



Gesundheitsamt  
Landeshauptstadt Düsseldorf

Psychische Störungen  
Verbreitung und Versorgung

Gesundheitsbericht  
Düsseldorf





# Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1	zieller Leistungen in Düsseldorf	38
Häufigkeit psychischer Störungen	4	Niedergelassene Therapeuten	38
		Inanspruchnahme von niedergelassenen Therapeuten	41
Häufigkeit psychischer Störungen in der BRD	4		
Angststörungen	6	Kliniken (vollstationärer Bereich)	42
Affektive Störungen	7	Inanspruchnahme von Kliniken	44
Somatoforme Störungen	7	Tageskliniken	49
Störungen durch psychotrope Substanzen	8	Inanspruchnahme von Tageskliniken	49
Schizophrenie	9	Institutsambulanzen	52
Suizid	9	Inanspruchnahme von Institutsambulanzen	53
Soziodemografische Einflüsse	10	Sozialpsychiatrischer Dienst	54
Komorbidität	11	Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes	56
Psychische Krankheiten	11	Sozialpsychiatrische Zentren	56
Somatische Krankheiten	12	Inanspruchnahme von Sozialpsychiatrischen Zentren	56
Häufigkeit psychischer Störungen in Düsseldorf	13	Betreutes Wohnen	58
Selbsteinschätzung der Düsseldorferinnen und Düsseldorfer zur psychischen Gesundheit	13	Inanspruchnahme des betreuten Wohnens	60
Komorbidität	17	Wohnheime	61
Einschränkungen durch psychische Störungen	19	Inanspruchnahme von Wohnheimen	63
Einschränkungen durch psychische Störungen in der BRD	19	Berufliche Rehabilitation	65
Einschränkungen durch psychische Störungen in Düsseldorf	20	Inanspruchnahme von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation	66
		Selbsthilfe	67
		Einschätzung des Versorgungssystems durch die Anbieter	70
Allgemeine Inanspruchnahme von Leistungen	23	Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	72
Allgemeine Inanspruchnahme von Leistungen in der BRD	23	Häufigkeit psychischer Störungen	72
Allgemeine Inanspruchnahme von Leistungen in Düsseldorf	24	Allgemeine Handlungsempfehlung	74
		Spezielle Handlungsempfehlung	74
Entwicklungen in der Versorgung psychischer Stö- rungen und aktuelle Herausforderungen	26	Ambulante Versorgung	74
Einleitung	26	Allgemeine Handlungsempfehlungen	74
Ambulante Versorgung	27	Spezielle Handlungsempfehlungen	75
Stationäre Versorgung	29	Voll- und teilstationäre Versorgung	75
Komplementäre Hilfen	31	Allgemeine Handlungsempfehlung	76
Selbsthilfe	35	Komplementäre Versorgung	76
Organisation der Angebote	35	Spezielle Handlungsempfehlungen	78
Versorgungslandschaft und Inanspruchnahme spe- zieller Leistungen in Düsseldorf		Selbsthilfe	79
		Spezielle Handlungsempfehlung	79
		Koordination und Kooperation	79
		Spezielle Handlungsempfehlung	80
		Inanspruchnahme	80

---

Allgemeine Handlungsempfehlung	82
Literaturverzeichnis	83
Abbildungsverzeichnis	90
Anhang	
Einrichtungen, die im Rahmen der Umfrage des Gesundheitsamtes angeschrieben wurden	95
Name und Anschrift der Einrichtungen, auf die sich die Angaben zur Versorgungs- situation beziehen	98
Angaben zu den Einrichtungen	100

---

## Einleitung

Seitdem die Bundesregierung 1975 den Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland vorlegte, hat sich die Versorgungslandschaft entscheidend verändert. Neben der ambulanten und stationären Versorgung ist das komplementäre Angebot ausdifferenziert und etabliert worden. Psychisch Kranke sollen nach den Reformgedanken der Psychiatrie-Enquête möglichst gemeindenah, d.h. in ihrem Wohnumfeld und ihre sozialen Lebensbezüge berücksichtigende Angebote vorfinden. Der stationäre Aufenthalt soll auf ein Minimum des Nötigen reduziert, die Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Integration psychisch Kranker gestärkt werden. Diesem Anspruch folgend ist eine Vernetzung über die Systemgrenzen hinaus erforderlich: Ambulante, stationäre und rehabilitative Angebote, verschiedene Kostenträger, Leistungserbringer und Berufsgruppen müssen Formen der Zusammenarbeit finden.

Da dies einen entsprechenden Koordinationsaufwand bedeutet, empfahl die Psychiatrie-Enquête die Einführung verschiedener Steuerungsinstrumente. Dazu zählen z.B. die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften auf örtlicher Ebene.

1998 wurden mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW zentrale Aufgaben in der Versorgung psychisch Kranker und allgemeine Koordinationsaufgaben an den öffentlichen Gesundheitsdienst übertragen. Der ÖGD hat danach die Aufgabe, körperlich und seelisch Behinderte, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke und ihre Angehörigen zu beraten und einen sozialpsychiatrischen Dienst einzurichten (§ 16). Weiterhin sind die unteren Gesundheitsbehörden verpflichtet, u.a. die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung als eigenständige Aufgabe wahrzunehmen (§ 23). Und nicht zuletzt sieht § 24 die Einberufung der kommunalen Gesundheitskonferenz vor. Darin sind alle wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens und die Politik vertreten. Die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften haben sich vielerorts den Gesundheitskonferenzen angeschlossen, so auch in Düsseldorf. Sie beraten die örtliche Versorgung mit dem Ziel der Koordination und geben Empfehlungen, zu deren Umsetzung sie sich selbst verpflichten.

Eine wesentliche Funktion der Gesundheitskonferenzen liegt dabei im anwaltschaftlichen Eintreten für Personen, die zwar umfassender Hilfe bedürfen, auf Grund des zergliederten Systems aber paradoxerweise weniger Leistungen bekommen als sie benötigen. Unterstützung erhalten die Gesundheitskonferenzen durch die Gesundheitsberichterstattung (§ 21), die zur Verbreitung von Krankheiten, deren Risikofaktoren und ihrer Verteilung in der Bevölkerung und der Versorgungslage Auskunft gibt. Damit können zielgerichtete Empfehlungen und Maßnahmen eingeleitet, verfolgt und überprüft werden.

Mittlerweile hat sich der Handlungsdruck auf die Versorgung psychisch Kranker verschärft. Der Kostendruck im Gesundheitswesen, Qualitätsfragen, der zunehmende Wettbewerb unter Leistungsanbietern und die Orientierung zu integrierten Versorgungsformen werden einerseits als Bedrohung wahrgenommen, bieten aber andererseits auch Chancen für die Optimierung der Versorgungsleistungen.

Hinzu kommt, dass psychische Krankheiten verstärkt als relevante Krankheitslast in der Bevölkerung wahrgenommen werden. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger berichten eine zunehmende Inanspruchnahme von Leistungen auf Grund psychischer Störungen. Mit den Zielen "Depression erkennen und behandeln" und "Sucht bekämpfen" hat das Land Nordrhein-Westfalen gleich zwei psychische Störungen in seinen gesundheitspolitischen Zielekatalog aufgenommen. Auch in den Medien und in der Öffentlichkeit werden psychische Krankheiten vermehrt thematisiert und diskutiert.

Diese Ausgangslage hat die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz zum Anlass genommen, die Situation in Düsseldorf genauer zu untersuchen.

### Anmerkungen zum Bericht

Mit dem vorliegenden Bericht wurde versucht, zur Verbreitung und Versorgungslage von psychischen Krankheiten in Düsseldorf eine Bestandsaufnahme durchzuführen. Eine gezielte Fragestellung wurde damit nicht

---

verfolgt, da sich zu Beginn des Berichts kein Aspekt als besonders vordringlich darstellte. Vielmehr wird eine allgemeine Lagebeschreibung vorgenommen, mit dem Ziel mehr Transparenz zu schaffen und in einzelnen Bereichen wichtige Themen zu identifizieren, die dann detaillierter bearbeitet werden können. Insofern stellt der Bericht einen Anfang dar, der nur durch das Engagement der betroffenen Fachleute mit Leben gefüllt werden kann.

Um den Umfang des Vorhabens dennoch auf ein handhabbares Maß zu reduzieren, wurden folgende thematische Eingrenzungen vorgenommen: Der Bericht konzentriert sich auf die Altersgruppe 18 bis 65 Jahre. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen stellt eigene Fragen und Schwerpunkte in den Vordergrund und kann im Rahmen dieses Berichts nicht bearbeitet werden. Hier ist für die Zukunft ein eigenständiger Bericht empfehlenswert. Der Bereich Gerontopsychiatrie wurde ebenfalls nicht vertieft. In diesem Feld ist jedoch die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und die Pflegekonferenz bereits sehr aktiv. Hier wird auf die entsprechenden Publikationen und Tagungsdokumentationen der beiden Konferenzsysteme verwiesen. Der interessierte Leser findet hierzu u.a. folgende Berichte:

- Gerontopsychiatrische Anlaufstellen in Düsseldorf, März 2006, Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz
- Wegweiser für Menschen mit Demenz, September 2005, das Demenz-Servicezentrum
- Perspektiven in der Pflege psychisch kranker älterer Menschen in Düsseldorf, November 2003, Bericht des Arbeitskreises der Pflegekonferenz „Pflege in der Gerontopsychiatrie
- Gerontopsychiatrische Versorgung - ein ganzheitliches Konzept, Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung am 12.11.2002 im Rathaus, Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz
- Gesundheitsbericht zur gerontopsychiatrischen Versorgung in Düsseldorf, November 2001, Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz.

Einrichtungen, die auf Kinder und Jugendliche, alte Menschen, Suchtkranke und Wohnungslose spezialisiert sind, werden in der Darstellung der Angebote und

der Datenerfassung nicht berücksichtigt. Zum Thema Sucht liegen ebenfalls bereits Berichte vor, die die Problemlagen und Handlungsbedarfe für Düsseldorf herausarbeiten (vgl. Illegale Drogen - Aktuelle Situation und Entwicklung und CMA - Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke). In der Versorgungspraxis lassen sich jedoch nicht immer klare Grenzen ziehen, einige der befragten Einrichtungen, z.B. die Kliniken, versorgen Patienten aller Altersklassen, so dass auch diese vereinzelt mit erwähnt werden. Auch die Themen Sucht und Mehrfachproblemlagen spielen natürlich im gesamten Versorgungssystem eine Rolle und werden dort mitbearbeitet, wo sie als Problem auffallen.

In den Bericht gehen verschiedene Datenquellen mit ein. Zunächst wurde die Literatur zur Verbreitung und Versorgung psychischer Krankheiten herangezogen, was auf Grund der Komplexität des Themas immer nur ausschnitthaft gelingen kann. Ziel war, eine grobe Orientierung über die zeitgemäße Diskussion zu geben und die Ergebnisse der Datenerfassungen in Düsseldorf vor dem theoretischen Hintergrund besser beurteilen zu können. Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LögD) führte außerdem im Oktober/November 2004 im Auftrag des Gesundheitsamtes Düsseldorf eine repräsentative Bevölkerungsumfrage in der Landeshauptstadt durch. In dieser Umfrage wurden u.a. Fragen zur psychischen Gesundheit bzw. zu Symptomen psychischer Krankheiten gestellt. Das Gesundheitsamt führte 2005 eine schriftliche Befragung bei den Leistungsanbietern der Stadt durch, um Informationen zu den Einrichtungen, Daten zur Inanspruchnahme und der gesundheitlichen und soziodemografischen Merkmale der Klienten zu erhalten. Außerdem gaben die Anbieter ihre Einschätzung zur Versorgungssituation an. Weitere Informationen und Daten konnten die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und der Landschaftsverband Rheinland beisteuern. Das Selbsthilfe-Service-Büro des Gesundheitsamtes stellte seine Anfragenstatistik zur Verfügung. Nicht zuletzt wurde der Indikatorenansatz des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst herangezogen. Allen Institutionen, engagierten Mitarbeitern und den Düsseldorfern selbst sei an dieser Stelle gedankt, ohne sie hätte

---

dieser Bericht nicht entstehen können.

Zum Schluss noch einige Hinweise. In jedem Bericht stellt sich die Frage nach der Schreibweise von männlichen und weiblichen Personenbezeichnungen. Üblich ist, die weibliche und männliche Form auszuschreiben, also: Die Düsseldorferinnen und Düsseldorfer gaben an..... Dies führt bei konsequenter Durchführung zu unleserlichen Sätzen, z.B. bei der Auflistung von Berufsgruppen. Noch unschöner ist, wenn die Bürgerinnen und Bürger dieser Stadt richtig als Frauen und Männer angesprochen werden, später dann aber von den „Patienten“ als allgemeine Masse die Rede ist oder den „Ärzten“ und „Krankenschwestern“ Stereotype zugeteilt werden. Aus diesem Grunde wurde altmodisch auf die männliche Schreibweise zurückgegriffen.

Diese Tatsache soll aber nicht darüber hinweg täuschen, dass die Sensibilität für das Thema Geschlecht nicht nur auf formaler Ebene, sondern auch inhaltlich eine erhebliche Rolle spielt. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat mit seiner Gesetzesnovellierung männliche und weibliche Lebensrealitäten zu berücksichtigen (gender-mainstreaming). Der Bericht geht auf die unterschiedlichen Ergebnisse für Männer und Frauen soweit ein, wie es die Datenlage zuließ. Gender-mainstreaming bedeutet aber nicht nur getrennte Zahlen für Männer und Frauen, sondern die Interpretation möglicher Unterschiede (aber auch Gemeinsamkeiten) im Hinblick auf die unterschiedlichen Lebenswelten und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Planung der Versorgung. Hier besteht noch erheblicher Entwicklungsbedarf.

Die modernen Klassifikationssysteme verwenden den Begriff "Störung" statt "Krankheit". Störungen in diesem Sinne sind jedoch voll ausgeprägte Krankheitsbilder, deren Diagnose auf Grund einheitlicher Kriterien vergeben werden. Störung bedeutet nicht leichter erkrankt. Das heisst, wenn von Störungen die Rede ist, sind klinisch relevante Krankheiten gemeint und nicht etwa Verstimmungen oder leichtere Beeinträchtigungen. Liegen Krankheitszeichen vor, bei denen aber nicht klar ist, ob sie die Diagnose einer Krankheit rechtfertigen, wird von Symptomen gesprochen.

Das Wichtigste zum Schluss: Eilige Leser können sich mit dem Kapitel "Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen" schnell über alle wichtigen Inhalte des Berichts und daraus folgende mögliche Konsequenzen ein Bild machen. Wer etwas detaillierter informiert werden möchte, kann in den entsprechenden Kapiteln nachschlagen. Jedes Kapitel ist in sich geschlossen und kann isoliert gelesen werden. Grundsätzlich werden immer erst allgemeine Erkenntnisse und dann spezielle Ergebnisse aus Düsseldorf berichtet. Die einzelnen Punkte in dem Kapitel "Versorgungslandschaft und Inanspruchnahme spezieller Leistungen in Düsseldorf" sind gleich aufgebaut und erleichtern so die Orientierung. Ausnahmen bilden die Unterpunkte "niedergelassene Therapeuten", "Selbsthilfe" und "Einschätzung des Versorgungssystems durch die Anbieter", weil hier die Datengrundlage eine andere war.

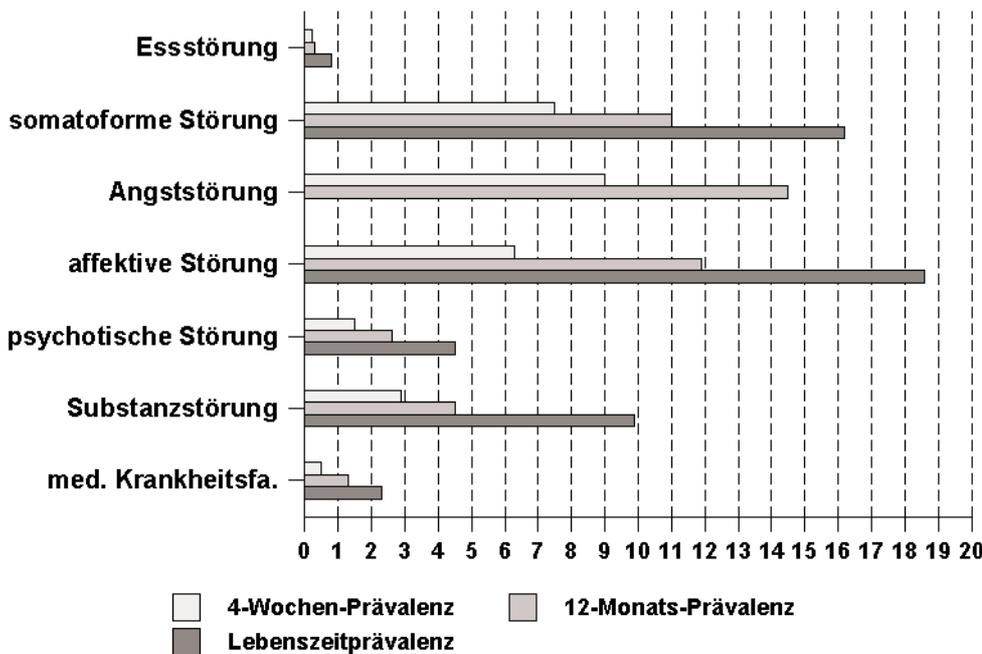
# Häufigkeit psychischer Störungen

## Häufigkeit psychischer Störungen in der BRD

Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland 20% der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren aktuell psychisch krank sind (4-Wochen-Prävalenz). 31% waren im Laufe des letzten Jahres psychisch krank. 43% erleiden irgendwann im Laufe ihres Lebens eine psychische Krankheit. Das ergab eine epidemiologische Studie an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von rund 4.200 Personen, die von Sommer 1998 bis Frühjahr 1999 bundesweit durchgeführt wurde (Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey Psychische Störungen (36)). Die Studie stellt die erste umfassende, sowohl im Hin-

suchten, die regionale Eingrenzung oder die untersuchten Krankheiten von geringerer Aussagekraft für die Einschätzung des Vorkommens psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse werden deshalb im Folgenden differenziert dargestellt und in einem zweiten Schritt auch mit älteren Studien verglichen, soweit das möglich ist.

Die Angaben in der Grafik veranschaulichen verschiedene Prävalenzen. Die Prävalenz ist die Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Bevölkerung (hier BRD) zu einem bestimmten Zeitpunkt/Zeitraum (in der Abb. 1 unterschiedlich). Im Folgenden werden die 12-Monats-Prävalenzen angegeben.



1. Prozentualer Anteil psychisch Kranker in der Allgemeinbevölkerung (BRD) im Laufe von vier Wochen, einem Jahr und lebenslang. Quelle: Jacobi F., Wittchen H.-U., Höltling C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb R., 2004. N=4181. med. Krankheitsfaktor=psychische Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors

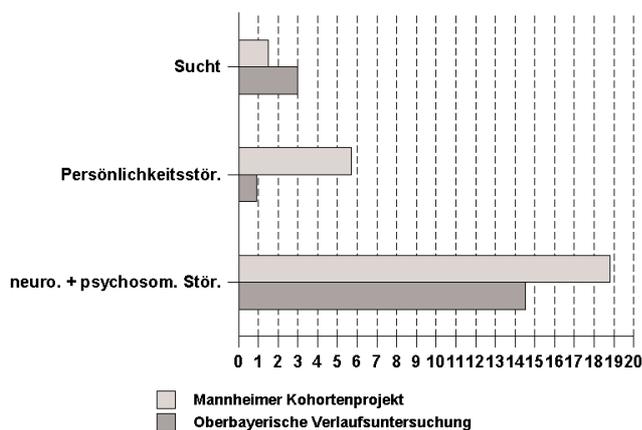
blick auf das untersuchte Krankheitsspektrum als auch die räumliche Ausdehnung, nach international gültigen Standards durchgeführte Untersuchung in Deutschland dar. Vorherige Studien in Deutschland waren entweder im Hinblick auf die Methodik, das Alter der Unter-

suchten, die regionale Eingrenzung oder die untersuchten Krankheiten von geringerer Aussagekraft für die Einschätzung des Vorkommens psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse werden deshalb im Folgenden differenziert dargestellt und in einem zweiten Schritt auch mit älteren Studien verglichen, soweit das möglich ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass Angststörungen mit 14,5% die häufigsten psychischen Krankheiten waren. An zweiter Stelle standen affektive (12%) und somatoforme Störungen (11%) und an dritter Störungen durch psychotrope Substanzen (4,5%). Dazu zählen theoretisch alle legalen und illegalen Substanzen, Missbrauch und Abhängigkeit von Nikotin ist in dieser Angaben jedoch nicht enthalten. Alkohol machte dabei mit ungefähr vier Fünfteln den weitaus größten Teil der Störungen aus, während Missbrauch oder Abhängigkeit von illegalen Drogen vergleichsweise selten in der Bevölkerung anzutreffen war (ein halbes Prozent der Gesamtbevölkerung

Im Jahr vor der Untersuchung waren davon 2,6 % der Bevölkerung betroffen. Die Prävalenz der Schizophrenie wird im Allgemeinen auf 1% geschätzt. Psychische Erkrankungen, die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor verursacht werden und Essstörungen waren ebenfalls selten. Einschränkend bleibt festzuhalten, dass die hier berichteten Krankheiten nicht das gesamte Spektrum abbilden. Nicht erfasst wurden beispielsweise Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzminderung, Schlafstörungen, sexuelle Störungen und nichtsubstanzengebundene Abhängigkeiten. Ebenfalls nicht erfasst wurden Erkrankungen, die besonders häufig in der Kindheit (Entwicklungsstörungen, z.B. Autismus; Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, z.B. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) oder im Alter auftreten (z.B. Demenzen). Das ist darin begründet, dass hier Aussagen zur erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren gemacht wurden.

Beispiele älterer epidemiologischer Studien in Deutschland sind das Mannheimer Kohortenprojekt (63) und die oberbayerische Verlaufsuntersuchung (21). Das Mannheimer Kohortenprojekt ergab eine Gesamtprävalenz (7-Tage-Punktprävalenz) von 26%, die oberbayerische Verlaufsuntersuchung (7-Tage-Punktprävalenz) von 20,4%.



**2. Prozentualer Anteil psychisch Kranker in der Allgemeinbevölkerung im Laufe von sieben Tagen in den Regionen Mannheim (N=600) und Oberbayern (N=1373) Ende der 70er Jahre. Quelle: Fichter et al., 1990, Tress & Schepank, 1990.**

Die Vergleichbarkeit mit Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys ist gering, da unterschiedliche Kriterienkataloge (ICD-8 und DSM IV) verwendet wurden, unterschiedliche Erhebungsinstrumente und unterschiedliche Zeitintervalle. Versucht man trotz gegebener Einschränkungen einen Vergleich, ist die Prävalenz der Störungen durch psychotrope Substanzen in der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung und dem Bundesgesundheits survey ähnlich (2,9% bzw. 3,0%). Schwieriger ist der Vergleich älterer Prävalenzschätzungen von neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen (14,5% bzw. 18,8%) mit den neueren, da sich die Definitionen der Krankheiten geändert haben. Sieht man die Angsterkrankungen, somatoformen und depressiven Erkrankungen des Bundesgesundheits surveys als vergleichbar an, ergeben sich 17,2%. Trotz aller Unterschiede kamen also die verschiedensten Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass zwischen 18% bis 20% der Bevölkerung aktuell unter einer Angststörung, depressiven oder somatoformen Erkrankung, einer Störung durch psychotrope Substanzen oder mehreren dieser Krankheiten gleichzeitig leiden.

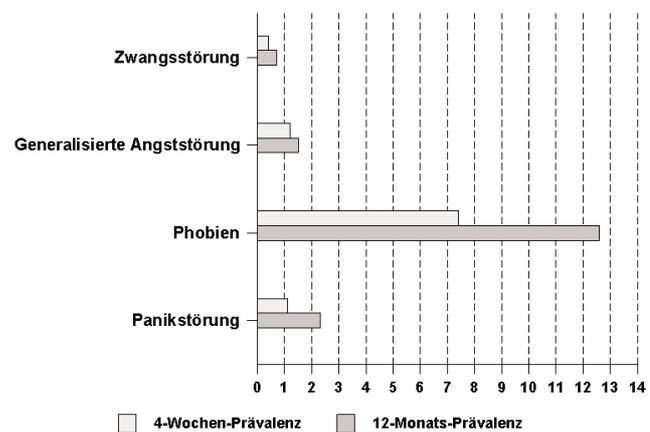
Die wichtigsten Krankheiten werden auf Grund ihrer Bedeutung für die Krankheitslast der Bevölkerung etwas genauer dargestellt. Die Darstellung der Krankheiten, ihrer Symptome und Verlaufscharakteristika orientiert sich am DSM-IV, das meist zu Forschungszwecken eingesetzt wird. Es lag dem Bundesgesundheits survey - Zusatzsurvey psychische Störungen zu Grunde und wird deshalb hier herangezogen, um die Bedeutung der vorliegenden Daten zu erläutern. In der klinischen Praxis ist das ICD-10 das gängige Klassifikationssystem, das teilweise vom DSM-IV abweicht. Anmerkungen dazu befinden sich im Text. Weitere Beschreibungen von Krankheitsbildern und deren Behandlung finden sich u.a. auf den Seiten der Kompetenznetze ([www.kompetenznetz-schizophrenie.de](http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de) und [www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)), bei den medizinischen Fachgesellschaften ([www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de) und <http://leitlinien.net/> unter Stichwortsuche) oder der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. ([www.dhs.de](http://www.dhs.de)).

## Angststörungen

14,5% der Bevölkerung litten im Zeitraum eines Jahres an einer Angststörung. Damit waren das die häufigsten psychischen Krankheiten überhaupt. Ob sich der Anteil der betroffenen Bevölkerung bei Betrachtung der gesamten Lebensspanne deutlich erhöht, kann aus den Daten des Bundesgesundheits surveys nicht geschlossen werden, da dazu keine Angaben vorliegen. Es gibt allerdings Hinweise, dass sich die Lebenszeitprävalenz und die Ein-Jahres-Prävalenz nur geringfügig unterscheiden (72,27).

Angst ist eine normale Reaktion auf bedrohliche Situationen und hilft, diese zu meistern (27). Sie wird dann als Krankheit gewertet, wenn sie ohne eine reale Gefährdung auftritt oder situationsunangemessen intensiv ist. Das daraus resultierende Verhalten ist einer adäquaten Bewältigung der Situation eher abträglich (59). Die modernen Klassifikationssysteme (18,4) unterscheiden verschiedene Formen der Angst, die als eigenständige Krankheiten angesehen werden. Jede Angststörung hat spezielle Symptome, Ursachen, Verläufe und Behandlungsmöglichkeiten. Spezifische Phobien sind durch die unangemessene oder übersteigerte Angst vor bestimmten Situationen oder Objekten gekennzeichnet, z.B. Brücken, Tunnel, Hunde, Gewitter, Zahnarzt o.ä.. Die Betroffenen fürchten sich z.B. davor, von der Brücke zu stürzen, gebissen zu werden oder Schmerzen zu erleiden. Bei Panikstörungen treten in kurzer Zeit heftige körperliche Symptome auf (z.B. Schwindel, Herzrasen, Atemnot, Hitzewallungen). Die Betroffenen haben Angst davor, eine schwerwiegende körperliche Erkrankung zu haben, verrückt zu werden oder sogar zu sterben. Die Angst, bei einer möglichen Panikattacke an einem bestimmten Ort (z.B. in einer Warteschlange, einem voll besetzten Bus oder einem Aufzug) nicht rechtzeitig fliehen zu können oder keine angemessene Hilfe zu erhalten, bezeichnet man als Agoraphobie. Bei einer Sozialphobie hingegen fürchtet man sich vor sozialen oder Leistungssituationen und davor, von anderen negativ bewertet zu werden. Bei generalisierter Angst sorgen sich die Betroffenen um alltägliche Dinge, z.B. vor Aufgaben am Arbeitsplatz, darum, dass nahestehenden Personen etwas zustoßen könnte etc. Die Ängste beziehen sich auf real mögliche

Situationen, sind aber in ihrer Dauer und Intensität nicht angemessen. Zwangsstörungen (nach ICD-10 keine Angststörungen) äußern sich in wiederkehrenden Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen, die Ausdruck zu Grunde liegender Ängste sind. Weiterhin zählen zu den Angststörungen die posttraumatische Belastungsstörung und die akute Belastungsstörung. Sie können entstehen, wenn jemand ein für sich oder andere extrem bedrohliches Ereignis erlebt oder beobachtet, z.B. Unfälle, Katastrophen oder kriegerische Auseinandersetzungen. Das Ereignis wird u.a. in Erinnerungen und Träumen ständig wiedererlebt.



**3. Prozentualer Anteil von Angsterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (BRD) im Laufe von vier Wochen und einem Jahr. Quelle: Jacobi F., Wittchen H.-U., Höltling C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb R., 2004. N=4181.**

Der Beginn der einzelnen Angststörungen ist unterschiedlich. Spezifische Phobien und Sozialphobien beginnen meist schon in der Jugendzeit. Besonders Sozialphobien stellen eine Gefahr für die weitere Entwicklung dar (69,72). Der Beginn von Panikstörungen variiert und liegt zwischen spätem Jugend- und frühen Erwachsenenalter bis zum Ende der dritten Lebensdekade. Für Agoraphobien wird der mittlere Beginn mit durchschnittlich 26 Jahren angegeben, demgegenüber beginnt die generalisierte Angststörung auch häufig noch später im Leben (Beginn in der Jugend bis in die fünfte Lebensdekade). Die meisten Angsterkrankungen nehmen unbehandelt einen chronischen Verlauf, der

---

jedoch auch Schwankungen unterworfen ist (74).

## Affektive Störungen

Bei affektiven Störungen ist die Stimmungslage in die negative Richtung verschoben (Depression) oder unangemessen positiv (Manie). Wechseln sich die Stimmungslagen ab, spricht man von einer "bipolaren" Störung. Affektive Störungen können als einzelne, zeitlich abgrenzbare Episoden auftreten oder wiederkehren. Erfüllen die Symptome nicht alle Kriterien für das volle Bild einer depressiven, manischen, hypomanen (weniger beeinträchtigend) oder gemischten Episode, treten aber über einen längeren Zeitraum immer wieder auf, spricht man bei depressiven Symptomen von dysthymier Störung und bei wechselnden depressiven und hypomanen Symptomen von zyklotimer Störung. Unipolare depressive Krankheiten sind ungleich häufiger als bipolare. Im Bundesgesundheitsurvey wurden die Ein-Jahres-Prävalenzen für einzelne affektive Störungen wie folgt angegeben: Bipolare Störungen 1,3%, Dysthymien 4,5% und depressive Störungen 8,8% (71). Ein Überblick über verschiedene epidemiologische Studien ergab im Mittel Lebenszeitprävalenzen für bipolare Störungen von 1,3%, Dysthymien 3,6% und Major Depressionen 16,1% (68). Der Beginn der Krankheit liegt im Durchschnitt für bipolare Erscheinungsformen unter 20, hypomanische Formen beginnen etwas über 20 Jahren. Für depressive Störungen wird der mittlere Beginn mit Ende zwanzig, Anfang dreißig angegeben (36,68). Der Verlauf affektiver Krankheiten kann sich auf einzelne Episoden beschränken oder phasisch sein. Der Anteil vollständiger Genesungen ist aber höher als bei Angststörungen. Wenn eine zweite Episode einer affektiven Erkrankung aufgetreten ist, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit weiterer Episoden. Die Intervalle zwischen einzelnen Episoden scheinen bei Beginn der Krankheit länger anzudauern als im fortgeschrittenen Stadium (4). Der Grad der Genesung zwischen zwei Episoden ist unterschiedlich. Affektive Störungen können im Verlauf ihr Erscheinungsbild ändern. Es gibt Hinweise, dass depressive Erkrankungen besonders in den jüngeren Altersgruppen in den letzten 20 Jahren zugenommen haben (68).

## Somatoforme Störungen

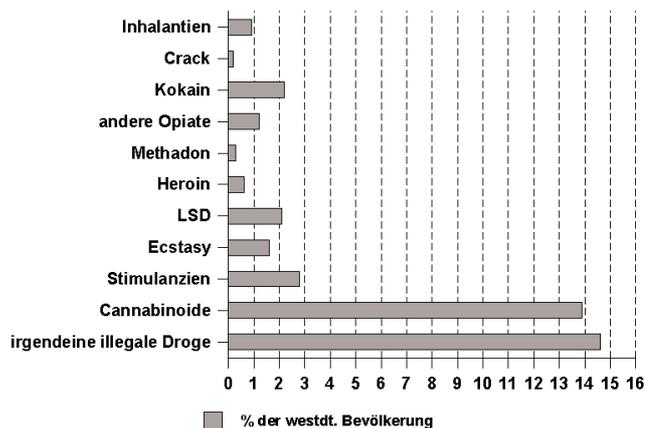
Somatoforme Störungen waren mit 11% der Bevölkerung, die im Laufe des Jahres vor der Befragung an einer solchen Krankheit litten, ebenfalls sehr häufig. Es handelt sich dabei um körperliche Beschwerden, denen keine organische Ursache zugeordnet werden kann oder die durch eine organische Ursache nicht vollständig erklärt werden können. Nicht damit gemeint sind körperliche Krankheiten, bei denen psychische Faktoren in der Entstehung oder Aufrechterhaltung der Krankheit eine Rolle spielen. Die somatoformen Störungen werden in Somatisierungsstörungen, Konversionsstörungen, Schmerzstörungen, Hypochondrie und körperdysmorphe Störung unterteilt. Menschen mit Somatisierungsstörungen haben wechselnde körperliche Beschwerden, darunter gastrointestinale, sexuelle und pseudoneurologische Beschwerden. Konversionsstörungen (nach ICD-10 eine dissoziative Störung) sind durch Ausfälle der Motorik oder der Sinneswahrnehmung gekennzeichnet. Bei Schmerzstörungen fehlt eine körperliche Ursache oder die Schmerzen sind stärker oder halten länger an, als auf Grund eines körperlichen Faktors zu erwarten wäre. Die Hypochondrie ist durch die Angst, eine schwere körperliche Krankheit zu haben, gekennzeichnet und durch die Fehlinterpretation körperlicher Signale. Der Begriff körperdysmorphe Störung (nach ICD-10 nicht kodiert) meint eine übertriebene Beschäftigung mit und negative Bewertung von körperlichen Merkmalen. Allen Krankheiten gemeinsam ist die Notwendigkeit, körperliche Ursachen als (ausreichenden) Grund des Leidens auszuschließen. Der größte Teil der im Bundesgesundheitsurvey diagnostizierten Störungen waren Schmerzstörungen (8,1% im Laufe eines Jahres). Konversionsstörungen und körperdysmorphe Störungen wurden nicht erfasst. Die meisten somatoformen Störungen beginnen im frühen Erwachsenenalter, die Somatisierungsstörung auch in der Adoleszenz und die Konversionsstörung teilweise schon in der späten Kindheit (4). Der Verlauf ist meistens chronisch mit unterschiedlicher Intensität, Konversionsstörungen verlaufen eher episodisch bis phasisch.

## Störungen durch psychotrope Substanzen

Störungen durch psychotrope Substanzen werden in Abhängigkeit von der Anzahl und Stärke der Symptome in Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch unterteilt. Daneben gibt es substanzinduzierte Störungen, z.B. Intoxikation oder Delir sowie andere psychische Krankheiten, die durch eine Substanz ausgelöst werden können, z.B. Ängste, Depressionen oder Psychosen. Der Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen lieferte hier erstmals umfassende bevölkerungsbezogene Angaben zur Krankheitshäufigkeit, danach waren 2,9% der Bevölkerung in den letzten vier Wochen, 4,5% innerhalb eines Jahres und knapp 10% im Laufe ihres Lebens suchtkrank, d.h. es lag eine Abhängigkeit oder ein Missbrauch vor (ohne Nikotinabhängigkeit). Die Ergebnisse der Punktprävalenz sind mit denen früherer Studien vergleichbar, allerdings sind die Angaben im internationalen Vergleich eher niedrig (51). Die häufigste Störung ist die Nikotinsucht. Nikotin macht körperlich und psychisch abhängig, darüber hinaus sind Aspekte des Selbstbildes und des sozialen Kontaktes ausschlaggebend für das Konsumverhalten. 70% bis 80% der Raucher sind schätzungsweise abhängig, das entspricht bundesweit 14 bis 16 Millionen Menschen (79). Gegenwärtig raucht ungefähr ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung, ein Viertel raucht täglich. 40% davon sind starke Raucher, d.h. 20 Zigaretten und mehr am Tag (47% Männer und 31% Frauen). Die Ergebnisse stammen aus dem telefonischen Bundesgesundheitsurvey 2003 (79). Die Umfrage ergab weiterhin, dass Oberschicht-angehörige weniger rauchen als Mittel- und Unterschicht-angehörige, Vollzeitbeschäftigte mehr rauchen als Teilzeit- und Nichterwerbstätige, während Arbeitslose eine Hochrisikogruppe darstellen und Alleinlebende mehr rauchen als Personen in einer Partnerschaft. Aufhörversuche werden vor allem von Jüngeren bis 29 Jahre unternommen und von leichteren Rauchern. Mit zunehmender Intensität nehmen die Aufhörversuche ab. Drei Viertel der Aufhörwilligen nutzen keine Hilfsmittel, was in Anbetracht der Komplexität der Nikotinsucht nicht ausreichend ist (79).

Die zweithäufigsten Störungen durch psychotrope Substanzen gehen auf Alkohol zurück. Wesentlich höher als

die Angaben über diagnostizierte Alkoholerkrankungen sind die über schädlichen Konsum (51). Als schädlicher Konsum werden Alkoholmengen von mehr als 40g am Tag für Männer und mehr als 20g für Frauen angesehen. Ein solches Konsumverhalten zeigen 15% der Männer und 10% der Frauen. Dieses Konsummuster kommt in höheren Altersgruppen häufiger vor als bei Jüngeren. Im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit wurden Grenzwerte für "tolerierbare obere Alkoholzufuhrmengen" erarbeitet (16). Diese liegen deutlich unter den bisher genannten Werten für Männer bei 20-24 g pro Tag und für Frauen bei 10-12 g pro Tag. Entsprechend fallen mit diesen Grenzwerten die Prozentangaben für Menschen mit gesundheitsriskantem Verhalten nahezu doppelt so hoch aus, sie liegen für Männer bei 31% und für Frauen bei 16% (16). Alkohol und Nikotinkonsum kommen häufig gemeinsam vor. Unter Rauchern ist der Anteil derer mit erhöhtem Alkoholkonsum fast viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse der Bundesberichterstattung zeigten ferner gegen die Erwartung, dass Personen mit hohem sozio-ökonomischen Status häufiger mehr als die gesundheitsverträgliche Menge Alkohol trinken als solche mit niedrigerem Status (16).



4. Prozentualer Anteil der westdeutschen Bevölkerung, die angaben, wenigstens einmal im Leben die fragliche Substanz konsumiert zu haben. Quelle: Perkonigg et al., 1998. N=4077.

---

Abhängigkeit und Missbrauch von illegalen Drogen sind seltener. Der Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen ergab, dass 2% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens eine Erkrankung im Zusammenhang mit illegalen Drogen entwickeln (36). Eine schriftliche Umfrage des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 1995 zeigte, welche Anteile der Bevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren jemals in ihrem Leben verschiedene Substanzen konsumiert haben. Auskunft darüber gibt Abbildung vier.

Jugendliche beginnen meistens zwischen 10 und 20 Jahren mit dem Konsum suchtrelevanter Stoffe. Daraus kann sich ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit entwickeln. Diese kann in jedem Lebensalter auftreten, beginnt aber meistens in den 20er, 30er und 40er Jahren (4,36). Der Verlauf ist häufig chronisch, kann im Einzelfall aber sehr variabel sein.

## Schizophrenie

Bei der Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen ist die Informationsverarbeitung, die Wahrnehmung und das Denken gestört, es kommt zu abweichenden emotionalen Zuständen und motorischen Auffälligkeiten. Menschen mit Schizophrenie können Stimmen hören, sich verfolgt fühlen, sich für jemand anderes halten, unzusammenhängend und zerfahren sprechen, in traurigen Situationen lachen und andere abweichende Verhaltensweisen zeigen. Man spricht von positiven Symptomen, weil sie zu der üblichen Bandbreite des Erlebens und Verhaltens hinzukommen. Wenn diese Symptome abklingen, bleiben häufig negative Symptome bestehen, wie z.B. Spracharmut, eingeschränkte Gefühlsregungen, verringerter Antrieb und sozialer Rückzug. Außerdem kann die Psychomotorik gestört sein. Manche Schizophrene sind ständig unruhig und ziellos aktiv, andere verharren in starren Haltungen oder führen stereotype Bewegungen aus. Mit einer "Persönlichkeitsspaltung", wie das Wort schizophren alltagssprachlich gebraucht wird, hat die Krankheit nichts zu tun.

Die Diagnose wird je nach Erscheinungsbild, Dauer der Symptome, Schweregrad und dem gleichzeitigen Vor-

liegen affektiver Symptome weiter differenziert. Psychotische Störungen können auch im Rahmen anderer Erkrankungen, z.B. bei affektiven Störungen und bei Störungen durch psychotrope Substanzen auftreten. Die Häufigkeit der Schizophrenie gilt mit rund einem Prozent der Bevölkerung als relativ stabil und zwar sowohl im Vergleich der Kulturen (42) als auch im Vergleich über die Zeit (27). Seit Ende der 70er Jahre wurden einige Studien veröffentlicht (42), die auf eine vermehrte Inzidenz bei Einwanderern afrokaribischer Herkunft hindeuten. Die Schizophrenie kann in jedem Lebensalter beginnen, im Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen wurde ein mittlerer Beginn mit 37 Jahren ermittelt (36). Frauen erkranken im Durchschnitt später als Männer. Häufig kündigt sich die Krankheit mit einer Phase sinkenden Leistungsniveaus, Vernachlässigung der körperlichen Hygiene und Verhaltensauffälligkeiten an. Es folgt eine Phase mit positiven Symptomen, nach deren Behandlung ein eingeschränktes Leistungsniveau zurückbleibt (Negativsymptomatik). Die langfristige Prognose ist sehr unterschiedlich. Einige Erkrankungen heilen vollständig, andere entwickeln sich langfristig chronisch. Oft konnte eine Häufung von psychisch Kranken in Stadtgebieten mit niedrigem sozioökonomischem Status nachgewiesen werden. Unklar ist, ob die Krankheit die Ursache für den sozialen Abstieg ist oder ob eine sozial deprivierte Umwelt die Krankheit auslöst (42).

## Suizid

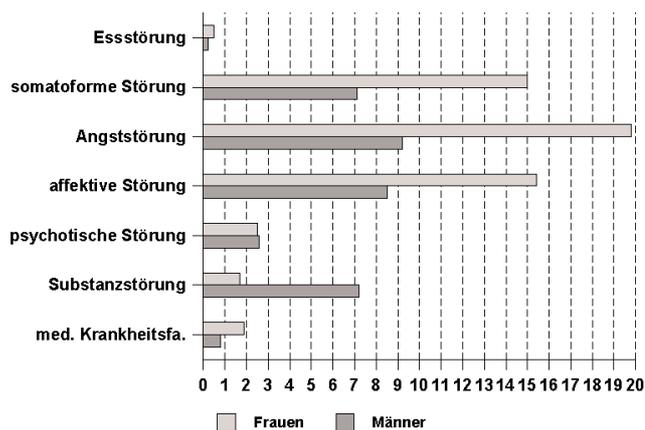
In Deutschland sterben jährlich rund 11.150 Menschen durch Suizid (25), in NRW sind es 1.700 bis 1.800 (46). Das sind mehr Menschen, als bei Verkehrsunfällen getötet werden (in NRW 2004:865, (41)). Der Suizid ist keine psychische Krankheit. Allerdings können psychische Krankheiten den Grund für einen Suizid oder einen Suizidversuch darstellen. Besonders depressive Erkrankungen, Störungen durch psychotrope Substanzen und Schizophrenien gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Dabei wird vermutet, dass auch Patienten mit Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit oder Schizophrenie zum Zeitpunkt des Todes depressive Episoden hatten, die den Anlass für den Suizid gaben (27).

Eine Untersuchung in der Allgemeinbevölkerung ergab, dass Personen mit einer Major Depression in Kombination mit einer Panikstörung oder einer Suchterkrankung 13- bis 15-mal häufiger von Suizidversuchen berichteten als gesunde Personen. Auch Phobien im Zusammenhang mit Depressionen stellen ein erhöhtes Risiko dar (14,69). Demgegenüber bestand bei einer rein depressiven Erkrankung gegen die Erwartung kein erhöhtes Risiko.

Die Suizidrate nimmt mit dem Alter zu, Suizidversuche nehmen deutlich ab. Männer sterben zwei- bis dreimal häufiger als Frauen durch vorsätzliche Selbstschädigung, Frauen unternehmen häufiger als Männer Suizidversuche. Suizide finden nicht selten Nachahmer, es kann zu kollektiven Suiziden in geschlossenen Umgebungen, z.B. Gefängnissen, kommen (27,17).

## Soziodemografische Einflüsse

Obwohl jeder Krankheit eigene Entstehungsmechanismen zu Grunde liegen, gibt es eine Reihe soziodemografischer Einflüsse, die bei vielen Krankheiten in die gleiche Richtung weisen. So haben Frauen häufiger psychische Störungen als Männer, eine Trennung oder Scheidung vom Partner, ein niedriger sozio-ökonomischer Status und Arbeitslosigkeit gehen gehäuft mit einer Erkrankung einher.

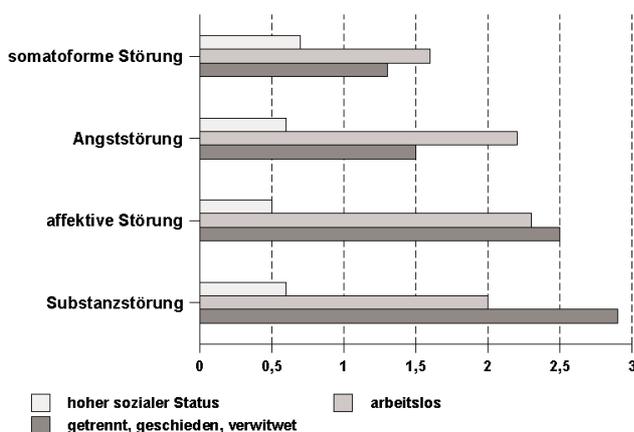


**5. Prozentualer Anteil psychisch Kranker in der Allgemeinbevölkerung (BRD) im Laufe eines Jahres, getrennt nach Geschlecht. Quelle: Jacobi F., Wittchen H.-U., Höltling C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb R., 2004. N=2268 Frauen, 1913 Männer.**

Wie die Grafik zeigt, sind in der Zusatzuntersuchung psychische Störungen des Bundesgesundheits surveys affektive, Angst- und somatoforme Störungen bei Frauen 2- bis 2,5-mal so häufig wie bei Männern. Bei psychotischen Erkrankungen gibt es demgegenüber keine Unterschiede und Störungen durch psychotrope Substanzen (hier vor allem alkoholbedingte) sind bei Männern bis zu fünfmal häufiger als bei Frauen. Dieser Befund wurde in vielen Studien gefunden und kann als gesichert angesehen werden (39). Die Gründe dafür sind nicht abschließend geklärt. In der Diskussion stehen biologische, psychologische und soziale Faktoren. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Geschlecht als soziale Kategorie die Identitätsentwicklung, Rollenerwartungen und Lebenswelten von Frauen und Männern beeinflussen. Daraus resultieren unterschiedliche gesundheitliche Belastungen für beide Geschlechter (81). Dazu kommt, dass Frauen und Männer bei objektiv gleichen Symptomen mitunter verschieden diagnostiziert und behandelt werden (61) und/oder das geschlechtsstereotype Überzeugungen bereits in diagnostischen Instrumenten enthalten sind (81). Eine Studie mit den Daten des Bundesgesundheits surveys zu den sozialen Belastungsfaktoren ergab keine stärkere Gefährdung von Frauen als von Männern (39). Bei einer Reihe von Belastungsfaktoren waren Männer sogar häufiger erkrankt als Frauen, darunter z.B. Trennung, Scheidung oder Tod des Partners, allein erziehend sein und niedriger sozialer Status. Frauen berichteten allerdings häufiger als Männer, getrennt, geschieden oder verwitwet zu sein. Insgesamt sind hier noch viele Fragen offen.

Getrennt, geschieden oder verwitwet zu sein geht mit einem erhöhten Risiko einer psychischen Krankheit einher. Risiko meint hier den statistischen Zusammenhang (Odd Ratio) von bestimmten soziodemografischen Merkmalen und der Auftretenswahrscheinlichkeit einer Krankheit. Das bedeutet jedoch nicht, dass der soziale Faktor die Ursache für die Erkrankung sein muss. Die Wahrscheinlichkeit von getrennt lebenden, geschiedenen oder verwitweten Personen eine affektive Störung, Angststörung oder eine Suchterkrankung zu haben, war im Vergleich zu verheirateten bis zu dreimal höher. Die hier dargestellten Zahlen stammen aus dem

Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen. Auch in anderen Studien hat sich der Familienstand als relevant herausgestellt. In der oberbayrischen Verlaufsuntersuchung (21) war der Anteil der Neuerkrankungen im Fünf-Jahres-Intervall bei den getrennt und geschieden Lebenden 10% höher als bei den Ledigen und Verheirateten. Andere Studien zeigten (42), dass verheiratete Menschen später an Schizophrenie erkrankten als Unverheiratete.



**6. Risiko (Odd Ratio) einer psychischen Krankheit bei gegebener Bedingung, wenn verheiratet, vollzeitbeschäftigt und niedriger sozialer Status 1 ist. Quelle: Jacobi F., Wittchen H.-U., Hölting C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb R., 2004.**

Arbeitslosigkeit erhöhte das Risiko (s.o.) einer Erkrankung gegenüber Vollbeschäftigung um den Faktor zwei, demgegenüber war bei einem hohen sozialen Status, berechnet aus Bildung, Einkommen und gegenwärtiger beruflicher Stellung, die Erkrankungsrate geringer als bei einem niedrigen. Die oberbayrische Verlaufsuntersuchung (21) ermittelte hier ein interessantes Ergebnis: Nach fünf Jahren waren von den ursprünglich Gesunden rund 30% erkrankt. Diese verteilten sich relativ gleichmäßig auf die sozialen Schichten. Ein deutlicher Sozialgradient zeigte sich dafür bei den ursprünglich Kranken: In den höheren sozialen Schichten war der Anteil der Genesenen fast doppelt so hoch wie in der untersten Schicht. Dafür war der Anteil der chronisch Erkrankten in den unteren Schichten deutlich größer

als in den höheren. Der Verlauf der Erkrankungen ist demnach auch ressourcenabhängig.

## Komorbidity

Viele Menschen haben nicht nur eine, sondern mehrere Krankheiten gleichzeitig und sind damit besonders beeinträchtigt. Die Häufigkeiten, mit denen bestimmte Störungen gemeinsam auftreten, sind nicht zufällig verteilt. Eine genauere Analyse dieser Zusammenhänge kann wichtige Hinweise auf die Entstehung - und damit auch auf Möglichkeiten ihrer Vermeidung - geben.

## Psychische Krankheiten

Im Bundesgesundheitsurvey hatten von allen Befragten mit einer klinischen Diagnose 60,5% eine und 39,5% mehrere. 10% erfüllten die Kriterien von drei und mehr Störungen (36). Besonders häufig treten Angststörungen und depressive Erkrankungen gemeinsam auf. Angststörungen, in besonderem Maße Panikstörungen, stellen ein Risiko für eine spätere Depression und einen ungünstigen Verlauf dar (68,27). Das gleichzeitige Bestehen mehrerer Angststörungen ist ebenfalls häufig. Schwere klinische Erscheinungsbilder können mit Persönlichkeitsstörungen einhergehen, wie selbstunsichere und zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Psychosomatische und somatoforme Erkrankungen treten ebenfalls gemeinsam mit Angststörungen auf (27,4). Außerdem besteht ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch und Abhängigkeit (4,69). Auch affektive Störungen bergen die Gefahr weiterer durch psychotrope Substanzen (4). Der ungünstigste Verlauf einer affektiven Störung ist der Suizid, der bei 10 bis 15% der Menschen mit Major Depression und bipolaren Störungen vorkommt. Auf den engen Zusammenhang mit Angststörungen wurde bereits hingewiesen. Affektive Störungen können zusammen mit Essstörungen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung, aber auch anderen, gemeinsam auftreten. Speziell bei bipolaren Störungen kann zeitgleich eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung vorliegen (4). Viele somatoforme Störungen werden von depressiven

Störungen und Angststörungen begleitet. Es besteht die Gefahr des Substanzmissbrauchs und der Abhängigkeit, besonders bei der Behandlung von Schmerzstörungen. Außerdem besteht eine Häufung bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen vorwiegend aus dem Bereich derer mit emotionalem und unberechenbarem Verhalten (4,17).

Bei Schizophrenien besteht wie bei den affektiven Störungen eine erhöhte Gefahr der Selbsttötung (10%). Außerdem liegt bei Schizophrenien häufig eine substanzbezogene Störung vor, vor allem Nikotinabhängigkeit. Persönlichkeitsstörungen (in DSM-IV und ICD-10 unterschiedlich) mit schizophrenieähnlichen Symptomen gehen der Krankheit teilweise voraus. Depressive Stimmungslagen gehören zum Krankheitsbild der Schizophrenien, bei schizoaffektiven Störungen besteht das Risiko, eine reine affektive Störung zu entwickeln.

Störungen durch psychotrope Substanzen gehen wie bereits erwähnt mit einer Reihe anderer psychischer Erkrankungen einher. Zu den bisher nicht erwähnten kommen auch Anpassungsstörungen und bestimmte Persönlichkeitsstörungen, wie z.B. antisoziale Persönlichkeitsstörung, hinzu (4).

## Somatische Krankheiten

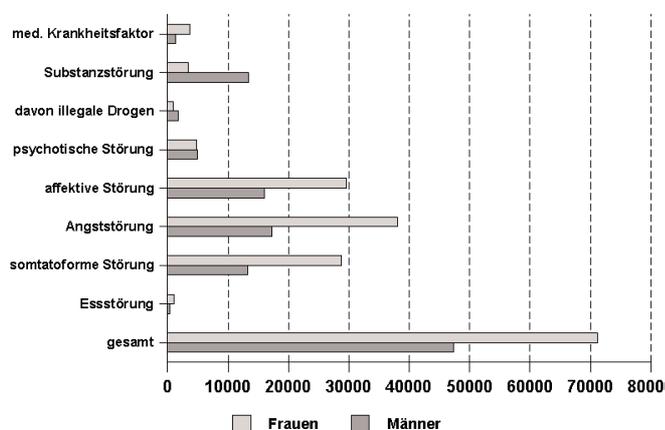
Eine Reihe körperlicher Erkrankungen treten gehäuft zusammen mit psychischen Erkrankungen auf. Das trifft u.a. auf kardiovaskuläre, muskuloskeletale, gastrointestinale, respiratorische und neurologische Erkrankungen zu. Sie gehen häufig mit Angsterkrankungen und depressiven Störungen einher. Baumeister et al. (7) fanden in einer Stichprobe von Rehabilitanden mit kardiovaskulären und muskuloskelettalen Erkrankungen deutlich höhere Prävalenzen von Nikotinabhängigkeit, affektiven Störungen und Angststörungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die Rehabilitanden waren 1,5-mal häufiger im Laufe ihres Lebens affektiv erkrankt als die Durchschnittsbevölkerung und litten mehr als zweimal so häufig an einer Angsterkrankung. Auch Asthma (26) tritt häufig gemeinsam mit Angsterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung auf. Bei leichtem Asthma war in einer Studie das Risiko einer Angsterkrankung um den Faktor 1,5, bei schwerem

Asthma um den Faktor zwei erhöht. Bei den Angsterkrankungen spielen besonders die Panikstörung und die generalisierte Angststörung eine Rolle. In einer amerikanischen Studie (28) wurden Menschen mit und ohne einer Angsterkrankung danach befragt, welche körperlichen Krankheiten sie im Laufe ihres Lebens hatten. Danach hatten Menschen mit einer diagnostizierten Angsterkrankung mehr als 4,5-mal so oft eine kardiale Erkrankung, 3,5-mal so oft eine urogenitale Erkrankung, mehr als doppelt so oft Bluthochdruck oder eine gastrointestinale Erkrankung und mehr als fünfmal so oft Migräne. Eine weitere Studie (52) ergab, dass Patientinnen mit erstmals diagnostiziertem Diabetes Typ 1 zweimal so häufig depressiv waren wie die Allgemeinbevölkerung.

Als Erklärung für diese Häufungen kommen drei verschiedenen Ansätze in Betracht. Erstens ist es denkbar, dass die körperliche Krankheit seelische Belastungen verursacht, die die psychischen Krankheiten hervorrufen. Umgekehrt ist denkbar, dass die psychische Krankheit mit körperlichen Veränderungen einher geht, die eine körperliche Erkrankung wahrscheinlicher macht. Drittens ist es möglich, dass zu Grunde liegende Faktoren sowohl die körperlichen als auch die psychischen Symptome bedingen. Z.B. werden genetische Faktoren diskutiert, die sowohl die Entstehung von Depressionen als auch von Gefäß- und Herzerkrankungen beeinflussen. Depressionen versetzen außerdem den Körper in einen dauernden Zustand von Stress und erhöhter Erregung, der sich langfristig ungünstig auf die Gefäße und das Herz auswirkt (1). Zusätzlich entstehen Depressionen auch als Reaktion z.B. auf einen Herzinfarkt. Auch bei Angststörungen ist der Zusammenhang von körperlichen und somatischen Faktoren komplex. Körperliche Faktoren können Angstzustände direkt auslösen, z.B. Schilddrüsenüberfunktionen, Tumore oder Asthmaanfälle. Angst kann aber auch die Ursache körperlicher Symptome sein, z.B. kann eine Panikattacke Angina Pectoris oder einen Asthmanfall auslösen (28,26).

## Häufigkeit psychischer Störungen in Düsseldorf

Eine erste Einschätzung darüber, wie häufig psychische Krankheiten in Düsseldorf sind, liefern die Ergebnisse des Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen. Bezieht man die dort ermittelten Prävalenzraten auf die Düsseldorfer Bevölkerung, ergibt sich folgendes Bild:



**7. Erwartete Anzahl psychisch Kranker in Düsseldorf im Laufe eines Jahres. Quelle: Jacobi F., Klose M. & Wittchen H.U., 2004, Statistisches Jahrbuch Düsseldorf 2003, eigene Berechnungen.**

Wären die Prävalenzraten eins zu eins auf Düsseldorf übertragbar, müsste man von 71.000 Frauen und 47.000 Männern zwischen 18 und 65 Jahren ausgehen, die im Verlaufe eines Jahres an irgendeiner oder mehreren psychischen Krankheiten leiden. Einschränkend ist festzuhalten, dass Düsseldorf nicht repräsentativ für die Bundesrepublik Deutschland ist. Die Zahlen liefern aber einen ersten Anhaltspunkt über die Größenordnung der Verbreitung psychischer Krankheiten in Düsseldorf.

Weiterhin muss jährlich mit rund 60 Todesfällen durch Suizid gerechnet werden (47). Ein Drittel davon sind Frauen und zwei Drittel Männer. Diese Werte liegen im Landesdurchschnitt.

## Selbsteinschätzung der Düsseldorferinnen und Düsseldorfer zur psychischen Gesundheit

Weiteren Aufschluss über das seelische Befinden der Düsseldorfer gibt eine repräsentative Bevölkerungsumfrage, die im Oktober/November 2004 zum Thema Gesundheit durchgeführt wurde. An der telefonischen Befragung haben insgesamt 1.318 Düsseldorfer teilgenommen. Zunächst wurden 1.008 Interviews mit zufällig ausgewählten Personen durchgeführt. Zu den Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung gehört neben der Darstellung der Verteilung von Krankheitsrisiken und Auftretenswahrscheinlichkeiten von Krankheiten in der Allgemeinbevölkerung, die Beschreibung der Krankheitslast in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Dazu zählen die Aufteilung nach Geschlecht, Altersgruppen, soziale Lage und Migrationshintergrund. Ausländische Bevölkerungsgruppen sind jedoch schon allein auf Grund von Sprachproblemen in Bevölkerungsumfragen unterrepräsentiert. Das ist deshalb zu kritisieren, weil bekannt ist, dass Migranten ein erhöhtes Risiko gesundheitlicher Belastungen tragen, die meisten gesundheitsbezogenen Routinedaten jedoch nicht nach Nationalität getrennt vorliegen. Damit besteht eine immense Wissenslücke zu diesem wichtigen Thema. Das Gesundheitsamt hat sich deshalb in Abstimmung mit dem Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst dafür entschieden, eine gesonderte Teilstichprobe zu erheben, die in ihrer Muttersprache befragt wird und die ausreichend groß ist, um statistische Vergleiche durchzuführen. Da dies nicht für alle Migranten unterschiedlicher Herkunft möglich war, entschied sich das Gesundheitsamt für die exemplarische Befragung der größten ausländischen Bevölkerungsgruppe in Düsseldorf, das sind die Türken. Deshalb wurde zusätzlich eine Stichprobe von Personen befragt, die einen türkischstämmigen Namen trugen. Dabei kamen 310 weitere Interviews zu Stande. Diese wurden in 220 Fällen in türkisch interviewt und in 90 Fällen in deutsch. Die Ergebnisdarstellung erfolgt nach Nationalität getrennt (unabhängig von der Sprache, in der das Interview geführt wurde). Zuerst werden die Ergebnisse für die deutsche Stichprobe (N=1.018) dargestellt und anschließend für die türkische (N=231). 69 Personen mit einer anderen Nationa-

lität wurden hier nicht berücksichtigt, weil sie eine zu geringe Anzahl für aussagekräftige Ergebnisse darstellen.

Die Fragen, die im Rahmen des telefonischen Interviews den Düsseldorferinnen und Düsseldorfern gestellt worden sind beziehen sich u.a. auf Symptome psychischer Störungen. Die Antworten beruhen auf der Selbsteinschätzung der Befragten. Die Ergebnisse geben damit keine gesicherten Diagnosen wieder sondern das Erleben einzelner Symptome. Zu einem Krankheitsbild gehört jedoch immer eine Kombination mehrerer, genau festgelegter Symptome. Eine psychische Störung kann nur durch eine ärztliche oder psychologische Diagnostik festgestellt werden. Die Fragen wurden dem Screening-Fragebogen DIA-X SSQ entnommen (77). Sie beziehen sich auf somatoforme Störungen, Angsterkrankungen und Depressionen. Inhalte der Fragen sind jeweils typische Symptome der Störungen. Wird eine oder mehrere dieser Fragen mit ja beantwortet, bedeutet das, dass eine psychische Störung vorliegen oder vorgelegen haben könnte. Mit Sicherheit ist dies aber nur durch ein ausführliches diagnostisches Interview feststellbar. Somit ist zu erwarten, dass die Angaben der Befragten zu psychischen Symptomen höher ausfallen, als Angaben aus epidemiologischen Studien mit gesicherter Diagnostik. Die folgenden Fragen wurden im Interview gestellt:

Fragen aus dem DIA-X SSQ, die in der Düsseldorfer Bevölkerungsumfrage eingesetzt wurden:

Haben Sie jemals mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden gelitten, für die ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten erhebliche Sorgen gemacht, eine ernsthafte körperliche Erkrankung zu haben?

Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke, bei dem Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Bekommenheit oder Unruhe überfallen wurden?

Litten Sie jemals unter unbegründeten starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer zu stehen?

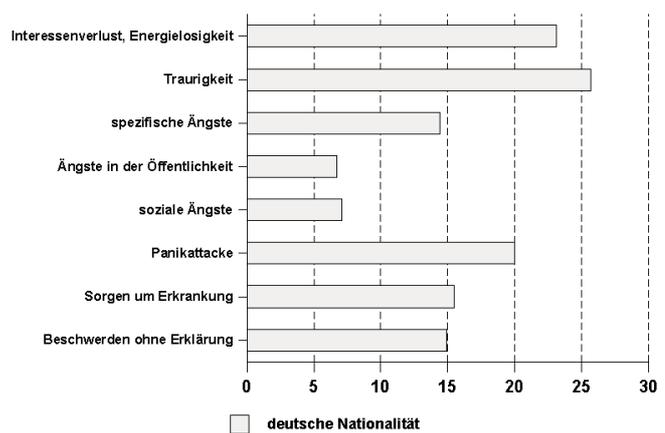
Litten Sie jemals unter unbegründeten starken Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?

Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründet starken Angst vor anderen Situationen (geschlossenen Räumen) oder Gegenständen (Höhen, Unwetter, Tieren) litten?

Haben Sie jemals über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?

Litten Sie jemals über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interesseverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?

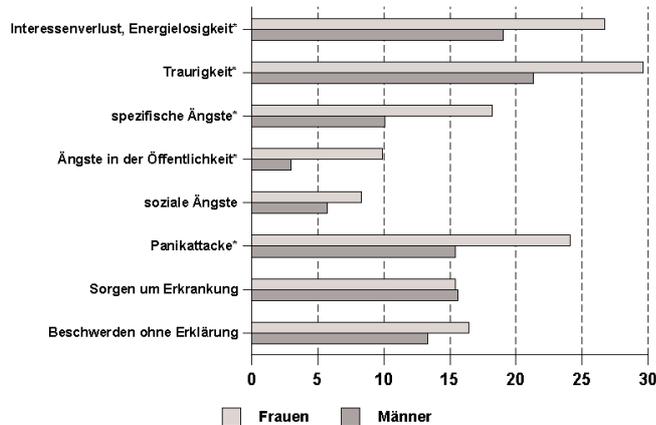
(©1997 Swets Test Services, Frankfurt/M. Nachdruck mit Genehmigung)



**8. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=1018.**

Die Ergebnisse geben den Prozentsatz der Befragten an, die aktuell oder in der Vergangenheit Symptome psychischer Störungen hatten.

Jeweils 15% berichteten über unspezifische körperliche Symptome und Sorgen um die Gesundheit, die ein Hinweis auf somatoforme Störungen sein könnten. Allerdings kann eine körperliche Krankheit hierbei nicht ausgeschlossen werden. 20% hatten schon einmal eine Panikattacke erlebt, jeweils rund 7% berichteten von Ängsten im sozialen Kontext oder in der Öffentlichkeit und doppelt so viele, 14%, hatten schon einmal spezifische Ängste erlebt. Kardinalsymptome einer Major Depression bejahten 26% (Niedergeschlagenheit/Traurigkeit) bzw. 23% (Verlust von Interesse oder Freude) mit Bezug zur gesamten Lebensspanne. Da davon auszugehen ist, dass nicht alle Symptome eine klinische Diagnose rechtfertigen, liegen die Angaben erwartungsgemäß über den Prävalenzraten des Bundesgesundheits surveys (Einjahresprävalenz somatoforme Störungen 11%, Lebenszeitprävalenz unipolare Depression 17,1% und Panikstörung 3,9%).

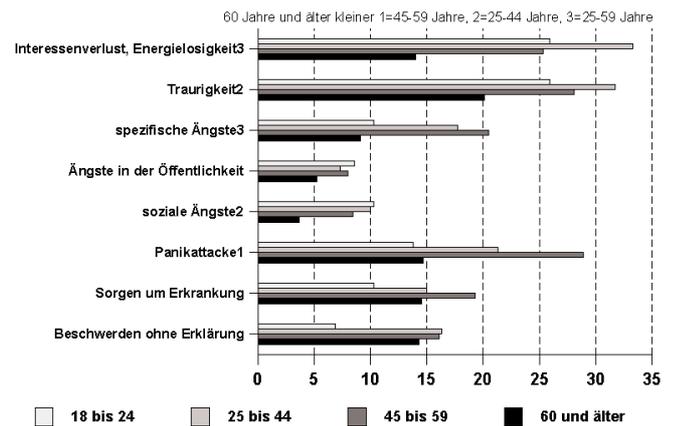


**9. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), getrennt nach Geschlecht, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=544 Frauen, 474 Männer. (\*=signifikanter Unterschied).**

Der Vergleich der Geschlechter zeigt, dass Frauen häufiger psychische Symptome angaben als Männer. Sie bejahten dreimal so oft wie Männer Ängste an öffent-

lichen Orten und nahezu doppelt so oft Ängste vor spezifischen Dingen oder Situationen. Panikartige und depressive Symptome gaben 8 bis 9% mehr Frauen als Männer an. Dies könnte daran liegen, dass für Frauen psychische Aspekte der emotionalen Befindlichkeit mehr im Vordergrund stehen als für Männer und mehr berichtet werden (81).

Psychische Krankheiten treten in allen Altersgruppen auf, keine ist in besonderem Maße stärker betroffen als eine andere. Das ergaben zumindest die Ergebnisse aus dem Bundesgesundheits survey - Zusatzsurvey psychische Störungen (36,75). Dabei war allerdings die Altersgruppe auf 18 bis 65 Jahre beschränkt, weil das verwendete Interview für den Einsatz bei über 65-Jährigen weniger geeignet war.



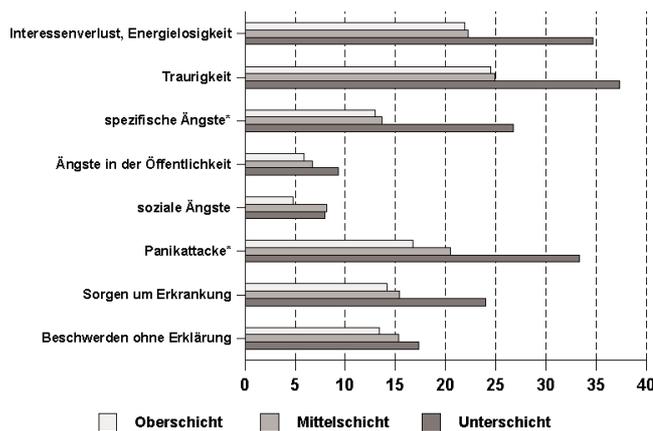
**10. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), getrennt nach Altersgruppen, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=58 18-24, 300 25-44, 249 45-59, 407 60 und älter. (1,2 und 3 geben an, ggü. welchen Altersgruppen 60 Jahre und älter signifikant verschieden ist).**

In der Düsseldorfer Umfrage gaben die Älteren (ab 60 Jahren) weniger psychische Symptome an als die Jüngeren. Dies gilt besonders bei Ängsten und depressiven Symptomen. Depressive Erkrankungen wurden auch in anderen Studien bei Älteren seltener festgestellt als bei Jüngeren (68). In diesem Zusammenhang wird diskutiert, ob depressive Erkrankungen in den letzten rund

20 Jahren bei jüngeren Menschen zunehmen. Auch die Häufigkeit von Phobien nimmt ab dem 65 Lebensjahr ab (27). Dafür treten aber verstärkt paranoide Syndrome auf (Feindseligkeit, Angst vor Bedrohung in der eigenen Wohnung).

Diese Ergebnisse dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass gerade alte Menschen häufig psychisch belastet sind. Demenzen werden mit zunehmendem Alter immer wahrscheinlicher und gehen mit vielen Defiziten, nicht nur kognitiven sondern auch psychischen Veränderungen, einher. Nach typischen Alterserkrankungen wie Demenzen wurde hier allerdings nicht gefragt.

Ein weiterer Faktor, der Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit psychischer Erkrankungen hat, ist der soziale Status. Es wird angenommen, dass bei niedrigem sozialen Status psychische Krankheiten häufiger auftreten als bei hohem Status. Zur Berechnung des Schichtindex wurden in drei Kategorien Punktwerte vergeben. Das sind 1) die schulische und berufliche Bildung, 2) die berufliche Stellung (Arbeiter/Angestellter/Beamter/Selbstständiger) und das Maß der Selbstständigkeit und Befugnisse sowie 3) das Einkommen. Auf dieser Grundlage wurden die Befragten in die Unter-, Mittel- oder Oberschicht eingestuft (64).

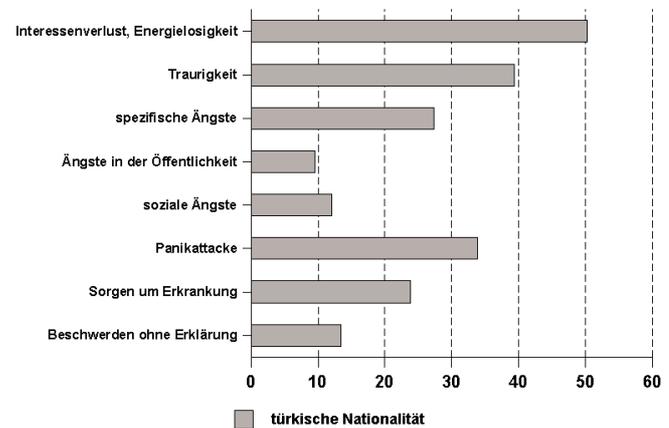


**11. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), getrennt nach sozialem Status, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=75 niedrig, 654 mittel, 269 hoch. (\*=signifikanter Unterschied).**

Die Häufigkeit mit der Befragte psychische Symptome angaben hing auch von ihrer sozialen Stellung ab. Bei den depressiven Symptomen hatten 12 bis 13% mehr Unterschichtsangehörige die Fragen bejaht als die Mittel- und Oberschicht. Signifikant häufiger beantworteten die Unterschichtsangehörigen aber nur die Fragen zu Paniksymptomen und spezifischen Ängsten im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen.

Die Ergebnisse zum Partnerschaftsstatus zeigen keine Unterschiede in der Beschwerdehäufigkeit bei Personen mit und ohne Partner.

Die Ergebnisse der türkischen Stichprobe werden getrennt berichtet, da nicht bekannt ist, ob die Fragen vor dem kulturellen Hintergrund der Türken anders interpretiert werden. Viele Befragte gaben an, schon einmal unter Symptomen psychischer Krankheiten gelitten zu haben. Die Frage nach dem Interessensverlust bejahten 50% der Türken, 39% hatten im Laufe ihres Lebens andauernde Gefühle von Traurigkeit und Niedergeschlagenheit erlebt. 34% berichteten von Panikattacken und 27% von spezifischen Ängsten zum Zeitpunkt der Befragung oder in der Vergangenheit.



**12. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=231.**

Auch in der türkischen Stichprobe gaben Frauen häufiger Symptome an als Männer. Das gilt besonders für die Fragen zur Panik (41% zu 27%), zu spezifischen

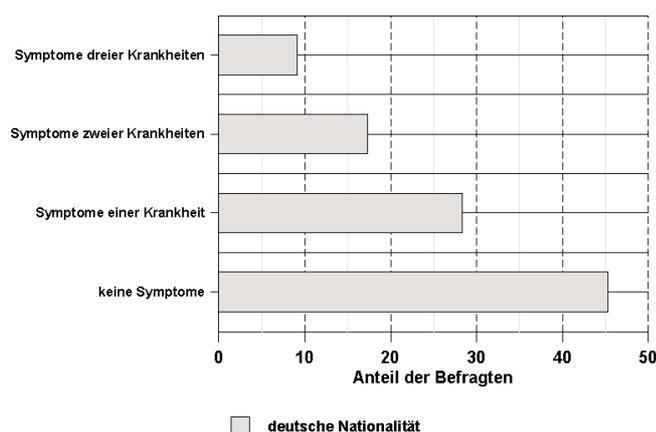
Ängsten (37% zu 19%) und zum Interessenverlust (57% zu 44%). Weder beim Alter noch bei der Schichtzugehörigkeit oder dem Familienstand zeigten sich Unterschiede zwischen den Gruppen.

Die Ergebnisse könnten nach dem Begriffsverständnis der westlichen Industrienationen als ein Hinweis auf eine hohe Verbreitung psychischer Störungen unter türkischen Einwohnern gewertet werden. Inwieweit allerdings die Interpretation der Fragen durch türkische Werte und Normen von der Auffassung westlicher Länder abweicht, ist nicht hinreichend bekannt, so dass die Gefahr einer Überbewertung der Ergebnisse gesehen werden muss. Die psychiatrischen Krankheitsbilder sind zwar kulturübergreifend gleich, einzelne Symptome und ihre Bedeutung können jedoch variieren (86). Eine hohe psychische Belastung von Migranten ist jedoch plausibel. Sie sind in ihrem Gastland erschwerten Lebensbedingungen ausgesetzt. Zu den Stressoren gehören Erlebnisse von Trennung und Verlust, Vereinsamung und Rollendiffusion, Auflösung von Familienverbänden, ungeklärter Aufenthaltsstatus, Erleben von Diskriminierung und Ausgrenzung, erschwerte Arbeitsbedingungen, schlechte Wohnverhältnisse bis hin zu Armut, Kommunikationsschwierigkeiten u.a.m.. Für Flüchtlinge kommen häufig noch traumatische Erlebnisse hinzu (85, 86). Doch nicht nur die Ankunft im Gastland ist eine kritische Phase, psychische Probleme entstehen häufig noch nach längerem Aufenthalt, wenn die Betroffenen die Migration und ihre Folgen bilanzieren (85). Das Krankheitsspektrum bei Migranten ist besonders gekennzeichnet durch affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (85, 86). Symptome dieser Störungen wurden auch im Rahmen dieser Umfrage thematisiert. Weiterhin ist bekannt, dass Migranten bei psychischen Problemen häufig körperliche Symptome schildern und gerade türkische Einwanderer lange symptombezogen in Behandlung sind, so dass die Gefahr der Chronifizierung der zu Grunde liegenden psychischen Probleme besteht (85). Hier sind weitere Forschungsbemühungen und eine Verbesserung des Wissensstandes dringend erforderlich. Deutschland ist hier im Vergleich zu anderen Ländern rückständig, wobei der Grad der Auseinandersetzung mit dem The-

ma in dem Maße variiert, wie die Multikulturalität als gesellschaftliche Realität anerkannt wird (87).

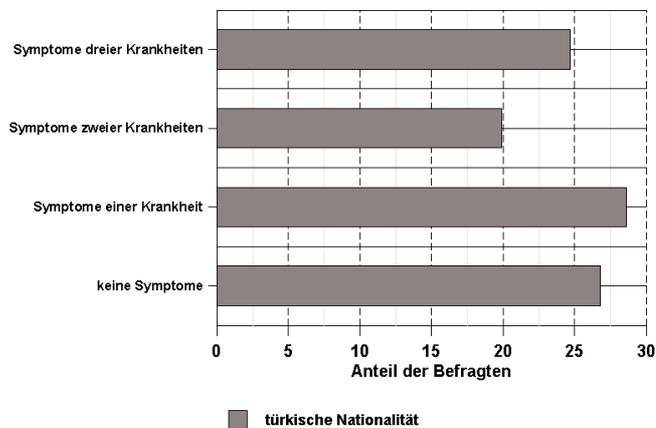
## Komorbidität

In der deutschen Stichprobe hatten 55% der Befragten mindestens eine der Fragen zu psychischen Symptomen mit ja beantwortet. 21% bejahten eine Antwort, 16% zwei, 8% drei, 7% vier und fünf, weitere 3% sechs und mehr Fragen. Die Fragen beruhen auf drei verschiedenen Störungsbildern: somatoforme Störungen, Ängste und Depressionen. Die Zusammenfassung der Antworten zu den Krankheiten ergab, dass 28% aller Befragten Symptome von einer, 17% von zwei und 9% von drei verschiedenen Störungen nannten.



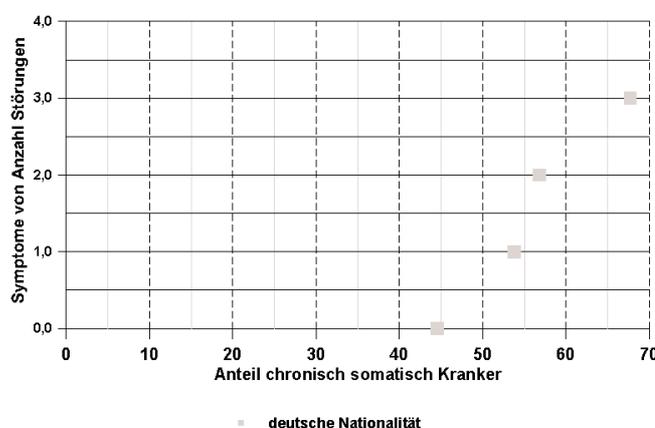
**13. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome genannt wurden, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=1018.**

Ein hoher Prozentsatz der türkischen Befragten äußerte viele Symptome. 73% bejahten mindestens eine der acht Fragen, davon 66% drei und 34% vier und mehr.



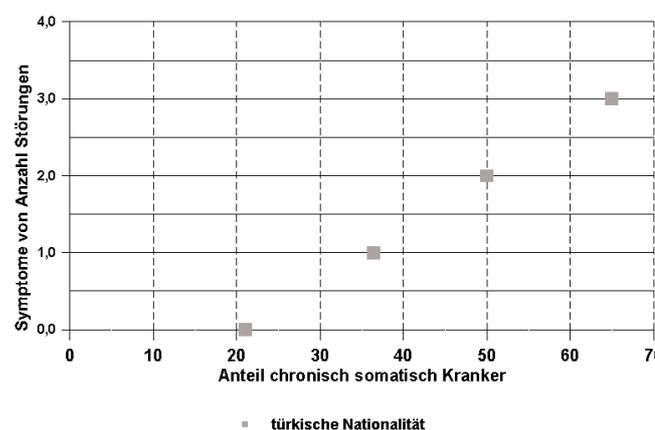
**14. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome genannt wurden, türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=231.**

Weiterhin gab es einen Zusammenhang zwischen psychischen Symptomen und chronischen somatischen Erkrankungen. In der deutschen Stichprobe gaben insgesamt 51% chronische somatische Leiden an. In der Gruppe derer, die gar keine psychischen Symptome nannten, waren es 45%. Von denjenigen, die Symptome einer psychischen Krankheit schilderten, waren 54% chronisch somatisch krank, bei Symptomen von drei verschiedenen psychischen Krankheiten waren es 68%.



**15. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit chronischen somatischen Krankheiten in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) genannt wurden, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=1018.**

In der türkischen Stichprobe gaben 42% chronische Krankheiten an. In der Gruppe derer ohne psychische Symptome waren es nur 21%, wurden Symptome von drei verschiedenen Krankheitsbildern geäußert waren es 65%.



**16. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit chronischen somatischen Krankheiten in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) genannt wurden, türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=231.**

---

## Einschränkungen durch psychische Störungen

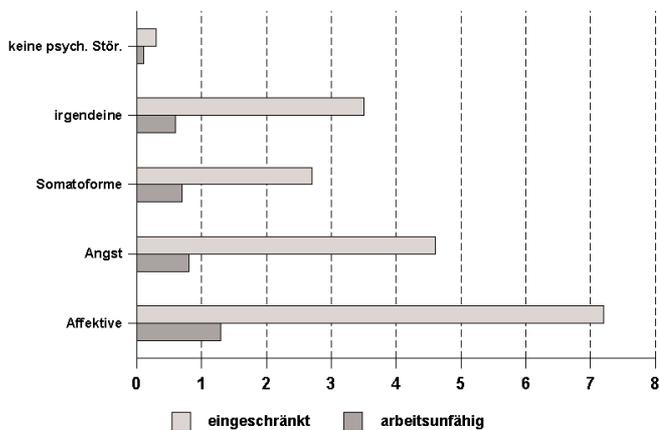
### Einschränkungen durch psychische Störungen in der BRD

Psychische Krankheiten beeinträchtigen nicht nur das seelische Wohlbefinden sondern auch die tägliche Leistungsfähigkeit sowohl am Arbeitsplatz als auch bei häuslichen Verrichtungen. Der Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen ergab, dass Personen die zum Zeitpunkt der Befragung erkrankt waren, nahezu doppelt so viele Fehltag im Jahr zuvor angaben wie Personen, die noch nie seelisch erkrankt waren (34,35). Interessanterweise hatten früher schon einmal Erkrankte (aber nicht aktuell) genauso niedrige Fehlzeiten wie nie Erkrankte. Es ließ sich zwar nicht nachprüfen, ob dieser Effekt auf erfolgreiche Therapien oder spontane Verbesserungen zurückzuführen war, zeigte jedoch, dass die Beseitigung der Krankheit nicht nur von individuellem sondern auch von gesamtgesellschaftlichem Interesse ist. Psychische Krankheiten sind mittlerweile die vierthäufigste Ursache für Krankmeldungen nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems und Verletzungen und Vergiftungen (13,66). Nach Auswertungen der BKK machten sie 2004 bundesweit 7,5% der Fehltag aus. Dieser Anteil lag 1980 noch bei 2,5%. Als Gründe für den Zuwachs nennt die BKK die Zunahme der Morbidität, was jedoch schwer nachzuprüfen ist, den wachsenden Frauenanteil unter den Pflichtmitgliedern und die veränderte Diagnosestellung der Ärzte. Bei Frauen war der Anteil erheblich höher als bei den Männern (10% zu 5,6%). Die durchschnittliche Krankheitsdauer je Fall war bei psychischen Krankheiten im Vergleich zu anderen Erkrankungen hoch. Mit 31 Krankheitstagen wurde sie nur noch von Krebserkrankungen übertroffen. Innerhalb der Kategorie psychische Krankheiten waren die Fallzahlen bei Angst- und somatoformen Störungen und bei affektiven Störungen am höchsten. Die Krankheitstage je Fall lagen bei affektiven Störungen und Störungen durch psychotrope Substanzen bei 40 Tagen und bei Angst- und somatoformen Störungen bei 24 Tagen. Höhere Ausfallzeiten hatten an Schizophrenie und an Persönlichkeitsstörungen Erkrankte (62 bzw. 52 Tage je Fall), die jedoch wegen der geringeren Auftretenshäufigkeit nicht so ins Gewicht fielen. Die DAK berichtete für 2004 ähnliche Zahlen (83).

Auch hier waren psychische Krankheiten mit 9,8% die vierthäufigste Ursache für AU-Tage. Die durchschnittliche Krankheitsdauer lag bei 27,8 Tagen und erhöhte sich 2005 auf 28,5 Tage. Der DAK-Gesundheitsreport weist darauf hin, dass entgegen dem Trend abnehmender Fehlzeiten der Anteil psychischer Erkrankungen ansteigt, der Zuwachs bei den AU-Tagen betrug zwischen 1997 und 2004 69%.

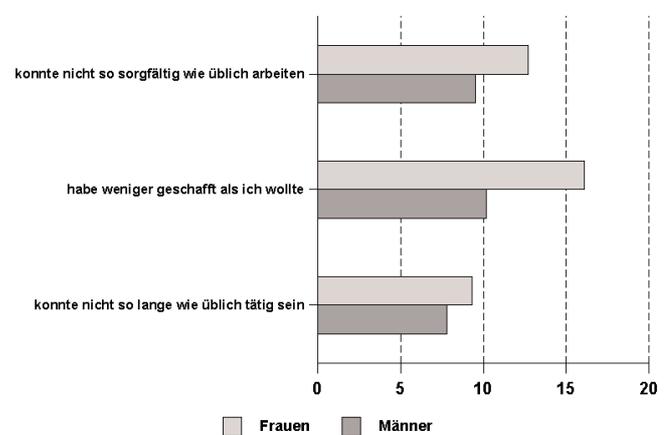
Die gesamtgesellschaftlichen Kosten durch eingeschränkte Arbeitsproduktivität sind aber durch Fehlzeiten nicht ausreichend abgebildet. Psychische Krankheiten sind auch der häufigste Grund für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. In NRW lag 2002 die Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit 129 Personen je 100.000 aktiv Versicherte noch deutlich vor den Berentungen auf Grund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Das entsprach 10.286 Personen (45).

Neben der Abwesenheit vom Arbeitsplatz sind auch geringfügigere Einschränkungen der Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Im Bundesgesundheitsurvey wurden Personen mit psychischen Krankheiten gefragt, an wie vielen Tagen sie in den vergangenen vier Wochen "wegen ihrer psychischen Probleme überhaupt nicht in der Lage" bzw. "zumindest leicht eingeschränkt" waren, ihrer Arbeit und ihren beruflichen/Haushalts-Verantwortlichkeiten nachzugehen (75). Leichtere Einschränkungen waren sehr viel häufiger als Fehlzeiten.



**17. Tage mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität in den letzten vier Wochen bei Personen mit affektiven, Angst- und somatoformen Störungen. Quelle: Wittchen H.-U., Müller N., Pfister H., Winter S. & Schmidt-kunz B. (1999). N=718.**

Die weite Verbreitung von Produktivitätseinbußen auf Grund seelischer Probleme bestätigen auch die Antworten einer Bevölkerungsumfrage in NRW (44) (Allgemeinbevölkerung, nicht ausschließlich psychisch Kranke). Die Frage lautete: "Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen auf Grund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?" 9% der Männer und 13% der Frauen gaben Schwierigkeiten an.

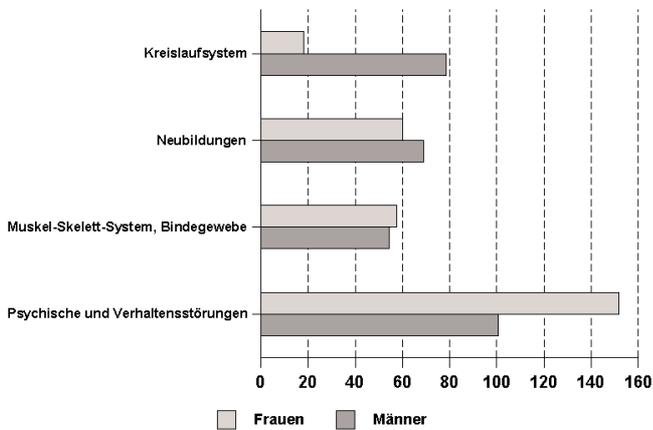


**18. Prozentualer Anteil der Allgemeinbevölkerung (NRW) mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität in den letzten vier Wochen, getrennt nach Geschlecht. Quelle: Lögd, Indikator 03\_16\_2000. N=1920.**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass die indirekten Kosten durch Produktivitätseinbußen die direkten Ausgaben durch das Gesundheitswesen bei weitem übersteigen (82). Hinzu kommen die Kosten für die Angehörigen, die neben ihrer finanziellen auch emotionale Unterstützung leisten, durch den Umgang mit den erkrankten Angehörigen selbst psychischen Belastungen ausgesetzt sind und nur in eingeschränktem Maße beruflich, sozial und in der Freizeit aktiv sein können. Wie die Betroffenen sind sie auch Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt.

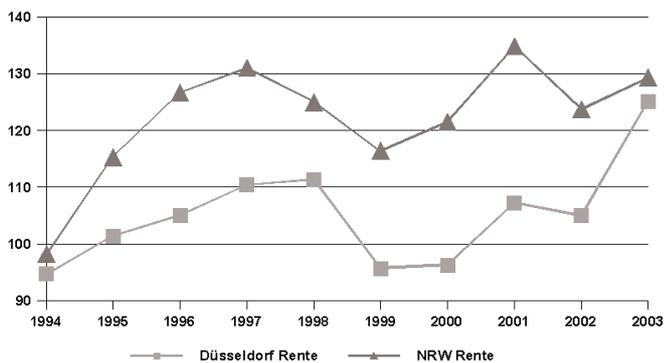
## Einschränkungen durch psychische Störungen in Düsseldorf

In Düsseldorf liegen die Frühberentungen auf Grund Psychischer und Verhaltensstörungen wie in NRW zahlenmäßig noch vor den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes und den Neubildungen. Im Jahr 2003 schieden 329 Personen, darunter 137 Männer und 192 Frauen, wegen seelischer Probleme aus dem Arbeitsleben aus. Das entsprach 125 Personen je 100.000 aktiv Versicherte (43).



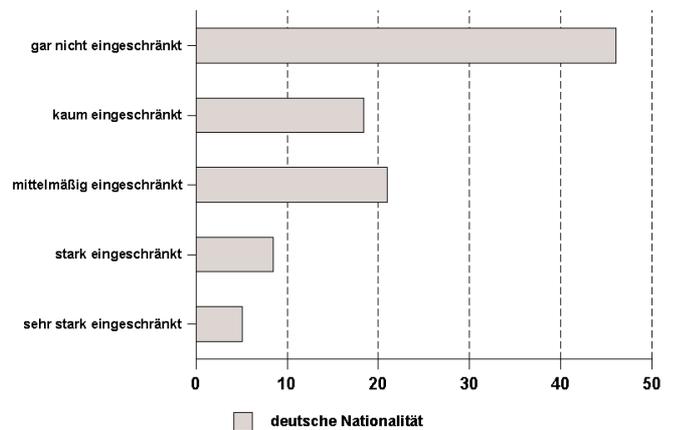
**19. Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit je 100.000 Versicherte in Düsseldorf bei verschiedenen Erkrankungen im Jahr 2003, getrennt nach Geschlecht. Quelle: Lögd, GBE-Stat.**

Die Rate der Rentenzugänge in Düsseldorf war 2003 zwar höher als im Kreis Neuss (95) und Kreis Mettmann (110 Fälle je 100.000 Versicherte), sie war aber häufig niedriger als in anderen Städten (Dortmund 169, Essen 140, Köln 121) (43). Der Vergleich über die Zeit zeigt, dass Düsseldorf etwas unterhalb der Rate von NRW liegt.



**20. Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Grund psychischer Erkrankungen je 100.000 Versicherte von 1994 bis 2003, getrennt nach Düsseldorf und Nordrhein-Westfalen. Quelle: Lögd, GBE-Stat.**

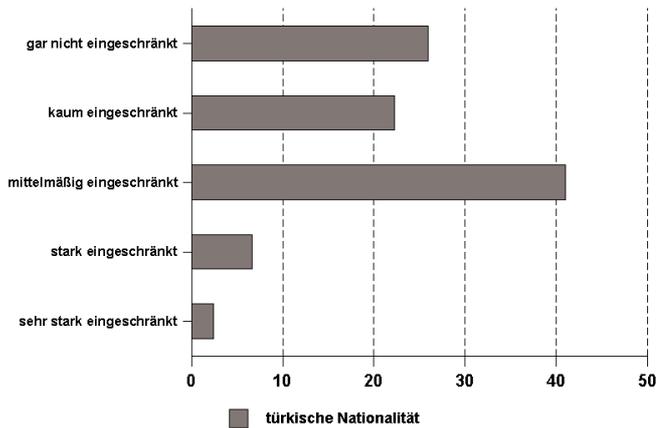
In der Bevölkerungsumfrage wurden die Personen, die die Fragen nach psychischen Symptomen bejahten, auch gefragt: "In welchem Ausmaß sind Sie durch Ihr seelisches Befinden in Ihren alltäglichen Handlungen bzw. Tätigkeiten eingeschränkt?" (Ausgenommen der Frage nach den Symptomen, für die der Arzt keine Erklärung finden kann). Von den deutschen Teilnehmern machten dazu die Hälfte Angaben.



**21. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Einschränkungen bei Tätigkeiten, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=505.**

Stark und sehr stark eingeschränkt fühlten sich 14% der Befragten, 21% antworteten mit mittelmäßig und 46% mit gar nicht eingeschränkt.

In der türkischen Stichprobe bejahten über 70% der Teilnehmer Fragen nach psychischen Symptomen.



**22. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Einschränkungen bei Tätigkeiten, türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=166.**

Stark und sehr stark eingeschränkt fühlten sich 9% der Befragten, 41% antworteten mit mittelmäßig und 26% mit gar nicht eingeschränkt.

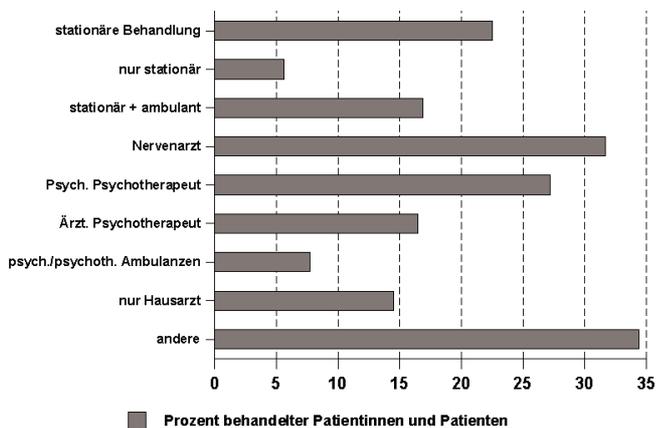
Innerhalb der deutschen Stichprobe gaben 16% aller befragten Männer und 18% der Frauen alltägliche Einschränkungen durch ihr seelisches Befinden an (türkische Stichprobe 31% der Männer und 41% der Frauen). Das waren insgesamt mehr als in der NRW-Stichprobe des BGS (vgl. Abb.18). Allerdings waren dort die Fragen auch anders gestellt. Die genauen Antwortvorgaben verlangten vom Befragten den konkreten Bezug zu bestimmten Tätigkeiten, was eine geringere Antwortquote erwarten lässt als die Frage nach dem Ausmaß der Einschränkung ohne die Nennung von Antwortalternativen.

Je mehr Symptome die Befragten schilderten, umso stärker fühlten sie sich beeinträchtigt. Der Zusammenhang ist sowohl für die deutsche als auch für die türkische Stichprobe signifikant.

# Allgemeine Inanspruchnahme von Leistungen

## Allgemeine Inanspruchnahme von Leistungen in der BRD

Von 32% der psychisch kranken erwachsenen Bevölkerung (Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen) erhielten ungefähr 36% eine Behandlung (71). Dabei meint Behandlung lediglich den Kontakt zu einer Einrichtung des Gesundheitswesens auf Grund der Störung. Nicht berücksichtigt wurden damit die Häufigkeit und Angemessenheit der Behandlung. Die folgende Grafik gibt Aufschluss darüber, wie häufig verschiedene Institutionen von Patienten aufgesucht wurden.



**23. Prozentualer Anteil psychisch Kranker (BRD), die mindestens einmal Kontakt mit einem therapeutischen Angebot hatten. Quelle: Wittchen H.U. & Jacobi F. (2001). N=565.**

Insgesamt hatten 49% eine Einrichtung aufgesucht, 27% zwei und 24% drei und mehr.

Die Behandlungsquoten variierten je nach Krankheit. Sie lagen bei psychotischen Störungen (68%), Panikstörungen (74%) und der generalisierten Angststörung (62%) am höchsten und auch bei affektiven Störungen vergleichsweise (50%) hoch. Niedrigere Behandlungsraten ergaben sich bei phobischen (42%) und somatoformen (41%) Störungen. Am seltensten kamen Betroffene mit Substanzstörungen mit Behandlungseinrichtungen in Kontakt (29%). Die Gründe für die unterschiedlichen Zahlen sind nicht nur in der Schwere des Krankheitsbildes zu suchen, sondern auch in der

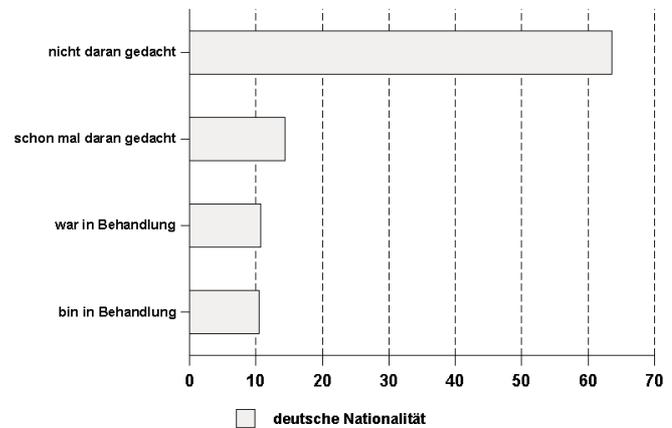
Art der Symptome, den Verlaufcharakteristiken, der Behandlungsbereitschaft der Betroffenen, der Bekanntheit der Krankheit und der Angebotsstruktur. Der vergleichsweise geringen Inanspruchnahme bei psychischen Krankheiten steht jedoch eine erhöhte Inanspruchnahme wegen somatischer Beschwerden gegenüber. So zeigten weitere Analysen (34), dass psychisch Erkrankte im Jahr der Erkrankung häufiger den Hausarzt und den Facharzt (ohne Psychiater/Psychotherapeuten) aufsuchten und mehr Tage im Krankenhaus verbrachten als nicht Erkrankte und Genesene. Diese Unterschiede galten unabhängig vom körperlichen Gesundheitszustand der Befragten. Das könnte daran liegen, dass die Betroffenen ihre Symptome falsch deuteten oder dass das Gesundheitssystem nicht adäquat auf diese reagierte bzw. beides. Diese und ähnliche Ergebnisse haben zu der Einschätzung geführt, dass psychisch Kranke oder zumindest eine Teilgruppe daraus "high utilizer", also häufige Nutzer von Gesundheitsdiensten, sind. Das ist problematisch, weil die Fehlbehandlung Kosten verursacht ohne erfolgreich zu sein. Das gilt in besonderem Maße bei Beschwerdebildern mit somatischen Symptomen, wie z.B. Panikstörungen, generalisierte Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen. Gerade diese Krankheiten zählen zu den häufigsten.

Die Inanspruchnahme von Leistungen für psychisch Kranke erscheint gemessen an den zu erwartenden Prävalenzen eher gering. Strittig ist, wie groß der Behandlungsbedarf bei den Personen mit einer gesicherten Diagnose ist. In der Literatur werden 10% (63) bis 25% (9) der Menschen mit psychischen Krankheiten als behandlungsbedürftig eingeschätzt. Die Autoren des Bundesgesundheitsurveys - Zusatzsurvey psychische Störungen weisen jedoch darauf hin, dass zur Diagnosestellung erhebliches Leid für die Betroffenen und/oder die Beeinträchtigung in mindestens einem Lebensbereich notwendige Voraussetzungen sind. Außerdem gibt es für die meisten psychischen Störungen geeignete Behandlungsmethoden. Es ist also davon auszugehen, dass in den meisten Fällen eine Besserung durch eine Behandlung erzielt werden könnte. Zu berücksichtigen ist aber auch die Behandlungsmotivation des Einzelnen. Diese wird jedoch wesentlich von

der Stigmatisierung psychisch Kranker mitbeeinflusst. Die Angst vor den negativen Auswirkungen, als psychisch krank zu gelten, ist ein wichtiger Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme professioneller Leistungen. Die Verinnerlichung der Diskriminierung wird auch als zweite Erkrankung bezeichnet (95). Um Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenzuwirken rief der Weltverband der Psychiatrie (World Psychiatric Association WPA) 1996 mit vielen Kooperationspartnern das Anti-Stigma-Programm „Open the doors“ ins Leben (93). Dieses Programm richtet sich hauptsächlich auf die Aufklärung über die Krankheit Schizophrenie und die Reduktion von damit verbundener Stigmatisierung und Diskriminierung. In Deutschland gründeten im Jahr 2000 sieben Projektzentren den Verein Open the doors e.V.. Eines der Projektzentren ist an die Rheinischen Kliniken Düsseldorf angebunden und vertritt den deutschen Projektverbund auf internationaler Ebene. Ein weiterer Grund für die geringe Inanspruchnahme ist die Unkenntnis sowohl über psychische Störungen als auch über ihre Behandlungsmöglichkeiten.

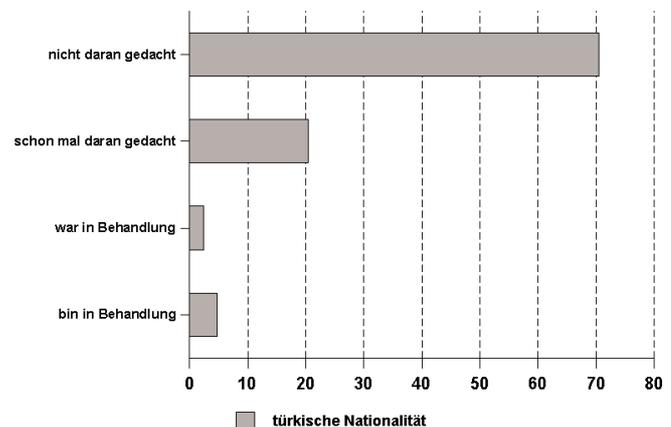
## Allgemeine Inanspruchnahme von Leistungen in Düsseldorf

Die Umfrage in Düsseldorf ergab, dass in der deutschen Stichprobe von den Personen mit psychischen Symptomen 21% in Behandlung waren oder sind. Weitere 14% hatten schon einmal an eine professionelle Hilfe gedacht. Frauen waren erwartungsgemäß häufiger schon mal in Behandlung als Männer (14% zu 6%), Männer dachten seltener als Frauen über eine Behandlung nach (nicht darüber nachgedacht: Männer 71%, Frauen 58%). Bedeutsame schichtenspezifische Unterschiede in der Behandlung bzw. der Behandlungsabsicht fanden sich nicht.



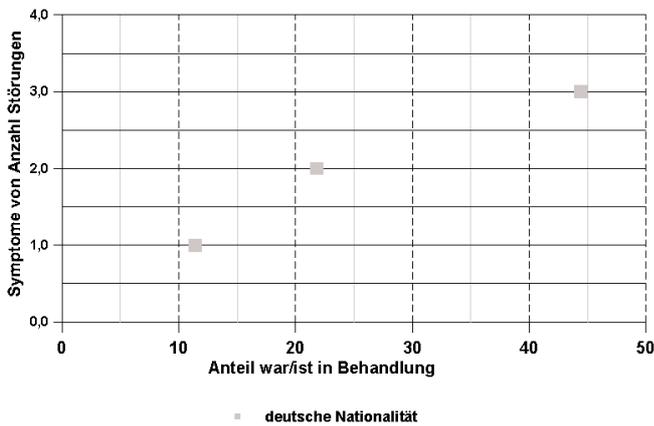
24. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Behandlung, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögdt, Bevölkerungsumfrage 2004. N=475.

Deutlich geringer war die Inanspruchnahme unter den türkischen Befragten. Hier waren oder sind nur 7% in Behandlung, 21% hatten schon mal daran gedacht. Die Inanspruchnahme in der deutschen Bevölkerung war damit höher als in der türkischen obwohl letztere häufiger Symptome äußerten.



25. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Behandlung, türkische Stichprobe. Quelle: Lögdt, Bevölkerungsumfrage 2004. N=166.

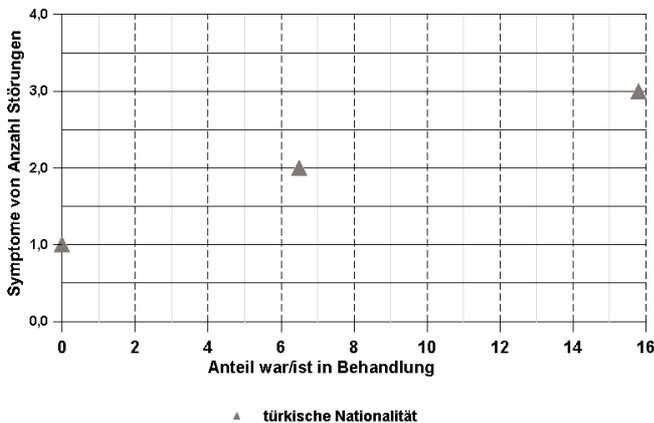
Die Behandlungsquote stieg mit der Zahl der Symptome und mit der erlebten Einschränkung an. Das galt sowohl für die deutsche als auch für die türkische Stichprobe.



Der Zusammenhang deutet in die gleiche Richtung wie die Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen, wonach die Behandlungswahrscheinlichkeit mit der Anzahl komorbider Störungen steigt (36).

Auch der Anteil der Patienten, die in den letzten vier Wochen beim Arzt waren, stieg mit zunehmender Zahl der psychischen Symptome an. In der deutschen (türkischen) Stichprobe waren 45% (44%) ohne psychische Symptome in den letzten vier Wochen beim Arzt aber 68% (55%) derer mit sechs Symptomen. Dies kann jedoch auch auf den höheren Anteil chronisch Kranker zurückzuführen sein und spricht noch nicht für eine höhere Inanspruchnahme allein auf Grund psychischer Beschwerden.

**26. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Behandlungserfahrung in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome genannt wurden, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögdt, Bevölkerungsumfrage 2004. N=475.**



**27. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Behandlungserfahrung in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome genannt wurden, türkische Stichprobe. Quelle: Lögdt, Bevölkerungsumfrage 2004. N=166.**

---

# Entwicklungen in der Versorgung psychischer Störungen und aktuelle Herausforderungen

## Einleitung

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland war bis in die 70er Jahre geprägt von großen, meist stadtfernen Kliniken, in denen die Betroffenen mehr verwahrt als versorgt worden sind. Ambulante und wohnortnahe Angebote gab es kaum oder nur völlig unzureichend. 1971 wurde Professor Caspar Kulenkampff zum Vorsitzenden der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik berufen. Kulenkampff war seit 1967 Ärztlicher Direktor und Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrie der heutigen Rheinischen Kliniken Düsseldorf und der Heinrich-Heine-Universität. Im Sommer 1971 wechselte er in den Dienst des Landschaftsverbands Rheinland, um seine Reformgedanken durch politisches Engagement weiter voranzutreiben. Die Bundesregierung legte 1975 mit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland eine Bestandsaufnahme der defizitären Versorgung vor. Daraus ergaben sich vor allem folgende Forderungen:

- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller, auch der schwer und chronisch psychisch Kranken und Behinderten
- gemeindenahe Versorgung im Lebensumfeld
- Koordination und Kooperation aller Versorgungsdienste
- (sozialrechtliche) Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Von 1980 bis 1985 wurde von der Bundesregierung das Modellprogramm Psychiatrie durchgeführt und wissenschaftlich begleitet. Die Expertenkommission erarbeitete daraus ihren Abschlussbericht mit Empfehlungen zur Reform der psychiatrischen Versorgung, der 1988 veröffentlicht wurde.

Die Gesundheitsministerkonferenz fasste 2001 den Beschluss, die Entwicklungen der Psychiatrie in den seit der Enquête vergangenen 25 Jahren zu erheben und hatte dazu die Arbeitsgruppe Psychiatrie beauftragt.

Diese vermittelt in ihrem Abschlussbericht (6) einen weitestgehend positiven Gesamteindruck. Gesetzliche Bestimmungen haben nach Einschätzung der Arbeitsgruppe dazu beigetragen, der Benachteiligung psychisch Kranker entgegenzuwirken. Es wurden überschaubare Versorgungsregionen geschaffen, die gemeindenah sind und regional und kommunal koordiniert werden. Angehörige und Betroffene werden vielerorts an der Planung und Koordination beteiligt. Bei den Krankenhäusern hat ein Wandel hin zu wohnortnahen Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern stattgefunden, teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten wurden geschaffen. Die Kapazitäten in der ambulanten Versorgung wurden erheblich ausgebaut und differenziert. Zusätzlich ist ein komplementäres System der ambulanten, außerstationären Versorgung und der sozialen, medizinischen und beruflichen Rehabilitation entstanden. Wohnheime für psychisch Kranke haben ihre Bettenzahlen reduziert, das betreute Wohnen wurde ausgebaut, tagesstrukturierende und offene Angebote etablierten sich. Es entstand ein weit gefächertes Angebot von Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung (6). Verschiedene Studien belegen die Vorteile der Enthospitalisierung für die Patienten (8). So verbesserte sich das Sozialverhalten, die Alltagsfertigkeiten, die Zufriedenheit und die Compliance mit der ärztlichen Behandlung. Die eigenständige Lebensführung bringt für chronisch psychisch Kranke aber auch Risiken mit sich. Teile der aus der Langzeitbehandlung entlassenen Patienten vereinsamten, hatten Schwierigkeiten mit der Tagesstrukturierung, fanden keine Arbeit oder waren vermehrt depressiv und ängstlich. Auch die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Gesundheitsministerkonferenz merkt verschiedene Punkte kritisch an. Die vielen unterschiedlichen Kostenträger der Versorgung psychisch Kranker machen die Abstimmung schwierig, so dass die Hilfen nicht immer zeitnah und effektiv greifen. Die Zusammenarbeit sei - obwohl gesetzlich vorgeschrieben - häufig nicht mehr als eine Willenserklärung. Die Angebote für psychisch Kranke sind regional sehr unterschiedlich entwickelt, was nicht durch die Bedarfe sondern durch unterschiedliche Finanzierungssysteme zwischen den Ländern zu erklären ist. Hier fehlt eine geeignete Steuerung (6). Neben den unmittelbar aus der psychiatrischen Versor-

gung entstandenen Entwicklungen gibt es auch übergreifende Trends in der Sozial- und Gesundheitspolitik, die sich auch auf diesen Versorgungssektor auswirken, allen voran die Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Bei knapper werdenden Mitteln drohen besonders dort gravierende Einschnitte, wo keine starke Interessenvertretung dem entgegenwirkt. Psychisch Kranke nehmen aber traditionell verglichen mit anderen Gruppen ihre Rechte weniger wahr, weil sie Stigmatisierung und in der Folge Diskriminierung fürchten (58, 95). In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Versorgungssegmente genauer betrachtet und aktuelle Problemlagen herausgearbeitet.

## Ambulante Versorgung

Zum Zeitpunkt der Psychiatrie-Enquête versorgten in Deutschland rund 1.040 Nervenärzte (20) und 1.260 Psychotherapeuten die Bevölkerung (6). Heute sind es ungefähr 4.500 Nervenärzte und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, rund 2.900 Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und rund 12.000 psychologische Psychotherapeuten (9). Die Zahl der Nervenärzte und Psychiater hat sich nahezu verfünffacht, die der Psychotherapeuten mehr als verzehnfacht. Der von der Psychiatrie-Enquête geforderte Schlüssel von einem Nervenarzt auf 50.000 Einwohner war bereits 1988 überschritten (20) und lag im Jahr 2000 bei einem Nervenarzt auf 16.292 Einwohner (6). Ist damit die Versorgung der Bevölkerung ausreichend gesichert? Berger (9) geht davon aus, dass bei einer Ein-Jahres-Prävalenz psychischer Krankheiten in der Bevölkerung von 30% und einem fachpsychiatrischen Behandlungsbedarf von wiederum einem Viertel dieses Personenkreises ein Schlüssel von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie auf 6.000 Einwohner angemessen wäre. In dieser Rechnung wurde allerdings nicht berücksichtigt, wie viele dieser Patienten auch von Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische) versorgt werden könnten. Genaue Angaben darüber, wie viele Fachärzte und Psychologen benötigt werden ist kaum möglich, da neben der Anzahl der Patienten auch deren Behandlungsmotivation berücksichtigt werden muss. Außerdem ist die Therapieform (Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Ver-

haltenstherapie) für die Berechnung der notwendigen Kapazitäten ausschlaggebend. Es lässt sich nur sagen, dass nichteinmal 40% der psychisch Kranken überhaupt irgend eine Form des Kontakts mit Professionellen auf Grund ihrer Beschwerden hatten (71) ungeachtet der Angemessenheit dieser Inanspruchnahme.

Was aber lässt sich zur Qualität der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung aussagen? Zunächst ist festzustellen, dass die meisten Menschen mit seelischen Problemen als erstes ihren Hausarzt aufsuchen (42%) (71). An zweiter Stelle stehen Nervenärzte gefolgt von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten. Daneben kommen Studien zu dem Ergebnis, dass 24% und mehr der Patienten in Hausarztpraxen psychisch krank sind (20,9). Die Erkennens- und Behandlungsraten in der hausärztlichen Praxis sind jedoch unbefriedigend. Verschiedene Studien zeigten, dass rund 75% der Betroffenen vom Hausarzt richtig als psychisch krank eingeschätzt wurden (73,70,33). Weniger einheitlich waren die Ergebnisse darüber, wie oft die richtige Diagnose gestellt wurde. Angaben über die richtige Diagnose Depression schwanken beispielsweise zwischen 39% (70) und 75% (33). Dabei scheinen Depressionen noch besser erkannt zu werden als z.B. die generalisierte Angststörung (73).

Faktoren, die zum besseren Erkennen führten hingen eher mit Patienten- als mit Arztmerkmalen zusammen (73). So wurden Depressionen und Ängste dann besser diagnostiziert, wenn Patienten vorrangig depressive und ängstliche Gefühle als Grund für den Arztbesuch schilderten. Häufiger wurden jedoch unspezifische somatische Symptome genannt, die die Diagnostik erschwerten. Weitere Prädiktoren einer richtigen Diagnose waren starke Symptomausprägung, psychische Krankheiten in der Vorgeschichte, höheres Alter und weibliches Geschlecht (73,33). Das ist deshalb kritisch zu sehen, weil gerade bei Jüngeren und Patienten mit leichteren Symptomen ungünstige Entwicklungen und Chronifizierungen noch zu verhindern sind. Außerdem ergaben Studien einen Anstieg gerade depressiver Erkrankungen bei jüngeren Kohorten (68).

Des Weiteren wurden 12% bis 13% der Studienteilneh-

mer in verschiedenen Studien von den Behandlern als psychisch krank eingestuft, obwohl die kriteriengeleitete Diagnostik keinen Hinweis auf eine Erkrankung ergab (33,70). Offenbar wurde die Diagnose Depression auch bei unspezifischen Beschwerden, Belastungs- und Klagesymptomen vergeben (33).

Die Behandlung selbst schien darüber hinaus in vielen Fällen nicht adäquat zu sein. Rund 40% der Betroffenen mit Depression oder generalisierter Angststörung in der hausärztlichen Praxis erhielten keine Behandlung, sei es, weil die Erkrankung nicht erkannt wurde oder trotz Erkennens aus anderen Gründen nicht (70,73). Antidepressiva bekamen in verschiedenen Studien zwischen 27% und 38%, psychotherapeutische Interventionen 7% bis 11% und eine Überweisung zum Spezialisten 16% bis 22% (70,73,33).

Zur Verbesserung der Versorgungssituation wurde vorgeschlagen: Der Einsatz von Screening-Instrumenten in der Praxis, Entwicklung von Leitlinien für die Therapie (werden von den medizinischen Fachgesellschaften entwickelt: <http://leitlinien.net/>), die Verbesserung der psychopharmakologischen Kompetenz und die engere Zusammenarbeit der Berufsgruppen Hausärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychotherapeutische Medizin und psychologische Psychotherapeuten. Entsprechende Konzepte können im Rahmen von Disease-Management-Programmen und der integrierten Versorgung umgesetzt werden. Die Kompetenznetzwerke Depression, Schizophrenie, Sucht und Demenz arbeiten daran (9,11). Die verantwortliche Koordination für die Erarbeitung der Rahmenkonzeption für das Krankheitsbild Schizophrenie hat Professor Gaebel von den Rheinischen Kliniken Düsseldorf übernommen.

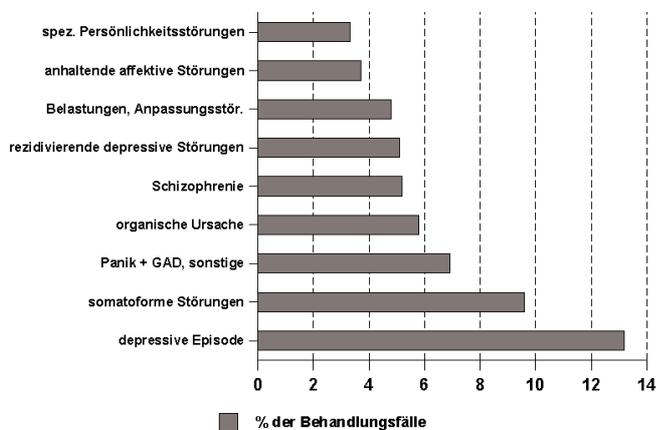
Daneben ist aber auch die Aufklärung ein sinnvolles Instrument, um auch die Betroffenen für ihre Symptome zu sensibilisieren und damit die Inanspruchnahme zu erhöhen (73).

Ein besonderer Augenmerk muss hier auch auf die verbesserte Akzeptanz von Psychopharmaka gelegt werden, die nicht nur in der Bevölkerung, sondern teilweise auch bei Ärzten in einem schlechten Ruf stehen (20). Damit werden Potenziale gerade in der Behand-

lung affektiver Erkrankungen nicht ausreichend genutzt. Hinzu kommt, dass viele Patienten die Medikamente unterdosierte oder zu kurz verschrieben bekommen. Die Hausärzte schätzten ihre diagnostischen Kompetenzen bei psychischen Krankheiten deutlich besser ein als ihre psychopharmakologischen (73).

Der größte Teil der ambulanten Kosten für die Behandlung psychisch Kranker bei Spezialisten wird für Richtlinien-Psychotherapie ausgegeben (9). Die Patienten der Psychotherapie sind vermutlich eher leichter erkrankt als Patienten in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Die Verfügbarkeit der Psychotherapieplätze wird zum einen durch die Länge der Verfahren selbst begrenzt und zum anderen durch den Umstand, dass in frei werdende Plätze leicht "wartefähige" Patienten nachrücken können. Damit stehen akut Kranken häufig keine Plätze zur Verfügung und sie müssen sich auf längere Wartezeiten einrichten (20). Patienten mit sehr schweren Erkrankungen, die u.a. durch die Krankheitsschwere den Anforderungen einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie nicht gerecht werden können und daneben auch Psychopharmaka und Soziotherapie benötigen, werden eher ambulant psychiatrisch und psychotherapeutisch versorgt. Den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sind in der Behandlung durch Budgets und Punktzahlen pro Fall Grenzen gesetzt. Dies geht auf Kosten der Anzahl der Gespräche mit den Patienten und der Verschreibung neuer und teurer Psychopharmaka, was sich auch in der Qualität der Behandlung niederschlägt (9,57). Wirtschaftlichkeit kann daher hauptsächlich durch eine Ausweitung der Fallzahlen erreicht werden. Im Ergebnis wird ein hoher Anteil der Kosten für einen relativ kleinen Teil der Patienten mit vergleichsweise weniger schwerwiegenden Störungen aufgewendet, während sehr schwer Erkrankte mit geringeren Mitteln schlechter versorgt werden. Hier besteht die Gefahr einer Zwei-Klassen-Behandlung (9,15,20,57).

Die folgende Grafik veranschaulicht die häufigsten psychischen Krankheiten in der nervenärztlichen Praxis.



**28. Prozentualer Anteil verschiedener Diagnosen in neuro-psychiatrischen Praxen in Nordrhein 2003 (ohne neurologische Erkrankungen). Quelle: Lögd: Indikator 3\_23\_2003.**

In der ambulanten Nachsorge haben sich die Institutsambulanzen und die sozialpsychiatrischen Dienste etabliert. Im Jahr 2002 gab es bundesweit 304 Institutsambulanzen und im Jahr 2000 586 sozialpsychiatrische Dienste. Waren Institutsambulanzen zunächst nur an psychiatrischen Fachkrankenhäusern zugelassen, haben seit der Gesundheitsreform 2000 auch die Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einen Rechtsanspruch. Die sozialpsychiatrischen Dienste beraten Betroffene und Angehörige, leiten Hilfen nach PsychKG ein, übernehmen die fallbezogene Steuerung, sind an der Unterbringung beteiligt und erstellen Gutachten für den Kostenträger. Viele sozialpsychiatrische Dienste übernehmen auch Steuerungsaufgaben in der Region (6). Diese ambulanten Versorger konnten insgesamt (auch im Verbund mit komplementären Hilfen) durch ihre Arbeit eine bessere Beziehungskontinuität zu ihren Patienten herstellen als niedergelassene Ärzte alleine und zu einer Verbesserung der Compliance beitragen. Die Raten der Rezidive und stationären Wiederaufnahmen ließen sich damit allerdings nicht verhindern. Es bleibt kritisch anzumerken, dass nicht alle schwer Kranken diese Angebote nutzen und in ausreichendem Maße von ihnen erreicht werden (20).

## Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen erfolgte bis in die 70er Jahre überwiegend in psychiatrischen Großeinrichtungen mit Langzeitbereichen, in denen die Betroffenen mehr verwahrt als behandelt wurden. Wie bereits von der Enquête vorgeschlagen, forderte die Expertenkommission der Bundesregierung deshalb in ihrem Bericht 1988, dass die stationäre Vollversorgung gemeindenah und sektoriert im Verbund mit komplementären und ambulanten Diensten erfolgen sollte (6). Die Begriffe Vollversorgung und Sektorsierung sind dabei nicht ganz klar definiert. Von einer Vollversorgung kann im günstigsten Fall dann gesprochen werden, wenn eine Klinik Kapazitäten sowohl für die akut Kranken als auch die Langzeitkranken in der eigenen Region vorhält. Häufig ist damit aber nur die Akutbehandlung gemeint, während chronisch und Langzeitkranke in überregionale Einrichtungen verlegt werden. Mit Sektorsierung kann eine Organisationsform bezeichnet werden, bei der stationäre und ambulante Dienste unter der gleichen administrativen Leitung stehen oder aber die Zusammenarbeit von verschiedenen eigenständigen Diensten in einer Region (20).

1975 gab es in Deutschland (inklusive der ehemaligen DDR) rund 150.000 psychiatrische Betten (20). Die Bettenzahl hat sich seither drastisch verringert. Im Jahr 2000 wurden in 16 Ländern insgesamt 63.400 Betten erfasst. Diese verteilten sich auf 33.000 Betten in Fachkrankenhäusern, 21.700 in Fachabteilungen und 1.600 Betten im Langzeitbereich (Angaben ließen sich nur für 15 von 16 Ländern differenzieren) (6). Besonders im Langzeitbereich und bei den Fachkrankenhäusern ist der Bettenrückgang zu beobachten, während die Fachabteilungen sowohl in ihrer Anzahl als auch bei der Bettenzahl expandierten. Außerdem gibt es rund 8.400 Tagesklinikplätze (6). Das entspricht bundesweit in etwa 0,8 Betten auf 1.000 Einwohner. Der Bedarf wird auf ungefähr 0,5-0,8 Betten geschätzt, wenn man nur akut und kurzfristig Kranke berücksichtigt, und auf weitere 0,3-0,6 Betten für Langzeitkranke plus weitere 0,5 bis 1,0 Betten für gerontopsychiatrisch Kranke (20). Die Inanspruchnahme psychiatrischer Betten variiert

---

jedoch mit dem Angebot. In der Nähe psychiatrischer Fachkrankenhäuser ist die Einweisungsrate höher aber die Verweildauer kürzer (Drehtüreffekt) während in räumlicher Entfernung zur Klinik die Einweisungsrate sinkt, dafür die Verweildauer steigt (20).

Was lässt sich allgemein über die Versorgungsqualität der psychiatrischen Versorgung aussagen? Eine Untersuchung der Patientendaten der allgemeinen Ortskrankenkassen in Bayern zeigte Anfang der 80er Jahre, dass über die Hälfte der Patienten mit psychiatrischen Hauptdiagnosen, die stationär behandelt wurden, in somatischen Abteilungen versorgt wurden (50,20). Auch spätere Untersuchungen bis ins neue Jahrtausend erbrachten, dass rund 30% und mehr der psychiatrischen Patienten in somatischen Fachabteilungen behandelt wurden (50). Eine Auswertung der Krankenhausfälle der DAK aus dem Jahr 2001 ergab, dass 32% der Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in somatischen Abteilungen versorgt wurden (50). Besonders häufig traf dies bei Störungen durch psychotrope Substanzen zu (55% bei Sedative und Hypnotika, 47% bei Alkohol), aber auch bei hinorganischen Störungen (44%) und bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (39%). Der größte Teil davon wurde auf Stationen der inneren Medizin versorgt (19%). Problematisch dabei ist die wesentlich kürzere Verweildauer in somatischen im Vergleich zu psychiatrischen Abteilungen. So verblieben Behandlungsfälle mit Alkoholstörungen im Durchschnitt 13 Tage in der Psychiatrie und nur sechs Tage in somatischen Abteilungen, bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen waren es 30 Tage ggü. 10 Tagen.

Betrachtet man alle Patienten der Allgemeinkrankenhäuser, sind schätzungsweise 30% und mehr psychisch erkrankt und bedürfen einer entsprechenden Behandlung. Untersucht man spezielle, z.B. internistische Abteilungen, liegen die Raten noch wesentlich höher. Trotzdem wird nur ein geringer Teil dem psychiatrischen Konsiliardienst vorgestellt. Die Gründe dafür sind vielfältig und im Einzelnen unklar. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) in den Krankenhäusern lassen dabei auch keine Leistungsausweitung in diesem Sinne oder von Kurzinterventionen

und qualifiziertem Entzug (bei Alkoholkranken) erwarten (50).

Bei der Frage, ob die Patienten in den somatischen Abteilungen fehlplaziert sind, ist zu berücksichtigen, dass diese vielleicht lieber von einem Internisten als von einem Psychiater behandelt werden. Viele lassen sich dort zu einer psychiatrischen Weiterbehandlung motivieren. Zudem werden die meisten psychiatrischen Patienten dort in somatischen Abteilungen behandelt, wo psychiatrische Einrichtungen fehlen und die Überweisung in die wohnortferne psychiatrische Abteilung mit einer größeren Hemmschwelle verbunden ist (20).

Neben den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen etabliert sich in Deutschland zunehmend der psychosomatische Bereich. Hier stehen rund 19.000 Betten zur Verfügung, 15.000 in Rehakliniken und 4.000 in Akutkliniken (9). Die Patienten dieses Versorgungsbereichs sind zu 90% psychisch Kranke mit Depressionen, Anpassungs- und Angststörungen, meist leichter Ausprägung (9,10). Körperlich Kranke mit psychischen Komorbiditäten werden hauptsächlich in somatischen Rehabilitationseinrichtungen behandelt (10). Insofern entwickelt sich die Versorgung auch im stationären Bereich zweigleisig.

Die Nachfrage nach stationärer Behandlung steigt trotz Ausbau des Versorgungssystems immer weiter an. Zusammen mit der Reduktion der Bettenzahlen und der Verkürzung der Verweildauern ist die Auslastung der psychiatrischen Fachkliniken hoch (94). Bei hoher Auslastung droht den Patienten zum einen eine Verzögerung bei der Aufnahme und zum anderen eine schnelle Entlassung. Der Aufbau der ambulanten und teilstationären Angebote hat eine Reduktion stationärer Betten ermöglicht, die Rate der Wiederaufnahmen wurde damit aber nicht per se gesenkt (8). Eine gute gemeindepsychiatrische Versorgung kann die Aufnahmezeiten auch steigern. Zum einen können durch den besseren Kontakt zu den Patienten Indikationen für einen stationären Aufenthalt schneller erkannt werden, zum anderen senkt ein gut akzeptiertes wohnortnahes Angebot die Hemmschwelle zur Einweisung (20). Eine stabile Zahl an psychiatrischen Betten ist auch bei

---

einem gut ausgebauten gemeindenahen Versorgungssystem unverzichtbar (89).

## Komplementäre Hilfen

Im Bereich der sozialen und beruflichen Rehabilitation hat sich seit der Psychiatrie-Enquête ein breites Netz von Hilfen etabliert. Als Anlaufstellen wurden Kontakt- und Beratungsstellen eingerichtet, die ein niedrigschwelliges Angebot für alle psychisch Kranke darstellen. Sie haben sich in der Zeit von 1990 bis 2000 von 406 auf 801 bundesweit verdoppelt (6). Sie dienen der Kontaktaufnahme mit den Betroffenen, der Abklärung weiterer Hilfen aber auch der Beschäftigung und Tagesstrukturierung und dem Zusammensein mit anderen. Einrichtungen dieser Art sollten nach Möglichkeit auch an Abenden und Wochenenden geöffnet sein (8).

Daneben wurden auch die Tagesstätten mit verbindlicher Teilnahme eingeführt. Sie dienen der Tagesstrukturierung, der Erprobung lebenspraktischer Aufgaben und der sozialen und beruflichen Rehabilitation (8). Ihre Zahl hat sich von 1990 bis 2000 verfünffacht. Die Zahl der Einrichtungen ist von 27 auf 152 gestiegen, die der Plätze von 441 auf 2.425 (6). Die Tagesstätten sind nicht immer eine Station auf dem gradlinigen Weg der psychisch Kranken von der stationären Versorgung in ein selbstständiges Leben. Häufig stellen sie eine Hilfe in wechselnden Krankheitsverläufen dar (20). Ein weiteres Problem bei den Hilfen zur Tagesstrukturierung ist ihre unterschiedliche, teilweise unsichere Finanzierung. Ambulante Hilfen werden meistens vom örtlichen Sozialhilfeträger, teilstationäre vom überörtlichen Träger finanziert. Häufig werden sie als freiwillige Leistungen der Kommunen und Länder bezahlt und sind von Haushaltsentscheidungen abhängig (6).

Die Expertenkommission der Bundesregierung empfahl in ihrem Bericht 1988 auch die Verkleinerung der stationären Wohneinheiten auf etwa 20 Betten, den Ausbau und die Differenzierung der Wohnangebote und die Trennung von Arbeit und Wohnen (6). Dabei sind alle Abstufungen denkbar von stationären Heimplätzen über beschützte Wohngruppen, bis zu Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen. Die zeitliche Perspektive kann von dauerhafter Unterbringung

bis zeitlich befristete Übergangseinrichtung reichen und von rund-um-die-Uhr-Betreuung bis zur stundenweisen ambulanten Versorgung (8). Im Jahr 2000 wurden in allen Bundesländern 1.180 Heime mit insgesamt 36.718 Plätzen gezählt, das entspricht einer durchschnittlichen Größe von 31 Plätzen pro Heim. Die Zahl der betreuten Wohnmöglichkeiten ist in einigen Ländern von 1980 bis 2000 sogar um das 15fache gestiegen (6). Auch hier galt bisher die bereits bei der Tagesstrukturierung erwähnte Trennung ambulanter und teilstationärer bzw. stationärer Hilfen und die damit verbundene unterschiedliche Finanzierung. Das Land NRW hat im Juni 2003 die Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes geändert. Damit werden ambulante und stationäre Leistungen aus einer Hand vom überörtlichen Sozialhilfeträger - in NRW die Landschaftsverbände - finanziert. Seit Mitte 2004 werden außerdem die Leistungen zum betreuten Wohnen nach Bedarf finanziert, so dass mit einem weiteren Ausbau des betreuten Wohnens gerechnet wird. Langfristig wird damit ein weiterer Abbau stationärer Plätze anvisiert.

Die Heime haben teilweise die Probleme der Langzeitpsychiatrie übernommen. Die Expertenkommission kam 1988 zu dem Ergebnis, dass nur 10% der Wohnplätze außerhalb von Krankenhäusern ausreichend qualifiziert waren. Die Kritikpunkte lauteten vor allem gemeindeferne Unterbringung, zu wenig Beschäftigung und mangelnde ärztliche Betreuung (20). Bei den Bewohnern der Heimbereiche zentrumsferner Kliniken ist zu berücksichtigen, dass langansässige chronisch Kranke in der neuen Umgebung ein Zuhause gefunden haben können. Bei Neueinweisungen ist allerdings eine möglichst wohnortnahe Unterbringung angebracht. Die Patienten behalten nach der Verlegung oder Einweisung in ein Heim häufig ihre Medikation bei, die ärztlich nicht nachkontrolliert wird. Der Psychiater macht einen Heim- oder Hausbesuch erst auf Nachfrage der Patienten oder des Personals. Der Patient ist allerdings unter Umständen nicht dazu in der Lage - je schlechter es ihm/ihr geht umso weniger - und das Personal wird vermutlich erst bei störendem Verhalten aktiv. So besteht die Gefahr einer zunehmenden Chronifizierung, wenn keine ausreichende psychopharmakologische Kontrolle sichergestellt wird. Viele Heime

---

beginnen mit hoher Motivation, bekommen aber mit der Zeit Probleme durch hohe Personalkosten und die Abwanderung qualifizierter Kräfte in besser ausgestattete Fachabteilungen (20). Eine ausreichende periodische Qualitätskontrolle der Heime ist deshalb unerlässlich, besonders dann, wenn das Heim durch öffentliche Gelder mitfinanziert wird. Ein weiteres Problem kommt bereits im Vorfeld von Heimgründungen zum Tragen: Gut die Hälfte geplanter Heime für psychisch Kranke fallen Bürgerprotesten zum Opfer (20, 92), dabei zeigen die Erfahrungen, dass sich die Bevölkerung, wenn die Einrichtung erstmal etabliert ist, positiver gegenüber psychisch Kranken äußern als Bewohner ohne eine entsprechende Einrichtung in der Nachbarschaft (8).

Es bleibt anzumerken, dass der Abbau stationärer Heimplätze mit Bedacht vorgenommen werden muss. Die Zahl selbstständig lebender chronisch Langzeitkranker ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht beliebig erhöhbar. Ein Teil der Betroffenen wird mit ambulanten und teilstationären Angeboten nicht ausreichend versorgt sein. Hinzu kommt das Klientel neuer chronisch Kranker, die durch ihre Mehrfachproblematik - psychische Krankheit und Wohnungslosigkeit, soziale Desintegration - auffallen. Studien haben gezeigt, dass es sich hierbei nicht um enthospitalisierte Langzeitkranke handelt, sondern um Menschen die noch nicht oder nicht lange genug stationär versorgt wurden (20).

Die besonderen Bedarfe psychisch kranker Menschen wurden bei der Einführung der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt. Mit Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes 2002 sind hier zwar Möglichkeiten geschaffen worden, allerdings mit sehr begrenztem Rahmen (19). Daneben ist prinzipiell die Finanzierung der pflegerischen Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege nach SGB V denkbar. Diese wurden in der Vergangenheit allerdings sehr restriktiv gehandhabt (62). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Februar 2005 eine bundeseinheitliche Regelung der GKV-Leistungen zur ambulanten psychiatrischen Krankenpflege beschlossen, die im Juli in Kraft getreten ist (23,24). Neben der dringend erforderlichen Schaffung ausreichender gesetzlicher Grundlagen (2) hängt

die Zukunft der psychiatrischen Pflege maßgeblich von der psychiatrischen Qualifikation der Beschäftigten ab (20). Familienpflege spielt in Deutschland nur eine geringfügige Rolle (20).

Im Rahmen ärztlicher Notfalldienste kann auch der Notfallpsychiater aufgesucht bzw. gerufen werden. Dieser kann kurzfristige Hilfen initiieren. Stationäre Notfallstationen und Kriseninterventionszentren sind häufig sehr kostenintensiv und werden deshalb von den Kostenträgern nicht befürwortet. Eine wichtige Funktion übernehmen die sozialpsychiatrischen Dienste im Hinblick auf die Krisenintervention und auf die Hausbesuche (20). Im angloamerikanischen Raum haben Kriseninterventionsteams etabliert, die multidisziplinär besetzt sind, Hausbesuche durchführen und jederzeit verfügbar sind. Sie gehen auf die sozialen Bedingungen der Patienten ein, verordnen Medikamente und kontrollieren die Einnahme, haben eine stützende therapeutische Funktion und betreuen die Patienten über das Ende der Krise hinaus. Im Zweifelsfall können sie die Einweisung in eine Klinik veranlassen. In der BRD fehlen die dafür notwendigen Kooperationsstrukturen weitestgehend und die dafür notwendigen finanziellen Anreize (89). In der BRD stellen die Kliniken eine wichtige Anlaufstelle im Krisenfall dar.

Die Rehabilitation psychisch Kranker wird von den Rentenversicherungsträgern, den Krankenkassen und der Bundesanstalt für Arbeit finanziert. Diese einigten sich im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) 1986 auf eine Empfehlung für Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), die sowohl die medizinische als auch die berufliche Rehabilitation umfasste. Die Expertenkommission forderte dann deren Umsetzung und Weiterentwicklung. Die Arbeitsgruppe Psychiatrie kam 2003 zu dem Schluss, dass dies nicht in ausreichendem Maße geschehen ist. Im Jahr 2000 hatten sechs von 16 Ländern noch keine RPK, die Platzzahlen haben sich von 1990 bis 2000 bundesweit von 995 auf 1.533 Plätze erhöht (6). Eine Bestandserhebung aus dem Jahr 2002 ergab bundesweit ein Angebot von 49 Einrichtungen, 18 davon in Nordrhein-Westfalen (3).

Die Empfehlungsvereinbarungen der Bundesarbeitsge-

---

meinschaft Rehabilitation (BAR) wurden 2004 neu bearbeitet und treten voraussichtlich 2006 in Kraft (12). Diese sieht vor, die RPK-Einrichtungen als möglichst wohnortnahes Angebot im regionalen Versorgungssystem zu etablieren. Das Angebot richtet sich vor allem an Patienten mit schizophrenen, schizotypen und affektiven Störungen sowie mit schweren Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Schwerwiegende Störungsbilder stehen hier im Vordergrund. Das Behandlungskonzept umfasst psychotherapeutische, pharmakologische, psychosoziale und psychoedukative Verfahren sowie Soziotherapie, Ergotherapie, Angehörigenarbeit und Arbeitserprobung. Die Dauer ist auf drei bis zwölf, maximal 24 Monate beschränkt, stationäre und ambulante Leistungen sollen aus einer Hand erfolgen. Parallel dazu wurden 2004 von der BAR die Rahmempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (ARPP) veröffentlicht (12). Damit soll das Konzept der stationären psychosomatischen Rehabilitation auf die ambulante Versorgung übertragen werden. Es bezieht sich hauptsächlich auf die Diagnosen Depressionen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, psychosomatische Erkrankungen und andere körperliche Erkrankungen. Demgegenüber stellen Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen, fremd- und selbstgefährdendes Verhalten Ausschlusskriterien dar. Die Behandlung umfasst in erster Linie Psychotherapie, daneben auch Medikamente, Soziotherapie, Arbeits- und Ergotherapie, Sport- und Physiotherapie, Entspannungsverfahren und Gesundheitsberatung.

Damit setzt sich die zweigleisige Versorgung des ambulanten und stationären Bereichs auch in der Rehabilitation fort. Problematisch ist diese Einteilung deshalb, weil sie zwischen vermeintlich "leichteren" und "schwereren" Krankheitsbildern unterscheidet. Dies birgt die Gefahr einer zusätzlichen Stigmatisierung derer, die diesem System nach "schwer" krank sind und wird auf der anderen Seite auch den Versorgungsbedarfen der Krankheiten nicht gerecht. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) plädiert daher für ein stärker binnendifferenziertes Rehabilitationskonzept. Darin sollten die folgenden Punkte berücksichtigt werden: Möglichkeiten

einer längerfristigen stationären und ambulanten Rehabilitation (über ein bis zwei Jahre hinaus), Möglichkeiten einer kurzfristigen, aber mehrere Behandlungsarten umfassenden Rehabilitation, Abgrenzung zur Tagesklinik, Entscheidung über therapeutisch notwendige Maßnahmen nicht nach Krankheitsart (ICD), sondern nach Funktionsfähigkeit (ICF), Weiterentwicklung der Rehabilitation substanzabhängiger Störungen, Entwicklung gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte und Entwicklung von Rehabilitationskonzepten für Kinder- und Jugendliche (12).

Das Angebot von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke ist weit gefächert. Die bereits erwähnten Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sind auf den individuellen Ausbildungsstand zugeschnitten, Berufstrainingszentren (BTZ) richten sich an psychisch Kranke, die schon eine Ausbildung haben. Berufsförderungswerke (BFW) und Berufsbildungswerke (BBW) sind nicht ausschließlich für psychisch Kranke, können aber von ihnen auch genutzt werden. Erstere dienen der Fortbildung und Umschulung von Erwachsenen, letztere der Erstausbildung von Jugendlichen. Im Jahr 2002 gab es bundesweit 49 RPK, 14 BTZ, 24 BFW und 25 BBW. Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen verfügen über die meisten Einrichtungen. Rehabilitationseinrichtungen und Berufstrainingszentren sind meist wohnortnah, Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke überregional (3). Ziel der Maßnahmen ist eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Weitere Angebote sind Zuverdienst-, Selbsthilfe- und Integrationsfirmen. Sie können einen Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt bilden. Zuverdienstfirmen bieten stundenweise Arbeiten an und können so ein Sprungbrett sein. Selbsthilfe- und Integrationsfirmen haben die Arbeitsbedingungen zwar den Bedarfen der psychisch Kranken angepasst, müssen aber ansonsten genauso kostendeckend und wirtschaftlich arbeiten wie andere Unternehmen auch. Der Vorteil liegt darin, dass die Betroffenen als Arbeitnehmer gesehen werden und nicht als psychisch Kranke (8). Ergänzt wird das Spektrum durch berufsbegleitende und Integrationsfachdienste, die die Betroffenen an ihren Arbeitsplätzen Hilfen und Unterstützung bieten. Dane-

---

ben bieten beschützte Werkstätten Arbeitsplätze für Behinderte und auch speziell für psychisch Kranke. Die Arbeitnehmer werden finanziell entschädigt, sind aber weitgehend von den Anforderungen des freien Arbeitsmarktes geschützt (20). Die Durchlässigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist gering (8), der Sinn der Maßnahme besteht eher in der sozialen Integration.

Obwohl das Angebot breit gefächert ist, bleiben die Chancen für eine Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt eher gering. Häufig sind Selbsthilfe- und Zuvordienstfirmen keine Zwischenstation, sondern das Ende der beruflichen Integration. Auch Angebote, die auf eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt zielen, haben häufig nur geringe Vermittlungsquoten. Ein in Bern entwickeltes und evaluiertes Programm zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker in die freie Wirtschaft (PASS-Programm) ergab, dass nach einer Selektionsphase nur 30% überhaupt in das Programm aufgenommen werden konnten. Von diesen wiederum hatte ein Drittel noch nach zwei Jahren einen festen Arbeitsplatz (30). Die Gruppe der Rehabilitanden bestand vorwiegend aus schizophren Erkrankten. Patienten mit geringer Negativsymptomatik, der Fähigkeit mit anderen auszukommen, der Überzeugung, den eigenen Zukunftsverlauf positiv beeinflussen zu können und einer guten Anpassung an einen geschützten Arbeitsplatz hatten am ehesten die Chance auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Auf betrieblicher Seite war neben anderen Faktoren wie z.B. allgemeine Konjunkturlage die finanzielle Kompensation der Betriebe für mögliche Leistungsminderungen der psychisch kranken Arbeitnehmer ein wesentliches Erfolgskriterium. Denkbar wäre die Übernahme eines Teils der Lohnkosten durch die öffentliche Hand, die an den Kranken gekoppelt ist und die dieser auch bei Arbeitsplatzwechsel zu seiner neuen Stelle mitnehmen könnte. Weitere Maßnahmen waren die Kostenübernahme bis Festanstellung, kontinuierliche Betreuung und Krisenintervention sowie die Möglichkeit, im ungünstigsten Fall den Arbeitnehmer abzulehnen (30). Ähnliche Ergebnisse erzielte die Münsteraner Arbeitsrehabilitationsstudie in Westfalen-Lippe (MARS), bei der eine Teilstichprobe von Rehabilitanden, die im Zeitraum 1991 bis 1992 über drei Beratungsstellen erfolg-

reich in Arbeit vermittelt wurden, über drei Jahre begleitet wurden. Die Patientengruppe hatte verschiedene Diagnosen. Auch nach zwei bis drei Jahren standen noch zwei Drittel der Vermittelten in einem Arbeitsverhältnis. Als günstig erwiesen sich die Belastbarkeit der Patienten zu Beginn der Maßnahme, kürzere Krankheitsdauer und finanzielle Anreize für den Betrieb sowie im Verlauf wenige und wenn kürzere Phasen der Hospitalisierung (56).

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass Rehabilitationsmaßnahmen mit einer Vermittlung und längerfristigen Begleitung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumindest für eine Teilgruppe der psychisch Kranken erfolgversprechend ist. Diese Modelle folgen den in den USA bereits seit 1986 etablierten Ansatz des "supported employment". Danach werden psychisch Kranke in kompetitive Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt, erhalten wenigstens den Mindestlohn, das Arbeitsverhältnis ist unbefristet und sie werden langfristig von einem Job Coach begleitet (30). Anders als in Deutschland werden in den USA die Arbeitnehmer sofort vermittelt (die Evaluation solcher Maßnahmen hat diese Variante als erfolgreichere herausgearbeitet (89)), während hier zu Lande nach der Devise "erst qualifizieren - dann plazieren" verfahren wird. Letztere scheint den hiesigen Verhältnisse angemessener zu sein (30,56). Die Vorteile liegen in einer höheren Integration, besseren Erfolgsquoten als bei anderen Wiedereingliederungsprogrammen, höherem Verdienst und unter Umständen auch niedrigeren Kosten für die Träger (30). Zu berücksichtigen bleibt aber, dass es sich bei den erfolgreichen Arbeitnehmern um eine hochselektierte Stichprobe handelt. Psychisch Kranke, für die eine Wiedereingliederung nach diesen Regeln zu hohe Ansprüche stellt, könnten im Rahmen der unterstützten Beschäftigung auch beschützte Arbeitsplätze nach modifizierten Regeln annehmen. Alternativen zu jetzigen Arbeitsmodellen stehen demnach zur Verfügung und müssten entwickelt und umgesetzt werden.

---

## Selbsthilfe

Die Selbsthilfe von psychisch Kranken hat sich mittlerweile etabliert. 1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker gegründet (15). Landesverbände gibt es inzwischen in allen Ländern. Seit 1992 existiert auch der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen. Im Jahr 2000 gab es auch nahezu flächendeckend Landesverbände (14 von 16 Ländern). Die Selbsthilfegruppen der Angehörigen und Betroffenen sind vielfach in den Landespsychiatriebeiräten und anderen Gremien vertreten und werden von den Ländern größtenteils finanziell unterstützt (6). Neben der Stärkung und dem Erfahrungsaustausch der Mitglieder untereinander haben Selbsthilfegruppen eine wichtige Funktion in der Vertretung der Interessen Betroffener gegenüber dem Versorgungssystem und der Politik. Außerdem üben sie einen wichtigen Einfluss auf die öffentliche Meinung aus und leisten einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychisch Kranker (20). Zu fast allen Problemen und Krankheiten haben sich mittlerweile Selbsthilfegruppen gefunden. Eine bundesweite Umfrage bei den Selbsthilfe-Kontaktstellen ermittelte 4.000 Selbsthilfegruppen zu psychischen Problemen, wobei zu berücksichtigen ist, dass nicht alle Kontaktstellen und schon gar nicht alle Gruppen erfasst werden konnten (48). Der Anteil von Bürgeranfragen in Selbsthilfe-Kontaktstellen zu Gruppen, die sich mit psychischen Problemen befassen, lag in verschiedenen Erhebungen in Hessen (2003) und in Bremen (2002) bei 47%, Lebensprobleme (Trauer, Trennung, Mobbing etc.) nicht mit eingerechnet (49). Die Nachfrage nach solchen Gruppen steigt stetig an. In der Selbsthilfeberatung Bremen verdoppelte sich der Anteil der Beratungen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen von 1998 bis 2002 (49). In der Essener Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen stiegen die Anfragen zum Thema Angst und Depression von 1999 bis 2003 um ein Vielfaches an (37). Selbsthilfe für psychisch Kranke ist prinzipiell bei allen Erkrankungen und in allen Stadien der Behandlung denkbar. Sie sind jedoch nicht mit Selbsthilfegruppen für somatisch Kranke gleichzusetzen. Viele Gruppen für Affektkranke beispielsweise sind kurzlebig oder haben eine hohe Mitgliederfluktuation. Untersuchun-

gen in den USA ergaben eine längere Bestandszeit der Gruppen, wenn die leitenden Mitglieder psychisch stabil waren. Schwer Erkrankte und Betroffene der Unterschicht sind seltener in Selbsthilfegruppen psychisch Kranker zu finden (20). Die Chancen einer optimalen Information, Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke sind noch nicht ausgeschöpft und stellen besonders Selbsthilfe-Kontaktstellen, aber auch andere Leistungsanbieter vor neue Aufgaben und Möglichkeiten.

Darüber hinaus setzt sich das Konzept von mehr Empowerment (Selbstbefähigung) von Patienten auch in der Psychiatrie zunehmend durch. Der Begriff bedeutet Emanzipation und Partizipation von Betroffenen auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene (90). Das Konzept ist eng mit den Vorstellungen der Gesundheitsförderung und damit der Ottawa-Charta verwandt. Ausdrucksformen dieser Entwicklung sind die Mitsprache von Betroffenen bei ihrer Behandlung, der gleichberechtigte Austausch unter Betroffenen, Angehörigen und Professionellen und der Einfluss auf die Gestaltung von Organisationsprozessen in Institutionen und bei übergeordneten Planungen sowie Mitsprache in der Forschung, Fortbildung und Politik (90).

## Organisation der Angebote

Die gemeindepsychiatrische Ausrichtung der Versorgung führte zu einer zunehmenden Angebotsvielfalt und machte Kooperation und Koordination notwendig. Die Psychiatrieenquête empfahl deshalb die Koordination auf Landesebene durch Referate für psychosoziale Versorgung zu betreiben und durch Psychiatriekoordinatoren auf kommunaler Ebene zu ergänzen (6). Zur Kooperation auf örtlicher Ebene sollten psychosozialer Arbeitsgemeinschaften eingerichtet werden, in denen alle Anbieter und Dienste zur Versorgung psychisch Kranker in einem Standardversorgungsgebiet zusammenarbeiten und verbindliche Kooperationsab-sprachen treffen. In die gleiche Richtung gehen die Empfehlungen der Arbeitsgruppe Psychiatrie zur Realisierung gemeindepsychiatrischer Verbände. Diese sollten in einem Versorgungssektor mindestens das zustän-

dige Krankenhaus, die Anbieter der Eingliederungshilfe, die sozialpsychiatrischen Dienste und den öffentlichen Gesundheitsdienst umfassen. Besser noch wäre die Einbindung weiterer Angebote (niedergelassene Therapeuten, Pflege, berufliche Rehabilitation sowie Betroffene und Angehörige). Zu ihren Aufgaben gehört auch die Berichterstattung in den kommunalen und Landesgremien. Daneben empfahl die Expertenkommission die Implementierung von kommunalen psychosozialen Ausschüssen und Beiräten auf Landesebene mit beratender Funktion. 1998 wurden mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW zentrale Aufgaben in der Versorgung psychisch Kranker und allgemeine Koordinationsaufgaben an den öffentlichen Gesundheitsdienst übertragen. Der ÖGD hat die Aufgabe, körperlich und seelisch Behinderte, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke und ihre Angehörigen zu beraten und einen sozialpsychiatrischen Dienst einzurichten (§ 16). Weiterhin sind die unteren Gesundheitsbehörden verpflichtet, u.a. die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung als eigenständige Aufgabe wahrzunehmen (§ 23). Und nicht zuletzt sieht § 24 die Einberufung einer kommunalen Gesundheitskonferenz vor. Darin sind alle wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens und die Politik vertreten. Sie beraten die örtliche Versorgung mit dem Ziel der Koordination und geben Empfehlungen, zu deren Umsetzung sie sich selbst verpflichten. Trotzdem bleibt die Kooperation und Koordination oftmals noch unbefriedigend (6,15). Methoden der Zusammenarbeit, die sich international als sinnvoll herausgestellt haben, finden in der BRD keine Anwendung (89). So gibt es kaum eine Integration von niedergelassenen Therapeuten und sozialpsychiatrischen Diensten in der aufsuchenden Versorgung, selten Kriseninterventionsdienste und keine ambulanten, teambasierten Versorgungsformen. Die berufsbegleitende Rehabilitation ist kaum umgesetzt. Neuere Ansätze in der Koordination zielen meist auf Case-Management-Modelle, d.h. einer individuellen Hilfestellung bei der Planung geeigneter Maßnahmen. Im angloamerikanischen Raum haben sich ambulante, teambasierte Versorgungsformen als geeignet herausgestellt, um z.B. die Wiederaufnahmeraten und die Verweildauern zu reduzieren. Spezifische Wirkfaktoren

dabei sind die gemeinsame Verantwortung für die medizinisch-psychiatrische und die soziale, arbeits-, beschäftigungs- und wohnbezogene Versorgung sowie regelmäßige Hausbesuche (89).

Ein weiterer Erfolgsfaktor für eine integrierte psychiatrische Versorgung ist die Gesamtverantwortung für eine wissenschaftlich fundierte, sektorisierte, gemeinschaftspsychiatrische Behandlung (89). Die Versorgung innerhalb eines Sektors gibt zwar prinzipiell die Möglichkeit einer besseren Ressourcenaufteilung, dies jedoch vor allem dann, wenn dieser zentral koordiniert und verwaltet wird (20). In der Regel besteht aber noch ein Bedarf der besseren Verzahnung stationärer und ambulanter Leistungen (9) meist unterschiedlicher Anbieter. Da die personelle und finanzielle Gesamtverantwortung nicht gegeben ist, ist der Kooperationsbedarf besonders hoch einzuschätzen.

Hinderlich sind vor allem die Vielzahl der Kostenträger. Das führt dazu, dass die Kosteneffektivität einzelner Maßnahmen und Modelle kaum eine Rolle bei der Planung und Steuerung der Versorgung spielen und stattdessen die jeweilige Zuständigkeit zwischen den Kostenträgern immer wieder neu verhandelt wird (89). Erst mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 wurden verstärkt Anreize zur integrierten Versorgung gesetzt. Danach besteht die Möglichkeit für die Leistungsanbieter, den Kassen Leistungspakete anzubieten, die die bisherigen Kollektivverträge für die ambulante und stationäre Versorgung umgehen. Die Anbieter erhalten dafür eine Anschubfinanzierung und werden vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität befreit. Dafür wurde ein Prozent des Gesamtbudgets für die ambulante und stationäre Versorgung im Vorfeld gekürzt. Für die Anbieter heißt das, mit weniger Geld Versorgungslösungen zu erarbeiten, die im Ergebnis wirtschaftlicher sind als bisher. Dies läuft auf Rationalisierungen der Behandlungsverläufe hinaus, der stärkeren Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien und der Erschließung neuer Aufgabengebiete (22). Die Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft bleiben abzuwarten. Im Bereich der Wohnangebote wurde die unterschiedliche Kostenträgerschaft ambulanter und stationärer Leistungen ebenfalls geändert. Mit der Änderung des Ausführungsverordnung des BSHG 2003 in NRW haben die Landschaftsverbände auch die Kos-

---

tenträgerschaft für das betreute Wohnen übernommen (40). Beide Gesetzesänderungen zielen auf Kostenreduktion durch Verringerung bzw. Verhinderung stationärer Aufenthalte.

Außerdem soll die Qualität der Versorgung verbessert werden. Die Reformen des Gesundheitswesens in den 90ern machten deutlich, dass Kostenersparnis und Qualität in der Versorgung keineswegs Hand in Hand gehen. Häufig ist bessere Qualität - mindestens vorläufig - mit höheren Kosten verbunden. Die Psychiatriereform im Besonderen hat gezeigt, dass eine ambulante Versorgung auch chronisch psychisch Kranker prinzipiell möglich ist. Allerdings konnten die klinischen Verläufe und die Zahl der stationären Aufnahmen damit nicht wesentlich verändert werden (8,20). Die Kosten der Behandlung psychisch Kranker konnten durch die gemeindepsychiatrische Versorgung nicht gesenkt werden. Dies gelingt zwar in speziell darauf ausgerichteten Experimenten aber selten in der Versorgungsrealität (20). Qualitätssteigerung verspricht man sich auch durch eine stärker am individuellen Bedarf orientierte Ausrichtung der Hilfen. Die Aktion Psychisch Kranke fordert einen Paradigmenwechsel vom instituts- zum patientenzentrierten Ansatz (15). Dies erfordert verbesserte vernetzte Versorgungskonzepte und Organisationsformen auf Gemeindeebene, bereichsübergreifende Dokumentationsstandards und geeignete Instrumente zur Bedarfserfassung. Ansätze zu einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung innerhalb regionaler Verbundsysteme liefern die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zur Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie (96, 97).

Die psychiatrische Versorgung der Zukunft muss folgende Probleme meistern (zit. n. 94):

- verstärkte Maßnahmen zum Abbau von Stigma und Diskriminierung
- verbesserte institutionelle Koordination und Kooperation vor allem bei chronisch Kranken
- Einführung eines bereichsübergreifenden Case-Managements
- verbesserte Möglichkeiten der Früherkennung und Krisenintervention
- stärkere Differenzierung, Schwerpunktbildung und funktionale Vernetzung der Versorgungsangebote
- Entwicklung von Behandlungskorridoren und DMPs

zur Überwindung von Schnittstellenproblemen

-Einführung flexibler und auskömmlicher Finanzierungsmodelle

-lokale/regionale Versorgungsforschung als Grundlage für eine optimierte Versorgungsplanung

-sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung leitlinienorientierter Diagnostik und Therapie und der Mitsprache- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Betroffenen.

---

# Versorgungslandschaft und Inanspruchnahme spezieller Leistungen in Düsseldorf

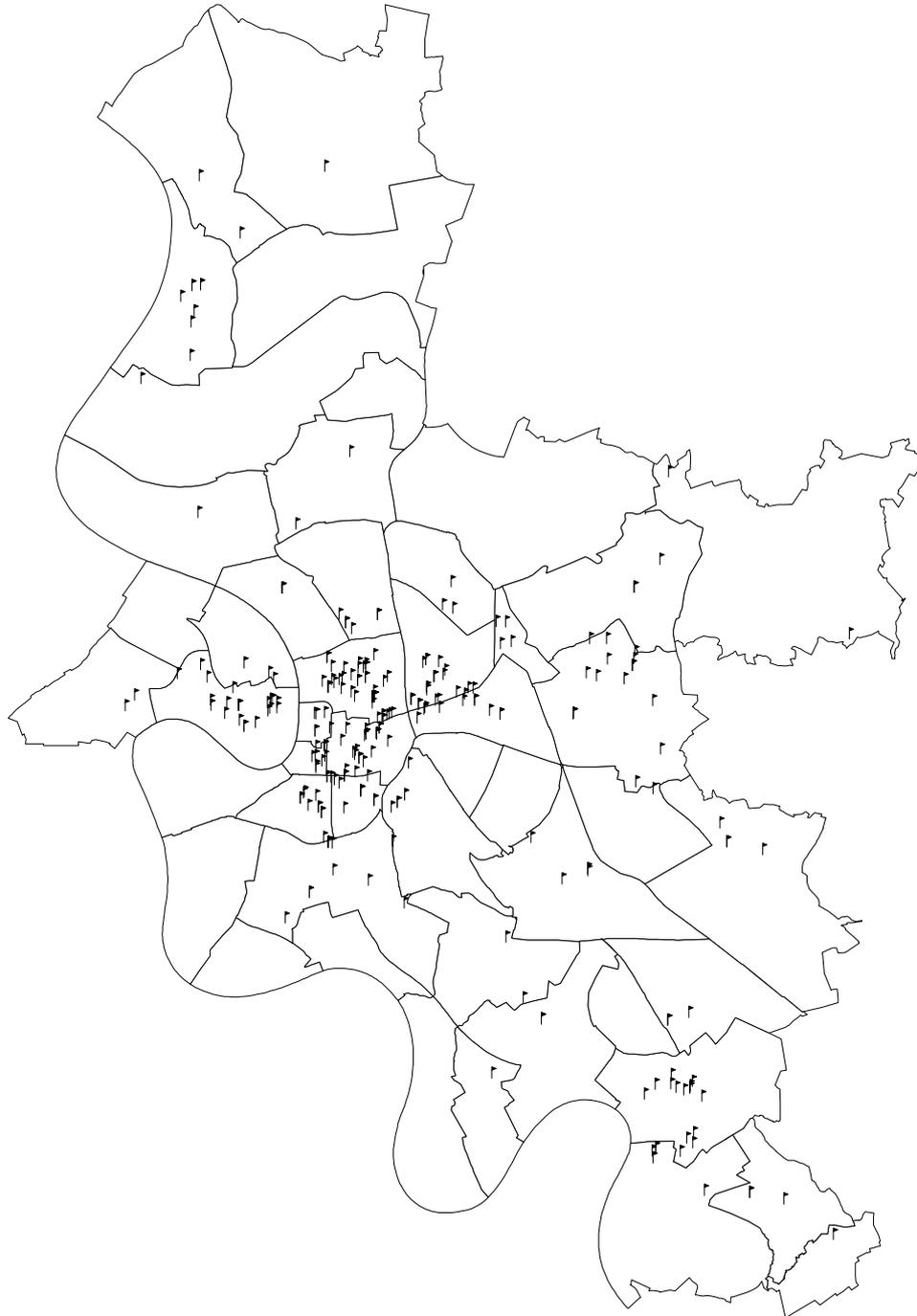
## Niedergelassene Therapeuten

In Düsseldorf gibt es 290 niedergelassene Ärzte und Psychologen mit einem Schwerpunkt auf der Behandlung psychischer Krankheiten ([www.kvno.de](http://www.kvno.de)). Darunter befinden sich 59 Fachärzte für Nervenheilkunde und/oder Psychiatrie und Psychotherapie und 34 Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie sechs Fachärzte mit beiden Fachtiteln. Drei der 99 haben sich zusätzlich auf Kinder- und Jugendpsychiatrie spezialisiert. 21 weitere Ärzte sind psychotherapeutisch tätig. Hinzu kommen 142 psychologische Psychotherapeuten. Neben den drei schon erwähnten Fachärzten sind außerdem 11 weitere und 17 nichtärztliche Therapeuten für Kinder- und Jugendliche an der Versorgung beteiligt.

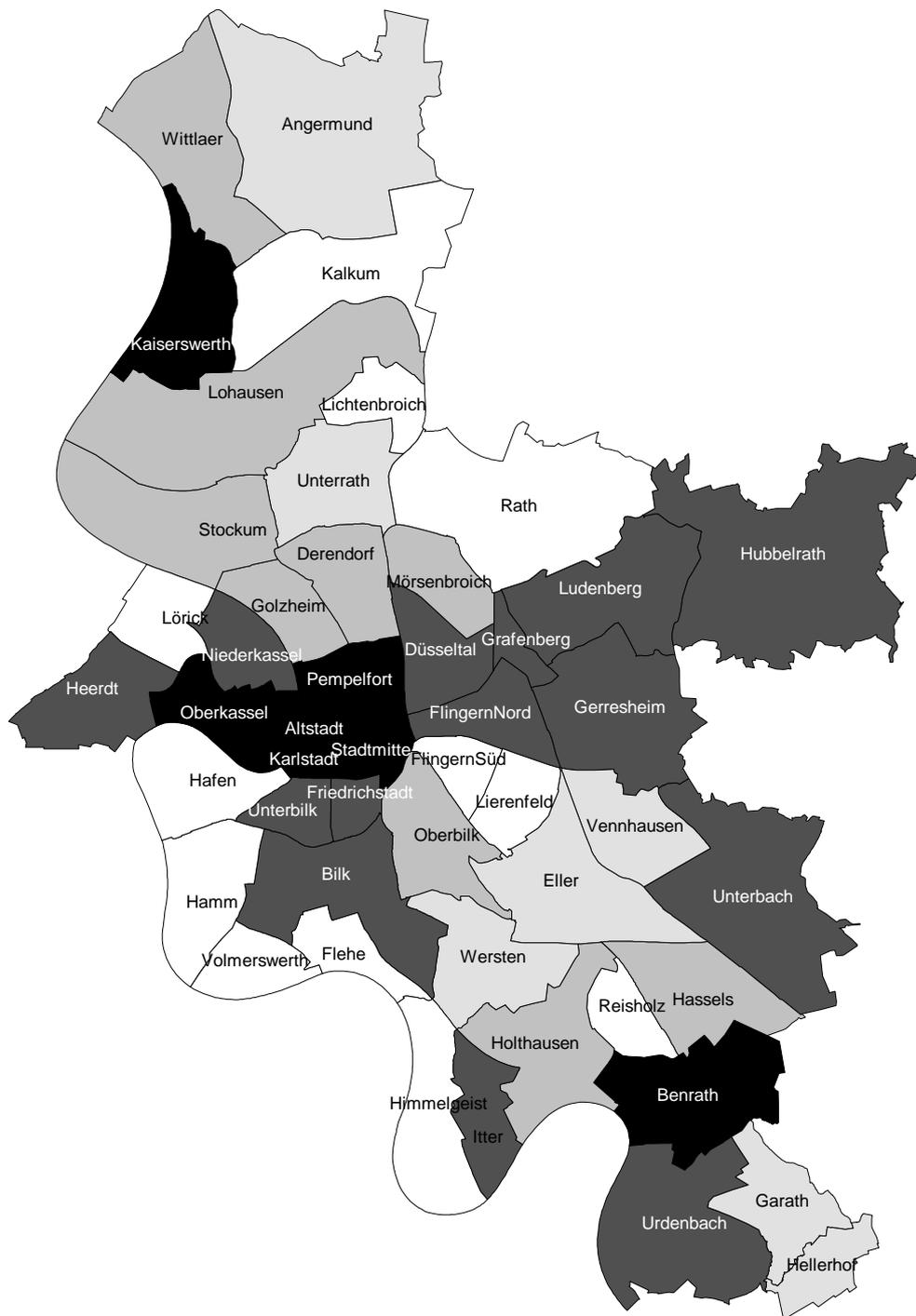
Zur Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung werden die Psychotherapeuten und die Nervenärzte und Psychiater getrennt betrachtet. Bei der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten werden auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die vorwiegend psychotherapeutischen Nervenärzte berücksichtigt. Das waren am 01.07.2004 55 ärztliche und 155 psychologische Psychotherapeuten und entsprach einem Versorgungsgrad von 94,7%. Bis zur maximalen Zulassungsgrenze von 110% wären zu diesem Zeitpunkt noch 35 weitere ärztliche Psychotherapeuten zugelassen worden.

In die Bedarfsplanung der Nervenärzte gingen am 1.10.2004 52 Fachärzte ein. Der Versorgungsgrad lag damit bei 117%.

Betrachtet man die Verteilung der Therapeuten (gemeint sind alle Fachgruppen) im Stadtgebiet, zeigt sich eine deutliche Ballung der Niedergelassenen im Zentrum der Stadt, jenseits davon nimmt die Dichte dramatisch ab.



**29. Verteilung von Nervenärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin, psychotherapeutisch tätigen Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Stadtgebiet. Quelle: KVNO, N=290.**



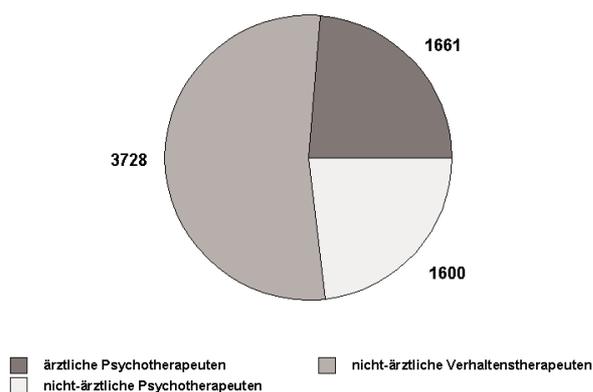
30. Stadtteile nach Einwohnerzahl je Therapeut. Schwarz: 200 bis unter 1000 Einwohner je Therapeut, dunkelgrau: 1000 bis unter 3000 Einwohner je Therapeut, mittelgrau: 3000 bis unter 5000 Einwohner je Therapeut, hellgrau: 6000 bis unter 13100 Einwohner je Therapeut, weiß: gar keine Therapeuten Quelle: KVNO und Amt für Statistik und Wahlen.

Die meisten Spezialisten gibt es in Pempelfort (N=39), in der Stadtmitte (N=30) und in Oberkassel (N=27). Gar keine Therapeuten gibt es in Kalkum, Lichtenbroich, Rath, Lörick, Flingern-Süd, Lierenfeld, Hafen, Hamm, Volmerswerth, Flehe, Himmelgeist und Reisholz.

Bezieht man die Therapeutenzahl auf die Zahl der Einwohner im Stadtgebiet ergibt sich die Verteilung aus der vorherigen Grafik.

Neben dem Kriterium Zentrumsnähe haben vor allem besser gestellte Stadtteile eine höhere Therapeutendichte. In Pempelfort, Oberkassel, Kaiserswerth und Benrath sowie in der unmittelbaren Innenstadt kommt auf maximal 1.000 Einwohner ein Spezialist. Bis zu 3.000 Einwohner je Therapeut sind es in Düsseldorf, Grafenberg, Flingern Nord, Ludenberg, Gerresheim, Hubbelrath, Unterbach, Unterbilk, Friedrichstadt, Bilk, Itter, Urdenbach, Niederkassel und Heerdt. Demgegenüber sind in einigen Stadtteilen mit einer hohen Einwohnerzahl (über 17.000 Einwohner) nur fünf und weniger Therapeuten ansässig: Hassels, Derendorf, Rath, Garath, Unterrath, Wersten und Eller.

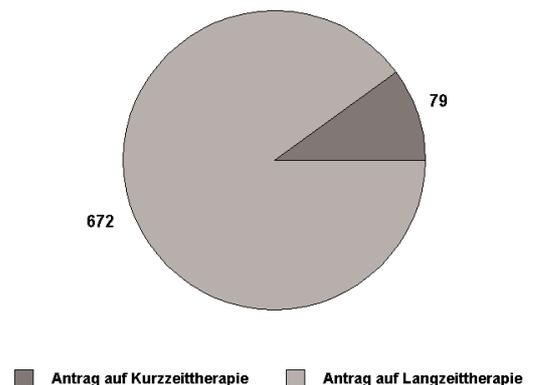
## Inanspruchnahme von niedergelassenen Therapeuten



**31. Durchschnittliche Anzahl psychotherapeutischer Behandlungsfälle in Düsseldorf je Quartal 2004, getrennt nach Berufsgruppen. Quelle: KVNO, Mitteilung vom 29.11.2004 und 2.06.2005.**

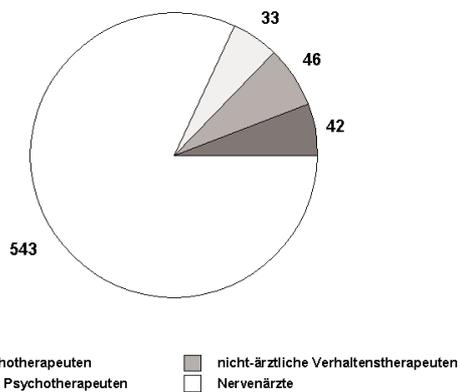
In Düsseldorf wurden 2004 pro Quartal rund 7.000 Behandlungsfälle von Psychotherapeuten abgerechnet. Wie viele Personen davon im jeweils nächsten Quartal weiterbehandelt wurden, kann daraus nicht geschlossen werden, so dass die tatsächliche Anzahl psychotherapeutisch behandelter Patienten 2004 zwischen 7.000 und 28.000 lag.

Pro Quartal wurden dabei jeweils rund 750 Anträge auf psychotherapeutische Behandlung gestellt. 12% der Anträge beziehen sich auf Kurzzeittherapien (bis zu 25 Stunden), der Rest auf Langzeittherapien mit unterschiedlicher Länge je nach Verfahren. Es ist also davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Patienten über mehrere Quartale in Behandlung war und die tatsächliche Anzahl der Patienten näher am unteren als am oberen Wert lag.



**32. Durchschnittliche Anzahl der Psychotherapieanträge in Düsseldorf je Quartal 2004, getrennt nach Kurzzeit- und Langzeitanträgen. Quelle: KVNO, Mitteilung vom 29.11.2004 und 2.06.2005.**

Die Nervenärzte und Psychiater behandelten 2004 über 30.000 Fälle pro Quartal (1. Quartal: 30.594, 2. Quartal: 30.452, 3. Quartal: 30.847, 4. Quartal: 31.117). Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch neurologische Behandlungsfälle enthalten sind. Die Fallzahlen pro Fachgruppe und Quartal machen noch einmal deutlich, dass die Nervenärzte und Psychiater wesentlich mehr Fälle im Quartal behandeln als die Psychotherapeuten.



**33. Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle je Arzt/Therapeut in Nordrhein je Quartal 2004, getrennt nach Berufsgruppen. Quelle: KVNO, Mitteilung vom 29.11.2004 und 2.06.2005.**

## Kliniken (vollstationärer Bereich)

Die Rheinischen Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität und das Florence-Nightingale-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Kaiserswerther Diakonie haben einen Versorgungsauftrag für die psychiatrische Versorgung der Düsseldorfer Bevölkerung. Das Florence-Nightingale-Krankenhaus ist für den Düsseldorfer Norden zuständig. Dazu zählen die Stadtteile Wittlaer, Angermund, Kalkum, Kaiserswerth, Lohausen, Lichtenbroich, Stockum und Unterrath. Alle anderen Stadtteile fallen in den Versorgungsbereich der Rheinischen Kliniken Düsseldorf. In den Krankenhäusern wurden 2004 folgende Abteilungen und Bettenzahlen vorgehalten:

### Rheinische Kliniken Düsseldorf

Allgemeine Psychiatrie I	73
Allgemeine Psychiatrie II	162
Suchtkrankheiten	73
Gerontopsychiatrie	102
Kinder- und Jugendpsychiatrie	32
Neurologie	40
Psychosomatische Medizin	24
Rehabilitation	73

Summe Betten 579

Florence-Nightingale, Kaiserswerther Diakonie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Geschlossene Akutstation	12
Spezialstation zur Behandlung von psychotischen Erkrankungen	24
Psychiatrisch-psychotherapeutische Station mit einem verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt zur Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen	18
Depressionsstation	18
Milieutherapeutische Station	18

Summe Betten 90

Notaufnahmen erfolgen in beiden Kliniken rund um die Uhr. In den Kliniken sind 16 verschiedene Berufsgruppen tätig, in beiden Kliniken sind Ärzte, Krankenschwestern, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, hauswirtschaftliche Kräfte, Altenpfleger und Praktikanten beschäftigt.

Daneben werden die vollstationären Bereiche der Kliniken durch weitere Angebote wie Tagesklinik(-en) und Institutsambulanz(-en) unterstützt.

Die Kliniken und einige weitere Angebote in der Stadt sind in der folgenden Grafik dargestellt.



34. Kliniken, Tageskliniken und Institutsambulanzen für psychisch Kranke in Düsseldorf. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

## Rehabilitation

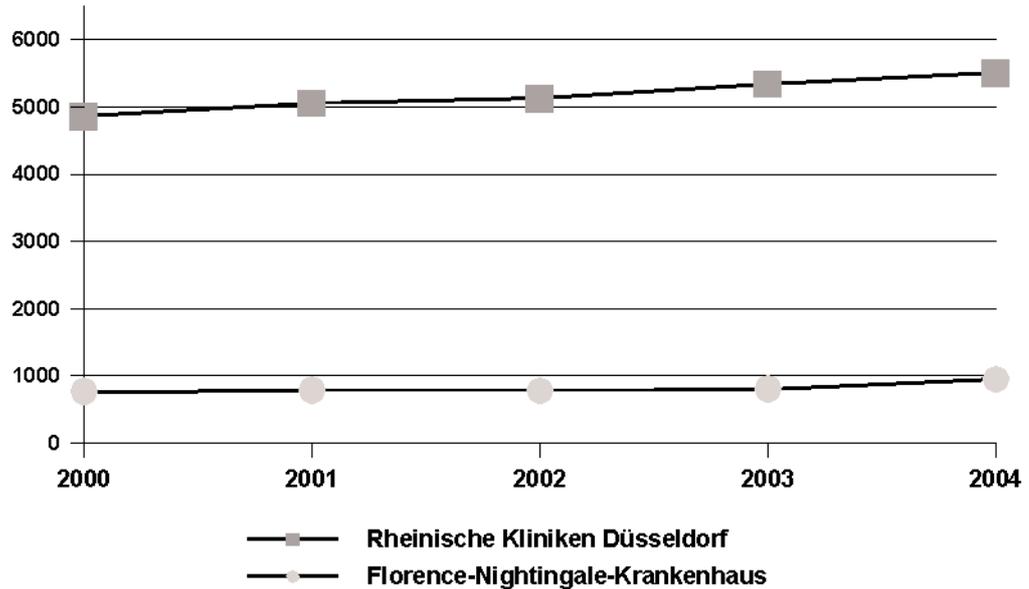
Weiterhin gliedert sich der Rehabilitationsbereich der Rheinischen Kliniken auf in zwei Geländewohngruppen zur sozialen Rehabilitation mit jeweils 19 bzw. 15 Plätzen, einer Station mit 10 Plätzen zur medizinischen Rehabilitation und zwei Außenwohngruppen (in Grafenberg und Lichtenbroich) zur sozialen Rehabilitation mit jeweils 10 und 19 Plätzen.

In den Wohngruppen ist eine rund-um-die-Uhr-Betreuung durch Nachtwache bzw. Bereitschaftsdienst sichergestellt. Insgesamt sind 13 verschiedene Berufsgruppen in der Rehabilitation beschäftigt. Neben medizinischem und pflegerischen Personal kommen verschiedene psychologische/pädagogische Berufe zum Einsatz sowie Auszubildende und Zivildienstleistende. In der Rehabilitation bestanden Wartezeiten, die aber je nach Wohngruppe sehr unterschiedlich ausfielen.

## Inanspruchnahme von Kliniken

Die Anzahl der Aufnahmen stiegen in beiden Kliniken in den letzten Jahren an, in den Rheinischen Kliniken von 4.861 im Jahr 2000 auf 5.506 im Jahr 2004 (ohne forensische Patienten) und im Florence-Nightingale-Krankenhaus von 764 auf 948. Die nachfolgende Grafik zeigt den Anstieg der Aufnahmen in beiden Krankenhäusern.

Im gleichen Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer in den Rheinischen Kliniken um 10 Tage von 45 auf 35 Tage (inklusive teilstationärer Aufenthalte) und in dem Florence-Nightingale-Krankenhaus von 35

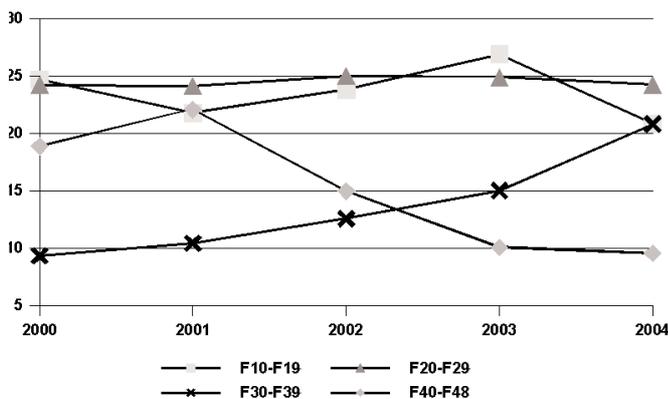


35. Anzahl der aufgenommenen Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf und dem Florence-Nightingale-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in den Jahren 2000 bis 2004. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

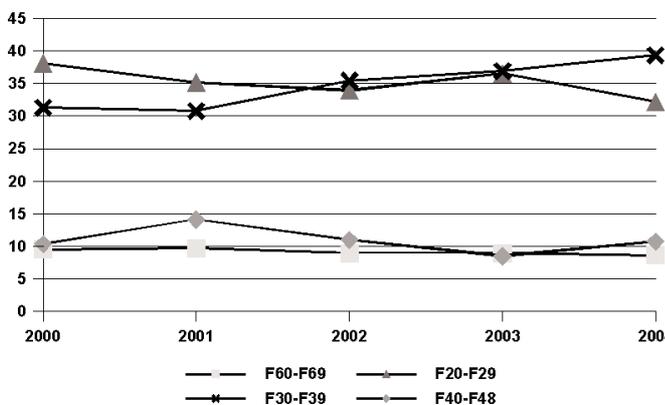
auf 30 Tage.

Die Auslastung der Betten in den Kliniken lag bei über 90%. Der Patientendurchlauf hat sich damit kontinuierlich erhöht. Für die gesamtstädtische Versorgung bedeutet das eine Herausforderung für den ambulanten und komplementären Bereich, die Patienten im Anschluss optimal gemeindenah zu versorgen. Zum Ideal der wohnortnahen Versorgung aus fachlicher Sicht kommt der Handlungsdruck durch kürzere Liegezeiten.

Das Diagnosespektrum der vollstationär behandelten Patienten ergab folgendes Bild:



**36. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an allen stationär behandelten Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf in den Jahren 2000 bis 2004. F10-F19: Störungen durch psychotrope Substanzen; F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.**



**37. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an allen stationär behandelten Patienten in dem Florence-Nightingale-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in den Jahren 2000 bis 2004. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.**

Die Grafiken zeigen, dass psychotische Erkrankungen anteilmäßig zu den häufigsten vollstationär behandel-

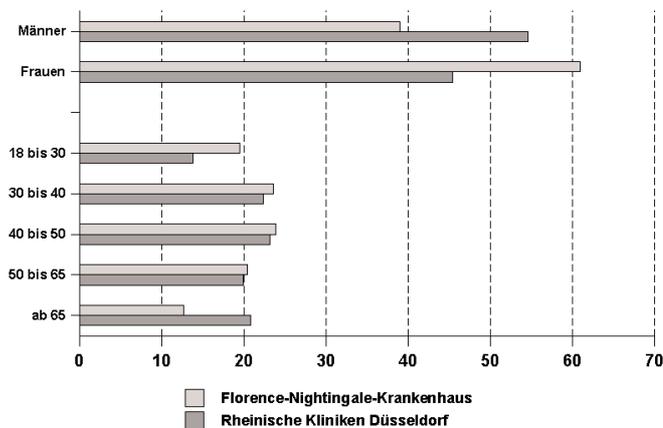
ten Krankheiten gehörten. Ihr lag in den Rheinischen Kliniken bei 25% und im Florence-Nightingale-Krankenhaus bei 35%. Ähnlich hoch aber mit mehr Schwankungen lag in den Rheinischen Kliniken der Anteil der Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen (im Florence-Nightingale-Krankenhaus rund 5%). Affektiv Erkrankte nahmen unter den vollstationären Patienten zu. Ihr Anteil an allen Patienten stieg in den letzten fünf Jahren um rund 10% an. Dies ist ein Trend, der in beiden Krankenhäusern zu verzeichnen war. Gegenläufig entwickelte sich in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf der Anteil der Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Gründe dafür könnten sein: Eine geänderte Diagnosestellung, so dass vormals als neurotische Störungen geltende Erkrankungen später als affektive Erkrankung eingestuft wurden. Eine größere Sensibilität für affektive Erkrankungen in der Bevölkerung aber auch unter den Einweisern, die zu mehr Patienten geführt hat und/oder dass sich die psychiatrischen Kliniken speziell für die Behandlung affektiver Erkrankungen profiliert haben. In gleicher Richtung wäre denkbar, dass neurotische Erkrankungen vermehrt in psychosomatischen Kliniken behandelt wurden. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen waren mit rund 9% im Florence-Nightingale-Krankenhaus vertreten, in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf mit rund 4%.

In der Rehabilitation waren die meisten Patienten von Schizophrenien und verwandten Erkrankungen betroffen (75 von 87 Personen). Mehr als die Hälfte (N=46) davon hatte weitere Erkrankungen. Die Mitarbeiter bemerkten eine Zunahme komorbider Erkrankungen, in erster Linie Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen.

Der Anteil der komorbid erkrankten Patienten wurde in beiden Kliniken sehr unterschiedlich eingeschätzt. Die Rheinischen Kliniken gingen für das Jahr 2003 davon aus, dass 45% der Patienten keine weitere Erkrankung hatten, 27% ausschließlich psychisch komorbid waren, 17% mindestens eine weitere somatische Erkrankung hatten und 11% psychisch und somatisch komorbid waren. Im Florence-Nightingale-Kran-

kenhaus wurde der Anteil der somatisch komorbiden Patienten 2004 mit 40% angegeben (keine weitere Erkrankung: 27%, mindestens eine weitere psychische Störung: 15%, psychisch und somatisch komorbid: 18%).

Die soziodemografischen Merkmale der vollstationären Patienten sind in der folgenden Grafik abgebildet.



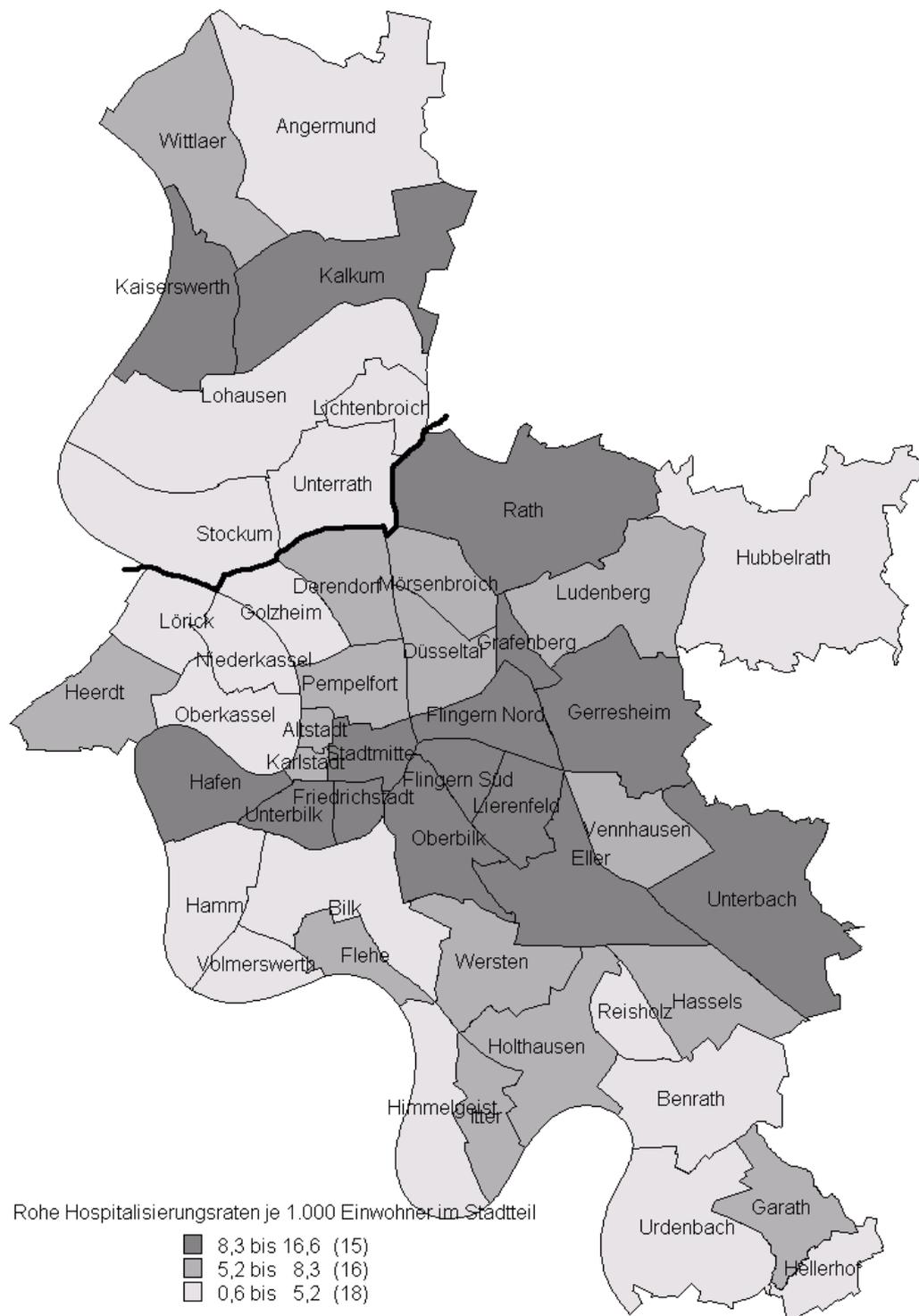
**38. Verteilung der Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) und dem Florence-Nightingale-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2004) nach Alter und Geschlecht. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=5805, 948 Geschlecht, N=5545 (+260 unter 18-Jährige, nicht dargestellt), 946 Alter.**

In den Rheinischen Kliniken überwog der Männeranteil den Frauenanteil, im Florence-Nightingale-Krankenhaus war es umgekehrt. Bei der Altersverteilung lagen die Kliniken näher beieinander, in den Rheinischen Kliniken war der Anteil der über 65-Jährigen höher. Die Unterschiede lassen sich wahrscheinlich durch die Angebotsstrukturen der Kliniken erklären: So lag der Anteil der affektiv Erkrankten an allen Patienten im Florence-Nightingale-Krankenhaus rund 20% über dem entsprechenden Anteil in den Rheinischen Kliniken. In gleicher Größenordnung war der Anteil der Suchtkranken in den Rheinischen Kliniken höher. Erstere lassen einen höheren Frauenanteil erwarten, letztere einen höheren Männeranteil. Der höhere Altenanteil in den Rheinischen Kliniken ist durch die

gerontopsychiatrische Fachabteilung bedingt. Angaben zur Nationalität lagen nicht vor.

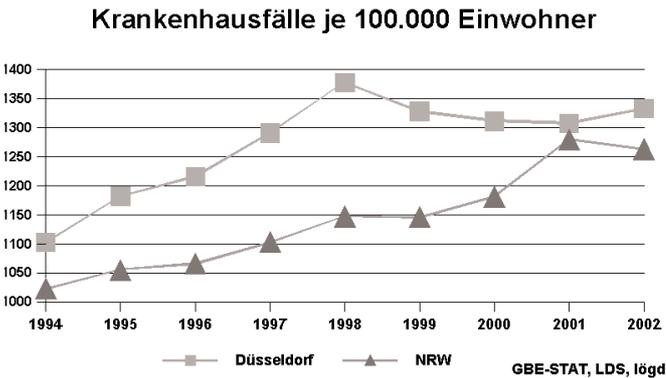
Im Rehabilitationsbereich der Rheinischen Kliniken waren vor allem Männer vertreten (60 zu 27), vorwiegend höheren Alters (28 unter 50 Jahren, 59 älter).

Die folgende Grafik zeigt, wie viele vollstationäre Behandlungen je 1.000 Einwohner eines Stadtteils pro Jahr stattfanden. Allerdings stellen die Daten aus dem Sektor Nord nur die Aufnahmen im Florence-Nightingale-Krankenhaus im Jahr 2004, die Daten der anderen Sektoren nur die Aufnahmen in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf im Jahr 2003 dar. Entsprechend sind nicht alle Aufnahmen der Kliniken in die Grafik eingeflossen. Von den Rheinischen Kliniken Düsseldorf gingen 122 Aufnahmen nicht in die Berechnung ein, weil sie aus dem Sektor Nord stammten, aus dem Florence-Nightingale-Krankenhaus flossen 447 Aufnahmen nicht mit ein, weil sie aus den Sektoren Mitte/West, Ost und Süd stammten. Weiterhin gab es in beiden Kliniken Aufnahmen aus anderen Gemeinden oder von Personen ohne festen Wohnsitz, die nicht miteingerechnet werden konnten. Das waren in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf 1.106, im Florence-Nightingale-Krankenhaus 218 Patienten. Die Grafik gibt lediglich erste Hinweise auf eine unterschiedliche Inanspruchnahme in Abhängigkeit vom Stadtteil. Hier liegt die Hypothese nahe, dass die Inanspruchnahme mit der Entfernung von der Klinik abnimmt.



**39. Rohe Hospitalisierungsraten je 1000 Einwohner im Stadtteil der Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) und dem Florence-Nightingale-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2004). Dargestellt sind nur die Hospitalisierungen, die aus den Sektoren der zuständigen Kliniken erfolgten. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N= RK 3799, FN 283; Bevölkerungszahlen: Amt für Statistik und Wahlen.**

Generell ist zu erwarten, dass die Inanspruchnahme in Düsseldorf durch die räumliche Nähe zu den Fachkrankenhäusern höher liegt als im Landesdurchschnitt. Dies bestätigt sich beim Vergleich der Behandlungsraten in Düsseldorf und in Nordrhein-Westfalen.

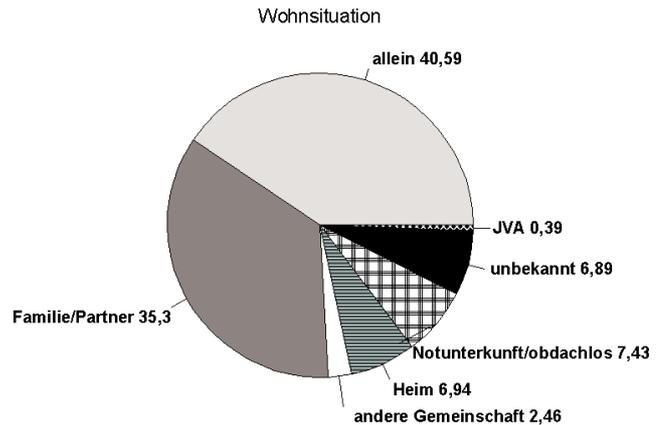


**40. Rate der Krankenhausfälle auf Grund psychischer Erkrankungen je 100.000 Einwohner von 1994 bis 2002, getrennt nach Düsseldorf und Nordrhein-Westfalen. Quelle: Lögd, GBE-Stat.**

Weitere Angaben zur Wohn- und beruflichen Situation liegen von den Rheinischen Kliniken vor. Das Erfassungsjahr war 2003.

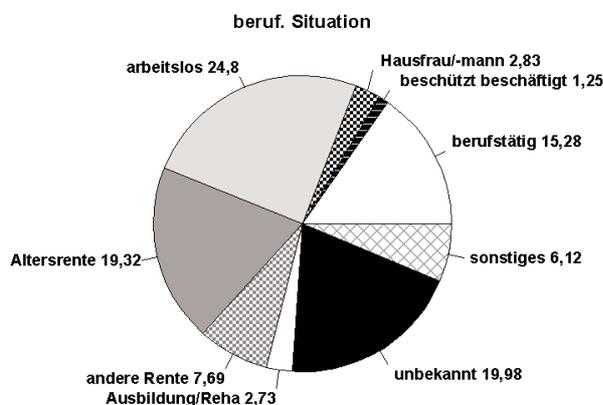
Zunächst zur Wohnsituation: Drei Viertel der Patienten und damit die überwiegende Mehrheit lebte alleine oder mit der Familie/dem Partner zusammen. Nur 17% kamen aus einem Heim, einer therapeutischen Wohngemeinschaft oder einer anderen Institution bzw. waren obdachlos. Damit wird nochmal die Bedeutung ambulanter gemeindenaher Betreuungsangebote deutlich, besonders für die allein Lebenden, die verlässliche Ansprechpartner nach dem stationären Aufenthalt benötigen, aber auch für die Angehörigen, die durch die psychische Krankheit ihnen Nahestehender ebenfalls belastet sind. Wie viele der Patienten durch betreutes Wohnen oder andere Leistungen weiter begleitet wurden, kann anhand der Daten nicht geschlossen werden. Unter denen, die keine eigene Wohnung unterhielten fällt der hohe Anteil von Patienten auf, die in einer Notunterkunft untergebracht oder obdachlos waren

(4,95%). Von den Heimbewohnern war die Mehrheit (4,46%) nicht in einem psychiatrischen Heim untergebracht, sondern in einem Altenheim oder einem anderen Heim. Von den Patienten in einer anderen Gemeinschaft befand sich eine unbekannte Untergruppe im betreuten Wohnen.



**41. Verteilung der Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) auf die verschiedenen Wohnsituationen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=5090.**

Weitere Daten gaben Aufschluss über die berufliche Situation der Patienten. Von den Patienten der Rheinischen Kliniken, die im Jahr 2003 erfasst wurden, waren rund 15% berufstätig. Ein sehr viel höherer Anteil von 25% war arbeitslos, rund 3% befanden sich in einer RehaMaßnahme, Ausbildung oder Umschulung, ein Prozent war geschützt beschäftigt. 27% bezogen eine Rente. Damit war nur ein kleiner Teil der Patienten in einem regulären Arbeitsverhältnis angestellt.



**42. Verteilung der Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) auf die verschiedenen beruflichen Situationen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=5020.**

Diese Angaben schlugen sich entsprechend in den Einkunftsarten der Patienten nieder. Einkünfte aus eigener Erwerbsarbeit bzw. Krankengeld bezogen nur 16% der Patienten. Staatliche Unterstützung in Form von Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente, Arbeitslosengeld und -hilfe sowie Sozialhilfe erhielten 35%, weitere 6% wurden durch Angehörige unterstützt. Hier zeichnet sich erheblicher Handlungsbedarf ab, da die Teilhabe am Arbeitsleben und eine eigenständige Erwerbsquelle zu den wesentlichen Faktoren der sozialen Integration und der seelischen Gesundheit zählen.

## Tageskliniken

Tageskliniken für psychisch Kranke gibt es in beiden oben genannten Krankenhäusern sowie die Johanniter-Tagesklinik in Garath. Insgesamt werden 154 Plätze vorgehalten:

Rheinische Kliniken Düsseldorf	99
Allgemeine Psychiatrie I	12
Allgemeine Psychiatrie II	15
Gerontopsychiatrie	25
Kinder- und Jugendpsychiatrie	10
Psychosomatische Medizin	19
Tagesklinik Moorenstraße	18

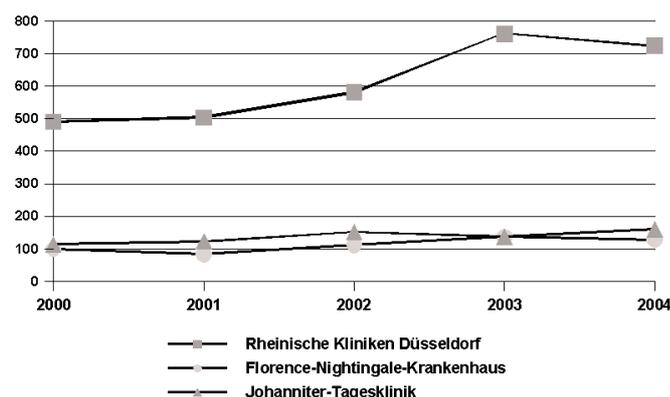
Florence-Nightingale-Krankenhaus,

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	25
Johanniter-Tagesklinik	30

Die Tageskliniken bieten ihr Angebot zwischen 8.00 und 8.30 Uhr und 16.00 und 16.30 Uhr an, freitags teilweise bis 14.30. Die Tagesklinik in der Moorenstraße hat an sieben Tagen in der Woche geöffnet. In Krisenfällen können sich die Betroffenen an die ärztliche Bereitschaft der Kliniken wenden. In den Tageskliniken arbeiten 14 verschiedene Berufsgruppen, in jedem Fall Ärzte, Krankenschwestern, Psychologen, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten. Daneben sind spezielle Therapeuten (Musiktherapeuten, Familientherapeuten, Bewegungstherapeuten) sowie Verwaltungskräfte und Praktikanten tätig, vereinzelt auch andere Berufe. Wartezeiten auf einen Tagesklinikplatz wurden in den Rheinischen Kliniken nicht erfasst, in den beiden anderen betrug sie im Durchschnitt drei bis vier Wochen.

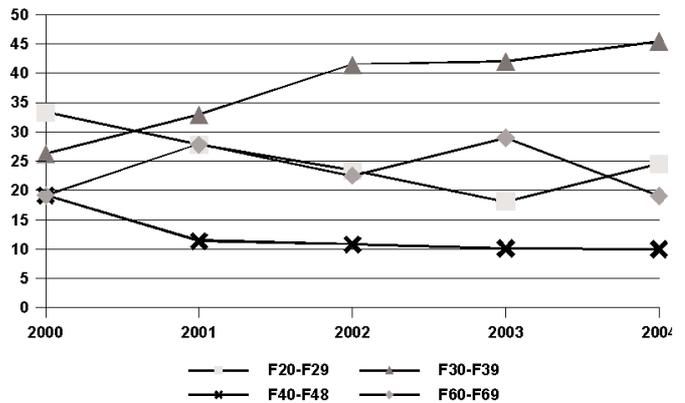
## Inanspruchnahme von Tageskliniken

Die Aufnahmen stiegen in der Zeit von 2000 bis 2004 in allen Kliniken an. Insgesamt waren es im Jahr 2000 noch 704 Patienten, 2004 bereits 1012. In den Rheinischen Kliniken wurden 2004 724 Patienten aufgenommen, in der Johanniter-Tagesklinik 160 und in dem Florence-Nightingale-Krankenhaus 128.

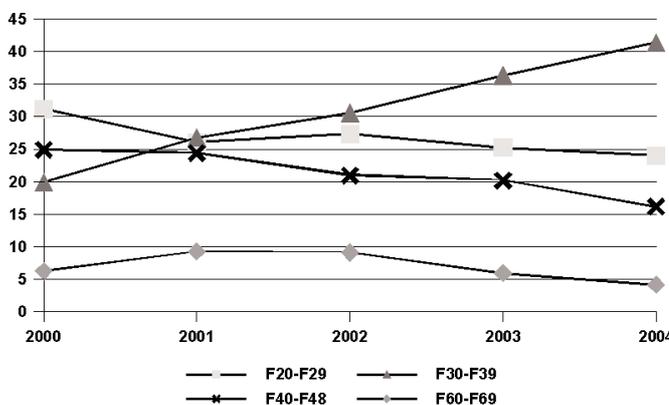


**43. Anzahl der aufgenommenen Patienten in den Tageskliniken (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Johanniter-Tagesklinik) in den Jahren 2000 bis 2004. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.**

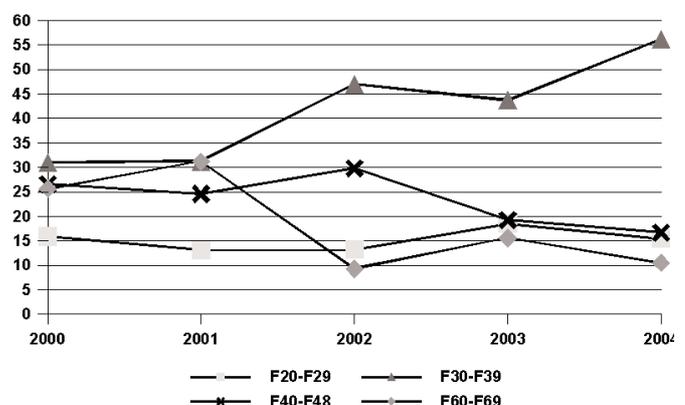
Die Aufschlüsselung nach Diagnosehäufigkeiten zeigte einen deutlichen Zuwachs von Patienten mit affektiven Störungen. Ihr Anteil an allen Patienten erhöhte sich in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf von 20% auf über 41%, in dem Florence-Nightingale-Krankenhaus von 26% auf über 45% und in der Johanniter-Tagesklinik von 31% auf über 56%. Ihr Zuwachs war damit bei den teilstationären Patienten doppelt so hoch wie bei den vollstationären. Bei fast allen anderen Störungsbildern waren die Prozentanteile rückläufig, am deutlichsten machte sich das bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen bemerkbar. Ihr Anteil sank in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf und dem Florence-Nightingale-Krankenhaus um 9% und in der Johanniter-Tagesklinik um 10%. Persönlichkeitsstörungen wurden mit wechselnden Häufigkeiten in den Tageskliniken behandelt. Substanzbedingte Störungen spielten bei den Patienten der Tageskliniken keine Rolle, das liegt daran, dass es für Suchtkranke spezielle Angebote gibt, die hier nicht erfasst wurden (z.B. die Tagesklinik der Diakonie, des Gesundheitsamtes und das Fliedner-Krankenhaus in Ratingen).



**45. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an den teilstationär behandelten Patienten im Florence-Nightingale-Krankenhaus in den Jahren 2000 bis 2004.** F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.



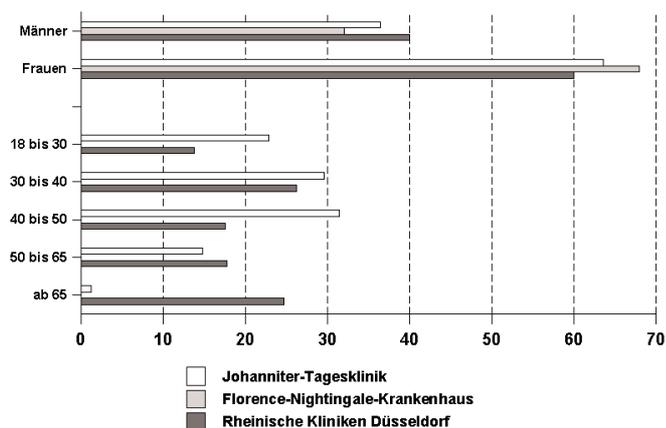
**44. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an den teilstationär behandelten Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf in den Jahren 2000 bis 2004.** F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.



**46. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an den teilstationär behandelten Patienten der Johanniter-Tagesklinik in den Jahren 2000 bis 2004.** F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

Die Komorbidität wurde von den Rheinischen Kliniken Düsseldorf folgendermaßen angegeben: keine weitere psychische Erkrankung 67%, mindestens eine weitere psychische Erkrankung 25%, mindestens eine weitere somatische Erkrankung 3% und psychisch und somatisch komorbid 5%. Weitere Daten zur Komorbidität lagen nicht vor.

Der Frauenanteil lag mit 60% bis knapp 70% über dem der Männer. Bei den Altersgruppen gab es Unterschiede zwischen den Rheinischen Kliniken Düsseldorf und der Johanniter-Tagesklinik, die wiederum vor dem Hintergrund des speziellen gerontopsychiatrischen Angebots der Kliniken interpretiert werden müssen. Der Ausländeranteil lag im Florence-Nightingale-Krankenhaus bei unter einem Prozent und in der Johanniter-Tagesklinik bei 7%. Angaben zum Migrationshintergrund lagen nicht vor.

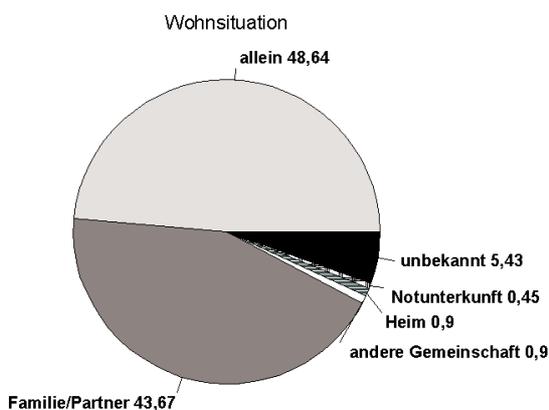


**47. Verteilung der Patienten in den Tageskliniken (Rheinische Kliniken Düsseldorf (2003), Florence-Nightingale-Krankenhaus und Johanniter-Tagesklinik (2004)) nach Alter und Geschlecht. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=565 RK, 128 FN, 162 JT Geschlecht, N=507 RK (+58 unter 18-Jährige, nicht dargestellt), 162 JT Alter.**

Bei der Verteilung der Patientenzahlen auf das Stadtgebiet fällt auf, dass kaum Patienten aus dem Düsseldorfer Norden und Westen in tagesklinischer Behandlung waren. Aus den Stadtteilen Wittlaer, Angermund, Kalkum, Lohausen, Stockum, Unterrath, Lichtenbroich

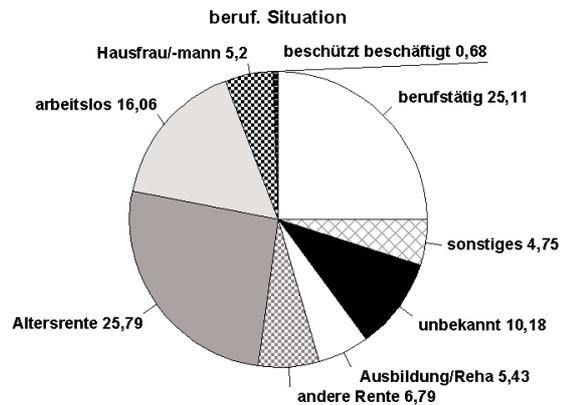
sowie im Westen in Golzheim, Niederkassel, Oberkassel, Hafen, Hamm, Flehe, Itter und Hellerhof kamen in den Erfassungsjahren (Rheinische Kliniken Düsseldorf 2003, Florence-Nightingale-Krankenhaus und Johanniter-Tagesklinik 2004) keine oder kaum Patienten in die tagesklinische Behandlung.

Bei der Wohnsituation der Patienten der Rheinischen Kliniken Düsseldorf aus dem Jahr 2003 zeichnete sich ab, dass sofern bekannt, fast alle in eigener Wohnung lebten, entweder alleine oder mit Partner und/oder Familie. Die 17% der vollstationären Patienten, die in komplementären Einrichtungen lebten oder obdachlos waren, fehlten hier. Das lässt darauf schließen, dass die Patienten der teilstationären Behandlung insgesamt besser sozial integriert waren als die vollstationären Patienten.



**48. Verteilung der Patienten in den Tageskliniken der Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) auf die verschiedenen Wohnsituationen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=442.**

Auch die berufliche Situation war etwas günstiger als bei den vollstationären Patienten. 25% waren berufstätig, 16% arbeitslos. Ein hoher Anteil von 26% bezog Altersrente. Bei der Auswertung nach Einkunftsarten ergab sich, dass rund 20% von einer Erwerbsunfähigkeitsrente, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe abhängig waren, weitere 9% von Angehörigen unterstützt wurden. Aus der Johanniter-Tagesklinik lagen ebenfalls Zahlen zur beruflichen Situation vor. Im Jahr 2004 waren 39% der Patienten berufstätig, 46% arbeitslos, 8% bezogen eine Rente, 4% waren Hausfrauen und 3% machten eine Umschulung, Ausbildung oder Rehabilitationsmaßnahme. Wenngleich die Zahlen im Vergleich zu den vollstationären Patienten rund 10% mehr Berufstätige auswiesen, erscheint der sehr hohe Anteil Arbeitsloser bedenklich.



**49. Verteilung der Patienten in den Tageskliniken der Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) auf die verschiedenen beruflichen Situationen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=442.**

## Institutsambulanzen

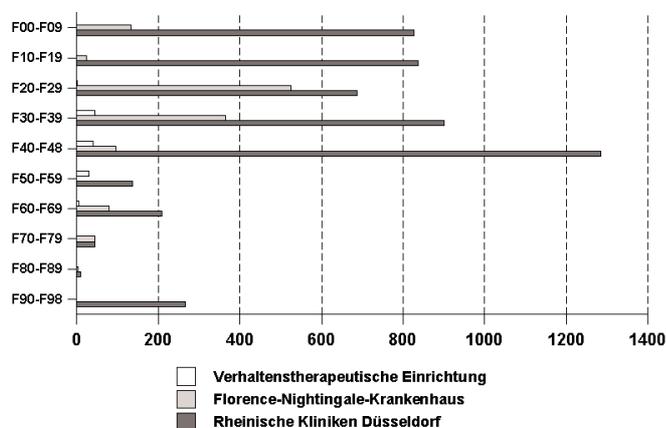
An den Rheinischen Kliniken gibt es Institutsambulanzen für die Bereiche Allgemeine Psychiatrie I und II, Suchterkrankungen, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin. Eine weitere Ambulanz ist an die psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik der Rheinischen Kliniken in der Moorenstraße gekoppelt. Das Florence-Nightingale-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie hat ebenfalls eine Institutsambulanz. Das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie richtet sich mit seinem Beratungs- und Behandlungsangebot sowohl an Patienten der Universitätsklinik als auch an Studenten und Mitarbeiter der Heinrich-Heine-Universität. Weiterhin übernimmt die Verhaltenstherapeutische Einrichtung, Hochschulambulanz des psychologischen Instituts der Heinrich-Heine-Universität ambulante Behandlungen. Das Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie und das Alfred-Adler-Institut sind Ausbildungseinrichtungen für Therapeuten. Hier werden Therapien von in der Ausbildung stehenden Therapeuten unter Supervision durchgeführt oder die Klienten werden an niedergelassene Therapeuten vermittelt.

Die Öffnungszeiten der Institutsambulanzen liegen zwischen 8.00 und 17.00 bis 20.00 Uhr. Außerhalb die-

ser Zeiten und an Wochenenden gibt es keine Sprechzeiten, in Krisenfällen können sich die Betroffenen an die ärztliche Bereitschaft der Kliniken wenden. Die Ausbildungsinstitute sind nicht zu festgelegten Zeiten bzw. stundenweise erreichbar. An den Kliniken gab es keine Wartezeiten, die Verhaltenstherapeutische Einrichtung berichtete Wartezeiten von vier bis fünf Monaten. In den Ambulanzen (Angaben von RK und VTE) arbeiten acht verschiedene Berufsgruppen: in der Verhaltenstherapeutischen Einrichtung ausschließlich Psychologen, in den Rheinischen Kliniken Ärzte, Krankenschwestern, Psychologen, Sozialarbeiter und -pädagogen, Ergotherapeuten, Verwaltungskräfte und Altenpfleger.

## Inanspruchnahme von Institutsambulanzen

In den Rheinischen Kliniken, dem Florence-Nightingale-Krankenhaus und der Verhaltenstherapeutischen Einrichtung zusammen wurden 2004 7.186 Patienten behandelt, davon 5.756 in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf (Patienten werden quartalsweise erfasst, d.h. eine Person, die in vier Quartalen behandelt wurde, wird viermal gezählt), 1.284 in dem Florence-Nightingale-Krankenhaus und 146 in der Verhaltenstherapeutischen Einrichtung. Die folgende Grafik zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Diagnosen.

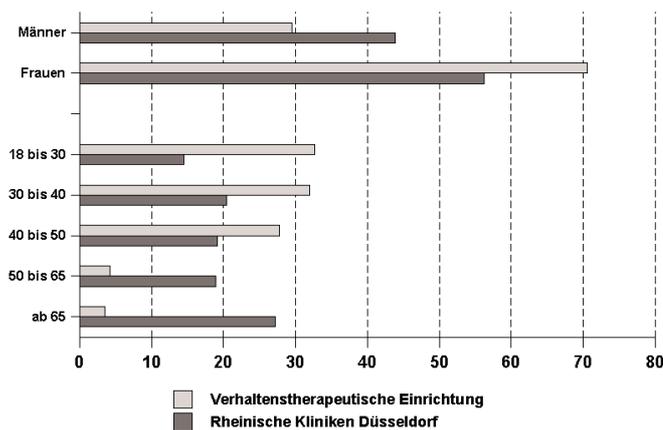


**50. Anzahl der Diagnosen der in den Institutsambulanzen (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Verhaltenstherapeutische Einrichtung) behandelten Patienten im Jahr 2004. F00-F09: Organische psychische Störungen; F10-F19: Störungen durch psychotrope Substanzen; F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen; F70-F79: Intelligenzminderung; F80-F89: Entwicklungsstörungen; F90-F98: Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.**

Am häufigsten waren Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen in Behandlung. Da diese im vollstationären und teilstationären Bereich in den letzten Jahren weniger wurden wäre denkbar, dass hier zunehmend häufiger eine ambulante als eine (teil)-stationäre Behandlung durchgeführt wurde. In der Häufigkeit folgten affektive Erkrankungen sowie Schizophrenien und andere wahnhaftige Störungen. Auch organisch bedingte Störungen und Störungen durch psychotrope Substanzen fielen zahlenmäßig ins Gewicht. Belastungs- und Anpassungsstörungen, somatoforme Störungen und affektive Störungen sind in der Allgemeinbevölkerung am häufigsten anzutreffen. Die hohen Anzahlen bei schizophrenen Erkrankungen und Suchtkrankheiten sind eher auf die Verzahnung mit dem stationären Bereich zurückzuführen.

Angaben zur Komorbidität lagen nur von den Rheinischen Kliniken und der Verhaltenstherapeutischen Einrichtung vor. Demnach hatten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf 51% der Patienten keine weiteren psychischen Erkrankungen, die anderen 49% mindestens eine (Verhaltenstherapeutische Einrichtung 65% zu 35%). Somatische Komorbiditäten wurden nicht erfasst. Ein Wandel im Krankheitsspektrum wurde von den Rheinischen Kliniken nicht berichtet, im Florence-Nightingale-Krankenhaus gab es eine leichte Zunahme affektiver Erkrankungen, die mit der Schwerpunktsetzung der Klinik begründet wurde. Die Verhaltenstherapeutische Einrichtung beobachtete zunehmend schwerwiegende und komplexe Störungen bei ihren Klienten, von denen ein großer Teil schon in psychiatrischer Behandlung war.

Soziodemografischen Angaben liegen aus den Rheinischen Kliniken Düsseldorf und der Verhaltenstherapeutischen Einrichtung vor. Der Frauenanteil in den Institutsambulanzen war höher als der Männeranteil. In den Rheinischen Kliniken Düsseldorf wurden mehr Patienten im mittleren und höheren Lebensalter behandelt, in der Verhaltenstherapeutischen Einrichtung überwogen die jüngeren und mittleren Altersgruppen.

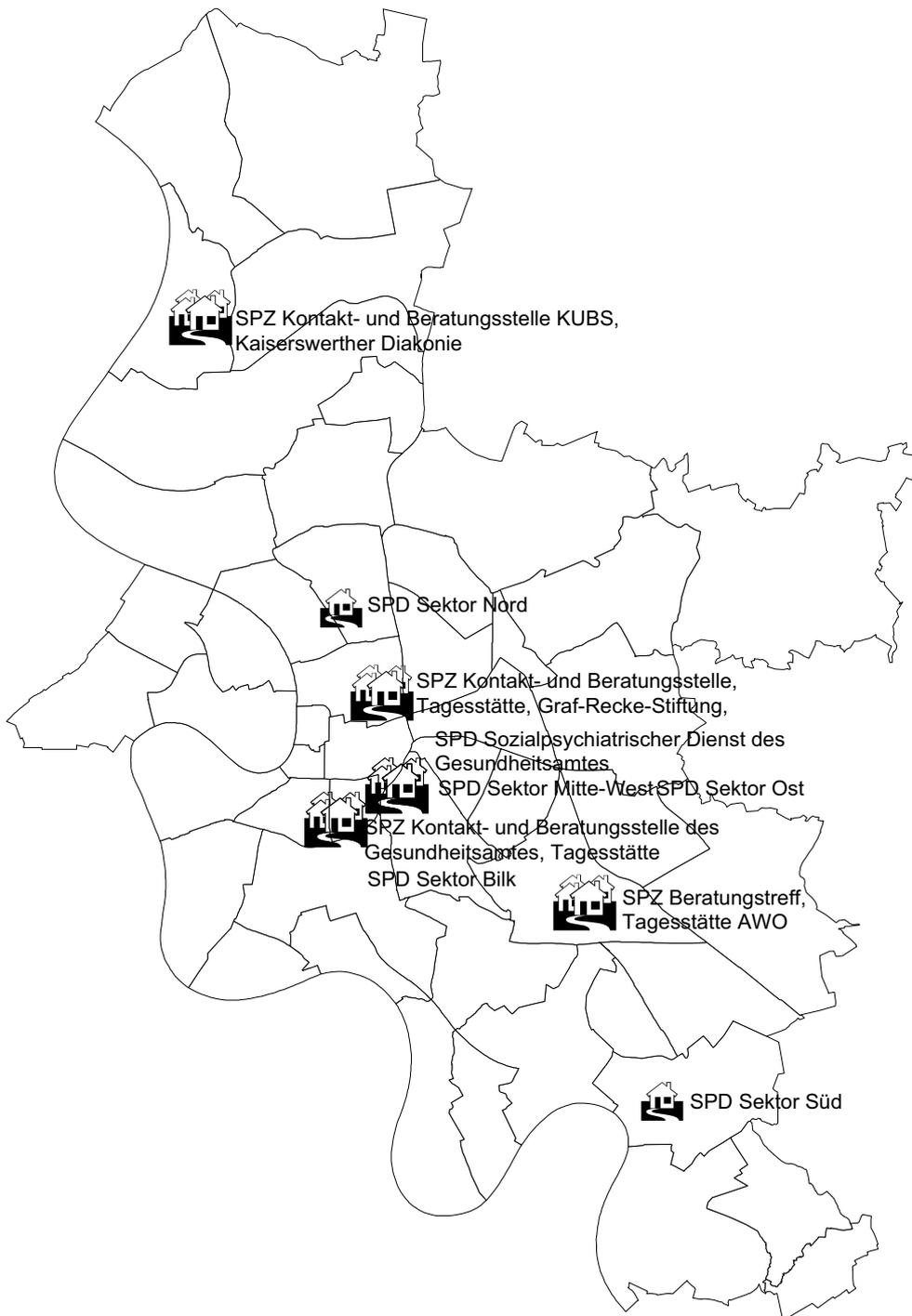


**51. Verteilung der Patienten in den Institutsambulanzen (Rheinische Kliniken Düsseldorf und Verhaltenstherapeutische Einrichtung (2004)) nach Alter und Geschlecht. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=5703 RK, 146 VTE Geschlecht, N=5289 RK (+439 unter 18-Jährige, nicht dargestellt), 144 VTE Alter.**

Angaben zur Nationalität machten nur die Rheinischen Kliniken. Über 96% der Patienten in den Institutsambulanzen waren deutscher Nationalität. Angaben zum Migrationshintergrund lagen nicht vor. Die Verteilung nach Wohnorten konnte nur für weniger als die Hälfte der in Düsseldorf lebenden Patienten angegeben werden und wird deshalb hier nicht berichtet.

## Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes ist hauptsächlich in der Vor- und Nachsorge schwer psychisch kranker Menschen tätig, die durch niedergelassene Therapeuten nicht ausreichend versorgt werden. Der Dienst ist stadtweit in die fünf Sektoren Nord, Mitte/West, Ost, Bilk und Süd eingeteilt. Die Anlaufstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Sozialpsychiatrischen Zentren, die im nächsten Kapitel behandelt werden, sind in der Grafik dargestellt:



52. Sozialpsychiatrische Zentren und Sozialpsychiatrischer Dienst mit Außenstellen in Düsseldorf. Quelle: LVR, Mitteilung vom 16.08.2004; Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes.

---

Die Bürozeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes beginnen um 8.00 Uhr und enden um 17.00 Uhr, freitags um 15.00 Uhr. Darüber hinaus werden bei Bedarf individuell andere Zeiten vereinbart. Neben Ärzten, Krankenpflegern, Psychologen und Sozialarbeitern/-pädagoginnen arbeiten Ergotherapeuten und Verwaltungskräfte im Sozialpsychiatrischen Dienst.

## Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Im Jahr 2004 wurden rund 2.300 Menschen betreut, davon 1.000 erstmalig. Dazu kommen telefonische Beratungen und Kontakte. 69 Patienten wurden auf der Grundlage des PsychKG in den stationären Bereich eingewiesen.

Viele Betreute benötigten Hilfe wegen einer Schizophrenie oder ähnlichen Erkrankung (N=689), Störungen durch psychotrope Substanzen kamen ebenfalls häufig vor (N=313). 230 Klienten litten an einer Persönlichkeitsstörung. Weiterhin wurden folgende Krankheiten bei den Betreuten festgestellt: affektive Störungen 196, organische psychische Störungen 168, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 104, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen 50 und Intelligenzminderung 21. Weitere Krankheitsbilder wurden nicht erfasst. Bei den restlichen Klienten lagen keine Angaben zur Diagnose vor. Der Sozialpsychiatrische Dienst stellte fest, dass im Laufe der letzten Jahre Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen mehr wurden sowie akute Krisen bei Persönlichkeitsstörungen.

## Sozialpsychiatrische Zentren

In Düsseldorf gibt es vier Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) (Kaiserswerther Diakonie, Gesundheitsamt, Graf-Recke-Stiftung und Arbeiterwohlfahrt). Sie sind zentrale Anlaufstellen mit Kontakt- und Beratungsstellen, einer Tagesstätte (Ausnahme: Kaiserswerther Diakonie) und einem Büro für das betreute Wohnen. Die vier SPZ versorgen die Stadt in Anlehnung an die vier Sektoren der Kliniken. Die Kaiserswerther Diakonie betreut den Düsseldorfer Norden, das Gesundheitsamt den Westen und die Mitte, die Graf-Recke-Stiftung den

Osten und die Arbeiterwohlfahrt den Süden. Es werden zunächst die Ergebnisse der Kontakt- und Beratungsstellen und dann der Tagesstätten geschildert, das betreute Wohnen wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

Die Kontakt- und Beratungsstellen (Angaben von drei SPZ) beginnen um 9.00 Uhr und schließen frühestens um 16.00 Uhr, teilweise um 19.00 Uhr und später. Samstags und sonntags hat jeweils eine Kontakt- und Beratungsstelle in den Nachmittagsstunden geöffnet. Als Mitarbeiter wurden acht verschiedene Berufsgruppen genannt, Sozialarbeiter sind am häufigsten vertreten, aber auch Sozialschwestern, Krankenschwestern, Psychologen und Praktikanten.

Die Tagesstätten (Angaben beruhen auf zwei Tagesstätten) verfügen über 38 Plätze (plus rund 20 Plätze der dritten Tagesstätte). Wartezeiten wurden mit zwei Monaten und einem Jahr angegeben. Die Tagesstätten haben in der Regel von 9.00 Uhr bis 15.30 Uhr bzw. 16.00 Uhr geöffnet, mit tageweise auch abweichenden Regelungen. An Wochenenden sind die Tagesstätten geschlossen. Als beschäftigte Berufsgruppen wurden sechs verschiedene genannt, in jedem Fall Sozialpädagogen und Ergotherapeuten.

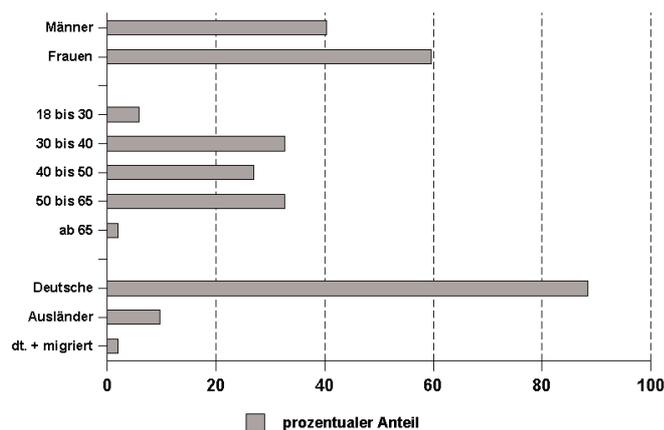
## Inanspruchnahme von Sozialpsychiatrischen Zentren

Für die Kontakt- und Beratungsstellen können nur begrenzte Angaben gemacht werden, da die Klienten nicht systematisch erfasst werden. In den drei SPZ wurde die Zahl der Klienten im Jahr 2004 insgesamt mit über 800 angegeben, davon waren rund 200 regelmäßige Besucher. Die Zahl der täglichen Besucher schwankte von fünf bis 40. Ferner war bekannt, dass 70 Klienten betreut wohnten, acht in der Tagesstätte untergebracht waren, drei zeitgleich vom Integrationsfachdienst betreut wurden, neun ambulante psychiatrische Pflege erhielten, sieben einen Zuverdienst hatten, sechs in einem Wohnheim untergebracht waren und sieben eine ambulante Therapie absolvierten. Diese Angaben sind jedoch bei vielen Besuchern nicht bekannt und werden nicht systematisch erfasst.

Zu den Tagesstätten liegen personenbezogene Angaben vor. In zwei Tagesstätten (von insgesamt drei) wurden 2004 52 Klienten betreut. 42 davon hatten als Hauptdiagnose eine Schizophrenie, schizotype und wahnhaft oder schizoaffektive Störung, sechs eine affektive Störung und jeweils zwei eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung oder eine Persönlichkeitsstörung. 23 hatten (schätzungsweise) keine weitere Erkrankung, 15 mindestens eine weitere psychische Erkrankung, 12 mindestens eine weitere somatische Erkrankung und zwei waren psychisch und somatisch komorbid. Das Krankheitsspektrum hatte sich nach Einschätzung der Mitarbeiter in den letzten Jahren nicht verändert.

sten, vier aus der Stadtmitte, jeweils drei aus Oberbilk, Flingern-Süd und Kaiserswerth. Die restlichen 20 verteilten sich vorwiegend auf südliche und westliche Stadtteile.

Die soziodemografischen Charakteristika der Klienten verteilten sich wie folgt:



**53. Verteilung der Klienten in Tagesstätten im Jahr 2004 in Düsseldorf nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=52.**

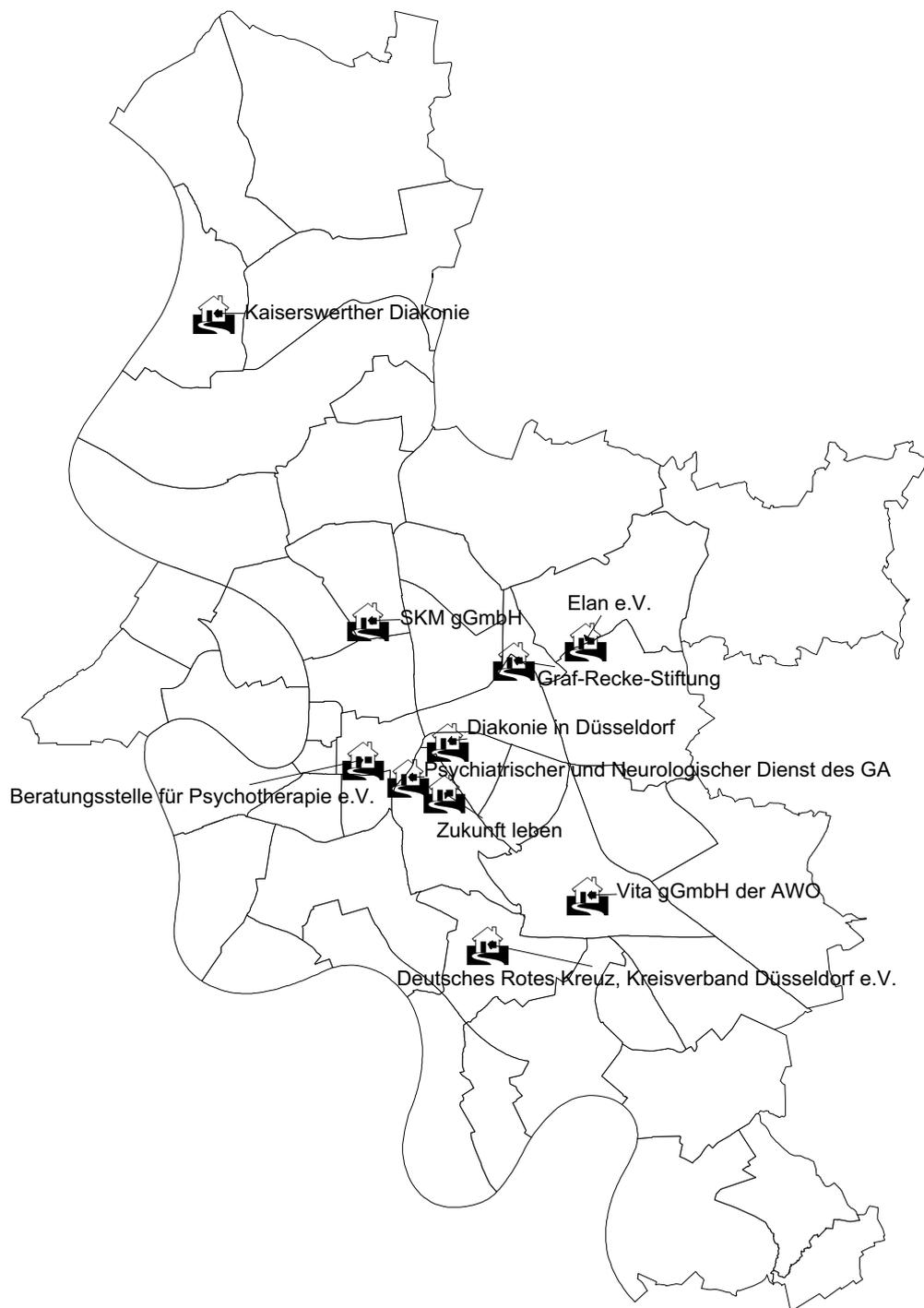
In den Tagesstätten wurden 2004 mehr Frauen als Männer betreut, die Klienten verteilten sich relativ gleichmäßig auf die Altersgruppen, lediglich die 18- bis 30-Jährigen waren deutlich weniger sowie die 65 Jahre und älteren. 90% waren Deutsche. Bei weniger als 2% war ein Migrationshintergrund bekannt. Da die beiden Tagesstätten, zu denen Daten vorliegen, die Sektoren Mitte, West und Süd abdecken, verteilten sich die Klienten vorwiegend auf diese Wohnorte: acht Klienten kamen aus Eller, sechs aus Holthausen, fünf aus Wer-

---

## Betreutes Wohnen

Im Stadtgebiet Düsseldorf boten 2004 10 unterschiedliche Träger betreutes Wohnen für psychisch Kranke an. Angebote, die sich auf Suchtkranke, Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten, darunter Wohnungslose, und geistig und körperlich Behinderte spezialisiert haben, sind dabei noch nicht mitgerechnet. Die folgende Grafik zeigt die Verteilung der zentralen Anlaufstellen im Stadtgebiet.

Im Jahr 2004 waren beim LVR noch insgesamt 253 Plätze für das betreute Wohnen in Düsseldorf registriert (ohne SKM). Seit der Umstellung der Finanzierung des betreuten Wohnens Mitte 2004 werden Leistungen jedoch nach Bedarf gewährt. Damit schwankt die tatsächliche Zahl der "Plätze" je nach Betreutenzahl. Die Betreuung kann sowohl in einer Wohnung des Trägers einzeln oder in Gruppen erfolgen oder auch in der Wohnung des Klienten. Das Angebot ist damit sehr flexibel und kann im Idealfall auf die Bedürfnisse der Klienten abgestimmt werden. Feste Kapazitäten gibt es damit nicht mehr. Auf die Frage, ob es Wartezeiten gibt, antworteten sechs von neun Büros mit ja. Die Wartezeiten variierten dabei sehr stark und wurden mit minimal zwei Wochen bis maximal neun Monaten angegeben. Ein Anbieter gab zu Bedenken, dass die Wartezeiten je nach vorhandenem Wohnraum und je nach Genehmigungszeit des LVR individuell stark schwanken. Anlaufstelle für die Klienten ist jeweils ein zentrales Büro für das betreute Wohnen. Dabei sind bestimmte Öffnungszeiten zu beachten. Die Arbeitszeiten der Büros beginnen frühestens um 8.00 Uhr bis spätestens 11.00 Uhr und enden zwischen 16.00 und 21.00 Uhr. Feste Arbeitszeiten am Wochenende wurden von zwei Anbietern genannt. Darüber hinaus gibt es keine feststehenden Rufbereitschaften in Krisenfällen im betreuten Wohnen. Sechs von neun Anbietern gaben an, dass Einsätze am Wochenende nach Bedarf erfolgen. Es wurden 15 verschiedene Berufsgruppen genannt, die im betreuten Wohnen tätig sind. Mit 78% sind Sozialpädagogen am häufigsten vertreten, mit jeweils 56% Sozialarbeiter und Krankenschwestern und in jeweils einem Drittel der Fälle Diplom-Pädagogen und Ergotherapeuten.



54. Büros für das Betreute Wohnen in Düsseldorf. Quelle: LVR, Mitteilung vom 16.08.2004.

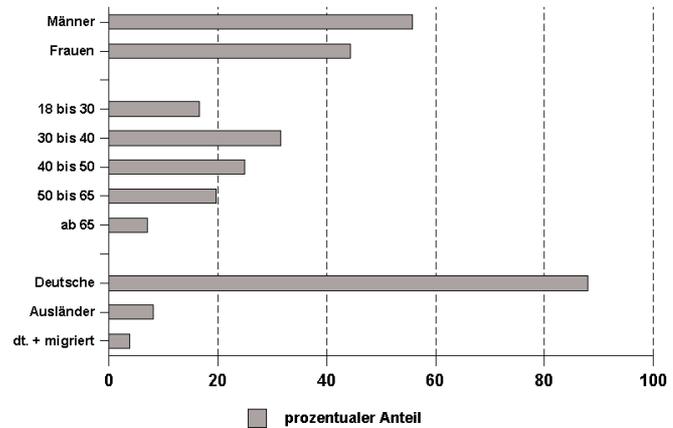
## Inanspruchnahme des betreuten Wohnens

Im Jahr 2004 wurden von neun der 10 befragten Einrichtungen insgesamt 299 Klienten betreut. Vor der Umstellung auf das neue Abrechnungsverfahren nach Fachleistungsstunden beim LVR waren es 205, nach der Umstellung 277.

Zum Diagnosespektrum der Klienten gaben acht Anbieter Auskunft. Die damit erfassten 283 Klienten hatten demnach als Hauptdiagnose in 187 Fällen eine Schizophrenie, schizotypische, wahnhaft oder schizoaffektive Störung. In 37 Fällen lag hauptsächlich eine Persönlichkeitsstörung, in 34 Fällen eine affektive Störung, in 15 eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung und in zwei Fällen eine Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen vor. Acht Klienten waren intelligenzgemindert.

Knapp die Hälfte der Klienten (Angaben von fünf Trägern) hatte keine weiteren Erkrankungen (89 von 179). 33% wiesen mindestens eine weitere psychische Erkrankung auf und 16% mindestens eine weitere somatische Erkrankung. Das Krankheitsspektrum der Klienten hat sich nach Ansicht von sieben Anbietern in den letzten Jahren gewandelt. Fünf beobachteten einen Anstieg der Komorbidität, jeweils zwei mehr Persönlichkeitsstörungen und chronifizierte Beschwerdebilder und einer die Zunahme drogeninduzierter Psychosen. Insgesamt wurden die Klienten als schwerwiegender beeinträchtigt, besonders durch Doppeldiagnosen Sucht und psychische Erkrankung, wahrgenommen.

Die folgende Grafik zeigt weitere Charakteristika der Klientel:



**55. Verteilung der Klienten im betreuten Wohnen im Jahr 2004 in Düsseldorf nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=246 Geschlecht, N=253 Alter, N=283 Nationalität.**

Männer wurden mit 56% etwas häufiger betreut als Frauen, bei den Altersgruppen waren mit 32% die 30- bis 40-Jährigen am stärksten vertreten. Der überwiegende Teil der Betreuten hatte die deutsche Staatsangehörigkeit (88% plus 4% mit Migrationshintergrund).

Die Klienten wurden im gesamten Stadtgebiet betreut. Häufungen gab es in den Stadtteilen Eller (N=33), Kaiserswerth (N=32), Rath (N=24), Derendorf (N=19), Wersten (N=18), Golzheim (N=16), Düsseldorf (N=15), Pempelfort und Flingern-Süd (jeweils N=12).

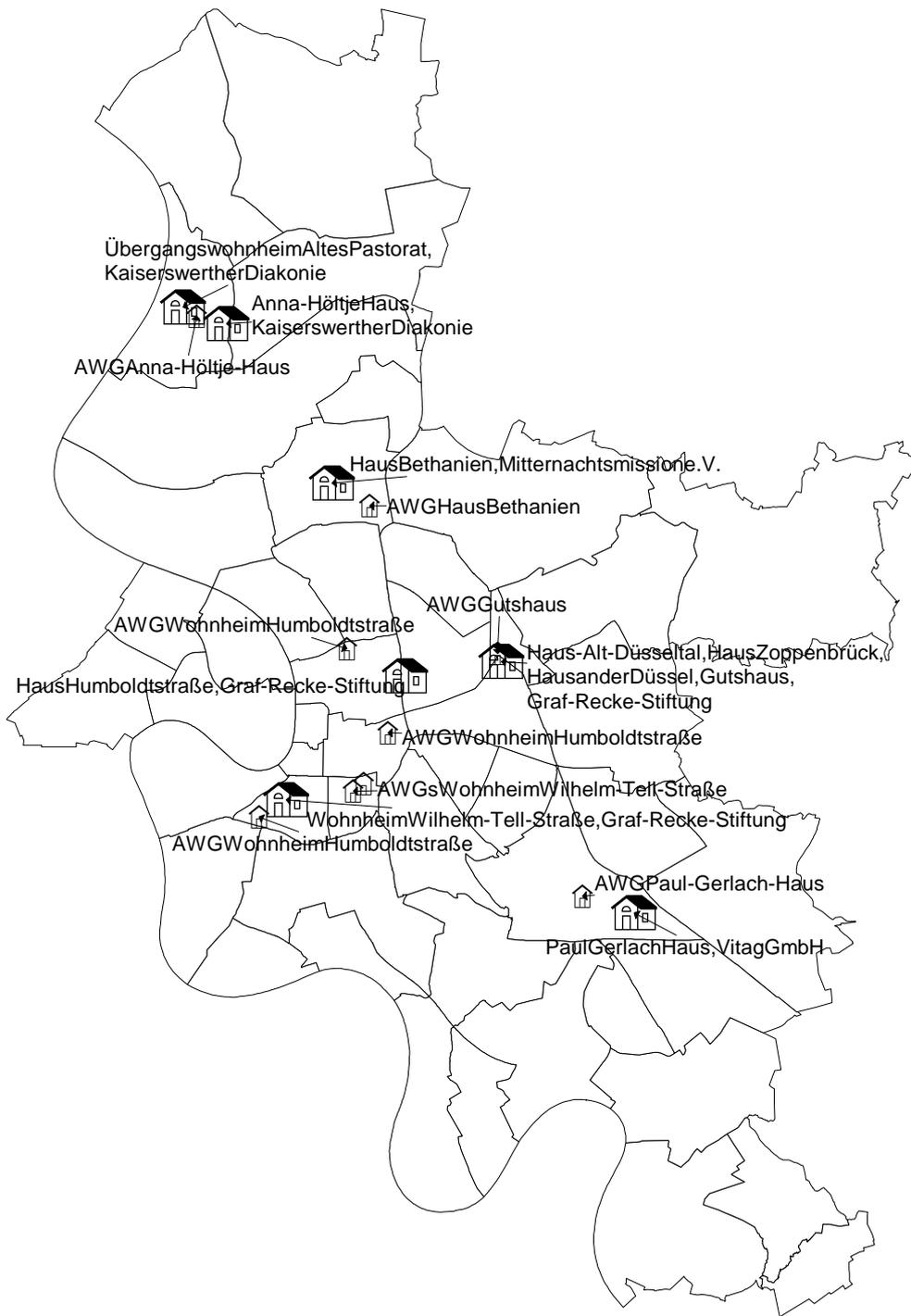
---

## Wohnheime

In Düsseldorf gibt es 10 Wohnheime für psychisch Kranke (einschließlich einem Übergangwohnheim) plus Außenwohngruppen der Heime. Die Grafik zeigt die Wohnheime und ihre Verteilung im Stadtgebiet.

In den Wohnheimen stehen insgesamt 216 Plätze zur Verfügung plus 51 Plätze in Außenwohngruppen. An der Umfrage haben sich drei der vier Anbieter beteiligt, da jedoch der größte davon fehlt, beziehen sich die folgenden Angaben auf nur etwa die Hälfte der Angebote. Der reguläre Dienst beginnt in den Wohnheimen zwischen 7.45 Uhr und 9.00 Uhr und endet zwischen 21.00 Uhr und 22.00 Uhr. An den Wochenenden beginnt der Dienst später, zwischen 11.45 Uhr und 13.00 Uhr. Einen Notdienst bzw. eine telefonische Rufbereitschaft ist außerdem rund um die Uhr verfügbar. In den Einrichtungen sind 16 verschiedene Berufsgruppen tätig, in jedem Fall Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Verwaltungs- und Hauswirtschaftskräfte sowie Praktikanten. In drei von vier Häusern arbeiten außerdem Krankenpfleger, Ergotherapeuten und Zivildienstleistende.

Im Haus Bethanien, Anna-Höltje-Haus, Paul-Gerlach-Haus und im Alten Pastorat (Übergangwohnheim) stehen insgesamt 99 stationäre Plätze und 23 Plätze in Außenwohngruppen zur Verfügung. In allen Häusern gab es Wartezeiten, im Übergangwohnheim bis zu vier Wochen, im dauerhaften Wohnheimbereich ein Jahr bis drei Jahre. Das Paul-Gerlach-Haus hat Belegungsab-sprachen mit den Rheinischen Kliniken getroffen, so dass keine allgemeinen Angaben möglich sind.

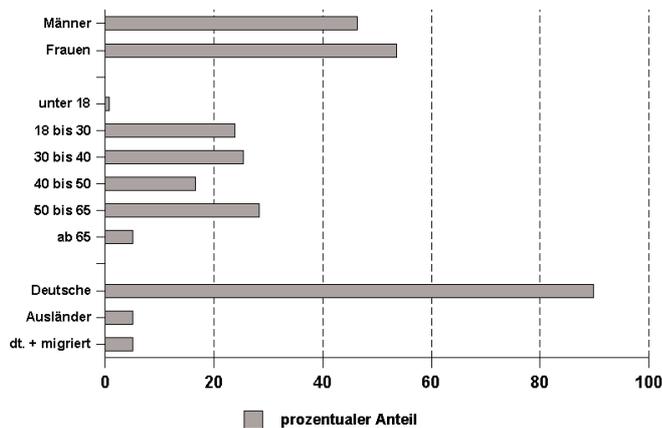


56. Wohnheime und ihre Außenwohngruppen in Düsseldorf. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005; LVR, Mitteilung vom 16.08.2004.

## Inanspruchnahme von Wohnheimen

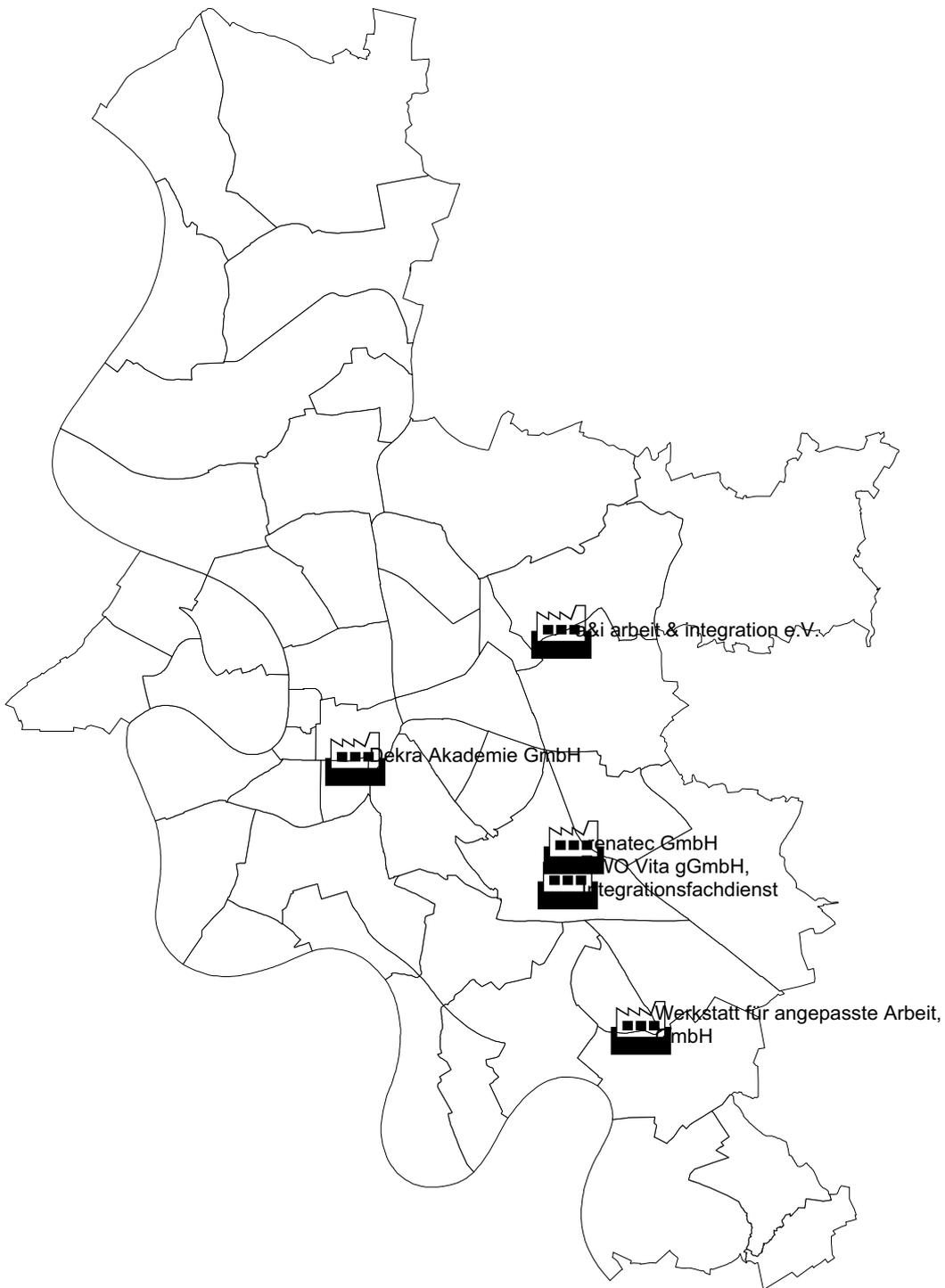
In den vier Häusern und ihren Außenwohngruppen wurden im Jahr 2004 138 Bewohner betreut, die meisten von ihnen (N=107) wegen einer Schizophrenie oder einer anderen wahnhaften oder schizoaffektiven Erkrankung. Viele Bewohner hatten außerdem weitere komorbide Störungen. Nur rund 36% wiesen eine Diagnose auf, 30% mindestens eine weitere psychische Störung, 23% mindestens eine weitere körperliche Erkrankung und weitere 11% waren psychisch und somatisch komorbid. Das Krankheitsspektrum hat sich nach Einschätzung der Mitarbeiter in drei Wohnheimen in den letzten Jahren geändert. Jeweils zwei Häuser waren der Ansicht, dass Persönlichkeitsstörungen zugenommen haben, mehr Störungen durch psychotrope Substanzen vorlagen und mehr Bewohner komorbide Störungen aufwiesen. Jeweils einmal wurde geäußert, dass die Betreuten jünger waren und die Chronifizierungen schwerwiegender.

Von den 138 Bewohnern waren 64 Männer und 74 Frauen. Sie verteilten sich relativ gleichmäßig auf die Altersgruppen der 18- bis 65-Jährigen. In der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen waren etwas weniger.



**57. Verteilung der Klienten in den Wohnheimen im Jahr 2004 in Düsseldorf nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=138.**

90% der Bewohner waren deutscher Nationalität. Bei weiteren 5% war ein Migrationshintergrund bekannt.



58. Angebote zur beruflichen Rehabilitation in Düsseldorf. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

---

## Berufliche Rehabilitation

Angebote zur beruflichen Rehabilitation von psychisch Kranken bieten in Düsseldorf der Integrationsfachdienst der AWO Vita gGmbH, die Renatec GmbH, die Dekra-Akademie GmbH und der Verein Arbeit und Integration an. Weiterhin werden beschützte Arbeitsplätze von der Werkstatt für angepasste Arbeit vorgehalten.

Die Maßnahmen sind je nach Träger und inhaltlicher Schwerpunktsetzung sehr unterschiedlich. Einzelheiten zu den Angeboten können im Anhang nachgelesen werden. Von den vier Anbietern, von denen hier Angaben vorliegen, gaben jeweils drei an, Lehrgänge und Qualifizierungsmaßnahmen durchzuführen sowie in Arbeitsplätze zu vermitteln. Jeweils zwei boten Berufstrainings/Arbeitserprobung und Information/Beratung/Begleitung am Arbeitsplatz an. Je ein Anbieter zählte therapeutische Beschäftigung und Vollzeitarbeitsplätze zu seinen Leistungen. Insgesamt standen 2004 169 Plätze zur Verfügung (ohne Integrationsfachdienst Vermittlung, da es hier keine Platzbeschränkungen gibt) plus 326 in den Werkstätten für angepasste Arbeit (Angaben zur WfaA laut Erfassung des LVR's, Stand 16.08.2004). Die Plätze verteilten sich wie folgt auf die Maßnahmen:

AWO Vita gGmbH	
Integrationsfachdienst Begleitung rund	60 Plätze
Dekra Akademie	30 Plätze
Arbeit & Integration e.V.	
Feststellungsmaßnahme	15 Plätze
Arbeit & Integration e.V.	
berufl. Eingliederungsmaßnahme	30 Plätze
Arbeit & Integration e.V.	
Vollzeitarbeitsplätze	4 Plätze
Renatec GmbH	
therapeutische Beschäftigung	12 Plätze
Renatec GmbH	
berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme	
	18 Plätze

Wartezeiten berichteten alle vier Träger für das Jahr 2004, lediglich für die Beratung des Integrationsfach-

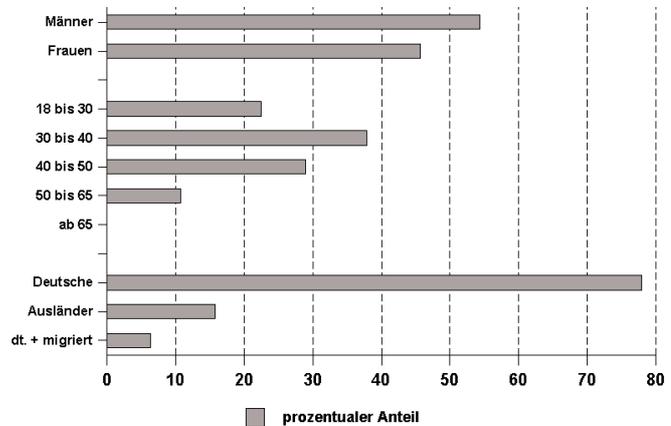
dienstes bestanden keine. Die Teilnehmer mussten Verzögerungen von einem bis zu fünf Monaten in Kauf nehmen, bevor sie die berufliche Rehabilitation beginnen konnten. Die Maßnahmen werden wie reguläre Arbeitszeiten an Wochentagen durchgeführt. Sie beginnen zwischen 7.30 und 8.30 Uhr und enden zwischen 16.30 und 19.00 Uhr, freitags früher. Zeiten für (Krisen)Gespräche sind entweder im Tagesablauf vorgesehen oder können individuell vereinbart werden. 12 verschiedene Berufsgruppen sind an der Durchführung der Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation beteiligt. In jeder Einrichtung arbeiten Sozialarbeiter und -pädagogen sowie Diplom-Pädagogen. In jeweils zwei Einrichtungen sind Psychologen, Verwaltungskräfte und Fachanleiter angestellt, vereinzelt auch Ärzte, technisches Personal, Ergotherapeuten, Hauswirtschaftler und Zivildienstleistende.

## Inanspruchnahme von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation

372 Rehabilitanden nahmen im Jahr 2004 an beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen teil (ohne Werkstätten für angepasste Arbeit). Von 222 Teilnehmern lagen Angaben zum Diagnosespektrum vor. Danach waren 34% der Rehabilitanden schizophran oder anderweitig wahnhaft erkrankt, 19% wurden der Diagnose neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung zugerechnet, 17% hatten affektive Störungen und 15% waren suchtkrank. Bei knapp 9% wurde eine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Der Rest verteilte sich auf andere Diagnosen.

Bei 36% der Betroffenen war eine komorbide Erkrankung bekannt, diese verteilten sich auf jeweils 13% mit einer psychischen oder somatischen Zusatzerkrankung und etwa 10% mit somatischen und psychischen Mehrfacherkrankungen. Zwei Anbieter äußerten sich zum Wandel des Krankheitsspektrums in zusammen vier verschiedenen Maßnahmen. In drei der vier Maßnahmen fielen Veränderungen der Teilnehmer auf. Es wurden insgesamt geringer gewordene Alltagskompetenzen, Instabilität und vermehrte Rückschläge registriert, außerdem eine Zunahme an Persönlichkeitsstörungen, drogeninduzierten Psychosen und Depressionen.

Männer nutzten die Maßnahmen mit 54% (N=276) etwas stärker als Frauen. Von den Altersgruppen waren die 30- bis 40-Jährigen mit knapp 38% am stärksten vertreten. Der Anteil der 50- bis 65-Jährigen lag mit 11% deutlich niedriger als auf Grund der Verteilung in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten wäre. Rund 78% der Teilnehmer waren dem Pass nach Deutsche, hinzu kamen 6%, bei denen ein Migrationshintergrund bekannt war.



**59. Verteilung der Teilnehmer von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 2004 in Düsseldorf nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, Geschlecht und Alter N=276, Nationalität N=222.**

Eine Zuordnung der Teilnehmer zum Wohnort war nur in 115 Fällen möglich. Auf eine weitere Darstellung wird daher verzichtet.

## Selbsthilfe

Das Selbsthilfe-Service-Büro des Gesundheitsamtes ist die Koordinierungsstelle für Düsseldorfer Selbsthilfegruppen (SHG). Das Büro unterstützt Menschen, die eine Selbsthilfegruppe suchen, gründen wollen oder sich schon als Gruppe gefunden haben mit Informationen, Beratung und instrumenteller und organisatorischer Hilfe. Es gibt unterschiedliche Auffassungen und Definitionen von Selbsthilfe. Das Selbsthilfe-Service-Büro versteht sich als Anlaufstelle für Selbsthilfegruppen- oder vereine, die auf Initiative der von Krankheit oder einer schwierigen Lebenssituation Betroffenen selbst gegründet werden. Selbsthilfegruppen sind keine therapeutisch begleiteten oder pädagogisch geleiteten Gruppen. Seit dem 10.03.2000 ist in § 20 SGB V eine einheitliche Definition für die gesundheitliche Selbsthilfe verankert, die den Grundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen zugrunde liegt. Selbsthilfegruppen sind demnach "freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher und regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie - entweder selbst oder als Angehöriger - betroffen sind. (...). Das Ziel ist die Veränderung der persönlichen Lebenslage und auch häufig ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld" (78).

In Düsseldorf gibt es über 200 Selbsthilfegruppen. Das Spektrum reicht von kleinen Gruppen bis hin zu großen Vereinen. Die Vielfalt sowie die Themenbereiche, zu denen es in Düsseldorf Selbsthilfeangebote gibt, stellt sich wie folgt dar:

Krankheitsbezogene Selbsthilfe, hierzu gehören u.a.:

Erkrankungen der inneren Organe  
Hauterkrankungen  
Atemwegserkrankungen  
Muskel- und Gelenkerkrankungen  
Krebserkrankungen  
Infektionserkrankungen  
Sucht  
neurologische- und psychische Erkrankungen

Selbsthilfe im Behindertenbereich:

Körperbehinderungen  
Sinnesbehinderungen  
Sprachbehinderungen  
geistige Behinderungen

Selbsthilfe bei gesundheitlichen Auswirkungen psychosozialer Problemlagen:

Angehörigengruppen  
Menschen mit psychischen Problemen  
Kinderlosigkeit / Kindstod  
Frauen- und Stillgruppen  
allein Erziehende

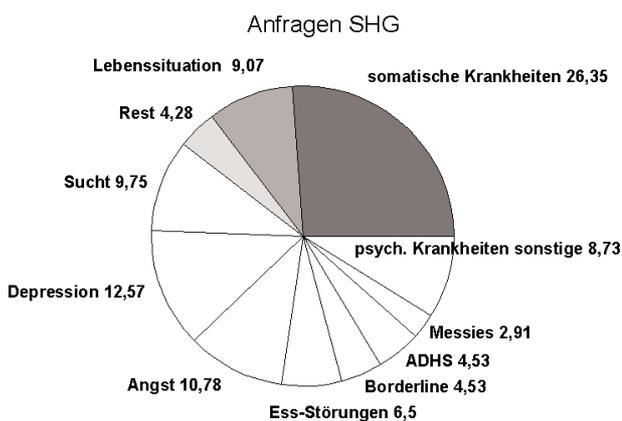
Im Jahr 2004 wurden die folgenden Selbsthilfegruppen zum Thema psychische Erkrankungen vom Selbsthilfe-Service-Büro unterstützt:

7 SHG Schwerpunkt Angst und Depressionen  
2 SHG Depression  
1 SHG Angst und Panik  
1 SHG Psychose  
2 Gruppen der Emotion Anonymous  
2 SHG Zwangserkrankungen, allgemein  
1 Zwangserkrankungen speziell Trichotillomanie  
1 Borderliner Anonymous Gruppe  
1 SHG für bipolare Störungen, manisch-depressiv  
1 Gruppe von Angehörigen psychisch kranker Menschen

1 ADS /ADHS Erwachsenen Gruppe  
1 ADS/ ADHS Elterngruppe  
2 Messie Gruppen  
1 Demenz/ Alzheimer  
1 SHG in Gründung Existenzängste

Insgesamt waren 25 Selbsthilfegruppen bekannt. Das entspricht ungefähr 13% aller Gruppen, mit denen das Selbsthilfe-Service-Büro Kontakt hat. Dieser Anteil ist außerordentlich gering, wenn man dem Bestand die Nachfrage nach Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke gegenüberstellt. Im Jahr 2004 hat das Selbsthil-

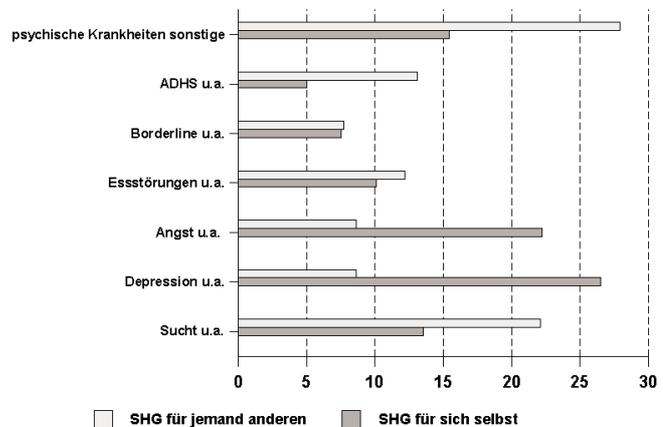
fe-Service-Büro eine ausführliche Nachfragestatistik eingeführt, die alle Kontaktaufnahmen von März bis Dezember registrierte. In dieser Zeit wandten sich 1.875 Ratsuchende an das Selbsthilfe-Service-Büro, davon suchten 1.169 eine Selbsthilfegruppe. Die Mehrheit, 60%, erkundigte sich nach einer Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke.



**60. Verteilung der Selbsthilfegruppen-Anfragen im Selbsthilfe-Service-Büro nach Themen in der Zeit vom 1.03.2004 bis 31.12.2004. Quelle: Anfragestatistik des Selbsthilfe-Service-Büros im Gesundheitsamt, N=1.169.**

Am häufigsten wurden Gruppen zu den Themen Depression, Angst und Sucht nachgefragt. In der nicht weiter differenzierten Gruppe psychische Krankheiten allgemein sind die Themen Angehörigengruppen (N=27), Emotion Anonymous (N=22), sexueller Missbrauch (N=15) sowie Psychosen (N=10) enthalten (N=Rest 28).

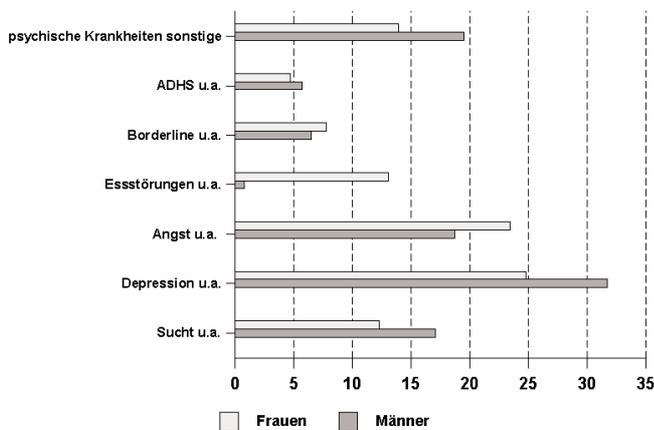
Die Anfragen kamen in 68,5% der Fälle von den Betroffenen selbst, 18% von Angehörigen bzw. dem nahen sozialen Umfeld und 10,5% von Professionellen. Interessant ist, dass sich die Betroffenen am häufigsten Gruppen für Depressive und Angstkranke anschließen wollten, während von den Angehörigen und Professionellen relativ gesehen häufiger Gruppen zu den Themen Sucht und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung gesucht wurden.



**61. Verteilung der Selbsthilfegruppen-Anfragen nach Themen für psychisch Kranke im Selbsthilfe-Service-Büro in der Zeit vom 1.03.2004 bis 31.12.2004, getrennt nach Personen, die für sich selbst und für andere eine Gruppe suchen. Quelle: Anfragestatistik des Selbsthilfe-Service-Büros im Gesundheitsamt, für sich selbst N=483, für andere N=222.**

Den Betroffenen konnte in 80% der Fälle eine Selbsthilfegruppe empfohlen werden, bei anderen Personengruppen lag die Rate mit 35% deutlich niedriger. Das liegt daran, dass bei Angehörigen und Freunden häufig geraten wird, dass sich die Betroffenen selbst an das Selbsthilfe-Service-Büro wenden.

Insgesamt gab es in der Zeit von März bis Dezember 2004 483 Anfragen von Betroffenen, die eine Selbsthilfegruppe für sich selbst suchten. Drei Viertel waren Frauen und ein Viertel Männer. Generell sind in der Selbsthilfe mehr Frauen aktiv als Männer. Die höhere Prävalenz von Angst und Depression bei Frauen lassen eine geschlechtstypische Nachfrage erwarten. Das war aber nicht der Fall. Tatsächlich interessierten sich Männer und Frauen relativ gesehen gleichermaßen für die verschiedenen Themen, lediglich Essstörungen wurden von Männern nicht gesucht.



**62. Verteilung der Selbsthilfegruppen-Anfragen nach Themen für psychisch Kranke im Selbsthilfe-Service-Büro in der Zeit vom 1.03.2004 bis 31.12.2004, getrennt nach Geschlecht. Quelle: Anfragestatistik des Selbsthilfe-Service-Büros im Gesundheitsamt, Männer N=123, Frauen N=359.**

In der Altersstruktur ergaben sich Unterschiede zwischen Betroffenen, die Gruppen für psychisch Kranke suchten und solchen, die für andere Themen Kontakt aufnahmen. Erstere waren jünger. 19% waren bis 30 Jahre alt, 40% über 30 bis 50 Jahre alt, und nur 14% über 50. In einem Viertel der Fälle war das Alter nicht bekannt. Bei anderen Themen waren 42% der Nachfrager über 50 Jahre alt, nur 35% waren jünger. Das liegt vermutlich daran, dass mit fortschreitendem Lebensalter somatische Krankheiten zunehmen.

## Einschätzung des Versorgungssystems durch die Anbieter

### Einschätzung des Versorgungssystems durch die Anbieter

Die Einrichtungen wurden gefragt, ob ihrer Ansicht nach eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung besteht und wenn ja, in welchem Bereich. Von 34 einzelnen Fragebögen machten dazu 25 Angaben. Die meisten Nennungen waren im Prinzip Beispiele für eine Unterversorgung, Über- und Fehlversorgung wurden kaum gesehen.



#### 63. Absolute Anzahl von Nennungen zu fehlenden Angeboten für psychisch Kranke aus Sicht der Leistungsanbieter. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=25 Einrichtungen.

Es wurden 49 inhaltlich unterschiedliche Aussagen identifiziert und den oben genannten Kategorien zugeordnet. Am häufigsten wurde der Mangel an niedrigschwelligem Beschäftigungs- und Teilzeitarbeitsplätzen beklagt. Acht Nennungen bezogen sich auf zu wenig Arbeitsplätze, vier auf zu wenig therapeutische Beschäftigung und jeweils zwei Nennungen auf fehlende Integrationsfirmen, Teilzeit-Integrationsmaßnahmen und Tagesstätten.

Am zweithäufigsten wurde der Mangel an Angeboten für komorbid schwer erkrankte Patienten genannt (meistens Psychose und Sucht). Vier der Nennungen bezogen sich auf eine stationäre Einrichtung, drei ließen es offen, um welche Angebote es sich dabei handeln soll.

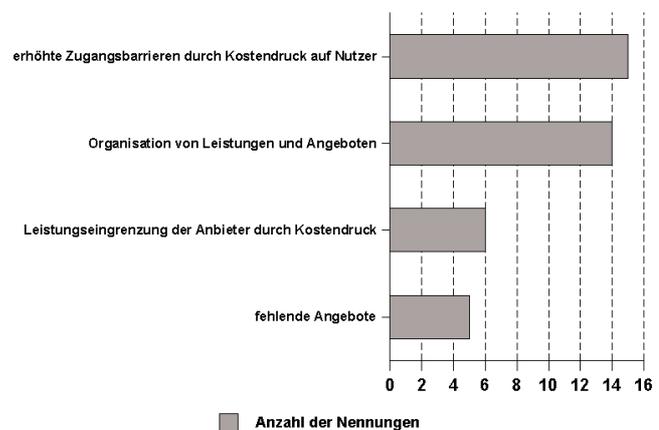
Sechs Nennungen betrafen niedergelassene Psychothe-

rapeuten und Fachärzte. Meistens waren den Befragten die Wartezeiten zu lang.

Fünfmal wurden zu wenige Angebote für gerontopsychiatrische Patienten angeführt.

Die Versorgung psychisch Kranker wird durch Rahmenbedingungen mitbestimmt, die ihren Ursprung nicht auf lokaler Ebene haben. Bei der Frage, wo die Anbieter Schwierigkeiten in ihrer Tätigkeit durch solche Rahmenbedingungen sahen, wurden die Äußerungen von 26 Einrichtungen insgesamt 40 unterschiedlichen Nennungen zugeordnet.

Am häufigsten nahmen die Anbieter eine Unterversorgung bzw. erhöhte Zugangsbarrieren durch stärker gewordenen Kostendruck auf die Nutzer wahr. Besonders die erhöhten Zuzahlungen durch das GMG wurden problematisch gesehen, die Anrechnung von Einkommen führte zu geringerer Inanspruchnahme sowohl im betreuten Wohnen als auch bei der Aufnahme von geschützten Arbeitsplätzen.



#### 64. Absolute Anzahl von Nennungen der von den Leistungsanbietern wahrgenommenen Probleme durch die Gestaltung des Gesundheitssystems. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=26 Einrichtungen.

Außerdem wurden sehr häufig lange Bearbeitungszeiten bei den Kostenträgern beklagt und eine Zunahme von Verwaltungstätigkeiten. Mit der Umstellung auf Hartz IV gingen außerdem die Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen zurück, weil die neuen Mitarbeiter die Verfahren noch nicht ausreichend kannten.

---

Neben den betreuten Klienten verspürten auch die Einrichtungen einen gewachsenen Kostendruck. Besonders die Einführung der Hilfepläne im betreuten Wohnen nach Auskunft der Befragten auch zu Lasten von Klientenkontakten.

Bei den fehlenden Angeboten wurden wiederum mangelnde Zuverdienst- und Teilzeitarbeitsplätze sowie therapeutische Beschäftigungsmöglichkeiten genannt, Soziotherapie und Krisenbetten.

Auf die Frage, ob sich aus mangelnder Kooperation und Koordination der Leistungsanbieter Probleme ergaben, antworteten nur 12 von insgesamt 34 Befragten. Aus den vorliegenden Antworten wird deutlich, dass es den Anbietern an Transparenz über geeignete Angebote und freie Plätze mangelte und außerdem an konkreten und einrichtungsübergreifenden Absprachen in verschiedenen Bereichen, z.B. bei der beruflichen Rehabilitation. Dabei gibt es zu vielen Themenfeldern bereits Arbeitskreise, so dass die strukturellen Voraussetzungen für eine verbesserte Zusammenarbeit prinzipiell gegeben sind.

Auf die Frage „Welche Arbeitskreise und Gremien sind Ihnen bekannt, die sich in Düsseldorf mit der Koordination und der Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker befassen“ wurden im Durchschnitt jeweils vier Arbeitskreise benannt. Die meisten Nennungen (N=14) fielen auf die Sektorkonferenzen. Des Weiteren wurde der Runde Tisch Arbeit und Rehabilitation häufig genannt (11 Nennungen), die PSAG (neun Nennungen) und die Gesundheitskonferenz und die Psychiatriekoordinatorin (acht Nennungen). Jeweils sechsmal wurden die Hilfeplankonferenzen, das Bündnis gegen Depression und die Arbeitsgruppe der SPZ in Düsseldorf genannt. Weitere häufige Nennungen bezogen sich auf die Arbeitskreise zum betreuten Wohnen (AK Bewo Rheinland vier Nennungen, regionaler Arbeitskreis der Anbieter Bewo in Düsseldorf vier Nennungen, AK Wohnen ohne Regionalbezug drei Nennungen, Koop-Treffen der Träger des Bewo Süd drei Nennungen).

---

# Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

## Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Im folgenden werden die Ergebnisse des Berichtes kurz zusammengefasst. Dabei werden zunächst allgemeine Entwicklungen aus der Literatur berichtet und anschließend die Situation in Düsseldorf geschildert. Sofern die Daten und Ergebnisse aus Düsseldorf die globale Einschätzung der Situation zur Versorgung psychisch Kranker stützen werden allgemeine Empfehlungen ausgesprochen, kristallisieren sich Ergebnisse heraus, die besonders auf Düsseldorf zutreffen, werden spezielle Handlungsempfehlungen genannt. In jedem Fall stellen die Handlungsempfehlungen Diskussionsgrundlagen dar, die in der weiteren Abstimmung zwischen den Betroffenen, Leistungsanbietern, Kostenträgern und Politikern konkretisiert werden müssen. Sie sind der Ausgangspunkt für eine Vertiefung des Themas in der kommunalen Zusammenarbeit.

## Häufigkeit psychischer Störungen

Psychische Störungen sind weit verbreitet. Der Bundesgesundheits surveys - Zusatzsurvey psychische Störungen ergab, dass 20% der Allgemeinbevölkerung aktuell eine klinisch relevante psychische Erkrankung hatten, d.h. ein nach Kriterien (ICD-10, DSM IV) beurteiltes, voll ausgeprägtes Störungsbild. Im Laufe eines Jahres waren 31% betroffen, rund 43% im Laufe des Lebens. Zu den häufigsten Störungen (im Laufe eines Jahres) zählen Angsstörungen (14,5%), affektive Störungen (12%) und somatoforme Störungen (11%) (36).

Rechnet man diese Prozentangaben auf die Bevölkerung Düsseldorfs um wären jährlich rund 71.000 Frauen und 47.000 Männer zwischen 18 und 65 Jahren betroffen. Außerdem werden in Düsseldorf jährlich rund 60 Suizide, ein Drittel von Frauen, zwei Drittel von Männern, gezählt. Die Dunkelziffer dürfte wesentlich höher liegen.

In einer repräsentativen telefonischen Bevölkerungsumfrage in Düsseldorf im Jahr 2004 wurde nach Symptomen psychischer Störungen gefragt. Die dabei geäußerten bzw. bejahten Symptome stellen keine gesicherten Diagnosen dar sondern geben nur Anhaltspunkte

über die Verbreitung psychischer Symptome. 20% der Befragten hatten schon mal eine Panikattacke erlebt, 15% somatoforme Beschwerden, 14% berichteten spezifische Ängste und jeweils 7% soziale und agoraphobische Ängste. Jeder Vierte schilderte depressive Symptome.

Zusätzlich zu der deutschen Stichprobe wurde in der Umfrage eine Gruppe Migranten gesondert befragt, da der Migrationshintergrund neben anderen relevanten sozialen Merkmalen wie Geschlecht, Alter oder Status nach Möglichkeit in der Gesundheitsberichterstattung immer mitberücksichtigt werden sollte. Migranten sind aber in Bevölkerungsumfragen schon auf Grund sprachlicher Barrieren unterrepräsentiert. Daher wurde für die zahlenmäßig größte ausländische Bevölkerungsgruppe in Düsseldorf, das sind die Türken, eine Stichprobe ausgewählt und diese in ihrer Muttersprache interviewt. 40% bis 50% der Befragten türkischer Nationalität gaben an, über einen längeren Zeitraum depressive Symptome erlebt zu haben, 34% hatten Panikattacken und 27% spezifische Ängste aktuell oder im Laufe ihres Lebens erlitten.

## Komorbidität

Psychische Erkrankungen treten häufig sowohl mit anderen psychischen Störungen als auch mit somatischen Krankheiten gemeinsam auf. Der Bundesgesundheits survey - Zusatzsurvey psychische Störungen ergab, dass 40% der von einer Diagnose Betroffenen komorbide Störungen hatten. 10% der Befragten erfüllten die Kriterien von drei und mehr Störungen gleichzeitig. Besonders häufig ist die Komorbidität von Angst und Depression, wobei Angststörungen auch als Risikofaktor für die Ausbildung einer Depression gelten. Beide Krankheitsbilder kommen auch gehäuft zusammen mit somatoformen und Substanzstörungen vor.

Auch somatische Krankheiten gehen zum Teil mit einem erhöhten Vorkommen psychischer Störungen einher. Dazu zählen vor allem kardiovaskuläre, muskuloskeletale, gastrointestinale, respiratorische und neurologische Erkrankungen. Die Zusammenhänge sind komplex, somatische Faktoren können psychische Krankheiten bedingen und umgekehrt oder beide Erkrankungen sind Folgen gleicher verursachender

---

Bedingungen.

In der Düsseldorfer Umfrage bejahten 55% der deutschen und 73% der türkischen Befragten mindestens ein psychisches Symptom aktuell oder im Laufe des Lebens gehabt zu haben. Der Anteil der deutschen Befragten mit Symptomen von drei verschiedenen Störungen betrug 9%, bei den türkischen Befragten waren es deutlich mehr, 25%.

Es zeigte sich ebenfalls ein Zusammenhang zwischen psychischen Symptomen und somatischen Erkrankungen: Je mehr psychische Symptome berichtet wurden, desto größer war der Anteil der chronisch Kranken. Das galt für deutsche und türkische Befragte.

#### Soziodemografische Einflüsse

Einige soziodemografische Merkmale gehen häufiger mit einer psychischen Störung einher als andere. Frauen leiden zwei- bis dreimal so häufig an Angst-, depressiven und somatoformen Störungen wie Männer. Weitere Zusammenhänge sind bei der Trennung vom Partner, bei einem niedrigen sozialen Status, Arbeitslosigkeit und Migration beobachtet worden (36, 85, 86).

Dies zeigte sich teilweise auch in der Umfrage unter Düsseldorfern. Frauen nannten zwei- bis dreimal so häufig Symptome wie Männer. Unterschichtsangehörige äußerten häufiger depressive Symptome, Paniksymptome, Sorgen um eine mögliche Erkrankung und spezifische Ängste. Unterschiede gab es auch zwischen den deutschen und den türkischen Befragten. Letztere waren von depressiven Symptomen, sozialen und spezifischen Angstsymptomen doppelt so häufig betroffen wie deutsche Befragte. Inwieweit die Ergebnisse auf ein kulturell bedingtes unterschiedliches Krankheitserleben zurückgeführt werden können, ist jedoch an dieser Stelle unklar.

#### Beeinträchtigungen durch psychische Störungen

Psychische Störungen sind der häufigste Grund für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Arbeitsleben (45) und außerdem die vierthäufigste Ursache für Krankmeldungen am Arbeitsplatz. Die durchschnittliche Zahl der

Krankheitstage auf Grund eines psychischen Leidens wurden von der BKK 2004 mit 31 Tagen angegeben (13). Dieses Zeitraum wurde nur noch von Fehlzeiten durch Krebserkrankungen übertroffen. Am häufigsten waren Krankmeldungen wegen affektiven, Angst- und somatoformen Störungen. Das korrespondiert mit der Häufigkeit der Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Aber auch leichtere Beschwerden verursachen Produktivitätseinbußen. In einer Bevölkerungsumfrage in NRW gaben 9% der Männer und 13% der Frauen an, im Laufe des vergangenen Monats wegen psychischer Beschwerden weniger geschafft zu haben, als sie vorhatten (44).

Auch in Düsseldorf sind Psychische und Verhaltensstörungen der häufigste Grund für Frühberentungen, die Rate liegt jedoch niedriger als in Nordrhein-Westfalen und in einigen anderen Großstädten (43).

In der Düsseldorfer Umfrage äußerten 16% der Männer und 18% der Frauen, dass sie sich durch ihre psychischen Beschwerden mindestens mittelmäßig eingeschränkt fühlten.

In der türkischen Stichprobe waren es 31% der Männer und 41% der Frauen.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild: Angaben zur Prävalenz psychischer Störungen in Düsseldorf liegen nicht vor. Sie können nur aus bundesweiten Untersuchungen geschätzt werden. Die Umfrageergebnisse aus Düsseldorf zeigen ein häufiges Vorkommen von psychischen Symptomen in der Bevölkerung. Die festgestellten Zusammenhänge von Symptomen und sozialen Merkmalen wie Geschlecht und sozialer Status sowie zwischen psychischen Symptomen und somatischen Erkrankungen gehen in die gleiche Richtung wie die Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys - Zusatzsurvey psychische Störungen. Weitere Ergebnisse wie die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und die erlebte Einschränkung der Befragten durch psychische Beschwerden sind mit den Ergebnissen aus Nordrhein-Westfalen vergleichbar.

Die Befragungsergebnisse der türkischen Stichprobe speziell lassen eine hohe psychische Belastung der türkischen Düsseldorfer vermuten, die jedoch auf Grund der Datenlage nicht eindeutig beurteilt werden kann.

Daraus ergeben sich zwei Handlungsempfehlungen:

### **Allgemeine Handlungsempfehlung:**

Auf Grund der weiten Verbreitung und der hohen gesundheitlichen und finanziellen Kosten sollten psychische Störungen nach Möglichkeit vorgebeugt bzw. früh erkannt und behandelt werden.

### **Spezielle Handlungsempfehlung:**

Die psychische Belastung von türkischen Düsseldorfern sollte auf Grund der vorliegenden Ergebnisse gezielt untersucht werden. Hierzu könnte ein Forschungsprojekt angestoßen werden.

## **Ambulante Versorgung**

Seit der Psychiatrie-Enquête hat die Zahl der niedergelassenen Spezialisten für psychiatrische und psychologische Behandlung deutlich zugenommen. Heute sind ungefähr 4.500 Nervenärzte und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, rund 2.900 Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und rund 12.000 psychologische Psychotherapeuten in der BRD tätig (9). Die meisten Menschen suchen bei seelischen Problemen als erstes ihren Hausarzt auf (71). Die Erkennens- und Behandlungsraten in der hausärztlichen Praxis sind Studien zu Folge jedoch unbefriedigend (73,70,33). Die spezialisierte ambulante Behandlung teilt sich auf in Richtlinien-Psychotherapie und nervenärztliche Behandlung. Es werden weniger Menschen psychotherapeutisch behandelt als in nervenärztlichen Praxen (9).

Weitere ambulante Versorgungseinrichtungen sind die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Institutsambulanzen. Sie sind für eine bessere Beziehungskontinuität gerade chronisch psychisch Kranker wichtig.

In der ambulanten Versorgung in Düsseldorf sind 120 Fachärzte und 142 Psychologen tätig (plus 28 Spezialisten für Kinder und Jugendliche). Damit kamen auf einen Facharzt/Therapeuten im Jahr 2004 2.182 Einwohner, betrachtet man nur die Nervenärzte waren es 9.858 (bundesweit 17.176) und bei den Psychologen 4.026 (bundesweit 6.789). Die Therapeuten- und Facharztdichte ist damit in Düsseldorf sehr hoch. Innerhalb

des Stadtgebietes sind besonders viele Therapeuten im Zentrum niedergelassen, in der Peripherie dagegen deutlich weniger. Außerdem gibt es in sozioökonomisch besser gestellten Stadtteilen mehr Niedergelassene als in schlechter gestellten Stadtteilen (z.B. Hassels, Derendorf, Rath, Garath, Unterrath, Oberbilk, Wersten und Eller).

Angaben zur hausärztlichen Versorgung psychisch Kranker in Düsseldorf liegen nicht vor, so dass hier nur auf allgemeine Empfehlungen verwiesen werden kann. Die Daten der kassenärztlichen Vereinigung zeigen, dass in Düsseldorf im Jahr 2004 rund 7.000 Patienten pro Quartal psychotherapeutisch versorgt wurden, in der nervenärztlichen Behandlung waren es rund 30.000. Die Zahl der Kurz- und Langzeitanträge pro Quartal legt nahe, dass ein Großteil der psychotherapeutisch behandelten Patienten über mehrere Quartale in Behandlung war. Damit sind die zur Verfügung stehenden Plätze limitiert. Bei der Einschätzung der Anbieter zur örtlichen Versorgungsstruktur wurden mehrfach zu lange Wartezeiten bei Psychotherapeuten beklagt.

In den Institutsambulanzen wurden 2004 knapp 7.200 Patienten behandelt, der Sozialpsychiatrische Dienst betreute 2.300 Patienten. Die Einrichtungen stellen damit eine wichtige Ressource in der ambulanten Versorgung dar. Der Sozialpsychiatrische Dienst sieht Defizite in der Versorgung vor allem in der mangelnden Möglichkeit niedergelassener Ärzte psychiatrische Hausbesuche durchzuführen.

Insgesamt ist die Ausstattung mit ambulanten Angeboten in Düsseldorf sehr gut. Trotzdem kann es zu Engpässen kommen, wenn kurzfristig oder wohnortnah Behandlungsmöglichkeiten gesucht werden. Qualitätsmängel sind außerdem auf Grund bundesweiter Studien anzunehmen. Daraus werden folgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet:

### **Allgemeine Handlungsempfehlungen:**

Entwicklung von leitlinienorientierten Behandlungskonzepten im Rahmen von Disease-Management-Programmen und der integrierten Versorgung.

Einsatz von reliablen und validen Screening-Instrumenten in der hausärztlichen Praxis bei unklarer Dia-

---

gnose und/oder bei Verdacht auf ein psychisches Leiden. Außerdem sollte auch bei chronisch somatischen Krankheiten gezielt auf Anzeichen einer psychischen Belastung geachtet werden.

Erhöhung der psychopharmakologischen Kompetenz bei Hausärzten und Nervenärzten. Eine Möglichkeit ist die Durchführung von Qualitätszirkeln zur Verschreibungspraxis von Psychopharmaka.

Sektorbezogene Zusammenarbeit von niedergelassenen Fachärzten/Psychotherapeuten und anderen Professionellen.

Anreize zur Durchführung von psychiatrischen Hausbesuchen müssen geschaffen werden.

### **Spezielle Handlungsempfehlungen:**

Da sich in Düsseldorf die Verteilung der niedergelassenen Spezialisten auf das Zentrum konzentriert, empfiehlt es sich langfristig bei Praxisneugründungen auf eine breitere Verteilung im Stadtgebiet hinzuwirken.

In Düsseldorf sollte ein Angebot ähnlich der Zentralen Informationsbörse Psychotherapie (ZIP) in Köln entstehen, um Patienten und Professionellen freie Therapieplätze anzuzeigen.

### **Voll- und teilstationäre Versorgung**

Seit der Psychiatrieenquête wird ein Abbau der stationären Plätze angestrebt mit dem Ziel, die Patienten schneller wieder in ihr Lebensumfeld zu integrieren und sie nach Möglichkeit ambulant und wohnortnah zu versorgen. Die Bettenzahl ist bundesweit von 150.000 Betten im Jahr 1975 auf 63.400 im Jahr 2000 gesunken (20/6). Dabei wurden Betten besonders in Langzeitbereichen und in den Fachkrankenhäusern abgebaut, während psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern expandierten. Daneben stehen rund 8.400 Tagesklinikplätze zur Verfügung (6). Der Abbau stationärer Betten und der Ausbau kompletterer Einrichtungen geht jedoch nicht prinzipiell mit einer Reduktion der stationären Aufnahmen einher. Tatsächlich steigt die Nachfrage nach stationärer

Behandlung (Aufnahmezahlen) weiter an (94). Dafür können verschiedene Faktoren verantwortlich sein. Ein Punkt ist die räumliche Nähe zu den Krankenhäusern, die die Hemmschwelle für Einweisungen senkt und gleichzeitig die Verweildauern verkürzt (20). Außerdem kann durch eine gut funktionierende wohnortnahe Versorgungsangebote stationärer Behandlungsbedarf auch besser erkannt werden. Ein stabiles Kontingent stationärer Plätze ist deshalb unverzichtbar (89). Weiterhin entwickelt sich neben den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und -abteilungen in Deutschland zunehmend der psychosomatische Bereich. Hier stehen rund 19.000 Betten zur Verfügung (9). Untersuchungen ergaben, dass 30% bis 50% der Patienten mit psychiatrischen Hauptdiagnosen in somatischen Krankenhäusern behandelt werden (50). Dazu kommen Patienten in somatischen Krankenhäusern, die zu ihrer somatischen Grunderkrankung psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlungsbedarf haben.

Die stationäre Versorgung wird in Düsseldorf durch die Rheinischen Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität und die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Florence-Nightingale-Krankenhauses sichergestellt. In beiden Kliniken zusammen wurden im Jahr 2004 669 Betten vorgehalten, das entsprach 103,9 Betten auf 100.000 Einwohner (ohne die Abteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie). Im Vergleich dazu waren es im Jahr 2003 landesweit 82,3 Betten (80). Damit ist die Ausstattung in Düsseldorf hinsichtlich der Bettenzahl in der Psychiatrie als günstig zu bezeichnen. Düsseldorf ist in vier Sektoren eingeteilt, wobei die Kaiserswerther Diakonie den Norden Düsseldorfs versorgt und die Rheinischen Kliniken Düsseldorf die drei Sektoren in der Mitte, im Osten und im Süden der Stadt. Darüber hinaus gibt es psychiatrische Fachabteilungen am Krankenhaus Elbroich und am Evangelischen Krankenhaus. Beide wurden im Rahmen dieses Berichtes nicht berücksichtigt, da sie ausschließlich auf alte Menschen bzw. Kinder- und Jugendliche spezialisiert sind. Im Jahr 2004 wurden in den Rheinischen Kliniken 5.506 Patienten aufgenommen, im Florence-Nightingale-Krankenhaus 948. Die Aufnahmen in den Rheinischen Kliniken Düs-

seldorf und im Florence-Nightingale-Krankenhaus sind in der Zeit von 2000 bis 2004 um 645 bzw. um 184 angestiegen. In der gleichen Zeit sanken die Verweildauern um 10 bzw. 5 Tage. Die Rate der Krankenhausesfälle liegt in Düsseldorf über der des Landes NRW.

Eine Fachabteilung Psychosomatische Medizin ist mit 24 Betten an den Rheinischen Kliniken Düsseldorf vorhanden.

Wie groß der Anteil an Patienten ist, der in somatischen Krankenhäusern behandelt wird, kann nicht genau angegeben werden. Näherungsweise lassen sich die Fallzahlen mit psychiatrischer Hauptdiagnose laut Krankenhausdiagnosestatistik (7.617 entlassene Patienten im Jahr 2002) (43) mit den Patientenzahlen in den beiden psychiatrischen Fachkrankenhäusern (5.906 aufgenommene Patienten im Jahr 2002) vergleichen. Dies lässt darauf schließen, dass der Anteil der Patienten in somatischen Krankenhäusern eine untergeordnete Rolle spielen dürfte. Hinsichtlich der konsiliari-schen Tätigkeit in somatischen Krankenhäusern wird eine Unterversorgung/zu geringe Inanspruchnahme vermutet, die Gründe dafür sind jedoch noch weitestgehend unklar.

Neben den stationären Plätzen gibt es in Düsseldorf insgesamt 154 Plätze in Tageskliniken, die sich auf die Rheinischen Kliniken Düsseldorf (N=99), die Kaiserswerther Diakonie (N=25) und die Johanniter-Tagesklinik (N=30) verteilen. Auch hier sind die Aufnahmezahlen zwischen 2000 und 2004 angestiegen (in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf von 491 auf 724, im Florence-Nightingale-Krankenhaus von 99 auf 128 und in der Johanniter-Tagesklinik von 114 auf 160).

Die Ausstattung mit Fachkrankenhäusern und Betten ist in Düsseldorf sehr gut, die räumliche Nähe zu den Kliniken ist möglicherweise verantwortlich für die vergleichsweise hohe Inanspruchnahme. Durch die sinkenden Verweildauern und die steigenden Aufnahmezahlen erhöht sich der Patientendurchlauf.

Daraus ergibt sich folgende allgemeine Empfehlung:

### **Allgemeine Handlungsempfehlung:**

Da für die Patienten die Liegezeiten kürzer werden, sind sie auf eine gute ambulante Weiterbehandlung bzw. Anbindung an komplementäre Hilfen angewiesen. Die Zusammenarbeit zwischen dem stationären und

ambulanten bzw. komplementären Bereich sollte daher möglichst eng abgestimmt werden.

## **Komplementäre Versorgung**

Seit der Psychiatrie-Enquête hat sich ein breites Netz von Hilfen etabliert. Im Jahr 2000 gab es bundesweit 800 Kontakt- und Beratungsstellen, 152 Tagesstätten mit 2.425 Plätzen, 1.180 Heime mit 36.718 Plätzen (6) und 2002 49 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke sowie 14 Berufstrainingszentren (3). Im betreuten Wohnen ist die Zuständigkeit auf den überörtlichen Sozialhilfeträger (LVR) übergegangen, der seit Mitte 2004 Leistungen im betreuten Wohnen nach Bedarf finanziert. Damit einher geht der Abbau stationärer Plätze. Weitere Angebote sind Kriseninterventionen durch z.B. Sozialpsychiatrische Dienste, Kliniken und Notfallpsychiater. Außerdem wird psychiatrische Behandlungspflege nach SGB V gewährt.

Kritisch diskutiert werden in der komplementären Versorgung u.a. folgende Punkte: Kontakt- und Beratungsstellen sind ein niedrigschwelliges Angebot und sollten nach Möglichkeit auch an Abenden und Wochenenden erreichbar sein (8). Heimplätze sollten so wohnortnah wie möglich bereit gestellt werden. Sie müssen eine ausreichende ärztliche Betreuung sicherstellen (20). Die Eröffnung eines neuen Wohnheims für psychisch Kranke stellt oft einen kritischen Zeitpunkt dar, da die Bevölkerung diesen gegenüber häufig negativ eingestellt ist (20, 8, 92). Ein weiteres Problem ist der anvisierte Abbau von stationären Kapazitäten, da für manche Betroffene eine ambulante Versorgung nicht ausreicht. Hinzu kommen chronisch Kranke mit Mehrfachproblematik, die bisher nicht ausreichend versorgt worden sind (20). In der beruflichen Rehabilitation gelingt häufig die Integration in den Arbeitsmarkt nicht. Die Angebote in diesem Bereich werden außerdem als nicht ausreichend eingeschätzt (6). Erfolgreiche Modelle wie das "supported employment" in den USA sind in Deutschland kaum etabliert (30/56). Ebenfalls unzureichend sind die Möglichkeiten der Krisenintervention. Sogenannte Kriseninterventionsteams, die sich im angloamerikanischen Raum etabliert haben, gibt es hierzulande kaum (89).

Zum komplementären System in Düsseldorf zählen vier sozialpsychiatrische Zentren, die den Sektoren der Kliniken lose zugeordnet sind. Die SPZ verfügen über eine Kontakt- und Beratungsstelle, eine Tagesstätte (mit einer Ausnahme) und ein Büro für das betreute Wohnen. In Düsseldorf gibt es drei Tagesstätten mit insgesamt 58 Plätzen und insgesamt 10 Anbieter für das betreute Wohnen. Außerdem stehen für psychisch Kranke 10 Wohnheime inklusive einem Übergangswohnheim mit insgesamt 216 Plätzen plus 51 Plätzen in Außenwohngruppen zur Verfügung, im Rehabilitationsbereich der Rheinischen Kliniken gibt es 73 Plätze. Für die berufliche Rehabilitation standen 2004 169 Plätze zur Verfügung plus 326 in den Werkstätten für angepasste Arbeit.

Drei der vier sozialpsychiatrischen Zentren hatten 200 regelmäßige Besucher im Jahr 2004, zwei von drei Tagesstätten wurden von 52 Klienten aufgesucht. Im betreuten Wohnen wurden 299 Klienten unterstützt. In ungefähr der Hälfte der Wohnheime wurden 138 Bewohner betreut (andere Hälfte fehlende Angaben), in der Rehabilitation der Rheinischen Kliniken Düsseldorf 87 Personen. 372 Rehabilitanden nahmen an Wiedereingliederungsmaßnahmen teil (ohne Werkstätten für angepasste Arbeit).

Die Kontakt- und Beratungsstellen hatten 2004 nur vereinzelt an Wochenenden geöffnet. Gerade im niedrigschwelligen Bereich sollten Angebote für psychisch Kranke vorgehalten werden.

Die Wartezeiten gestalteten sich unterschiedlich. Eine Tagesstätte meldete lange Wartezeiten von bis zu einem Jahr. Zu lange Wartezeiten wurden auch in der Anbieterbefragung vereinzelt bemängelt. Auch im betreuten Wohnen gab es Wartezeiten von bis zu neun Monaten. Wartezeiten entstanden vor allem dann, wenn die Nutzer auf die Kapazitäten des Trägers angewiesen waren und keinen eigenen Wohnraum hatten. Das galt insbesondere für Wohngemeinschaften, die Angebote reichten hier nicht aus. In den Wohnheimen mussten die Klienten ein bis drei Jahre auf einen Platz warten. In der Rehabilitationsabteilung der Rheinischen Kliniken variierten die Zeiten je nach Wohngruppe. In der beruflichen Rehabilitation mussten die Bewerber Wartezeiten von einem bis zu fünf Monaten in Kauf nehmen.

Aus der Einschätzung der Versorgungssituation durch die Anbieter geht hervor, dass Mängel in der Versorgung vor allem in zu wenigen niedrigschwelligen Beschäftigungs- und Teilzeitarbeitsplätzen gesehen werden. An zweiter Stelle wurden zu wenige Angebote für komorbid schwer erkrankte Patienten genannt. Dieses Ergebnis wird unterstützt durch die Angaben zur Veränderung des Diagnosespektrums. Veränderungen des Diagnosespektrums in den letzten Jahren wurden vor allem von den Einrichtungen des betreuten Wohnens und der Wohnheime sowie dem SPD berichtet, aber auch aus der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation und der Verhaltenstherapeutischen Einrichtung. Bei den Klienten wurden zunehmend Persönlichkeitsstörungen, Komorbidität, Chronifizierungen, drogeninduzierte Psychosen und Doppeldiagnosen (psychische Krankheit und Sucht) wahrgenommen. Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund des Abbaus stationärer Plätze kritisch zu sehen.

In Krisenfällen ist der Sozialpsychiatrische Dienst zuständig, er ist jedoch außerhalb regulärer Bürozeiten nicht erreichbar. Die Kliniken sind rund um die Uhr erreichbar, außerdem ist in der Notfallambulanz am evangelischen Krankenhaus in den Abend- und Nachtstunden ein Psychiater/Neurologe in Bereitschaft. Dies erfordert jedoch von den Betroffenen, zur Klinik bzw. zur Ambulanz zu fahren. Einige Anbieter bemängelten das Fehlen eines ambulanten, aufsuchenden Krisendienstes.

Die Anrechnung von Einkommen führte nach Meinung der Anbieter zu einer gesunkenen Inanspruchnahme sowohl im betreuten Wohnen als auch bei der Aufnahme von beschützten Arbeitsplätzen. Neben den betreuten Klienten verspürten auch die Einrichtungen einen gewachsenen Kostendruck. Besonders die Einführung von Hilfeplänen im betreuten Wohnen ging nach Auskunft der Befragten auch zu Lasten von Klientenkontakten. Probleme resultierten in der Vergangenheit aus der noch nicht eingespielten Antragsabwicklung, dem gestiegenen und nicht finanzierten Verwaltungsaufwand für die Träger und der damit verbundenen Planungsunsicherheit. Mittlerweile sind die Hilfeplankonferenzen etabliert und finden regelmäßig statt. Zumindest die Probleme, die aus der Neueinführung des Verfahrens resultieren sind damit behoben.

---

Daraus resultieren folgende Handlungsempfehlungen:

### **Spezielle Handlungsempfehlungen:**

Die niedrighschwelligigen Kontakt- und Beratungsangebote stellen wichtige Anlaufstellen für psychisch Kranke und Angehörige dar. Die räumliche Erreichbarkeit ist mit vier SPZ plus den Angeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes sehr gut. Allerdings fehlen Ansprechpartner über die üblichen Öffnungszeiten hinaus. Hier sollte eine zeitliche Erweiterung der Angebote in den Abendstunden und am Wochenende erfolgen. Ein abgestimmtes Konzept zwischen den Diensten könnte für die einzelnen Anlaufstellen den Aufwand reduzieren. Bereits bestehende vereinzelte Angebote an Wochenenden könnten hier integriert werden.

Bei den Tagesstätten wurden lange Wartezeiten berichtet. Da tagesstrukturierende Angebote als unzureichend eingeschätzt wurden, sollte hier geklärt werden, wie groß der Bedarf tatsächlich ist. Hier könnte von allen zuweisenden Stellen längerfristig erhoben werden, wie viele Klienten/Patienten innerhalb eines Jahres einen Tagesstättenplatz benötigen und wie lange sie warten müssen, um einen evt. Mehrbedarf zusätzlich zu den vorhandenen Plätzen zu dokumentieren.

Das betreute Wohnen ist flexibler geworden. Probleme waren an die Einführung des neuen Hilfeplanverfahrens (z.B. lange Bewilligungszeiten, damit verbundene Planungsunsicherheit) und der damit verbundenen Abrechnungsmodalitäten und Umstrukturierungen gekoppelt. Das neue Hilfeplanverfahren ist bereits etabliert, die damit verbundenen Probleme beseitigt. Weiterhin bestehende Probleme, z.B. mangelnde Plätze in Wohngemeinschaften, erhöhter Verwaltungsaufwand durch die Hilfepläne, Mehrbelastungen durch Einführung des persönlichen Budgets u.a. müssen im Rahmen der Regionalkonferenzen behandelt werden.

Langzeitwohnheime werden zu Gunsten von ambulanten Wohnmöglichkeiten reduziert. Es werden aber voraussichtlich nicht alle Heimbewohner ein selbstständiges Leben führen können. Neben den schon bestehenden Heimbewohnern sind hier auch neue Bedarfe durch Personen mit Mehrfachproblemlagen zu berücksichtigen.

Nach Einschätzung der Leistungsanbieter nahm die Anzahl der Klienten mit Doppeldiagnosen im Bereich Störungen durch psychotrope Substanzen und andere psychische Krankheiten zu. Zur Abschätzung der notwendigen Kapazitäten insbesondere für Menschen mit Mehrfachproblemlagen empfiehlt sich die Einrichtung einer trägerübergreifenden einheitlichen Dokumentation, um den wahrgenommenen Zuwachs in dieser Patientengruppe zu überprüfen und langfristige Kapazitätsplanungen begründen zu können.

Geplante Heime für psychisch Kranke scheitern in der Realität häufig an Bürgerprotesten. Hier sollte mit Öffentlichkeits- und Überzeugungsarbeit für mehr Toleranz und Integration geworben werden.

In der beruflichen Rehabilitation mangelt es an abgestuften Beschäftigungs- und Integrationsmaßnahmen sowie Arbeitsverhältnissen. Viele Arbeitsmöglichkeiten sind für psychisch Kranke zu hochschwierig. Der Mangel an geeigneten Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten wurde von den befragten Einrichtungen am häufigsten kritisiert. Möglichkeiten einer erfolgreichen Integration in Arbeit stellen Modelle nach der "unterstützten Beschäftigung" dar, wie sie in den USA praktiziert werden. Es muss nach neuen Beschäftigungsmöglichkeiten gesucht werden. Ein Zugangsweg könnten Projekte sein, die mit den Anbietern von Arbeitsmaßnahmen bzw. Integrationsfachdiensten, den Kostenträgern und interessierten Betrieben durchgeführt werden. Unterstützung am Arbeitsplatz benötigen nicht nur die Arbeitnehmer, auch die Belange der Arbeitgeber müssen angemessen berücksichtigt werden.

Die Einrichtungen (Ausnahme Kliniken und Wohnheime) verfügen in der Regel nicht über fest installierte Kriseninterventionsmöglichkeiten außerhalb ihrer regulären Bürozeiten. Inwieweit ein Krisendienst als notwendig angesehen wird, kann auf Grund der vorliegenden Daten nicht geschlossen werden. Die Notwendigkeit und Möglichkeiten eines aufsuchenden ambulanten Krisendienstes, der rund um die Uhr zur Verfügung steht, sollte diskutiert werden.

---

## Selbsthilfe

Die Selbsthilfe bei psychischen Krankheiten ist gut etabliert. 1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker gegründet (15). Landesverbände gibt es inzwischen in allen Ländern. Seit 1992 existiert auch der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen. Im Jahr 2000 gab es auch nahezu flächendeckend Landesverbände (14 von 16 Ländern) (6). Eine bundesweite Umfrage bei den Selbsthilfe-Kontaktstellen ermittelte 4.000 Selbsthilfegruppen zu psychischen Problemen, wobei zu berücksichtigen ist, dass nicht alle Kontaktstellen und schon gar nicht alle Gruppen erfasst werden konnten (48). Die Nachfrage nach Selbsthilfegruppen steigt stetig an (49, 37).

Selbsthilfegruppen stellen eine Möglichkeit von Empowerment der Patienten dar. Zukünftig wird die Gleichberechtigung und Mitbestimmung von Patienten bei ihrer Behandlung, aber auch bei der Gestaltung von Organisationsprozessen in Institutionen, bei übergeordneten Planungen, in der Forschung, Fortbildung und Politik eine größere Rolle spielen als bisher (90).

In Düsseldorf gab es 2004 ungefähr 25 Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke (ohne Selbsthilfe für Suchtkranke). Dem steht eine große Nachfrage gegenüber. 50% der Selbsthilfegruppenanfragen im Selbsthilfe-Service-Büro in Düsseldorf bezogen sich 2004 auf Gruppen für psychisch Kranke, weitere 10% auf Gruppen für Suchtkranke. Im Vordergrund standen die Themen Angst, Depression und Sucht. Im Zeitraum von März bis Dezember 2004 wurde 465-mal den Bürgern eine Selbsthilfegruppe empfohlen (393-mal ohne Selbsthilfegruppen für Suchtkranke). Zu berücksichtigen ist, dass nicht alle Gruppen jederzeit für neue Mitglieder offen sind. Die Nachfrage übersteigt damit die Kapazitäten um ein Vielfaches. Abgesehen davon, dass Frauen generell häufiger in der Selbsthilfe aktiv sind als Männer, war relativ gesehen das Interesse beider Geschlechter an den meisten Themen gleich. Es besteht ein hoher Bedarf der Selbsthilfeförderung in diesem Bereich.

### **Spezielle Handlungsempfehlung:**

Die positive Tendenz zur Selbsthilfe bei psychischen

Krankheiten sollte unterstützt werden. Wege dahin sind die Bereitstellung niedrigschwelliger Informationsangebote über Selbsthilfe bei psychischen Krankheiten und die Anregung von Austauschmöglichkeiten unter den Interessierten bis hin zur Gründung von Gruppen. Möglichkeiten der Umsetzung sind Informationen über Selbsthilfe für Professionelle (Multiplikatoren), spezielle Informationsveranstaltungen der Selbsthilfe in Einrichtungen für psychisch Kranke und öffentlichkeitswirksame Aktionen von und für die Selbsthilfe. Weiterhin eignet sich als Kommunikationsmedium wegen seiner hohen Verbreitung und der Möglichkeit massenkommunikativer und interpersoneller Kanäle das Internet.

## Koordination und Kooperation

Durch die Ausdifferenzierung des Versorgungssystems seit der Psychiatrieenquête ist der Koordinations- und Kooperationsbedarf deutlich gestiegen. Neben der Koordination auf Landesebene durch spezielle Referate sollten Psychiatriekoordinatoren auf kommunaler Ebene diese ergänzen (6). Auf örtlicher Ebene sollten außerdem psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG) eingerichtet werden bzw. gemeindepsychiatrische Verbände. Ziel war die regulierte Zusammenarbeit in den Versorgungssektoren (6). Diese Zusammenarbeit wäre besonders dann gut zu realisieren, wenn die stationären und ambulanten Dienste unter der gleichen administrativen Leitung stehen, in der Regel sind jedoch viele unterschiedliche Träger sowohl für die Leistungen als auch für die Kosten zuständig. Der Koordinationsbedarf ist deshalb als besonders hoch einzuschätzen (89). Die Zusammenarbeit in einem Sektor sollte mindestens das zuständige Krankenhaus, die Anbieter der Eingliederungshilfe, die sozialpsychiatrischen Dienste und den öffentlichen Gesundheitsdienst umfassen. Zusätzlich ist die Einbindung weiterer Angebote (z.B. niedergelassene Therapeuten, Pflegeanbieter, berufliche Rehabilitation sowie Betroffene und Angehörige) wünschenswert (6).

Neuere Entwicklungen sind u.a. die Übertragung von lokalen Koordinationsaufgaben (auch) für psychisch Kranke an den öffentlichen Gesundheitsdienst mit der entsprechenden Gesetzesnovellierung 1998, die Aufhe-

bung der sektorierten Budgetierung (ambulant und stationär) durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 und damit die Schaffung der Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung, Übernahme der Kostenträgerschaft für ambulante und stationäre Wohnangebote durch den überörtlichen Kostenträger (LVR) und die Ausrichtung auf den patientenzentrierten Ansatz, z.B. durch individuelle Hilfeplanung.

Die stationäre Versorgung ist in Düsseldorf in vier Sektoren aufgeteilt. Der Düsseldorfer Norden wird von dem Florence-Nightingale-Krankenhaus betreut und umfasst die Stadtteile Wittlaer, Angermund, Kaiserswerth, Kalkum, Lohausen, Stockum, Unterrath und Lichtenbroich. Für alle anderen Stadtteile haben die Rheinischen Kliniken Düsseldorf den Versorgungsauftrag. Die Sektoren sind folgendermaßen aufgeteilt: Sektor 1: Golzheim, Derendorf, Mörsenbroich, Düsseldorf, Rath, Grafenberg, Ludenberg, Gerresheim und Hubbelrath.

Sektor 2: Lörick, Heerdt, Niederkassel, Oberkassel, Hafen, Altstadt, Karlstadt, Unterbilk, Pempelfort, Stadtmitte, Friedrichstadt, Hamm, Volmerswerth, Oberbilk, Bilk und Flehe.

Sektor 3: Flingern-Nord, Flingern-Süd, Lierenfeld, Vennhausen, Eller, Wersten, Unterbach, Hassels, Reisholz, Holthausen, Itter, Himmelgeist, Benrath, Urdenbach, Garath und Hellerhof.

Die vier sozialpsychiatrischen Zentren sind diesen Sektoren lose zugeordnet. Die genauen Grenzen der einzelnen Sektoren sind für die komplementären Dienste nicht verbindlich festgelegt. Zudem hat der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes eigene Sektoren, die sich nicht mit denen der Kliniken decken. Das sind die Sektoren Nord, Mitte/West, Ost, Bilk und Süd. Für viele Stadtteile ist deshalb nicht einheitlich geregelt, welchem Sektor sie zuzurechnen sind.

Auf die Frage, ob sich aus mangelnder Kooperation und Koordination der Leistungsanbieter Probleme ergaben, antworteten nur 12 von insgesamt 34 Befragten. Aus den vorliegenden Antworten wird deutlich, dass es den Anbietern an Transparenz über geeignete Angebote und freie Plätze mangelte und außerdem an konkreten und einrichtungsübergreifenden Absprachen in verschiedenen Bereichen, z.B. bei der beruflichen

Rehabilitation.

### **Spezielle Handlungsempfehlung:**

Für die Koordination und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker in Düsseldorf wird die Weiterentwicklung der Sektorisierung empfohlen. Die innerhalb eines Sektors zuständigen Einrichtungen und Angebote sollten klar benannt werden, um abgestimmte Verfahrensweisen zu erleichtern. Der Anbieterkreis könnte mit den Kliniken, dem sozialpsychiatrischen Zentren und dem Sozialpsychiatrischen Dienst beginnen und sukzessive weitere Anbieter hinzuziehen.

### **Inanspruchnahme**

Dem Bundesgesundheitsurvey - Zusatzsurvey psychische Störungen zu Folge kommen nur 36% der Betroffenen mit einem klinisch relevanten Störungsbild mit einem Arzt oder Therapeuten in Kontakt. 49% davon suchten eine Einrichtung auf, 27% zwei und 24% drei und mehr. 42% konsultierten zunächst ihren Hausarzt. Von den Spezialisten wurden Nervenärzte am häufigsten frequentiert (32%), gefolgt von psychologischen Psychotherapeuten (27%). 22,5% wurden (zum Teil auch) stationär behandelt.

In der Düsseldorfer Umfrage waren 21% der deutschen Befragten mit psychischen Beschwerden in einer Behandlung (inklusive abgeschlossener Behandlung) in der türkischen Stichprobe nur 7%. 14% der Deutschen und 21% der Türken dachten über eine Behandlung nach. Es ergab sich keine von der sozialen Schicht abhängige unterschiedliche Inanspruchnahme, allerdings hatten Mittel- und Unterschichtsangehörige häufiger als Oberschichtsangehörige über eine Behandlung nachgedacht und besonders die Unterschichtsangehörigen äußerten häufiger Beschwerden als die beiden anderen Gruppen. Die Inanspruchnahme stieg außerdem mit der Zahl geäußerter Beschwerden. Auch die Inanspruchnahme anderer Fachärzte war höher, was aber auch auf den höheren Anteil chronisch Kranker zurückgeführt werden kann.

Die Inanspruchnahme der niedergelassenen Psychotherapeuten und Fachärzte zeigte erhebliche Differenzen

zwischen den Fallzahlen von Psychotherapeuten und von Nervenärzten und Psychiatern: Erstere rechneten pro Quartal 2004 rund 7.000 Krankenscheine ab, bei den Nervenärzten und Psychiatern waren es über 30.000. Eine weitere Aufschlüsselung der Patienten nach Diagnosen oder soziodemografischen Merkmalen war nicht möglich.

Im stationären psychiatrischen Bereich wurden 2004 knapp 6.500 Patienten versorgt, über 1.000 teilstationär und fast 7.200 durch die Institutsambulanzen. Der Sozialpsychiatrische Dienst rechnet mit jährlich rund 2.300 Klienten. Die Kontakt- und Beratungsstellen betreuten ungefähr 200 regelmäßige Besucher, zwei von drei Tagesstätten hatten 52 Teilnehmer. Im betreuten Wohnen wurden ungefähr 300 Klienten versorgt und die Hälfte der Düsseldorfer Wohnheime beherbergte rund 140 Bewohner. 372 Teilnehmer haben an Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation teilgenommen (ohne Werkstatt für angepasste Arbeit). Die Zahlen können nicht addiert werden, da eine Person auch Leistungen verschiedener Bereiche in Anspruch nehmen konnte. Aber auch innerhalb eines Versorgungsbereichs können Doppelzählungen enthalten sein, z.B. bei stationären Wiederaufnahmen.

Im stationären Bereich bildeten schizophrene Erkrankte mit 26% den größten Patientenanteil, in gleicher Größenordnung waren sie in den Tageskliniken vertreten. In den Institutsambulanzen waren es mit 17% deutlich weniger.

In den Wohnheimen und Tagesstätten waren die Bewohner/Besucher vorwiegend schizophren bzw. psychotisch erkrankt (80% und mehr). Im Sozialpsychiatrischen Dienst war diese Patientengruppe ebenfalls häufig (knapp 40%), sowie Menschen mit Suchtkrankheiten (18%), Persönlichkeitsstörungen (13%) und organisch bedingten psychischen Krankheiten (vor allem Demenzen 10%). Im betreuten Wohnen waren die meisten Klienten schizophren/psychotisch krank (66%) oder hatten eine Persönlichkeitsstörung (13%). Auch bei beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen stellten Menschen mit einer schizophrenen oder ähnlichen Diagnose den größten Anteil der Betroffenen (34%). Die Diagnose affektive Störung nahm unter den stationären (23%) und teilstationären (45%) Patienten deut-

lich zu. Im Sozialpsychiatrischen Dienst, in den Tagesstätten und im betreuten Wohnen war ihr Anteil mit 11% bis 12% etwa gleich groß, in der beruflichen Rehabilitation etwas höher (17%). Angst-, Belastungs- und somatoforme Störungen nahmen im voll- und teilstationären Bereich ab. Sie stellten den häufigsten Behandlungsgrund in den Institutsambulanzen dar (20%) und waren in gleicher Größenordnung bei beruflichen Integrationsmaßnahmen vertreten (19%). Im komplementären Bereich waren sie mit 1% bis 6% seltener anzutreffen.

Der Anteil komorbider Klienten lag im vollstationären Bereich, den Institutsambulanzen, dem betreuten Wohnen, den Tagesstätten und in den Wohnheimen zwischen 49% und 65%. Lediglich in den Tagesstätten und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen wurde ihr Anteil mit 33% bis 36% niedriger angegeben. Die Angaben zu mindestens einer psychischen Komorbidität schwankten zwischen 13% und 35%, die somatische Komorbidität lag zwischen 16% und 23%. In Einzelfällen wichen die Angaben extrem nach oben ab. Hinzu kamen die Patienten, die sowohl an einer weiteren psychischen als auch an einer somatischen Krankheit litten (4% bis 18%).

Das Geschlechterverhältnis war im vollstationären Bereich je nach Klinik unterschiedlich, was vermutlich durch unterschiedliche Angebote erklärt werden kann. In den Tageskliniken überwog der Frauenanteil mit über 60%, in den Institutsambulanzen lag er nur etwas niedriger. Dies ist in Anbetracht der häufigen Diagnosen affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen erwartungsgemäß. In den Tagesstätten, im betreuten Wohnen, in den Wohnheimen und der beruflichen Rehabilitation waren zwischen 44% und 60% Frauen. Im betreuten Wohnen und bei Rehabilitationsmaßnahmen waren anteilig mehr Männer als Frauen, in den Tagesstätten und den Wohnheimen war es umgekehrt (was u.a. darauf zurückgeführt werden kann, dass eines der Wohnheime nur Frauen aufnimmt).

Die Altersgruppen waren relativ gleichverteilt. Die Jüngeren zwischen 18 und 30 Jahren waren in den meisten Einrichtungen anteilig weniger vertreten, stellen aber auch einen geringeren Anteil an der Allgemeinbevölke-

---

zung. Über 65-Jährige spielten für die meisten Angebote kaum eine Rolle mit Ausnahme der Rheinischen Kliniken Düsseldorf.

Die meisten Betreuten waren unabhängig von der Einrichtungart deutscher Nationalität (90% und mehr). In der beruflichen Rehabilitation wurde ihr Anteil niedriger angegeben (84%). In der Allgemeinbevölkerung beträgt das Verhältnis von Deutschen und Ausländern 83% zu 17%, bei den 18- bis 65-Jährigen sogar 81% zu 19%. Damit waren ausländische Betreute gemessen an der Bevölkerung unterrepräsentiert.

Dort wo die Klienten ihren Wohnorten zugeordnet werden konnten zeigte sich eine höhere Inanspruchnahme in enger räumlicher Nähe zu den Angeboten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass nur ein kleiner Teil der zu erwartenden psychisch Kranken in Behandlung bzw. Betreuung war. Nicht bekannt ist, wie viele Menschen mit psychischen Störungen hausärztlich behandelt wurden. Die Umfrageergebnisse zeigten, dass türkische Düsseldorf im Vergleich zu deutschen und sozial schlechter gestellte im Vergleich zu besser gestellten seltener eine Behandlung in Anspruch nahmen. Die Inanspruchnahme in den Einrichtungen zeigte, dass Düsseldorf nichtdeutscher Nationalität unterrepräsentiert waren. Im stationären und komplementären Bereich waren besonders häufig psychotisch Erkrankte, Suchtkranke und Menschen mit Persönlichkeitsstörungen vertreten, die nur einen sehr kleinen Teil der psychisch Kranken darstellen. Affektive Störungen nahmen in den letzten Jahren im stationären und teilstationären Bereich deutlich zu, während Angst-, Belastungs- und somatoforme Störungen vor allem in den Institutsambulanzen behandelt wurden. Beide Diagnosegruppen zusammen stellen die häufigsten psychischen Erkrankungen dar. Sie waren auch die häufigsten Diagnosen in den nervenärztlichen Praxen (Daten aus Nordrhein). Schätzungen zur psychischen Komorbidität in den Einrichtungen lagen zwischen 30% und 50%, den Daten des Bundesgesundheits surveys zu Folge lag der Prozentanteil in der Allgemeinbevölkerung bei 40%.

Die Gründe für die Nichtinanspruchnahme therapeutischer Leistungen sind vielfältig. Viele psychische Störungen gehen mit körperlichen Beschwerden einher,

die dann den Grund für eine Arztkonsultation darstellen (73). Die psychische Ursache ihres Leidens ist den Patienten häufig nicht bewusst. Mit zunehmender Krankheitsschwere sinkt auch die Fähigkeit, adäquate Hilfe nachzufragen. Der wohl wichtigste Grund jedoch ist die Angst der Betroffenen, auf Grund eines psychischen Leidens stigmatisiert zu werden. Die Verinnerlichung der Diskriminierung wird auch als "zweite Erkrankung" bezeichnet (95). Der geringen Kenntnis über psychische Störungen in der Bevölkerung und der Stigmatisierung Betroffener kann durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden. Hierzu gibt es bereits verschiedene Aktivitäten in Düsseldorf. Dazu einige Beispiele: Die Rheinischen Kliniken Düsseldorf sind Projektzentrum im Rahmen des weltweiten Anti-Stigma-Programms "Open the doors" (vgl. S. 24), das sich für ein besseres Verständnis schizophrener Menschen einsetzt.

In dem Düsseldorfer Bündnis gegen Depression haben sich mittlerweile 25 Institutionen und Organisationen zusammengeschlossen, um über die Krankheit aufzuklären und die Versorgung zu verbessern. Mehrere Projektpartner, darunter der Verein Anti-Stigma-Düsseldorf, die BKK Essanelle, das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression und weitere Selbsthilfegruppen in Düsseldorf haben im Mai 2006 das bundesweite Filmfestival "Ausnahmestand" zum Thema psychische Krankheiten in Düsseldorf realisiert.

### **Allgemeine Handlungsempfehlung:**

Die Inanspruchnahme professioneller Angebote bei psychischen Störungen sollte erhöht werden, um individuelles Leiden, Chronifizierungen und langfristig hohe Kosten zu vermeiden. Dabei ist verstärkt darauf zu achten, gezielt Personengruppen mit einem erhöhten Risiko für niedriges Inanspruchnahmeverhalten anzusprechen. Mögliche Maßnahmen sind die Verbesserung des Wissens über psychische Krankheiten und ihre Behandlungsmöglichkeiten in der Bevölkerung sowie die Transparenz über die konkreten Angebote in Düsseldorf. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit sollte der Stigmatisierung psychisch Kranker weiterhin entgegen gewirkt werden.

---

## Literaturverzeichnis

1. Agelink M.W., Baumann B., Sanner D., Kavuk I. & Mueck-Weymann M. (2004): Komorbidität zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und Depressionen. *Psychoneuro*, 30 (10), S. 541-547.
2. Aktion psychisch Kranke (2005): Häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen. <http://www.psychiatrie.de/apk/article/haeuslichekrankenpflege.html>. Eingesehen am 09.05.2005.
3. Albrecht D. & Bramesfeld A. (2004): Das Angebot an gemeindenahen beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in der Bundesrepublik. *Gesundheitswesen*, 66 (8/9), S. 492-498.
4. American Psychiatric Association (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
5. Amt für Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Düsseldorf (2003): Statistisches Jahrbuch 2003.
6. Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (2003): Bestandsaufnahmen zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. <http://www.berlin.de/sengessozv/psych/doku/bericht25jpsychiatrie.pdf> Eingesehen am 10.05.2005.
7. Baumeister H., Höfler M., Jacobi F., Wittchen H.-U., Bengel J. & Härter M. (2004): Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (1), S. 33-41.
8. Becker T., Kluge H. & Angermeyer C. (2002): Psychiatrische Versorgung und Public Health: Rahmenbedingungen, aktueller Stand, Perspektiven. In: Flick U. (Hrsg.): *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe, S. 195-223.
9. Berger M. (2005a): Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland - Unter besonderer Berücksichtigung des Faches "Psychiatrie und Psychotherapie". In: Berger M., Fritze J., Roth-Sackenheim C. & Voderholzer U. (Hrsg.): *Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004*. Heidelberg: Springer, S. 3-18.
10. Berger M. (2005b): Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. In: Berger M., Fritze J., Roth-Sackenheim C. & Voderholzer U. (Hrsg.): *Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004*. Heidelberg: Springer, S. 45-56.
11. Berger M. (2005c): Engagement der DGPPN zur Etablierung von Integrierten Versorgungsnetzen für psychische Erkrankungen. In: Berger M., Fritze J., Roth-Sackenheim C. & Voderholzer U. (Hrsg.): *Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004*. Heidelberg: Springer, S. 77-79.
12. Berger M., Weig W. & Becker T. (2005): Rolle der Rehabilitation im Versorgungsspektrum psychischer Erkrankungen. In: Berger M., Fritze J., Roth-Sackenheim C. & Voderholzer U. (Hrsg.): *Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004*. Heidelberg: Springer, S. 61-69.
13. BKK Bundesverband (Hrsg.): *Gesundheit und sozialer Wandel. Gesundheitsreport 2004*. Essen.
14. Bronisch T. & Wittchen H.-U. (1998): Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe*, 25, S. 22-26.
15. Bühring P. (2001): Psychiatrie-Reform. Auf halbem Weg stecken geblieben. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (6), S. 301-307.
16. Burger M. & Mensink G. (2003): Bundes-

---

Gesundheitssurvey: Alkohol. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

17. Comer R.J. (1995): Klinische Psychologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

18. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.) (2001). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblem, 10. Revision (2001). Band 1 - Systematisches Verzeichnis. Bern: Verlag Hans Huber.

19. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz der Stadt Düsseldorf (Hrsg.) (2003): Gerontopsychiatrische Versorgung - ein ganzheitliches Konzept. Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung am 12.11.2002 im Rathaus.

20. Ernst K. (2001): Psychiatrische Versorgung heute. Konzepte, Konflikte, Perspektiven. 2. überarbeitete Auflage. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.

21. Fichter M., Witzke W., Weyerer S., Meller I., Rehm J., Dilling H. & Hippus H. (1990): Ergebnisse der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung. In: Schmidt H.M. (Hrsg.): Fortschritte in der psychiatrischen Epidemiologie. Ergebnisse aus dem Sonderforschungsbereich "Psychiatrische Epidemiologie". Weiihheim: VCH Verlagsgesellschaft mbH, S. 91-116.

22. Fritze J. (2005): Integrierte Versorgung: Was ist das? Wie funktioniert das? In: Berger M., Fritze J., Roth-Sackenheim C. & Voderholzer U. (Hrsg.): Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer, S. 73-76.

23. Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V: Newsletter Nr. 2, Februar 2005. <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/allgemeines/05-03-15-Newsletter-02.pdf> Eingesehen am 09.05.2005.

24. Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V: Pressemitteilung vom 16.02.2005. <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/pm/2005-02-16-Krankenpflege-Psych.pdf> Eingesehen am 09.05.2005.

25. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Anzahl der Sterbefälle - Zeitreihen (ab 1998, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10) [http://www.gbe-bund.de/cgi-express/oowaro/ExpSrv634/dbxwdevkit/xwd\\_init?isgbe\\_tol/xs\\_start/370105858/74271321](http://www.gbe-bund.de/cgi-express/oowaro/ExpSrv634/dbxwdevkit/xwd_init?isgbe_tol/xs_start/370105858/74271321). Eingesehen am 01.08.2005.

26. Goodwin R., Jacobi F. & Thefeld W. (2003): Mental disorders and asthma in the community. *Archives of General Psychiatry*, 60 (11), pp. 1125-1130.

27. Häfner H. (1991): *Psychiatrie: Ein Lesebuch für Fortgeschrittene*. Stuttgart: Gutav Fischer.

28. Härter M.C., Conway K.P. & Merikangas K.R. (2003): Associations between anxiety disorders and physical illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 235, pp. 313-320.

29. Hinterhuber H. (2002): Die Verantwortung der Gesellschaft für eine menschengerechte Psychiatrie. In: Meißel T. & Eichberger G. (Hrsg.): *Perspektiven einer künftigen Psychiatrie*. Linz: edition pro mente, S. 21-36.

30. Hoffmann H. (1999): Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt - Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? *Psychiatrische Praxis*, 26 (5), S. 211-217.

31. Hoyer J., Beesdo K., Becker E.S. & Wittchen H.-U. (2003): Epidemiologie und nosologischer Status der Generalisierten Angststörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (4), S. 267-275.

32. Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH (2004): AOK-Rheinland. Gesundheitsbericht 2003. <http://www.bgf-institut.de/aktuell/pdf/Rheinlandbericht2003.pdf>.

---

Eingesehen am 18.05.2005.

33. Jacobi F., Höfler M., Meister W. & Wittchen H.-U. (2002): Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73, S. 651-658.
34. Jacobi F., Klose M. & Wittchen H.U. (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 47 (8), S. 736-744.
35. Jacobi F. & Wittchen H.-U. (2005): "Diagnoseträger" und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. In: Kosfelder J., Michalak J., Vocks S. & Willutzki U. (Hrsg.): *Fortschritte der Psychotherapieforschung*. Göttingen: Hogrefe.
36. Jacobi F., Wittchen H.-U., Hölting C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb, R. (2004): Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, pp. 597-611.
37. Jakubowski A.M. (2004): Eröffnung der Tagung. In: KOSKON NRW (Hrsg.): *Angst, Panik, Depression. Themenwechsel in der Gesundheitsselbsthilfe? Dokumentation der Fachtagung am 03.12.2004 in Essen*. Druckerei C+K GmbH, Mönchengladbach, S. 4-7.
38. Kleinemeier E., Yagdiran O., Censi B. & Haasen C. (2004): Psychische Störungen bei türkischen Migranten - Inanspruchnahme einer Spezialambulanz. *Psychoneuro*, 30 (11), pp. 628-632.
39. Klose M. & Jacobi F. (2004): Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7 (2), pp. 133-148.
40. Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2003): *Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG)*. <http://www.lvr.de/fachdez/soziales/service/bewoverordnung.pdf>. Eingesehen am 02.08.2005
41. LDS NRW: Bei Straßenverkehrsunfällen in NRW getötete und verletzte Personen. <http://www.lids.nrw.de/statistik/datenangebot/daten/c/r321unfall.html>. Eingesehen am 01.08.2005.
42. Leff J. (2000): Epidemiologie schizophrener Störungen. In: Helmchen H., Henn F., Lauter H. & Sartorius N. (Hrsg.): *Schizophrene und affektive Störungen*. Berlin: Springer, S. 53-69.
43. Lögd (2005): Daten für die Gesundheitsberichterstattung in NRW. GBEStat. Software für die Gesundheitsämter.
44. Lögd-Indikator 03\_16\_2000: Einschätzung von Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen aufgrund körperlicher bzw. seelischer Probleme nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1998/2000. [http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren\\_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html). Eingesehen am 02.08.2005.
45. Lögd-Indikator 3\_39\_2003: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2003. [http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren\\_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html). Eingesehen am 02.08.2005.
46. Lögd-Indikator 03\_88\_2003: Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2003. [http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren\\_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html). Eingesehen am 01.08.2005.

47. LögD-Indikator 03\_89\_2003: Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2001 - 2003. [http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren\\_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html). Eingesehen am 02.08.2005.
48. Matzat J. (2004a): Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke - Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfe-Kontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. Gießen: Focus Verlag, S. 153-160.
49. Matzat J. (2004b): Angst, Panik, Depression - Themenwechsel in der Gesundheitsselfhilfe? In: KOSKON NRW (Hrsg.): Angst, Panik, Depression. Themenwechsel in der Gesundheitsselfhilfe? Dokumentation der Fachtagung am 03.12.2004 in Essen. Druckerei C+K GmbH, Mönchengladbach, S. 65-73.
50. Maylath E., Spanka M. & Nehr R. (2003): In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankenhaufälle der DAK im Vorfeld der DRGs. Gesundheitswesen, 65, S. 486-494.
51. Perkonigg A., Lieb R. & Wittchen H.-U. (1998): Substance use, abuse and dependence in germany. A review of selected epidemiological data. European Addiction Research, 4, pp. 8-17.
52. Petrak F., Hardt J., Wittchen H.-U., Kulzer B., Hirsch A., Hentzelt F., Borck K., Jacobi F., Egle U.T. & Hoffmann S.O. (2003): Prevalence of psychiatric disorders in an onset cohort of adults with type 1 diabetes. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 19, pp. 216-222.
53. Pinquart M. & Silbereisen R. K. (2004): Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Göttingen: Hans Huber. S. 63-71.
54. Psychiatriebericht Dortmund 2000 Teil 1 Zusammenfassung. [http://www1.dortmund.de/upload/binarydata\\_do4ud4cms/45456/psychber1.pdf](http://www1.dortmund.de/upload/binarydata_do4ud4cms/45456/psychber1.pdf). Eingesehen am 18.05.2005.
55. Psychiatriebericht der Stadt Dortmund 2000 Teil 2 Materialband. [http://www1.dortmund.de/upload/binarydata\\_do4ud4cms/45457/psychber2.pdf](http://www1.dortmund.de/upload/binarydata_do4ud4cms/45457/psychber2.pdf). Eingesehen am 18.05.2005.
56. Reker T. & Eikermann B. (1999): Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. Ergebnisse einer prospektiven Studie. Psychiatrische Praxis, 26 (5), S. 218-223.
57. Roth-Sackenheim C. (2005): Qualifizierte ambulante Versorgung psychisch Erkrankter durch fehlgeleitete Ressourcenverteilung nur noch Utopie - Die negativen Folgen der Gesundheitspolitik, des Psychotherapeutengesetzes, des "90%-Urteils" und der Hausarzt-Facharztrennung für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. In: Berger M., Fritze J., Roth-Sackenheim C. & Voderholzer U. (Hrsg.): Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer, S. 29-38.
58. Sartorius N. (2002): Trends und Entwicklungen in der Psychiatrie. In: Meißel T. & Eichberger G. (Hrsg.): Perspektiven einer künftigen Psychiatrie. Linz: edition pro mente, S. 13-20.
59. Sartory G. (1997): Angststörungen. Theorien, Befunde, Diagnostik und Behandlung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
60. Schmidt-Zadel R. & Pörksen N. (Hrsg.) (2002): Teilhabe am Arbeitsleben: Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

61. Schulman K.A., Berlin J.A., Harless W., Kerner J.F., Sistrunk S., Gersh B.J., Dubé R., Taleghani C.K., Burke J.E., Williams S., Eisenberg J.M., Escarce J.J. and Ayers W. (1999): The Effect of Race and Sex on Physicians Recommendations for Cardiac Catheterization. *New England Journal of Medicine*, 340 (8), pp. 618-626.
62. Sozialamt der Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.) (2003): Perspektiven der Pflege psychisch kranker älterer Menschen in Düsseldorf. Bericht des Arbeitskreises "Pflege in der Gerontopsychiatrie" im Auftrag der Düsseldorfer Pflegekonferenz.
63. Tress W. & Schepank H. (1990): Zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. In: Schmidt H.M. (Hrsg.): Fortschritte in der psychiatrischen Epidemiologie. Ergebnisse aus dem Sonderforschungsbereich "Psychiatrische Epidemiologie". Weinhelm: VCH Verlagsgesellschaft mbH, S. 75-89.
64. Winkler J. & Stolzenberg H. (1999): Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), S. 178-183.
65. Wissenschaftliches Institut der AOK (2005): Psychische Erkrankungen führen immer häufiger zur Arbeitsunfähigkeit. Presseinformation vom 10.05.2005. <http://wido.de/meldungakt+M548b2e1410d.html?&encryptionKey=>. Eingesehen am 18.05.2005.
66. Wissenschaftliches Institut der AOK (2004): Niedrigster Krankenstand seit 10 Jahren. Presseinformation vom 25.05.2004. [http://wido.de/meldung\\_archiv+M52d350fc963.html?&encryptionKey=](http://wido.de/meldung_archiv+M52d350fc963.html?&encryptionKey=). Eingesehen am 18.05.2005.
67. Wissenschaftliches Institut der AOK (2003): Immer mehr Arbeitsausfälle durch psychische Erkrankungen. Presseinformation vom 02.12.2003. [http://wido.de/file-admin/wido/downloads/pdf\\_praevention/wido\\_pra\\_pi\\_fzr03\\_1203.pdf](http://wido.de/file-admin/wido/downloads/pdf_praevention/wido_pra_pi_fzr03_1203.pdf). Eingesehen am 18.05.2005.
68. Wittchen H.-U. (2000): Epidemiologie affektiver Störungen. In: Helmchen H., Henn F., Lauter H. & Sartorius N. (Hrsg.): Schizophrene und affektive Störungen. Berlin: Springer, S. 357-372.
69. Wittchen H.-U. & Fehm L. (2003): Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 417), pp. 4-18.
70. Wittchen H.-U., Holsboer F. & Jacobi, F. (2001): Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl 26), pp. 23-28.
71. Wittchen H.-U. & Jacobi F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 44 (10), S. 993-1000.
72. Wittchen H.-U. & Jacobi F. (2004): Angststörungen. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 21. Berlin: RKI.
73. Wittchen H.-U., Kessler R.C., Beesdo K., Krause P., Höfler M. & Hoyer J. (2002): Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (suppl. 8), pp. 24-34.
74. Wittchen H.-U., Lieb R., Pfister H. & Schuster P. (2000): The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2, Suppl. 1), pp. 122-132.
75. Wittchen H.-U., Müller N., Pfister H., Winter S. & Schmidtkunz B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), S. 216-222.
76. Wittchen H.-U., Müller N. & Storz S. (1998): Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale

---

Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. *Gesundheitswesen*, 60 (Sonderheft 2), S. 95-100.

77. Wittchen H.-U., Perkonig A. (1997): DIA-X SSQ Screening-Verfahren zum Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Frankfurt: Harcourt Test Services.

78. Borgetto, B. & v. Troschke, J. (Hrsg.) (2001): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften (DKGW), Bd 12. Freiburg: ohne Verlagsangabe. S.90.

79. Lampert, T. & Burger, M. (2004). Rauchgewohnheiten in Deutschland - Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. *Gesundheitswesen*, 66 (8/9), S. 511-517.

80. Lögd-Indikator 06\_13\_2003: Krankenhäuser nach Fachabteilungen, Nordrhein-Westfalen, 2003. [http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren\\_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laendergesundheitsberichterstattung/frameset.html). Eingesehen am 29.09.2005.

81. Siegrist J. & Möller-Leimkühler A.M. (1998): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz F.W., Badura B., Leidl R., Raspe H. & Siegrist J. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Schwarzenberg, S. 94-109.

82. World Health Organisation (2001): *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. S. 24-29. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf). Eingesehen am 11.04.2006.

83. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (2006): *DAK Gesundheitsreport 2006*. S. 27-34. <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/CA8D8FAD627B30C9C125713800348A19>. Eingesehen am 17.05.2006.

84. Penka S., Krieg S., Wohlfahrt E. & Heinz E. (2004): Suchtprobleme bei Migranten - Gemeinsamkeiten und Unterschiede. *Psychoneuro*, 30 (7), S. 401-404.

85. Brucks U. (2004): Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro*, 30 (4), S. 228-231.

86. Schouler-Ocak M. (2003): Psychiatrische Regeldienste und multikulturelle Realität. *Psychoneuro*, 29 (12), S. 582-585.

87. Hartkamp N. (2004): Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven. *Psychoneuro*, 30 (2), S. 109-111.

88. Kukla R. & Leidinger F. (2001): Die Psychiatrie im Wandel von 1967 bis 1992. In: Gaebel W., Heinlein J. & Maas K. (Hrsg.): *Psychiatrie im Wandel der Zeit. 125 Jahre "Grafenberg" - Rheinische Kliniken Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*. Köln: Rheinland-Verlag, S. 145-163.

89. Weinmann S. & Gaebel W. (2005): Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 7, S. 809-821.

90. Knuf A. (2005): Empowerment-Förderung: zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit. *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie*, 23 (4), S. 4-7.

91. Weßling A., Wölwer W. & Gaebel W. (2005): Kompetenznetz Schizophrenie - ein Netz für Menschen. *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie*, 23 (4), S. 36-38.

92. Möller-Leimkühler A. M. (2005): Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozialpsychologischer Stereotypenforschung. In: Gaebel W., Möller H.-J. & Rössler W. (Hrsg.): *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 40-55.

93. Baumann A. & Gaebel W. (2005): Antistigma-Programme im deutschsprachigen Raum. "Open the doors" in Deutschland. In: Gaebel W., Möller H.-J. &

---

Rössler W. (Hrsg.): Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer, S. 249-260.

94. Gaebel W. (2003): Psychiatrie im Wandel - Zur Neujustierung des Verhältnisses zwischen klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Auslauf- oder Zukunftsmodell - das Sozialpsychiatrische Zentrum im Wandel der Systeme. Dokumentation der Fachtagung am 9. Juli 2003 in Köln, S. 41-57.

95. Gaebel W., Zäske H. & Baumann A. (2005): Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter als Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Berger M., Fritze J., Roth-Sackenheim C. & Voderholzer U. (Hrsg.): Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer, S. 21-26.

96. Qualitätsentwicklung in sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen und regionalen Verbundsystemen - Gemeinsame Erklärung der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie. [http://www.ppq.info/files/pdf/2005?12?05\\_erklaerung\\_verbaende.pdf](http://www.ppq.info/files/pdf/2005?12?05_erklaerung_verbaende.pdf). Eingesehen am 11.04.2006.

97. Anforderungen an die Qualitätsentwicklung in sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen und regionalen Verbundsystemen - Diskussionsergebnis der Kontakttreffen der Verbände. [http://www.ppq.info/files/pdf/2005?12?05\\_anforderungen%20.pdf](http://www.ppq.info/files/pdf/2005?12?05_anforderungen%20.pdf). Eingesehen am 11.04.2006.

---

## Abbildungsverzeichnis

1. Prozentualer Anteil psychisch Kranker in der Allgemeinbevölkerung (BRD) im Laufe von vier Wochen, einem Jahr und lebenslang. Quelle: Jacobi F., Wittchen H.-U., Hölting C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb R., 2004. N=4181.

2. Prozentualer Anteil psychisch Kranker in der Allgemeinbevölkerung im Laufe von sieben Tagen in den Regionen Mannheim (N=600) und Oberbayern (N=1373) Ende der 70er Jahre. Quelle: Fichter et al., 1990, Tress & Schepank, 1990.

3. Prozentualer Anteil von Angsterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (BRD) im Laufe von vier Wochen und einem Jahr. Quelle: Jacobi F., Wittchen H.-U., Hölting C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb R., 2004. N=4181.

4. Prozentualer Anteil der westdeutschen Bevölkerung, die angaben, wenigsten einmal im Leben die fragliche Substanz konsumiert zu haben. Quelle: Perkonig et al., 1998. N=4077.

5. Prozentualer Anteil psychisch Kranker in der Allgemeinbevölkerung (BRD) im Laufe eines Jahres, getrennt nach Geschlecht. Quelle: Jacobi F., Wittchen H.-U., Hölting C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb R., 2004. N=2268 Frauen, 1913 Männer.

6. Risiko (Odd Ratio) einer psychischen Krankheit bei gegebener Bedingung, wenn verheiratet, vollzeitbeschäftigt und niedriger sozialer Status 1 ist. Quelle: Jacobi F., Wittchen H.-U., Hölting C., Höfler M., Pfister H., Müller N. & Lieb R., 2004.

7. Erwartete Anzahl psychisch Kranker in Düsseldorf im Laufe eines Jahres. Quelle: Jacobi F., Klose M. & Wittchen H.U., 2004, Statistisches Jahrbuch Düsseldorf 2003, eigene Berechnungen.

8. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=1018.

9. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), getrennt nach Geschlecht, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=544 Frauen, 474 Männer. (\*=signifikanter Unterschied).

10. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), getrennt nach Altersgruppen, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=58 18-24, 300 25-44, 249 45-59, 407 60 und älter. (1,2 und 3 geben an, ggü. welchen Altersgruppen 60 Jahre und älter signifikant verschieden ist).

11. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), getrennt nach sozialem Status, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=75 niedrig, 654 mittel, 269 hoch. (\*=signifikanter Unterschied).

12. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher), türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=231.

13. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome genannt wurden, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=1018.

14. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome genannt wurden, türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=231.

15. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit chronischen somatischen Krankheiten in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome (zum Zeitpunkt der Befragung

---

oder vorher) genannt wurden, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=1018.

16. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Bevölkerung mit chronischen somatischen Krankheiten in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) genannt wurden, türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=231.

17. Tage mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität in den letzten vier Wochen bei Personen mit affektiven, Angst- und somatoformen Störungen. Quelle: Wittchen H.-U., Müller N., Pfister H., Winter S. & Schmidt-kunz B. (1999). N=718.

18. Prozentualer Anteil der Allgemeinbevölkerung (NRW) mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität in den letzten vier Wochen, getrennt nach Geschlecht. Quelle: Lögd, Indikator 03\_16\_2000. N=1920.

19. Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit je 100.000 Versicherte in Düsseldorf bei verschiedenen Erkrankungen im Jahr 2003, getrennt nach Geschlecht. Quelle: Lögd, GBE-Stat.

20. Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Grund psychischer Erkrankungen je 100.000 Versicherte von 1994 bis 2003, getrennt nach Düsseldorf und Nordrhein-Westfalen. Quelle: Lögd, GBE-Stat.

21. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Einschränkungen bei Tätigkeiten, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=505.

22. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Einschränkungen bei Tätigkeiten, türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=166.

23. Prozentualer Anteil psychisch Kranker (BRD), die

mindestens einmal Kontakt mit einem therapeutischen Angebot hatten. Quelle: Wittchen H.U. & Jacobi F. (2001). N=565.

24. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Behandlung, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=475.

25. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Behandlung, türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=166.

26. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Behandlungserfahrung in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome genannt wurden, deutsche Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=475.

27. Prozentualer Anteil der Düsseldorfer mit psychischen Symptomen (zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher) und Behandlungserfahrung in Abhängigkeit von der Anzahl psychischer Krankheitsbilder, von denen Symptome genannt wurden, türkische Stichprobe. Quelle: Lögd, Bevölkerungsumfrage 2004. N=166.

28. Prozentualer Anteil verschiedener Diagnosen in nervenärztlichen Praxen in Nordrhein 2003 (ohne neurologische Erkrankungen). Quelle: Lögd: Indikator 3\_23\_2003.

29. Verteilung von Nervenärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin, psychotherapeutisch tätigen Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Stadtgebiet. Quelle: KVNO, N=290.

30. Stadtteile nach Einwohnerzahl je Therapeut. Quelle: KVNO und Amt für Statistik und Wahlen.

31. Durchschnittliche Anzahl psychotherapeutischer

---

Behandlungsfälle in Düsseldorf je Quartal 2004, getrennt nach Berufsgruppen. Quelle: KVNO, Mitteilung vom 29.11.2004 und 2.06.2005.

32. Durchschnittliche Anzahl der Psychotherapieanträge in Düsseldorf je Quartal 2004, getrennt nach Kurzzeit- und Langzeitanträgen. Quelle: KVNO, Mitteilung vom 29.11.2004 und 2.06.2005.

33. Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle je Arzt/Therapeut in Nordrhein je Quartal 2004, getrennt nach Berufsgruppen. Quelle: KVNO, Mitteilung vom 29.11.2004 und 2.06.2005.

34. Kliniken, Tageskliniken und Institutsambulanzen für psychisch Kranke in Düsseldorf. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

35. Anzahl der aufgenommenen Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf und dem Florence-Nightingale-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in den Jahren 2000 bis 2004. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

36. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an allen stationär behandelten Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf in den Jahren 2000 bis 2004. F10-F19: Störungen durch psychotrope Substanzen; F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

37. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an allen stationär behandelten Patienten in dem Florence-Nightingale-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in den Jahren 2000 bis 2004. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

38. Verteilung der Patienten in den Rheinischen Klini-

ken Düsseldorf (2003) und dem Florence-Nightingale-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2004) nach Alter und Geschlecht. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=5805, 948 Geschlecht, N=5545 (+260 unter 18-Jährige, nicht dargestellt), 946 Alter.

39. Rohe Hospitalisierungsraten je 1000 Einwohner im Stadtteil der Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) und dem Florence-Nightingale-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2004). Dargestellt sind nur die Hospitalisierungen, die aus den Sektoren der zuständigen Kliniken erfolgten. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N= RK 3799, FN 283; Bevölkerungszahlen: Amt für Statistik und Wahlen.

40. Rate der Krankenhausesfälle auf Grund psychischer Erkrankungen je 100.000 Einwohner von 1994 bis 2002, getrennt nach Düsseldorf und Nordrhein-Westfalen. Quelle: Lögd, GBE-Stat.

41. Verteilung der Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) auf die verschiedenen Wohnsituationen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=5090.

42. Verteilung der Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) auf die verschiedenen beruflichen Situationen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=5020.

43. Anzahl der aufgenommenen Patienten in den Tageskliniken (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Johanniter-Tagesklinik) in den Jahren 2000 bis 2004. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

44. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an den teilstationär behandelten Patienten in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf in den Jahren 2000 bis 2004. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

45. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an den teilstationär behandelten Patienten im Florence-Nightingale-Krankenhaus in den Jahren 2000 bis 2004. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

46. Prozentualer Anteil der häufigsten Diagnosen an den teilstationär behandelten Patienten der Johanniter-Tagesklinik in den Jahren 2000 bis 2004. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen; F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

47. Verteilung der Patienten in den Tageskliniken (Rheinische Kliniken Düsseldorf (2003), Florence-Nightingale-Krankenhaus und Johanniter-Tagesklinik (2004)) nach Alter und Geschlecht. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=565 RK, 128 FN, 162 JT Geschlecht, N=507 RK (+58 unter 18-Jährige, nicht dargestellt), 162 JT Alter.

48. Verteilung der Patienten in den Tageskliniken der Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) auf die verschiedenen Wohnsituationen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=442

49. Verteilung der Patienten in den Tageskliniken der Rheinischen Kliniken Düsseldorf (2003) auf die verschiedenen beruflichen Situationen. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=442.

50. Anzahl der Diagnosen der in den Institutsambulanzen (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Verhaltenstherapeutische Einrichtung) behandelten Patienten im Jahr 2004. F00-F09: Organische psychische Störungen; F10-F19: Störungen durch psychotrope Substanzen; F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen; F30-F39: affektive Störungen;

F40-F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen; F60-F69: Persönlichkeitsstörungen; F70-F79: Intelligenzminderung; F80-F89: Entwicklungsstörungen; F90-F98: Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

51. Verteilung der Patienten in den Institutsambulanzen (Rheinische Kliniken Düsseldorf und Verhaltenstherapeutische Einrichtung (2004)) nach Alter und Geschlecht. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=5703 RK, 146 VTE Geschlecht, N=5289 RK (+439 unter 18-Jährige, nicht dargestellt), 144 VTE Alter.

52. Sozialpsychiatrische Zentren und Sozialpsychiatrischer Dienst mit Außenstellen in Düsseldorf. Quelle: LVR, Mitteilung vom 16.08.2004; Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes.

53. Verteilung der Klienten in Tagesstätten im Jahr 2004 in Düsseldorf nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=52.

54. Büros für das Betreute Wohnen in Düsseldorf. Quelle: LVR, Mitteilung vom 16.08.2004.

55. Verteilung der Klienten im betreuten Wohnen im Jahr 2004 in Düsseldorf nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=246 Geschlecht, N=253 Alter, N=283 Nationalität.

56. Wohnheime und ihre Außenwohngruppen in Düsseldorf. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005; LVR, Mitteilung vom 16.08.2004.

57. Verteilung der Klienten in den Wohnheimen im Jahr 2004 in Düsseldorf nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=138.

58. Angebote zur beruflichen Rehabilitation in Düsseldorf. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005.

59. Verteilung der Teilnehmer von beruflichen Rehabi-

---

litationsmaßnahmen im Jahr 2004 in Düsseldorf nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, Geschlecht und Alter N=276, Nationalität N=222.

60. Verteilung der Selbsthilfegruppen-Anfragen im Selbsthilfe-Service-Büro nach Themen in der Zeit vom 1.03.2004 bis 31.12.2004. Quelle: Anfragestatistik des Selbsthilfe-Service-Büros im Gesundheitsamt, N=1.169.

61. Verteilung der Selbsthilfegruppen-Anfragen nach Themen für psychisch Kranke im Selbsthilfe-Service-Büro in der Zeit vom 1.03.2004 bis 31.12.2004, getrennt nach Personen, die für sich selbst und für andere eine Gruppe suchen. Quelle: Anfragestatistik des Selbsthilfe-Service-Büros im Gesundheitsamt, für sich selbst N=483, für andere N=222.

62. Verteilung der Selbsthilfegruppen-Anfragen nach Themen für psychisch Kranke im Selbsthilfe-Service-Büro in der Zeit vom 1.03.2004 bis 31.12.2004, getrennt nach Geschlecht. Quelle: Anfragestatistik des Selbsthilfe-Service-Büros im Gesundheitsamt, Männer N=123, Frauen N=359.

63. Absolute Anzahl von Nennungen zu fehlenden Angeboten für psychisch Kranke aus Sicht der Leistungsanbieter. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=25 Einrichtungen.

64. Absolute Anzahl von Nennungen der von den Leistungsanbietern wahrgenommenen Probleme durch die Gestaltung des Gesundheitssystems. Quelle: Umfrage Gesundheitsamt 2005, N=26 Einrichtungen.

## **Anhang**

**Einrichtungen, die im Rahmen der Umfrage des Gesundheitsamtes angeschrieben wurden** **95**

**Name und Anschrift der Einrichtungen, auf die sich die Angaben zur Versorgungssituation beziehen** **98**

**Angaben zu den Einrichtungen** **100**

## **Einrichtungen, die im Rahmen der Umfrage des Gesundheitsamtes angeschrieben worden sind**

Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität  
Herr  
Prof. Dr. W. Gaebel  
Bergische Landstraße 2  
40629  
Düsseldorf

Florence-Nightingale-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Herr  
Prof. Dr. M. Schmidt-Degenhard  
Zeppenheimer Weg 7  
40489  
Düsseldorf

Johanniter-Tagesklinik, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Herr  
Dr. W. Horbach  
Frankfurter Straße 229  
40595  
Düsseldorf

Alfred Adler Institut Düsseldorf e.V., Institutsambulanz  
Herr  
Dr. T. Reinert  
Schützenstraße 52  
40211  
Düsseldorf

Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Herr  
Prof. Dr. Dr. W. Tress  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf

Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V.  
Frau  
Dipl.-Psych. B. Mudrich  
Prinz-Georg-Straße 126  
40479  
Düsseldorf

Verhaltenstherapeutische Einrichtung - Abt. Klinische Psychologie  
Heinrich-Heine-Universität  
Herr  
Prof. Dr. R. Pietrowsky  
Universitätsstraße 1  
40225  
Düsseldorf

Kaiserswerther Diakonie, Sozialpsychiatrische Hilfen  
Herr  
T. Behlmer  
Alte Landstraße 179  
40489  
Düsseldorf

Graf-Recke-Stiftung  
Sozialpsychiatrischer Verbund  
Herr  
Monhoff  
Grafenberger Allee 341  
40235  
Düsseldorf

AWO Vita gGmbH  
Frau  
M. Schwermer  
Schlossallee 12c  
40229  
Düsseldorf

Haus Bethanien  
Frau  
Kreb  
Kleinschmitthauser Weg 54  
40468  
Düsseldorf

Freie gemn.Beratungsstelle für Psychotherapie  
Herr  
Tritt  
Berliner Allee 32  
40212  
Düsseldorf

Sozialpsychiatrischer Dienst  
Gesundheitsamt 53/6  
Herr  
Dr. L. Pastoors  
Willi-Becker-Allee 10  
40227  
Düsseldorf

Betreutes Wohnen für psychisch Kranke, D.i.D.  
Frau  
A. Venedey  
Langer Straße 20a  
40233  
Düsseldorf

DRK-Kreisverband Düsseldorf  
Betreutes Wohnen  
Frau  
Sahr-Jädke  
Kölner Landstraße 169  
40591  
Düsseldorf

ELAN e.V.  
Betreutes Wohnen  
Herr  
C. Scheven  
Bergische Landstraße 2  
40629  
Düsseldorf

Sozialpsychiatrisches Zentrum  
Gesundheitsamt  
Frau  
K. Steeg  
Talstraße 74  
40217  
Düsseldorf

Werkstatt für angepasste Arbeit GmbH  
Frau  
Born  
Karl-Hohmann-Str. 32-34  
40599  
Düsseldorf

renatec GmbH  
Frau  
Wita  
Ellerkirchstraße 80  
40229  
Düsseldorf

Haus Weissenburg  
Betreutes Wohnen nach §39  
Frau  
U. Königs  
Ulmenstraße 2  
40476  
Düsseldorf

Zukunft leben GbR  
Betreutes Wohnen für psychisch Kranke  
Frau M. Hartleif/ Herr S. Hekermann  
Fichtenstraße 75  
40233  
Düsseldorf

a&i Arbeit & Integration e.V.  
Frau  
Maibach  
Bergische Landstraße 2  
40629  
Düsseldorf

FairDienst gGmbH  
Herr  
J. Schmitz  
Geschwister-Aufricht-Straße 2  
40489  
Düsseldorf

DEKRA Akademie GmbH  
Aus- und Weiterbildungszentrum, Fachbereich L+T  
Herr  
Dipl.-Psych. J. Binsfeld  
Stresemannstr. 43  
40210  
Düsseldorf

**Name und Anschrift der Einrichtungen, auf die sich die Angaben zur Versorgungssituation beziehen (in alphabetischer Reihenfolge)**

**Art der Einrichtung**

Arbeit und Beschäftigung

arbeit + integration, Feststellungsmaßnahme und berufl.  
Eingliederungsmaßnahme, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

Dekra Akademie, Stresemannstraße 43, 40210 Düsseldorf

Integrationsfachdienst Vermittlung AWO Vita gGmbH, Schlossallee 12c,  
40229 Düsseldorf

Integrationsfachdienst, Begleitung für psychisch Kranke AWO Vita gGmbH,  
Schlossallee 12c, 40229 Düsseldorf

renatec Gesellschaft, Ellerkirchstraße 80, 40229 Düsseldorf,

berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme

renatec Gesellschaft, Ellerkirchstraße 80, 40229 Düsseldorf, therapeutische  
Beschäftigung

Bewo

Ambulante Dienste, SKM gGmbH, Weißenburgstraße 17, 40476 Düsseldorf

Ambulantes Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen,  
Gesundheitsamt, Psychiatrischer und Neurologischer Dienst, SPZ, Betreutes  
Wohnen, Willi-Becker-Allee 10, 40227 Düsseldorf

Beratungsstelle für Psychotherapie e.V., Berliner Allee 32, 40212 Düsseldorf

Betreutes Wohnen für psychisch Behinderte, Vita gGmbH, Schlossallee 12b,  
40229 Düsseldorf

Betreutes Wohnen für Suchtkranke und psychisch Kranke, Diakonie in  
Düsseldorf, Langerstraße 20a, 40233 Düsseldorf

Betreutes Wohnen, Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Düsseldorf e.V.,  
Kölner Landstraße 169, 40591 Düsseldorf

ELAN, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

Kaiserswerther Diakonie Sozialpsychiatrische Hilfen, Betreutes Wohnen für  
psychisch Kranke, Alte Landstraße 179t, 40489 Düsseldorf

Zukunft leben, Fichtenstraße 75, 40233 Düsseldorf

Institutsambulanzen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Florence Nightingale  
Krankenhaus, Institutsambulanz, Zeppenheimer Weg 7, 40489 Düsseldorf

Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, Institutsambulanzen

Verhaltenstherapeutische Einrichtung, Universitätsstraße 1 (Geb. 23.03),  
Ebene 01, 40225 Düsseldorf

Kliniken

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Florence Nightingale  
Krankenhaus, Zeppenheimer Weg 7, 40489 Düsseldorf

Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, vollstationärer Bereich

Kontakt- und Beratungsstellen

Kaiserswerther Diakonie Soziopsychiatrische Hilfen, Kontakt- und  
Beratungsstelle KUBS, Alte Landstraße 179t, 40489 Düsseldorf

Kontakt- und Beratungsstelle des Gesundheitsamtes, Talstraße 74, 40217  
Düsseldorf

SPZ Beratungstreff AWO, Schollallee 12c, 40229 Eller

Rehabilitation	Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, Rehabilitation
SPD	Sozialpsychiatrischer Dienst, Willi-Becker-Allee 10, 40227 Düsseldorf
Tageskliniken	Johanniter-Tagesklinik der Kaiserswerther Diakonie gGmbH, Frankfurter Straße 229, 40595 Düsseldorf  Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Florence Nightingale Krankenhaus, Tagesklinik, Zeppenheimer Weg 7, 40489 Düsseldorf  Rheinische Kliniken Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, teilstationärer Bereich
Tagesstätten	Tagesstätte der Vita gGmbH der Arbeiterwohlfahrt D'dorf e.V., Schlossallee 12a, 40229 Düsseldorf  Tagesstätte des Gesundheitsamtes, Talstraße 64, 40217 Düsseldorf
Wohnheime	Haus Bethanien, Kleinschmitthäuser Weg 54, 40468 Düsseldorf  Kaiserswerther Diakonie Sozialpsychiatrische Hilfen, Wohnheim Anna-Höltje-Haus, Zeppenheimer Weg 9, 40489 Düsseldorf  Paul Gerlach Haus, AWO, Büllenkothenweg 49, 40229 Düsseldorf  Übergangswohnheim "Altes Pastorat", St. Göres Str. 41, 40489 Düsseldorf

## Angaben zu den Einrichtungen

In dem nachfolgenden Feld können Sie die **Einrichtung** mit eigenen Worten **beschreiben**. Hier können Sie hervorheben, was Ihnen in der Darstellung Ihrer Einrichtung wichtig ist.

Die Einrichtungen konnten stichpunktartig oder in kurzen Sätzen auf die Frage antworten oder auf bereits bestehendes Material verweisen. Die Antwortformate sind deshalb jeweils verschieden und nicht vergleichbar. Die Angaben dienen einer ersten Information über die Einrichtung. Wenn Sie weitere Fragen oder Auskünfte wünschen, wenden Sie sich direkt an den Anbieter.

## Kliniken

### Kaiserswerther Diakonie, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zeppenheimer Weg 7, 40489 Düsseldorf, 0211-409-0

Auszug aus dem Qualitätsbericht 2004

Medizinisches Leistungsspektrum der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Florence-Nightingale-Krankenhaus wurde von Theodor Fliedner 1852 als „Heilanstalt für gemütskranke Frauen“ gegründet und wurde als eine der ersten psychiatrischen Krankenanstalten in ein Allgemeinkrankenhaus integriert. Seit 1974 gehört die Klinik zu den Mitgliedern der für die Psychiatriereform in Deutschland maßgeblichen Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie.

Die Klinik verfügt über 5 Stationen mit 80 stationären Betten und über 35 tagesklinische Behandlungsplätze. Es wird das Gesamtspektrum seelischer Erkrankungen und Störungen behandelt.

Dazu gehören vor allem:

- Patienten mit organisch begründbaren und symptomatischen psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen
- Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen infolge psychotroper Substanzen, die mit Suizidalität und dem Auftreten psychotischer Symptome einhergehen.
- Patienten die an schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen sowie wahnhaften Störungen leiden
- Patienten mit affektiven Störungen (manische und depressive Syndrome)
- Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- Patienten mit Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen
- Patienten mit seelischen Störungen bei vorliegender Intelligenzminderung

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Im Haus Johannisberg findet sich die geschlossene Aufnahmestation. Diese dient auch zur Erfüllung der Aufnahmepflicht hinsichtlich unseres Versorgungsauftrags für den Düsseldorfer Norden.

Außerdem ist im Haus Johannisberg eine allgemeinpsychiatrisch-psychotherapeutische Station mit einem verhaltenstherapeutischen Behandlungsschwerpunkt für Angst- und Zwangsstörungen eingerichtet.

Die Depressionsstation (Haus im Park) steht Patienten mit einer depressiven Symptomatik offen. Patienten mit depressiven Störungen aller diagnostischen und ursächlichen Kategorien werden dort mit Hilfe einer mehrdimensional angelegten Therapie behandelt. Schwerpunktmäßig werden dort auch therapieresistente oder verzögert verlaufende depressive Syndrome behandelt. Bei diesen Patienten wenden wir auch die Elektrokonvulsionstherapie an. Die geschieht in Zusammenarbeit mit unserer anästhesiologischen Abteilung. Im Jahr 2004 haben wir 20 Patienten mit der Elektrokonvulsionstherapie behandelt. Bei jedem Patienten umfasste diese Therapie 12-15 Einzelsitzungen.

In der milieutherapeutischen Station im Haus im Park erfolgt die Behandlung von Patienten mit subakuten psychotischen und affektiven Krankheitsbildern. Es werden auch Kriseninterventionen bei suizidalen oder parasuizidalen Dekompensationen durchgeführt.

Im Landhaus gibt es eine Spezialstation für Patienten mit sub- und postakuten schizoaffektiven und schizophrenen Störungen sowie für Patienten mit Doppeldiagnosen (z.B. einer Kombination von Psychose und Suchterkrankung).

Weitere Leistungsangebote der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie:

In der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Waldhaus) wurden im Jahr 2004 insgesamt 185 Patienten im wesentlichen aus dem näheren Umkreis behandelt (Gesamt: 7454 Behandlungstage). Die Tagesklinik bietet ein differenziertes gruppenpsychotherapeutisches Konzept, das sich an Patientinnen und Patienten wendet, die an Neurosen, schweren Persönlichkeitsstörungen sowie an Anpassungsstörungen, aber auch an psychotischen und affektiven Erkrankungen nach Abklingen der Akutsymptomatik leiden.

In der sozialpsychiatrisch orientierten Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurden im Berichtszeitraum 1277 Patienten behandelt, die größtenteils mehrfach vorstellig wurden. Diese, zumeist an schizophhrenen und schwer verlaufenden affektiven Störungen sowie an gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern leidenden Menschen erfahren in der Institutsambulanz eine eingehende individuelle Betreuung. Das Umfeld der Patienten wird in die Behandlung miteinbezogen. Es finden Familiengespräche sowie Konferenzen mit anderen, an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen statt. Somit ist die psychiatrische Institutsambulanz ein wichtiger Knotenpunkt in einem umfassenden sozialpsychiatrischen Netzwerk.

Für die Patienten der anderen Kliniken des Florence-Nightingale-Krankenhauses stehen wir für psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Konsile zur Verfügung.

### **Rheinische Kliniken Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, 0211-922-0

Auszug aus dem Qualitätsbericht nach §137 SGB V Berichtsjahr 2004

Die Rheinischen Kliniken Düsseldorf in Trägerschaft des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) sind zugleich psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Fachklinik und Universitätsklinik mit Aufgaben in Forschung und Lehre. Im Jahr 1876 als Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt gegründet, ist die Klinik seit 1907 mit der Akademie für Praktische Medizin bzw. ihre Nachfolgeinstitutionen, heute der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vertraglich verbunden. Die Rheinischen Kliniken Düsseldorf nehmen die psychiatrisch-psychotherapeutische Pflichtversorgung für 520.000 der insgesamt 600.000 Einwohner der Stadt Düsseldorf wahr (ausgenommen sind die nördlichen Stadtteile Angermund, Kaiserswerth, Kalkum, Lichtenbroich, Lohausen, Stockum und Unterrath). Darüber hinaus ist aufgrund der universitären Funktion der Kliniken ein überregionaler Versorgungsanteil zu verzeichnen. Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ist für ein Pflichtversorgungsgebiet von ca. 1,9 Millionen Einwohnern zuständig, das neben dem Stadtgebiet Düsseldorf den Kreis Mettmann umfasst.

Die Aufgaben der Rheinischen Kliniken Düsseldorf umfassen:

- ärztliche, pflegerische und medizinisch-rehabilitative Leistungen, die sie durch stationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Behandlungen erbringen, Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern;
- die Wahrnehmung von Aufgaben in Forschung und Lehre;
- die Wahrnehmung von Aufgaben in der ärztlichen Weiterbildung;
- den Betrieb für das Krankenhaus notwendiger Ausbildungseinrichtungen;
- den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung.

Der derzeitige Bestand 2005 beträgt 674 Betten bzw. Plätze, davon sind 601 KHG-gefördert (499 vollstationär, 102 teilstationär). Die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf entspricht dem Fachbereich Psychiatrie und Neurologie. Sie umfasst vier Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie (AP I und II, Gerontopsychiatrie und Suchtkrankheiten mit insgesamt 480 Betten/Plätzen), eine Abteilung für Rehabilitation (73 Betten/Plätze) sowie eine Abteilung für Neurologie (36 Betten). Ihr steht der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie als Fachbereichsarzt vor. Daneben halten die Rheinischen Kliniken Düsseldorf eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (42 Betten/Plätze) sowie die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit (mit 43 Betten/Plätzen) vor. Diese Klinik wird vom Lehrstuhlinhaber für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie geführt.

Zusätzlich zu den stationären Bereichen werden mehrere Tageskliniken und ambulante Einrichtungen wie Vorschaltambulanz, Institutsambulanzen und Poliklinik betrieben.

Ein mit Unterstützung des Bundesforschungsministeriums (BMBF) eingerichtetes Früherkennungszentrum (FEZ) dient der Frühdiagnostik und Frühintervention bei psychischen Erkrankungen. Weiterhin sind eine Schule für Kranke sowie eine Krankenpflegeschule vorhanden.

Seit dem 1. Februar 1998 ist das städtische Pflichtversorgungsgebiet in drei Sektoren mit jeweils zugehörigem Sozialpsychiatrischem Zentrum aufgeteilt, denen in den allgemeinspsychiatrischen Abteilungen AP I und II

entsprechende Aufnahmestationen und Tageskliniken zugeordnet sind. Zielsetzung ist die Verbesserung der Behandlungskontinuität, vor allem für Patienten mit wiederholten Klinikaufnahmen.

Um die Schwelle der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote zu senken und dem Prinzip wohnortnaher Versorgung stärker Rechnung zu tragen, werden einige tagesklinische und ambulante Angebote in die Versorgungssektoren der Stadt Düsseldorf ausgelagert. Erste dezentrale Versorgungseinrichtung ist die an sieben Tagen der Woche geöffnete Tagesklinik Moorenstraße auf dem Gelände des Universitätsklinikums (inkl. Ambulanz und konsiliarärztlichem Dienst). Für zwei weitere Tageskliniken und Ambulanzen sowie ein gerontopsychiatrisches Zentrum wird ein Neubau auf dem Gelände des Universitätsklinikums vorbereitet.

Auf dem Klinikgelände an der Bergischen Landstraße steht der Umzug einer weiteren Tagesklinik nebst Ambulanz an den Rand des Klinikgeländes in denkmalgeschützte Gebäude vor der Eröffnung. Weiterhin sind Neubauten der Tagesklinik für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für die Bewohner der Rehabilitationsabteilung auf dem Klinikgelände begonnen worden.

Durch die enge Verknüpfung zwischen Versorgung, Forschung und Lehre sowie durch das intensive Engagement im Bereich Qualitätsmanagement der Rheinischen Kliniken Düsseldorf werden wichtige klinische Forschungsergebnisse gewonnen und für die Patienten nutzbar gemacht.

Ein gutes Beispiel für diese Verknüpfung bietet das Kompetenznetz Schizophrenie, dessen Sprecher der Ärztliche Direktor der Klinik ist und dessen Netzwerkzentrale an der Klinik angesiedelt ist. Das Kompetenznetz Schizophrenie ist ein bundesweiter Verbund von etwa 50 Forschungsinstitutionen, Kliniken der Routineversorgung und Praxisverbänden, die mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) seit 1999 annähernd 30 inhaltlich und methodisch eng aufeinander abgestimmte Forschungsprojekte durchführen (weitere Informationen unter: [www.kompetenznetz-schizophrenie.de](http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de)). Inhaltliches Ziel ist die Optimierung der Früherkennung und –behandlung, der Akut- und Langzeittherapie sowie der Rehabilitation schizophrener Störungen. Strukturell sollen Kompetenzen aus Forschung und Versorgung zusammengeführt werden, um der Forschung unmittelbare Impulse aus der Versorgung zu geben und neue Forschungsergebnisse rascher in die Versorgungspraxis zu transferieren. Zu diesem Zweck werden in der seit Mitte 2005 laufenden 3. Förderperiode die bisherigen Ergebnisse der Forschungsprojekte für den Transfer in die Versorgung aufbereitet und u.a. in entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote übersetzt.

Die Rheinischen Kliniken Düsseldorf beschäftigen sich seit längerem mit Fragestellungen zur Qualitätssicherung, unter anderem im Rahmen diverser Forschungsprojekte. Der Leitende Arzt der Klinik ist Leiter des Referates Qualitätssicherung/Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

Gemeinsam mit dem Krankenhausträger und den neun anderen Rheinischen Kliniken erfolgt derzeit die systematische Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in Anlehnung an das Modell der European Federation of Quality Management (EFQM). An dem eigens gegründeten Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement, der dieses Projekt koordiniert und begleitet, sind die Rheinischen Kliniken Düsseldorf durch den Vorsitz des Leitenden Arztes federführend beteiligt.

Ein wichtiger, im Leitbild verankerter Schwerpunkt der Arbeit der Rheinischen Kliniken Düsseldorf liegt in der Aufklärung der Bevölkerung über Wesen und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen mit dem Ziel, Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener und ihrer Angehöriger in der Gesellschaft abzubauen.

Seit dem Jahr 2000 wird ein vom BMBF unterstütztes Forschungsprogramm zur Öffentlichkeitsaufklärung durchgeführt. Dieses deutsche Teilprogramm eines weltweiten Aufklärungsprogramms des Weltverbandes für Psychiatrie (World Psychiatric Association; WPA) wird in sieben Projektzentren in Deutschland unternommen und durch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf koordiniert und evaluiert. Schirmherr dieses Programms mit dem Namen „Open the doors“ in Düsseldorf ist Herr Oberbürgermeister Joachim Erwin. Durch Bevölkerungsbefragungen in Düsseldorf und fünf weiteren deutschen Großstädten konnte die Wirksamkeit und positive Zwischenbilanz dieses Aufklärungsprogramms nachgewiesen werden.

Diese Erfolge trugen zur Initiierung des „Nationalen Programms zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen“ bei, einer Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN), des Antistigma-Vereins Open the doors e.V. unter Mitwirkung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und unter Schirmherrschaft von Frau Bundesgesundheitsministerin Schmidt.

Zum Leistungsangebot und dem öffentlichen Ansehen der Klinik tragen die Wahrnehmung öffentlicher Ämter und Funktionen der ärztlichen Leitungen sowie vielfältige sonstige Aktivitäten bei. Dazu gehören unter anderem die Funktionen des Leitenden Arztes als Präsident elect der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), als Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, als Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP) sowie in verschiedenen Funktionen im Weltverband der Psychiatrie (WPA), z.B. Vorsitzender des deutschen Antistigma-Vereins „Open the doors“ oder als Vorsitzender des Section on Schizophrenia.

Von der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gehen zentrale Impulse für die ärztliche psychosomatische und psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung in der Region aus. Die Kooperation mit dem Institut für Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und Psychosomatik Düsseldorf sowie mit der Akademie für Psychoanalyse und Psychosomatik Düsseldorf gewährleisten den Wissenstransfer in die Praxis. Durch die von der Stadt und dem Land geförderten Projekte zur Vorbeugung von Gewalt in Grundschulen (Faustlos) nimmt die Klinik auch Funktionen im Bereich der Prävention wahr.

In diesem Zusammenhang gehören weiterhin Aktivitäten, die sich über viele Jahre hinweg aus der Klinik heraus mit wesentlicher Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt haben, zum Beispiel die traditionelle Laienhelferorganisation elan e.V. mit der Aktion Robinson als Träger von zwei Patientenclubs und einer Wohngemeinschaft, der Verein a&i Arbeit und Integration e.V. als Träger einer Integrationsfirma (Betrieb der Klinik-Cafeteria) und von Integrationsmaßnahmen im Auftrag des Arbeitsamtes, der Club 75 mit seinem in Selbsthilfe organisierten Angebot für Menschen mit Suchtproblemen, die Nervenärztliche Gesellschaft Düsseldorf e.V. als Zusammenschluss von niedergelassenen Psychiatern/Nervenärzten und Klinikärzten, die Alzheimer-Gesellschaft, sowie die als Elterninitiative geführte Tageseinrichtung Kicherbohne e.V.

## **Johanniter-Tagesklinik**

Frankfurter Straße 229, 40595 Düsseldorf, 0211-703008-09

Auszug aus dem Flyer der Klinik

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Wer wir sind

Die Johanniter-Tagesklinik Düsseldorf ist eine eigenständige teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtung des Johanniterordens, die seit 1984 besteht und in der 30 Behandlungsplätze zur Verfügung stehen.

An wen sich unser Angebot richtet

Unser Therapieangebot wendet sich an Menschen, die sich in einer akuten Krise befinden oder an einer psychischen Erkrankung leiden. Darunter fallen beispielsweise

- Depressionen
- Angst- und Panikerkrankungen
- Zwangsstörungen
- Psychosen
- Persönlichkeitsstörungen
- psychosomatische Beschwerden

Manchmal reicht in solchen Fällen eine ambulante Therapie nicht aus, aber eine vollstationäre Behandlung ist auch nicht oder nicht mehr erforderlich. Hier setzt unser Angebot an.

Die Vorteile einer Tagesklinik

Der Aufenthalt in einer Tagesklinik verknüpft die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einer vollstationären Behandlung mit der Aufrechterhaltung der sozialen Bindungen. Außerhalb der Behandlungszeiten verbleiben Sie in Ihrer gewohnten Umgebung in das Alltagsgeschehen eingebunden. So können Sie aktuell auftretende Konflikte direkt mit uns besprechen und im therapeutischen Rahmen bearbeiten.

Was wir anbieten

Ihr Programm beginnt montags bis freitags um 8:30 Uhr und endet um 16:30, freitags um 14:30.

Am Aufnahmetag stellen wir gemeinsam mit Ihnen ein individuell auf Sie zugeschnittenes Behandlungsprogramm zusammen. Dieses umfasst u.a.

- Ärztliche Diagnostik und Therapie
- Medikamentöse Behandlung
- Einzelgespräche
- Gesprächsgruppen
- Familien-/Paargespräche
- Musiktherapie
- Sozialtraining mit Rollenspiel
- Ergotherapie (u.a. gestalterisches Arbeiten mit verschiedenen Techniken und Materialien wie Holz und Ton)
- Entspannungstraining
- Bewegungstherapie
- Schwimmen
- Lichttherapie

Darüber hinaus bieten wir zur besseren Bewältigung des Alltags- und Berufslebens

- Sozialberatung
- Haushaltstraining

An jedem Mittwoch Nachmittag finden Außenaktivitäten statt, die Sie gemeinsam mit einzelnen Teammitgliedern planen und durchführen. Hierzu gehören etwa

- Besuch von Ausstellungen
- Museumsbesuche
- Bowling
- Spaziergänge

In den therapiefreien Zeiten während der Behandlung haben Sie immer wieder Gelegenheit, sich mit anderen Patienten auszutauschen, die oft ähnliche Erfahrungen gemacht haben wie Sie.

Wir sind für Sie da

Unser therapeutisches Team besteht aus 11 Mitarbeitern und setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen

- 3 Ärzte/-innen für Psychiatrie und Psychotherapie
- 1 Diplom-Psychologe mit psychoanalytischer Ausrichtung
- 3 Krankenschwestern
- 2 Ergotherapeuten/-innen
- 1 Sozialarbeiterin
- 1 Musiktherapeutin

Wie erfolgt die Anmeldung?

Nach telefonischer Kontaktaufnahme laden wir Sie zu einem Vorgespräch mit einem unserer Ärzte ein. In diesem Gespräch klärt der Arzt die Voraussetzung für die Behandlung und legt mit Ihnen das Therapieziel sowie den Aufnahmezeitpunkt fest.

Die Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse wird am Aufnahmetag von uns geregelt, die Fahrtkosten werden von der Kasse übernommen.

## **Verhaltenstherapeutische Einrichtung, Hochschulambulanz des Psychologischen Instituts der Heinrich-Heine-Universität**

Universitätsstraße 1 (Geb. 23.03), 40225 Düsseldorf, 0211-811 3529

Auszug aus dem Flyer der Ambulanz

### Die Einrichtung

Die Verhaltenstherapeutische Einrichtung (VTE) ist eine psychologisch-psychotherapeutische Einrichtung der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Hier können Menschen mit psychosozialen Problemen (psychisch bedingten Erkrankungen) eine qualifizierte und ambulante psychotherapeutische Behandlung erhalten. Unser Angebot richtet sich an Patienten und Patientinnen ab 18 Jahren mit depressiven Störungen, Angststörungen (z.B. Panik, Phobien, sozialen Ängsten), Zwangsstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Ess-Störungen (Magersucht, Bulimie, Adipositas), chronischen Schmerzen und psychischen Problemen bei chronischen Erkrankungen.

### Die Mitarbeiter

Die Mitarbeiter der VTE sind Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, die sich durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Behandlung spezifischer Störungsbilder qualifiziert haben. Die langjährige Verbindung zwischen Praxis und Forschung innerhalb der Einrichtung sichert, dass die Behandlungen gemäß den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführt werden. Dabei ist in der Einrichtung ein Qualitätssicherungssystem etabliert worden, dass die Behandlung routinemäßig begleitet. Dieses besteht in der kontinuierlichen Betreuung der Therapien durch Supervisoren und in der Anwendung und Auswertung von Fragebögen.

### Die Behandlung

Das therapeutische Angebot wird auf den jeweiligen Patienten/Patientin individuell abgestimmt. Hierzu ist eine intensive Diagnostikphase notwendig. Im Anschluss daran wird eine Therapieplanung erstellt, die Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin mit Ihnen bespricht. In der Regel wird die psychotherapeutische Behandlung in Form von Einzelbehandlungen durchgeführt. Die Sitzungen finden einmal wöchentlich statt und dauern 50 Minuten. Bei

einigen Störungsbildern bietet sich auch eine zusätzliche Gruppenbehandlung an. Für alle Therapien gilt: Die konkreten Behandlungsschritte sowie die Behandlungszeiten spricht Ihr Therapeut bzw. Ihre Therapeutin zum Zeitpunkt des Therapiebeginns mit Ihnen ab.

Die Kosten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Psychotherapie dann, wenn das zu behandelnde Problem bestimmte Kriterien erfüllt. Bis zu fünf Sitzungen übernimmt die Krankenkasse in jedem Fall. Diese dienen zur Abklärung einer Therapienotwendigkeit und Diagnostik. Ihr Therapeut / Ihre Therapeutin kann dann einen Therapieantrag bei Ihrer Kasse stellen. Die Kasse entscheidet dann über die Kostenübernahme.

## **Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt**

Willi-Becker-Allee 10, 40227 Düsseldorf, 0211-89 95391

Auszug aus dem Flyer „Psychiatrischer und Neurologischer Dienst“, Stand Februar 2003

Der sozialpsychiatrische Dienst ist ein wesentlicher Baustein der gemeindenahen Versorgung psychisch kranker Menschen. Wir sind Anlaufstelle für Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger, die für sich oder ihre Angehörigen Unterstützung suchen. Wir beraten und bieten im Rahmen des PsychKG NRW vorbeugende und nachsorgende Hilfen an.

Wir beraten  
bei psychischen und psychiatrischen Problemen.

Wir informieren  
über psychiatrische und neurologische Krankheitsbilder.

Wir unterstützen  
in Krisenzeiten und helfen Lösungen zu erarbeiten.

Wir vermitteln zu  
Fachberatungsstellen, Fachärztinnen und Fachärzten,  
Psychotherapeuten und Kliniken.

Wir bieten  
persönliche Beratung in unseren Beratungsstellen,  
Hausbesuche, Gesprächsgruppen und offene Treffs.

## **Kontakt- und Beratungsstellen**

### **SPZ Beratungstreff der AWO Vita gGmbH**

Schlossallee 12c, 40229 Düsseldorf, 0211-60025-380

Auszug aus dem Verwendungsnachweis über die Zuwendungen 2003

Das Sozialpsychiatrische Zentrum der AWO Vita übernimmt die Beratung und Betreuung psychisch Kranker und behinderter Menschen, deren Angehörige sowie des Lebensumfeldes. Der niederschwellige Zugang zum Hilfesystem, die Unterstützung in Krisensituationen, die Vermittlung von Freizeit- und Kontaktangeboten, die Information über das Hilfesystem sowie der Aufbau eines individuell gestalteten Netzwerks werden durch den Beratungstreff sowie die anderen Angebote des Sozialpsychiatrischen Zentrums sichergestellt. Die Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen untereinander ist genauso wichtig wie die Zusammenarbeit mit den anderen Trägern psychiatrischer Einrichtungen.

### **Kontakt- und Beratungsstelle des Gesundheitsamtes**

Talstraße 74, 40217 Düsseldorf, 0211-89 92952

freier Text

Das Sozialpsychiatrische Zentrum (SPZ) des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf ist zuständig für den Sektor Düsseldorf Mitte und West. Zum SPZ gehören drei Einrichtungen:

- die Kontakt- und Beratungsstelle mit dem Kontaktcafé
- die Tagesstätte

□ das Betreute Wohnen

Das SPZ richtet sein Angebot an chronisch psychisch kranke Menschen, ihre Freunde und Angehörige. Die Klienten leiden überwiegend an:

- I. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis
- II. affektive Psychosen und schizoaffektive Störungen
- III. Neurosen und anderen z.T. schweren Persönlichkeitsstörungen
- IV. schweren Anpassungsstörungen.

Die Lebenssituation der Klienten ist in der Regel auf Grund der Chronifizierung der Erkrankung durch vielfachen Mangel gekennzeichnet: Es fehlen soziale und familiäre Kontakte, Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten und Fähigkeiten mit den geringen finanziellen Mitteln hauszuhalten. Die Betroffenen sind somit häufig sozial, medizinisch und beruflich rehabilitationsbedürftig.

### **Die Kontakt- und Beratungsstelle**

Die Beratungsstelle bietet psychisch Kranken, die keiner regelmäßigen Beschäftigung oder therapeutischen Maßnahme nachgehen können ein tagesstrukturierendes Angebot. Wesentlich ist hierbei der niedrigschwellige Zugang zum Hilfsangebot.

Ein Schwerpunkt der Arbeit ist das regelmäßige Gruppenangebot (Koch- und Frühstücksguppen, Sport-, Gesprächs-, Mal- und Freizeitgruppen). In diesen Gruppen wird die Alltagsautonomie durch Einüben lebenspraktischer Fertigkeiten wie Haushaltsführung, Freizeitgestaltung und soziale Kommunikation gefördert. Ein weiterer Schwerpunkt ist unser Beratungsangebot, das ebenfalls niedrigschwellig und besucherfreundlich organisiert ist. Die Themen der Beratungsarbeit sind vielfältig: Die psychiatrische Erkrankung und die daraus resultierenden sozialen und familiären Probleme werden ebenso besprochen wie berufliche, soziale und medizinische Rehabilitationsmöglichkeiten und weiterführende Therapieangebote.

Das zur Verfügung stehende Kontaktcafé dient als Kommunikations- und Spieletreff, hier finden außerdem regelmäßig Malereiausstellungen und Literaturveranstaltungen statt. Mit diesen Veranstaltungen wollen wir die Einrichtung öffnen und ein Forum schaffen für das schöpferische Potenzial unserer Besucher.

### **Kontakt- und Beratungsstelle KUBS der Kaiserswerther Diakonie**

Alte Landstraße 179t, 40489 Düsseldorf, 0211-409-3651

freier Text

Partizipation durch Vollversammlungen, Durchführung von Angeboten in Eigenregie, Selbsthilfegruppen, Präventive Angebote: z.B. Psychose-Seminare, psycho-educative Gruppen, Niederschwelligkeit, gemeindepsychiatrischer Ansatz, die Kaiserswerther Diakonie ist Mitglied der EFQM, Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach DONABEDIAN, DIN ISO 9001:2000 und PPQ werden durchgeführt.

### **Tagesstätten**

#### **Tagesstätte der AWO Vita gGmbH**

Schlossallee 12a, 40229 Düsseldorf, 0211-600 25-842

freier Text

Unser Angebot richtet sich sowohl an psychisch behinderte Menschen, die wir bei der Vorbereitung im Hinblick auf ihr Ziel der beruflichen Wiedereingliederung (z.B. in einer WfaA) unterstützen, als auch an psychisch behinderte Menschen, bei denen der Erhalt des „Status Quo“ und die Verhinderung von Heim- und Klinikaufenthalten im Vordergrund stehen.

Unter dem Gesichtspunkt der Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in der Gesellschaft soll durch ein verbindliches tagesstrukturierendes Angebot der Isolation entgegengewirkt werden und erneute Klinikaufenthalte verhindert werden. Neben der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung und Freizeitgestaltung soll die Kontaktbereitschaft der langjährig psychisch behinderten Menschen gefördert werden. Vorhandene Kompetenzen des Einzelnen sollen gestärkt, verlernte Fähigkeiten wiedererlernt werden. Unser Anliegen ist die Steigerung der individuellen Lebensqualität.

Wir bieten Menschen mit psychischen Problemen eine verlässliche Tagesstruktur und unterstützen unsere Besucher in der Planung und Verwirklichung ihrer persönlichen Ziele. Abgestimmt auf die Fähigkeiten und persönlichen Interessen des Einzelnen steht den Besuchern der Tagesstätte ein vielfältiges Angebot zur Verfügung

Schwerpunkte unseres Angebotes sind:

- Ergotherapie:

Schwerpunkte: Holz- und Papierarbeiten, Arbeitsprojekte mit der Möglichkeit einer geringen Aufwandsentschädigung (z.B. 14-tägig Cafeteria)

- Hauswirtschaftstraining:  
Kochen, Einkaufen, Haushaltsplanung, Umgang mit Geld, Waschen
- Freizeitgestaltung:  
Computer- und Internettraining, themenzentrierte Gesprächskreise, Außenaktivitäten, Musik, Spiele, einmal jährlich: Bildungsfreizeit
- entlastende Einzelgespräche und individuelle Hilfeplanung im Rahmen des Bezugsbetreuungssystems

Wir verfolgen u.a. folgende Maßnahmen der Qualitätssicherung:

- regelmäßige Fall- und Teamsupervision
- regelmäßiger Besuch aller Mitarbeiter von Fortbildungen
- sukzessive Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs inklusive Arbeitshilfen
- Durchführung von Kundenbefragungen

## **Tagesstätte Gesundheitsamt**

Talstraße 64, 40217 Düsseldorf, 0211-38-50923

freier Text

Die Tagesstätte bietet einer festen Gruppe von Besuchern ein Programm zur kontinuierlichen Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen und Beschäftigungsmöglichkeiten. Sie ist damit eine teilstationäre Einrichtung im Sinne des § 100 BSHG.

Grundlage für die Aufnahme ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes und ein Grundantrag auf Sozialhilfe. Z.Zt. verfügt die TG über 15 Plätze, die von 23 Besuchern genutzt werden. Viele Besucher sind Teilzeitnutzer, d.h. sie sind z.B. nur an 3 Tagen anwesend. Die Verweildauer ist nicht festgeschrieben. Sie kann von 6 Monaten bis zu mehreren Jahren dauern.

Betreut werden die Besucher von einem multidisziplinären Team bestehend aus z.Zt. einem Sozialtherapeuten, einer Sozialarbeiterin und zwei Ergotherapeuten.

Charakteristisch für das teilstationäre Angebot der Tagesstätte ist ein verbindliches Tagesprogramm, das auf die individuellen Fähigkeiten des Einzelnen abgestimmt ist. Schwerpunkte der Arbeit sind ein gezieltes Hauswirtschaftstraining und die Arbeits- und Beschäftigungstherapie, wo gezielt eine schrittweise Steigerung der Belastungs- und Arbeitsfähigkeit trainiert werden. Der Besuch der Tagesstätte ist somit konzipiert als Vorbereitungsmaßnahme auf eine berufliche Rehabilitation und geht damit über den Auftrag der Kontakt- und Beratungsstelle, eine Tagesstruktur anzubieten, hinaus.

Im Einzelnen sind folgende Angebote zu nennen:

- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Hauswirtschaftstraining
- Ausführen von Auftragsarbeiten (mit Zuverdienstmöglichkeiten)
- Freizeitangebote
- Gesprächsgruppen
- Sportgruppe
- Bewegungs- und Gedächtnisspiele
- regelmäßige Trödelmärkte (wo u.a. die in der Ergotherapie gefertigten Sachen verkauft werden)
- soziales Kompetenztraining

Die Ziele der Arbeit sind:

- Strukturierung des Tages- und Wochenablaufs
- Förderung von Selbständigkeit und Autonomie
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- Vorbereitung auf die berufliche Rehabilitation
- Verbesserung der Lebensqualität

## **Betreutes Wohnen für psychisch Kranke**

### **Betreutes Wohnen für psychisch Behinderte der AWO Vita gGmbH**

Schlossallee 12b, 40229 Düsseldorf, 0211-60025 850

freier Text

Unser Angebot soll die Hilfeempfänger befähigen, ihr Leben in den zentralen Lebensbereichen Wohnen, Arbeiten, Partnerschaft und Freizeit selbständig und eigenverantwortlich zu gestalten, so dass sie möglichst

unabhängig von stationären, teilstationären und ambulanten Hilfen in der Gemeinde leben können. Art und Umfang der Hilfen richten sich nach dem individuellen Hilfebedarf. Das Angebot richtet sich in erster Linie an Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. Behinderung, steht aber auch Menschen offen, die darüber hinaus Verhaltensauffälligkeiten, eine körperliche Erkrankung/Behinderung, eine geistige Behinderung oder eine Suchterkrankung haben. Wichtig ist ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nach §§39ff-BSHG. Die individuelle Hilfe wird sowohl in Gruppenarbeit als auch in Einzelkontakten erbracht und erfolgt im Bezugspersonensystem. Für ältere Bewohner, die keinerlei Tages- und Wochenstruktur haben, bieten wir ein spezielles Gruppenangebot, da diese mit ihren besonderen Bedürfnissen bisher in keine offene Gruppe anzubinden waren.

## **Betreutes Wohnen der Diakonie in Düsseldorf**

Langerstrasse 20 a, 40233 Düsseldorf, Tel: 0211-7353-309

freier Text

Wir bieten Betreutes Wohnen in Form von Wohngemeinschaften und einzelbetreutem Wohnen an.

Wir halten unterschiedliche Angebote für Menschen vor, deren Primärdiagnose im Suchtbereich oder im Bereich einer psychiatrischen Erkrankung liegt. Hier soll im Schwerpunkt das Betreute Wohnen für psychisch Kranke beschrieben werden.

Das Betreute Wohnen ist ein Bestandteil der ambulanten Eingliederungshilfe. Die Zielgruppe besteht aus suchtkranken und/oder psychisch kranken erwachsenen Frauen und Männern, die eine mittel- oder langfristige ambulante Hilfe und/oder Betreuung benötigen. Es liegt eine seelische Behinderung in Folge einer Suchterkrankung oder einer psychischen Erkrankung vor. Gesetzlich wird die Zielgruppe im § 53 ff SGB XII beschrieben. Die Betroffenen sind in Folge ihrer seelischen Behinderung in ihren Möglichkeiten zur selbständigen Lebensführung wesentlich beeinträchtigt, benötigen aber nicht mehr oder noch nicht das betreuungsintensivere bzw. strukturiertere Angebot einer stationären Behandlung. Ziel aller Maßnahmen im Betreuten Wohnen ist es, den Klienten ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben in sozialer Sicherheit zu ermöglichen. Dabei sollen die vorhandenen Ressourcen und Selbsthilfepotentiale der Klienten genutzt und gefördert werden.

Das Angebot richtet sich an erwachsene psychisch kranke Menschen, die vorübergehend oder auf Dauer Hilfe und Unterstützung benötigen um selbständig wohnen zu können. Hierbei handelt es sich um Menschen, die nicht mehr oder noch nicht den strukturierten Rahmen einer Klinik oder eines stationären Wohnheims bedürfen. Bei der psychischen Beeinträchtigung handelt es sich um eine Erkrankung aus folgenden Bereichen:

Schizophrenie (ICD 10 F 20 ff)  
Affektive Störungen (ICD 10 F 30 ff)  
Schwere neurotische Störungen (ICD 10 F 40 ff)  
Essstörungen (ICD 10 F 50 ff)  
Persönlichkeitsstörungen (ICD 10 F 60 ff)

Die spezifische psychische Erkrankung geht für den Betroffenen mit Funktionsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Der individuelle Status der Erkrankung ist sehr unterschiedlich, entsprechend sind die Betreuungs- und Unterstützungskonzepte sehr verschieden.

Die Betreuung

Im Verlauf des Aufnahmeverfahrens wird mit jedem Betreuten die Suchtgeschichte bzw. die psychische Erkrankung und die aktuelle soziale und berufliche Situation gründlich besprochen (Anamneseerstellung / Hilfeplan).

Darauf aufbauend wird anschließend zusammen mit dem Betreuten ein differenzierter, individueller Hilfeplan erstellt, der verschiedene Schwerpunkte hat und individuelle Betreuungsziele festlegt. Dazu gehören unter anderem:

Wohnen  
Suchtmittelfreie Wohnungen, Rückfallprophylaxe (im Bereich Betreutes Wohnen Sucht)  
Unterstützung und Förderung der lebenspraktischen Fähigkeiten (Einkauf, Ordnung im eigenen Wohnbereich, Geldeinteilung)  
Hauswirtschaftliches Training  
Regelung von finanziellen Angelegenheiten

Arbeit und Beschäftigung  
Entwicklung einer geeigneten Tagesstruktur (ggf. Vermittlung in entsprechende Stellen, wie Sozialpsychiatrische Zentren, Werkstätten, RehaMaßnahmen, etc)  
Unterstützung bei der schulischen und beruflichen Weiterentwicklung  
Unterstützung und Motivation bei der Arbeitsplatzsuche und bei auftretenden Schwierigkeiten am Arbeitsplatz

Freizeit  
Angebote zur Strukturierung des Alltags und Freizeitgestaltung  
Unterstützung bei der Freizeitgestaltung

Soziale Beziehungen  
Förderung von Selbständigkeit und von sozialen Beziehungen  
Verbesserung der sozialen Kontaktfähigkeit durch Reflexion in Gruppen- und Einzelarbeit  
Stärkung der Eigenverantwortung, der Selbständigkeit und der Fähigkeit, sich abzugrenzen  
Unterstützung und Verbesserung der Fähigkeiten, in einer Gemeinschaft mit anderen Menschen zu leben und Freundschaften zu knüpfen  
ggf. Kontaktaufbau zur (Herkunfts-)Familie

Gesundheit/Psychische Erkrankung/Suchterkrankung  
Krisenintervention, Hilfestellung und Unterstützung in akuten Krankheitsphasen  
Unterstützung zur schulischen und beruflichen Weiterentwicklung  
Hilfe in Krisensituationen  
Rückfallprävention  
Unterstützung beim Auszug bei erfolgreicher Beendigung der Maßnahme

Die Betreuung wird laufend reflektiert und auf die vereinbarten Ziele hin überprüft. Der Hilfeplan wird dem Betreuungsverlauf entsprechend laufend ergänzt. Die Betreuung umfasst methodisch verschiedene Formen, unter anderem werden angewendet:

Offene und themenzentrierte Gruppenarbeit  
Einzelfallarbeit  
Soziale Beratung  
Krisenintervention

In der Betreuung wird Wert auf personelle Kontinuität gelegt, das heißt, jeder Betreute hat einen Mitarbeiter als feste Bezugsperson und Ansprechpartner. In der Regel bleibt diese Zuständigkeit auch für die Dauer der Betreuung bestehen.

### **Betreutes Wohnen, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Düsseldorf e.V.**

Kölner Landstraße 169, 40591 Düsseldorf, 0211-2299-1191

freier Text

Zielgruppe des DRK – Kreisverband Düsseldorf e.V. als Träger des Betreuten Wohnens sind ältere, psychisch behinderte Menschen in der Regel ab 50 Jahren mit einem oft langjährigen chronifizierten Krankheitsverlauf sowie Sekundärerkrankungen (Doppeldiagnosen). Wir schließen damit eine Versorgungslücke in Düsseldorf, denn dieser Personenkreis wäre für die Aufnahme in einem Wohnheim für psychisch Behinderte zu alt und würde sich dort in der Minderheit befinden.  
Für die Aufnahme in Altenheimen wären diese Menschen zu jung; eine solche Maßnahme würde zudem ihre noch vorhandenen Ressourcen nicht fördern.

Unsere Klienten sind nicht pflegebedürftig oder nur leicht oder vorübergehend pflegebedürftig im Sinne des SGB XI und werden bei Bedarf durch einen Pflegedienst ihrer Wahl ambulant versorgt.

Ziel unseres Angebotes sind Training, Bewahrung und Ausbau alltagspraktischer Fähig- und Fertigkeiten zur Erarbeitung einer möglichst eigenständigen Lebensführung. Es erstreckt sich über die soziale Beratung, Unterstützung bei der Sicherung der medizinischen Versorgung, bis hin zur sozialen und/oder beruflichen Rehabilitation.

Im Laufe der Maßnahme wird geklärt, ob und mit welchen Mitteln der Hilfe die Klienten wieder selbständig leben können, andernfalls erhalten sie Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten stationären oder teilstationären Wohnform.  
Darüber hinaus besteht das Angebot des ambulant betreuten Wohnens in der eigenen Wohnung mit der gleichen Zielsetzung.

Die Arbeit der Mitarbeiter zielt ab auf die Erlangung und den Erhalt der psychischen Stabilität der Klienten zur Verhinderung von Klinikaufhalten und zur Ermöglichung einer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

### **Betreutes Wohnen, ELAN e.V.**

Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, 0211-922-2900, -1364

freier Text

Es handelt sich um eine Wohngemeinschaft im Sinne des ambulant betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen, die auf eine beschützende Wohnform angewiesen sind. Diese wurde 1977 durch den ELAN e.V. für neun Bewohner/-innen eingerichtet.

Die Ziele für Menschen dieser WG sind in erster Linie die Erhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit für die Tagesstruktur, der Kontakt mit Gleichgesinnten und zum sozialen Umfeld, Selbstständigkeit bei der Geldverwaltung und den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Über die Erarbeitung des individuellen Hilfeplans wird mit dem/der Einzelnen die vorhandenen Ressourcen erarbeitet und über Problematiken entsprechende Hilfe gesucht. Die Kosten werden über die Fachleistungsstunden individuell abgerechnet.

### **Betreutes Wohnen der Freien gemeinnützigen Beratungsstelle für Psychotherapie e.V.**

Berliner Allee 32, 40212 Düsseldorf, 0211-8800099

Betreutes Wohnen in Wohngemeinschaft, eigener Wohnung und Familie

- Hilfe zum selbstständigen Wohnen
- Gemeinschaftsangebote
- berufliche Orientierung
- Krisenintervention
- Hilfe zur Selbsthilfe
- tagesstrukturierende Hilfen

### **Betreutes Wohnen, Gesundheitsamt**

Willi-Becker-Allee 10, 40227 Düsseldorf, 0211-89-95321, -95397

freier Text

Das Ambulant Betreute Wohnen leistet Eingliederungshilfe zum selbstständigen Wohnen für dauerhaft wesentlich psychisch behinderte Menschen im Rahmen der §§ 53/54 SGB XII. Es handelt sich hierbei um ein Hilfsangebot, das der betreuten Person die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ermöglichen soll.

Das Angebot sollte daher nicht nur einzelne Lebensbereiche, sondern alle im Leben wichtigen Bereiche wie Wohnen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und soziale Beziehungen berücksichtigen und in Beziehung zur Gesellschaft und den dort vorherrschenden Lebensentwürfen stellen.

Die Betreuung kann erfolgen:

- in der eigenen Wohnung
- einer Wohngemeinschaft
- der elterlichen oder ehelichen Wohnung

Die Dauer der Betreuung ist grundsätzlich nicht zeitlich befristet, muss aber jährlich neu befürwortet werden.

Ziel des Betreuten Wohnens ist, dem Klienten eine eigenständige Lebensgestaltung weitestgehend unabhängig von professioneller Unterstützung zu ermöglichen. Hierbei orientiert sich die Betreuung maßgeblich am individuellen Lebensentwurf des Bewohners, seiner Fähigkeiten und Ressourcen.

Entsprechend den Leistungsvereinbarungen mit dem Kostenträger sind folgende Einzelziele zu nennen:

- I. Beseitigung, Milderung oder Verhütung von Verschlimmerung einer vorhandenen Behinderung oder deren Folgen
- II. Erhalt oder Beschaffung einer Wohnung
- III. eine möglichst selbständige Lebensführung
- IV. eine angemessene Tagesstruktur und Freizeitgestaltung
- V. Ausübung einer angemessenen Tätigkeit/eines angemessenen Berufs
- VI. Förderung der weitestgehenden Unabhängigkeit von Betreuung
- VII. Erweiterung von Kompetenzen (insbesondere in Bezug auf die Gesundheitserhaltung und -förderung)
- VIII. Mobilität und Orientierung
- IX. Konflikt- und Krisenbewältigung

Eine Konkretisierung der Ziele erfolgt im Rahmen des Aufnahmeverfahrens, in dessen Verlauf eine ausführliche Besprechung der aktuellen Lebenssituation und der Krankengeschichte erfolgt. Die so erstellte Anamnese stellt die Basis dar für den individuellen Hilfeplan, der die Betreuungsziele im Einzelnen benennt.

### **Betreutes Wohnen der Kaiserswerther Diakonie**

Alte Landstraße 179t, 40489 Düsseldorf, 0211-409-3625

freier Text

Hilfe zur Selbsthilfe, verhandeln statt behandeln, Ressourcenorientierung, Empowerment, soziotherapeutische Gruppen (bei WG-Betreuung), die Kaiserswerther Diakonie ist Mitglied der EFQM, Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach DONABEDIAN, DIN ISO 9001:2000 und PPQ werden durchgeführt.

### **Betreutes Wohnen SKM gGmbH, Ambulante Dienste**

Weißenburgstraße 17, 40476 Düsseldorf, 0211-469833-0

freier Text

Das Angebot BeWo für Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit und seelisch wesentlichen Beeinträchtigungen erfordert von alkoholabhängigen Menschen keine Abstinenz. Das Angebot ist geschaffen für Menschen, die auf den Konsum von Alkohol nicht verzichten wollen, dennoch für sich einen Hilfebedarf sehen. Viele leiden außer an ihrer Sucht auch an psychischen Erkrankungen, bzw. die psychische Erkrankung ist eine Folge der Sucht. Die Menschen werden angeleitet bzw. unterstützt in allen notwendigen Bereichen mit dem Ziel, so viel Verantwortung wie möglich für ihr Leben zu übernehmen, ohne überfordert zu werden. Die Suche nach Tagesstrukturierung ist ein wesentlicher Bestandteil der Hilfe. Einige Mitarbeiter haben eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung.

### **Betreutes Wohnen, Zukunft leben GbR**

Fichtenstraße 75, 40233 Düsseldorf, 0211-220 3868

freier Text

Unser Angebot richtet sich an psychisch erkrankte Erwachsene die in einer eigenen Wohnung leben oder in eine eigene Wohnung ziehen möchten. Gegenseitiger Respekt und partnerschaftliches Miteinander sind wichtige Pfeiler unserer Arbeit. Um den Betroffenen ein gutes professionelles Angebot zu machen sind bei uns ausschließlich Fachkräfte mit Erfahrung in der psychiatrischen Arbeit tätig. Wir sind Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AGpR) und Kooperationspartner des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf.

### **Wohnheime**

#### **Übergangswohnheim "Altes Pastorat", Kaiserswerther Diakonie**

St.-Göres-Str. 41, 40489 Düsseldorf, 0211-409-3655

Auszug aus dem Internetauftritt der Kaiserswerther Diakonie, Stand Oktober 2005

Das Übergangswohnheim ist eine Einrichtung zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation für junge Erwachsene mit psychischer Erkrankung. Es können auch Personen mit einer gleichzeitigen Suchtproblematik aufgenommen werden. Wenn Sie wiederholte psychiatrische Klinikaufenthalte hinter sich haben und nicht in der Lage sind selbständig Ihren Alltag zu bewältigen, dann helfen wir Ihnen neue Perspektiven zu entwickeln. Wir formulieren mit Ihnen Rehabilitationsziele, die im Rahmen eines Entwicklungsprozesses, mit Hilfe von unterschiedlichen Betreuungsangeboten und therapeutischen Maßnahmen, erreicht werden sollen. Die Maßnahme ist auf etwa zweieinhalb Jahre zeitlich begrenzt. Die Einrichtung verfügt insgesamt über 30 Plätze. Neun Plätze befinden sich in zwei stadtteilintegrierten Außenwohngruppen.

#### **Anna-Höltje-Haus, Kaiserswerther Diakonie**

Zeppenheimer Weg 9, 40489 Düsseldorf, 0211-409-3980

Auszug aus dem Internetauftritt der Kaiserswerther Diakonie, Stand Oktober 2005

Im Anna-Höltje-Haus bieten wir psychisch kranken Menschen, die ihre klinische psychiatrische Behandlung abgeschlossen haben und mehr Betreuung brauchen als es z. B. im Übergangwohnheim oder dem Betreuten Wohnen der Fall ist, ein dauerhaftes Zuhause. Mit individuell abgestimmten Betreuungsangeboten und Fördermaßnahmen unterstützen wir Sie in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit. Dabei orientieren wir uns an Ihren persönlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen. Das Anna-Höltje-Haus verfügt über 31 Plätze, die sich auf 4 Wohngruppen im Haus und einer Außenwohngruppe verteilen.

## **Haus Bethanien, Wohnheim für Frauen, Mitternachtsmission Düsseldorf Christlicher Dienst an Menschen mit Behinderungen e.V.**

Kleinschmitthäuser Weg 54, 40468 Düsseldorf, 0211-650446-11, -13

Auszüge aus der Konzeption, Stand 2000

### Zielgruppe

Das Haus Bethanien ist ein Wohnheim für volljährige Frauen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung zum Zeitpunkt der Heimaufnahme nicht selbständig leben können sowie einer individuellen Betreuung und einer Gemeinschaft bedürfen. Häufig anzutreffende Krankheitsbilder sind Psychosen, schwere neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Syndrom etc. Bei einigen Bewohnerinnen besteht zusätzlich eine Intelligenzminderung.

Der Zeitraum der Unterbringung im Wohnheim ist grundsätzlich nicht begrenzt. Nicht aufgenommen werden können Frauen mit einer akuten Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, psychisch alterskranke Frauen sowie Personen, die körperlich pflegebedürftig sind oder bei denen körperliche Behinderungen im Vordergrund stehen.

### Zielsetzung und Handlungsprinzipien

Das Haus Bethanien hat es sich zur Aufgabe gemacht, psychisch behinderten Frauen einen individuellen Rahmen zu bieten, in dem sie Stabilisierung und Beheimatung, aber auch Neuorientierung finden können.

Den Bewohnerinnen sollen geeignete Hilfen zur Findung einer neuen Lebensperspektive, zur Bearbeitung ihrer Probleme und Hilfe bei der Lebensplanung u.a. durch Entwicklung realistischer Zukunftsaussichten angeboten werden.

Die Entwicklung individueller realistischer Zukunftsperspektiven kann einen längerfristigen Aufenthalt im Wohnheim bedeuten, jedoch auch eine schrittweise Reintegration in die Gesellschaft beinhalten, die über die Aufnahme einer externen Beschäftigung bis zur Wohnform der Außenwohngruppe verwirklicht werden kann. Die Möglichkeit der Betreuung in einer eigenen Wohnung ist für die Zukunft geplant.

Das Wohnheim Bethanien versteht sich als bewusst christliche Einrichtung, die den gesamten Menschen als Einheit von Geist, Körper und Seele im Blick hat. Durch verschiedene seelsorgerische Angebote wird versucht, der Nachfrage der Bewohnerinnen auf Sinn- und Lebensfragen zu entsprechen.

### Betreuungsangebot

Als Langzeitwohnheim bietet das Haus Bethanien den hier wohnenden Frauen langfristige, qualifizierte Betreuung und Hilfen zur strukturierten Alltagsführung.

Die ständige Erreichbarkeit einer Betreuungsperson ist sowohl im Haus Bethanien als auch in der Außenwohngruppe gegeben.

Jeder Bewohnerin wird eine Bezugsperson zur Seite gestellt, die als Ansprechpartnerin zur Verfügung steht. Um eine den Bedürfnissen entsprechende Betreuung zu gewährleisten, wird mit jeder Bewohnerin ein persönlicher Hilfeplan entwickelt, der sich an den jeweiligen Fähigkeiten der Person orientiert und nach dem sich die Tagesstruktur richtet.

Des Weiteren wird die Teilnahme der Bewohnerinnen an externen Veranstaltungen zur beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung sowie an Bildungsprogrammen unterstützt.

Zum Betreuungsangebot des Hauses gehören:

- Training lebenspraktischer Kompetenzen, Es soll dazu dienen, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und neue, zur Lebensbewältigung notwendige Kenntnisse zu vermitteln

- **Beschäftigungstherapie**  
Sie richtet sich nach den Interessen der einzelnen Bewohnerin und dient u.a. dazu, die Kreativität sowie motorische und sensorische Fähigkeiten zu fördern.
- **Arbeitstherapie**  
Sie umfasst die Erledigung hauswirtschaftlicher Aufgaben oder verschiedener anderer Dienste im Haus und dient der individuellen Belastungserprobung und –steigerung.
- **Gesprächsangebote**  
In Einzel-, Gruppen- und ggf. Angehörigengesprächen wird den Bewohnerinnen Gelegenheit gegeben, kommunikative und soziale Kompetenzen zu erwerben bzw. auszubauen und adäquate Ausdrucksformen für Probleme zu erlernen.  
In größeren Zeitabständen wird eine psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Frauen angeboten.  
Zusätzlich ist es den Bewohnerinnen freigestellt, psychologische Fachkräfte zu psychotherapeutischen Gesprächen zu konsultieren.
- **Individuelle Förderung**  
Die kognitiven Fähigkeiten der Bewohnerinnen werden u.a. durch Einzelunterricht gefördert.
- **Freizeitangebote**  
Verschiedene kreative, kulturelle und sportliche Interessengruppen und Aktivitäten können von den Bewohnerinnen in der freien Zeit einschließlich der Wochenenden wahrgenommen werden.  
Einmal jährlich werden verschiedene Ferienmaßnahmen angeboten.

### **Paul Gerlach Haus, AWO Vita gGmbH**

Büllenkothenweg 49, 40229 Düsseldorf, 0211-60025-600

Kurzkonzeption, Stand 8/2004

Das Paul Gerlach Haus ist ein Wohnheim für psychisch behinderte Menschen, die keiner stationären Behandlung mehr bedürfen und nicht alleine oder mit Unterstützung des ambulanten betreuten Wohnens leben können. Viele Bewohnerinnen und Bewohner leiden an schwerwiegenden Erkrankungen wie der Schizophrenie und der manisch-depressiven Psychose. Diese Erkrankungen wirken in jeden Bereich des Lebens hinein und behindern zum Teil die einfachsten Tätigkeiten des alltäglichen Lebens.

Im Paul Gerlach Haus, der Außenwohngruppe und dem stationären Einzelwohnen leben 31 Frauen und Männer, die zuvor teilweise Jahrzehnte in psychiatrischen Großeinrichtungen verbracht haben. Hier lernen sie, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen und Anschluss an das Stadtleben zu finden. Nicht mehr die Erkrankung, sondern das Wohnen soll Mittelpunkt des Lebens werden, mit allem, was dazugehört. Die Anleitung und Begleitung bei allen lebenspraktischen Tätigkeiten ist ein wichtiger Bestandteil des Alltags. Auch die Förderung der sozialen Kompetenzen ist ein weiteres Ziel der Arbeit im Paul Gerlach Haus. Im Haus und in der Außenwohngruppe leben je 5 Bewohnerinnen und Bewohner in einer Wohnung, wobei jeder über ein eigenes Zimmer verfügt. Zusammen bilden sie eine Wohngemeinschaft, teilen sich Wohnzimmer, Küche, Bad und die täglich anfallenden Haushaltsarbeiten. Dazu gehört es auch, sich aktiv mit den Schwierigkeiten und Problemen auseinander zu setzen, die unweigerlich entstehen, wenn Menschen in einer Wohnung zusammenleben. Ein Bewohner lebt in einem eigenen Appartement und wird dort von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hauses betreut.

Motiviert und angeleitet werden die Bewohnerinnen und Bewohner von einem Team aus Fachkräften wie z.B.

- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter
- Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen
- Heilpädagoginnen/Heilpädagogen
- Krankenschwestern/Krankenpflegern
- einem Ergotherapeuten
- Hauswirtschaftskräften
- ggf. Zivildienstleistenden

Das Personal ist rund um die Uhr im Haus. Um die regelmäßige ärztliche Versorgung kümmern sich ein Psychiater und ein Allgemeinmediziner.

Das Angebot des Hauses umfasst neben Einzel- und Gruppengesprächen, individuellen Anleitungshilfen bei Haushaltstätigkeiten und der Körperpflege auch Hilfen bei der Strukturierung des Alltags, dem Umgang mit der Erkrankung und der Gestaltung der Freizeit. Darüber hinaus können die Bewohnerinnen und Bewohner in der

Arbeits- und Beschäftigungstherapie ihre Arbeitsfähigkeiten erproben und erweitern, um später vielleicht wieder einer bezahlten Tätigkeit nachgehen zu können.

## **Arbeit und Beschäftigung**

### **Arbeit und Integration a + i e.V.**

Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf, 0211-2913006

freier Text

Feststellungsmaßnahme: Eignungsdiagnostik, Orientierung, Arbeitserprobung und Belastungserprobung. Im 12-wöchigen Rahmen wird eine psychologisch/psychiatrische/arbeitsdiagnostische Begutachtung durchgeführt, die weiterführende Maßnahmen empfiehlt (Umschulung/ Integrationsmaßnahme/ Arbeitsaufnahme/ WfB/ Rente).

Integrationsmaßnahme: Berufspraktische Eingliederungsmaßnahme mit dem Ziel der Arbeitsaufnahme. 4 Tage pro Woche über 12 Monate hinweg Praktikum (nach spätestens 3 Monaten auf dem 1. Arbeitsmarkt).

1 Unterrichtstag pro Woche mit den Unterrichtsinhalten: kognitiv-verhaltensorientierte Wochenreflexion, Psychoedukation, Kommunikations-, Konflikt- und Stressbewältigungs- sowie Entspannungstraining, Bewegung, PC-Unterricht, Projektunterricht, Sozial- und Arbeitsrecht.

### **Integrationsfachdienst für schwerbehinderte Menschen und Arbeitgeber, AWO Vita gGmbH**

Schlossallee 12c, 40229 Düsseldorf, 0211-60025-380

Auszug aus dem Flyer des Integrationsfachdienstes

Integrationsfachdienst (IFD) im Arbeitsagenturbezirk Düsseldorf

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einer Schwerbehinderung, gleichgestellte Behinderte sowie Rehabilitanden und Arbeitgeber

Unsere Aufgaben

Wir sind für Menschen mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung da und arbeiten auch mit den Integrationsfachdiensten für sinnesbehinderte Menschen und für seelisch behinderte Menschen im Kreis Mettmann zusammen.

Der Integrationsfachdienst arbeitet im Auftrag des Integrationsamtes des Landschaftsverbands Rheinland in Köln, der Agentur für Arbeit in Düsseldorf sowie für Rehabilitationsträger. Mit der Düsseldorfer Fürsorgestelle arbeiten wir eng zusammen.

Alle Dienstleistungen sind kostenfrei. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IFD unterliegen der Schweigepflicht.

Wege in Arbeit für Menschen mit Behinderung

Wir helfen Ihnen bei der Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Wir entwickeln mit Ihnen

- ein Neigungs- und Interessenprofil
- eine berufliche Perspektive und
- bereiten Sie auf die Arbeitsvermittlung vor.

Unsere Arbeitsvermittlung lädt Sie ein, wenn Sie uns von der Agentur für Arbeit oder einem Reha-Träger zugewiesen wurden, um Sie

- persönlich kennen zu lernen und
- zu beraten bei allen Fragen der Eingliederung in das Arbeitsleben und bei Problemen, die die Arbeitsaufnahme erschweren.

Sie erhalten Unterstützung und Beratung

- bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz und bei Ihrer Bewerbung,
- Begleitung bei Kontakten zu Arbeitgebern,
- Begleitung und Unterstützung in der Einarbeitungs- und Probezeit.

Beratung und Begleitung im Beruf

Sie können sich direkt an uns wenden, wenn sich Ihr Arbeitsplatz im Bezirk der Agentur für Arbeit Düsseldorf befindet, und

- Sie Schwierigkeiten am Arbeitsplatz mit Kolleginnen, Kollegen oder Vorgesetzten haben,
- eine Abmahnung angedroht wurde oder Sie eine erhalten haben,
- Sie sich nicht sicher sind, was Sie noch leisten können,
- Sie sich am Arbeitsplatz über- oder unterfordert fühlen,
- innerbetriebliche Umsetzungen oder Kündigungen anstehen.

Wir beraten

- bei der Suche nach geeigneten beruflichen und medizinischen Rehabilitationsmöglichkeiten,
- beim Umgang mit Behörden und Ämtern,
- beim Wiedereinstieg in den Beruf nach längerer Krankheit, nach einem Klinikaufenthalt oder nach einer Rehabilitationsmaßnahme.

Beratung für Arbeitgeber

Wir beraten und informieren Sie und Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über

- Fördermöglichkeiten bei der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen, generell und auch im Einzelfall,
- Auswirkungen von Behinderungen und deren Problembewältigung,
- die Vereinbarkeit von Beschäftigung und betrieblichen Abläufen.

Arbeitsangebote

Wenn Sie als Arbeitgeber

- schwerbehinderten Menschen ein Praktikum oder ein Probearbeitsverhältnis anbieten möchten oder
  - einen neuen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz mit einem schwerbehinderten Menschen besetzen oder schaffen möchten,
- rufen Sie uns an.

Unterstützung am Arbeitsplatz

Wenn

- es Probleme mit schwerbehinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am Arbeitsplatz gibt,
  - Sie den Eindruck haben, die Arbeitsplatzgestaltung müsste behindertengerecht sein,
  - betriebliche Umstrukturierungen einen schwerbehinderten Menschen betreffen,
- beraten Sie sich mit uns.

## **DEKRA Akademie GmbH**

Stresemannstraße 43, 40210 Düsseldorf, 0211-983080-0

freier Text

Das Angebot richtet sich an Menschen, die durch ihre psychische Erkrankung oder Krise in ihrer Belastbarkeit eingeschränkt sind und einen Wiedereinstieg in das angestammte oder einen Neueinstieg in ein anderes Berufsfeld suchen.

Die Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation psychisch belasteter Menschen führt in 3 Stufen innerhalb eines Jahres schrittweise an die Anforderungen der Arbeitswelt heran: Grundphase (Unterricht in Vollzeit), fachspezifische Qualifizierung und betriebliches Praktikum. Zusätzlich zur sozialarbeiterischen Unterstützung wird jeder Teilnehmer von einem Psychologen als festen persönlichen Ansprechpartner über den gesamten Verlauf hinweg betreut. In wöchentlichen Einzel- und Gruppengesprächen wird eine realistische und tragfähige berufliche Perspektive entwickelt. Neben der Belastungserprobung, der individuellen Planung und Umsetzung beruflicher Schritte, steht auch die Förderung grundlegender sozialer Kompetenzen im Vordergrund.

## **Renatec GmbH**

Ellerkirchstraße 80, 40229 Düsseldorf, 0211-220 9000

freier Text

therapeutische Beschäftigung

Die therapeutische Beschäftigung richtet sich an ALG II EmpfängerInnen, die auf Grund ihrer psychischen Beeinträchtigungen noch Stabilisierung benötigen. Das Arbeitstraining findet in folgenden Bereichen statt: Küche, Hauswirtschaft, Verkauf Kleidersortierung, Schreinerei, Möbellager, Schreibbüro, Elektrowerkstatt. Die tägliche Arbeitszeit beträgt mindestens 3 Stunden und kann auf bis zu 8 Stunden gesteigert werden. Einmal wöchentlich findet eine Reflexions- und Unterrichtsgruppe statt.

berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme

Der BVB-Lehrgang ist eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme für Menschen mit einer psychischen Vorerkrankung. Der Lehrgang verfolgt zwei Hauptziele:

- die berufliche Orientierung
- die persönliche Stabilisierung

Den TeilnehmerInnen werden in den Arbeitsbereichen Büro, Elektronik-Metall, Holz berufliche Grundfertigkeiten vermittelt. In den Arbeitsbereichen und in der berufsfeldübergreifenden Unterweisung werden Schlüsselqualifikationen wie z.B. Team- und Kooperationsfähigkeit weiterentwickelt und trainiert. Darüber hinaus absolvieren die TN Praktika in Berufsbereichen, die ihren individuellen Neigungen und Eignungen entsprechen.

Renatec hat ein Qualitätsmanagementsystem implementiert, dessen Grundlagen sowohl die Normenforderungen der DIN EN ISO 9000 ff als auch das Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement bilden. Mit dem QM-System der Renatec sind einerseits Mindeststandards definiert, andererseits wird die Entwicklung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in der Organisation gefördert. Das Projekt unterliegt der ständigen Entwicklung durch das QM-System der Renatec.

## **Weitere Informationen**

### **Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

Informationen über niedergelassene Therapeuten veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein immer auf dem aktuellen Stand:

[www.kvno.de/buerger/zip.html](http://www.kvno.de/buerger/zip.html)

### **Selbsthilfe-Service-Büro des Gesundheitsamtes**

Informationen über Selbsthilfe, Vermittlung in örtliche Selbsthilfegruppen, Unterstützung bei Gruppengründung

[www.duesseldorf.de/gesundheit/selbsthilfe/index.shtml](http://www.duesseldorf.de/gesundheit/selbsthilfe/index.shtml)

Tel: 0211.89-92244

e-mail: [selbsthilfeservicebuero@stadt.duesseldorf.de](mailto:selbsthilfeservicebuero@stadt.duesseldorf.de)

### **Psychosoziales Adressbuch**

weitere Adressen und Ansprechpartner finden Sie unter

[www.duesseldorf.de/psychosozialesadressbuch/index.shtml](http://www.duesseldorf.de/psychosozialesadressbuch/index.shtml)

---

**Herausgegeben von der**  
Landeshauptstadt Düsseldorf  
Der Oberbürgermeister  
Gesundheitsamt

**Verantwortlich**  
Prof. (BG) Dr. med. H. Schneitler

**Bericht/Redaktion**  
Regina Behrendt

**Bevölkerungsumfrage**  
Lögd

**Gestaltung**  
Klemens Lummer

**Druck**  
Stadt-Druckerei

VIII/06-400  
[www.duesseldorf.de](http://www.duesseldorf.de)

August 2006