**3 431**	**961**	**18**	**18**

Datenquelle/Copyright:
KV Nordrhein, KV Westfalen-Lippe:
Ärzteregister der KV NR und WL

* Psychologische Psychotherapeuten ohne nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten (PP)
** nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherap. (KJP)
*** Mindestquoten gem. § 101 SGBV: 25 % ärztl. Psychotherap., 20 % nur Kinder u. Jugendl. betreuende Psychotherapeuten
[1] StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen



Rote Linie: NRW Blaue Linie: Kreis Heinsberg

Indikator 8.13_01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten/-innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirk

Definition

Im Indikator 8.13_01 werden alle berufstätigen Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten in Personen ausgewiesen, die in ambulanten, stationären und sonstigen Einrichtungen arbeiten sowie die regionale Versorgungsdichte.

Die Bezeichnung Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut ist in Deutschland seit dem 1. Januar 1999 durch das Psychotherapeutengesetz geschützt und darf nur von Personen geführt werden, die eine Approbation besitzen, also über die staatliche Erlaubnis verfügen, diesen Heilberuf auszuüben. Das können Diplom-Psychologinnen/Diplom-Psychologen (Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten) sein, Diplom-Pädagoginnen/Diplom-Pädagogen oder Diplom-Sozialpädagoginnen/Diplom-Sozialpädagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten) bzw. Personen mit vergleichbaren Hochschulabschlüssen, die zusätzlich eine staatlich anerkannte psychotherapeutische Zusatzausbildung abgeschlossen haben. Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte haben eine entsprechende Weiterbildung in Psychotherapie abgeschlossen und sind Mitglieder der zuständigen Ärztekammer. Sie werden in diesem Indikator nicht berücksichtigt. Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den vertragsärztlich bzw. vertragspsychotherapeutisch tätigen ärztlichen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind in den Indikatoren 8.12 und 8.13 enthalten.

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 2 Heilberufsgesetz) gehören der Psychotherapeutenkammer alle Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten an, die im jeweiligen Land ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Als berufstätig sind bei den Psychotherapeutenkammern die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten registriert, die den psychotherapeutischen Beruf ausüben. Nicht einbezogen sind demnach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die berufsfremde Tätigkeiten ausführen,

sich im Erziehungsurlaub oder Ruhestand befinden, berufs- oder erwerbsunfähig oder arbeitslos gemeldet sind.

Datenhalter

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Psychotherapeutenregister

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Durch die Kammergesetzgebung (Heilberufsgesetz NRW) besteht für alle Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten Meldepflicht bei der für den jeweiligen Arbeits- bzw. Wohnort zuständigen Psychotherapeutenkammer.

Bedingt durch die Meldepflicht ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Psychotherapeutenkammer NRW und werden für die Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten auf die Bevölkerung ab 18 Jahre, für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten auf Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre und für die Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten insgesamt sowie die doppelapprobierten Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten auf die Gesamtbevölkerungszahl jeweils am 31.12 des Berichtsjahres berechnet. Bei der Betrachtung der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Therapeutinnen/Therapeuten mit einer Doppelapprobation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-psychotherapeut tätig ist. Die Zahl der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten ist größer als die Zahl der von den KVen zugelassenen

Vertragspsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten, da der Indikator alle berufstätigen Mitglieder der Psychotherapeutenkammer erfasst.

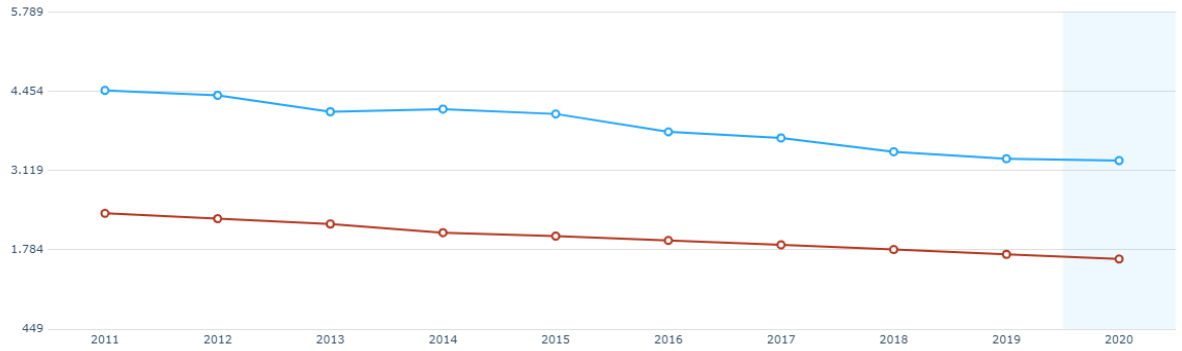
Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 8.13_01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten/-innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirk, 2020

Verwaltungsbezirk	Psychotherapeuten insgesamt*		Davon:					
			Psychologische Psychotherapeuten**		Kinder- u. Jugendl.-psychotherapeuten**		Doppelapprobierte Psychotherapeuten**	
	Anzahl	Einw. je Therapeut	Anzahl	Einw. > 18 J. je Therapeut	Anzahl	Einw. <18 J. je Therapeut	Anzahl	Einw. je Therapeut
Stadt Aachen	252	987,6	193	1 111,7	52	660,0	7	35 554,0
StR Aachen[1]	82	3 753,1	56	4 564,8	23	2 266,3	3	102 584,3
Kreis Düren	86	3 083,0	58	3 798,2	21	2 135,3	7	37 877,1
Kreis Euskirchen	83	2 341,7	59	2 742,3	23	1 415,8	1	194 359,0
Kreis Heinsberg	78	3 287,9	54	3 948,3	22	1 965,9	2	128 229,0
Reg.-Bez. Köln	**3.605**	**1.241,5**	**2 745**	**1.357,1**	**723**	**1.037,9**	**137**	**32.668,1**
Nordrhein-Westfalen	**11.001**	**1.629,4**	**8 097**	**1.841,1**	**2 364**	**1.276,6**	**540**	**33.195,5**

Datenquelle/Copyright:
Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen,
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Psychotherapeutenregister

* berufstätige Psychoth. insg., ohne ärztliche Psychoth.
** approbierte PPT und KJPT gem. Psychotherapeutengesetz
[1] StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen



Rote Linie: NRW Blaue Linie: Kreis Heinsberg

Daten aus GBE-Stat 2.0, Version 2021

Erläuterung zur Diagnosestatistik der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser

Die **Krankenhausdiagnose-Statistik** ist Bestandteil der 1990 eingeführten amtlichen **Krankenhausstatistk** (weitere Erhebungsteile: I. Grunddaten und III. Kostennachweis). Die Krankenhausstatistik erstreckt sich auf alle Krankenhäuser sowie alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Im Folgenden werden die Datendefinitionen für die **allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser** dargestellt. Diese Definitionen sind im allgemeinen auch für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gültig, die auf einer eigenen Hilfeseite behandelt werden.

Mit der **Krankenhausdiagnose-Statistik** wird sowohl der Behandlungs- als auch der Wohnort der Patientin bzw. des Patienten erfasst. Der vorliegende Datensatz ist nach dem **Wohnort** organisiert. Er stellt also die Krankheitshäufigkeit und nicht Versorgungskennziffern der Kommune dar.

Die Meldungen zur Diagnosestatistik beziehen sich auf alle im Laufe des Berichtsjahres entlassenen **vollstationären Patientinnen und Patienten**. Die Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten, nicht jedoch teilstationär oder ambulant behandelte Patientinnen und Patienten sowie gesunde Neugeborene.
Patientinnen und Patienten, die **mehrfach** innerhalb eines Jahres vollstationär behandelt wurden, werden auch mehrfach erfasst. Dies ist bei der Auswertung zu beachten, vor allem bei Diagnosen, die häufig mit wiederholten Krankenhausaufnahmen einhergehen, wie z. B. bestimmte Krebserkrankungen. In diesen Fällen kann aus der Zahl der Krankenhausfälle nur bedingt auf die Behandlungshäufigkeit in der Bevölkerung geschlossen werden.

Als **Hauptdiagnose** ist diejenige zum Zeitpunkt der Entlassung bekannte Diagnose angegeben, die hauptsächlich die Behandlungsdauer bzw. den Umfang der medizinischen Leistungen bestimmt hat. Sie ist entsprechend der dreistelligen ICD-10 Klassifikation verschlüsselt. Im vorliegenden Datensatz

sind die Fälle mit fehlender/fehlerhafter Diagnoseverschlüsselung unter dem **Schlüssel »000«** zusammengefasst.

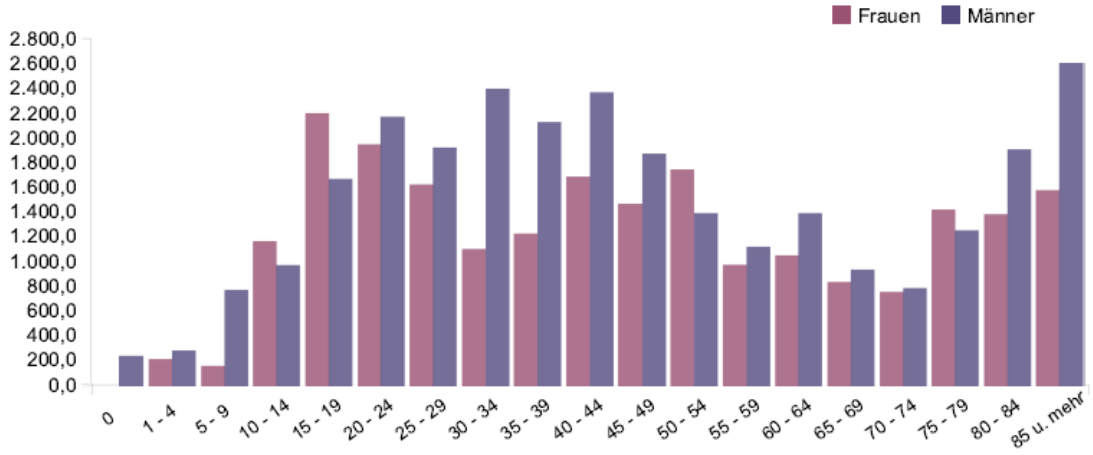
Fälle mit fehlender Alters- bzw. Geschlechtsangabe oder unbekanntem Wohnort sind im vorliegenden Datensatz **nicht enthalten**. Die sog. **Stundenfälle** sind ab dem Berichtsjahr 2004 enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patientinnen und Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

Der Datensatz beinhaltet alle Behandlungsfälle von Patientinnen und **Patienten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen**, unabhängig vom Bundesland, in dem die Behandlung erfolgte. Die Fälle werden jeweils nach dem Wohnort der Patientinnen und Patienten ausgewertet und auf die mittlere Jahresbevölkerung des Wohnortes bezogen. Die Krankenhausdiagnose-Statistik wird im Landesbetrieb Information und Technik, **IT.NRW**, geführt.

Die **direkt standardisierten Behandlungsraten** werden auf der Grundlage der alten (1976) Europäischen Standardbevölkerung berechnet. Die **Altersstandardisierung** macht die Behandlungsraten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen kontrolliert. Altersstandardisierte Erkrankungs- oder Sterbeziffer stellen fiktive Kennziffern dar, die zeigen, wie die Erkrankungshäufigkeit oder Sterblichkeit in der untersuchten Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur der Standardbevölkerung zugrunde läge. Die standardisierten Ziffern verschiedener Bevölkerungen sind somit vergleichbar, weil sie auf die gleiche Altersstruktur bezogen wurden.

V Psychische und Verhaltensstörungen (Alle), Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



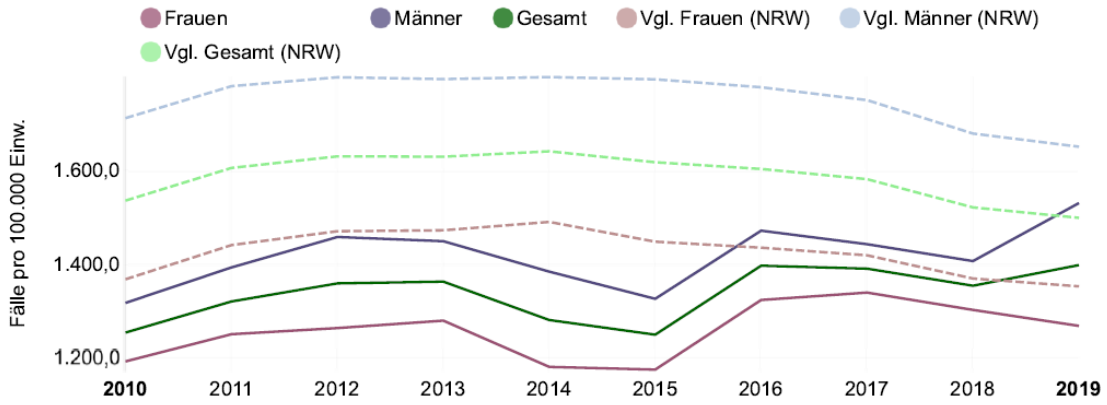
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	3	244,1	-	-
1 - 4	10	213,8	14	286,2	24	250,8
5 - 9	9	162,3	45	776,0	54	476,0
10 - 14	67	1.173,0	60	976,9	127	1.071,4
15 - 19	139	2.204,9	120	1.675,3	259	1.923,2
20 - 24	122	1.953,6	157	2.173,9	279	2.071,7
25 - 29	109	1.624,7	145	1.924,6	254	1.783,3
30 - 34	82	1.107,5	182	2.403,9	264	1.762,9
35 - 39	93	1.231,6	159	2.133,1	252	1.679,4
40 - 44	125	1.690,6	170	2.372,6	295	2.026,2
45 - 49	129	1.472,6	155	1.877,4	284	1.669,0
50 - 54	196	1.748,1	157	1.396,4	353	1.572,0
55 - 59	110	980,0	127	1.126,7	237	1.053,5
60 - 64	99	1.056,6	129	1.395,8	228	1.225,0
65 - 69	66	838,7	72	940,8	138	889,1
70 - 74	43	757,7	42	789,5	85	773,1
75 - 79	87	1.428,8	62	1.255,8	149	1.351,4
80 - 84	75	1.385,3	75	1.915,2	150	1.607,7
85 u. mehr	71	1.580,2	57	2.601,6	128	1.915,0
Insgesamt	**1.633**	**1.268,2**	**1.931**	**1.530,4**	**3.564**	**1.398,0**
Altersstand. an Europabev. alt		**1.247,1**		**1.530,9**		**1.386,7**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

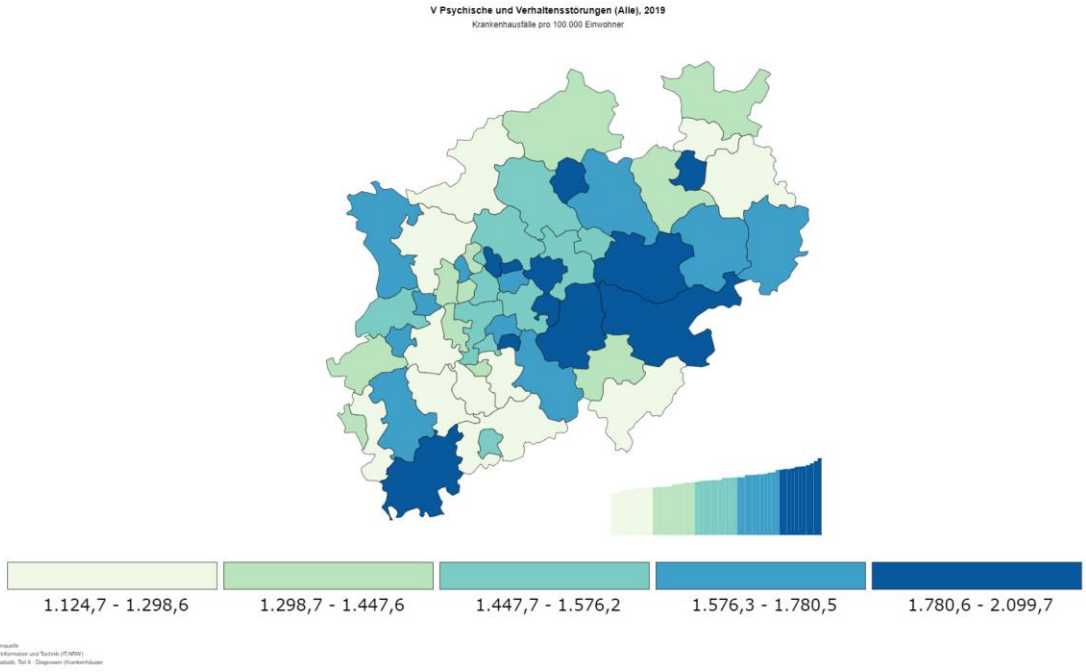
V Psychische und Verhaltensstörungen (Alle), Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	1.541	1.657	3.198	1.192,3	1.317,3	1.253,9
2011	1.582	1.695	3.277	1.250,4	1.393,0	1.320,3
2012	1.596	1.774	3.370	1.263,5	1.458,0	1.358,9
2013	1.614	1.766	3.380	1.279,4	1.449,0	1.362,7
2014	1.492	1.694	3.186	1.180,6	1.384,0	1.280,7
2015	1.493	1.642	3.135	1.174,8	1.326,0	1.249,4
2016	1.689	1.839	3.528	1.323,5	1.471,5	1.396,7
2017	1.711	1.805	3.516	1.339,3	1.442,6	1.390,4
2018	1.669	1.766	3.435	1.302,3	1.406,6	1.353,9
2019	1.633	1.931	3.564	1.268,2	1.530,4	1.398,0

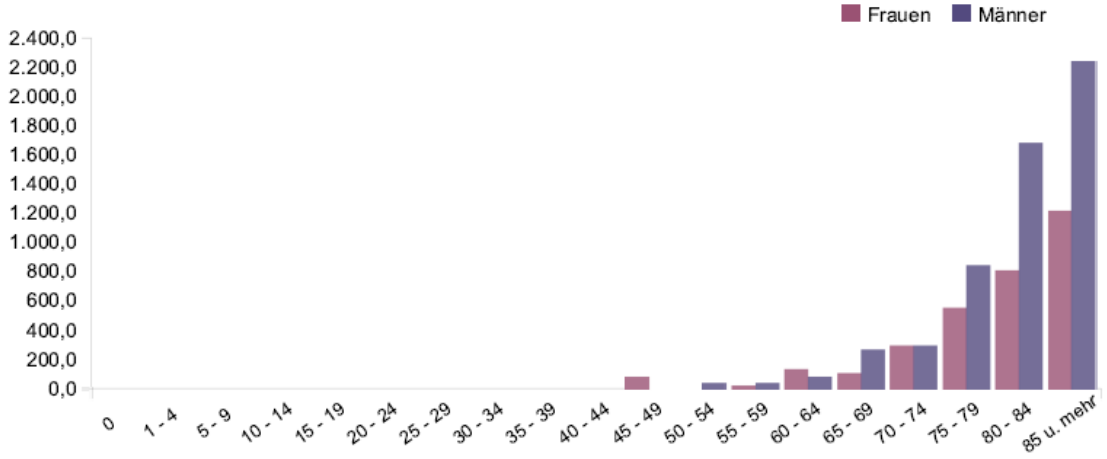
"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



Copyright/Datenquelle
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



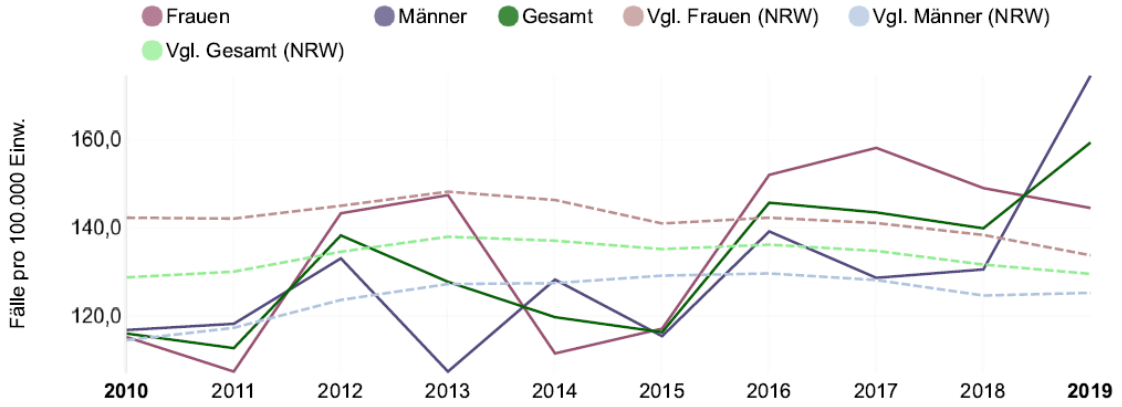
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	7	79,9	-	-	-	-
50 - 54	-	-	5	44,5	-	-
55 - 59	3	26,7	5	44,4	8	35,6
60 - 64	13	138,7	8	86,6	21	112,8
65 - 69	9	114,4	21	274,4	30	193,3
70 - 74	17	299,6	16	300,8	33	300,1
75 - 79	34	558,4	42	850,7	76	689,3
80 - 84	44	812,7	66	1.685,4	110	1.179,0
85 u. mehr	55	1.224,1	49	2.236,4	104	1.556,0
Insgesamt	**186**	**144,5**	**220**	**174,4**	**406**	**159,3**
Altersstand. an Europabev. alt		**62,4**		**93,7**		**75,3**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

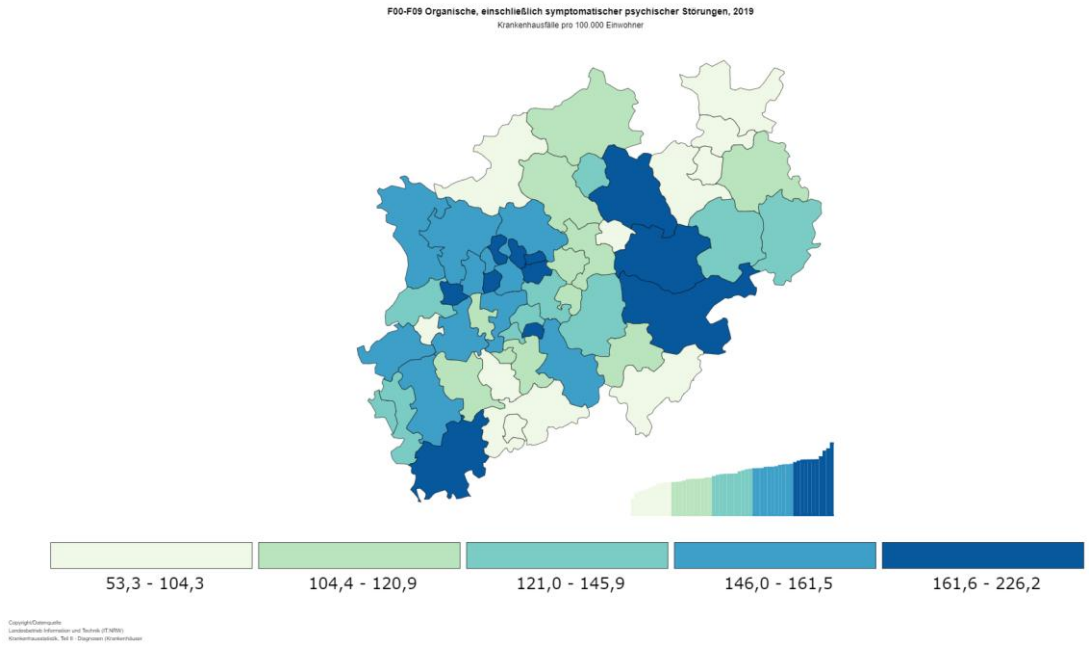
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



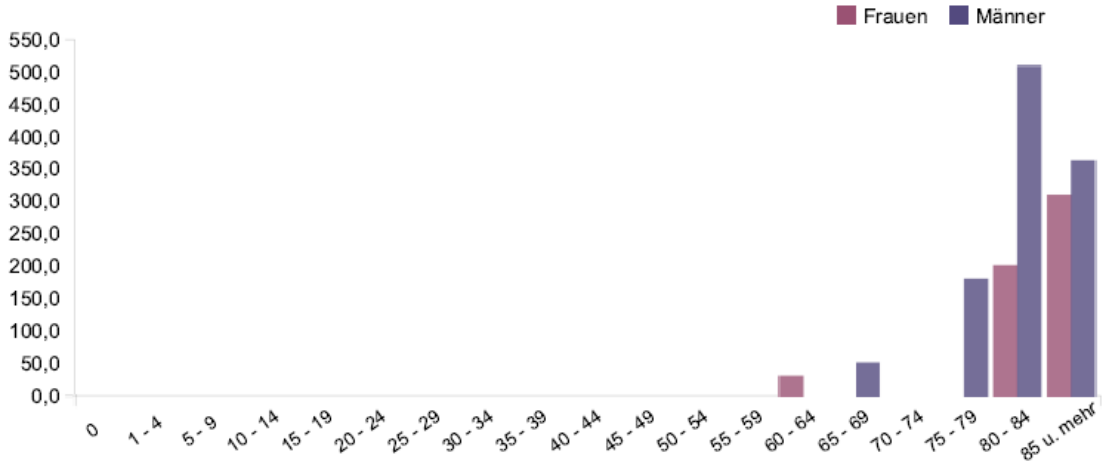
	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	149	147	296	115,3	116,9	116,1
2011	136	144	280	107,5	118,3	112,8
2012	181	162	343	143,3	133,1	138,3
2013	186	131	317	147,4	107,5	127,8
2014	141	157	298	111,6	128,3	119,8
2015	149	143	292	117,2	115,5	116,4
2016	194	174	368	152,0	139,2	145,7
2017	202	161	363	158,1	128,7	143,5
2018	191	164	355	149,0	130,6	139,9
2019	186	220	406	144,5	174,4	159,3

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



F00-F03 Demenz, Heinsberg, 2019

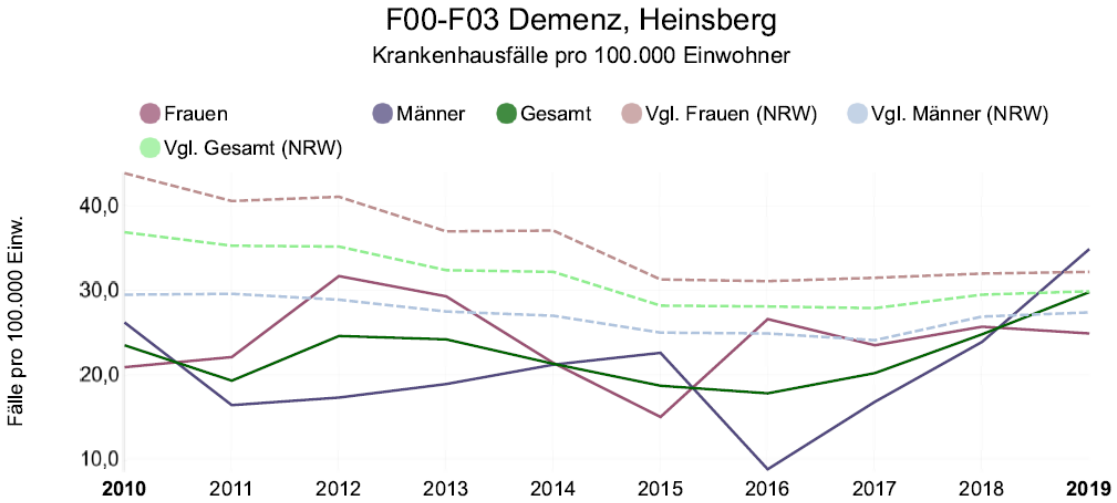
Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	3	32,0	-	-	-	-
65 - 69	-	-	4	52,3	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	-	-	9	182,3	-	-
80 - 84	11	203,2	20	510,7	31	332,3
85 u. mehr	14	311,6	8	365,1	22	329,1
Insgesamt	**32**	**24,9**	**44**	**34,9**	**76**	**29,8**
Altersstand. an Europabev. alt		**8,5**		**16,2**		**11,8**

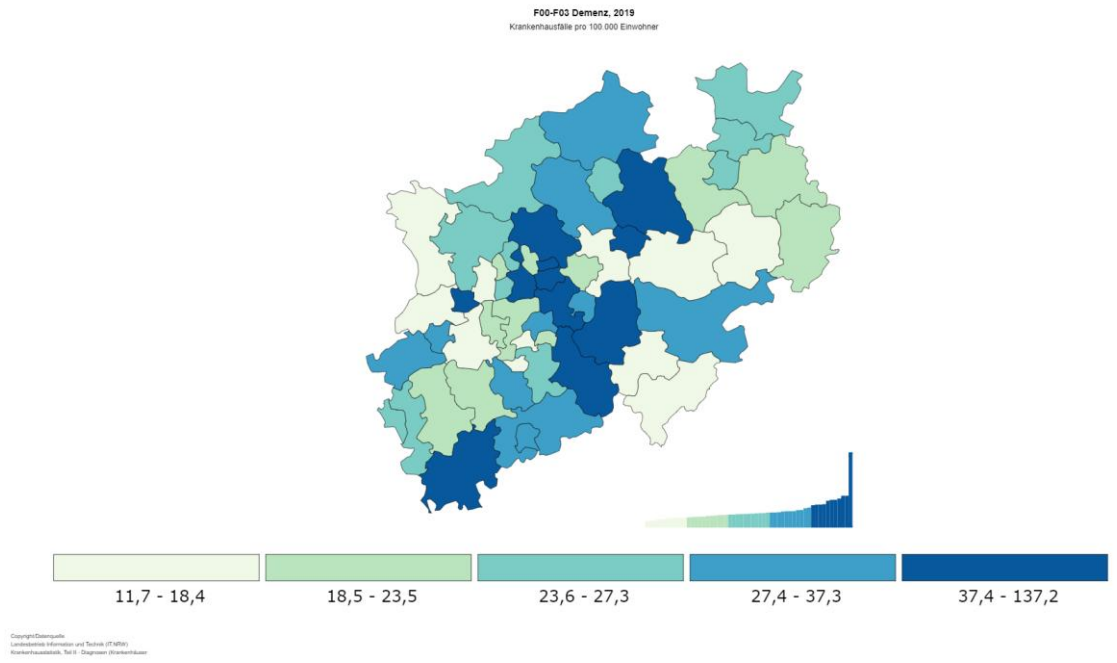
Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



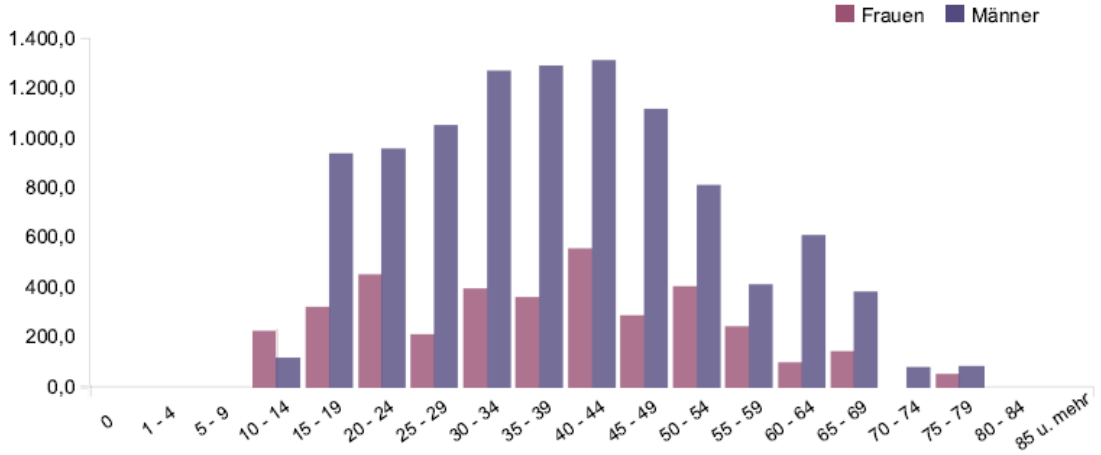
	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	27	33	60	20,9	26,2	23,5
2011	28	20	48	22,1	16,4	19,3
2012	40	21	61	31,7	17,3	24,6
2013	37	23	60	29,3	18,9	24,2
2014	27	26	53	21,4	21,2	21,3
2015	19	28	47	15,0	22,6	18,7
2016	34	11	45	26,6	8,8	17,8
2017	30	21	51	23,5	16,8	20,2
2018	33	30	63	25,7	23,9	24,8
2019	32	44	76	24,9	34,9	29,8

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



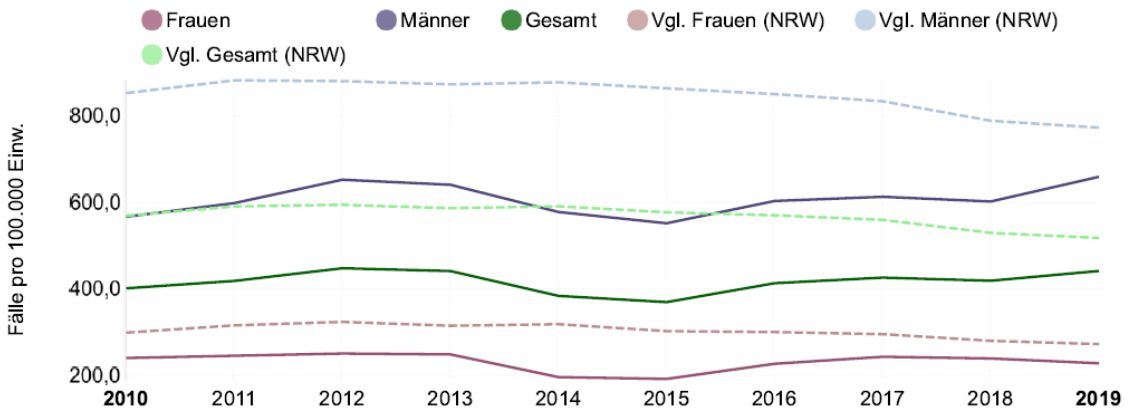
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	13	227,6	7	114,0	20	168,7
15 - 19	20	317,3	67	935,4	87	646,0
20 - 24	28	448,4	69	955,4	97	720,3
25 - 29	14	208,7	79	1.048,6	93	653,0
30 - 34	29	391,7	96	1.268,0	125	834,7
35 - 39	27	357,6	96	1.287,9	123	819,7
40 - 44	41	554,5	94	1.311,9	135	927,3
45 - 49	25	285,4	92	1.114,3	117	687,6
50 - 54	45	401,4	91	809,4	136	605,7
55 - 59	27	240,6	46	408,1	73	324,5
60 - 64	9	96,1	56	605,9	65	349,2
65 - 69	11	139,8	29	378,9	40	257,7
70 - 74	-	-	4	75,2	-	-
75 - 79	3	49,3	4	81,0	7	63,5
80 - 84	-	-	-	-	-	-
85 u. mehr	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	**294**	**228,3**	**834**	**661,0**	**1.128**	**442,5**
Altersstand. an Europabev. alt		**250,0**		**694,4**		**474,9**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

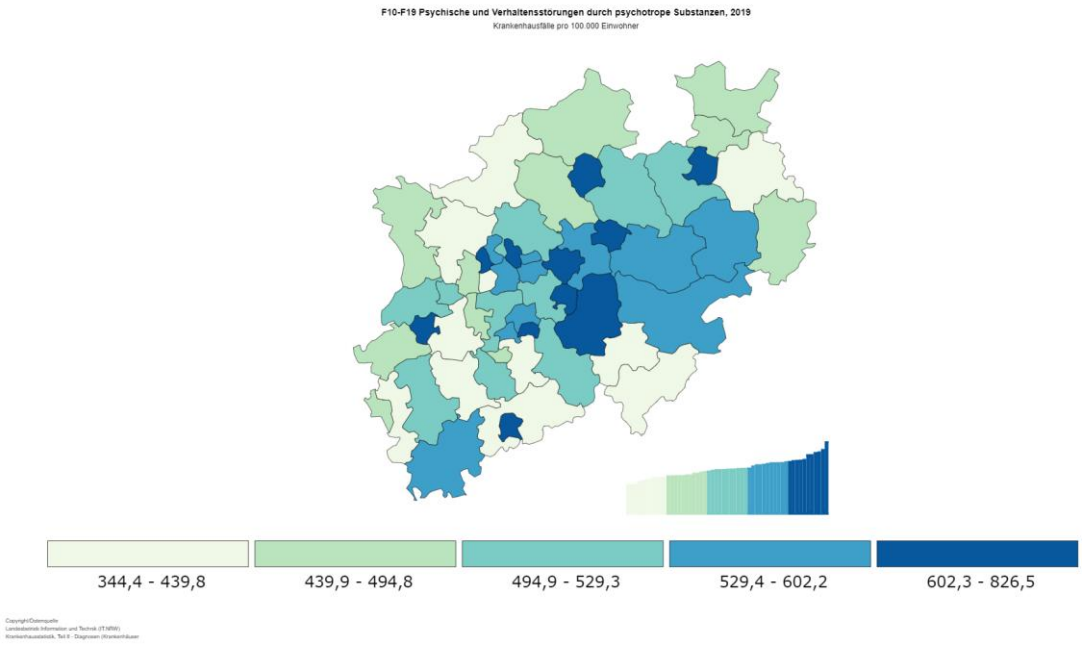
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



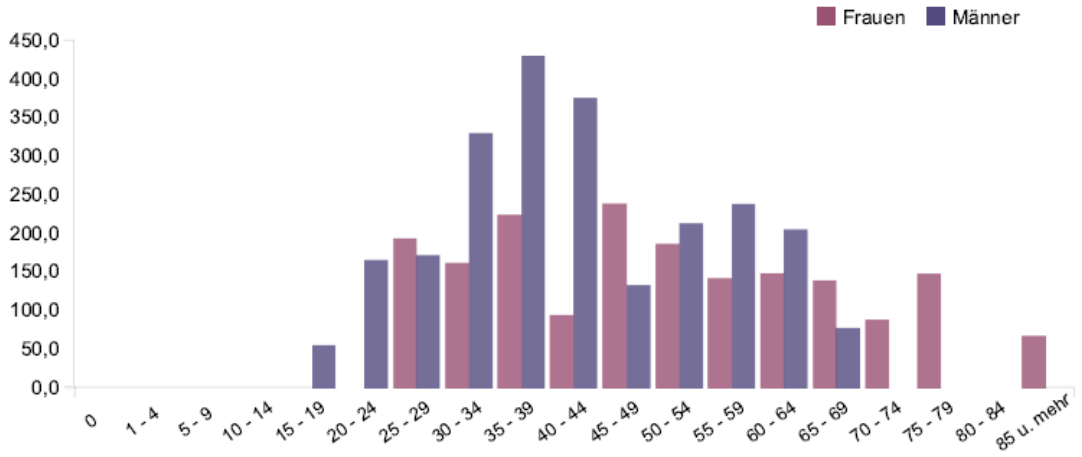
	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	311	715	1.026	240,6	568,4	402,3
2011	311	730	1.041	245,8	599,9	419,4
2012	317	796	1.113	250,9	654,2	448,8
2013	314	783	1.097	248,9	642,5	442,3
2014	248	709	957	196,2	579,3	384,7
2015	244	685	929	192,0	553,2	370,2
2016	290	756	1.046	227,2	604,9	414,1
2017	311	769	1.080	243,4	614,6	427,1
2018	307	758	1.065	239,5	603,7	419,8
2019	294	834	1.128	228,3	661,0	442,5

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



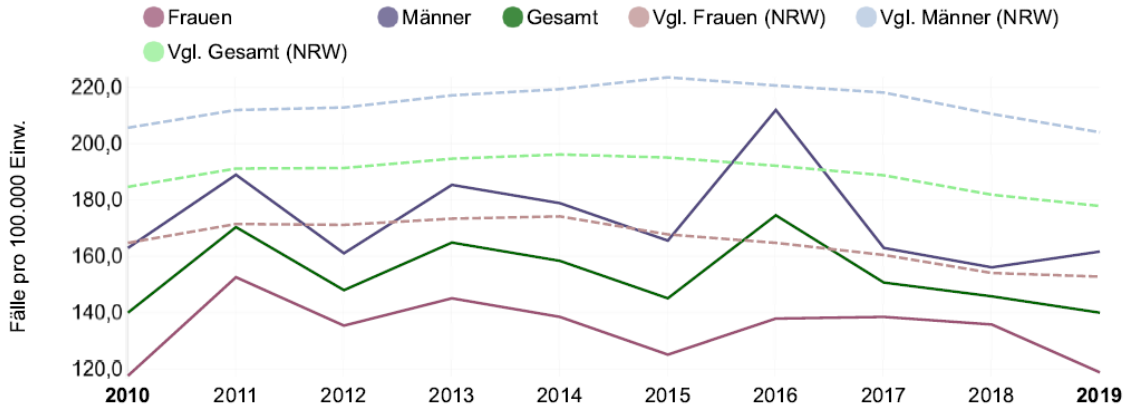
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	4	55,8	-	-
20 - 24	-	-	12	166,2	-	-
25 - 29	13	193,8	13	172,6	26	182,5
30 - 34	12	162,1	25	330,2	37	247,1
35 - 39	17	225,1	32	429,3	49	326,6
40 - 44	7	94,7	27	376,8	34	233,5
45 - 49	21	239,7	11	133,2	32	188,1
50 - 54	21	187,3	24	213,5	45	200,4
55 - 59	16	142,6	27	239,5	43	191,1
60 - 64	14	149,4	19	205,6	33	177,3
65 - 69	11	139,8	6	78,4	17	109,5
70 - 74	5	88,1	-	-	-	-
75 - 79	9	147,8	-	-	-	-
80 - 84	-	-	-	-	-	-
85 u. mehr	3	66,8	-	-	-	-
Insgesamt	**153**	**118,8**	**204**	**161,7**	**357**	**140,0**
Altersstand. an Europabev. alt		**107,7**		**161,7**		**135,4**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

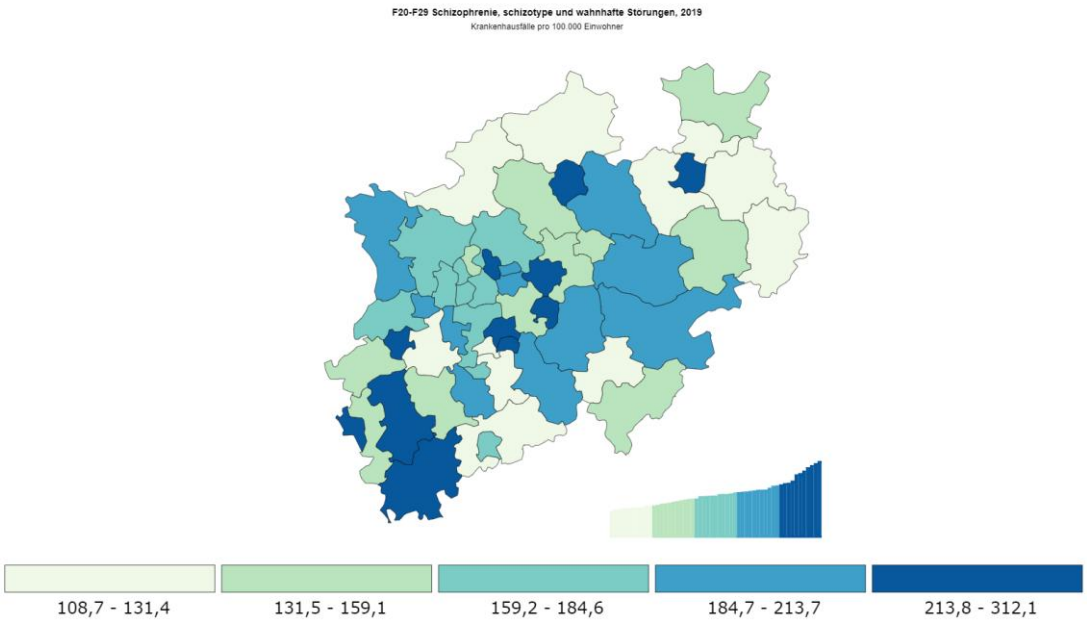
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	152	205	357	117,6	163,0	140,0
2011	193	230	423	152,6	189,0	170,4
2012	171	196	367	135,4	161,1	148,0
2013	183	226	409	145,1	185,4	164,9
2014	175	219	394	138,5	178,9	158,4
2015	159	205	364	125,1	165,6	145,1
2016	176	265	441	137,9	212,0	174,6
2017	177	204	381	138,5	163,0	150,7
2018	174	196	370	135,8	156,1	145,8
2019	153	204	357	118,8	161,7	140,0

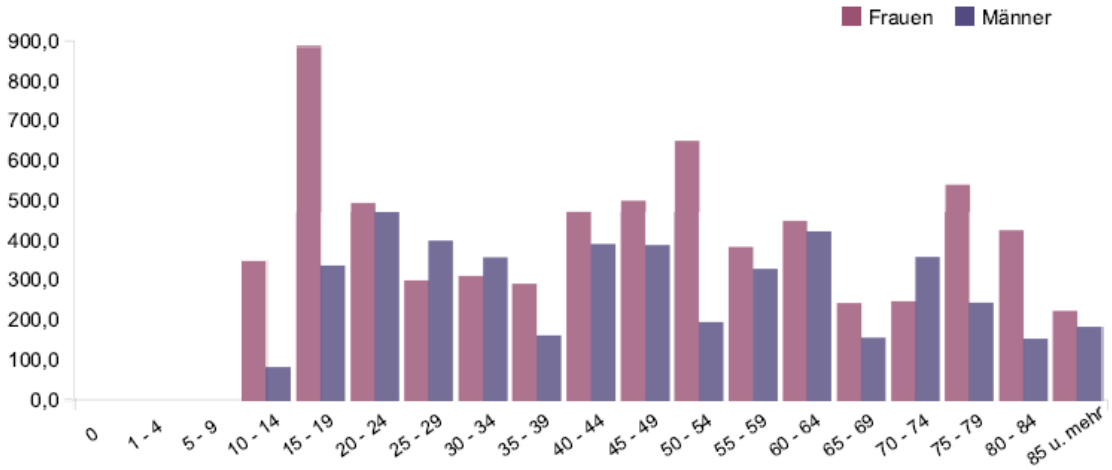
"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



Copyright/Datenquelle
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser

F30-F39 Affektive Störungen, Heinsberg, 2019

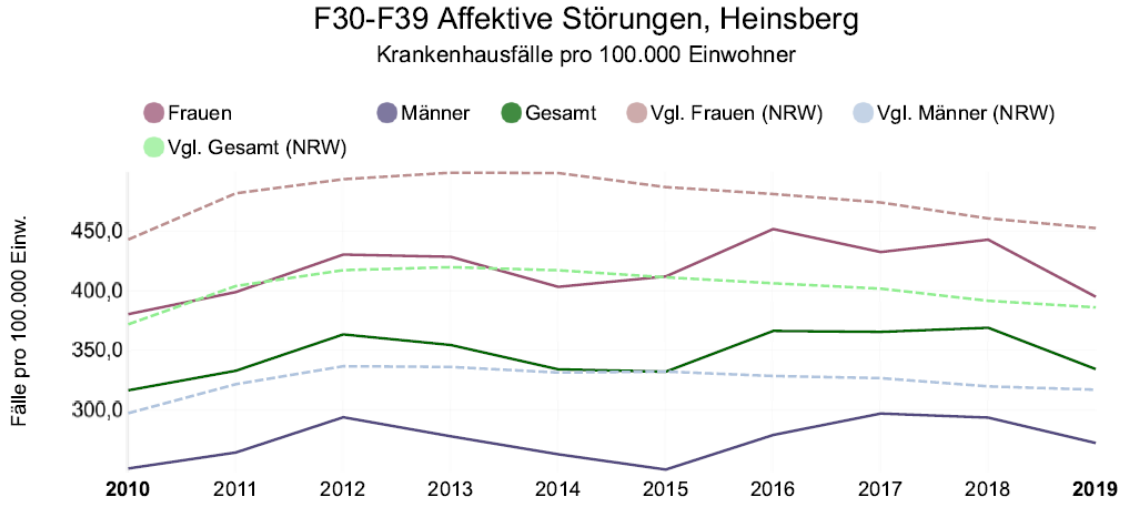
Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	20	350,1	5	81,4	25	210,9
15 - 19	56	888,3	24	335,1	80	594,0
20 - 24	31	496,4	34	470,8	65	482,7
25 - 29	20	298,1	30	398,2	50	351,0
30 - 34	23	310,6	27	356,6	50	333,9
35 - 39	22	291,4	12	161,0	34	226,6
40 - 44	35	473,4	28	390,8	63	432,7
45 - 49	44	502,3	32	387,6	76	446,6
50 - 54	73	651,1	22	195,7	95	423,1
55 - 59	43	383,1	37	328,2	80	355,6
60 - 64	42	448,2	39	422,0	81	435,2
65 - 69	19	241,5	12	156,8	31	199,7
70 - 74	14	246,7	19	357,1	33	300,1
75 - 79	33	542,0	12	243,1	45	408,1
80 - 84	23	424,8	6	153,2	29	310,8
85 u. mehr	10	222,6	4	182,6	14	209,5
Insgesamt	**509**	**395,3**	**344**	**272,6**	**853**	**334,6**
Altersstand. an Europabev. alt		**379,4**		**261,6**		**319,8**

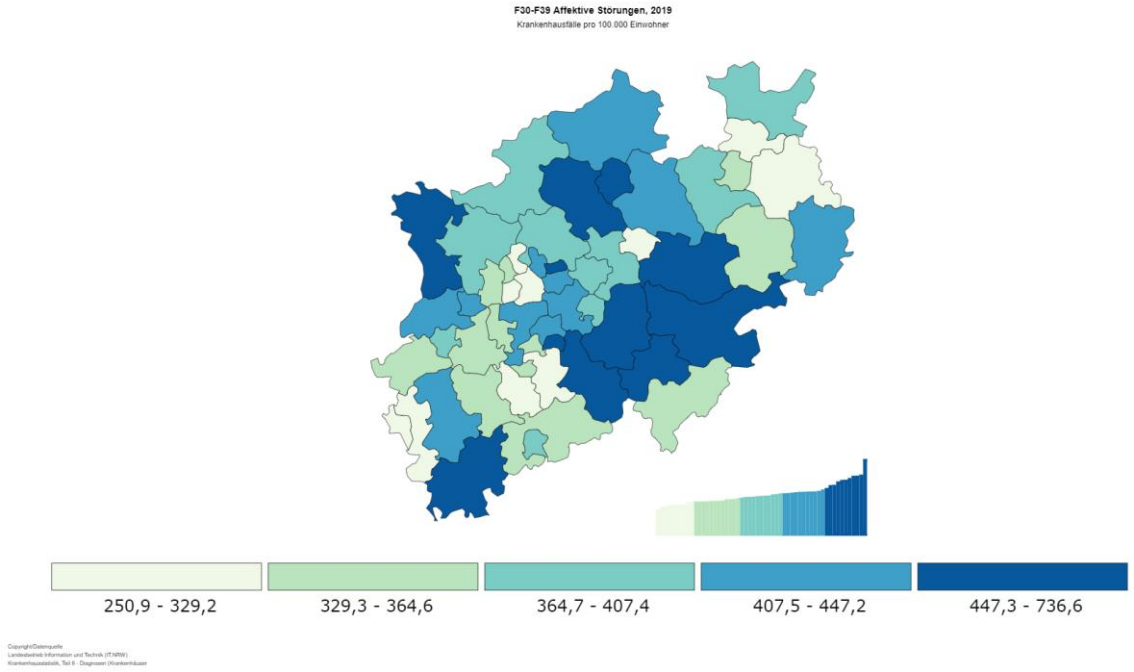
Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



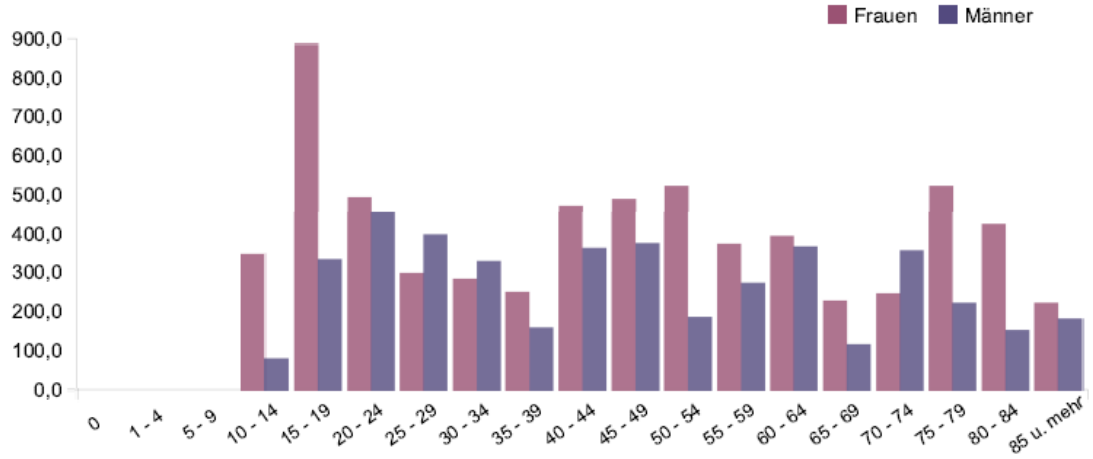
	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	492	316	808	380,7	251,2	316,8
2011	505	322	827	399,2	264,6	333,2
2012	544	358	902	430,7	294,2	363,7
2013	541	339	880	428,8	278,2	354,8
2014	510	322	832	403,6	263,1	334,4
2015	524	310	834	412,3	250,3	332,4
2016	577	349	926	452,1	279,3	366,6
2017	553	372	925	432,8	297,3	365,8
2018	568	369	937	443,2	293,9	369,3
2019	509	344	853	395,3	272,6	334,6

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



F32-F33 Depressionen, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



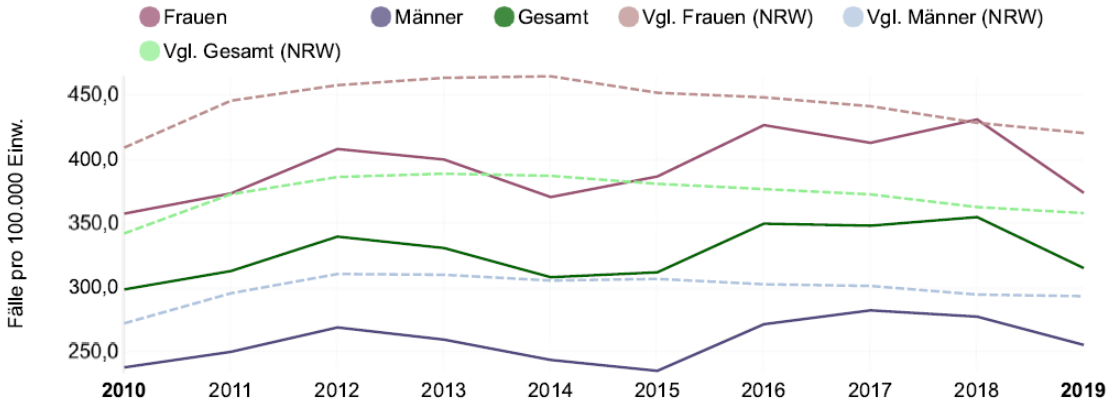
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	20	350,1	5	81,4	25	210,9
15 - 19	56	888,3	24	335,1	80	594,0
20 - 24	31	496,4	33	456,9	64	475,2
25 - 29	20	298,1	30	398,2	50	351,0
30 - 34	21	283,6	25	330,2	46	307,2
35 - 39	19	251,6	12	161,0	31	206,6
40 - 44	35	473,4	26	362,9	61	419,0
45 - 49	43	490,9	31	375,5	74	434,9
50 - 54	59	526,2	21	186,8	80	356,3
55 - 59	42	374,2	31	275,0	73	324,5
60 - 64	37	394,9	34	367,9	71	381,5
65 - 69	18	228,7	9	117,6	27	173,9
70 - 74	14	246,7	19	357,1	33	300,1
75 - 79	32	525,5	11	222,8	43	390,0
80 - 84	23	424,8	6	153,2	29	310,8
85 u. mehr	10	222,6	4	182,6	14	209,5
Insgesamt	**481**	**373,6**	**322**	**255,2**	**803**	**315,0**
Altersstand. an Europabev. alt		**361,1**		**247,5**		**303,6**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

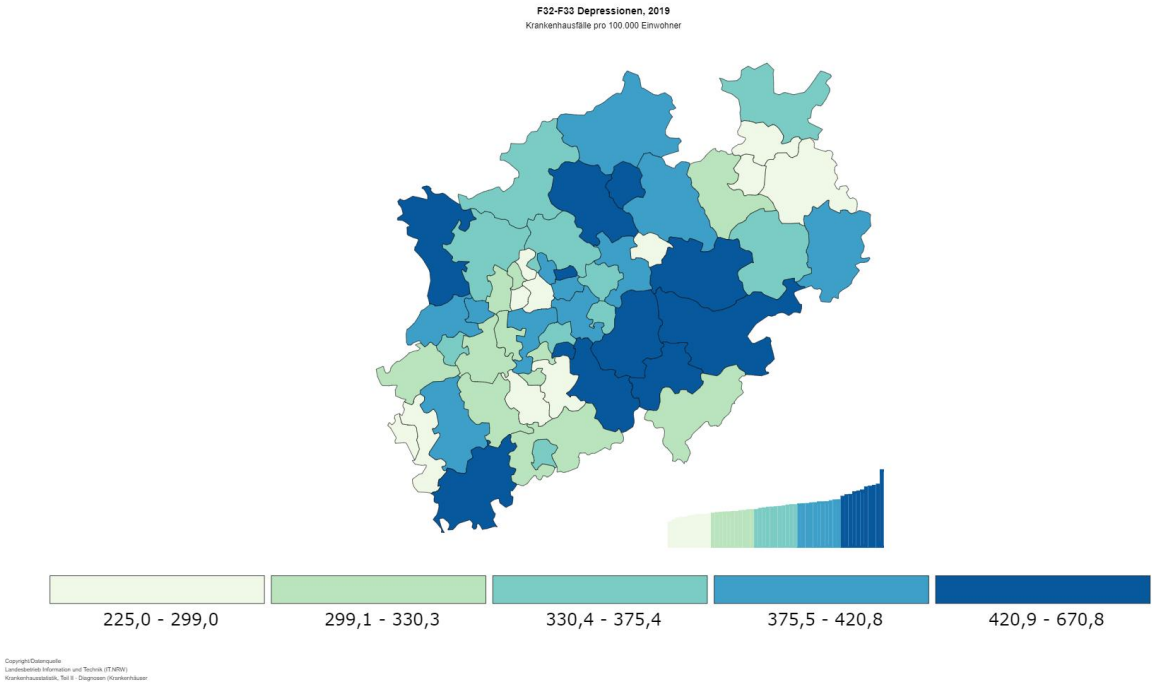
F32-F33 Depressionen, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



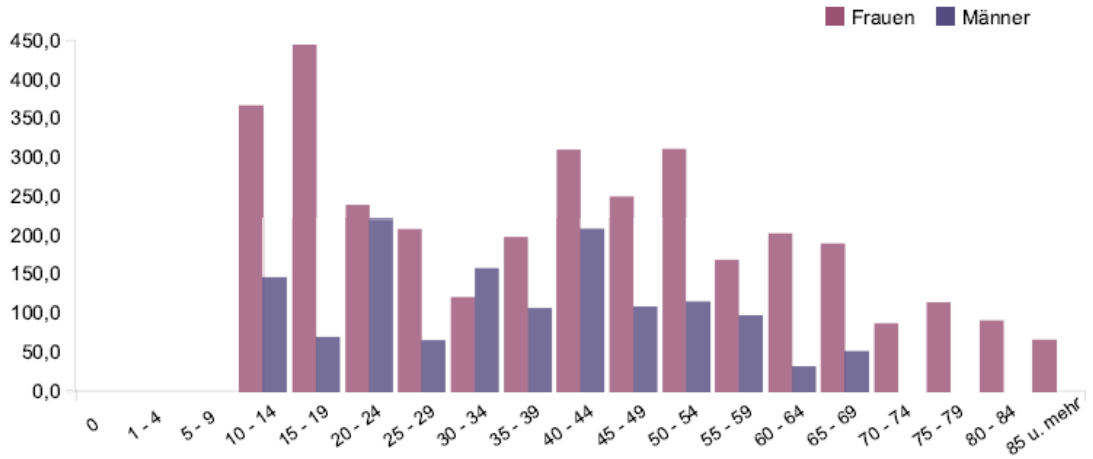
	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	462	299	761	357,4	237,7	298,4
2011	472	304	776	373,1	249,8	312,7
2012	515	327	842	407,7	268,8	339,5
2013	504	316	820	399,5	259,3	330,6
2014	468	298	766	370,3	243,5	307,9
2015	491	291	782	386,3	235,0	311,7
2016	544	339	883	426,3	271,3	349,6
2017	527	353	880	412,5	282,1	348,0
2018	552	348	900	430,7	277,2	354,7
2019	481	322	803	373,6	255,2	315,0

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



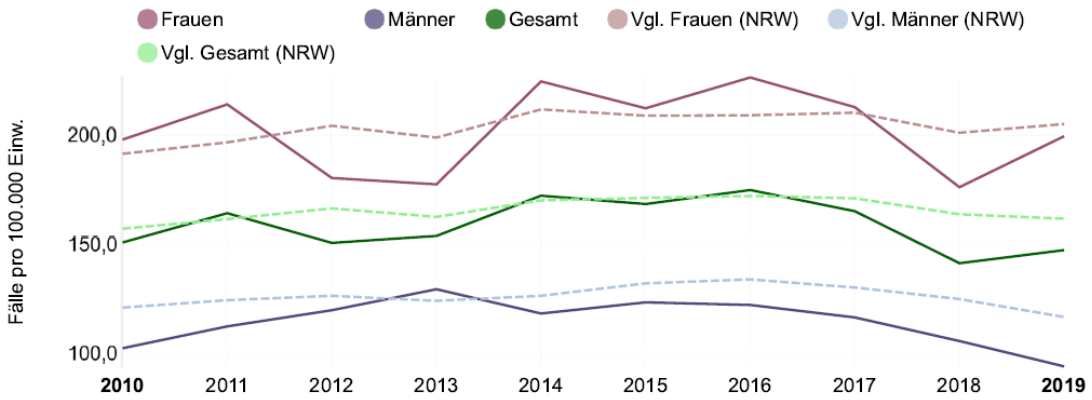
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	21	367,6	9	146,5	30	253,1
15 - 19	28	444,2	5	69,8	33	245,0
20 - 24	15	240,2	16	221,5	31	230,2
25 - 29	14	208,7	5	66,4	19	133,4
30 - 34	9	121,6	12	158,5	21	140,2
35 - 39	15	198,6	8	107,3	23	153,3
40 - 44	23	311,1	15	209,4	38	261,0
45 - 49	22	251,1	9	109,0	31	182,2
50 - 54	35	312,2	13	115,6	48	213,8
55 - 59	19	169,3	11	97,6	30	133,4
60 - 64	19	202,8	3	32,5	22	118,2
65 - 69	15	190,6	4	52,3	19	122,4
70 - 74	5	88,1	-	-	-	-
75 - 79	7	115,0	-	-	-	-
80 - 84	5	92,4	-	-	-	-
85 u. mehr	3	66,8	-	-	-	-
Insgesamt	**257**	**199,6**	**119**	**94,3**	**376**	**147,5**
Altersstand. an Europabev. alt		**208,9**		**99,4**		**153,1**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

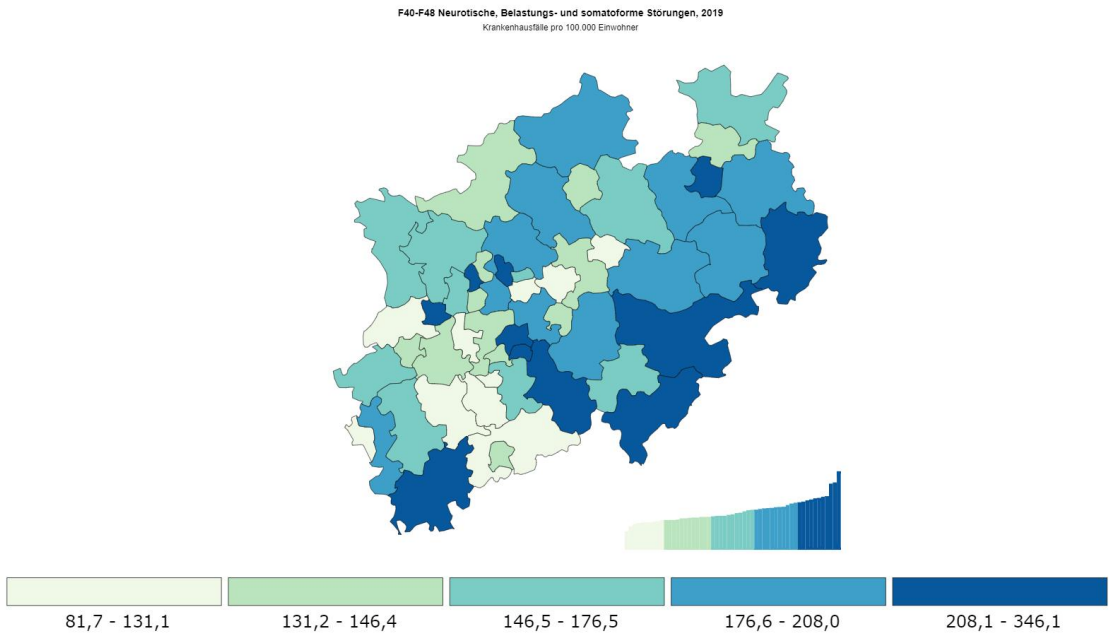
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	256	129	385	198,1	102,6	151,0
2011	271	137	408	214,2	112,6	164,4
2012	228	146	374	180,5	120,0	150,8
2013	224	158	382	177,6	129,6	154,0
2014	284	145	429	224,7	118,5	172,4
2015	270	153	423	212,4	123,6	168,6
2016	289	153	442	226,5	122,4	175,0
2017	272	146	418	212,9	116,7	165,3
2018	226	133	359	176,3	105,9	141,5
2019	257	119	376	199,6	94,3	147,5

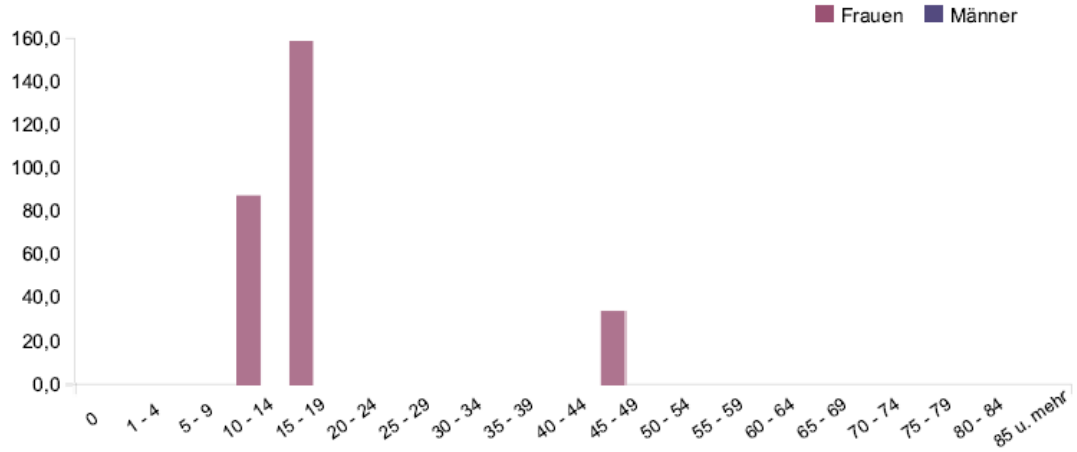
"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



Copyright/Datenquelle
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



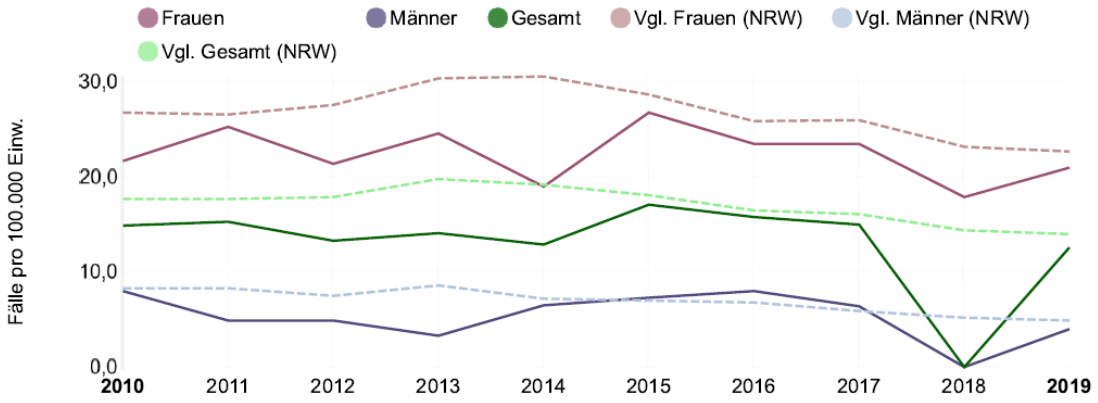
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	5	87,5	-	-	-	-
15 - 19	10	158,6	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	3	34,2	-	-	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-
65 - 69	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	-	-	-	-	-	-
80 - 84	-	-	-	-	-	-
85 u. mehr	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	**27**	**21,0**	**5**	**4,0**	**32**	**12,6**
Altersstand. an Europabev. alt		**27,4**		**5,7**		**16,1**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

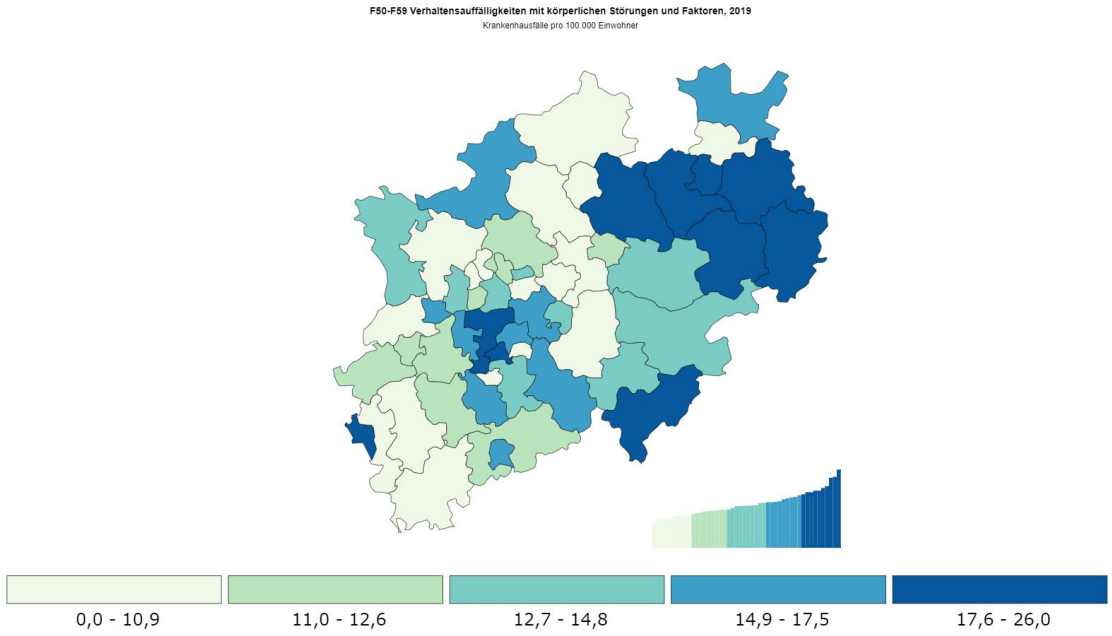
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	28	10	38	21,7	8,0	14,9
2011	32	6	38	25,3	4,9	15,3
2012	27	6	33	21,4	4,9	13,3
2013	31	4	35	24,6	3,3	14,1
2014	24	8	32	19,0	6,5	12,9
2015	34	9	43	26,8	7,3	17,1
2016	30	10	40	23,5	8,0	15,8
2017	30	8	38	23,5	6,4	15,0
2018	23	-	-	17,9	-	-
2019	27	5	32	21,0	4,0	12,6

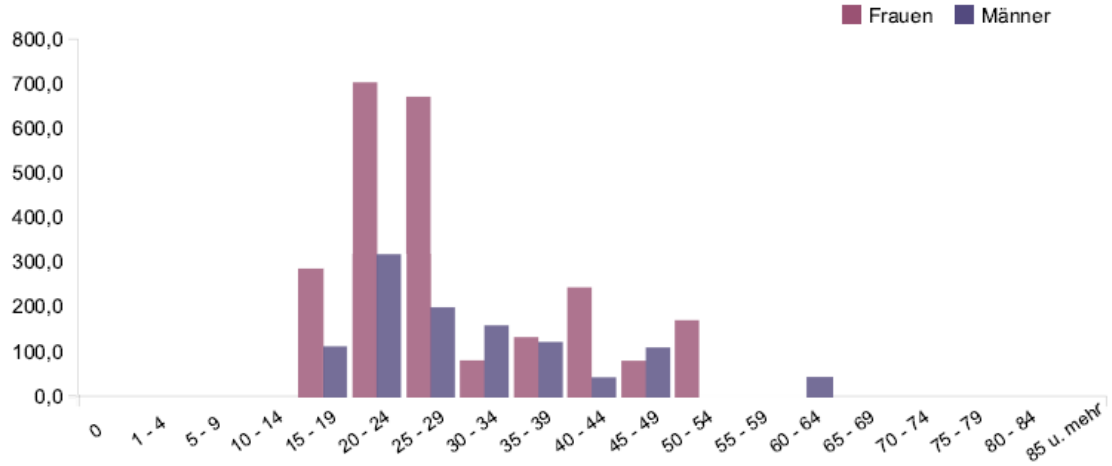
"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



Copyright/Datenquelle
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



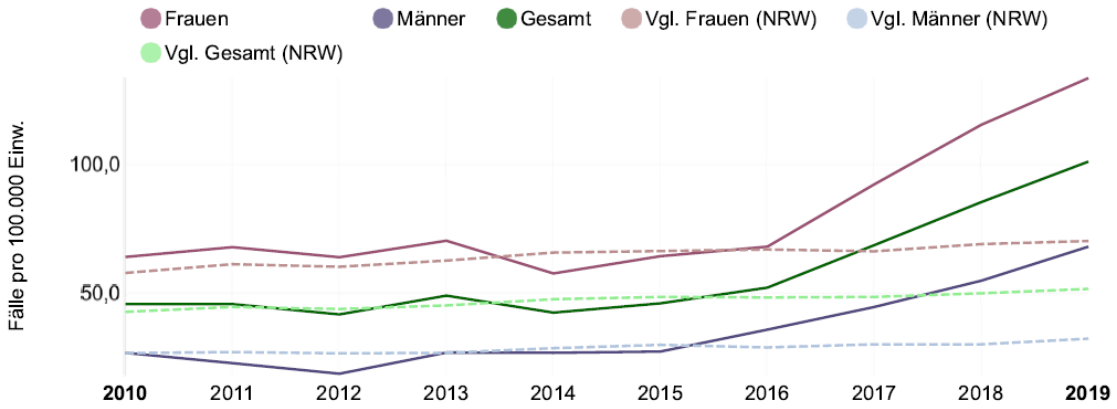
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner	Anzahl	Anzahl je 100.000 Einwohner
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	18	285,5	8	111,7	26	193,1
20 - 24	44	704,6	23	318,5	67	497,5
25 - 29	45	670,7	15	199,1	60	421,3
30 - 34	6	81,0	12	158,5	18	120,2
35 - 39	10	132,4	9	120,7	19	126,6
40 - 44	18	243,4	3	41,9	21	144,2
45 - 49	7	79,9	9	109,0	16	94,0
50 - 54	19	169,5	-	-	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	-	-	4	43,3	-	-
65 - 69	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	-	-	-	-	-	-
80 - 84	-	-	-	-	-	-
85 u. mehr	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	**172**	**133,6**	**86**	**68,2**	**258**	**101,2**
Altersstand. an Europabev. alt		**168,2**		**78,1**		**120,9**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

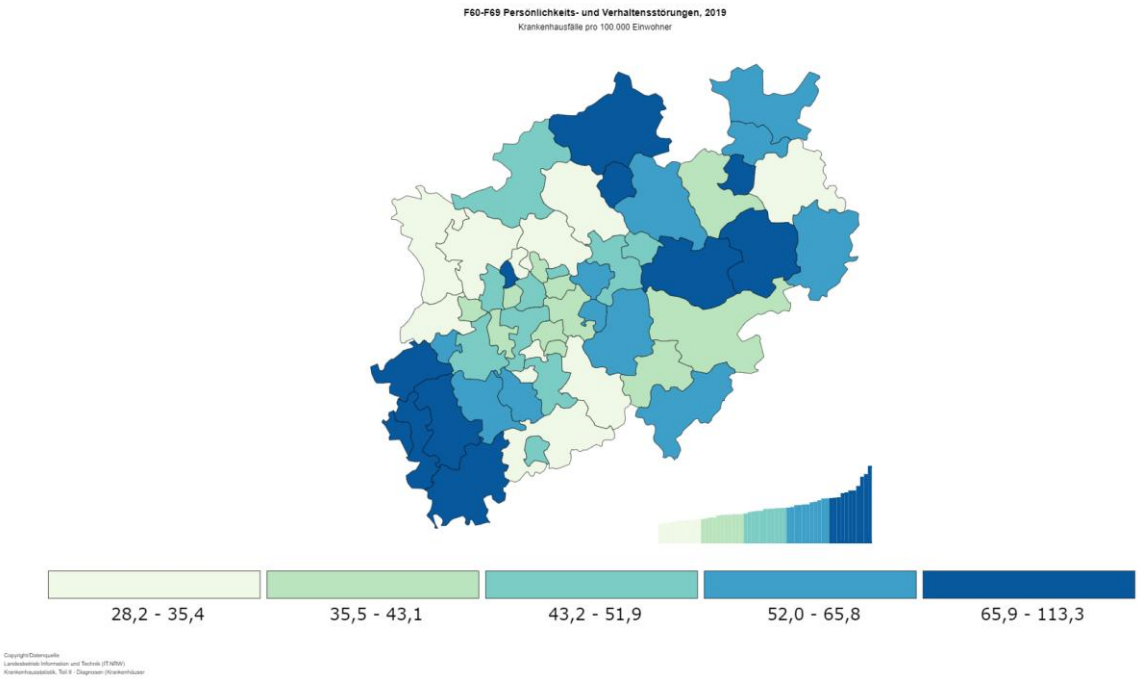
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	83	34	117	64,2	27,0	45,9
2011	86	28	114	68,0	23,0	45,9
2012	81	23	104	64,1	18,9	41,9
2013	89	33	122	70,5	27,1	49,2
2014	73	33	106	57,8	27,0	42,6
2015	82	34	116	64,5	27,5	46,2
2016	87	45	132	68,2	36,0	52,3
2017	118	56	174	92,4	44,8	68,8
2018	148	69	217	115,5	55,0	85,5
2019	172	86	258	133,6	68,2	101,2

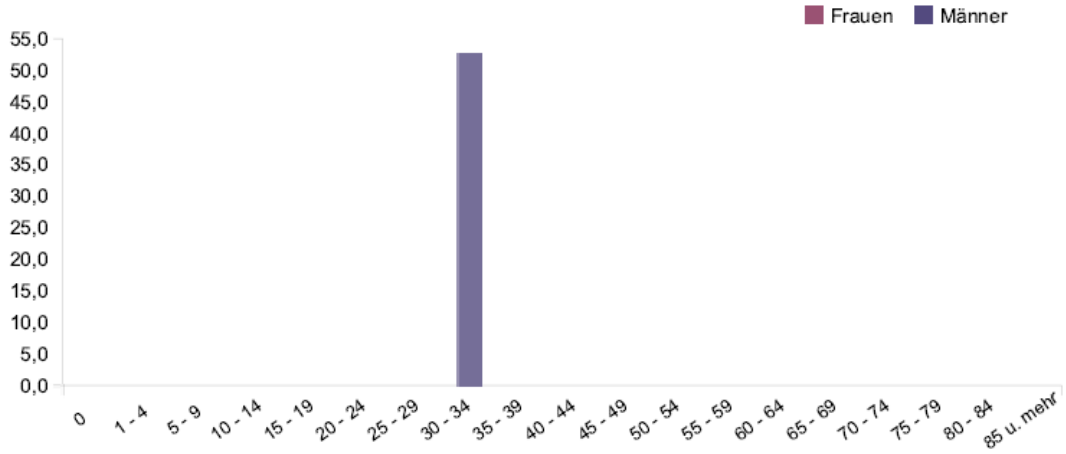
"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



Copyright/Datenquelle:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

F70-F79 Intelligenzstörung, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



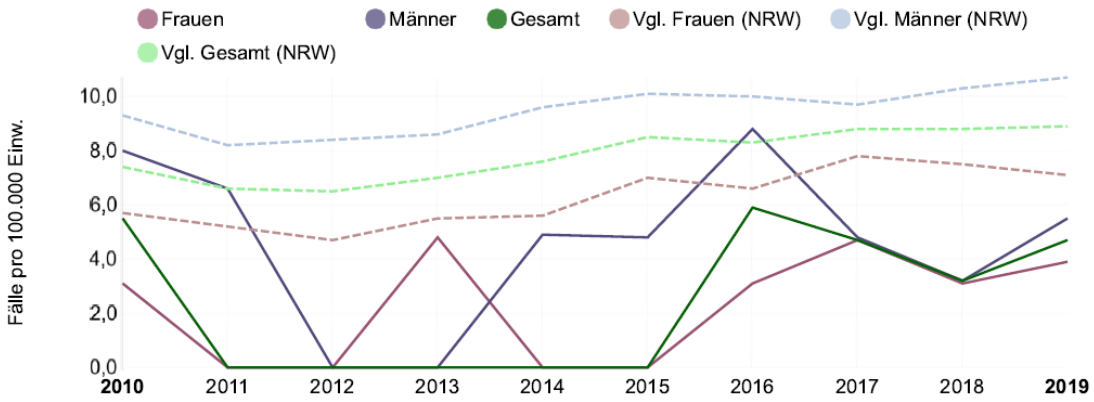
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	4	52,8	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-
65 - 69	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	-	-	-	-	-	-
80 - 84	-	-	-	-	-	-
85 u. mehr	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	**5**	**3,9**	**7**	**5,5**	**12**	**4,7**
Altersstand. an Europabev. alt		**5,4**		**6,5**		**5,9**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

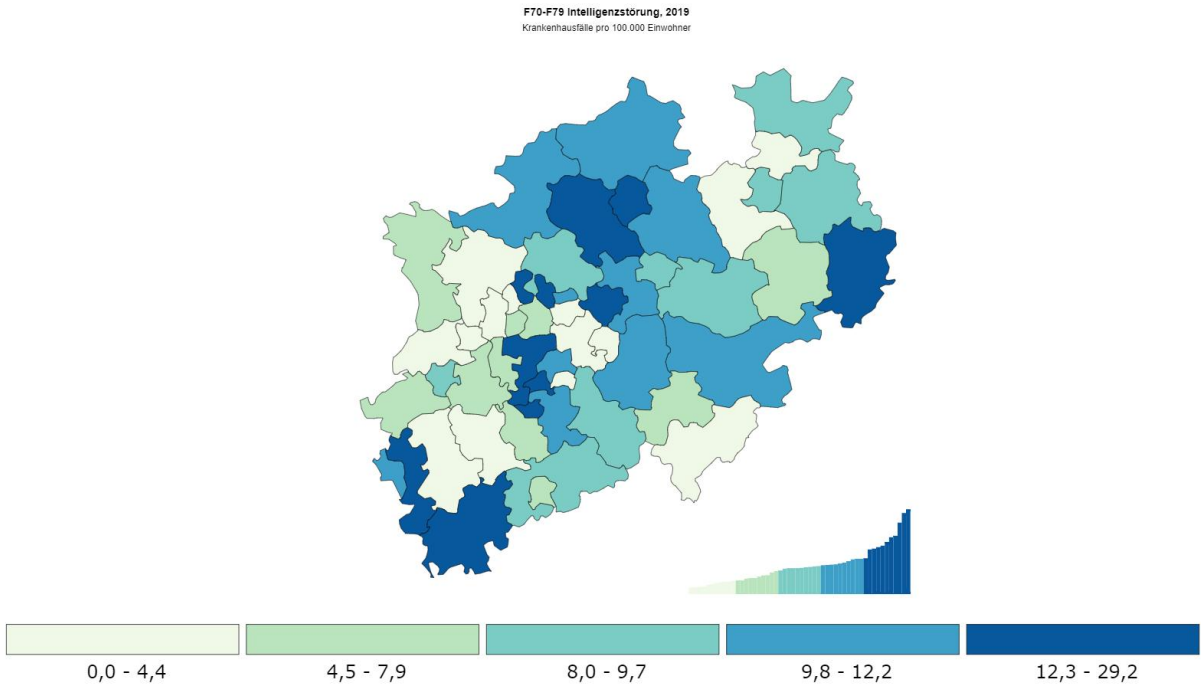
F70-F79 Intelligenzstörung, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	4	10	14	3,1	8,0	5,5
2011	-	8	-	-	6,6	-
2013	6	-	-	4,8	-	-
2014	-	6	-	-	4,9	-
2015	-	6	-	-	4,8	-
2016	4	11	15	3,1	8,8	5,9
2017	6	6	12	4,7	4,8	4,7
2018	4	4	8	3,1	3,2	3,2
2019	5	7	12	3,9	5,5	4,7

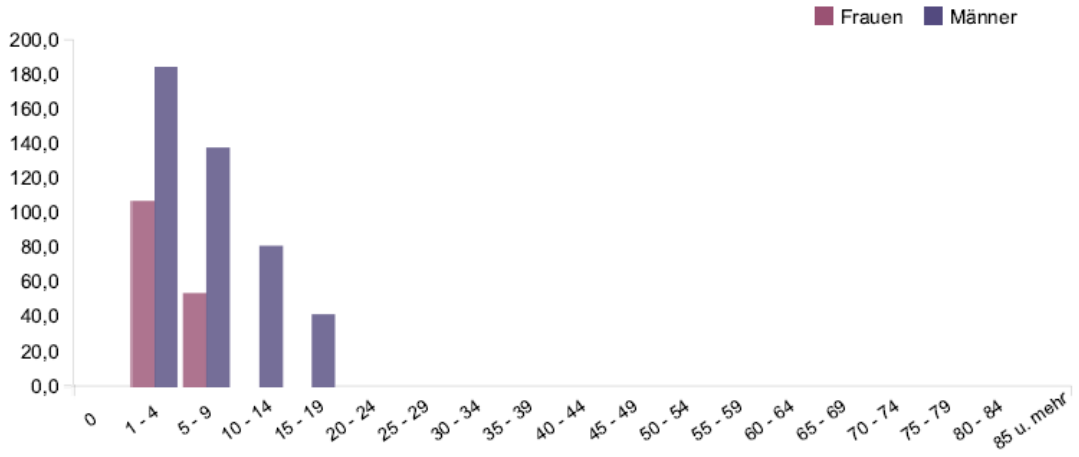
"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



Copyright/Datenquelle
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser

F80-F89 Entwicklungsstörungen, Heinsberg, 2019

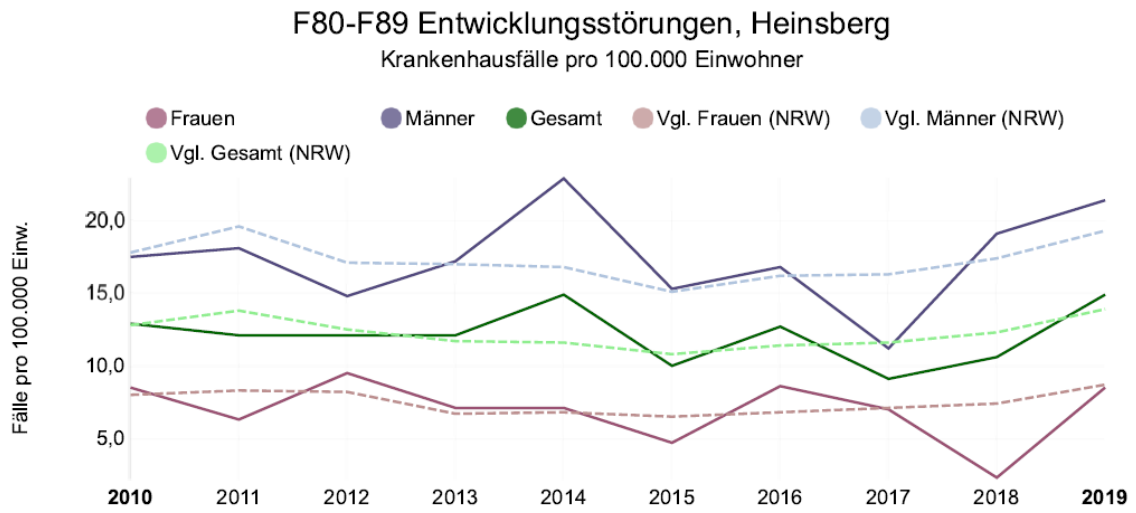
Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	5	106,9	9	184,0	14	146,3
5 - 9	3	54,1	8	138,0	11	97,0
10 - 14	-	-	5	81,4	-	-
15 - 19	-	-	3	41,9	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-
65 - 69	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	-	-	-	-	-	-
80 - 84	-	-	-	-	-	-
85 u. mehr	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	**11**	**8,5**	**27**	**21,4**	**38**	**14,9**
Altersstand. an Europabev. alt		**14,2**		**32,0**		**23,4**

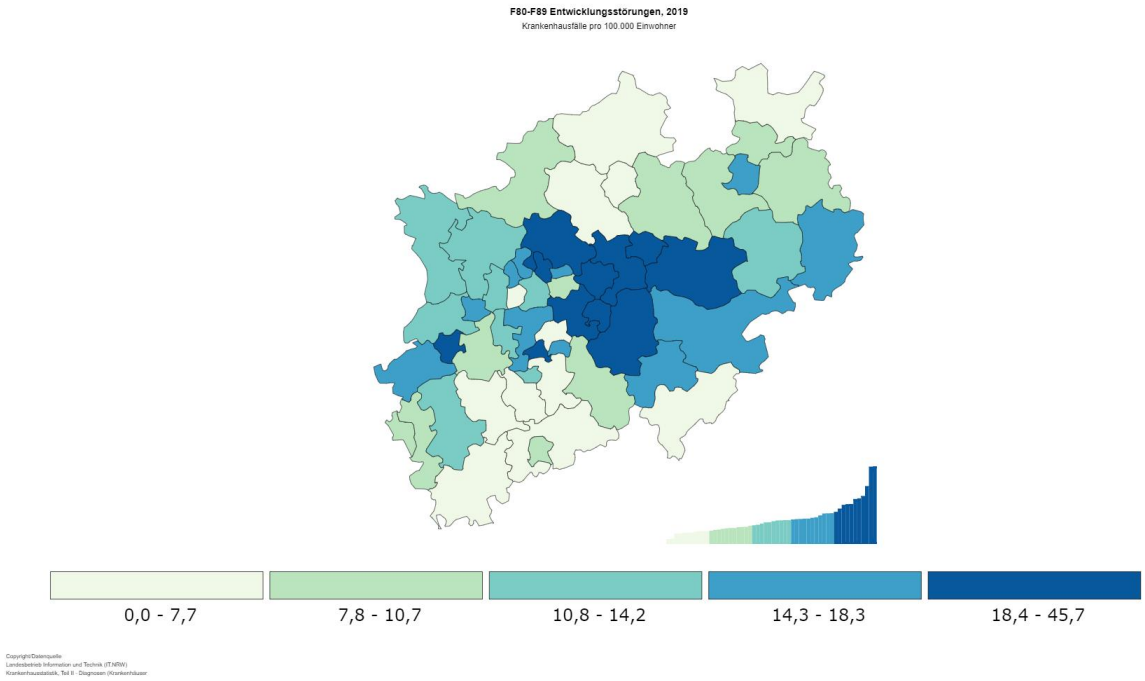
Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



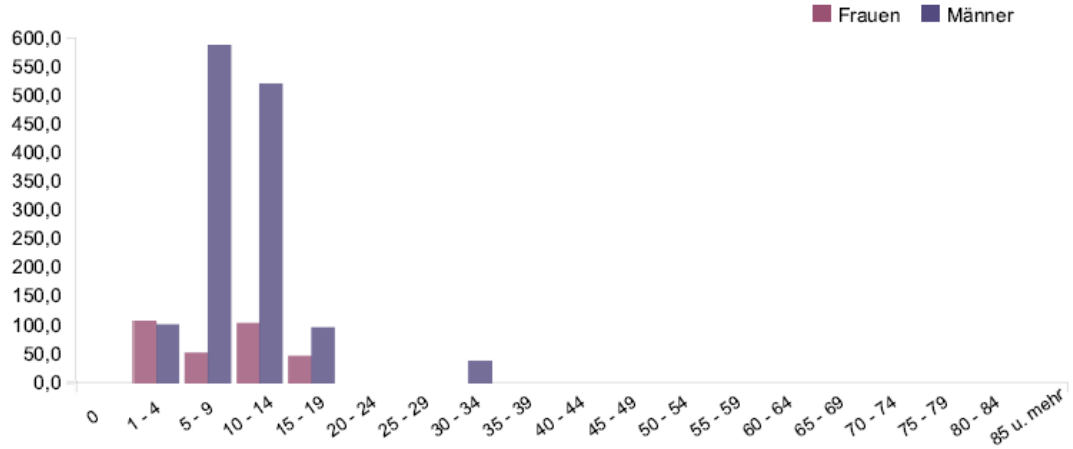
	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	11	22	33	8,5	17,5	12,9
2011	8	22	30	6,3	18,1	12,1
2012	12	18	30	9,5	14,8	12,1
2013	9	21	30	7,1	17,2	12,1
2014	9	28	37	7,1	22,9	14,9
2015	6	19	25	4,7	15,3	10,0
2016	11	21	32	8,6	16,8	12,7
2017	9	14	23	7,0	11,2	9,1
2018	3	24	27	2,3	19,1	10,6
2019	11	27	38	8,5	21,4	14,9

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



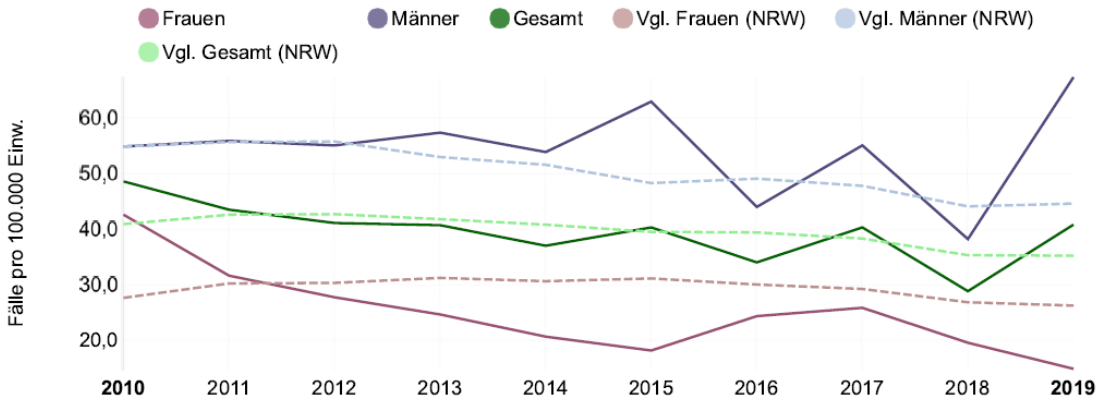
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	5	106,9	5	102,2	10	104,5
5 - 9	3	54,1	34	586,3	37	326,1
10 - 14	6	105,0	32	521,0	38	320,6
15 - 19	3	47,6	7	97,7	10	74,3
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	3	39,6	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-
65 - 69	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	-	-	-	-	-	-
80 - 84	-	-	-	-	-	-
85 u. mehr	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	**19**	**14,8**	**85**	**67,4**	**104**	**40,8**
Altersstand. an Europabev. alt		**23,7**		**97,8**		**61,9**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

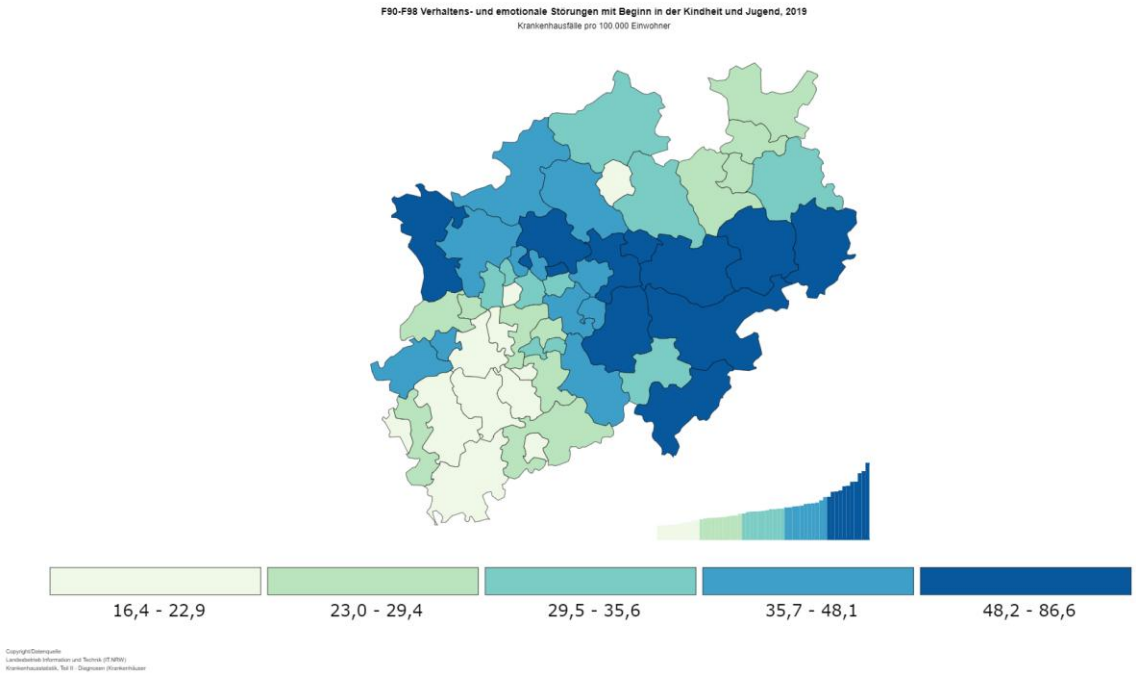
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
2010	55	69	124	42,6	54,9	48,6
2011	40	68	108	31,6	55,9	43,5
2012	35	67	102	27,7	55,1	41,1
2013	31	70	101	24,6	57,4	40,7
2014	26	66	92	20,6	53,9	37,0
2015	23	78	101	18,1	63,0	40,3
2016	31	55	86	24,3	44,0	34,0
2017	33	69	102	25,8	55,1	40,3
2018	25	48	73	19,5	38,2	28,8
2019	19	85	104	14,8	67,4	40,8

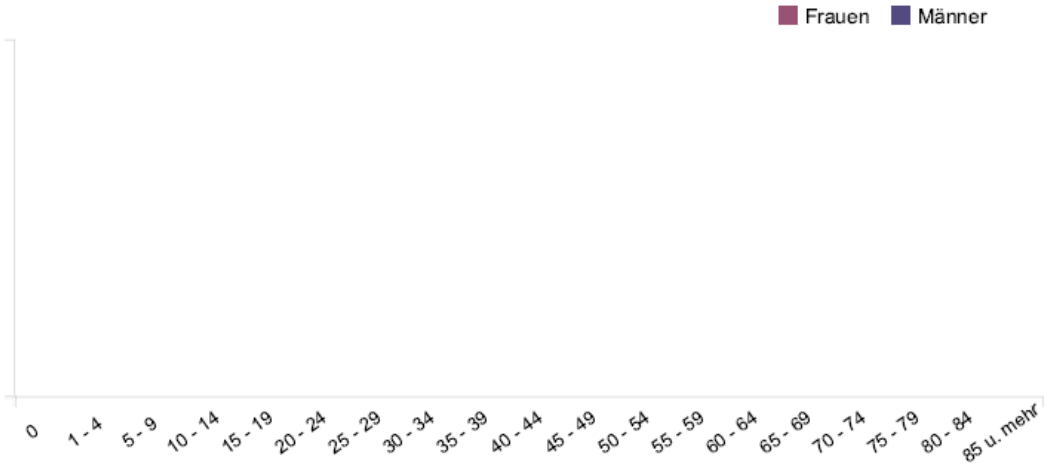
"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



Copyright/Datenquelle
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser

F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen, Heinsberg, 2019

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



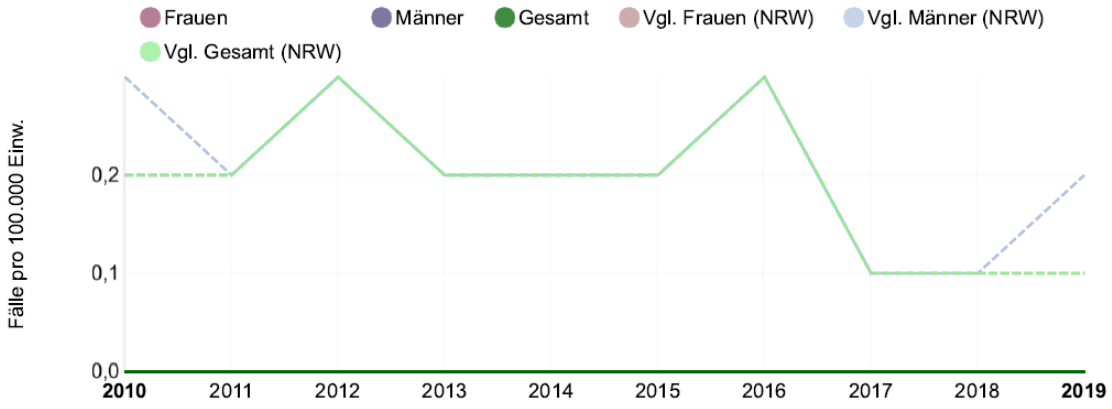
	Frauen		Männer		Insgesamt	
Alter	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**	**Anzahl**	**Anzahl je 100.000 Einwohner**
0	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-
45 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-
65 - 69	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-
75 - 79	-	-	-	-	-	-
80 - 84	-	-	-	-	-	-
85 u. mehr	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Altersstand. an Europabev. alt		**-**		**-**		**-**

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten

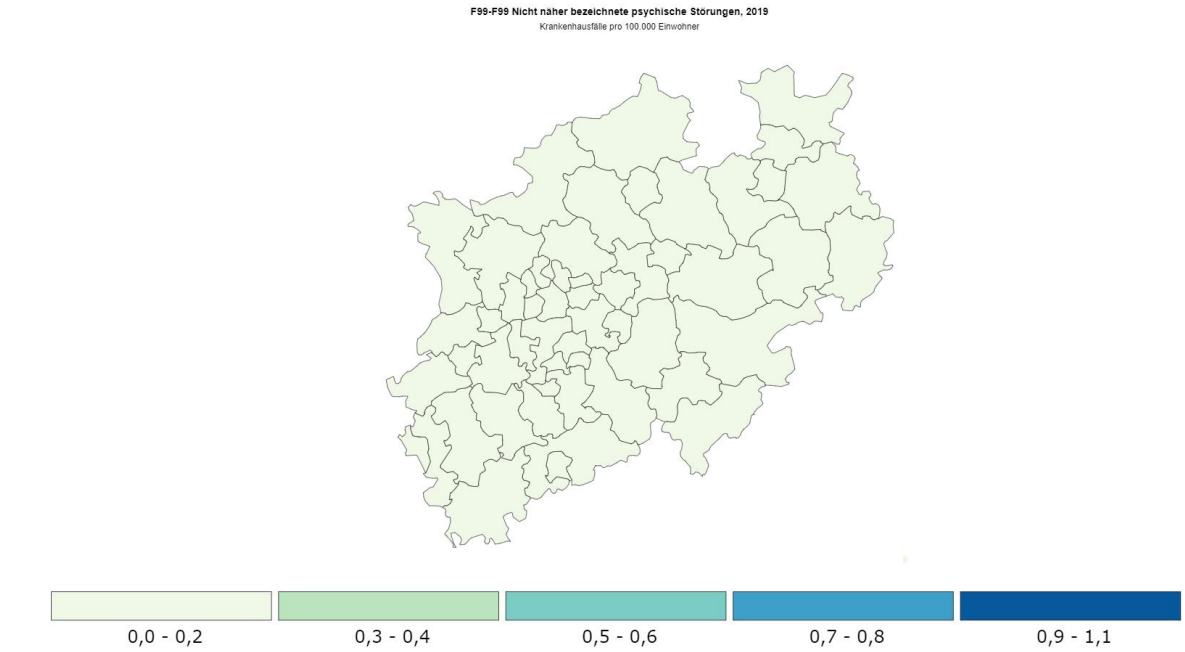
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen, Heinsberg

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner



	Anzahl			Fälle pro 100.000 Einwohner		
Jahr	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt

"-" weniger als 3 Fälle bzw. Randsumme geheimzuhalten



Copyright/Datenquelle:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Kreisebene und Gemeindeebene

Auszug aus der Selbstverpflichtungserklärung zur Nutzung von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein:

„§1 Beschreibung der überlassenen Daten

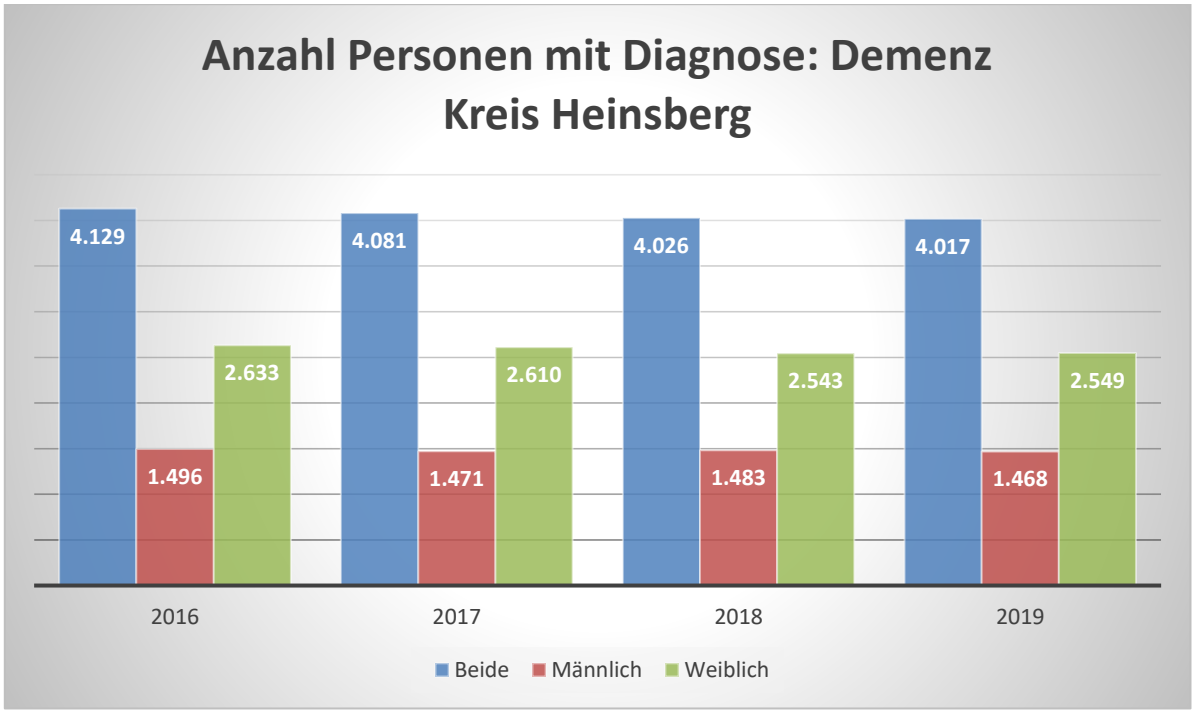
Der Datenhalter überlässt dem Datennutzer unentgeltlich aggregierte Morbiditätsdaten der nordrheinischen vertragsärztlich versorgten Patienten zum Zweck der kommunalen Gesundheitsberichterstattung.

Der Datensatz enthält die Felder Jahr, Geschlecht, Altersklasse, Anzahl Personen mit Diagnose, Anzahl Personen mit Arztkontakt, rohe Prävalenz, standardisierte Prävalenz (Zensus 2011), standardisierte Prävalenz (Europa alt) sowie Regionalmerkmale auf Gemeinde, Kreis- und Nordrhein-Ebene. Der Datensatz wurde für die Diagnosegruppen Diabetes, Demenz, Depression, Hypertonie, Ischämische Herzkrankheiten, COPD und Rückenschmerzen erstellt. Tabellenzellen mit einer Fallzahl bis 5 wurden aus Datenschutzgründen mit der Bezeichnung „NA“ gefüllt.“

Für den vorliegenden Psychiatrie- und Suchtplan werden die Daten der Behandlungsdiagnosen Demenz und Depression genutzt. Es werden die absolute Anzahl der Personen mit der jeweiligen Diagnose auf Kreis- und auf Gemeindeebene dargestellt. Bei der Diagnose Depression wurde auf Gemeindeebene keine geschlechtsspezifische Differenzierung vorgenommen.

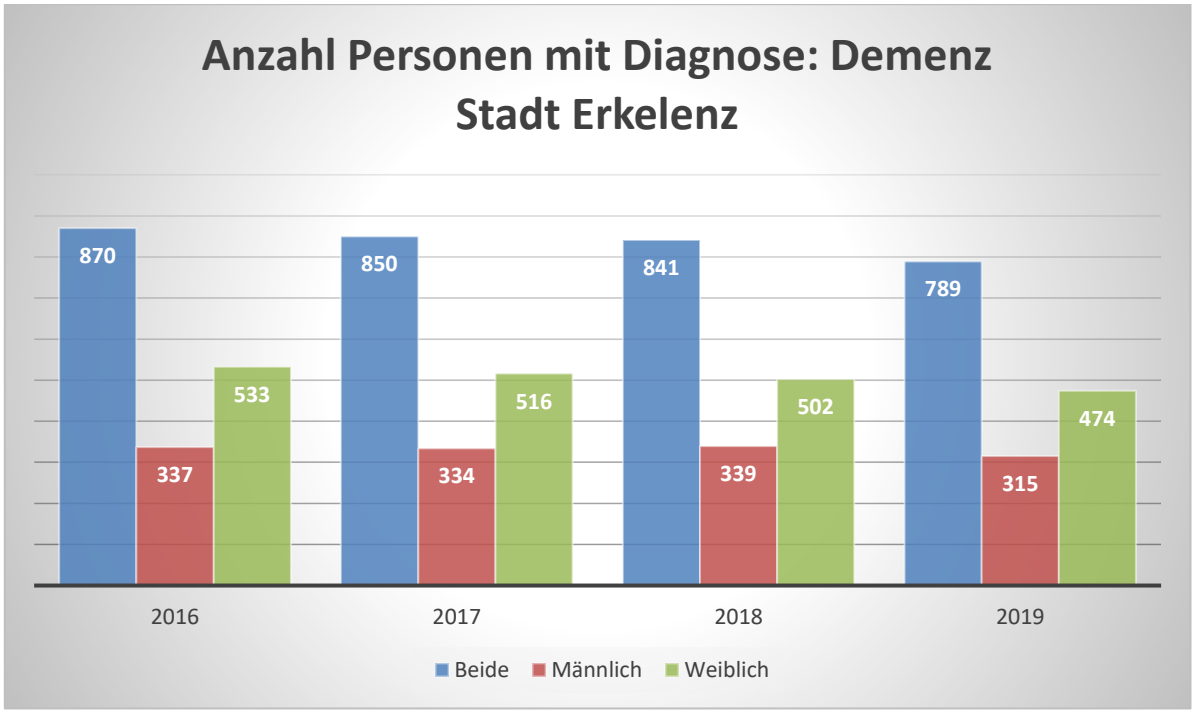
Ein Vergleich zwischen der Kreisebene und den einzelnen Kommunen wird unter Nutzung der rohen Prävalenzrate je 100.000 Einwohner*innen vorgenommen.

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Kreis Heinsberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	4.129	1.869
	Männlich	1.496	1.457
	Weiblich	2.633	2.226
2017	Beide	4.081	1.839
	Männlich	1.471	1.425
	Weiblich	2.610	2.198
2018	Beide	4.026	1.812
	Männlich	1.483	1.434
	Weiblich	2.543	2.141
2019	Beide	4.017	1.803
	Männlich	1.468	1.416
	Weiblich	2.549	2.139



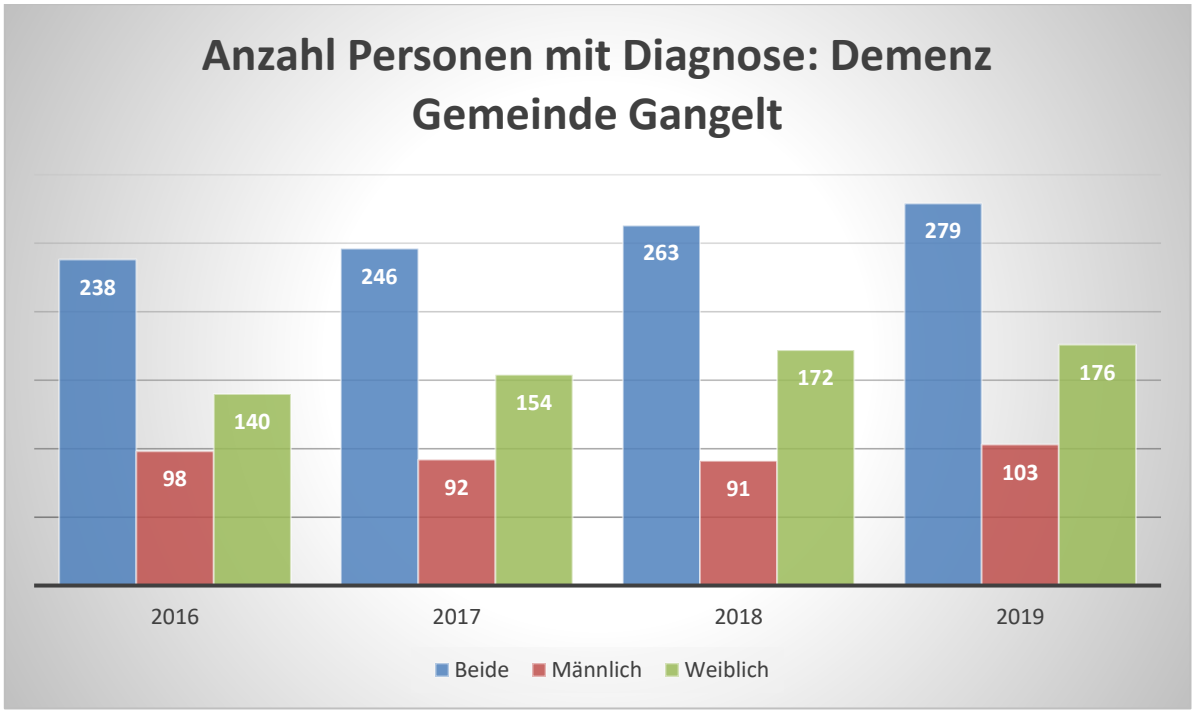
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Stadt Erkelenz			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	870	2.261
	Männlich	337	1.911
	Weiblich	533	2.557
2017	Beide	850	2212
	Männlich	334	1896
	Weiblich	516	2481
2018	Beide	841	2186
	Männlich	339	1919
	Weiblich	502	2414
2019	Beide	789	2068
	Männlich	315	1794
	Weiblich	474	2302



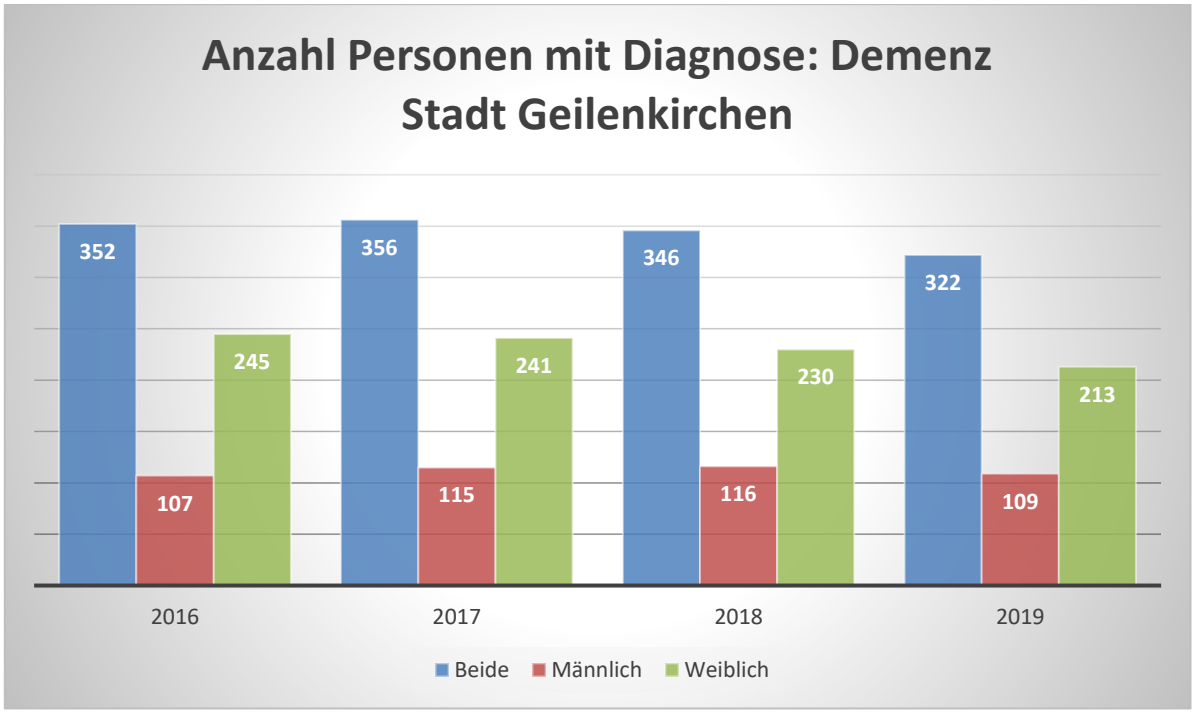
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Gemeinde Gangelt			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	238	2308
	Männlich	98	2038
	Weiblich	140	2543
2017	Beide	246	2345
	Männlich	92	1886
	Weiblich	154	2745
2018	Beide	263	2492
	Männlich	91	1861
	Weiblich	172	3037
2019	Beide	279	2614
	Männlich	103	2079
	Weiblich	176	3076



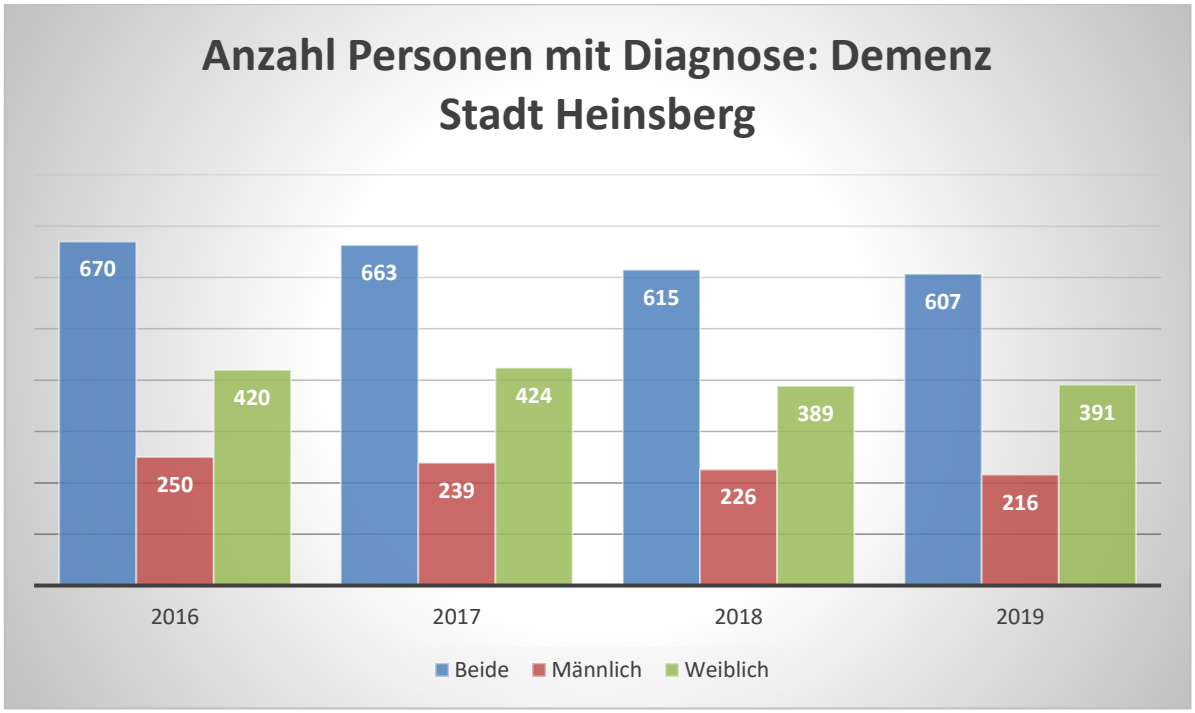
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Stadt Geilenkirchen			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	352	1512
	Männlich	107	991
	Weiblich	245	1962
2017	Beide	356	1522
	Männlich	115	1066
	Weiblich	241	1913
2018	Beide	346	1486
	Männlich	116	1079
	Weiblich	230	1835
2019	Beide	322	1367
	Männlich	109	994
	Weiblich	213	1691



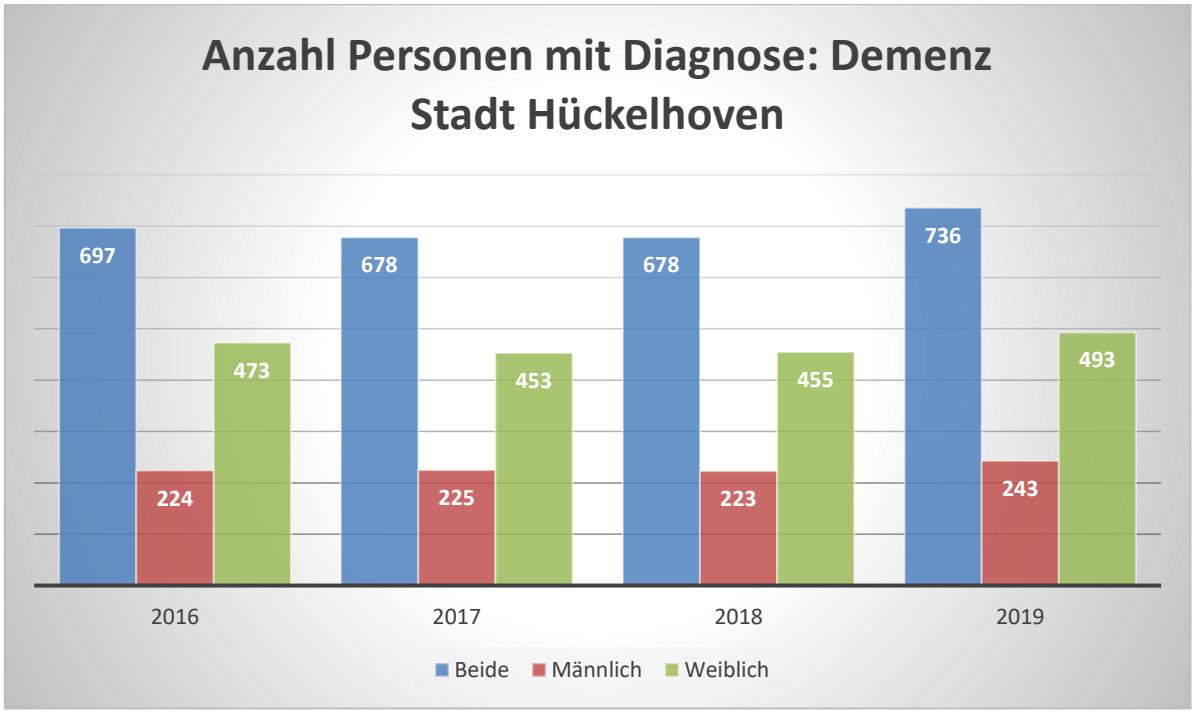
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Stadt Heinsberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	670	1837
	Männlich	250	1487
	Weiblich	420	2136
2017	Beide	663	1802
	Männlich	239	1405
	Weiblich	424	2143
2018	Beide	615	1677
	Männlich	226	1329
	Weiblich	389	1977
2019	Beide	607	1652
	Männlich	216	1269
	Weiblich	391	1983



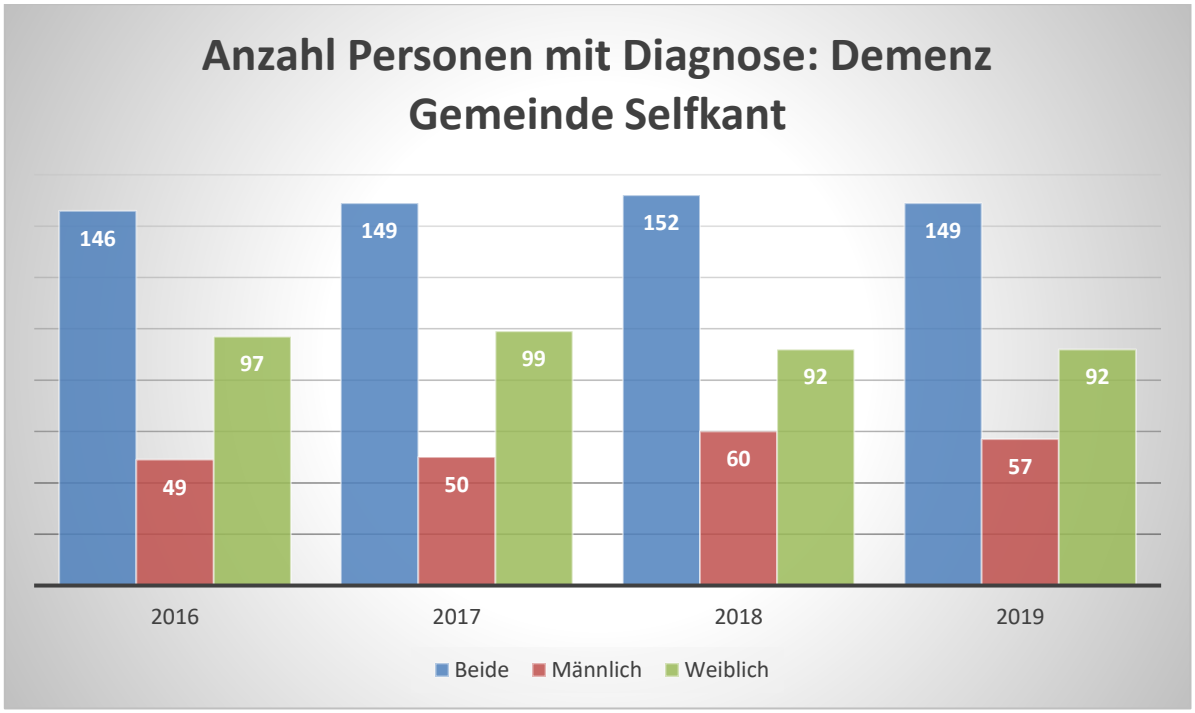
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Stadt Hückelhoven			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	697	1965
	Männlich	224	1353
	Weiblich	473	2502
2017	Beide	678	1906
	Männlich	225	1351
	Weiblich	453	2394
2018	Beide	678	1896
	Männlich	223	1331
	Weiblich	455	2393
2019	Beide	736	2036
	Männlich	243	1436
	Weiblich	493	2565



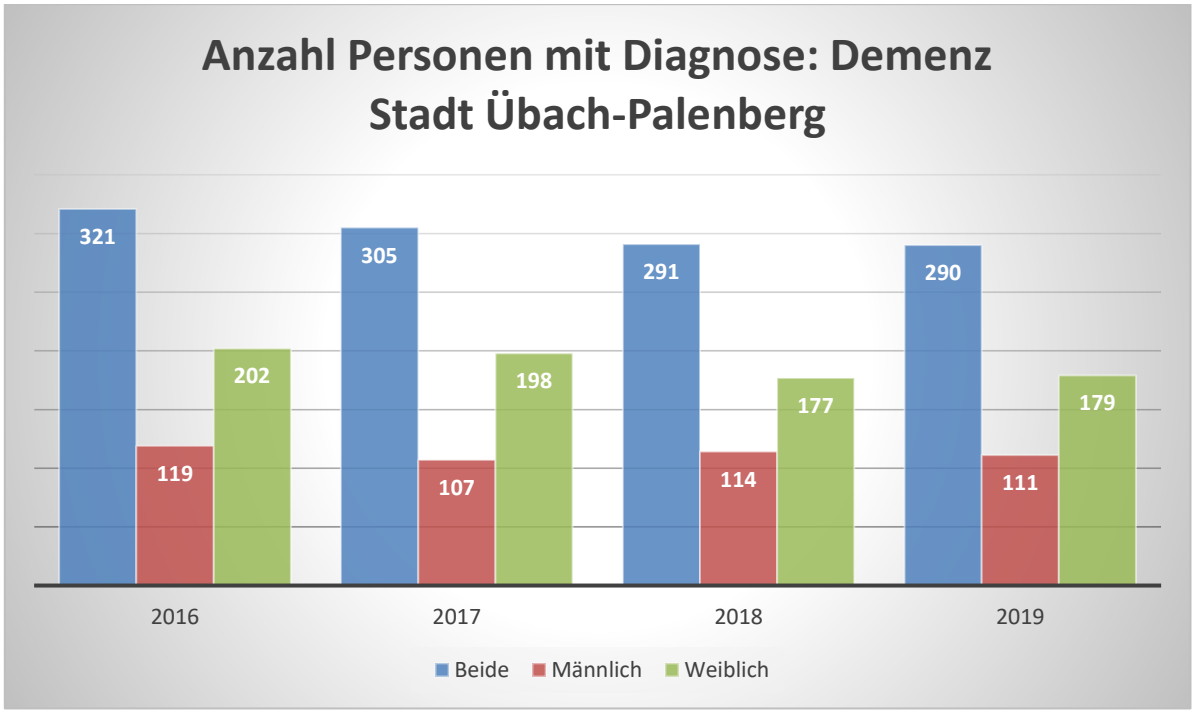
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Gemeinde Selfkant			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	146	1859
	Männlich	49	1321
	Weiblich	97	2340
2017	Beide	149	1904
	Männlich	50	1346
	Weiblich	99	2409
2018	Beide	152	1976
	Männlich	60	1653
	Weiblich	92	2264
2019	Beide	149	1916
	Männlich	57	1560
	Weiblich	92	2232



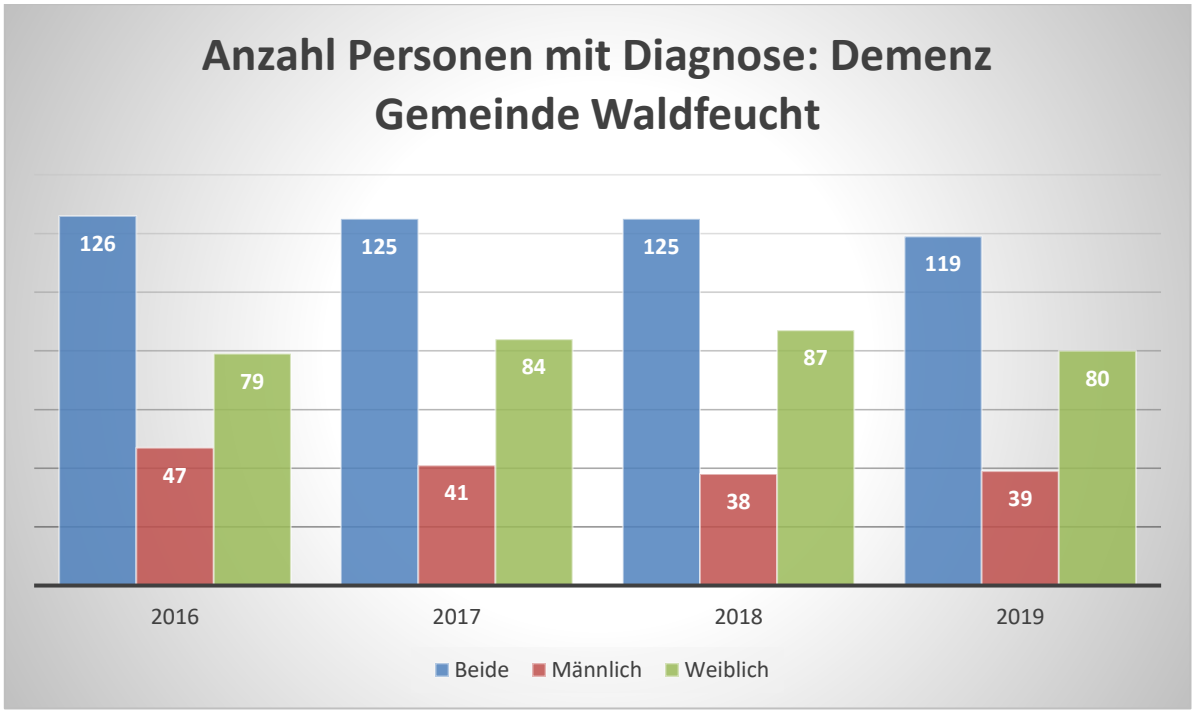
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Stadt Übach-Palenberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	321	1484
	Männlich	119	1150
	Weiblich	202	1791
2017	Beide	305	1406
	Männlich	107	1028
	Weiblich	198	1755
2018	Beide	291	1349
	Männlich	114	1103
	Weiblich	177	1576
2019	Beide	290	1336
	Männlich	111	1067
	Weiblich	179	1583



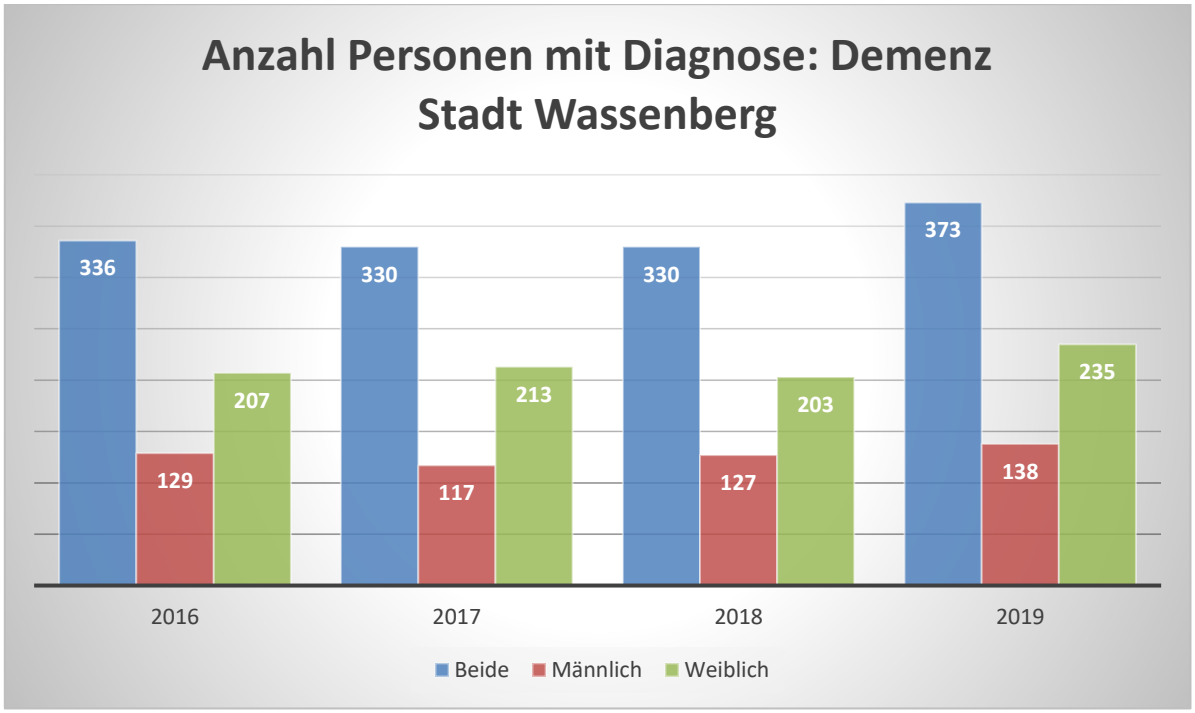
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Gemeinde Waldfeucht			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	126	1691
	Männlich	47	1327
	Weiblich	79	2020
2017	Beide	125	1705
	Männlich	41	1189
	Weiblich	84	2164
2018	Beide	125	1708
	Männlich	38	1110
	Weiblich	87	2234
2019	Beide	119	1604
	Männlich	39	1119
	Weiblich	80	2034



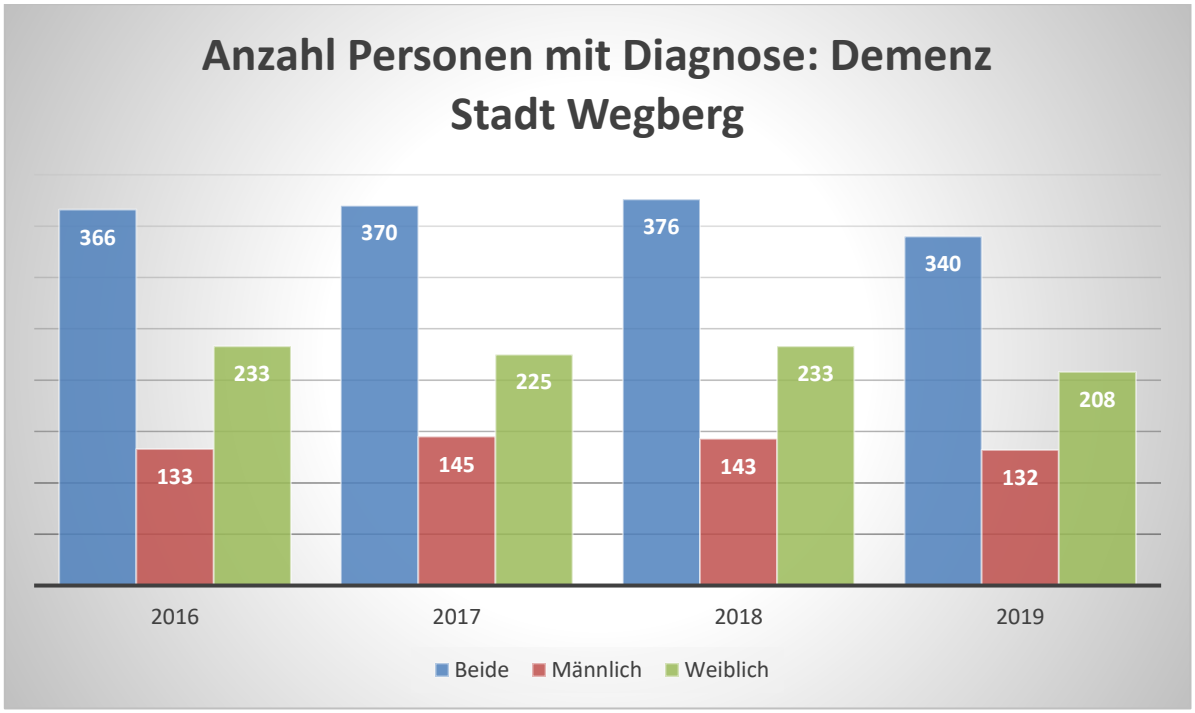
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Stadt Wassenberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	336	2136
	Männlich	129	1773
	Weiblich	207	2448
2017	Beide	330	2088
	Männlich	117	1611
	Weiblich	213	2493
2018	Beide	330	2067
	Männlich	127	1730
	Weiblich	203	2353
2019	Beide	373	2298
	Männlich	138	1846
	Weiblich	235	2682

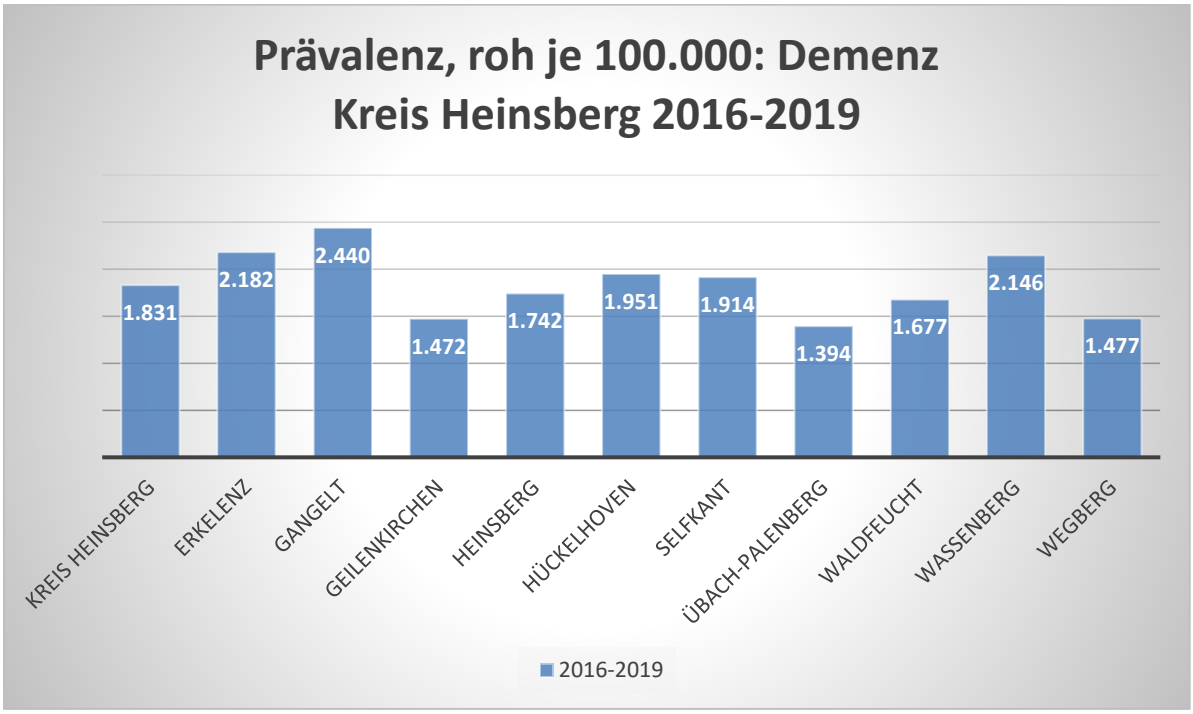


Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

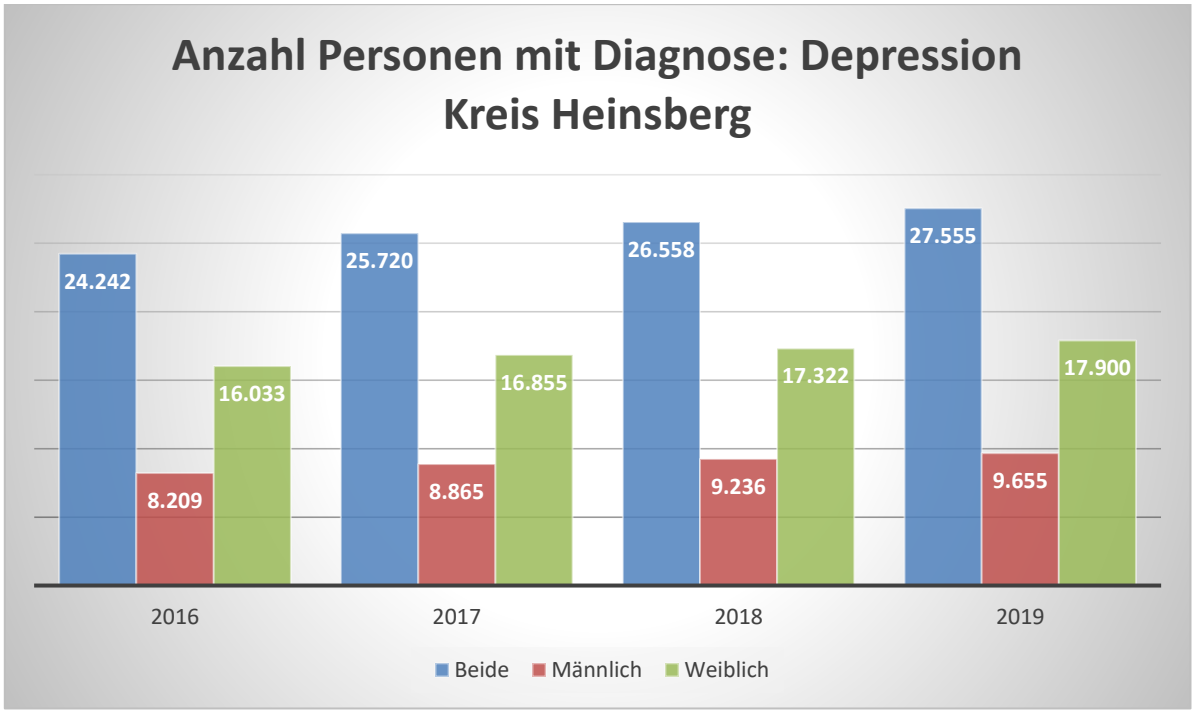
Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Demenz Stadt Wegberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	366	1508
	Männlich	133	1190
	Weiblich	233	1780
2017	Beide	370	1501
	Männlich	145	1265
	Weiblich	225	1706
2018	Beide	376	1510
	Männlich	143	1229
	Weiblich	233	1756
2019	Beide	340	1394
	Männlich	132	1177
	Weiblich	208	1579



Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein


Prävalenz, roh je 100.000: Demenz
Kreis Heinsberg 2016-2019
1.831
2.182
2.440
1.472
1.742
1.951
1.914
1.394
1.677
2.146
1.477
KREIS HEINSBERG
ERKELENZ
GANGELT
GEILENKIRCHEN
HEINSBERG
HÜCKELHOVEN
SELFKANT
ÜBACH-PALENBERG
WALDFEUCHT
WASSENBERG
WEGBERG
2016-2019

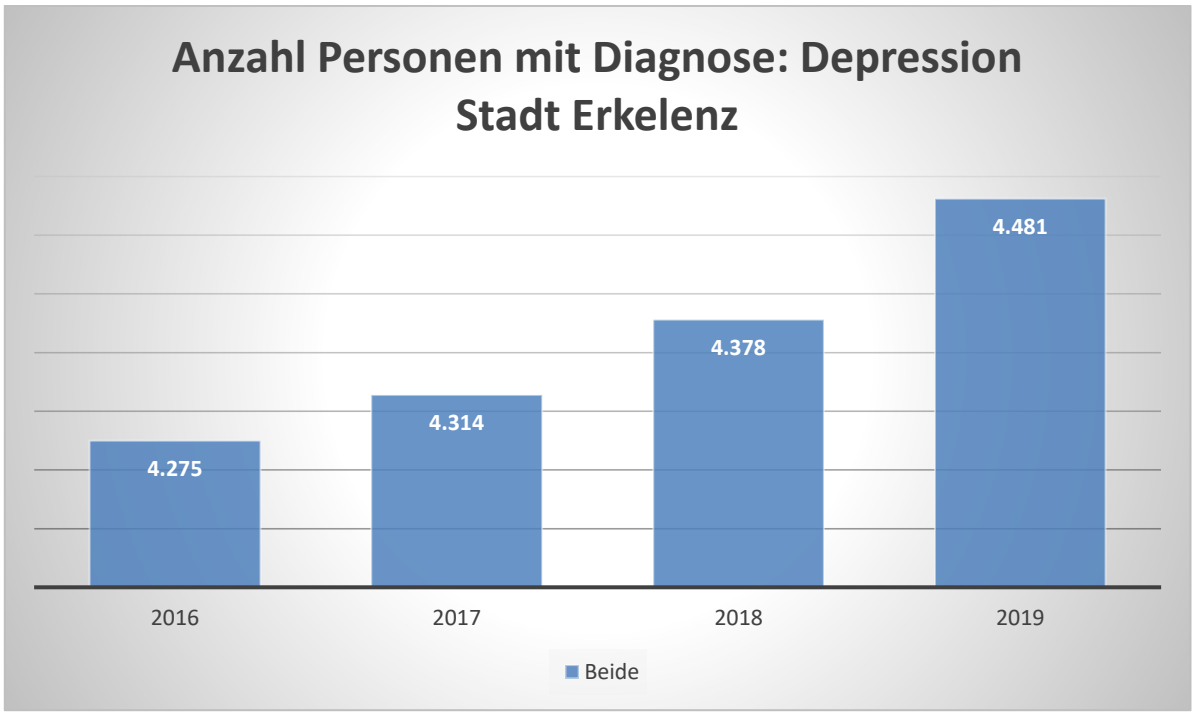
Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Kreis Heinsberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	24.242	10.972
	Männlich	8.209	7.997
	Weiblich	16.033	13.554
2017	Beide	25.720	11.587
	Männlich	8.865	8.586
	Weiblich	16.855	14.196
2018	Beide	26.558	11.953
	Männlich	9.236	8.930
	Weiblich	17.322	14.585
2019	Beide	27.555	12.368
	Männlich	9.655	9.315
	Weiblich	17.900	15.024



Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

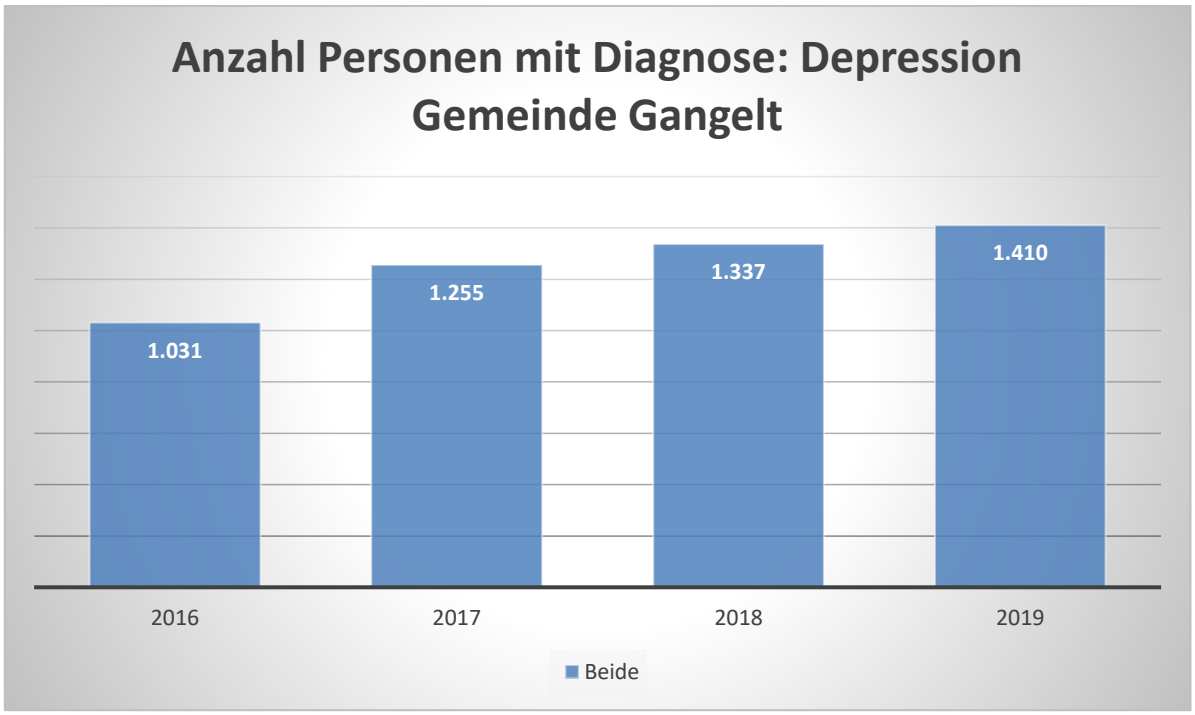
Anmerkung: Für die folgenden Daten auf Gemeindeebene lag in dem uns zur Verfügung gestellten Datensatz keine geschlechtsspezifische Differenzierung vor.

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Stadt Erkelenz			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	4.275	11.110
2017	Beide	4.314	11.229
2018	Beide	4.378	11.382
2019	Beide	4.481	11.746



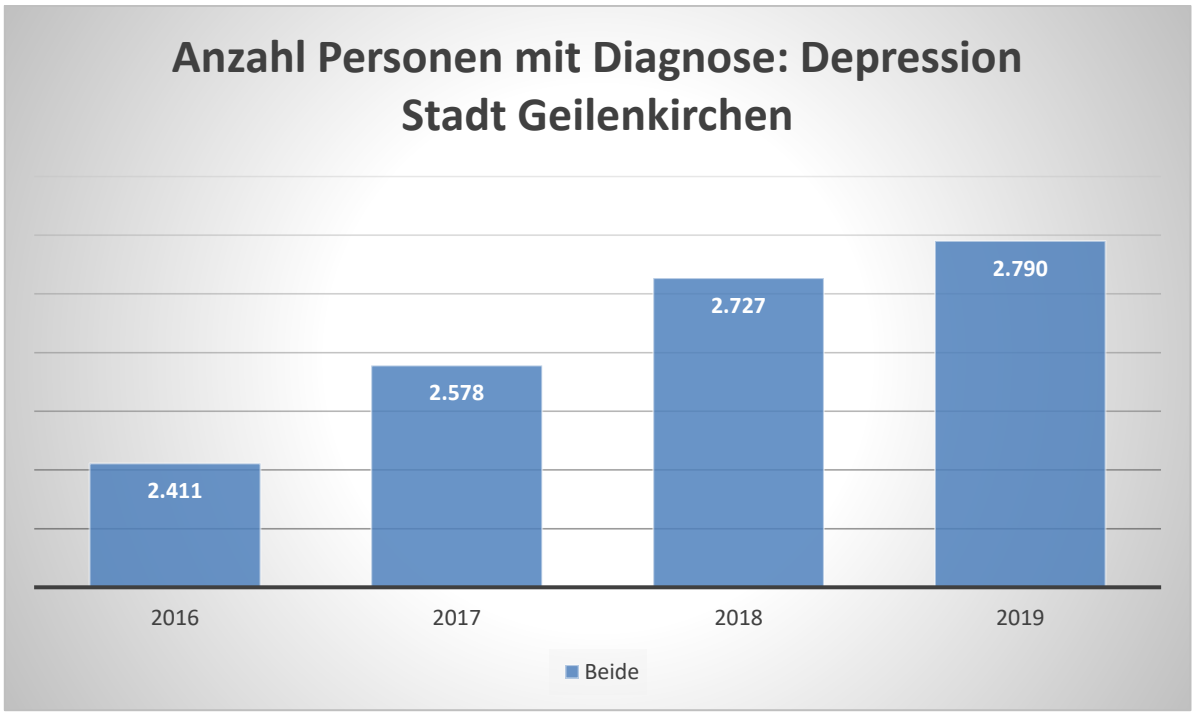
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Gemeinde Gangelt			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	1.031	9.996
2017	Beide	1.255	11.964
2018	Beide	1.337	12.671
2019	Beide	1.410	13.208



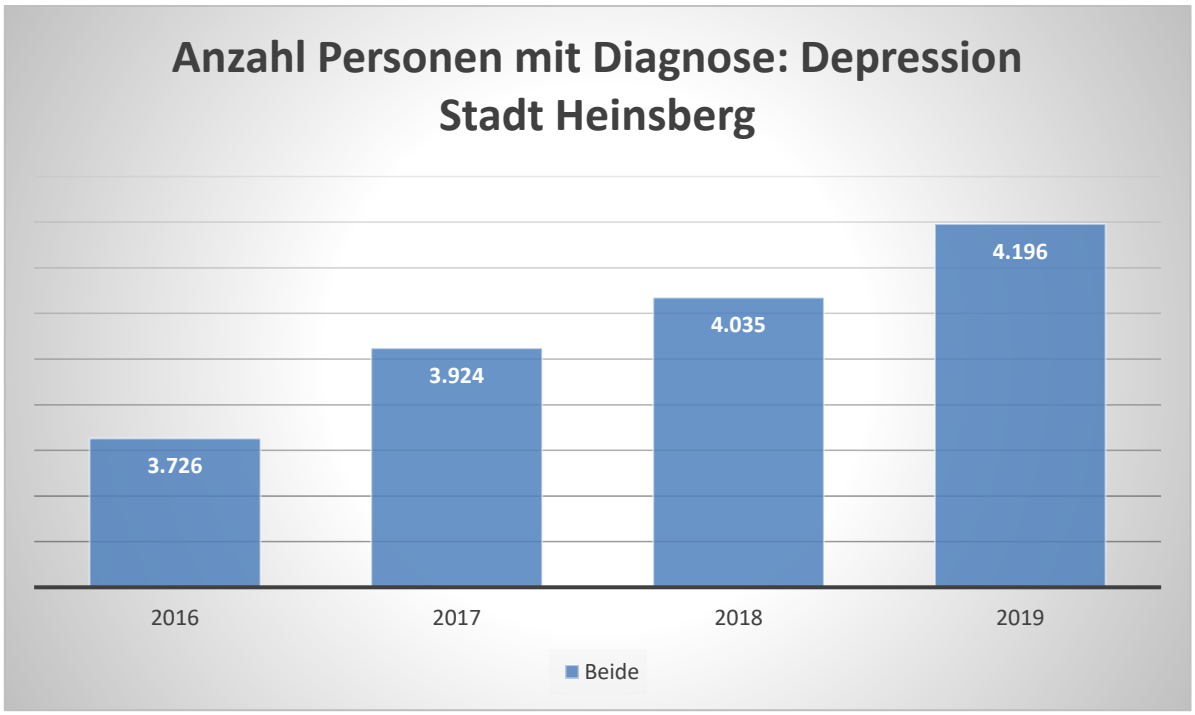
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Stadt Geilenkirchen			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	2.411	10.356
2017	Beide	2.578	11.023
2018	Beide	2.727	11.711
2019	Beide	2.790	11.841



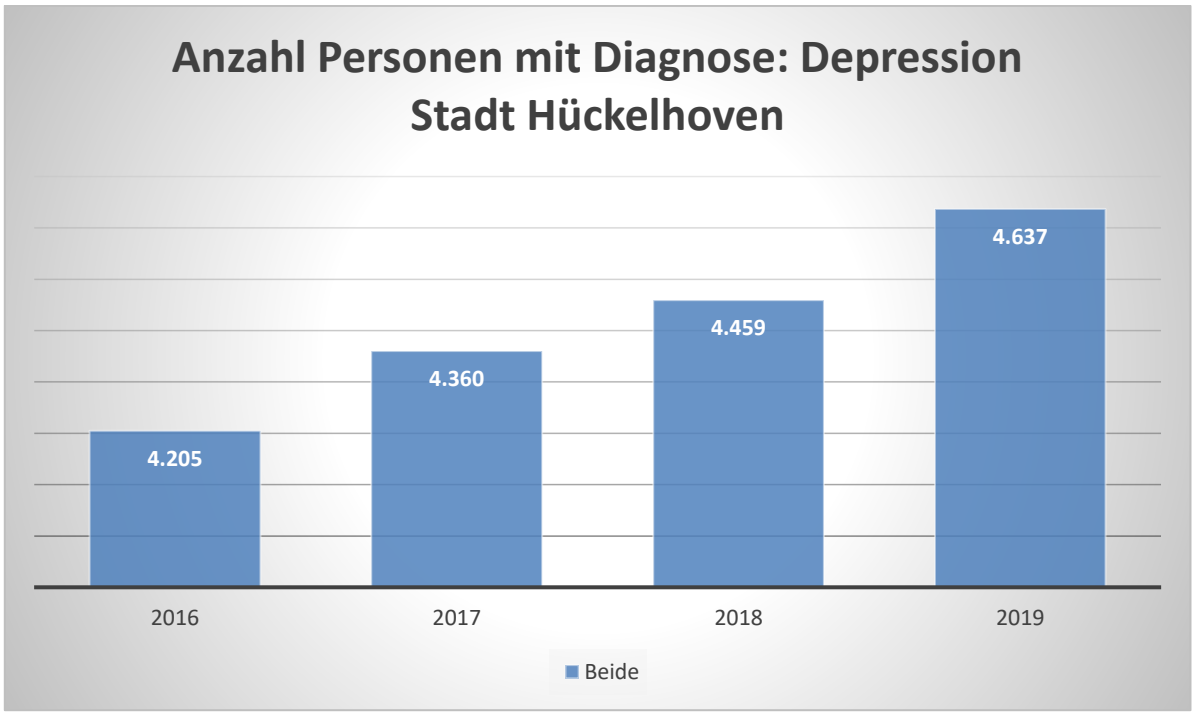
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Stadt Heinsberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	3.726	10.217
2017	Beide	3.924	10.665
2018	Beide	4.035	11.002
2019	Beide	4.196	11.423



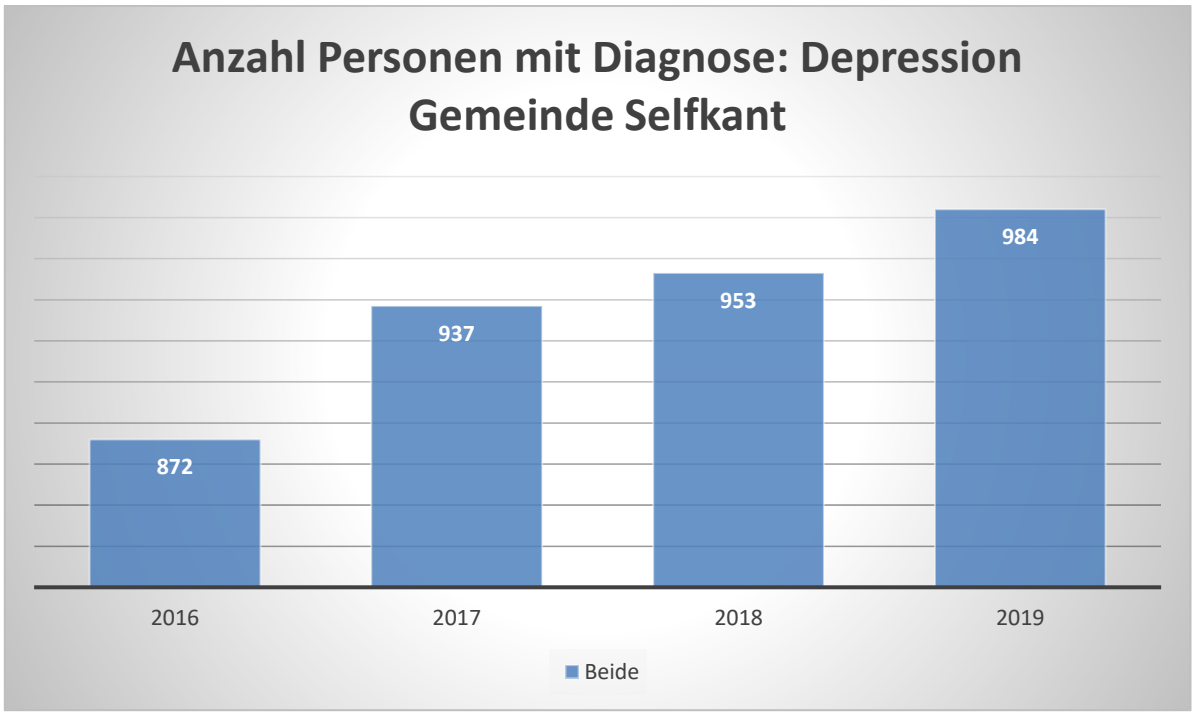
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Stadt Hückelhoven			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	4.205	11.858
2017	Beide	4.360	12.254
2018	Beide	4.459	12.469
2019	Beide	4.637	12.830



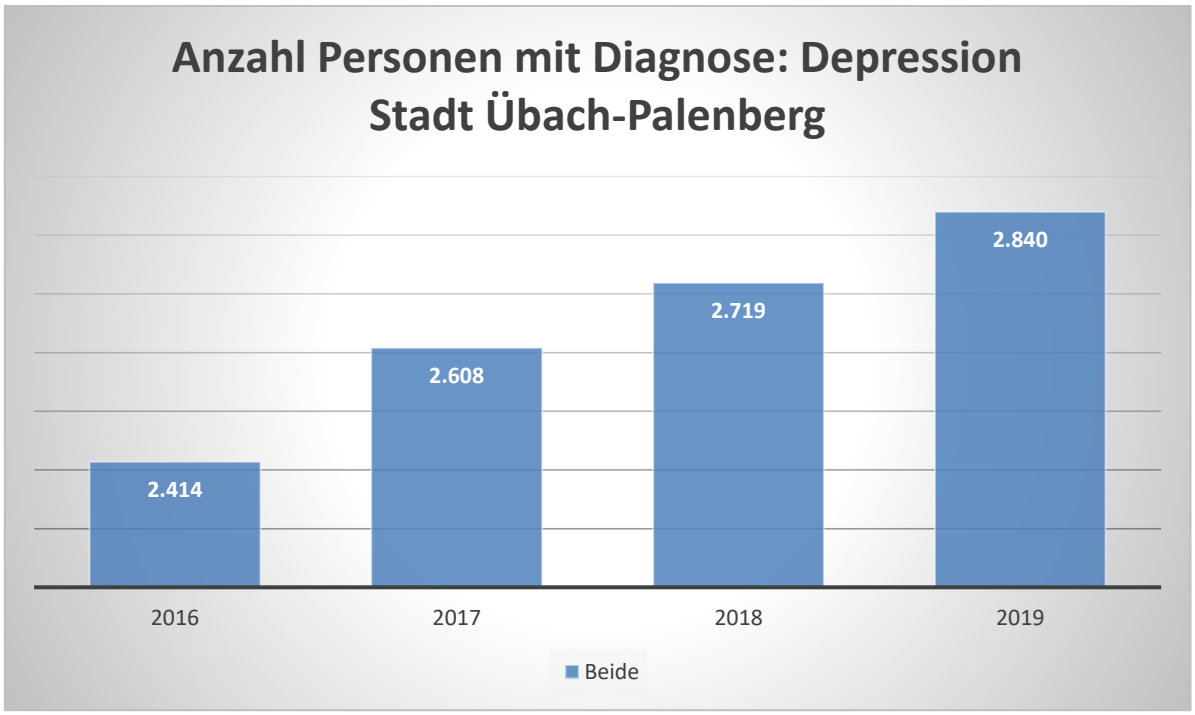
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Gemeinde Selfkant			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	872	11.104
2017	Beide	937	11.973
2018	Beide	953	12.388
2019	Beide	984	12.656



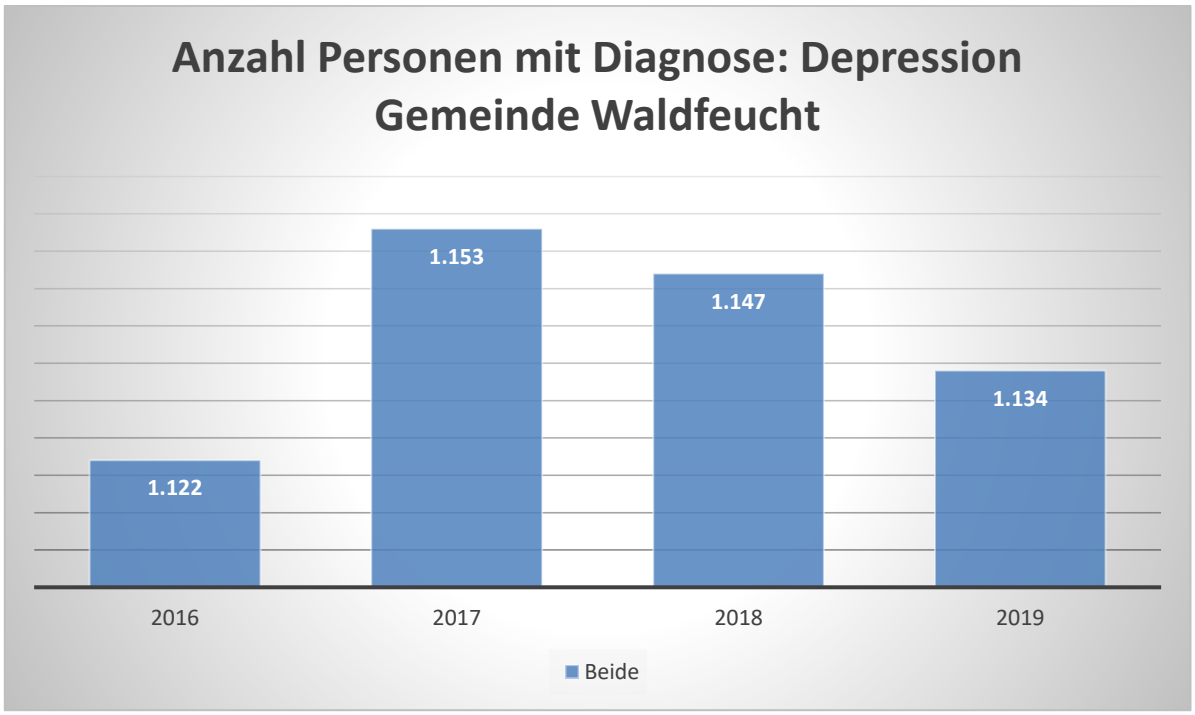
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Stadt Übach-Palenberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	2.414	11.162
2017	Beide	2.608	12.026
2018	Beide	2.719	12.605
2019	Beide	2.840	13.082



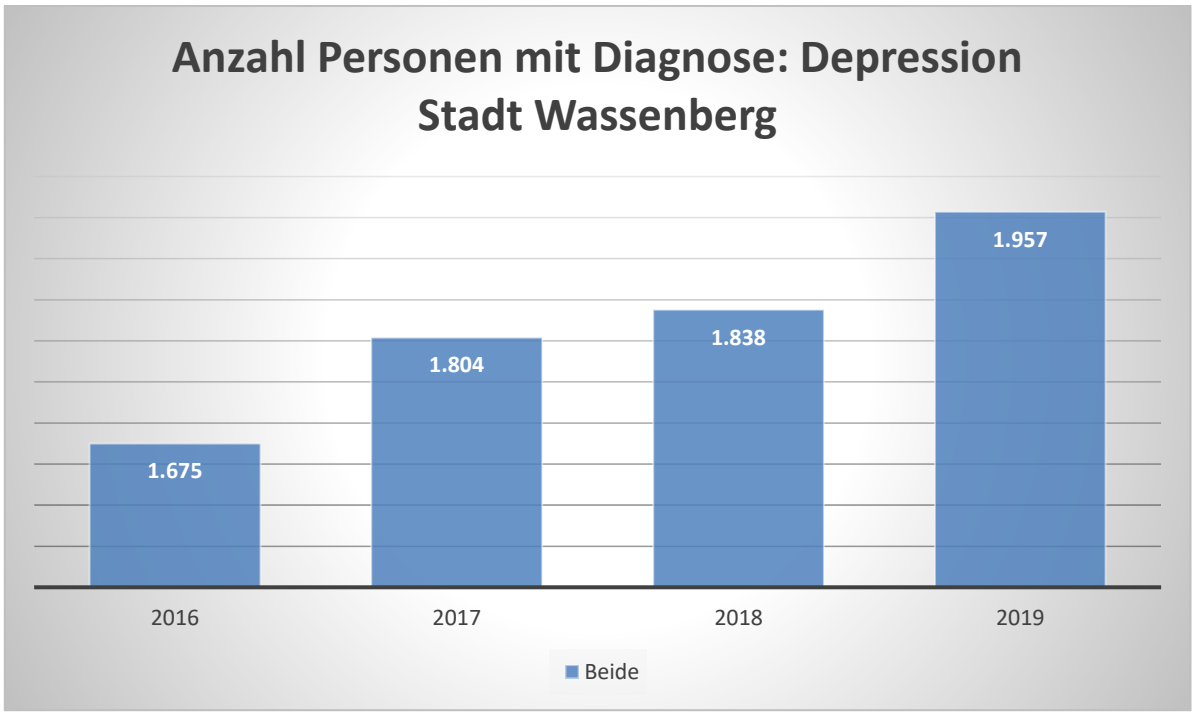
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Gemeinde Waldfeucht			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	1.122	15.056
2017	Beide	1.153	15.730
2018	Beide	1.147	15.676
2019	Beide	1.134	15.287



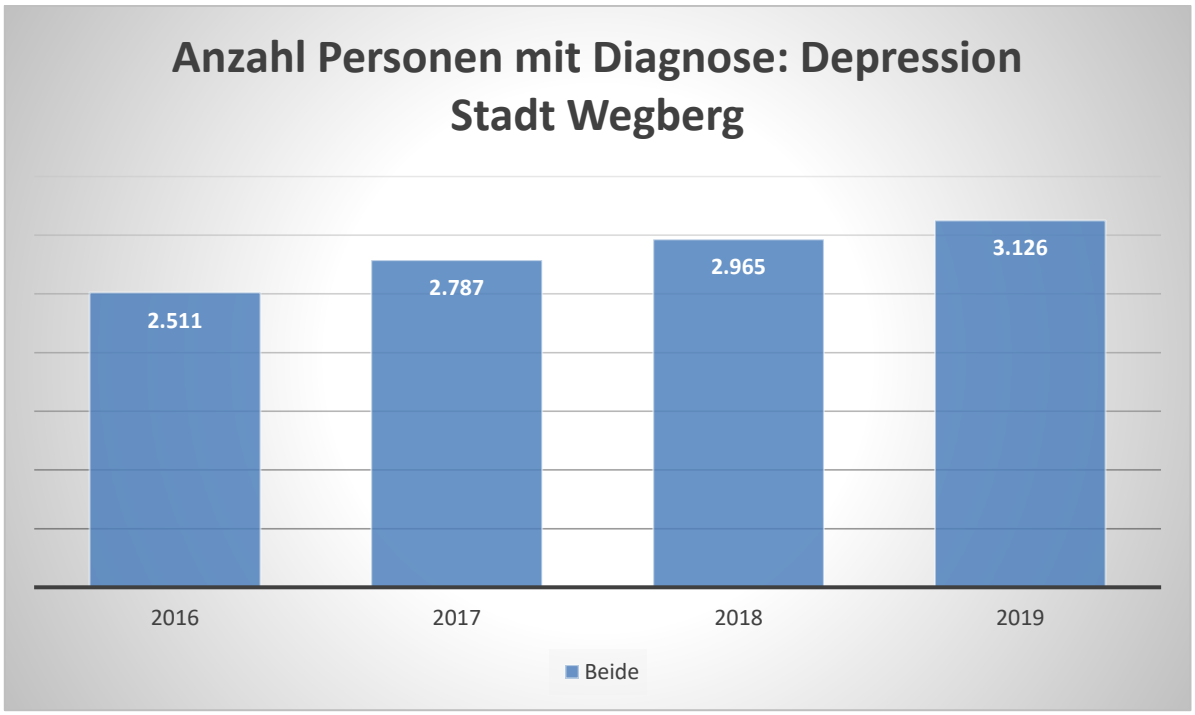
Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Stadt Wassenberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	1.675	10.647
2017	Beide	1.804	11.412
2018	Beide	1.838	11.510
2019	Beide	1.957	12.054

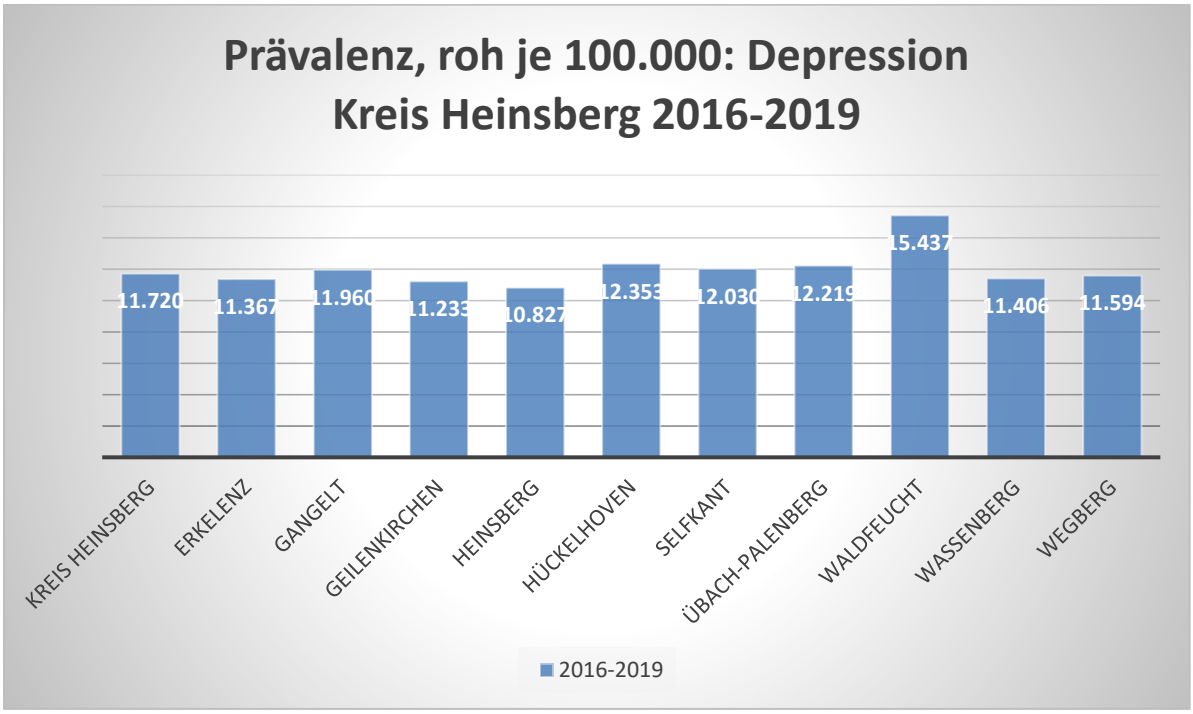


Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Depression Stadt Wegberg			
Jahr	**Geschlecht**	**Anzahl Personen mit Diagnose**	**Prävalenz, roh je 100.000**
2016	Beide	2.511	10.348
2017	Beide	2.787	11.304
2018	Beide	2.965	11.906
2019	Beide	3.126	12.816



Datenquelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein


Prävalenz, roh je 100.000: Depression
Kreis Heinsberg 2016-2019
11.720
11.367
11.960
11.233
10.827
12.353
12.030
12.219
15.437
11.406
11.594
KREIS HEINSBERG
ERKELENZ
GANGELT
GEILENKIRCHEN
HEINSBERG
HÜCKELHOVEN
SELFKANT
ÜBACH-PALENBERG
WALDFEUCHT
WASSENBERG
WEGBERG
2016-2019

Daten der Suchtberatungsstellen im Kreis Heinsberg

Die folgenden Ausführungen sind dem Jahresbericht 2021 der Beratungsstelle für Suchtfragen in Hückelhoven der Trägerschaft Caritas Heinsberg/Diakonie entnommen und um einige Daten aus dem Jahresbericht 2020 erweitert worden.

Statistik

Die klientenbezogenen Angaben werden im Dokumentationssystem EBIS[183] , im Kerndatensatz 3.0 (KDS-F), dokumentiert. Hier werden „Fälle“ gezählt, d.h. jemand kann innerhalb eines Jahres mehrfach gezählt werden, wenn er mit längeren Unterbrechungen (mehr als 60 Tage) die Beratungsstelle aufsucht. Da bis 2016 immer eine personenbezogene Zählweise vorgenommen und dargestellt wurde, sind in der untenstehenden Tabelle diese beiden Zählweisen gegenübergestellt.

Abb. 1: Übersicht Fallzahlen

	2021	2020	2019	2018
Gesamtpersonen incl. Einmalkontakte	567	527	587	610
Intensivklienten ohne Einmalkontakte	379	355	396	373
Einmalkontakte (Personen)	188	172	191	237
Fälle gesamt incl. Einmalkontakte	604	553	619	647
Fälle intensiv, ohne Einmalkontakte	405	376	423	405

Diese Übersicht zeigt, mit wie vielen Personen in 2021 in Präsenz gearbeitet wurde. Zu diesen face-to-face-Kontakten kommen weitere Anfragen, die per Telefon oder Mail eingereicht wurden.

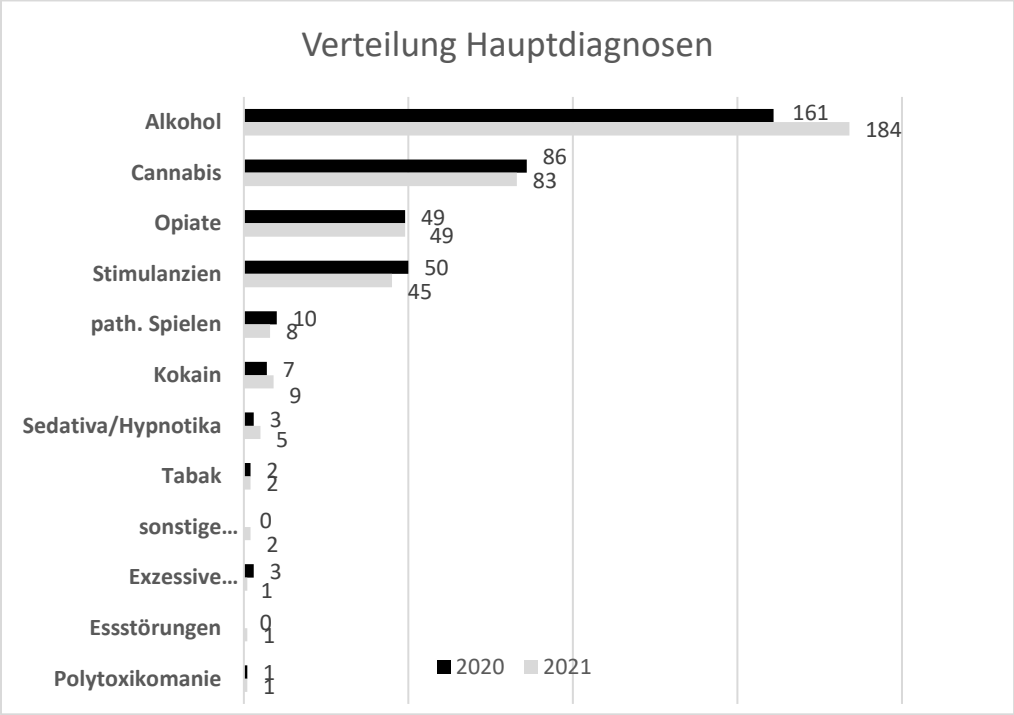
Die Geschlechterverteilung innerhalb der Klientel entspricht mit 2/3 Männern und 1/3 Frauen dem klassischen Verhältnis in der Suchthilfe.

Von den o.g. 567 Personen kamen 493 (81,49%) wegen einer eigenen Suchtmittelproblematik.

[183]EBIS: EinrichtungsBezogenes InformationsSystem

Abb. 2: Hauptdiagnosen

In Abbildung 2 wird dargestellt, wie sich die Diagnosen bzgl. der konsumierten Suchtmittel aufteilen. Nach wie vor suchen die meisten Klienten die Beratungsstelle wegen einer Alkoholproblematik auf.



Neben den Selbstbetroffenen spielen die Angehörigen eine wichtige Rolle in dieser Beratungsstelle. Sie werden ebenso als Klienten mit eigenem Hilfebedarf betrachtet. Im Jahr 2021 kamen 112 Personen (18,5%) als Rat suchende Angehörige. Das sind 5% weniger als im vergangenen Jahr.

Abb. 3: Verteilung der Angehörigen

Komme wegen….	2021	2020
Partner	6,45%	7,2%
Kind	3,97%	4,2%
Geschwister	0,83%	1,1%
Eltern(teil)	5,45%	5,1%
Anderen	1,82%	2,0%

Hier zeigt sich, dass im Jahr 2021 wie auch im Vorjahr, die meisten Menschen zur Beratung kamen, weil sie Hilfe wegen ihres konsumierenden Partners/Partnerin suchten.

Abb. 3: Einzugsgebiet

Kommune	2021		2020	
Hückelhoven	216	≅ 38,10%	206	≅ 39,10%
Heinsberg	89	≅ 15,70%	92	≅ 17,50%
Erkelenz	55	≅ 9,70%	46	≅ 8,70%
Wassenberg	53	≅ 9,35%	60	≅ 11,40%
Wegberg	51	≅ 8,99%	46	≅ 8,70%
Geilenkirchen	40	≅ 7,05%	24	≅ 4,60%
Selfkant/Waldfeucht/Gangelt	14	≅ 2,47%	13	≅ 2,50%
Übach-Palenberg	10	≅ 1,76%	8	≅ 1,50%
Sonstige	26	≅ 4,59%	26	≅ 4,90%
Keine Angaben	13	≅ 2,29%	6	≅ 1,10%

Betrachtet man das Einzugsgebiet, aus dem die Klienten in die Beratungsstelle kommen, so zeigt sich, dass Hückelhoven natürlicherweise an erster Stelle liegt, gefolgt von Klienten aus Heinsberg, Wassenberg, Erkelenz, Wegberg, Geilenkirchen….. Hier zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr geringe Veränderungen: Es fanden weniger Menschen aus Erkelenz, dafür mehr aus Wassenberg den Weg in die Beratung.

Abb. 4: Öffentlichkeitsarbeit

	Anzahl der Maßnahme Face to Face	**Durchschnittliche Dauer in Stunden (pro Maßnahme)**
Teilnahme an Arbeitskreisen	**3**	**3**
Medieninformationen	**1**	**3**
Sonstige Maßnahmen	**9**	**3**

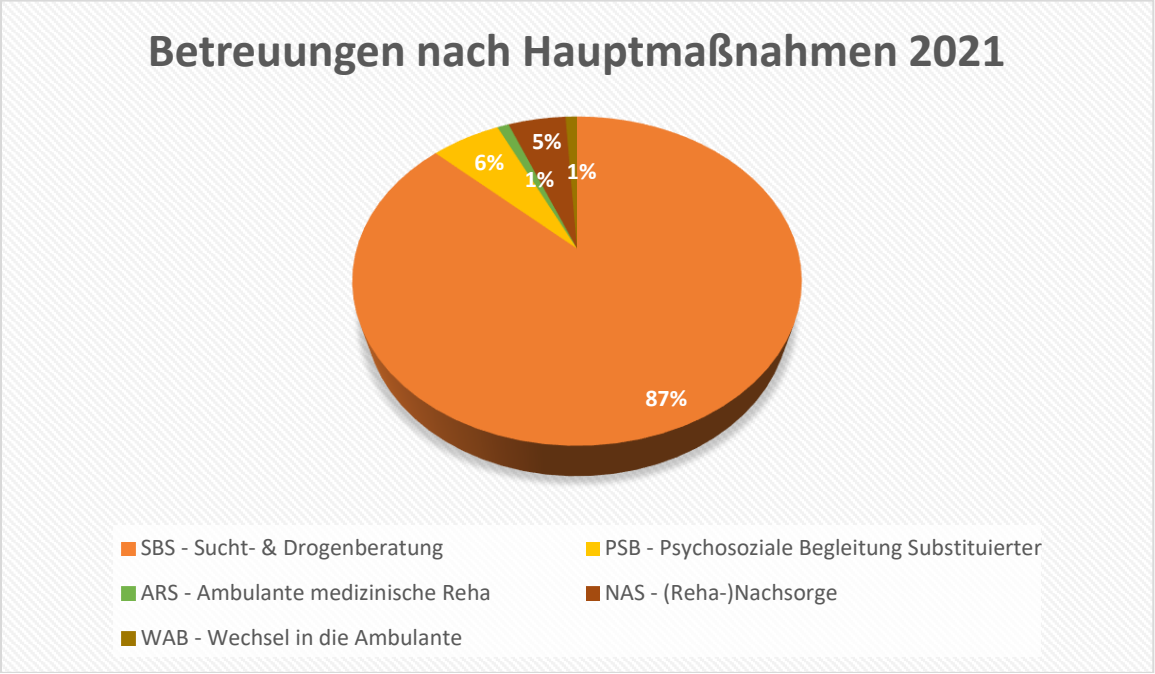
	Anzahl der Maß-nahmen telefonisch/ per Videokonferenz	**Durchschnittliche Dauer in Stunden (pro Maßnahme)**
Teilnahme an Arbeitskreisen	**3**	**5**

Die Öffentlichkeitsarbeit in Zeiten von Corona fand stark reduziert statt. Neben den Präsenzveranstaltungen sind hier auch Video/Telefonkonferenzen dargestellt.

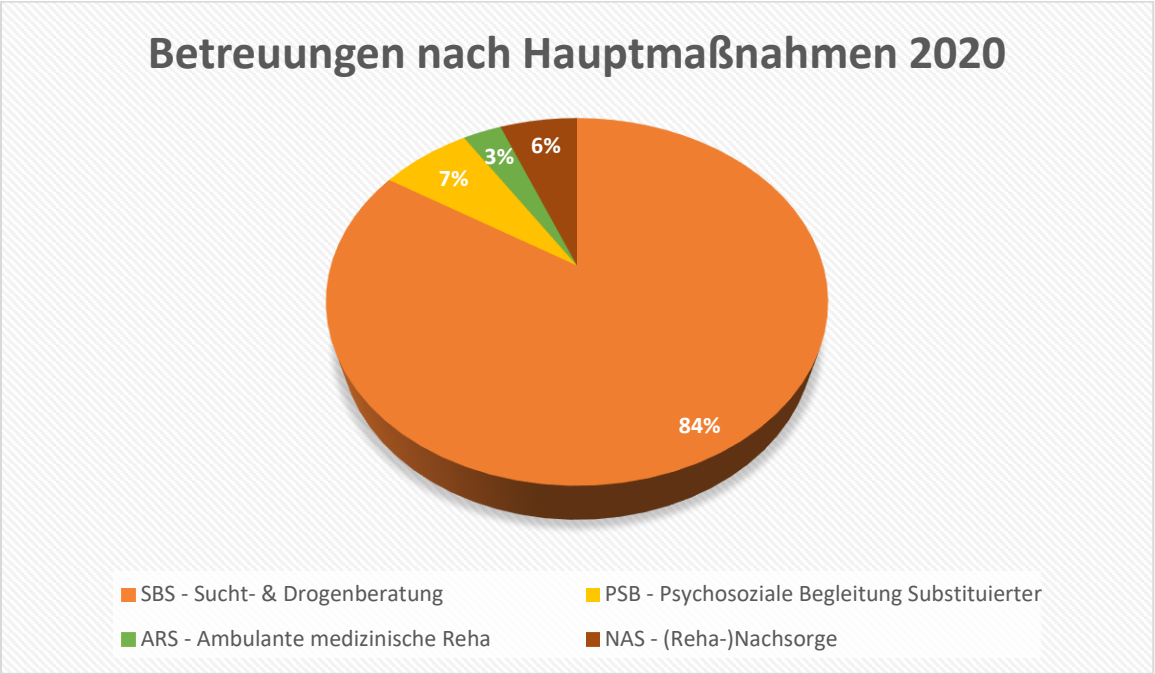
Präventionsveranstaltungen wurden in diesem Jahr nicht durchgeführt.

Auf den folgenden Seiten werden die Datensätze aus der Auswertung der EBIS-Daten durch das ISD-Institut Hamburg für das Jahr 2021 aufgeführt, die auch bei der Darstellung der Datenlage der Suchtberatungsstelle(n) des Kreises Heinsberg zum Tragen kommen.

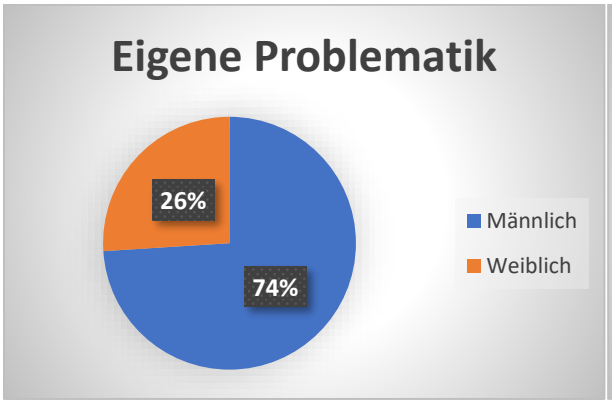
Betreuungen in 2021 nach Hauptmaßnahme in der Einrichtung

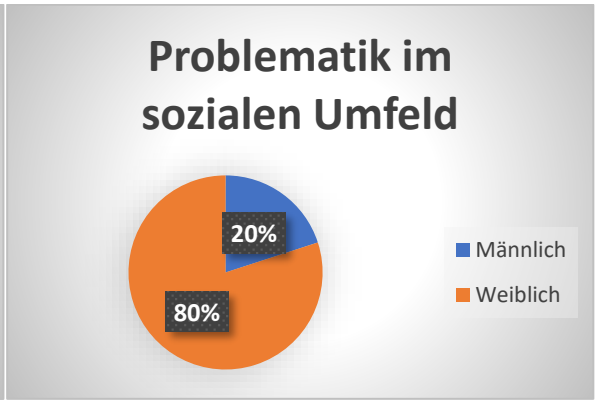


Betreuungen in 2020 nach Hauptmaßnahme in der Einrichtung

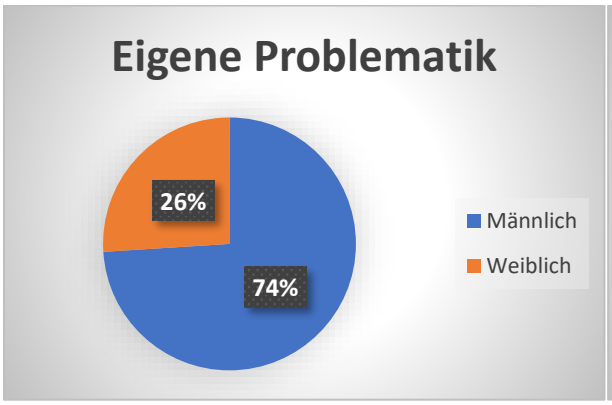


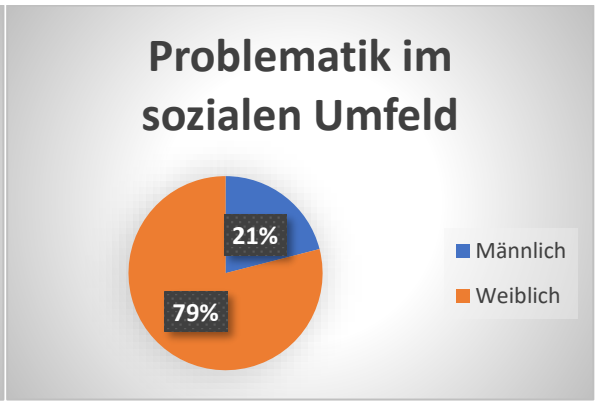
Personenzählung: Betreuungen von Klienten und Personen des sozialen Umfelds in 2021 differenziert nach Geschlecht





Personenzählung: Betreuungen von Klienten und Personen des sozialen Umfelds in 2020 differenziert nach Geschlecht





Betreuungen in 2021 in Altersgruppen (gemäß KDS), differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
Altersgruppen	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 15 Jahre	3	1%	3	2%	6	1%
15 bis unter 18	10	3%	2	2%	12	2%
18 bis unter 20	22	6%	5	4%	27	6%
20 bis unter 25	53	15%	7	5%	60	12%
25 bis unter 30	38	11%	17	13%	55	11%
30 bis unter 35	38	11%	20	16%	58	12%
35 bis unter 40	34	9%	8	6%	42	9%
40 bis unter 45	38	11%	15	12%	53	11%
45 bis unter 50	37	10%	7	5%	44	9%
50 bis unter 55	36	10%	15	12%	51	10%
55 bis unter 60	31	9%	11	9%	42	9%
60 bis unter 65	13	4%	12	9%	25	5%
65 bis unter 70	5	1%	3	2%	8	2%
70 bis unter 75	3	1%	2	2%	5	1%
75 und älter	0	0%	1	1%	1	0%
Gesamt	361	100%	128	100%	489	100%

Betreuungen in 2020 in Altersgruppen (gemäß KDS), differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
Altersgruppen	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 15 Jahre	4	1%	1	1%	5	1%
15 bis unter 18	22	7%	3	3%	25	6%
18 bis unter 20	16	5%	6	5%	22	5%
20 bis unter 25	47	14%	12	10%	59	13%
25 bis unter 30	34	10%	13	11%	47	11%
30 bis unter 35	39	12%	16	14%	55	12%
35 bis unter 40	41	13%	16	14%	57	13%
40 bis unter 45	32	10%	10	9%	42	9%
45 bis unter 50	29	9%	4	3%	33	7%
50 bis unter 55	30	9%	14	12%	44	10%
55 bis unter 60	16	5%	15	13%	31	7%
60 und älter	18	5%	6	5%	24	5%
Gesamt	328	100%	116	100%	444	100%

Betreuungen in 2021 nach ICD Hauptdiagnose, differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
Diagnose	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alkohol	141	39%	62	48%	203	41%
Opioide	40	11%	12	9%	52	11%
Cannabis	71	20%	19	15%	90	18%
Sedativa	3	1%	2	2%	5	1%
Kokain	8	2%	1	1%	9	2%
Stimulantien	35	10%	10	8%	45	9%
Tabak	0	0%	2	2%	2	0%
multipler Substanzgebrauch / andere psychotrope Substanzen	2	1%	0	0%	2	0%
Essstörung	0	0%	1	1%	1	0%
Pathologisches Glücksspiel	10	3%	0	0%	10	2%
Exzessive Mediennutzung	0	0%	1	1%	1	0%
Kriterien für ICD-10 nicht erfüllt	5	1%	2	2%	7	1%
unterhalb Diagnoseschwelle, aber suchtbezogene Zusatzdiagnose	1	0%	0	0%	1	0%
Keine ausreichenden Informationen für ICD-10	5	1%	5	4%	10	2%
keine ICD-10 Diagnose aus anderen Gründen	41	11%	11	9%	52	11%
Gesamt	362	100%	128	100%	490	100%

Betreuungen in 2020 nach ICD Hauptdiagnose, differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
Diagnose	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alkohol	119	39%	50	47%	169	41%
Opioide	39	13%	13	12%	52	13%
Cannabis	75	25%	20	19%	95	23%
Sedativa	2	1%	1	1%	3	1%
Kokain	6	2%	1	1%	7	2%
Stimulantien	40	13%	12	11%	52	13%
Tabak	1	0%	1	1%	2	0%
multipler Substanzgebrauch / andere psychotrope Substanzen	1	0%	0	0%	1	0%
Pathologisches Glücksspiel	10	3%	0	0%	10	2%
Exzessive Mediennutzung	1	0%	3	3%	4	1%
Kriterien für ICD-10 nicht erfüllt	4	1%	1	1%	5	1%
Aktuell keine ICD-10, aber frühere Diagnose	1	0%	1	1%	2	0%
unterhalb Diagnoseschwelle, aber suchtbezogene Zusatzdiagnose	3	1%	0	0%	3	1%
Keine ausreichenden Informationen für ICD-10	2	1%	3	3%	5	1%
keine ICD-10 Diagnose aus anderen Gründen	1	0%	0	0%	1	0%
Gesamt	305	100%	106	100%	411	100%

Betreuungen nach Problembereichen in 2021, differenziert nach Geschlecht

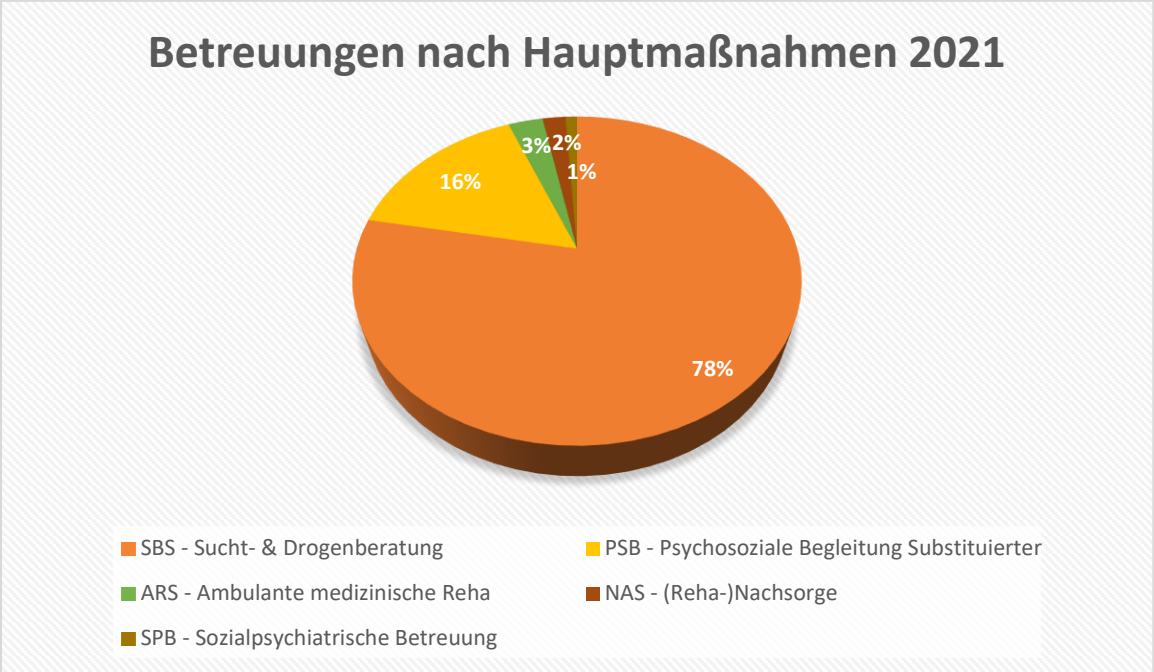
	männlich				weiblich				Gesamt			
	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
Problembereiche	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	352	99%	3	1%	126	100%	0	0%	478	99%	3	1%
Körperliche/s Gesundheit / Befinden	76	66%	39	34%	25	78%	7	22%	101	69%	46	31%
Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	140	89%	18	11%	63	95%	3	5%	203	91%	21	9%
Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	125	85%	22	15%	62	95%	3	5%	187	88%	25	12%
Weiteres soziales Umfeld	44	57%	33	43%	10	53%	9	47%	54	56%	42	44%
Schul- / Ausbildungs- /Arbeits- / Beschäftigungssituation	137	86%	22	14%	35	85%	6	15%	172	86%	28	14%
Freizeit(bereich)	60	67%	30	33%	16	73%	6	27%	76	68%	36	32%
Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	45	62%	28	38%	14	74%	5	26%	59	64%	33	36%
Finanzielle Situation	43	61%	28	39%	17	81%	4	19%	60	65%	32	35%
Wohnsituation	42	55%	35	45%	17	68%	8	32%	59	58%	43	42%
Rechtliche Situation	49	60%	32	40%	6	40%	9	60%	55	57%	41	43%
Fahreignung	31	48%	33	52%	8	50%	8	50%	39	49%	41	51%
Sexuelle Gewalterfahrungen	1	3%	38	97%	4	40%	6	60%	5	10%	44	90%
Andere Gewalterfahrungen	17	36%	30	64%	10	63%	6	38%	27	43%	36	57%
Gewaltausübung	14	30%	32	70%	0	0%	7	100%	14	26%	39	74%

Betreuungen nach Problembereichen in 2020, differenziert nach Geschlecht

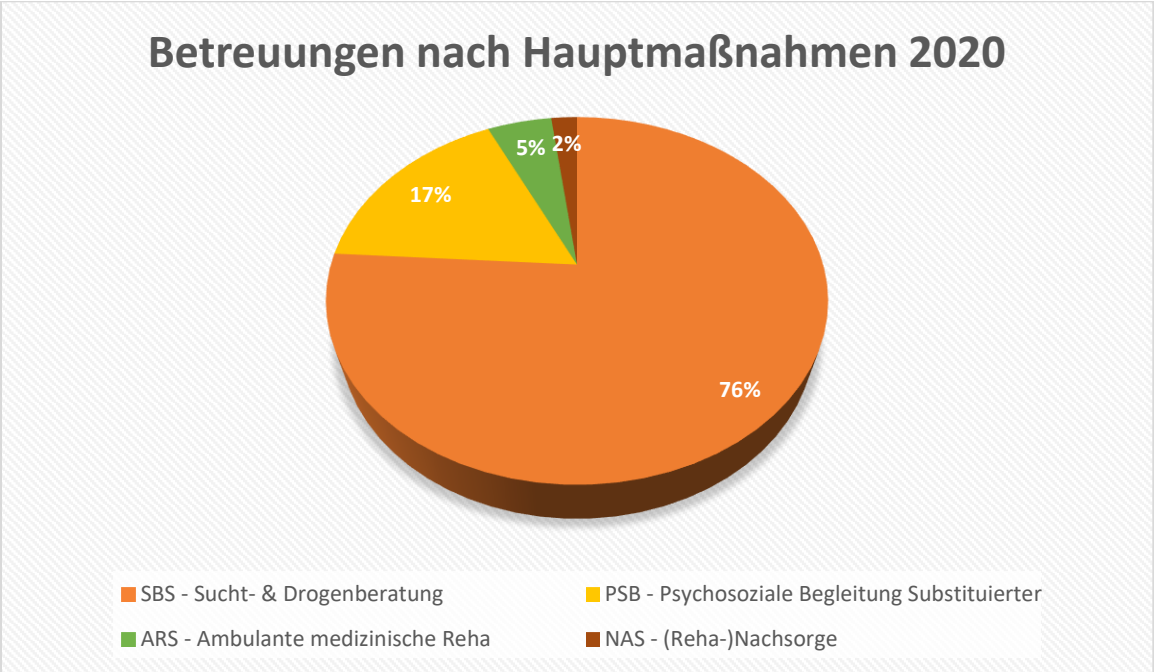
	männlich				weiblich				Gesamt			
	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
Problembereiche	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	316	100%	1	0%	111	100%	0	0%	427	100%	1	0%
Körperliche/s Gesundheit / Befinden	43	57%	32	43%	15	75%	5	25%	58	61%	37	39%
Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	112	89%	14	11%	45	90%	5	10%	157	89%	19	11%
Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	98	92%	8	8%	37	93%	3	8%	135	92%	11	8%
Weiteres soziales Umfeld	24	45%	29	55%	7	54%	6	46%	31	47%	35	53%
Schul- / Ausbildungs- /Arbeits- / Beschäftigungssituation	108	89%	14	11%	23	88%	3	12%	131	89%	17	11%
Freizeit(bereich)	48	68%	23	32%	14	78%	4	22%	62	70%	27	30%
Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	38	62%	23	38%	13	87%	2	13%	51	67%	25	33%
Finanzielle Situation	43	61%	28	39%	9	64%	5	36%	52	61%	33	39%
Wohnsituation	39	52%	36	48%	13	68%	6	32%	52	55%	42	45%
Rechtliche Situation	45	57%	34	43%	5	42%	7	58%	50	55%	41	45%
Fahreignung	29	45%	35	55%	2	18%	9	82%	31	41%	44	59%
Sexuelle Gewalterfahrungen	1	2%	44	98%	4	31%	9	69%	5	9%	53	91%
Andere Gewalterfahrungen	13	25%	38	75%	6	50%	6	50%	19	30%	44	70%
Gewaltausübung	7	15%	41	85%	1	10%	9	90%	8	14%	50	86%

Die folgenden Ausführungen sind den Jahresberichten 2021 und 2020 der Beratungsstelle für Suchtfragen des SpDi des Kreises Heinsberg entnommen. Besonderer Dank für die Überlassung dieser Daten geht an die Autorin, Frau Lara Virnich.

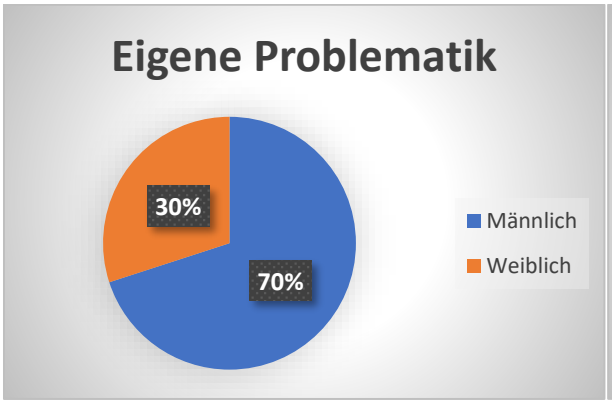
Betreuungen in 2021 nach Hauptmaßnahme in der Einrichtung

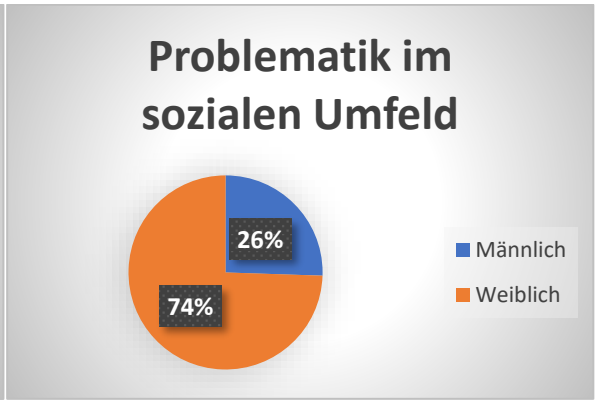


Betreuungen in 2020 nach Hauptmaßnahme in der Einrichtung

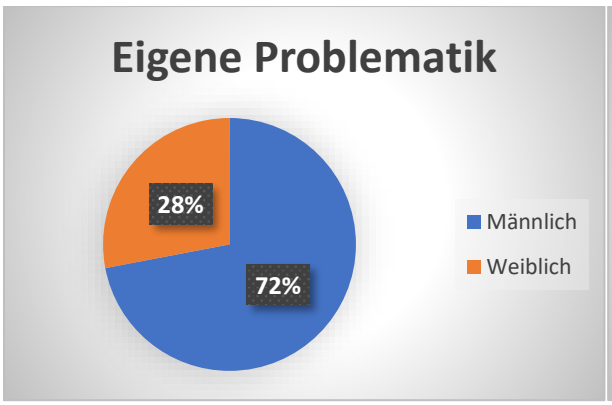


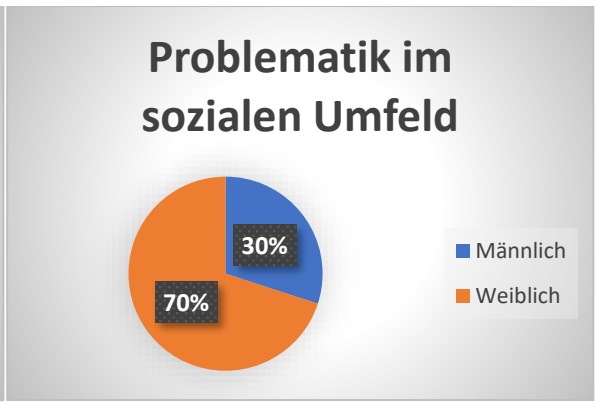
Personenzählung: Betreuungen von Klienten und Personen des sozialen Umfelds in 2021 differenziert nach Geschlecht





Personenzählung: Betreuungen von Klienten und Personen des sozialen Umfelds in 2020 differenziert nach Geschlecht





Betreuungen in 2021 in Altersgruppen (gemäß KDS), differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
Altersgruppen	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 15 Jahre	6	1%	4	2%	10	1%
15 bis unter 18	22	4%	15	6%	37	4%
18 bis unter 20	28	5%	4	2%	32	4%
20 bis unter 25	51	9%	12	5%	63	8%
25 bis unter 30	61	11%	12	5%	73	9%
30 bis unter 35	66	11%	27	11%	93	11%
35 bis unter 40	88	15%	24	10%	112	14%
40 bis unter 45	66	11%	28	11%	94	11%
45 bis unter 50	54	9%	32	13%	86	10%
50 bis unter 55	45	8%	40	16%	85	10%
55 bis unter 60	42	7%	28	11%	70	8%
60 bis unter 65	33	6%	13	5%	46	6%
65 bis unter 70	13	2%	5	2%	18	2%
70 bis unter 75	1	0%	2	1%	3	0%
75 und älter	2	0%	1	0%	3	0%
Gesamt	578	100%	247	100%	825	100%

Betreuungen in 2020 in Altersgruppen (gemäß KDS), differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
Altersgruppen	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 15 Jahre	4	1%	0	0%	4	0%
15 bis unter 18	30	5%	13	5%	43	5%
18 bis unter 20	23	4%	9	4%	32	4%
20 bis unter 25	60	10%	17	7%	77	9%
25 bis unter 30	70	12%	10	4%	80	10%
30 bis unter 35	77	13%	30	13%	107	13%
35 bis unter 40	81	13%	29	12%	110	13%
40 bis unter 45	63	10%	32	13%	95	11%
45 bis unter 50	59	10%	29	12%	88	10%
50 bis unter 55	46	8%	35	15%	81	10%
55 bis unter 60	44	7%	19	8%	63	7%
60 und älter	45	7%	16	7%	61	7%
Gesamt	602	100%	239	100%	841	100%

Betreuungen in 2021 nach ICD Hauptdiagnose, differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
Diagnose	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alkohol	185	32%	108	44%	293	35%
Opioide	109	19%	38	15%	147	18%
Cannabis	124	21%	26	10%	150	18%
Sedativa	0	0%	2	1%	2	0%
Kokain	11	2%	3	1%	14	2%
Stimulantien	32	6%	19	8%	51	6%
Tabak	1	0%	2	1%	3	0%
Lösungsmittel	1	0%	0	0%	1	0%
multipler Substanzgebrauch / andere psychotrope Substanzen	24	4%	9	4%	33	4%
Essstörung	0	0%	1	0%	1	0%
nicht abhängigkeitserzeugende Substanzen	2	0%	0	0%	2	0%
Pathologisches Glücksspiel	8	1%	2	1%	10	1%
Exzessive Mediennutzung	7	1%	0	0%	7	1%
Kriterien für ICD-10 nicht erfüllt	4	1%	7	3%	11	1%
unterhalb Diagnoseschwelle, aber suchtbezogene Zusatzdiagnose	1	0%	0	0%	1	0%
Keine ausreichenden Informationen für ICD-10	7	1%	2	1%	9	1%
Keine ausreichende Qualifikation für ICD-10	0	0%	2	1%	2	0%
keine ICD-10 Diagnose aus anderen Gründen	62	11%	27	11%	89	11%
Gesamt	578	100%	248	100%	826	100%

Betreuungen in 2020 nach ICD Hauptdiagnose, differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich		Gesamt	
Diagnose	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alkohol	200	36%	103	45%	303	39%
Opioide	124	22%	36	16%	160	20%
Cannabis	119	21%	42	18%	161	21%
Sedativa	2	0%	2	1%	4	1%
Kokain	14	3%	0	0%	14	2%
Stimulantien	29	5%	21	9%	50	6%
Tabak	2	0%	0	0%	2	0%
multipler Substanzgebrauch / andere psychotrope Substanzen	31	6%	7	3%	38	5%
Essstörung	0	0%	5	2%	5	1%
nicht abhängigkeitserzeugende Substanzen	1	0%	3	1%	4	1%
Pathologisches Glücksspiel	14	3%	2	1%	16	2%
Exzessive Mediennutzung	12	2%	0	0%	12	2%
Kriterien für ICD-10 nicht erfüllt	0	0%	2	1%	2	0%
unterhalb Diagnoseschwelle, aber suchtbezogene Zusatzdiagnose	1	0%	0	0%	1	0%
Keine ausreichenden Informationen für ICD-10	3	1%	1	0%	4	1%
Keine ausreichende Qualifikation für ICD-10	0	0%	1	0%	1	0%
keine ICD-10 Diagnose aus anderen Gründen	5	1%	3	1%	8	1%
Gesamt	557	100%	228	100%	785	100%

Betreuungen nach Problembereichen in 2021, differenziert nach Geschlecht

	männlich				weiblich				Gesamt			
	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
Problembereiche	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	548	99%	5	1%	222	98%	4	2%	770	99%	9	1%
Körperliche/s Gesundheit / Befinden	179	49%	190	51%	92	56%	72	44%	271	51%	262	49%
Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	335	85%	60	15%	165	92%	14	8%	500	87%	74	13%
Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	298	77%	90	23%	143	85%	26	15%	441	79%	116	21%
Weiteres soziales Umfeld	207	56%	163	44%	89	57%	68	43%	296	56%	231	44%
Schul- / Ausbildungs- /Arbeits- / Beschäftigungssituation	232	61%	146	39%	97	61%	62	39%	329	61%	208	39%
Freizeit(bereich)	175	52%	160	48%	81	54%	68	46%	256	53%	228	47%
Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	151	44%	194	56%	61	41%	88	59%	212	43%	282	57%
Finanzielle Situation	84	26%	233	74%	35	25%	104	75%	119	26%	337	74%
Wohnsituation	84	26%	240	74%	32	22%	113	78%	116	25%	353	75%
Rechtliche Situation	103	31%	232	69%	18	13%	120	87%	121	26%	352	74%
Fahreignung	66	21%	253	79%	21	15%	119	85%	87	19%	372	81%
Sexuelle Gewalterfahrungen	3	1%	303	99%	13	9%	125	91%	16	4%	428	96%
Andere Gewalterfahrungen	9	3%	300	97%	7	5%	132	95%	16	4%	432	96%
Gewaltausübung	16	5%	292	95%	1	1%	136	99%	17	4%	428	96%

Betreuungen nach Problembereichen in 2020, differenziert nach Geschlecht

	männlich				weiblich				Gesamt			
	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
Problembereiche	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	564	98%	12	2%	219	96%	9	4%	783	97%	21	3%
Körperliche/s Gesundheit / Befinden	176	44%	223	56%	85	54%	73	46%	261	47%	296	53%
Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	326	76%	101	24%	154	88%	22	13%	480	80%	123	20%
Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	273	65%	145	35%	141	84%	26	16%	414	71%	171	29%
Weiteres soziales Umfeld	160	41%	235	59%	80	52%	75	48%	240	44%	310	56%
Schul- / Ausbildungs- /Arbeits- / Beschäftigungssituation	227	54%	193	46%	84	55%	70	45%	311	54%	263	46%
Freizeit(bereich)	156	41%	223	59%	75	50%	74	50%	231	44%	297	56%
Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	119	31%	267	69%	47	32%	101	68%	166	31%	368	69%
Finanzielle Situation	106	28%	277	72%	42	28%	107	72%	148	28%	384	72%
Wohnsituation	100	26%	287	74%	41	28%	108	72%	141	26%	395	74%
Rechtliche Situation	111	28%	284	72%	22	15%	128	85%	133	24%	412	76%
Fahreignung	61	16%	315	84%	16	11%	131	89%	77	15%	446	85%
Sexuelle Gewalterfahrungen	1	0%	370	100%	14	10%	133	90%	15	3%	503	97%
Andere Gewalterfahrungen	7	2%	359	98%	9	6%	138	94%	16	3%	497	97%
Gewaltausübung	17	5%	356	95%	1	1%	145	99%	18	3%	501	97%

Belegungsdaten des MEDIAN Therapiezentrums Loherhof 2022

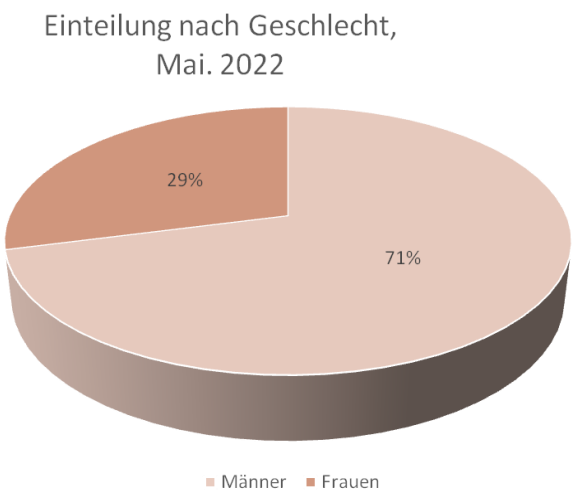
Für die Überlassung der Daten danken wir der Leiterin des Therapiezentrums, Frau Sabrina Sauren.

Insgesamt: 31 Plätze (inkl. Notzimmer)

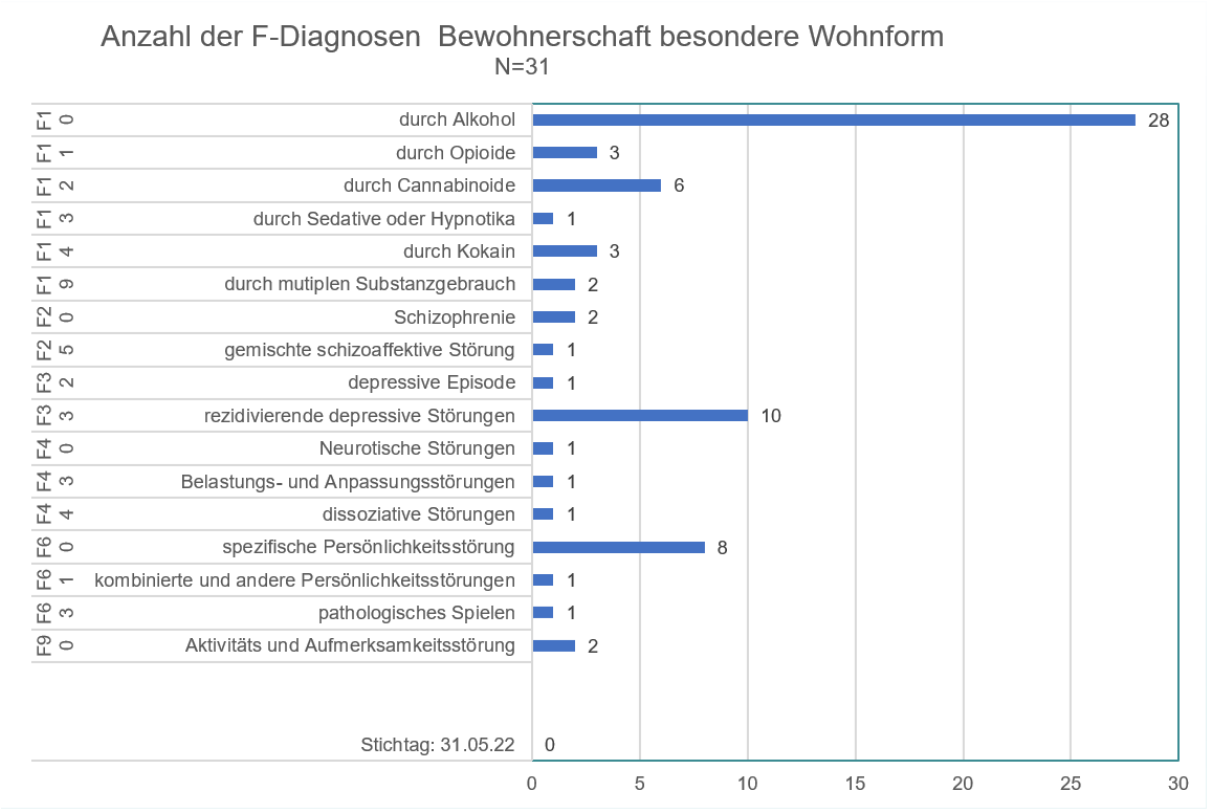
Aktuelle Aufenthalte

(Stichtag 31.05.2022)

- 22 Männer
- 9 Frauen

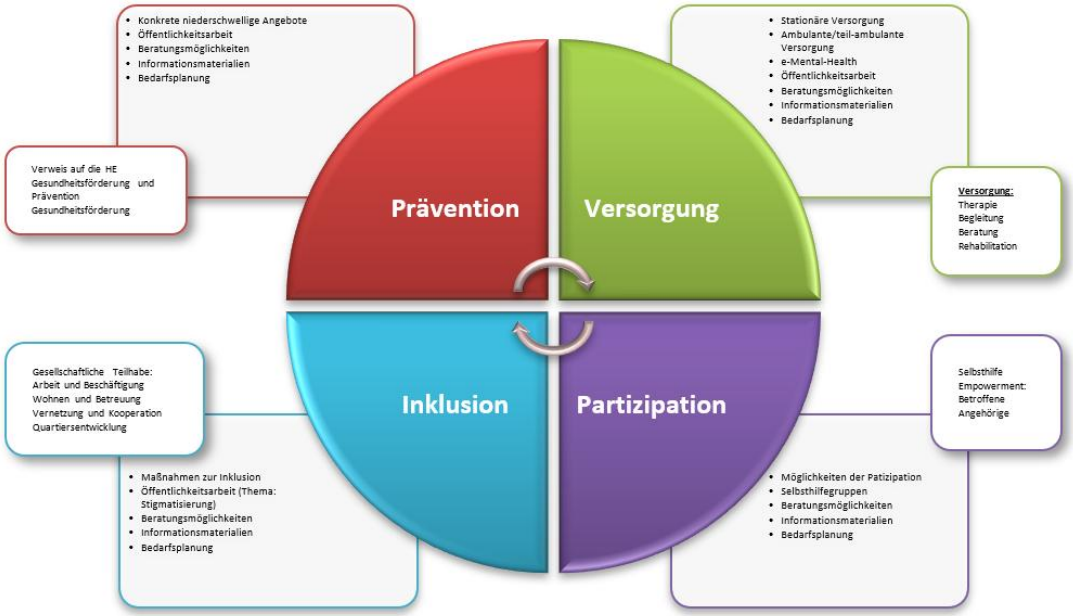


Aktuelle Aufenthalte (Stichtag: 31.05.2022)



g) Bausteine des Psychiatrie- und Suchtplans des Kreises Heinsberg

Die zunehmende Komplexität im Rahmen der psychiatrischen Versorgung macht es aus hiesiger Sicht erforderlich, einzelne Bereiche aus Gründen der Übersichtlichkeit voneinander zu trennen. Vier Bausteine des Psychiatrieplans dienen daher im Folgenden als strukturgebendes Moment für die Darstellung der Bedarfe bzw. der Versorgungslücken. Diese Aufteilung in die Bereiche Gesundheitsförderung/Prävention, Versorgung, Inklusion und Partizipation ermöglicht eine differenzierte Darstellung der Bedarfslage. Die Ausgestaltung der Themenbereiche orientiert sich dabei in erster Linie an den Vorgaben des Landespsychiatrieplans[184] sowie neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis. Die aufeinander verweisenden Pfeile in der Mitte der Darstellung der vier Themenbereiche sollen darauf hinweisen, dass die einzelnen Bereiche thematisch miteinander verbunden sind und sich gegenseitig bedingen.



In der nun folgenden Bedarfsplanung werden im einleitenden Teil die Bereiche und Themengebiete benannt, aus denen heraus die Bedarfe generiert werden. In den jeweiligen Abschnitten werden zunächst die Begrifflichkeiten definiert. Gleichzeitig werden damit die Zielvorstellungen für die psychiatrische Versorgung der Bürger*innen des Kreises Heinsberg dargelegt.

h) Umfrage bei den Leistungsanbietern

Der Psychiatrie- und Suchtplan ist ein Steuerungselement im Rahmen der Psychiatriekoordination. Daher ist es wichtig, möglichst viele Beobachterpositionen der am psychiatrischen Versorgungsprozess Beteiligten mit einzubeziehen. Dies betrifft in erster Linie die Anbieter:innen von Dienstleistungen im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in unserem Kreis. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen des Fortschreibungsprozesses eine Umfrage durchgeführt, deren Ziel es war, das Leistungsspektrum des jeweiligen Anbieters zu erfassen und Bedarfe und Versorgungslücken zu identifizieren. Es wurden insgesamt 65 externe Adressen angeschrieben. Im Rahmen des Rücklaufverfahrens erfolgten Antworten von insgesamt elf Einrichtungen. Darunter befanden sich:

- 1 Krankenversicherer

[184] https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Landespsychiatrieplan_NRW/159

- 2 Jugendämter
- 3 Anbieter von BeWo
- 2 Beratungsstellen
- 2 Träger zur beruflichen Eingliederung
- 1 Wohlfahrtsträger

Dieses entspricht einem Prozentsatz von 16,92 %. Fünf (45,45 %) der elf Einrichtungen bzw. Institutionen machten Aussagen zu Versorgungslücken bzw. Bedarfen.

i) Bedarfsplanung

Seit der letzten Fortschreibung des Psychiatrieplans des Kreises Heinsberg im Mai 2000 hat sich im Bereich Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen viel getan. Die gesellschaftliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen (inkl. Suchterkrankungen) nimmt stetig zu. Trotz Änderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, Einführung neuer Konzepte und Strukturen kommt das Hilfesystem zunehmend an seine Belastungsgrenze. Zum einen gibt es zu wenig wohnortnahe Psychotherapieplätze, zum anderen greift auch hier das Problem des Ärztemangels im ländlichen Bereich. Zudem macht die Zerstückelung des Hilfesystems es weder Patienten:innen/Angehörigen noch professionell Tätigen leicht, sich darin zurecht zu finden. Im folgenden Textabschnitt werden Schwerpunktthemen benannt und ausgeführt, aus denen sich u.a. Bedarfe ergeben, die den vier Themenbereichen der Bedarfsplanung zugeführt werden.

1. Fachärztemangel im psychiatrischen Versorgungsbereich

Ein Problem, welches nicht nur den Bereich der psychiatrischen ärztlichen Versorgung betrifft, ist der zunehmende Fachärztemangel. Gerade in den Beratungsstellen wird deutlich, dass der Kontakt oftmals aufgrund der fehlenden ärztlichen Anbindung gesucht wird. Das kann mitunter dazu führen, dass psychische Erkrankungen sich verschlimmern, da sie nicht ärztlich behandelt werden, und Klienten:innen dann in Krisensituationen kommen können, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Somit führt die fehlende ärztliche Anbindung zu einer Belastung im Bereich der Fachkliniken und der Beratungsstellen. Dieses Thema betrifft alle ärztlichen Fachbereiche. Im Kreis Heinsberg kommen im Jahr 2020 auf 100.000 Einwohner:innen nur 146 Ärzte:innen laut Recherche des MDR Wissen. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 171 Ärzten:innen pro 100.000 Einwohner:innen.[185] Dieses Problem betrifft nicht nur den Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft, sondern auch die Einrichtungen der stationären Versorgung. So ist es kaum möglich, frei gewordene Arztstellen in psychiatrischen Kliniken neu zu besetzen. Im Hinblick auf besonders akute Einzelfälle gibt es die Möglichkeit für den Amtspsychiater des Kreises Heinsberg, in Absprache mit der Klinikleitung der psychiatrischen Fachklinik in Gangelt Patienten:innen einweisen zu können. Andere Einzelfälle können in Absprache mit einigen niedergelassenen Psychiatern:innen innerhalb des Netzwerkes geklärt werden. Der von den Fachleuten wahrgenommene Bedarf kann damit jedoch nicht abgedeckt werden. Hier ergibt sich das zusätzliche Problem, dass der Bedarf nicht objektiv abgeschätzt werden kann, da keine belastbaren Daten vorliegen (siehe Gesundheitsberichterstattung).

2. Mangel an Psychotherapieplätzen

Für alle von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen Betroffenen gilt, dass es zu wenig zeitnahe Psychotherapie- bzw. Klinikplätze gibt. In Deutschland muss man durchschnittlich fünf Monate auf

[185] https://www.mdr.de/wissen/aerztemangel-heinsberg-burgenlandkreis100.html

einen Therapieplatz warten – in Nordrhein-Westfalen noch länger. Die Corona-Pandemie hat dieses Phänomen noch verstärkt. Für Betroffene wie auch für Therapeut:innen ergeben sich daraus eine Reihe unerwünschter Konsequenzen. Psychisch Erkrankten fällt der Griff zum Telefonhörer aufgrund ihrer akuten Situation oftmals schwer. Wenn sie dann noch ausschließlich Absagen erhalten, steigen die Hemmschwelle und der damit verbundene Leidensdruck umso mehr. Oftmals geben Betroffene die Suche auf, was fatale Folgen für ihre Gesundheit hat. Auch hier ist zu erwähnen, dass das soziale Umfeld zunehmend mitleidet. In einer Studie der AOK Niedersachsen wurden erhebliche Defizite in der Versorgung von Menschen mit Depressionen festgestellt. Nur etwas 6 % der Patienten:innen erhielten eine Psychotherapie.[186] Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch der Patientenmonitor 2021 der UPD-Patientenberatung.[187] Für Therapeuten:innen ist es schwierig, einen Kassensitz zu erhalten.[188] In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der sog. E-Mental-Health künftig mehr Bedeutung zukommen wird. Die Covid-19-Pandemie hat dazu geführt, dass seit April 2019 Videosprechstunden von Therapeuten:innen angeboten werden. Dabei erfordern die Eingangsdiagnostik, Aufklärung und Indikationsstellung einen unmittelbaren persönlichen Kontakt. Es konnte festgestellt werden, dass einige verhaltenstherapeutische Interventionen über Videosprechstunden einen ähnlich positiven Effekt erzielen wie Präsenzsitzungen.[189] Auch die 29. Landesgesundheitskonferenz des Landes Nordrhein-Westfalen stellt hierzu fest, dass in Anbetracht der seit Jahren stetig steigenden Nachfrage, die in der Corona-Pandemie weiter zugenommen habe, der Ausbau vor allem der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie umfasst, dringend erforderlich sei.[190] Erfahrungswerte zeigen, dass diese Situation auch auf den Kreis Heinsberg zutrifft.

3. Menschen mit komplexen Hilfebedarfen

Besonders schwer und chronisch psychisch kranke Menschen leiden unter dieser Situation. Die Prävalenz schwerer und chronisch psychisch Erkrankter wird laut Pflege-Report 2022 in der Bundesrepublik Deutschland auf ca. 1-2% der Erwachsenenbevölkerung geschätzt.

Eine eindeutige Definition hat sich als schwieriges Unterfangen herausgestellt. Güdel und Riedel-Heller definieren diese Patientengruppe in ihrem Artikel „Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ wie folgt:

„Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung umfassen eine klinisch bedeutsame Patientengruppe, die sich durch folgende Merkmale auszeichnen lässt:

1. Vorliegen (irgendeiner) psychischen Erkrankung (z. B. einer schweren Depression, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung, einer schweren bipolaren Störung, Zwangs- oder Angststörung, Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer schweren Persönlichkeitsstörung)
2. Dauer und/oder Behandlung der Erkrankung beträgt mindestens zwei Jahre

[186] https://www.researchgate.net/publication/361671182_The_State_of_Care_for_Persons_With_a_Diagnosis_of_Depression-an_Analysis_Based_on_Routine_Data_From_a_German_Statutory_Health_Insurance_Carrier
[187] https://www.bptk.de/unzumutbare-dauerbaustellen-in-der-versorgung-psychisch-kranker-menschen/) UPD Monitor Patientenberatung https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD%20Monitor%20Patientenberatung%202021.pdf
[188] https://www.tagesschau.de/inland/regional/nordrheinwestfalen/wdr-story-49285.html
[189] https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf
[190] https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/20211111_lgk-entschliessung_2021.pdf

3. Die durch die Erkrankung hervorgerufene psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine gewisse Schwere, die durch eine gültige Skala quantifizierbar ist (z. B. Global Assessment of Functioning, GAF) (Ruggeri et al. 2000)“[191]

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, an deren Entstehung die beiden genannten Autorinnen beteiligt waren, folgt im Wesentlichen dem o.g. Definitionsvorschlag:

„Zielgruppe dieser Leitlinie sind demnach Menschen mit jeder psychiatrischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen bzw. in Behandlung sind, 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.“[192]

Neben der die Lebensqualität einschränkenden Krankheitslast sind die Betroffenen und auch deren Angehörige mit Einschränkungen im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe an Bildung, Arbeit, Wohnen und sozialem Leben konfrontiert. Außerdem gehen diese Arten von Erkrankungen mit einer deutlich reduzierten somatischen Gesundheit und Lebenserwartung einher. Gerade die notwendige umfassende und multiprofessionelle Behandlung im ambulanten Handlungsfeld wird in Deutschland nur zögerlich umgesetzt. Es ist für diese Menschen insbesondere schwierig, eine adäquate, zeitnahe psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Angehörige befinden sich insbesondere in der sog. „Langzeitpflege“ in einer besonderen Situation. Nach der Pflegestatistik versorgen sie drei Viertel der Gruppe der Pflegebedürftigen. Frauen dominieren nach wie vor diesen Bereich. Nur ein Drittel davon ist berufstätig.[193]

Es gibt unterschiedliche Lösungsansätze für die beschriebene Versorgungsproblematik. Das im Folgenden kurz skizzierte Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen der Autoren Ingmar Steinhart und Günther Wienberg stellt ein Konzept dar, in dem sog. ambulante mobile multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams in das Zentrum des Geschehens gestellt werden, so wie es auch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ vorsieht. Die Autoren beschreiben ihr Modell als sektor- und sozialgesetzbuchübergreifend, in dem die dargestellten notwendigen Funktionen zur Analyse und Weiterentwicklung regionaler Strukturen eingesetzt werden können.[194] In einem Vortrag auf der Fachtagung Ambulante Komplexbehandlung in Hannover aus dem Jahre 2017 stellt Ingmar Steinhart die folgenden Aspekte des Modells heraus.

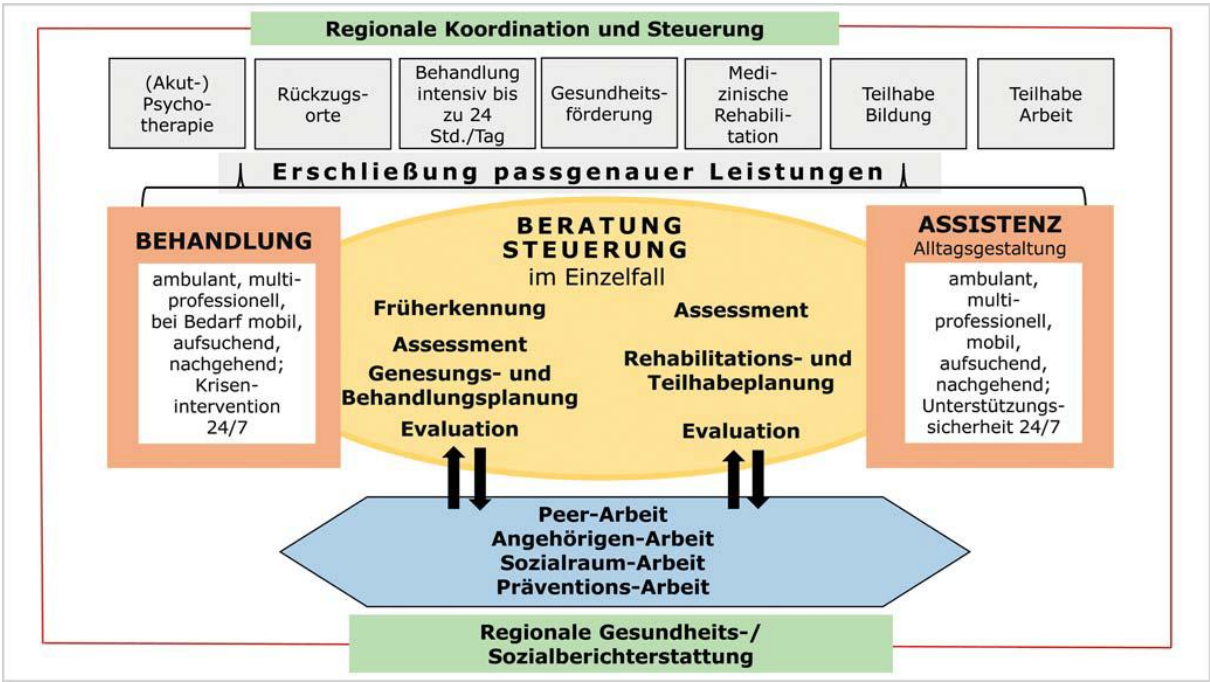
Das Funktionale Basismodell …

- wurde entwickelt auf Basis der S3-Leitlinien Psychosoziale Versorgung und erfolgreich arbeitenden Modellen in Deutschland
- beschreibt die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Unterstützungsfunktionen in den Bereichen Behandlung und Teilhabe

[191] https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf
[192] https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf
[193] https://linkktio.springer.com/book/10.1007/978-3-662-65204-6
[194] https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1033-2900.pdf

- denkt konsequent von der ambulanten Seite her, von hier aus wird die Versorgung geplant, gesteuert und umgesetzt
- definiert damit einen Mindeststandard für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- bietet eine Folie zur Analyse und Weiterentwicklung von regionalen Konzepten
- geht von einem sozialraum- und recovery-orientierten Grundansatz aus
- ist sektor- und sozialgesetzbuchübergreifend angelegt
- definiert die notwendigen Funktionen unabhängig von der institutionellorganisatorischen Ausformung und Finanzierung
- versteht sich in doppelter Hinsicht als offenes Entwicklungsmodell:
- offen für neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxiserfahrungen und
- offen im Hinblick auf die regionale institutionelle Umsetzung[195]

Die folgende Darstellung entfaltet nochmals die gesamte Komplexität des Modells und der darin enthaltenen Komponenten.



[196]

Als ein weiteres Modell sei an dieser Stelle auf das Projekt „GBV – Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen – Versorgung wie aus einer Hand“[197, 198] verwiesen. Dieses Konzept nimmt sowohl auf das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als auch auf das niederländische FACT-Modell

[195] https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Veranstaltungen/Fachtagung_Hometreatment_2017/Steinhart_Hannover_2017.pdf
[196] https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1033-2900
[197] https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/GBV_Konzept.pdf
[198] https://gbv.online/

(Flexible Assertive Community Treatment)[199] und das skandinavische Modell des Offenen Dialogs[200] Bezug.

Im Kreis Heinsberg stellt sich die Versorgungssituation dieser Patientengruppe wie bereits beschrieben dar. In vielen Fällen fehlt die fachärztliche Anbindung für diese Menschen, die dann oftmals beim Sozialpsychiatrischen Dienst vorstellig bzw. durch Drittpersonen vermittelt werden. Um eine fachärztliche Versorgung im ambulanten oder stationären Bereich zu ermöglichen, werden die Patient:innen in vielen Fällen auch in Versorgungseinrichtungen anderer Kreise vermittelt.

4. Digitalisierung

Im Landespsychiatrieplan des Landes Nordrhein-Westfalen wird festgehalten, dass durch eine Psychiatrieberichterstattung planerische Grundlagen geschaffen werden. Diese Berichterstattung enthält Aussagen

- zur Häufigkeit und Auswirkung psychischer Erkrankungen
- zu den Lebenslagen der betroffenen Frauen und Männer, Mädchen und Jungen
- zur Inanspruchnahme der Hilfen
- zur leistungsträgerübergreifenden Sicherstellung der Hilfen
- zu Partizipation, Teilhabe und Inklusion.[201]

Der sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Heinsberg nutzt im Rahmen der Suchtberatung die Software EBIS, welche Analysefunktionen vorhält, mittels derer eine adäquate Gesundheitsberichterstattung im o.g. Sinne ermöglicht wird. Dies schlägt sich im jeweiligen Jahresbericht der Suchtberatungsstellen nieder, welcher somit ein Planungsinstrument im Rahmen der Psychiatriekoordination darstellt. Im Bereich der psychiatrischen Beratung wird ein hauseigenes System genutzt, welches keine Analysefunktionen bereithält. Eine differenzierte Erfassung und Auswertung ist für diesen Bereich somit nicht möglich.

Im Rahmen der Digitalisierungsbestrebungen wird Kontakt zu verschiedenen Anbietern einer adäquaten, das Gesundheitsamt übergreifenden Software aufgenommen.

5. Gesundheitsberichterstattung

Die primäre Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung (Population Health Monitoring) besteht darin, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und deren Einflussfaktoren zu beschreiben. Auf der Basis dieser Daten können rationale gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden. Die Gesundheitsberichterstattung zählt zu den zehn zentralen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben werden.[202] Das im Jahre 2018 verfasste Leitbild des ÖGD sieht darin ebenfalls eine Kernaufgabe.[203] Eine weitere Verortung findet in den Gesundheitsdienstgesetzen der Bundesländer statt. § 6 (1) Nr. 5 sowie § 21 ÖGDG NRW nehmen diesbezüglich Stellung.
Die Suchtberatungsstelle des Kreises Heinsberg verfasst jährlich einen Bericht über die umgesetzten Aktivitäten und die aktuell vorliegenden Daten bezüglich des Suchtmittelgebrauchs. Auf der Basis

[199] https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf
[200] https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/dgsp/SP/SP_152/Beduerfnisangepasste_Behandlung_u._offener_Dialog__V._Aderhold_.pdf
[201] https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Landespsychiatrieplan_NRW/159
[202] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf
[203] https://www.bvoegd.de/leitbild/

dieser Datenlage können konkrete Zielsetzungen und damit verbundene Handlungsmaßnahmen abgeleitet werden.
Aufgrund der im Themenbereich Digitalisierung beschriebenen Problematik war eine derartige Auswertung im psychiatrischen Bereich bisher nicht möglich. Mit der angestrebten Einführung einer neuen Software in 2024 wird auch hier eine jährliche Auswertung möglich sein. Des Weiteren wurde eine Public Health Fachkraft am 01. März 2023 eingestellt, die den Bereich der Gesundheitsberichterstattung zusätzlich abdecken wird.

6. Psychische Gesundheitskompetenz

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Jahr 2000 erste Nationale Gesundheitsziele entwickelt. Handlungsleitend war dabei die Tatsache, dass das deutsche Gesundheitssystem als sehr komplex gilt und derartige Zielsetzungen zu einer angemessenen Qualität in Prävention, Kuration und Rehabilitation und zu einem wirtschaftlichen Ressourceneinsatz beitragen können. Eines der Ziele beschäftigt sich mit der Steigerung der Gesundheitskompetenz. Nach Sørensen et al.[204] versteht man unter diesem Begriff „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.“ Schwerpunkte bei der Entwicklung des Ziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ sind die vier folgenden Teilbereiche:

1. Transparenz erhöhen,
2. Kompetenz entwickeln,
3. Patient(inn)enrechte stärken
4. und Beschwerdemanagement verbessern

Mit der Zunahme der Bedeutung psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren hat sich explizit der Begriff der psychischen Gesundheitskompetenz entwickelt:

„Eine gute psychische Gesundheitskompetenz ist zugleich eine Basis für die seelische Gesundheit.“[205]

Gemäß einer Befragung durch die Stiftung Gesundheitswissen[206] aus dem Jahr 2023, ist die psychische Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung unterschiedlich ausgeprägt. Die repräsentative Befragung kam dabei u.a. zu folgenden Ergebnissen:

- 24 % der Menschen in Deutschland wissen nicht, wo sie hilfreiche Informationen zu psychischen Erkrankungen erhalten können,
- 36 % der Bevölkerung finden es schwierig oder sehr schwierig zu entscheiden, wo sie nach Informationen zu Unterstützung bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression suchen sollen,

[204] https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80
[205] https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/2023-08/2023_08_24_PM_DGSMP_psychischeGesundheitskompetenz.pdf
[206] https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/

- 78 % der befragten Frauen und 74 Prozent der befragten Männer wissen, wo sie hilfreiche Informationen zu psychischen Erkrankungen erhalten können,
- 72 % der chronisch Erkrankten wissen, wie sie eine Klinik für psychische Erkrankungen in der Gegend kontaktieren können.

Die Komplexität unseres Gesundheitssystems macht es notwendig, die Gesundheitskompetenz von Bürger:innen zu steigern. Bei den vielfältigen über das Internet zugänglichen Daten und Informationen ist es für Laien oft unmöglich zu entscheiden, ob die jeweilige Information im wissenschaftlichen Sinn verlässlich ist. Das Kompetenzzentrum für Training und Patientensicherheit AIXTRA am UK Aachen hat mit dem sog. Gesundheitskompetenz-Kompass[207] eine Plattform für professionell Tätige und Bürger:innen geschaffen, um die Gesundheitskompetenz möglichst vielfältig zu fördern. Der Gesundheitskompetenz-Kompass ist ein probates Mittel zur Zielerreichung für den Kreis Heinsberg und soll daher eine möglichst hohe Akzeptanz und Verbreitung finden.

7. Depression

Das sechste nationale Gesundheitsziel beschäftigt sich mit dem Thema Depression[208]. Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht davon aus, dass weltweit etwa 322 Millionen Menschen von Depressionen betroffen sind. Das sind mehr als 4,4 % der Weltbevölkerung und 18 % mehr als vor zehn Jahren. Für Deutschland schätzt die WHO die Zahl der Menschen mit Depressionen auf über vier Millionen[209]. Das Statistische Bundesamt (Destatis) stellt fest, dass im Jahr 2017 rund 266.000 Patient:innen aufgrund einer Depression vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden. Seit der Jahrtausendwende habe sich die Zahl verdoppelt. Auffallend sei dabei auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren. Zwar beträgt deren Anteil an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle nur 2%, jedoch hat sich dieser Anteil seit dem Jahre 2000 verzehnfacht. Ein vergleichbar starker Anstieg war auch in der Altersgruppe der 15 – 24-Jährigen zu verzeichnen. Dort hat sich die Zahl der Behandlungsfälle seit 2000 versiebenfacht[210]. Laut dem Landeszentrum Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) war jede siebte Frau und jeder vierzehnte Mann im Jahr 2018 aufgrund einer Depression in ärztlicher Behandlung. Eine repräsentative Befragung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2019 (NRW-Gesundheitssurvey) ergab eine 12-Monats-Prävalenz für Depressionen von 11,3 % bei den Frauen und 8,1 % bei den Männern. Eine Zunahme der Behandlungsfälle sei insbesondere bei den Rehabilitationsmaßnahmen und Arbeitsunfähigkeitsfällen zu verzeichnen[211]. Dieser Trend spiegelt sich auch in den Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die Kommunen des Kreises Heinsberg wider. In neun von zehn Kommunen ist zwischen den Jahren 2016 und 2019 ein Anstieg der Behandlungsdiagnose Depression zu verzeichnen. Ganz im Sinne des sechsten nationalen Gesundheitsziels sollte das Augenmerk auf der Verhinderung und der frühen Erkennung einer depressiven Erkrankung liegen. Die hier zu ergreifenden Maßnahmen beinhalten auch den bereits erwähnten Aspekt der Steigerung der Gesundheitskompetenz, sowohl auf Seiten der professionell Tätigen als auch auf der Seite der

[207] https://gekoko.de/

[208] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Depressive_Erkrankungen_verhindern__frueh_erkennen__nachhaltig_behandeln.pdf

[209] https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/depression-internationale-studie-bringt-licht-in-die-ursachen-der-lebensfinsternis-8288.php#:~:text=Die%20Weltgesundheitsorganisation%20WHO%20geht%20davon,Depressionen%20auf%20%C3%BCber%20vier%20Millionen.

[210] https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/depression-kinder-jugendliche-imfokus.html

[211] https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/psyche/depression/index.html

Bürger:innen. In diesem Zusammenhang sei auch das Konzept der Mental Health First Aid erwähnt, welches im Folgenden noch ausführlich erläutert wird[212].

8. Mental Health First Aid

Das Mental Health First Aid-Konzept ist eine Erweiterung des Konzepts der herkömmlichen Ersten Hilfe auf psychische Erkrankungen. Mental Health First Aid ist die erste und unmittelbare Unterstützung für Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden oder diese entwickeln, wie z. B. Depressionen oder Angststörungen, oder die sich in einer psychischen Krisensituation befinden, wie z. B. Selbstmordgedanken oder Panikattacken. Beim Mental-Health-First-Aid-Training handelt es sich um ein Schulungsprogramm, in dem Bürgerinnen und Bürger lernen, wie sie einer Person helfen können, deren psychische Gesundheit sich in unterschiedlichem Maße verschlechtert. Wie bei der herkömmlichen Erste-Hilfe-Schulung wird auch bei der Erste-Hilfe-Schulung für psychische Gesundheit nicht gelehrt, wie man psychische Erkrankungen oder Drogenkonsum behandelt oder diagnostiziert. Stattdessen lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, wie sie eine erste Unterstützung leisten können, bis geeignete professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird oder bis die Krise überwunden ist.

Das erste Schulungsprogramm für Mental Health First Aid wurde 2001 in Australien von einem Forschungsteam unter der Leitung von Betty Kitchener und Anthony Jorm entwickelt. Das Programm wurde entwickelt, um Mitgliedern der Öffentlichkeit beizubringen, wie sie Menschen mit psychischen Problemen erste Hilfe leisten und sie an geeignete professionelle Hilfe und kommunale Ressourcen vermitteln können. Sie testeten die Idee, dass Erste Hilfe für die psychische Gesundheit die Auswirkungen psychischer Probleme lindern, die Genesung beschleunigen und die Wahrscheinlichkeit von Selbstmord verringern könnte, indem sie Student:innen über häufige psychische Krisen aufklärten. Dazu gehören Selbstmordgedanken, vorsätzliche Selbstverletzung, Panikattacken oder Psychosesymptome und der Umgang mit diesen Situationen. Die Idee war, das Stigma, das mit psychischen Erkrankungen verbunden ist, zu verringern und die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Menschen mit psychischen Problemen Hilfe suchen, wodurch das Risiko, dass die Person zu Schaden kommt, verringert würde[213]. Neben den beschriebenen Effekten trägt dieses Konzept auch zu einer Förderung der Psychischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bei.

In der Euregio Maas-Rhein wird das Schulungsprogramm vom Unternehmen Mondriaan in Heerlen[214], Zuid-Limburg, angeboten. In Deutschland werden die MHFA-Ersthelfer-Kurse in der Trägerschaft des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und in Partnerschaft mit der Beisheim Stiftung sowie unter Lizenz von MHFA International in Mannheim sowie Online angeboten[215].

Das Konzept der Mental Health First Aid soll zukünftig im Kreis Heinsberg angeboten werden.

9. Menschen in Überlastungszuständen – Burn-Out

Im Januar 2022 tritt der neue Katalog der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO in Kraft. Er wurde das erste Mal seit fast 30 Jahren neu gefasst. Dabei wurde auch das Burn-out-Syndrom definiert und als Krankheit in die neue Klassifikationsliste ICD-11 aufgenommen. Außerdem macht die WHO eine wichtige Abgrenzung der Krankheit. So heißt es in der Definition, dass das Burn-out-Syndrom durch „chronischen Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich verarbeitet wird“

[212] https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/
[213] https://de.wikipedia.org/wiki/Mental_Health_First_Aid
[214] https://www.mondriaan.eu/sites/mondriaan/files/Folder%20MHFA%20Limburg.pdf
[215] https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/

entsteht. Der Begriff Burn-out soll deshalb in Zukunft auch ausschließlich im beruflichen Zusammenhang verwendet werden[216].

In der deutschen Entwurfsfassung[217] zur ICD-11 findet sich die Diagnose „Burnout“ nun unter dem Code QD85 mit folgendem Wortlaut:

„Beschreibung

Burnout ist ein Syndrom, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz konzeptualisiert wird, der nicht erfolgreich bewältigt wurde. Es ist durch drei Dimensionen gekennzeichnet:

1) Gefühle der Energieerschöpfung oder Erschöpfung
2) Erhöhte mentale Distanz zur Arbeit oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus in Bezug auf die Arbeit
3) Ein Gefühl der Ineffektivität und des Mangels an Leistung.

Burnout bezieht sich speziell auf Phänomene im beruflichen Kontext und sollte nicht zur Beschreibung von Erfahrungen in anderen Lebensbereichen verwendet werden.“

Der zunehmende Druck auf Menschen im Berufs- und Privatleben führt in steigender Zahl zu Überlastungsreaktionen im o.g. Sinn. Es ist daher wichtig, die Gesundheitskompetenz der Bürger:innen auch in diesem Punkt zu stärken, Präventionsangebote zu machen und adäquate Versorgungsprogramme bei eingetretenem Burnout flächendeckend anzubieten.

10. Auswirkungen des demografischen Wandels – Demenz und Altersdepression

Auf diese Thematik wurde bereits im Einleitungskapitel unter dem Titel „Der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Senioren:innen – Demenz und Altersdepression (Seite 18 bis 21)“ ausführlich eingegangen. Allerdings sei an dieser Stelle nochmals auf die Gruppe der versorgenden Angehörigen hingewiesen. In Deutschland wurden im Jahr 2019 etwa 80 % der Pflegebedürftigen von Angehörigen zu Hause gepflegt, die meisten davon ohne Unterstützung von Pflegediensten. Nicht selten wird die Erwerbstätigkeit aufgrund von Pflegeaufgaben eingeschränkt und zum Teil auch ganz aufgegeben. Ein bedeutsamer Teil der pflegenden Angehörigen ist selbst schon im, teilweise hohen, Rentenalter. Auch viele Kinder und Jugendliche zwischen zehn und neunzehn Jahren übernehmen Aufgaben in der Pflege von Familienangehörigen[218].

Oftmals kommt es in der Pflege von Demenzerkrankten zu mitunter starken psychischen Belastungen. Dazu gehören Scham, Trauer, Stress, soziale Isolation und Hilflosigkeit. Bei mehr als der Hälfte der befragten Pflegenden zeigten sich in der Selbsteinschätzung Anzeichen einer Depression. Daneben können noch eine Reihe an körperlichen Symptomen auftreten, die direkt oder indirekt mit den psychischen Belastungen in Zusammenhang stehen. Es ist daher ein wichtiges Anliegen, bei dem Thema „Demografischer Wandel“ diese wichtige gesellschaftliche Gruppe und deren Bedürfnisse immer mitzudenken.

Betrachtet man die von der KV Nordrhein zur Verfügung gestellten Zahlen der Behandlungsdiagnose Demenz, ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Belastbare Daten zur Diagnose Altersdepression

[216] https://www.tk-lex.tk.de/
[217] https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
[218] https://gesund.bund.de/belastungen-pflegende-angehoerige#anzeichen-fuer-ueberlastung

liegen nicht vor. Ein wichtiger Faktor im Rahmen der Entstehung einer Altersdepression ist der Aspekt der Einsamkeit. Prof. Dr. Luhmann, eine der führenden deutschen Einsamkeitsforscher*innen, definiert Einsamkeit in Anlehnung an Peplau/Perlman (1982) als: „eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen den gewünschten und den tatsächlichen sozialen Beziehungen“. Eine im Lancet Psychiatry 2021 veröffentlichte Studie aus Großbritannien, die über einen Zeitraum von zwölf Jahren lief, konnte den Zusammenhang zwischen Einsamkeit und der Entstehung depressiver Symptome belegen. Ein Drittel der älteren Erwachsenen im Vereinigten Königreich leidet unter Einsamkeit und sie ist ein modifizierbarer potenzieller Risikofaktor für depressive Symptome. Es ist unklar, wie der Zusammenhang zwischen Einsamkeit und depressiven Symptomen im Laufe der Zeit bestehen bleibt und ob er unabhängig von verwandten sozialen Konstrukten und genetischen Störfaktoren ist. Ziel der Studie war es, den Zusammenhang zwischen Einsamkeit und depressiven Symptomen in einer großen, landesweit repräsentativen Kohorte von Erwachsenen im Alter von 50 Jahren und älter in England zu untersuchen, die während einer Nachbeobachtungszeit von zwölf Jahren mehrfach erfasst wurden. Zusammenfassend stellten die Forscher:innen fest, dass Einsamkeit unabhängig von anderen Aspekten sozialer Beziehungen (d. h. auch bei Personen, die nicht sozial isoliert waren oder sich sozial unterstützt fühlten) mit einem erhöhten Risiko für eine spätere Depression oder einen erhöhten Schweregrad depressiver Symptome verbunden war und dass dieses erhöhte Risiko bis zu 12 Jahre nach Auftreten der Einsamkeit bestehen blieb[219]. Auch in der Euregio Maas-Rhein hat man sich mittels des euPrevent-Projektes PROFILE dieser Thematik angenommen[220].

Wichtig für die Bürger:innen des Kreises Heinsberg ist, eine Klarheit darüber zu haben, an wen sie sich im Bedarfsfall wenden können und welche Unterstützungs- und Versorgungsangebote im Kreisgebiet vorhanden sind. Von Seiten des Gesundheitsamtes sollten Versorgungslücken aufgedeckt und benannt werden, um gemeinsam mit Anbieter:innen von Gesundheitsleistungen zusätzliche Angebote zu entwickeln.

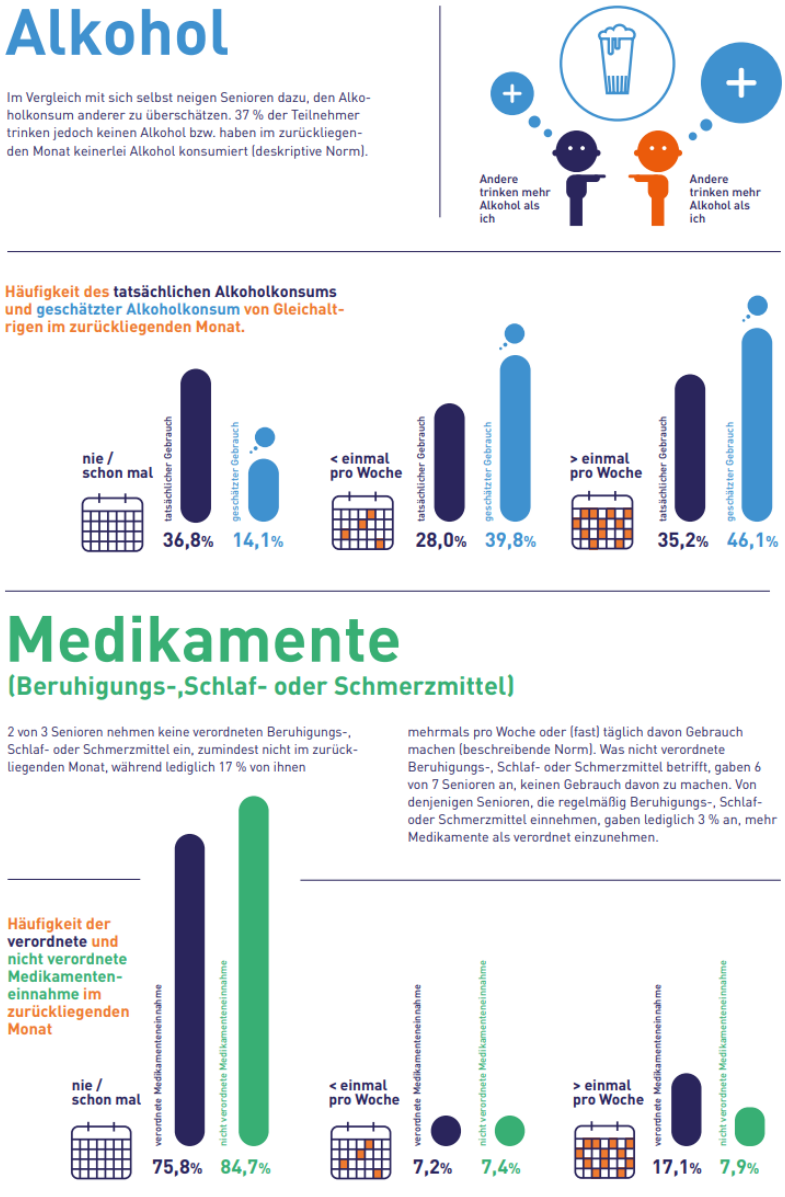
11. Sucht im Alter

Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung infolge der komplexen Veränderung der Bevölkerungsstruktur und des tiefgreifenden Wandels des Sozial- und Gesundheitssystems gewinnt das Thema Gesundheit im Alter heute und auch zukünftig immer stärker an Bedeutung. Jedoch wird Sucht im Alter noch zu selten als eigenständige Problematik wahrgenommen, weil sie oftmals im Verborgenen stattfindet oder verharmlost wird. Psychosoziale Faktoren wie Altersstress, Hilflosigkeit, Depressionen, Vereinsamung und Verlusterlebnisse begünstigen eine Suchtentwicklung im höheren Lebensalter. Dabei sind der Substanzmissbrauch und die damit verbundenen Abhängigkeiten keine Randerscheinung. 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[221]. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Suchterkrankungen nicht nur für eine Verschlechterung der Lebensqualität vieler alter Menschen verantwortlich sind, sondern unmittelbar

[219] https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30383-7/fulltext
[220] https://euprevent.eu/de/profile/
[221] https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_im_Alter.pdf

auch für das Entstehen oder die Verschlimmerung von schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen[222].

Im Gebiet der Euregio Maas-Rhein wurde zwischen 2019 und 2020 der sog. Euregional Health Survey im Rahmen des euPrevent Social Norms Approach (SNA)-Projektes u.a. bei den über 55-Jährigen durchgeführt. Dabei bezog sich die Befragung der 3.122 Befragten aus den Regionen Süd-Limburg (NL), Provinz Limburg (BE), Provinz Lüttich, französischsprachiger Teil (BE), Provinz Lüttich, Ostbelgien (BE), Städteregion Aachen (DE), Kreis Heinsberg (DE), Kreis Euskirchen (DE) und Landkreis Bitburg-Prüm (DE) auf den Alkoholkonsum sowie die Einnahme von Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmitteln. Gemäß den Ergebnissen dieser Studie gelten 21% der Befragten älteren Bürger:innen in der Euregio Maas-Rhein als suchtgefährdet[223].



224

[222] https://www.aerzteblatt.de/archiv/54098/Sucht-im-Alter-Die-stille-Katastrophe
[223] https://euprevent.eu/de/project-social-norms-approach/
[224] https://euprevent.eu/wp-content/uploads/2021/01/Infographic-Ergebnisse-Euroregional-Health-Survey-Zielgruppe-Senioren-55.pdf

Riskant konsumierende Senior:innen benötigen angemessene Rückmeldung und Unterstützung, um eine mögliche Entwicklung in Richtung Schädigung und Abhängigkeit zu vermeiden. Bei entsprechender Motivation und Behandlung in altersentsprechenden Seniorengruppen sind die Erfolgsaussichten wesentlich günstiger als allgemein angenommen. Ein vielversprechendes Konzept stellt dabei "MoKuSen – Motivierende Kurzintervention mit Seniorinnen und Senioren" der Ginko-Stiftung für Prävention[225] dar. Es handelt sich dabei um eine auf dem bereits an anderer Stelle erwähnten Konzept MOVE basierende Fortbildung in Gesprächsführung für ehrenamtliche und professionelle Mitarbeiter:innen in der Altenhilfe und Seniorenarbeit. Sie wird NRW-weit angeboten und bedient sich der zentralen Themen "Motivation" und "Veränderungsprozess".

Ziel der Fortbildung ist es, Senior:innen mit einem problematischen Verhalten etwa in Bezug auf ihre eigene Gesundheit frühzeitig in ihrem Lebensalltag zu erreichen und dadurch die individuelle Bereitschaft zur Veränderung zu fördern. Dazu zählt z.B. riskantes Verhalten in Hinblick auf Suchtmittelkonsum, Einsamkeit, Ernährung oder Bewegung.

Die Fortbildung dient der Prävention und befähigt die teilnehmenden Personen zu einer empathischen und wertschätzenden Gesprächsführung mit Senior:innen auf Augenhöhe. Die Teilnehmenden erlernen und trainieren praxisorientiert Haltung und Fertigkeiten für motivierende Gespräche, um die Kommunikation über problematische Verhaltensweisen im Gespräch zu verbessern[226].

Der Kreis Heinsberg möchte dieses Konzept im Kreisgebiet gemeinsam mit den Akteur:innen der PSAG umsetzen.

12. Legalisierung von Cannabis

Schon seit geraumer Zeit wird in der Bundesregierung die Legalisierung von Cannabis angestrebt. Die Bundesregierung begründet ihr Vorhaben u. a. mit der Qualitätskontrolle, der Verhinderung von Verunreinigung sowie mit der Gewährleistung des Jugendschutzes. Gesundheitsminister Lauterbauch (SPD) hat im Jahre 2022 mögliche Eckpunkte eines Legalisierungsplans vorgestellt, die im Folgenden aufgeführt werden:

- Cannabis gehört nicht mehr zu verbotenen Substanzen nach dem Betäubungsmittelgesetz. Der Besitz und Konsum bleiben unter bestimmten Bedingungen straffrei.
- Für Erwachsene sind bis zu 25 Gramm pro Tag erlaubt, maximal 50 Gramm pro Monat, 18- bis 21-Jährige dürfen maximal 30 Gramm pro Monat bekommen (mit einer Obergrenze beim Wirkstoffgehalt von maximal 10mg).
- Die Abgabe erfolgt über sogenannte Cannabis-Clubs, für die bestimmte Regeln gelten. Sie dürfen keine Werbung machen.
- Finanziert wird der Anbau im Verein über Mitgliedsbeiträge, es gibt also keinen Verkauf in dem Sinne.
- Maximal drei "weibliche blühende Pflanzen" sind im Eigenanbau erlaubt - geschützt vor dem Zugriff durch Kinder und Jugendliche.
- In der Öffentlichkeit ist der Konsum nahe Schulen oder Kitas verboten.
- Eine Expertenkommission soll bis 31. März 2024 eine neue Regelung im Straßenverkehr festlegen. Der bisherige THC-Grenzwert von einem Nanogramm je Milliliter Blutserum gilt als zu niedrig.

[225] https://www.starkbleiben.nrw.de/
[226] https://www.starkbleiben.nrw.de/mokusen-fortbildung

- Frühere Verurteilungen wegen Besitzes oder Eigenanbaus bis 25 Gramm oder maximal drei Pflanzen können auf Antrag aus dem Bundeszentralregister gelöscht werden, wenn das damalige Verhalten nach neuem Recht nicht mehr strafbar ist. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes werden Ermittlungs- und Strafverfahren beendet, die nach dem neuen Recht keine Grundlage mehr haben.
- Eine Kampagne der Bundesregierung soll auf die Gefahren des Cannabiskonsums für junge Menschen aufmerksam machen.[227]

Mit einer Umsetzung der Legalisierung von Cannabis wird im 1. Quartal 2024 gerechnet. Diese Legalisierungsbestrebungen werden in der Fachwelt mitunter kontrovers diskutiert. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) stellt sowohl in ihrem Positionspapier vom 29.03.2022[228] als auch in ihrer Stellungnahme vom 02.11.2023[229] fest, dass eine Entkriminalisierung umfassende Maßnahmen im Bereich Prävention und Behandlung, Jugendschutz sowie Begleitforschung beinhalten muss. Die diesbezüglich im Gesetzentwurf von der Bundesregierung formulierten Maßnahmen seien bei Weitem nicht ausreichend. Als Kernaussagen formulierte die DGPPN in ihrer Stellungnahme von 2023 Folgendes:

- Die Altersgrenze für den Zugang zu Cannabis ist mit 18 Jahren zu niedrig, da die Gehirnentwicklung in der Regel bis Mitte 20 noch nicht abgeschlossen ist. Aufgrund übereinstimmender klinischer Befunde zu erhöhtem Psychoserisiko und veränderter Reifung der Neuronen bei frühem Cannabiskonsum, z. B. in der Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter, soll Cannabis nicht vor Abschluss der Gehirnreifung konsumiert werden.
- In diesem Zusammenhang ist die vorgesehene Abgabemenge auch für die 18-21-Jährigen eindeutig als zu hoch anzusehen.
- Die Legalisierung von Cannabis muss mit dem Aus- und Aufbau wohnortnaher, evidenzbasierter Beratungs- und Hilfsangebote sowie der Finanzierung spezifischer Behandlungsangebote und des zusätzlichen Aufwands in den Suchtberatungsstellen einhergehen. Dies lässt der Entwurf vermissen.
- Die vorgesehenen jährlichen Mittel von 1 Mio. Euro für die wissenschaftliche Evaluation der Legalisierung sind erfahrungsgemäß zu niedrig angesetzt. Die Begleitforschung sollte baldmöglichst beginnen, um den Status-Quo vor der Entkriminalisierung zu erfassen und sie sollte die Veränderungen über mindestens 5, besser 10 Jahre nach der Entkriminalisierung verfolgen.[230]

Vor diesem Hintergrund ist es für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Kreis Heinsberg unerlässlich, eine gemeinsame Vorgehensweise unter den Akteur:innen im Bereich der Suchtberatung und insbesondere im Bereich der Suchtprävention zu vereinbaren. Dabei kommt auch hier dem Aspekt der Förderung der Gesundheitskompetenz eine besondere Bedeutung zu.

13. Synthetische Opioide

Am Sonntag, den 12. November 2023, berichtet die Zeitung The Irish Times, dass die Zahl der Drogennotfälle aufgrund des Konsums synthetischer Opioide in Dublin auf 54 gestiegen sei[231]. Der

[227] https://www.brisant.de/gesundheit/drogen/cannabis-kaufen-142.html#sprung0
[228] https://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2022/positionspapier-cannabislegalisierung.html#2
[229] https://www.bundestag.de/resource/blob/974832/f3e278279dcf120ee285620d7cd455bd/20_14_0154-27-_Deutsche-Gesellschaft-fuer-Psychiatrie-und-Psychotherapie_Cannabis_nicht-barrierefrei-data.pdf
[230] https://www.bundestag.de/resource/blob/974832/f3e278279dcf120ee285620d7cd455bd/20_14_0154-27-_Deutsche-Gesellschaft-fuer-Psychiatrie-und-Psychotherapie_Cannabis_nicht-barrierefrei-data.pdf
[231] https://www.irishtimes.com/health/2023/11/12/number-of-suspected-heroin-overdoses-in-dublin-rises-to-54/

öffentliche Gesundheitsdienst Irlands, The Health Service Executive (HSE), stellte bereits am 10. November 2023 fest, dass in den Heroin-Proben aus Dublin Nitazene nachgewiesen werden konnte[232]. Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich auch in England ab, wie die folgende Tabelle der National Crime Agency zeigt[233].

Deaths linked to nitazenes since June 2023

Post-mortem toxicology results revealed the super-strength drugs

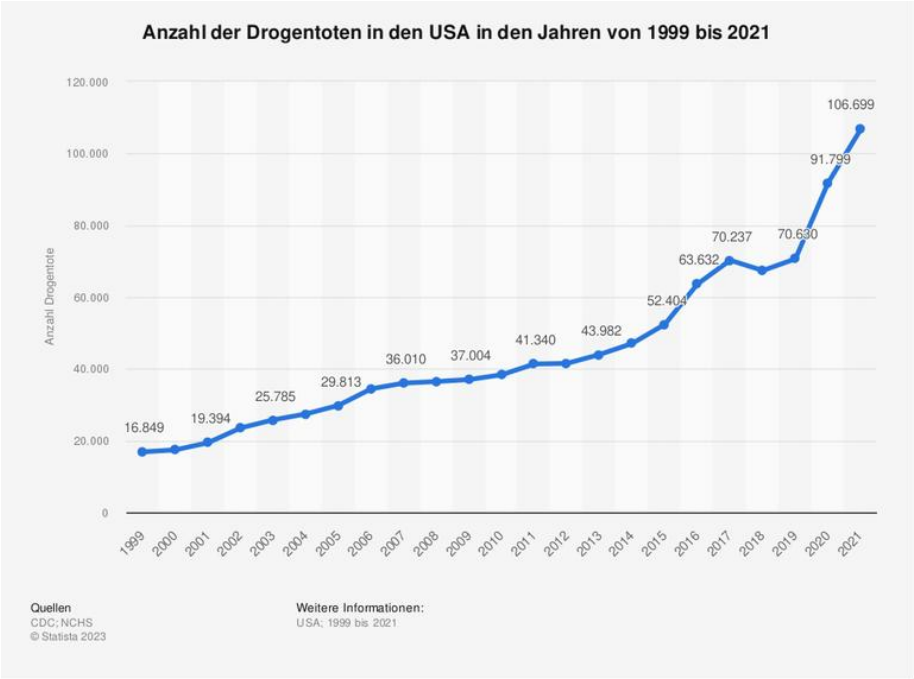
Region	Number of deaths
West Midlands	17
East of England	9
Scotland	9
South East England	6
South West England	5
Yorkshire & Humber	3
East Midlands	2
London	2
North West England	1
Total	54

Data from 1 June 2023-7 December 2023

Source: National Crime Agency BBC

Diese Entwicklungen nahmen der Bundesverband Akzept[234], die Deutsche Aids-Hilfe (DAH)[235] und die Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (katho)[236] zum Anlass, um im Rahmen einer am 21. November 2023 veröffentlichen Pressemitteilung auf diese Häufung der Drogennotfälle und die möglichen Konsequenzen für die Bundesrepublik Deutschland hinzuweisen. Die aus Großbritannien berichteten Fälle seien ein Indiz dafür, dass synthetische Opioide wie Fentanyl und Nitazene in Europa auf dem Vormarsch seien[237]. In den USA hat die massenhafte Verbreitung dieser Substanzen verheerende Folgen. Ausgangspunkt der Opioid-Krise waren Pharmafirmen, die hochwirksame Schmerzmittel mit aggressiven Werbekampagnen in den Markt einbrachten und dabei das Suchtpotenzial wesentlich geringer angaben, als es tatsächlich ist. In Kombination mit einer fragwürdigen Verschreibungspraxis einiger Ärzt:innen führte dies zu immer mehr Drogensüchtigen, die in die Illegalität abrutschten, weil sie im fortgeschrittenen Stadium keine Rezepte mehr erhielten.[238] Im Zentrum steht dabei Fentanyl und dessen Derivate. Die Auswirkungen des Missbrauchs mittels synthetischer Opioide in den USA zeigt die folgende Darstellung der Anzahl der Drogentoten, wobei laut US-Regierung die Droge Fentanyl die Todesursache Nummer eins für Menschen zwischen 18 und 49 Jahren ist[239].

[232] https://www.hse.ie/eng/services/news/media/pressrel/nitazenes-detected-in-heroin-samples-related-to-dublin-overdose-cluster.html
[233] https://www.bbc.com/news/uk-67589364
[234] https://www.akzept.eu/
[235] https://www.aidshilfe.de/
[236] https://katho-nrw.de/
[237] https://katho-nrw.de/news/detailansicht/haeufung-von-drogennotfaellen-in-europa-deutschland-muss-sich-vorbereiten
[238] https://www.deutschlandfunk.de/fentanyl-opioide-drogen-krise-100.html
[239] https://www.deutschlandfunk.de/fentanyl-opioide-drogen-krise-100.html



Die Verfasser:innen der Pressemitteilung vom 21. November 2023 fordern daher Städte und Kommunen auf, Vorkehrungen zu treffen, um den zu erwartenden Drogennotfällen begegnen zu können. Bund und Bundesländer sollten Mittel zur Verfügung stellen, um Programme zur Schadensminderung bei Drogenkonsument:innen vorzuhalten und auszubauen[240]. Das europäische Forschungsprojekt „Stärkung der Reaktionsbereitschaft von Gesundheitssystemen auf den potenziellen Anstieg der Prävalenz und des Konsums von synthetischen Opioiden“ (Strengthening Synthetic Opioids Health Systems‘ Preparedness to respond to the Potential Increases in Prevalence and Use of Synthetic Opioids, SO-PREP)[241] hat diesbezüglich ein Toolkit mit Anleitungen zu sieben Schlüsselstrategien entwickelt[242].

1. Frühwarnsysteme
2. Internet-Monitoring
3. E-Health
4. Drug-Checking
5. Drogenkonsumräume
6. Naloxon
7. Opioid-Agonisten-Therapie

Dieses Thema wurde im Kreis Heinsberg bereits im Rahmen des 15. Hückelhovener Suchtforums der Beratungsstelle für Suchtfragen des Caritasverbandes für die Region Heinsberg e.V. in Kooperation mit dem Diakonischen Werk des Kirchenkreises Jülich am 22.11.2023 von den Veranstalter:innen aufgegriffen. 92 Teilnehmende, darunter unter anderem Vertreter:innen aus der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe, Schulsozialarbeit, Schulen, Jugendwerkstatt, Substitutionspraxen,

[240] https://katho-nrw.de/news/detailansicht/haeufung-von-drogennotfaellen-in-europa-deutschland-muss-sich-vorbereiten
[241] https://so-prep-project.eu/
[242] https://www.konturen.de/fachbeitraege/synthetische-opioide-auf-dem-europaeischen-drogenmarkt/

Suchtberatungsstelle des Kreises und der Städteregion Aachen, der Psychiatrie, Bewährungshilfe und JVA, hatten sich im Vorfeld angemeldet[243].

In Anbetracht der zu erwartenden Entwicklungen sollten im Kreis Heinsberg Konzepte im Bereich der Versorgung sowie insbesondere im Bereich präventiver Maßnahmen weiter ausgebaut werden. Dies beinhaltet ggf. auch die Überlegung und Prüfung die personellen Ressourcen, insbesondere im Bereich der Suchtberatung, zu erweitern.

[243] https://www.caritas-heinsberg.de/willkommen/beitrag/15-hueckelhovener-suchtforum-zum-thema-synthetische-opioide-sensibilisieren-gegen-einen-moeglichen-neuen-trend.html

4. Literaturliste Psychiatrie- und Suchtplan des Kreises Heinsberg

1. Aderhold, V., Bedürfnissangepasste Behandlung und offener Dialog, DGSP-Jahrestagung 2015: Ver-rücktes Europa, Soziale Psychiatrie 02/2016, S. 25-30
2. Adli, M., Schöndorf, J. Macht uns die Stadt krank? Wirkung von Stadtstress auf Emotionen, Verhalten und psychische Gesundheit, Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:979–986 https://doi.org/10.1007/s00103-020-03185-w, Online publiziert: 7. Juli 2020
3. Adorjan, K., Pogarell, O., Pröbstl, L. et al. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Nervenarzt 92, 562–570 (2021). https://doi.org/10.1007/s00115-021-01129-6
4. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. – Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und Suchtkranker Eltern, Februar 2020, https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf
5. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. – Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern - Abschlussbericht, Februar 2020, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf
6. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit - Untersuchung zur Wirksamkeit einer Informationskampagne in den sozialen Medien zur Prävention psychischer Erkrankungen junger Erwachsener durch Wissensvermittlung und Sensibilisierung – Abschlussbericht, im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, Berlin, Juni 2020, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/Abschlussbericht_Social_Media-Projekt_bf.pdf
7. Albers, Matthias / Elgeti, Hermann: Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste. 2018.
8. Albrecht, M. et al., Faktencheck Psychotherapeuten. Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze, IGES Institut in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi, Psychologische Hochschule Berlin, Studienbericht für die Bertelsmann-Stiftung und die Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin, Oktober, 2016
9. Amruta Nori-Sarma, PhD, MPH1; Shengzhi Sun, PhD1,2; Yuantong Sun, MSc1; et al Association Between Ambient Heat and Risk of Emergency Department Visits for Mental Health Among US Adults, 2010 to 2019, JAMA Psychiatry. 2022;79(4):341-349. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.4369
10. Amtsblatt der Europäischen Union, C 102I, 24. März 2021, EU-Drogenstrategie 2021-2025, https://www.consilium.europa.eu/de/policies/eu-drugs-policy/ and financial strains. An analysis of the German National Cohort (NAKO) Study.
11. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. Br J Psychiatry. 2013 Aug;203(2):146-51. doi: 10.1192/bjp.bp.112.122978. Epub 2013 Jun 20. PMID: 23787060.
12. AOK Gesundheitsreport 2022 Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg, https://www.aok.de/pk/cl/fileadmin/user_upload/AOK-Rheinland-Hamburg/07-Presse/Gesundheitsreport_2022.pdf
13. Ascheraden, C. von; Gellert, R.; Hagenbuch, F., Sucht im Alter: Die stille Katastrophe, Dtsch. Ärzteblatt, PP 6, Ausgabe Januar 2007, Seite 17

14. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN, Lochbühler K, Kraus L: The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines—an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 577–84. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577
15. Bachmann, K. M., Moggi, F., Wittig, R., Donati, R., Brodbeck, J., Hirsbrunner, H. P.: Doppeldiagnose-Patienten. In: W. Böker, H. D. Brenner (Hrsg.): Behandlung schizophrener Psychose. Enke, Stuttgart 2002.
16. Bajbouj M, Alabdullah J, Ahmad S, Schidem S, Zellmann H, Schneider F, Heuser I. Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland: Erkenntnisse aus der Not- und Entwicklungshilfe [Psychosocial care of refugees in Germany: Insights from the emergency relief and development aid]. Nervenarzt. 2018 Jan;89(1):1-7. German. doi: 10.1007/s00115-017-0326-y. PMID: 28405699.
17. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 31 Barmer Gesundheitsreport 2021 Berufsatlas, ISBN (PDF): 978-3-946199-67-0, https://www.barmer.de/resource/blob/1032110/aaafa3405427f0b05d34a7f20fd904d1/barmer-gesundheitsreport-2021-data.pdf
Bayerisches Ärzteblatt, Ausgabe September (9) 2013, Seite 408
18. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen - Die UN-Behindertenrechtskonvention, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Demokratie braucht Inklusion, Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein, https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf
19. Bendig, H., Lück, P., Mätschke, L.-M., Paridon, H., Psyche und Gesundheit im Erwerbsleben, Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), iga.Fakten 10, 1. Auflage, November 2016
20. Bengel, J. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, eine Expertise/von Jürgen Bengel, Regine Strittmacher und Hildegard Willmann. Im Auftrag der BZgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln. Erw. Neuaufl. Köln: BZgA, 2001 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6)
Bericht 2016, Bearbeitet durch Information und Technik Nordrhein-Westfalen Geschäftsbereich Statistik, Im Auftrag der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, https://nachhaltigkeit.nrw.de/fileadmin/Dokumente/nachhaltigkeits-indikatorenbericht_2016.pdf
21. Bisenius, S., Kersting, A., Psychosomatische Aspekte von Long-Covid, MMW - Fortschritte der Medizin / Ausgabe 1/2022, https://doi.org/10.1007/s15006-021-0540-1
22. Bliemetsrieder, S. | Maar, K. | Schmidt, J. | Tsirikiotis, A. (Hrsg.) Partizipation in sozialpsychiatrischen Handlungsfeldern, Hochschule Esslingen, 2018, ISBN 978-3-947390-04-5 (PDF)
23. Bombana M, Heinzel-Gutenbrunner M, Müller G. Psychische Belastung und ihre Folgen für die Krankheitskosten – eine Längsschnittstudie in Deutschland. Das Gesundheitswesen 2022; 84(10): 911 - 918. doi:10.1055/a-1842-5458
24. Borbé, R., Rosemann, M., Nienaber, A., Steinhart, I., Heinz, A. Gemeindepsychiatrische Ansätze zur Vermeidung der Unterbringung in geschlossenen Heimen – eine Positionsbestimmung, Nervenarzt 2021 · 92:935–940, https://doi.org/10.1007/s00115-021-01136-7, © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

25. Bösing, s., Schädle, J. „Psychisch krank“ – eine Abwärtsspirale in die Armut?, in: Menschenwürde ist Menschenrecht – Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017, S. 67-76, Der Paritätische Gesamtverband, https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Armutsbericht/doc/armutsbericht-2017_web.pdf
26. Boumans, J., van den Bulck, F.A.E., Bovens, R.H.L.M. et al. Werkzame elementen van alcoholinterventies om (problematisch) alcoholgebruik bij 55-plussers te voorkomen en te verminderen: een systematische review. TSG Tijdschr Gezondheidswet 101, 109–119 (2023). https://doi.org/10.1007/s12508-023-00388-9
27. Brakemeier, E.-L. Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2020), 49, pp. 1-31 https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574.
28. Bramesfeld, A., Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe, Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:363–370, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03671-x Brenner H, Fischer B, Franzke CW, Gastell S, Holleczek B, Jöckel KH, Kaaks R, Keil T,
29. Bühler, A., Thrul, J., Gomes de Matos, E., Expertise zur Suchtprävention 2020, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2020, file:///C:/Users/grimma53/Downloads/60640052.pdf
30. Bühring, P. - Prävention psychischer Erkrankungen: Fokus auf die Risikogruppen, Dtsch Arztebl 2018; 115(43): A-1942 / B-1623 / C-1607
31. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ), Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit, https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/strategie-der-bundesregierung-gegen-einsamkeit-234582
32. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 13. Kinder- und Jugendbericht, 20.11.2009, https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/13-kinder-und-jugendbericht-87246
33. Bundespsychotherapeuten Kammer (BPtK), Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen, 2020, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/08/2020-08-17_BPtK-Hintergrund_Corona-Pandemie-und-psychische-Erkrankungen.pdf
34. Bundespsychotherapeuten Kammer (BPtK), Klimakrise und psychische Gesundheit – Informationen und politischer Handlungsbedarf, 28.09.2023, https://api.bptk.de/uploads/B_Pt_K_Standpunkt_Klimakrise_und_psychische_Gesundheit_5fe04373cc.pdf
35. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – Was erhält Menschen gesund?, Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6), https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/band-06-was-erhaelt-menschen-gesund-antonovskys-modell-der-salutogenese/
36. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 01: Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, 1. Auflage 2015
37. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Method en 10.17623/BZGA:224-E-Book-2018

38. Cohrs S, Pehlke JR, Jordan W, Langosch JM, Kieser C, Pollmächer T: Dramatische Veränderungen der Altersstruktur bei Fachärzten im Bereich psychischer Gesundheit. Nervenarzt 2022; 93 (7): 695–705.
39. Council of the European Union - EU Drugs Strategy 2021-2025, https://www.consilium.europa.eu/media/49194/eu-drugs-strategy-booklet.pdf
40. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. – GBV Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen – Versorgung wie aus einer Hand, Konzeption für ein Projekt des Innovationsfonds, Stand Februar 2019, https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/GBV_Konzept.pdf
41. DAK Gesundheitsreport 2022 Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten Risiko Psyche: Wie Depressionen, Ängste und Stress das Herz belasten, DAK Hamburg, April 2022, https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2022-pdf-2548398.pdf
42. de Vos JA, Radstaak M, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Having an Eating Disorder and Still Being Able to Flourish? Examination of Pathological Symptoms and Well-Being as Two Continua of Mental Health in a Clinical Sample. Front Psychol. 2018 Nov 15;9: 2145. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02145. PMID: 30498463; PMCID: PMC6249270.
43. Der Paritätische Gesamtverband, Menschenwürde ist Menschenrecht. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017, https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/armutsbericht-2017.pdf
44. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Das Stigma psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft, Pressemitteilung vom 10. Oktober 2017, https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2017/psychiatrie-und-gesellschaft.html
45. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) zu den Auswirkungen der Klimaveränderungen auf die psychische Gesundheit, https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2019.html
46. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Basisdaten Psychische Erkrankungen, Stand: Oktober 2020, https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html
47. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Basisdaten Psychische Erkrankungen, Stand: Januar 2022. https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html
48. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung, https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html
49. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) - Stellungnahme zum IV. Dialogforum des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen des Bundesgesundheitsministeriums vom 02.12.2020, https://www.psychiatriedialog.de/fileadmin/downloads/Stellungnahmen_4_Dialog/2020-12-02_STN_DGPPN_zum_IV._Dialogforum_FIN.pdf
50. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren

psychischen Erkrankungen - S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage 2019, AWMF Online, Verlag Springer
51. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Basisdaten Psychische Erkrankungen, Stand: Januar 2022. https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html
52. Deutsche Gesellschaft für Psychologie DBPs e.V., Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologie auf die Schrift des Deutschen Ethikrates zu „Mensch und Maschine - Herausforderungen durch Künstliche Intelligenz“ - KI-basierte Systeme als Ersatz für Psychotherapie? Ein eindeutiges Nein!, https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/Stellungnahmen/DGPs-Stellungnahme-Ethikrat_20232703.pdf
53. Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Spitzenverband - UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Vision einer inklusiven Gesellschaft, Version1.0, https://www.dguv.de/medien/inhalt/presse/hintergrund/aktionsplan/wissensbaustein.pdf
54. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) DHS Jahrbuch Sucht 2022 Lengerich: Pabst Science Publishers, 2022. ISBN 978-3-95853-765-1 eBook: 978-3-95853-766-8
55. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPtV) Report Psychotherapie 2021, 2. Auflage Mai 2021 / Stand: März 2021, https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf
56. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV), Report Psychotherapie 2020/2021, https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/informationen/verbandspublikationen/report-psychotherapie/
57. Deutsche Rentenversicherung - Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.html
58. Deutsche Rentenversicherung, Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Abhängigkeit, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/entwoehnungsbehandlung.html
59. Deutscher Bundestag - Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich" auf der Grundlage des Modellprogramms „Psychiatrie"der Bundesregierung, Deutscher Bundestag 11. Wahlperiode, Drucksache 11/8494 vom 27.11.1990, https://dserver.bundestag.de/btd/11/084/1108494.pdf
60. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2021, Pressemitteilung vom Juni 2021 Klimawandel - Klimakommunikation soll uns aus Scham und Lähmung befreien, https://www.dgpm.de/de/presse/presse-informationen/presse-information/klimawandel-klimakommunikation-soll-uns-aus-scham-und-laehmung-befreien/
61. Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (DKI), Psychiatrie Barometer Umfrage 2021/2022, https://www.dki.de/sites/default/files/2022-07/2022_Final_Psych-Barometer_web.pdf
62. Die Bundesregierung – Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie, Aktualisierung 2018, https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1546450/65089964ed4a2ab07ca8a4919e09e0af/2018-11-07-aktualisierung-dns-2018-data.pdf?download=1

63. Die Bundesregierung – Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie, Neuauflage 2016, https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/318676/3d30c6c2875a9a08d364620ab7916af6/2017-01-11-nachhaltigkeitsstrategie-data.pdf?download=1
64. Die Bundesregierung – Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie, Weiterentwicklung 2021, https://www.bundesregierung.de/resource/blob/998006/1873516/7c0614aff0f2c847f51c4d8e9646e610/2021-03-10-dns-2021-finale-langfassung-barrierefrei-data.pdf?download=1
65. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Jahresbericht 2021, https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/service/publikationen/
66. Die Nationale Präventionskonferenz – Bundesrahmenempfehlungen nach §20d Abs. 3 SGB V, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf
67. Die Nationale Präventionskonferenz – Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, August 2018, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf
68. Die Nationale Präventionskonferenz – Erster Präventionsbericht nach §20 Abs. 4 SGB V, Juni 2019, https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf
69. Dodgen, D., D. Donato, N. Kelly, A. La Greca, J. Morganstein, J. Reser, J. Ruzek, S. Schweitzer, M.M. Shimamoto, K. Thigpen Tart, and R. Ursano, 2016: Ch. 8: Mental Health and Well-Being. The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. U.S. Global Change Research Program, Washington, DC, 217–246. http://dx.doi.org/10.7930/J0TX3C9H
70. Dohm, L., Chmielewski, F., Peter, F. & Schulze, M. (2023). Klima-Angst und ökologischer Notfall. Psychotherapeutische Implikationen und Handlungsmöglichkeiten. Ärztliche Psychotherapie 18(1), 5–9. DOI 10.21706/aep-18-1-5
71. Doornenbal, B. M., Vos, R. C., Van Vliet, M., Kiefte-De Jong, J. C., & van den Akker-van Marle, M. E. (2022). Measuring positive health: Concurrent and factorial validity based on a representative Dutch sample. Health & Social Care in the Community, 30, e2109– e2117. https://doi.org/10.1111/hsc.13649
72. Douglas Noordsy, William Torrey, Kim Mueser, Shery Mead, Chris O'Keefe & Lindy Fox (2002) Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition, International Review of Psychiatry, 14:4, 318-326, DOI: 10.1080/0954026021000016969
73. Dragano N, Reuter M, Peters A, Engels M, Schmidt B, Greiser KH, Bohn B,Riedel-Heller S, Karch A, Mikolajczyk R, Krause G, Lang O, Panreck L, Rietschel M, Brenner H, Fischer B, Franzke CW, Gastell S, Holleczek B, Jöckel KH, Kaaks R, Keil T, Kluttig A, Kuß O, Legath N, Leitzmann M, Lieb W, Meinke-Franze C, Michels KB, Obi N, Pischon T, Feinkohl I, Rospleszcz S, Schikowski T, Schulze MB, Stang A, Völzke H, Willlich SN, Wirkner K, Zeeb H, Ahrens W, Berger K: Increase in mental disorders during the COVID-19 pandemic—the role of occupational and financial strains. An analysis of the German National Cohort (NAKO) Study. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 179–87. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0133
Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 179–87. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0133
74. Dupont, H. Moti-55: alcoholpreventie bij 55-plussers. TSG Tijdschr Gezondheidswet 100 (Suppl 2), 89–92 (2022). https://doi.org/10.1007/s12508-022-00338-x
75. Egger J. (2015) Gesundheit – ein biopsychosoziales Konstrukt und seine Korrelation zu Optimismus und Glück. In: Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische

Medizin. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Springer, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5_10
76. Egger, J.W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin, 16, 2, 3-12. Wien: Facultas Universitätsverlag, ISSN 1014-8167
77. Egger, J.W. (2015) Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin, Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung, DOI 10.1007/978-3-658-06803-5, © Springer Fachmedien Wiesbaden 2015
78. Egger, Josef. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychol Med. 16. 3-12.
79. Eichenberg, C. E-Mental Health Anwendungen für depressive und suizidale Menschen: eine Übersicht. Psychotherapie Forum 23, 111–119 (2019). https://doi.org/10.1007/s00729-019-00123-3
80. Eichenberg, C. Onlinepsychotherapie in Zeiten der Coronapandemie. Psychotherapeut 66, 195–202 (2021). https://doi.org/10.1007/s00278-020-00484-0
81. Eichenberg, C., Computerspiele mit Potenzial, Dtsch Arztebl 2018; 16 (3): 130–2
82. Elgeti, H., Albers, M. (Hg.) Hart am Wind – welchen Kurs nimmt die Sozialpsychiatrie? Eine Standortbestimmung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland, 1. Auflage, Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2010
83. Entringer, Theresa Margareta; Kröger, Hannes (2021) : Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland, SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1136, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin
84. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht – Europäischer Drogenbericht 2022 – Trends und Entwicklungen, https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en
85. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2021), Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.
86. Europäische Kommission, Grünbuch - Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union, 2005, https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf
87. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit, Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, 2005, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf
88. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) – Die Drogensituation in Europa bis 2023 – ein Überblick und eine Bewertung sich abzeichnender Bedrohungen und neuer Entwicklungen (Europäischer Drogenbericht 2023), https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023_de
89. EVTZ Euregio Maas-Rhein – EMR2030 Eine Strategie für die Zukunft der Euregio Maas-Rhein, https://euregio-mr.info/de/ueber-uns/strategie/
90. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voetselketen en Leefmilieu, Organisatie en Finanziering van de geestelijke Gezondheidszorg in Belgie, November 2011,

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_organisatie_en_financiering_van_de_geestelijke_gezondheidszorg_in_belgie.pdf
91. Flinterman, F., Bisscheroux, P., Dijkema, P. et al. Positieve Gezondheid en gezondheidspercepties van mensen met een lage SES. Tijdschr Gezondheidswet 97, 96–105 (2019). https://doi.org/10.1007/s12508-019-0232-8
92. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland, Bericht 6. nationales Gesundheitsziel Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln, 1. März 2006, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20060411_gesundheitsziele_6_depression.pdf
93. Freyberger, H.J., et al., Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen – eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern, Manuskriptfassung vom 01.12.2003 für die Zeitschrift Psychiatrische Praxis, https://www.researchgate.net/profile/Harald-Freyberger/publication/245790294_Am_Rande_sozialpsychiatrischer_Versorgungsstrukturen_-_eine_Untersuchung_zur_Systemsprengerproblematik_in_Mecklenburg-Vorpommern/links/0deec538cc92bd3e1b000000/Am-Rande-sozialpsychiatrischer-Versorgungsstrukturen-eine-Untersuchung-zur-Systemsprengerproblematik-in-Mecklenburg-Vorpommern.pdf
94. Gaebel, W., Ahrens, W., Schlamann, P. - Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis - Im Rahmen des Antistigma-Projekts Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit, gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium, http://seelischegesundheit.net/wp-content/uploads/2021/06/strategiepapier-2372010.pdf
95. Gaebel, W., Ahrens, W., Schlamann, P., Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, http://seelischegesundheit.net/wp-content/uploads/2021/06/strategiepapier-2372010.pdf
96. Gebhardt, N., van Bronswijk, K., Bunz, M., Müller, T., Niessen, P., Nikende, C. Journal of Health Monitoring · 2023 8(S4), DOI 10.25646/11650, Robert Koch-Institut, Berlin
97. Geene, R., Gerhardus, A., Grossmann, B., Kuhn, J., Kurth, B.M., Moebus, S., von Philipsborn, P., Pospiech, S., Matusall, S. – Zukunftsforum Public Health - Health in All Policies Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland ausgearbeitet in einer AG des Zukunftsforums Public Health in Kooperation mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung und Gesundheit Berlin-Brandenburg, https://zukunftsforum-public-health.de/download/health-in-all-policies-entwicklungen-schwerpunkte-und-umsetzungsstrategien-fuer-deuschland/?wpdmdl=2770&refresh=630efcafe011e1661926575
98. Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss - AKtiV-Studie – Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiVStudie): Evaluatio der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB nach § 115d SGB V) – eine Proof-of-Concept-Studie, https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/aktiv-studie-aufsuchende-krisenbehandlung-mit-teambasierter-und-integrierter-versorgung-aktivstudie-evaluation-der-stationsaequivalenten-psychiatrischen-behandlung-staeb-nach-115d-sgb-v-eine-proof-of-concept-studie.335

99. Georg Schomerus, Alexandra Bauch, Bernice Elger, Sara Evans-Lacko, Ulrich Frischknecht, Harald Klingemann, Ludwig Kraus, Regina Kostrzewa, Jakob Rheinländer, Christina Rummel, Wiebke Schneider, Sven Speerforck, Susanne Stolzenburg, Elke Sylvester, Michael Tremmel, Irmgard Vogt, Laura Williamson, Annemarie Heberlein, Hans-Jürgen Rumpf und In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht), Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden, SUCHT (2017), 63, pp. 253-259, https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000501. © 2017Hogrefe AG
100. Geschwind N, Bosgraaf E, Bannink F, Peeters F. Positivity pays off: Clients' perspectives on positive compared with traditional cognitive behavioral therapy for depression. Psychotherapy (Chic). 2020 Sep;57(3):366-378. doi: 10.1037/pst0000288. Epub 2020 Feb 20. Erratum in: Psychotherapy (Chic). 2020 Sep;57(3):378. PMID: 32077710.
101. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG), https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1658926419799
102. Gesundheitsministerkonferenz (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden) – Psychiatrie in Deutschland, Strukturen, Leistungen, Perspektiven, https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf
103. Giertz, K., Gervink, T. „Systemsprenger“ oder eher PatientInnen mit einem individuellen und komplexen Hilfebedarf?. Psychotherapie Forum 22, 105–112 (2017). https://doi.org/10.1007/s00729-017-0104-0
104. Giertz, Karsten. (2018). Die "Systemsprenger-Problematik" in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen: Erste Untersuchungsergebnisse aus Berlin. 3. sozialpsychiatrische informationen 48. Jahrgang 3/2018
105. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, Arcangeli G, Mucci N. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(21):7857. https://doi.org/10.3390/ijerph17217857
106. GKV-Spitzenverband - Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. September 2021, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Pravention_komplett_P210177_barrierefrei3.pdf
107. Grobe, T.G., Frerk, T., Barmer Gesundheitsreport 2020, https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/gesundheitsreports-der-laender/gesundheitsreport-2020-branchenatlas-276726
108. Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. DGPPN; 2015: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09- 14_fin.pdf
109. Gühne, U. et al., Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, DOI 10.1007/978-3-642-55268-7_4, © DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) 2014

110. Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kreis Heinsberg, einschließl. Handlungsempfehlungen „Älter werden“, Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg, https://service.kreis-heinsberg.de/dienstleistungen-a-z/-/egov-bis-detail/dienstleistung/153062/show
111. Hayes, K., Blashki, G., Wiseman, J. et al. Climate change and mental health: risks, impacts and priority actions. Int J Ment Health Syst 12, 28 (2018). https://doi.org/10.1186/s13033-018-0210-6
112. Heinz A, Liu S: Addiction to legal drugs and medicines in Germany. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 575–6. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0575
113. Heinz A, Meyer-Lindenberg A; DGPPN-Task-Force „Klima und Psyche“. Klimawandel und psychische Gesundheit. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN [Climate change and mental health. Position paper of a task force of the DGPPN]. Nervenarzt. 2023 Mar;94(3):225-233. German. doi: 10.1007/s00115-023-01457-9. Epub 2023 Feb 23. PMID: 36820855; PMCID: PMC9992044
114. Hopfmüller, E., Die Verlierer der Gemeindepsychiatrie, Referat beim Regionaltreffen des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V. am 23.08.2008 in Neuwied, https://www.lapk-rlp.de/wp-content/uploads/080823_Tagung_Neuwied_Referat_Hopfmueller.pdf
115. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods studyBMJ Open 2016;6:e010091. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091
116. Huber M, Vliet M van, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip ‘gezondheid. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160: A7720.
117. Huber, M. Invitational Conference ‘Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health’ Report of the meeting December 10-11, 2009
118. Huber, M., Jung, P., van den Brekel-Dijkstra, K. Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk - Samenwerken aan betekenisvolle zorg, Verlag Bohn Stafleu van Loghum, NL, 2021, SKU 9789036826525
119. Huber, Machteld, How should we define health?, BMJ 2011;343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163
120. IGES Institut GmbH (im Auftrag der DAK), Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen, Entwicklungen der Jahre 1997 – 2019, https://www.dak.de/dak/download/folien-2335938.pdf
Increase in mental disorders during the COVID-19 pandemic—the role of occupational
121. Initiative neue Qualität der Arbeit - Offensive Psychische Gesundheit – Übersicht über die Präventions- und Unterstützungsangebote, https://www.inqa.de/DE/vernetzen/offensive-psychische-gesundheit/opg-dialogforum/telefonbuch.html;jsessionid=69D8F562881BF47E12E28DA33E6A7F8C.delivery2-replication
122. Institut für Suchtforschung an der FRA-UAS (ISFF) und akzept e.v (Hrsg.), SO-PREP - Toolkit mit Schlüsselstrategien zur Bekämpfung der mit synthetischen Opioiden verbundenen negativen Folgen, https://www.akzept.eu/publikationen/
123. Jachertz, N., Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate, Dtsch Arztebl 12, Ausgabe Februar 2013, Seite 61
124. Jacobi, F., Becker, M., Müllender, S., Bretschneider, J., Thom, J., Fichter, M.M., Epidemiologie psychischer Störungen, aus: Möller et al. (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie,

Springer Reference Medizin, DOI 10.1007/978-3-662-49295-6_4, Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

125. Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 85, 77–87 (2014). https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y

126. Jacobi, Frank & Becker, Manuel & Nübel, Julia & Müllender (geb. Winkel), Susanne & Thom, Julia & Hapke, Ulfert & Maier, W.. (2016). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Der Nervenarzt. 87. 10.1007/s00115-016-0147-4.

127. Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.) Pflege-Report 2022 Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege, Verlag Springer Open, ISBN 978-3-662-65203-9

128. Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S. Positive psychiatry: its time has come. J Clin Psychiatry. 2015 Jun;76(6):675-83. doi: 10.4088/JCP.14nr09599. PMID: 26132670; PMCID: PMC5748141.

129. Jorm AF, Kitchener BA, O'Kearney R, Dear KB. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. BMC Psychiatry. 2004 Oct 23;4:33. doi: 10.1186/1471-244X-4-33. PMID: 15500695; PMCID: PMC526774

130. Kerkemeyer, L. & Achtert, K. (2021). Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Scoping Review zu Interventionen und Bestandsaufnahme von Best-Practice-Beispielen. Ergebnisbericht. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.

131. Keyes C.L.M. (2014) Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: Bridging Occupational, Organizational and Public Health. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11

132. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. J Consult Clin Psychol. 2005 Jun;73(3):539-48. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539. PMID: 15982151.

133. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. J Consult Clin Psychol. 2005 Jun;73(3):539-48. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539. PMID: 15982151.

134. Keyes CL. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. Am Psychol. 2007 Feb-Mar;62(2):95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95. PMID: 17324035.

135. Keyes, C.L.M. Subjective Well-Being in Mental Health and Human Development Research Worldwide: An Introduction. Soc Indic Res 77, 1–10 (2006). https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3

136. Keyes, CL. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 43, No. 2, Selecting Outcomes for the Sociology of Mental Health: Issues of Measurement and Dimensionality, (Jun., 2002), pp. 207-222

137. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. BMC Psychiatry. 2002 Oct 1;2:10. doi: 10.1186/1471-244x-2-10. PMID: 12359045; PMCID: PMC130043

138. Kitchener, Betty A., and Anthony F. Jorm. "Mental Health First Aid: an international programme for early intervention." Early Intervention in Psychiatry 2.1 (2008): 55-61

139. Klapper, B. (Hrsg.) | Cichon, I. (Hrsg.), Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens, Robert-Bosch-Stiftung 2021, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
Kluttig A, Kuß O, Legath N, Leitzmann M, Lieb W, Meinke-Franze C, Michels KB,

140. Knieps, F., Pfaff, H. (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2021. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2021
141. Kölch, M., Breucker, G., Schmutz, E. & Ziegenhain, U. (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.
142. Kölch, M., Breucker, G., Schmutz, E. & Ziegenhain, U. (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Handreichung für die GKV auf Landesebene. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.
143. Kölch, M., Breucker, G., Schmutz, E. & Ziegenhain, U. (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Handreichung für kommunale Akteurinnen und Akteure. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.
144. Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. Psychiatry Investig. 2020 Jun;17(6):491-505. doi: 10.30773/pi.2020.0161. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32570296; PMCID: PMC7324731.
145. Kramer V, Thoma A, Kunz M. Medizinisches Fachpersonal in der COVID-19-Pandemie: Psyche am Limit. InFo Neurologie + Psychiatrie. 2021;23(6):46-53. doi:10.1007/s15005-021-1975-8
146. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LZG NRW), Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. LIGA.Fokus 8, https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/liga-fokus/LIGA_Fokus_8.pdf
147. Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Nordrhein-Westfalen (LRV NRW), https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_foerd/kgc/Landesrahmenvereinbarung-NRW.pdf
148. Landesregierung Nordrhein-Westfalen – heute handeln. Gemeinsam für nachhaltige Entwicklung in NRW, Nachhaltigkeitsstrategie für Nordrhein-Westfalen, www.nachhaltigkeit.nrw.de, https://nachhaltigkeit.nrw.de/fileadmin/Dokumente/nrw-nachhaltigkeitsstrategie-2016.pdf
149. Landesregierung Nordrhein-Westfalen - Nachhaltigkeitsindikatoren Nordrhein-Westfalen Bericht 2020, Bearbeitet durch Information und Technik Nordrhein-Westfalen Geschäftsbereich Statistik, https://www.nachhaltigkeitsindikatoren.nrw.de/sites/default/files/2022-07/NRW2030_Nachhaltigkeitsindikatorenbericht_2020_MUNV.pdf
150. Landesregierung Nordrhein-Westfalen – NRW 2030 Die globalen Nachhaltigkeitsziele konsequent umsetzen. Weiterentwicklung der Strategie für ein nachhaltiges Nordrhein-Westfalen, 22. September 2022, https://nachhaltigkeit.nrw.de/fileadmin/user_upload/NRW_Nachhaltigkeitsstrategie_2020.pdf
151. Landeszentrum für Gesundheit NRW (LZG.NRW) - Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern, 2016, https://www.lzg.nrw.de/versorgung/vers_strukt/projekte/angebotssituation_qualitaet/index.html
152. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen - Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Nordrhein-

Westfalen (LRV NRW), https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_foerd/kgc/Landesrahmenvereinbarung-NRW.pdf

153. Landschaftsverband Rheinland (LVR), Bedarfe ermitteln, Teilhabe gestalten BEI_NRW, Leitfaden, https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/1_dokumente/hilfeplan/Leitfaden_BEI_NRW_online.pdf

154. Landschaftsverband Rheinland (LVR), Bedarfe ermitteln, Teilhabe gestalten BEI_NRW, Handbuch, https://www.lwl-inklusionsamt-soziale-teilhabe.de/media/filer_public/e8/05/e805d76d-f543-481a-a356-334001154fc8/2019_04_30handbuch_bei-nrw_internet.pdf

155. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) – Koordinationsstelle Sucht – Europäische Werkstatt Suchtprävention, Juni 2022, Münster, https://www.lwl-ks.de/de/projekte/projektrueckschau/europaeische-werkstatt/

156. Lee, S.L., Pearce, E., Ajnakina, O., Johnson, S., Lewis, G., Mann, F., Pitman, A., Solmi, F., Sommerlad, A., Steptoe, A., Tymoszuk, U., Lewis, G., The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study, Lancet Psychiatry 2021; 8: 48–57, Published Online November 9, 2020, https://doi.org/10.1016/, S2215-0366(20)30383-7

157. Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M., Cook, S. Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies, Eighth Global Conference on Health Promotion, 10th - 14th June 2013, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf

158. Liu, S., Heinz, A., Haucke, M.N. et al. Globale Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 92, 556–561 (2021). https://doi.org/10.1007/s00115-021-01068-2

159. Lück, P., Bleier, H. und Schauerte, B., Stärken stärken, Positive Psychologie inPrävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung, Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), iga.Fakten 11, 1. Auflage, Juli 2021

160. Machleidt W., Garlipp P., Calliess I.T. (2005) Die 12 Sonnenberger Leitlinien — Handlungsimpulse für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. In: Assion HJ. (eds) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/3-540-27042-6_20

161. Marschall, J., Hildebrandt, S., Kleinlercher, K.-M., Nolting, H.-D., DAK Gesundheitsreport 2020 Stress in der modernen Arbeitswelt, Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 33), https://www.dak.de/dak/download/report-2372398.pdf

162. Martin, W. Ärztemangel: Einzelne Fachgebiete stark unter Druck, Dtsch Arztebl 2019; 116(17): [2], https://www.aerzteblatt.de/archiv/206923/Aerztemangel-Einzelne-Fachgebiete-stark-unter-Druck

163. Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 3(11): e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442

164. Mattejat, F., Remschmidt, H. Kinder psychisch kranker Eltern, Dtsch Arztebl 2008; 105(23):413–8 DOI: 10.3238/arztebl.2008.0413

165. Mauz, Elvira, Eicher, Sophie, Peitz, Diana, Junker, Stephan, Hölling, Heike, Thom, Julia Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-

19-Pandemie. Ein Rapid-Review. Journal of Health Monitoring · 2021 6(S7) DOI 10.25646/9178.2 Robert Koch-Institut, Berlin
166. Meisenzahl, E., Prävention in der Psychiatrie. Was ist gesichert - was ist Mythos?
167. Melchinger, H. Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerungen dringend geboten Dtsch Arztebl 2008; 105(46): A 2457–60
168. Melchinger, H., Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerung dringend geboten, Dtsch Arztebl 2008; 105(46): A 2457–60
169. Michaelsen, M. M., Graser, J., Onescheit, M., Tuma, M., Pieper, D., Werdecker, L. und Esch, T., Wirksamkeit von Achtsamkeitstechniken im Arbeitskontext, Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), iga.Report 45, 1. Auflage, April 2021
170. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) – Landeskonzept gegen Sucht NRW Grundsätze/Strategie/Handlungsrahmen, https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Landeskonzept-gegen-Sucht-NRW_090920.pdf
171. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) – Aktionsplan gegen Sucht NRW, https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Aktionsplan-gegen-Sucht-NRW_090920.pdf
172. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) – 26. Landesgesundheitskonferenz (LGK) Nordrhein-Westfalen. Landesinitiative „Gesundheitsförderung und Prävention“. Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität. Aktualisierte Handlungsgrundlage 2017. 22. November 2017, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/langfassung_final_22_11_2017_0.pdf
173. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) – Seelische Gesundheit in und nach der Pandemie - Vorstellung der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention, https://www.lgp.nrw/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/211123_seelische_gesundheit/richter_vorstellung_li.pdf
174. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) – 29. Landesgesundheitskonferenz (LGK) Nordrhein-Westfalen. Fachkräftegewinnung im Gesundheitswesen. 11. November 2021, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/20211111_lgk-entschliessung_2021.pdf
175. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW), Landespsychiatrieplan NRW, 2017, https://www.mags.nrw/psychiatrie
176. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW), Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/landesgesundheitsberichte/landesgesundheitsbericht_2015.pdf
177. Müller, T. Psychische Folgen des Klimawandels: Öko-Angst und Hitzestress. InFo Neurologie 23, 60 (2021). https://doi.org/10.1007/s15005-021-1988-3
178. National Center for Health Statistics (NCHS) – NCHS Data Brief No. 428, December 2021, https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db428.pdf

179. Nienaber, Andre & Eckhardt, Janina. (2014). FACT: Besuch in Groningen - Flexible psychiatrische Versorgung in Holland. Psych Pflege Heute. 20. 278-281. 10.1055/s-0034-1390261.
180. Nina Vindegaard, Michael Eriksen Benros, COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence, Brain, Behavior, and Immunity, Volume 89, 2020, Pages 531-542, ISSN 0889-1591, https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048.
181. Nübling, R., et al., Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland - Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal, 2014. 13: p. 389-397
Obi N, Pischon T, Feinkohl I, Rospleszcz S, Schikowski T, Schulze MB, Stang A,
182. Orth, M., Horten, B. Kriminologischer Beitrag. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 17, 343–346 (2023). https://doi.org/10.1007/s11757-023-00779-3
183. Pantel, J. Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. Geriatr Rep 16, 6–8 (2021). https://doi.org/10.1007/s42090-020-1225-0
184. Paridon, H. unter Mitarbeit von Mühlbach, J., Psychische Belastung in der Arbeitswelt, Eine Literaturanalyse zu Zusammenhängen mit Gesundheit und Leistung. Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), iga.Report 32, 1. Auflage, Januar 2016
185. Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1(1), 15-31. Zugriff am 15.05.2013. Verfügbar unter http://www.resonanzen-journal.org.
186. Pech, E., Rose, U. & Freude, G. Zum Verständnis mentaler Gesundheit — eine erweiterte Perspektive. Zbl Arbeitsmed 60, 234–243 (2010). https://doi.org/10.1007/BF03344289
187. Projekt euPrevent Social Norms Approach - Ergebnisse der Gesundheitsumfrage Euroregional Health Survey (EHS), Zielgruppe: Senioren (55+), https://euprevent.eu/de/project-social-norms-approach/
188. Provencher H.L., Keyes C.L.M. (2013) Recovery: A Complete Mental Health Perspective. In: Keyes C. (eds) Mental Well-Being. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_13
189. Psota, G., Die Zukunft der Psychiatrie – die Psychiatrie der Zukunft, Neuropsychiatr (2013) 27:169–171, DOI 10.1007/s40211-013-0087-1, Online publiziert: 23. November 2013
190. Psyche im Fokus – Das Magazin der DGPPN, Ausgabe Nr. 2, 2021, S. 28 - 41
191. Rat der Europäischen Union, Generalsekretariat des Rates, EU-Drogenaktionsplan 2021-2025, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2022, https://data.europa.eu/doi/10.2860/90125
192. Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C. et al. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. Bundesgesundheitsbl (2021). https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3
193. Ree, J.W. & deVries, M.W. (2007). Psychiatrie. 10.1007/978-90-368-1248-1.
194. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., Goodwin, F. K.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. In: Journal of the American Medical Association. 264, 1990, S. 2511–2518.
195. Reininghaus, U., Rauschenberg, C., Schick, A., Hartmann, J.A., Public Mental Health in internationaler Perspektive: vom Shifting the Curve zur Inklusion vulnerabler Populationen, Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:371–378, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03673-9

196. Reynen, M., Verheijen, C., Huber, M., Plan van Aanpak 2017-2019, Maart 2017, Institute for Positive Health, https://mijnpositievegezondheid.nl/wp-content/uploads/2017/06/Plan-van-Aanpak-Limburg-1e-Positief-Gezonde-Provincie-210317-DEF1.pdf
Riedel-Heller S, Karch A, Mikolajczyk R, Krause G, Lang O, Panreck L, Rietschel M,
197. Riedel-Heller, S.G., Reininghaus, U., Schomerus, G., Public MentalHealth: Kernstück oder Stiefkind von Public Health?, Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:356–362, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03670-y
198. Robert Koch-Institut (RKI), Psychische Gesundheit in Deutschland - Erkennen – Bewerten – Handeln Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin ISBN: 978-3-89606-312-0 DOI: 10.25646/8831
199. Robert-Koch-Institut (RKI), Gesundheitsbeichterstattung des Bundes, Heft 50 Schizophrenie, Berlin 2010, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile
200. Robert-Koch-Institut (RKI), Gesundheitsbeichterstattung des Bundes, Heft 41 Psychotherapeutische Versorgung, Berlin 2008, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Psychotherapeutische_Versorgung.pdf?__blob=publicationFile
201. Robert-Koch-Institut (RKI), Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Journal of Health Monitoring, Gute Praxis Gesundheitsbericht-erstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0, Journal of Health Monitoring · 2019 4(S1), DOI 10.25646/6058, Robert Koch-Institut, Berlin
202. Robin, D., Albermann, K. & Dratva, J. Schulprogramme zur Förderung der psychischen Gesundheit. Die psychische Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen als wichtiger Umsetzungsfaktor. Präv Gesundheitsf (2023). https://doi.org/10.1007/s11553-022-01008-1
203. Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review [Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review]. Psychiatr Prax. 2020;47(4):179-189. doi:10.1055/a-1159-5562
204. Rommel, A., Brettschneider, J., Kroll, L.E., Prütz, F., Thom, J., Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede, Journal of Health Monitoring · 2017 2(4), DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2, Robert Koch-Institut, Berlin
205. Rosenkötter, N., Borrmann, B., Arnold, L., Böhm, A. Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis, Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1067–1075, https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z, Online publiziert: 10. Juli 2020, © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020
206. Roth-Sackenheim C, Vogel C. Nehmen psychische Erkrankungen durch die COVID-19-Pandemie zu? NeuroTransmitter. 2020;31(11):28-29. doi:10.1007/s15016-020-7562-2
207. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention Expertise im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit, November 2019, https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/Service/RWI_Gestaltungsspielraeume.pdf

208. Schlack R, Neuperdt L, Hölling H, De Bock F, Ravens-Sieberer U et al. (2020) Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Journal of Health Monitoring 5(4): 23–34. DOI 10.25646/7173
209. Schmenger, S., Schmutz, E., Wolf, M. Kommunale Gesamtkonzepte zur Verbesserung der Unterstützung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern. Handreichung zur Entwicklung und Umsetzung. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism), Mainz 2022
210. Schmidt, B. Neo-Gesundheitsförderung: Wer kann, muss ran · Jg. 10, Heft 2 (April): 15–21
211. Schomerus, G., Spahlholz, J., Speerforck, S., Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen, Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:416–422, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3
212. Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Versorgung von Migranten… Psychother Psych Med 2015; 65: 476–485
213. Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
214. Seitz NN, Lochbühler K, Atzendorf J, Rauschert C, Pfeiffer-Gerschel T, Kraus L: Trends in substance use and related disorders—analysis of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995 to 2018. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 585–91. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0585
215. Seitz NN, Lochbühler K, Atzendorf J, Rauschert C, Pfeiffer-Gerschel T, Kraus L: Trends in substance use and related disorders—analysis of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995 to 2018. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 585–91. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0585
216. SFZ Selbsthilfe- u. Freiwilligen-Zentrum im Kreis Heinsberg – Selbsthilfegruppen & Initiativen im Kreis Heinsberg, Arbeitsgemeinsschaft der freien Wohlfahrtspflege im Kreis Heinsberg, https://www.sfz-heinsberg.de/selbsthilfe/materialien/
217. Skoda, EM., Spura, A., De Bock, F. et al. Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. Bundesgesundheitsbl 64, 322–333 (2021). https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0
218. Sonnenmoser, M., Klimawandel und psychische Gesundheit: Ein relativ neuer Stressfaktor, Dtsch Arztebl 2020, PP | Heft 5 | Mai 2020
219. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J. M., Slonska Z., Brand H., HLS-EU Consortium: Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 2012;12(1):1–13.
220. Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Heinsberg - Jahresbericht der Suchtberatungsstelle und des Fachbereichs Suchtvorbeugung des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg 2020
221. Spitzer, M. Pandemie – historisch, systematisch, kulturell und (sozial-)politisch, Nervenheilkunde 2020; 39: 363–372 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ISSN 0722-1541, DOI https://doi.org/10.1055/a-1094-9909
222. Spitzer, M. Psychologie und Pandemie, Nervenheilkunde 2020; 39: 274–283 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ISSN 0722-1541, DOI https://doi.org/10.1055/a-1094-9461
223. Spitzer, M., Corona-Depression, Eco-Angst, Stress, Resignation und Resilienz, Nervenheilkunde 2022; 41: 8–18, DOI 10.1055/a-1650-1998
224. Spitzer, M., Mediennutzung in Zeiten von Corona – Die Geschichte von zwei Pandemien, Nervenheilkunde 2020; 39(11): 698-703, DOI: 10.1055/a-1193-8248
225. Stadler, C. Digitalisierung in der Psychotherapie. Z Psychodrama Soziom (2021). https://doi.org/10.1007/s11620-021-00597-x

226. Stahmeyer JT, Märtens C, Eidt-Koch D, Kahl KG, Zeidler J, Eberhard S: The state of care for persons with a diagnosis of depression—an analysis based on routine data from a German statutory health insurance carrier. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 458–65. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0204
227. Steinhart, I. et al., Spot an: Psychiatrische Wohnheime in Deutschland, ZIPHER: Erste bundesweite wissenschaftliche Studie, Kerbe 3/2017, 35. Jahrgang, Forum für Soziale Psychiatrie, http://probe.sozialpsychiatrie-mv.de/wp-content/uploads/2021/04/Kerbe_2017_Zipher_Steinhart_Hoeptner_final.pdf
228. Steinhart, I., Jenderny, S., Wassiliwizky, M., Heinz, A. Personenzentrierte Hilfen, aber geschlossen untergebracht? Zur Situation der geschlossenen Heime in Deutschland, Nervenarzt 2021 · 92:941–947 https://doi.org/10.1007/s00115-021-01141-w, © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021
229. Stoppe, G., Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit, Dtsch Arztebl 2013; 110(12): A 543−6
230. Stoppe, G., Psychotherapeutische Versorgung: Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit, Dtsch Arztebl 2013; 110(12): A 543−6
231. Stöver, H.J., Synthetische Opioide auf dem europäischen Drogenmarkt – Sieben Schlüsselstrategien, um sich auf eine Opioidkrise vorzubereiten, https://www.konturen.de/fachbeitraege/synthetische-opioide-auf-dem-europaeischen-drogenmarkt/
232. Strauß, B., Berger, U. & Rosendahl, J. Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. Psychotherapeut 66, 175–185 (2021). https://doi.org/10.1007/s00278-021-00504-7
233. Suchtkooperation NRW – Konzept Suchtkooperation NRW, https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Konzept_2022.pdf
234. Suhren, E., von Dewitz, M., Bodemer, N., Lohmann, K., Institut für Innovation und Technik (iit) in der VDI/VDE-IT, Forschungsaktivitäten zu den Auswirkungen von COVID-19 auf den Substanzkonsum, die Entwicklung von Verhaltenssüchten sowie das Suchthilfesystem, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Corona_und_Sucht_Abschlussbericht.pdf
235. Taubner, S., Georg, A. Kinder psychisch kranker Eltern. Psychotherapeut 67, 1–3 (2022). https://doi.org/10.1007/s00278-021-00564-9
236. Taylor S (2020) Die Pandemie als psychologische Herausforderung. Psychosozial-Verlag, Gießen, DOI: https://doi.org/10.30820/9783837930351
237. Teichert, U., Tinnemann, P. (Hrsg.), Der Sozialpsychiatrische Dienst – Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Version 1.0, 2020, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/SpDi/
238. Thom, J., Bretschneider, J., Kraus, N., Handerer, J., Jacobi, F. Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen (2019), Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:128–139, https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6801/Thom2019_Article_Versorgungsepidemiologie Psychi.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Online publiziert: 11. Januar 2019
239. Thom, J., Walther, L., Eicher, S., Hölling, H., Junker, S., Peitz, D., Wilhelm, J., Mauz, E., Mental Health Surveillance am Robert Koch-Institut – Strategien zur Beobachtung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung, Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:379–390, https://doi.org/10.1007/s00103-023-03678-4

240. Trägerverbund ARS – Konzeption zur Durchführung von Ambulanter Medizinischer Rehabilitation Sucht im Trägerverbund ARS im Kreis Heinsberg, Version 2-2016
241. UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH – Monitor Patientenberatung 2021 Jahresbericht der UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Berichtszeitraum: 01.01.2021–31.12.2021, https://www.patientenberatung.de/dokumente/UPD%20Monitor%20Patientenberatung%202021.pdf
242. Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? World Psychiatry. 2012 Jun;11(2):93-9. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.006. PMID: 22654934; PMCID: PMC3363378.
243. van Kerkhof M., van Gemert G., Jannes C., Larmuseau D., Verniest R. (2007) 1 De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland en de geestelijke gezondheidszorg in België. In: van Ree J., deVries M. (eds) Psychiatrie. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. https://doi.org/10.1007/978-90-368-1248-1_1
244. Van Steekelenburg, E., Kersten, I., Huber, M., 'Positieve gezondheid' in Nederland - Wie, wat, waarom en hoe? - Een inventarisatie, Rapport - Maart 2016, Institute for Positive Health, https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/positieve-gezondheid-in-nederland-wie-wat-waarom-en-hoe-voorstel-voor-een-inventarisatie-va/t/sidebar-7/
245. Van Veldhuizen, J.R., Bähler, M., Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-Manual - Flexible aufsuchend-nachgehende gemeindenahe Behandlung, Vision, Modell, Praxis und Organisation, Erstellung der deutschen Version durch V. Niehaus, A. Wüstner, M. Lambert, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf
246. ViaNobis – Die Eingliederungshilfe, Konzeption Inklusives Wohnangebot der ViaNobis – Die Eingliederungshilfe – Haus Stefan, 2022 Konzept EH PSY Haus Stefan, Rev. 1.01, https://www.vianobis-eingliederungshilfe.de/psychische-erkrankung/leben-wohnen/besondere-wohnformen/haus-stefan
Völzke H, Willlich SN, Wirkner K, Zeeb H, Ahrens W, Berger K:
247. Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029
248. Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Health in All Policies – Helsinki Statement – Framework for Country Action, The 8th Global Conference on Health Promotion, 10th - 14th June 2013, © World Health Organization 2014, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf
249. Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Joint Action on Mental Health and Well-being – Mental Health in all Policies - Situation analysis and recommendations for action, https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-07/2017_mh_allpolicies_en_0.pdf
250. Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa, Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit, 2013, https://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the

251. Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa, European Framework for Action on Mental Health 2021-2025, https://www.who.int/europe/health-topics/mental-health#tab=tab_1
252. Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa, Psychische Gesundheit – Faktenblatt, 2019, https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-mental-health-2019
253. Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa,The European Mental Health Action Plan 2013–2020, https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672
254. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Stand Oktober 2005, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System internationaler Klassifikationen, https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html#:~:text=Die%20ICF%20ist%20dank%20des,Partizipation%20(Teilhabe)%20sowie%20Umweltfaktoren.
255. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf
256. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Promoting Mental Health – Concepts, Emerging Evidence, Practice, A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne, https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286
257. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa, Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit, Regionalkomitee für Europa, 62. Tagung, Malta, 10.-13. September 2012, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf
258. Welzel, F.D., Schladitz, K., Förster, F. et al. Gesundheitliche Folgen sozialer Isolation: Qualitative Studie zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen älterer Menschen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Bundesgesundheitsbl 64, 334–341 (2021). https://doi.org/10.1007/s00103-021-03281-5
259. Westerhof GJ, Keyes CL. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. J Adult Dev. 2010;17(2):110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y
260. Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. MGV, 63(10), 808-820.
261. Wienberg, G., Ostermann, J. „Standards, Implementierung und Evaluation von Gemeindepsychiatrischen Zentren in Niedersachsen“ – Projekt SIE_GPZ, Abschlussbericht, Universitätsmedizin Greifswald Institut für Sozialpsychiatrie des Lands Mecklenburg-Vorpommern, An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald
262. Wienberg, G., Steinhart, I. Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update, Psychiatr Prax 2020; 47(01): 9-15, DOI: 10.1055/a-1033-2900, © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
263. Wienberg, G., Steinhart, I. Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe, Psychiat Prax 2016; 43: 65–68, DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-101534, © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

264. Wienberg, G., Steinhart, I. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung, Psychiat Prax 2014; 41: 179–181, DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370023, © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
265. Winkler, J.G., Jalilzadeh Masah, D., Moran, J.K. et al. Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie: Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen. Nervenarzt 92, 243–251 (2021). https://doi.org/10.1007/s00115-020-01056-y
266. World Happiness Report 2021, https://worldhappiness.report/ed/2021/
267. Zielasek, J., Gouzoulis-Mayfrank, E., Psychische Störungen werden zunehmen, Dtsch Arztebl 2020; 117