

Seelische Gesundheit im Kreis Lippe

Gesundheitsbericht



KREIS
LIPPE

Heimat geben. Zukunft bieten.

Impressum

Herausgeber
Kreis Lippe
Der Landrat
Fachgebiet Gesundheit
Rintelner Straße 83
32657 Lemgo

Hauptautorinnen

Dr. rer. nat. Simone Bernardino Potthast, Master, Promotion und post doc of Science in Immunologie. Gesundheitswissenschaftlerin, Kreis Lippe/ Fachgebiet Gesundheit.

M.Sc. Vanessa Ohm, Master of Science in Public Health.
Gesundheitswissenschaftlerin, Kreis Lippe/Fachgebiet Gesundheit.

Co-Autorinnen

Dr. med. Kerstin Ahaus, Fachbereichsleitung Gesundheit Kreis Lippe
Dr. med. Anita Helbing-Übelacker, Fachgebietsleitung Seelische Gesundheit

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt.

Vorwort des Landrates

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Lipperinnen und Lipper,

das seelische Wohlbefinden ist sehr wichtig für unsere Gesundheit. „Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper“ besagt schon eine weit bekannte lateinische Redewendung: Und darin steckt viel Wahrheit, denn ein gesunder Geist, eine gesunde Seele, sind Voraussetzung für viele andere Dinge. Körper-eigene Funktionen werden von der Psyche mit gesteuert. Angst, Depression, aber auch Überlastung und Stress haben einen starken Einfluss auf die Funktionen dieser Systeme. Wenn die Seele krank wird, erkrankt oftmals auch der Körper. In diesem Zusammenhang ist die Versorgung psychisch erkrankter Personen als ein Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu sehen.

Seit der Reform der psychiatrischen Versorgung in Deutschland, die durch die Empfehlungen der sog. Psychiatrie-Enquête-Kommission 1975 eingeleitet wurde, haben sich auch im Kreis Lippe vielfältige und differenzierte Hilfesysteme für psychische Störungen und Erkrankungen entwickelt. Mit der Krankenhausplanung NRW, die auch die stationäre Versorgung für psychisch erkrankte Personen umfasst, ist eine weitere, tiefgreifende Reform verbunden. Dies gibt Anlass genug, die Versorgung psychisch erkrankter Lipperinnen und Lipper eingehender zu betrachten. Mit dem nun vorliegenden Gesundheitsbericht über die „Seelische Gesundheit im Kreis Lippe“ sollen die handelnden Akteure und Leistungserbringer sowie die Öffentlichkeit über den Stand zu psychischen Erkrankungen und vorhandener Hilfesysteme informiert werden.

Steigende Fallzahlen in Arzt- und Psychotherapiepraxen und ein Anstieg der Behandlungsfallzahlen im stationären Bereich zeigen auch für Lippe, dass die Weiterentwicklung der Behandlungsmöglichkeiten in den bestehenden Versorgungssystemen geboten erscheint. Unser oberstes Ziel ist es, den Betroffenen und ihren An- und Zugehörigen im Kreis Lippe eine bedarfsgerechte, individuelle und rasche Hilfe zu gewähren, die ein Leben im häuslichen Umfeld möglichst lange Zeit ermöglicht und/oder eine Rückkehr in die gewohnten gesellschaftlichen Bezüge innerhalb der kürzest möglichen Zeit zulässt. Die Versorgung von komplex erkrankten Menschen erfordert hierbei immer ein Zusammenspiel von verschiedenen Akteuren und Hilfesystemen. Damit sind auch unterschiedliche Zuständigkeiten und Einflussmöglichkeiten gegeben.

Neben der Darstellung der Versorgungssituation, entsteht mit diesem Bericht eine Datengrundlage, aus der präventive und gesundheitsfördernde Angebote abgeleitet und geplant werden können. Wir in Lippe denken dabei weit voraus und wollen mit Unterstützung dieser Planungsgrundlage weitere Mitstreiterinnen und Mitstreiter aus Haupt- und Ehrenamt für gemeinsame Ideen zur Versorgung und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen ansprechen und gewinnen.

Mein besonderer Dank gilt den Initiatorinnen und Autorinnen, die mit ihrem großen Engagement und Fachwissen zu diesem Bericht beigetragen haben und auf dessen Ergebnisse wir nun aufbauen werden.

Dr. Axel Lehmann
Landrat Kreis Lippe

Vorwort der Fachbereichsleitung Fachbereich Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

der ÖGD als dritte Säule im Gesundheitswesen, unterstützt eine an den Bedarfen ausgerichtete und evidenzbasierte gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Der vorliegende Bericht über „Seelische Gesundheit im Kreis Lippe“ ist Teil der Gesundheitsberichterstattung und soll dazu beitragen, aktuelle Daten über die Häufigkeit psychischer Störungen und die therapeutischen Versorgungsangebote für Erwachsene darzustellen.

Ein Blick in die allgemeinen Statistiken zeigt, dass die Fallzahlen im Bereich der psychischen Störungen und Erkrankungen kontinuierlich ansteigen. Damit zählen psychische Krankheiten neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Krebserkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Seelische Erkrankungen schränken nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen ein, sondern auch die der An- und Zugehörigen im nahen Umfeld. Zudem sind psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage und der häufigste Grund für krankheitsbedingte Frühberentung.

Dieser Bericht stellt die Entwicklung der Fallzahlen im Bereich der psychischen Erkrankungen erwachsener Menschen in Lippe in den vergangenen 5 bis 7 Jahren dar.

Es ist wichtig, dass Menschen mit seelischen Störungen mit körperlich kranken Menschen gleichgestellt werden und eine Stigmatisierung von seelisch Erkrankten vermieden wird. Dies ist die Voraussetzung, um die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen dauerhaft zu ermöglichen. Eine zentrale Rolle in der Versorgung spielen hierbei die ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsangebote, die spezialisierten Beratungsdienste und die Angebote der freien Wohlfahrtspflege. Aber auch die Selbsthilfegruppen und andere ehrenamtliche Akteure vor Ort helfen dabei, die gemeindepsychiatrische Versorgung inklusiv zu gestalten.

Wir freuen uns, wenn dieser Bericht zu einer weiteren Verbesserung der Beratungs- und Behandlungsangebote und damit zu einer besseren Versorgung der psychisch erkrankten Menschen im Kreis Lippe beitragen kann. Zudem wird durch den Bericht auch der hohe Stellenwert von Prävention deutlich, damit psychische Erkrankungen möglichst vermieden bzw. frühzeitig behandelt werden können.

Mein besonderer Dank gilt allen an der Erstellung dieses Gesundheitsberichtes Beteiligten, besonders den beiden Hauptautorinnen für ihre hohe Einsatzbereitschaft, eine qualitative Grundlage für eine zielorientierte Diskussion zur Förderung der psychischen Gesundheit im Kreis Lippe zu schaffen.

Dr. med. Kerstin Ahaus
Leiterin des Gesundheitsamtes Kreis Lippe

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Datengrundlage	8
2.1	Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe	8
2.2	Daten der Krankenhausstatistik	8
2.3	Daten der Gesetzlichen Krankenkassen	9
2.4	Daten der Deutschen Rentenversicherung	9
3	Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit	10
3.1	Salutogenese und Kohärenzgefühl	10
3.2	Vulnerabilitäts-Stress-Modell und Resilienz	11
3.3	Risiko- und Schutzfaktoren.....	12
4	Sozioökonomische Rahmenbedingungen im Kreis Lippe	13
4.1	Individuelle Faktoren	13
4.2	Sozioökonomische Faktoren.....	15
4.2.1	Soziale Unterstützung	16
4.2.2	Bildung	18
4.2.3	Finanzielle und berufliche Situation.....	19
5	Einordnung der Krankheits- und Störungsbilder (F-Diagnosen) in die ICD-10-Klassifikation	23
6	Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen im Kreis Lippe	24
6.1	Ambulante Behandlungen	24
6.2	Stationäre Behandlungen.....	28
6.3	Einzelaufstellung Fallzahlen stationär nach ICD-10 (F-Diagnosen)	29
6.3.1	Fallzahlen (F00-F09): Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	29
6.3.2	Fallzahlen (F10-F19): Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	33
6.3.3	Fallzahlen (F20-F29): Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	36
6.3.4	Fallzahlen (F30-F39): Affektive Störungen	38
6.3.5	Fallzahlen (F40-F48): Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	45
6.3.6	Fallzahlen (F50-F59): Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	46
6.3.7	Fallzahlen (F60-F69): Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	47
6.3.8	Fallzahlen (F70-F79): Intelligenzstörung.....	48
6.4	Fallzahlen Suizid aufgrund psychischer Erkrankung	48
6.5	Fallzahlen Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung	50
7	Versorgungssituation/Versorgungssystem	54
7.1	Stationäre Versorgung	56
7.1.1	Fachkliniken / Privatkliniken	56
7.1.1.1	Oberberg Fachklinik Weserbergland Extertal-Laßbruch	57
7.1.1.2	Vita Nova Klinik Bad Salzungen.....	57
7.1.2	Fachkliniken / Pflichtversorgende Kliniken.....	57
7.1.2.1	Das gpz- Gemeindepsychiatrisches Zentrum	58

7.1.2.2	Das AMEOS Klinikum	68
7.2	Ambulante Versorgung.....	70
7.2.1	Psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen	70
7.2.2	Niedergelassene Fachärzt*innen	71
7.2.3	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA).....	71
7.2.3.1	Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des gpz	71
7.2.3.2	Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des AMEOS	72
7.2.3.3	Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) der Karl-Hansen-Klinik	72
7.3	Teilstationäre Versorgung	73
7.3.1	Tageskliniken gpz.....	74
7.3.2	Tagesklinik AMEOS.....	76
7.3.3	Tagesklinik AMEOS + gpz in Lemgo.....	77
7.3.4	Tagesklinik Karl-Hansen-Klinik	78
7.4	Gemeindepsychiatrische Versorgung	80
7.4.1	Sozialpsychiatrischer Dienst	80
7.4.2	Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige.....	84
7.4.3	Beratung und Unterstützung: Hilfen für psychisch kranke Personen	86
7.4.4	Suchtberatung	86
7.4.5	Psychiatrische/gerontopsychiatrische Beratung	88
7.4.6	Stationär Betreutes Wohnen	89
7.4.7	Ambulant betreutes Wohnen	89
8	Fazit und Handlungsempfehlung	91
	Literaturverzeichnis	92
	Abbildungsverzeichnis.....	98
	Tabellenverzeichnis	102

1 Einleitung

Psychische Belastungen mit häufig komplizierten Verläufen haben nicht nur in der Wahrnehmung der Bevölkerung in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Sie spiegeln sich auch in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und in arbeitsbezogenen Produktivitätsverlusten wieder. Allerdings ist die Datenlage zu den tatsächlich in der Bevölkerung vorhandenen psychischen Belastungen, deren Ursachen sowie deren Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit sehr unvollständig. Meist liegen psychischen Belastungen komplexe Ursachen zugrunde, die sich quantitativ nur sehr begrenzt abbilden lassen. Um solche Ursachen oder Auswirkungen darzustellen, muss zu diesen Fragestellungen zunächst eine qualitative Exploration von möglichen Ursachen erfolgen, um aus bestimmten Aussagen messbare Kategorien zu bilden. Qualitative Forschung behandelt Einzelfälle detailliert, um anhand von Einzelfällen Hypothesen für die Allgemeinheit aufzustellen. Qualitative Forschung ist jedoch nicht eindeutig oder repräsentativ und daher von Aufbau und Umfang für einen Sachstandsbericht zur Versorgung psychisch erkrankter Personen nicht geeignet. Dieser Bericht ist entstanden, um die Versorgung seelisch kranker Menschen in Lippe, aber nicht deren individuellen Ursachen, zu erfassen. Für die Darstellung eines solchen Sachstandes zur Versorgungssituation sind quantitative Daten daher verlässliche Messwerte und liegen diesem Bericht zugrunde.

Zu Beginn des ersten Kapitels werden verschiedene Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit sowie die Entstehung und der Verlauf psychischer Störungen erläutert. Überblicksartig wird die Krankheitslast im Kreis Lippe durch die Verteilung von Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen, dargestellt. Während die Prävalenz Aufschluss über bestehende Fälle zu einem bestimmten Zeitpunkt gibt, zeigt die Inzidenz die Anzahl der Neuerkrankungen auf.

Seit Jahren steigen die Fallzahlen im Bereich der psychischen Erkrankungen. Aktuell ist bspw. eine deutlich zunehmende Zahl an jungen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten erkennbar. Dem gegenüber stehen die immer begrenzteren personellen und strukturellen Ressourcen in den Hilfesystemen. Um hier zu verifizierten Aussagen und letztlich im Fazit zu Handlungsempfehlungen zu kommen, konzentriert sich dieser Bericht auf die Darstellung quantitativer Daten, die u.a. durch das Landeszentrum Gesundheit (LZG), die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und Leistungserbringern im Kreis Lippe, wie z.B. dem Gemeindepsychiatrischen Zentrum Detmold (gpz), zur Verfügung gestellt wurden. Um die vorab skizzierten Entwicklungen zu präzisieren, werden im vorliegenden Bericht die Daten teilweise in Zeitreihen abgebildet. Diese müssen vorsichtig interpretiert werden, da die Ursachen von erkennbaren Schwankungen zwar angenommen, aber nicht eindeutig belegt werden können.

Die zur Verfügung gestellten Datenlagen sind teilweise uneinheitlich. So werden die Daten für die Versorgung psychisch erkrankter Personen im ambulanten Bereich von der KVWL ab einem Alter von 15 Jahren an das Landeszentrum Gesundheit (LZG) gemeldet. In dieser Zusammenstellung werden sie dann seitens des LZG in 5-Jahres Blöcken von 15 bis 19 Jahren und ff., für Gesundheitsberichte zur Verfügung gestellt. Für diesen Bericht über die seelische Gesundheit erwachsener Menschen bedeutet dies, dass im ambulanten Bereich in der jüngsten Altersgruppe Patient*innen schon ab 15 Jahren erfasst sind, obwohl diese eigentlich noch bei Kinder- und Jugendlichenpsychiater*innen, bzw. in Kinder- und Jugendlichenpsychiatrieeinrichtungen, behandelt werden.

Eine weitere Sonderbetrachtung kommt den Patient*innen aus der Gemeinde Schlangen zu, welche aufgrund der räumlichen Nähe zu psychiatrischen Angeboten Bad Lippspringe, den dortigen Kliniken und Ambulanzen dem Pflichtversorgungsbereich des Kreis Paderborn zugeordnet werden. Für die Gemeindepsychiatrische Versorgung der Bürger*innen in der Gemeinde Schlangen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) ist jedoch der Kreis Lippe zuständig. Diese Unschärfen in der Datenlage lassen sich nicht vermeiden und müssen bei der Interpretation der Datenlage in den entsprechenden Abschnitten berücksichtigt werden.

Im Hauptteil werden die Fallzahlen der psychischen Erkrankungen und Störungen in der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung betrachtet. Ebenso die Versorgung in den einzelnen Sektoren. Niedergelassene Fachärzt*innen (Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatische/Psychotherapeutische Medizin und Nervenärzt*innen), ärztliche und psychologische Psychotherapeut*innen bilden zusammen mit den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) den ambulanten Sektor. Der stationäre Sektor wird von psychiatrischen Fachkrankenhäusern sowie Kliniken mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen übernommen. Außerdem gibt es teilstationäre Angebote in Tageskliniken. Diese Angebote werden in einzelnen Unterkapiteln kurz vorgestellt.

Flankierend stehen den Ratsuchenden vielfältige weitere Beratungs-, Unterstützungs- und Wohnangebote zur Verfügung, die jedoch nicht alle einzeln erfasst wurden. Außerdem gibt es im Kreis Lippe an unterschiedlichen Standorten bspw. vielfältige Selbsthilfegruppen für psychisch erkrankte Betroffene und Angehörige. Auf die zahlreichen weiteren gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote wie z.B. Tagesstätten, Werkstätten für (psychisch) behinderte Menschen (WfBM) etc., wird in diesem Bericht ebenfalls nicht näher eingegangen.

Abschließend werden aus diesen Erkenntnissen heraus im Fazit Handlungsempfehlungen zur Ausweitung und Weiterentwicklung der Behandlungsmöglichkeiten formuliert.

2 Datengrundlage

In diesem Bericht wurde auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen. Die unterschiedlichen Erhebungsweisen der jeweiligen Daten bedürfen einer Erläuterung, um eine angemessene Interpretation zu ermöglichen.

2.1 Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Die Kassenärztlichen Vereinigungen verantworten die ambulante ärztliche und therapeutische Versorgung und haben somit den Sicherstellungsauftrag für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Die hier vorliegenden ambulanten Daten entsprechen den Diagnosen nach ICD-10-Kodierung (beginnend mit einem „F“- Psychische und Verhaltensstörungen) und werden für den Zeitraum 2015-2021 berücksichtigt. Diese Daten stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Landeszentrum für Gesundheit in Bochum zur Verfügung. Daten von privat Versicherten (ca. 10% der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen) sowie von Personen ohne Versicherungsstatus liegen für diese Berichterstattung nicht vor. Die mittlere Bevölkerung aus der Bevölkerungsstatistik bildet die Grundgesamt für die Berechnung von Raten. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung werden, wie in der Einleitung erwähnt, ab einem Alter von 15 Jahren zur Verfügung gestellt. Die Diagnosen werden nach dem M1Q-Kriterium gezählt, d.h., dass Mehrfachbehandlungen aufgrund derselben Diagnose in einem Kalenderjahr zu einem Behandlungsfall zusammengefasst werden.

2.2 Daten der Krankenhausstatistik

Für die stationären Diagnosen, d.h. Diagnosen von Patient*innen, die im Krankenhaus behandelt wurden, werden für diesen Bericht die amtliche Krankenhausstatistik herangezogen. Die Statistik erstreckt sich auf alle Krankenhäuser sowie alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen des Kreises Lippe. Hier werden die Diagnosen sowohl von gesetzlich als auch privat Versicherten berücksichtigt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Diagnosen bereits im ambulanten Sektor gestellt werden, auch wenn Patient*innen später stationär behandelt werden. Der Datensatz ist nach dem Wohnortprinzip ausgewertet, d.h., dass Personen, die außerhalb des Kreises Lippe wohnen, aber in einer lippischen Klinik behandelt wurden, nicht erfasst werden. Im Gegensatz zu den ambulanten Daten sind im stationären Sektor Mehrfachzählungen möglich, da Fälle und nicht Patient*innen gezählt werden. Personen, die innerhalb eines Kalenderjahres mehrfach stationär behandelt wurden, werden auch mehrfach ausgewiesen. Dabei wird stets die Hauptdiagnose nach ICD-10-Kodierung dokumentiert. Die Daten liegen für den Zeitraum 2015-2021 und in Altersgruppen ab 15-19 Jahren vor. Die mittlere Bevölkerung aus der Bevölkerungsstatistik bildet die Grundgesamt für die Berechnung von Raten.

2.3 Daten der Gesetzlichen Krankenkassen

In diesem Bericht wird auf Jahresberichte unterschiedlicher gesetzlicher Krankenkassen zurückgegriffen. Dabei werden jeweils die zum Redaktionsschluss am aktuellsten vorliegenden Daten verwendet. Die Differenzen der Daten zwischen den Krankenkassen ergeben sich durch die unterschiedliche Versichertenklientel hinsichtlich der Geschlechtsverteilung, der Altersverteilung sowie der Verteilung der Berufsgruppen.

Die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) sind diejenigen Tage, an denen Arbeitnehmer*innen aufgrund einer Krankheit oder einer Verletzung nicht in der Lage ist, seiner Arbeit nachzugehen. Sie geben Hinweise auf den Schweregrad einer Krankheit. AU-Tage im Rahmen der Inanspruchnahme von gesetzlichen Karenztagen (bis zu drei Tagen) werden nicht erfasst. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) gibt an, wie häufig Arbeitnehmer*innen im Berichtszeitraum arbeitsunfähig sind. AU-Fälle werden erst bei Abschluss der Arbeitsunfähigkeit gezählt. Das heißt, dass AU-Fälle, die sich über den Jahreswechsel erstrecken, erst im neuen Jahr als AU-Fall gezählt werden.

2.4 Daten der Deutschen Rentenversicherung

Eine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. In der Statistik der Deutschen Rentenversicherung wird die Anzahl der Frühberentungen krankheitsspezifisch ausgewiesen. Frührenten sind Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (die Summe von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten). Sie werden gezählt, wenn die rentenversicherte Person

1. berufsunfähig oder erwerbsunfähig ist,
2. in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit drei Jahre Pflichtbeitragszeiten erreicht hat und
3. vor Eintritt der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit die allgemeine Wartezeit erfüllt hat.

Die Anzahl der krankheitsbedingten Frühberenteten wird jährlich zum 31.12. aus dem Bestand der laufenden Renten inkl. der Zugänge und abzüglich der ins Rentenalter (Altersgrenze von 65 Jahren) eintretenden Versicherten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung ermittelt. Als Grund für die Frührente wird stets die Hauptdiagnose nach ICD-10-Kodierung herangezogen. Die Bezugspopulation ist die Zahl der Rentenversicherungspflichtigen (aktiv Versicherte) der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) am 31.12. des Jahres.

3 Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

Es gibt zahlreiche Versuche, eine allgemeingültige Definition von psychischer Gesundheit zu finden. Die wohl bekannteste davon stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2004):

„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.“

Somit bildet die psychische Gesundheit die Voraussetzung für Leistungsfähigkeit und Teilhabe.

3.1 Salutogenese und Kohärenzgefühl

Zieht man das Modell der **Salutogenese** von Antonovsky (1997) hinzu, wird deutlich, dass psychische Gesundheit kein Zustand, sondern ein stetiger Prozess ist. So gibt es weder vollkommen gesunde Menschen, noch einen sehr Kranken ohne jeglichen gesunden Anteil. Vielmehr befindet sich jeder Mensch auf einem Kontinuum, bei dem er je nach seinen persönlichen Risiko- und Schutzfaktoren momentan eher gesund oder eher krank ist (Schlipfenbacher und Jacobi, 2014). Antonovsky (1997, S.16) bezeichnet dies als **Kohärenzgefühl**:

„Das Gefühl der Kohärenz ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchgehendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass erstens die Ereignisse der eigenen inneren und äußeren Umwelt im Lebenslauf strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; zweitens die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Ereignisse gestellten Anforderungen gerecht zu werden; und drittens diese Anforderungen als Herausforderungen zu verstehen sind, die es wert sind, sich dafür einzusetzen und zu engagieren.“

Menschen mit einem hohen Empfinden von Kohärenz, können mit Belastungen besser umgehen, da sie über ein breites Spektrum an Bewältigungsstrategien verfügen und auch in der Lage sind, die passende Ressource in einer bestimmten Situation auszuwählen (Faltermaier, 2018). Damit wird auch deutlich, dass psychische Belastungen, die sich möglicherweise als Störung ausprägen, jeden Menschen betreffen können. Schätzungen gehen davon aus, dass bundesweit in einem Jahr jede dritte Frau und jeder vierte Mann die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen (Jacobi et al., 2014).

Ob eine klinische relevante Erkrankung vorliegt, hängt von verschiedenen Kriterien ab. Neben der Störung einer überlebensnotwendigen Funktion, sollte entweder ein individuelles Leiden oder die Beeinträchtigung sozialer Teilhabe auftreten (Heinz, 2015). Es ist schwierig, den Krankheitsbegriff auf die Psychiatrie zu übertragen, da es sich oftmals um zu beschreibende Phänomene handelt, die weder biologisch nachweisbar sind noch einer Gesetzmäßigkeit

im Krankheitsverlauf folgen. Daher spricht man in diesem Kontext von Störungen an Stelle von Krankheiten (Laux, 2017).

3.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell und Resilienz

Um gezielte Maßnahmen zur Erhaltung oder zur Verbesserung der Gesundheit ergreifen zu können, ist es wichtig, sowohl Entstehungsmechanismen als auch Risiko- und Schutzfaktoren zu verstehen. Neben dem abstrakten und weit gefassten salutogenetischen Modell von Antonovsky (1997), geht das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (siehe Abb. 1) gezielter auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen ein.

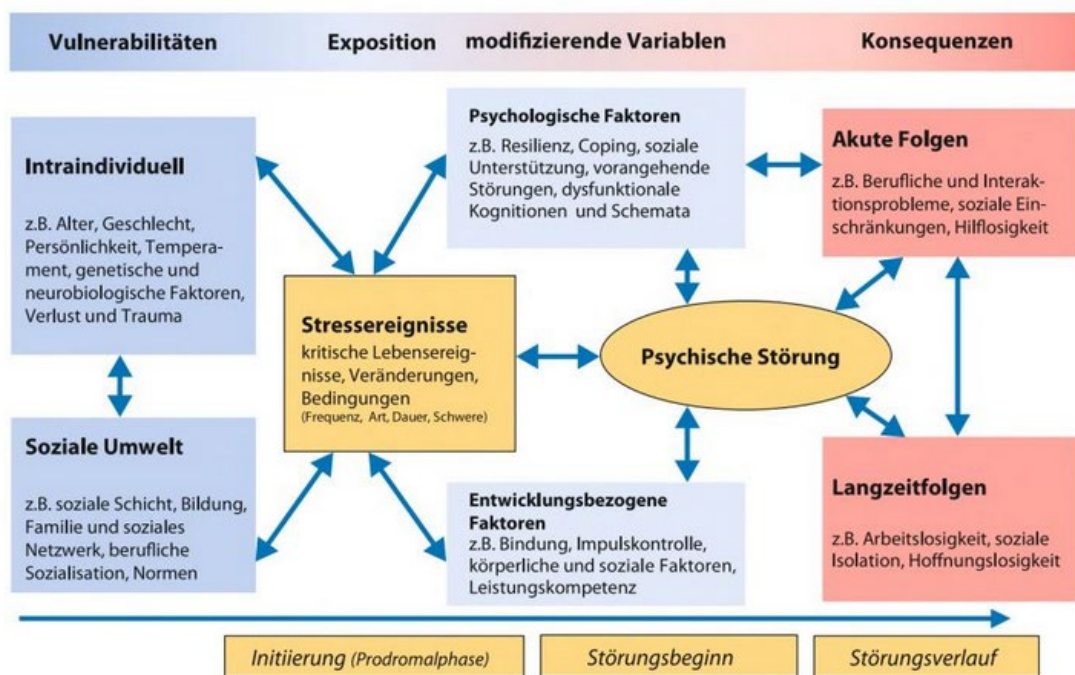


Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen und Hoyer, 2011, S. 21)

Das anerkannte **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** nach Wittchen und Hoyer beschreibt die Interaktion von biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren als entscheidenden Mechanismus für die Entstehung von psychischen Störungen. Neben einer genetischen Prädisposition (= Veranlagung) spielen soziale und emotionale Belastungen eine entscheidende Rolle. Belastende Lebensereignisse können als Auslöser für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung fungieren. Ob sich eine psychische Störung tatsächlich entwickelt, hängt aber von den vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren ab (Wittchen und Hoyer, 2011, S.22). Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der **Resilienz** eines Menschen: „Resilienz bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit und meint eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder kritischen Lebensereignissen.“ (Rönnau-Böse et al., 2022). Dabei handelt es sich um einen dynamischen Anpassungs- bzw. Entwicklungsprozess, der sich über die gesamte Lebensspanne erstreckt. Als Resilienz fördernd gelten insbesondere stabile Beziehungen (z.B. verlässliche Bezugspersonen, familiärer Zusammenhalt, Akzeptanz von Gleichaltrigen), ein unterstützendes soziales Umfeld, flexible

Bewältigungsstrategien sowie eine grundlegend positive Haltung (z.B. Überzeugung, Anforderungen bewältigen zu können) (Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff, 2020; Wittchen und Hoyer, 2011; Thun-Hohenstein et al., 2020).

3.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Die WHO (2012) gliedert die **Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit** in drei Ebenen: (1) Individuelle Eigenschaften und Verhalten, (2) sozioökonomische Bedingungen und (3) Umweltfaktoren. Damit wird auch in diesem Modell davon ausgegangen, dass die psychische Gesundheit multifaktoriell ist und nicht nur die individuellen Gegebenheiten auf diese einwirken. Die individuellen Eigenschaften beziehen sich auf die angeborenen und erlernten Fähigkeit einer Person mit Gedanken und Gefühlen umzugehen und sich im täglichen Leben zurechtzufinden („emotionale Intelligenz“), sowie auf die Fähigkeit sich in der sozialen Welt zurechtzufinden, z.B. durch die Teilnahme an sozialen Aktivitäten, Übernahme von Verantwortung oder Respektieren anderer Ansichten („soziale Intelligenz“). Psychische Gesundheit einer Person wird maßgeblich durch genetische und biologische Faktoren beeinflusst.

Sozioökonomische Bedingungen bilden den ergänzenden sozialen und wirtschaftlichen Rahmen für die Entwicklung und Entfaltung des Individuums. Die persönliche Entwicklung wird stark von dem unmittelbaren sozialen Umfeld geprägt (soziale Unterstützung, vertrauensvolle Beziehungen). Besonders relevante sozioökonomische Faktoren sind eingeschränkte oder verlorene Bildungs- und Einkommensmöglichkeiten. Darüber hinaus beeinflusst auch die soziokulturelle (Geschlechterrollen, Diskriminierung) und geopolitische Umwelt (Krieg, Inflation, Gesundheitsversorgung) den psychischen Gesundheitszustand des Einzelnen. Je nach Ausprägung des einzelnen Faktors, kann sich dieser entweder förderlich oder beeinträchtigend auf die psychische Gesundheit auswirken. So stellt das Arbeitsverhältnis bei erfüllender Tätigkeit einen Schutzfaktor, bei subjektiv als stressig erlebten Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit einen Risikofaktor dar.

4 Sozioökonomische Rahmenbedingungen im Kreis Lippe

Eingangs wurde erläutert, welche Faktoren die psychische Gesundheit beeinflussen. Anhand der zur Verfügung stehenden Daten werden die Rahmenbedingungen im Kreis Lippe näher betrachtet, um mögliche Präventionsansätze zu identifizieren. Ohne weitere eigene Erhebungen beschränkt sich die Betrachtung der Einflussfaktoren auf die individuelle sowie die sozioökonomische Ebene. Einflussfaktoren, die sich auf das Verhalten, den generellen Gesundheitszustand oder der soziokulturellen sowie geopolitischen Umwelt beziehen, hängen eng mit dem Empfinden einer Person zusammen und erfordern kleinräumige Analysen, die zum derzeitigen Zeitpunkt nicht möglich sind.

4.1 Individuelle Faktoren

Individuelle Faktoren betreffen vorrangig Geschlecht, Alter und Erwerbsfähigkeit sowie ggf. Partnerschaftsstatus und soziale Lage. Die letzten zwei Faktoren haben eine große Schnittmenge mit den in 4.2 näher erläuterten sozioökonomischen Faktoren und sind daher thematisch dort untergebracht. Die Daten zu Geschlecht, Alter und Erwerbsfähigkeit einzelner Personen für den Kreis Lippe werden wie folgt dargestellt.

Geschlecht und Alter

Der Kreis Lippe ist mit 281,3 Einwohner*innen pro km² nach dem Kreis Gütersloh (383 Einwohner*innen pro km²) der bevölkerungsstärkste Kreis in Ostwestfalen-Lippe (Stand: 31.12.2022) und besteht aus 10 kreisangehörigen Städten und 6 Gemeinden. Detmold als größte kreisangehörige Stadt und die mittleren kreisangehörigen Städte Lemgo, Lage und Bad Salzuflen liegen zentral bzw. im westlichen Teil des Kreises (Abbildung 2).

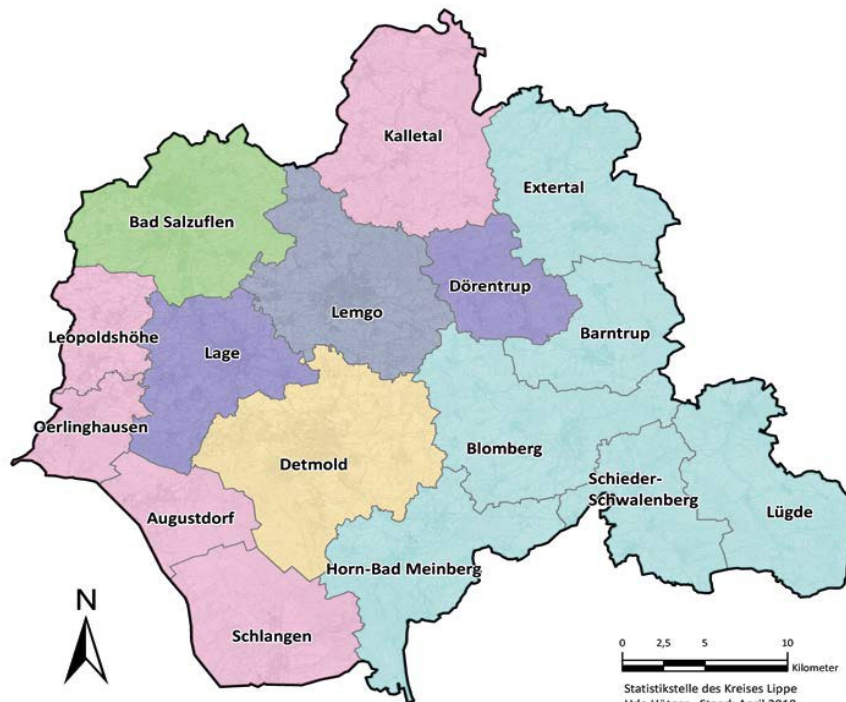


Abbildung 2: Kommunen im Kreis Lippe (Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe, eigene Darstellung)

Insgesamt umfasst der Kreis Lippe 350.588 Einwohner*innen (Frauen: 51%, Männer: 49%). Davon sind 18,51% minderjährig (<18 Jahre), 58,38% werden der Altersgruppe 18-64 Jahre zugeordnet. 23,11% der Bevölkerung sind 65 Jahre und älter. Der Anteil der hochbetagten Menschen (>80 Jahre) beträgt 7,87% (siehe Abb. 3).

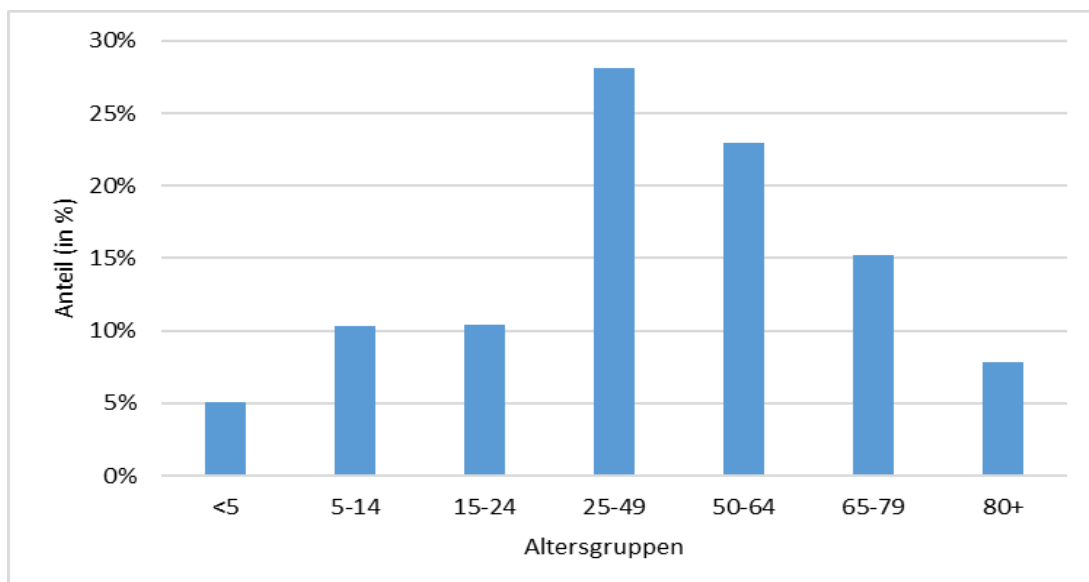


Abbildung 3: Altersverteilung in Prozent im Kreis Lippe (Quelle: IT.NRW, Stand: 27.10.2023)

Um einschätzen zu können, ob der Anteil der älteren Menschen im Kreis Lippe hoch oder niedrig ist, betrachtet man den Altenquotienten. Dieser bezeichnet das Verhältnis zwischen der Anzahl der nicht erwerbsfähigen Personen zu den erwerbsfähigen Personen in einer Gesellschaft. Die Statistik des Landschafts-

verband Westfalen-Lippe (LWL) definiert erwerbsfähige Personen im Alter von 20-66 Jahre. Demnach sind Personen, die nicht mehr als erwerbsfähig gelten, durch ein Alter ab 67 Jahre definiert. Anhand von Abbildung 4 ist zu erkennen, dass der Kreis Lippe gemeinsam mit dem Kreis Höxter den höchsten Altenquotienten (34 oder mehr, Stand: 31.12.2022) in Ostwestfalen-Lippe hat. Das bedeutet, dass es im Kreis Lippe relativ viele ältere Menschen gibt.

Altenquotient in Westfalen-Lippe am 31.12.2022 nach Kreisen und kreisfreien Städten

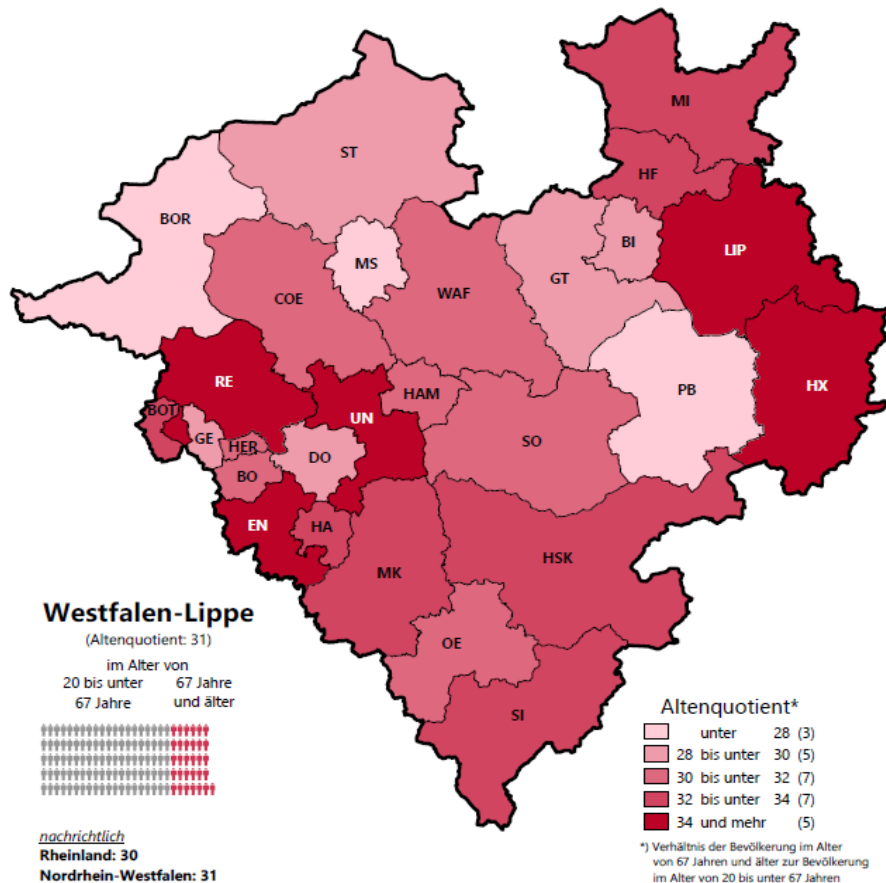


Abbildung 4: Altenquotient in Westfalen-Lippe nach Kreisen und kreisfreien Städten (Quelle: LWL, Stand: 31.12.2022)

4.2 Sozioökonomische Faktoren

Sogenannte „Sozioökonomischen Faktoren“ setzen sich aus sozialen und wirtschaftlichen Faktoren zusammen. Dazu zählen bspw. Faktoren wie Einkommen, Bildung, Beschäftigung, Sicherheit in der Gemeinschaft und soziale Unterstützung. Diese Faktoren beeinflussen den sozioökonomischen Status einer Person. Der sozioökonomische Status wiederum beeinflusst deren Fähigkeit, Kompetenzen und Ressourcen einzusetzen, um z.B. Zugang zu medizinischer Versorgung zu haben, gesundheitliche Risiken zu kennen und vermei-

den oder mit Stress umzugehen. Die Sozioökonomischen Faktoren fördern damit die **Resilienz** (lat.: *resilire*: abprallen, zurückprallen oder nicht anhaftend), also die Widerstands- oder Anpassungsfähigkeit des Individuums an belastende Ereignisse oder Umstände. Im Folgenden werden einige ausgewählte sozioökonomische Faktoren mit Datenlagen aus dem Kreis Lippe unterlegt.

4.2.1 Soziale Unterstützung

Als die Resilienz fördernd, gelten insbesondere stabile Beziehungen und ein unterstützendes soziales Umfeld. Soziale Isolation und Einsamkeit dagegen wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit aus. Während soziale Isolation ein objektiv messbares Defizit an Kontakten darstellt, das wiederum auch ein Maß an fehlender Teilhabe bedeutet, ist Einsamkeit ein subjektiv wahrgenommenes Gefühl der betroffenen Person von fehlenden Sozialkontakten (Pantel, 2021).

Risiko Einsamkeit

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Einsamkeit und sozialer Isolation (Fakoya et al., 2020). Ein Indikator, der auf Einsamkeit hinweisen kann, ist der Anteil an Einpersonenhaushalten. Dieser liegt im Kreis Lippe bei 39,3% (siehe Abb. 5).

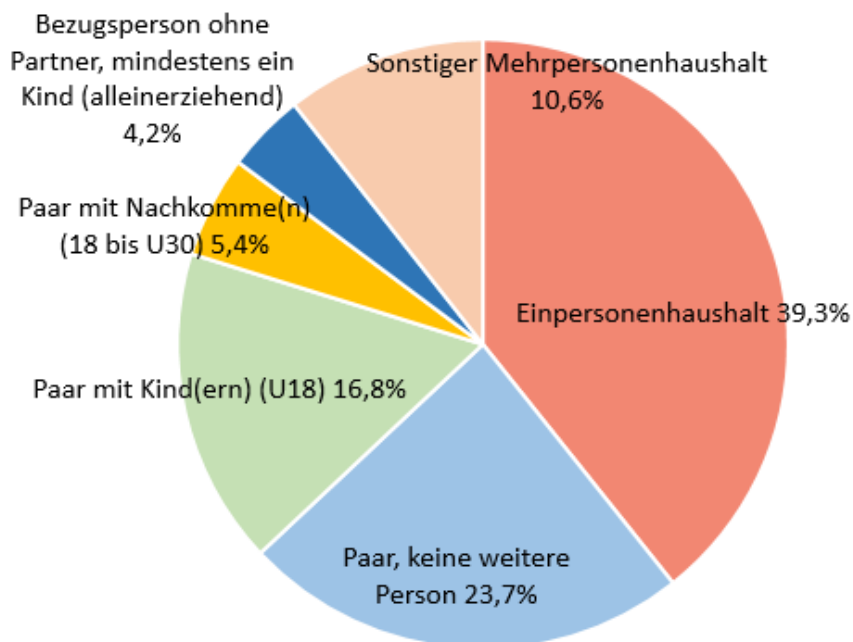


Abbildung 5: Verteilung der Haushaltstypen im Kreis Lippe 2023 (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2023)

Dies entspricht 66.134 Einpersonenhaushalten, in welchen 29.932 Personen, die 60 Jahre alt oder älter sind, leben (siehe Tab. 1). Somit macht diese Altersgruppe knapp die Hälfte aller Einpersonenhaushalte aus.

Haushaltstyp	Anzahl der Haushalte	prozentualer Anteil
Einpersonenhaushalt, unter 30 Jahre alt	9.778	5,8%
Einpersonenhaushalt, 30 bis unter 60 Jahre alt	26.424	15,7%
Einpersonenhaushalt, 60 Jahre alt oder älter	29.932	17,8%
Paar, keine weitere Person, jüngere*r Partner*in unter 30 Jahre alt	3.832	2,3%
Paar, keine weitere Person, jüngere*r Partner*in 30 bis unter 60 Jahre alt	13.318	7,9%
Paar, keine weitere Person, jüngere*r Partner*in 60 Jahre alt oder älter	22.822	13,6%
Paar mit Kind(ern), jüngste Person unter 6 Jahre alt	13.594	8,1%
Paar mit Kind(ern), jüngste Person 6 bis unter 18 Jahre alt	14.699	8,7%
Paar mit Nachkomme(n) im Alter von 18 bis unter 30 Jahren ohne eigene Partner*innen	9.106	5,4%
Bezugsperson ohne ehelichen oder nichtehelichen Partner, mindestens ein Kind (alleinerziehend)	7.099	4,2%
Sonstiger Mehrpersonenhaushalt (ohne Kinder)	17.707	10,5%
GESAMT	168.311	100,0%

Tabelle 1: Haushaltstypen im Kreis Lippe 2023 (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2023)

Risiko Alleinerziehend

Häufig schätzen alleinerziehende Mütter ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein im Vergleich zu Müttern, die in einer Partnerschaft leben (Hoffmann und Swat, 2002; Keim-Klärner, 2020). Insbesondere im Hinblick auf die psychische Gesundheit wird über Depressionen und den missbräuchlichen Konsum von psychotropen Substanzen (Alkohol und Drogen) berichtet (Helbig et al., 2006). Auch sind das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit häufig eingeschränkt (Keim-Klärner, 2020). Die vereinzelt Studien zum Gesundheitszustand alleinerziehender Väter berichten von einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zu Vätern, die in Partnerschaften leben. Zudem geben alleinerziehende Väter häufiger an, an einer Depression erkrankt zu sein und zu rauchen (RKI, 2017). Als Erklärungsansätze für die oftmals schlechtere psychische Gesundheit von Alleinerziehenden werden Faktoren wie soziale Unterstützung, finanzielle und zeitliche Ressourcen (z.B. Vereinbarung von Familie und Beruf) herangezogen (Hoffmann und Swat, 2002; Sperlich und Colatz, 2006; Keim-Klärner, 2020). Laut der Bertelsmann-Stiftung (2021) sind alleinerziehende Mütter häufiger erwerbstätig als Mütter in Partnerschaften und dabei öfter vollzeitbeschäftigt. Zugleich tragen sie die

alleinige Verantwortung für ihre Kinder, den Haushalt und Terminplanungen (Arztbesuche, Freizeit). Im Jahr 2023 lebten im Kreis Lippe 7.099 alleinerziehende Familien. Im Vergleich dazu gab es im selben Zeitraum 28.293 Familien mit Kindern unter 18 Jahren. Damit ist ein Fünftel der Haushalte im Kreis Lippe mit Kindern alleinerziehend (20,1%) (vgl. Tab. 1).

4.2.2 Bildung

In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass der Bildungsstand einer Person einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat (Mackenbach et al., 2008; Schmidt et al., 2012; Pinto Meza et al., 2013; Jacobi et al., 2014, Reiss et al., 2019, Schmidtke et al., 2021). Dabei weisen Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau ein höheres Risiko für eine psychische Störung auf als Personen mit höherem Bildungsniveau (Schmidt et al., 2012). Vermutlich reflektieren Personen mit einem höheren Bildungsniveau ihr Gesundheitsverhalten hinreichender und nehmen häufiger gesundheitsfördernde Maßnahmen in Anspruch als Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau. Eine Studie zu Bildung und Sucht zeigt bei den Hauptdiagnosen im Bereich illegaler Substanzen (Opioide, Cannabis, Kokain und andere psychotrope Substanzen) durchgehend einen hohen Anteil an Personen ohne oder mit niedrigem Schulabschluss sowie einen geringen Anteil an Personen mit (Fach)Hochschulreife/Abitur. Umgekehrt ist bei Hauptdiagnosen im Bereich legaler Substanzen der Anteil an Personen mit (Fach)Hochschulreife/Abitur deutlich höher, während der Anteil an Personen ohne Schulabschluss oder mit niedrigerem Bildungsabschluss geringer ist (Brand et al., 2015). Insbesondere Frauen mit höherem Bildungsabschluss scheinen häufiger regelmäßig und auch riskant Alkohol zu trinken (Lampert et al., 2016). Lediglich im Bereich der Kokainabhängigkeit ist der Anteil von Personen mit (Fach)Hochschulreife/Abitur und Personen ohne Schulabschluss ähnlich hoch. Die Untersuchung von Epping et al. (2017) hat zudem herausgefunden, dass das Bildungsniveau einen entscheidenden Einfluss auf die Inanspruchnahme von Psychotherapien hat. Es wird vermutet, dass dies im Zusammenhang mit den verbalen Fertigkeiten der betroffenen Person steht, die Symptome ausreichend zu erläutern, damit ein Therapiebedarf seitens des/der Therapeut*in festgestellt wird. Eine weitere Erklärung könnte die eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu psychischen Störungen sein. Es wird davon ausgegangen, dass das mangelnde Wissen über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten die Wahrscheinlichkeit einer Therapievermeidung erhöht (Thornicroft, 2008).

Wenn die betroffene Person den Weg ins Versorgungssystem findet, wirkt sich das Bildungsniveau auch auf den Behandlungsverlauf aus (Brand et al., 2015). In ambulanten und stationären Einrichtungen weisen Patient*innen mit höherem Bildungsniveau bessere Behandlungsergebnisse und weniger Behandlungsabbrüche auf als Personen mit niedrigerem Bildungsniveau, was die Ergebnisse früherer Studien bestätigt (Greenfield et al., 2003). Eine mögliche Erklärung für diese Unterschiede liefern die höheren kognitiven Fähigkeiten von Personen mit höherer Bildung, welche laut Greenfield et al. (2003) einen Einfluss auf das Therapieverständnis haben und wesentlich zum Erfolg der Behandlung beitragen.

Im Kreis Lippe lebten im Jahr 2022 289.380 Personen, die ihren Hauptwohnsitz in Lippe haben und mindestens 15 Jahre alt sind. Von diesen haben 88,7% einen Schulabschluss erreicht. Dabei sind die Anteile der Absolventen der jeweiligen Schulformen ähnlich verteilt (Hauptschulabschluss: 26,9%, Realschulabschluss: 27,0%, Fachhochschul- oder Hochschulreife: 34,9%). Die Geschlechterverteilung in den jeweiligen Schulformen ist ebenfalls ausgeglichen (siehe Abb. 6). Betrachtet man jedoch die Schulabschlüsse der Realschule nach Geschlecht, fällt auf, dass mehr Mädchen (14,6%) als Jungen (12,4%) vertreten sind. Der Anteil der Schulabgänger*innen ohne Schulabschluss lag im Jahr 2022 bei 5,9% und damit unter dem Durchschnitt von Nordrhein-Westfalen (Stand 2023, berichtetes Jahr 2022: 6,3%, Quelle: Statista).

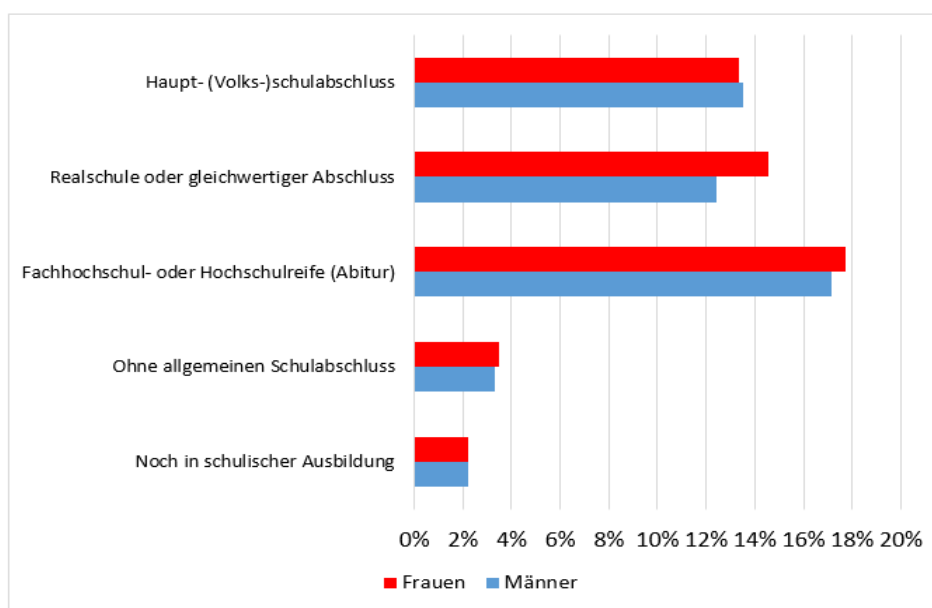


Abbildung 6: Schulabschluss nach Geschlecht im Kreis Lippe 2022, n= 289.380 (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung (ab 15 Jahre) (IT. NRW, Stand: 31.12.2023)

4.2.3 Finanzielle und berufliche Situation

Neben Bildung und sozialer Unterstützung werden auch die finanzielle sowie berufliche Situation, die die finanzielle Situation wiederum maßgeblich bedingt, als Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit herangezogen. Untersuchungen zeigen, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt bei Personen mit niedrigem Einkommen um fünf bis zehn Jahre verringert ist im Vergleich zu Personen mit hohem Einkommen. Wenn ausschließlich die gesunden Lebensjahre betrachtet werden, ist der Unterschied zwischen den Einkommensgruppen noch größer (Lampert et al., 2016; Hoell und Salize, 2019). Armut, eingeschränkte finanzielle Ressourcen sowie Erwerbslosigkeit führen zu sozialer Benachteiligung. Davon betroffene Personen leiden doppelt so häufig an Depressionen und Angsterkrankungen wie Personen, denen ein höherer sozialer Status zugeschrieben wird (Bramesfeld, 2011; Hoell und Salize, 2019). Das verfügbare Jahresnettoeinkommen (Kaufkraft) gibt Auskunft darüber, wie viel Geld eine Person zur Verfügung hat, um Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Es ergibt sich aus dem Einkommen abzüglich aller regelmäßigen Verpflichtungen (Kreditzahlungen, Mieten, Sozialbeiträge). Im Kreis Lippe

standen einer Person im Jahr 2023 jährlich durchschnittlich 25.695€ zur freien Verfügung. Das entspricht sowohl etwa dem Jahresdurchschnitt von Nordrhein-Westfalen (25.784€) als auch von Deutschland (25.877€). Betrachtet man die einzelnen Kommunen ergeben sich regionale Unterschiede. So verfügten im Jahr 2023 Personen, die in Blomberg (28.890€) und in Oerlinghausen (28.030€) wohnen über ein Jahresnettoeinkommen, das in etwa 4.000 - 6.000€ höher war als Personen, die in Augustdorf (22.158€), Horn-Bad Meinberg (24.034€) oder Lügde (24.364€) leben (vgl. Tab.2).

Kommune	verfügbares Jahresnettoeinkommen je Einwohner*in (€)
Augustdorf	22.158
Bad Salzuflen	26.816
Barntrop	25.166
Blomberg	28.890
Detmold	27.375
Dörentrup	25.056
Extertal	25.822
Horn-Bad Meinberg	24.034
Kalletal	25.199
Lage	25.165
Lemgo	26.050
Leopoldshöhe	26.273
Lügde	24.364
Oerlinghausen	28.030
Schieder-Schwalenberg	25.034
Schlangen	26.120
Kreis Lippe	25.695
Nordrhein-Westfalen	25.784

Tabelle 2: Verfügbares Jahresnettoeinkommen in Euro je Einwohner*in im Kreis Lippe und Nordrhein-Westfalen 2023 (Quelle: Nexiga, Statista).

Die Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht seit Jahren sinkende Arbeitslosenzahlen (siehe Abb. 7). Dabei ist zu beachten, dass in dieser Statistik jedoch einige Personengruppen fehlen (vgl. §§16 und 138 Sozialgesetzbuch (SGB) III):

- Personen, die sich nicht arbeitssuchend melden
- Personen, die weniger als 15 Stunden/Woche arbeiten
- Personen, die arbeitsunfähig sind
- Personen, die sich in einer Fort- oder Weiterbildung genauso wie Trainings- und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen befinden
- Personen ab einem Alter von 58 Jahren, die mindestens seit zwölf Monaten Arbeitslosengeld II beziehen und in dieser Zeit keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung angeboten bekommen haben (Bereinigung durch Einführung des Bürgergeldes 2023; durch Übergangsregelungen, aber dennoch bislang nicht in der Statistik einbezogen)
- Personen mit erschwerter Vermittlung, weil sie ihre Pflichten bei der Jobsuche nicht erfüllen

Daher kann von einer deutlich höheren realen Anzahl von Arbeitslosen ausgegangen werden. Wer seinen Lebensunterhalt aufgrund von Arbeitslosigkeit nicht sichern kann, aber erwerbsfähig und leistungsberechtigt (siehe §7 SGB II) ist, erhält Unterstützung durch den Staat in Form von Bürgergeld (SGB II-Leistungen). Gleiches gilt für Personen, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben (z.B. Personen <25 Jahre, sofern sie ihren Lebensunterhalt noch nicht selbst sichern können). „Die SGB II-Quote ist damit auch der stärkste Indikator für das Ausmaß an bestehender Einkommensarmut. Diese Quote bezeichnet den prozentualen Anteil der Menschen in einer Kommune oder dem Kreis, die einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II haben, im Gegensatz zu denen, die durch Erwerbsarbeit oder andere Einkommen davon unabhängig sind.“ (Sozialbericht für die Stadt Horn-Bad Meinberg, 2021, S. 30).

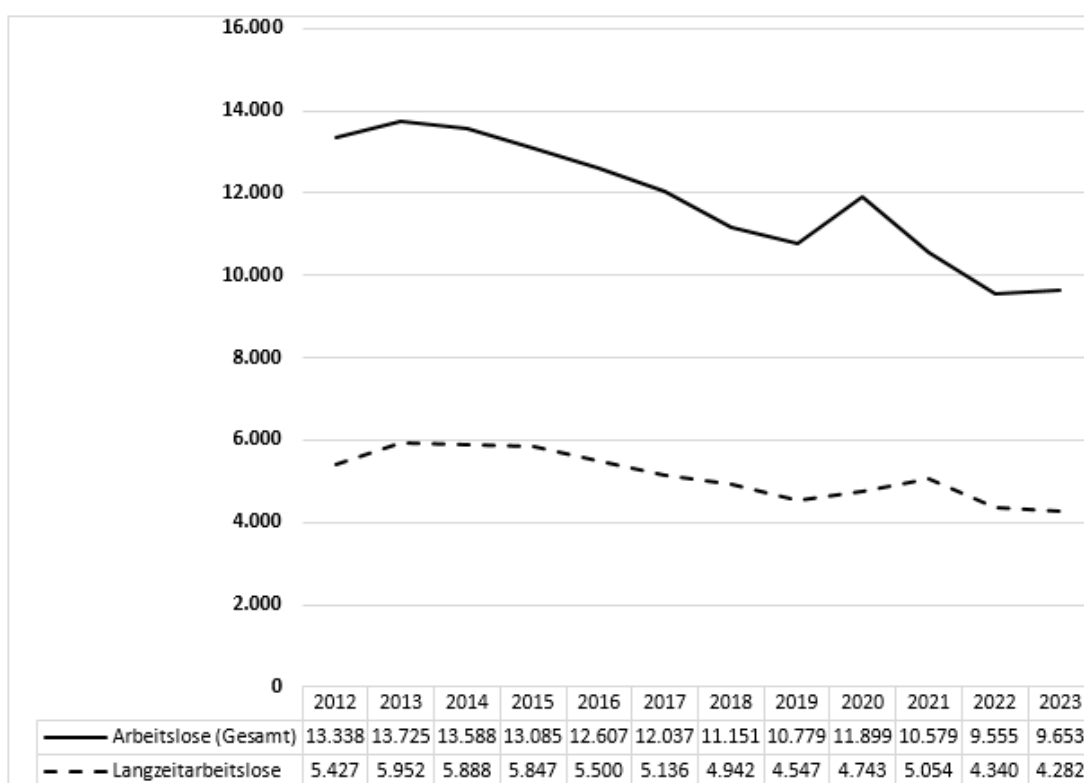


Abbildung 7: Anzahl der Arbeitslosen im Kreis Lippe 2023 (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Stand: 31.12.2023)

Im Kreis Lippe variieren die SGB II-Quoten der einzelnen Kommunen von 4,2% in Leopoldshöhe bis 11,2% in Detmold. Für den gesamten Kreis lag die SGB II-Quote bei 8,1% (Stand: 31.12.2023). In den einzelnen Altersgruppen ist der hohe Anteil an minderjährigen Leistungsbeziehenden auffällig. In allen Kommunen ist fast ein Drittel aller Leistungsbeziehenden unter 18 Jahren. Die höchsten SGB II-Quoten für diese Altersgruppe verzeichnen Detmold (16,9%), Bad Salzuflen (16,4%) und Extertal (15,1%) (siehe Abb. 8). Die Altersgruppen 18-<40 und 40-<50 unterscheiden sich mit einer Gesamtquote von 8,3% und 7,7% nicht erheblich voneinander. Lediglich die Stadt Blomberg weist eine Differenz von 1,6 Prozentpunkten zwischen den Altersgruppen auf und hat mit einer SGB II-Quote von 7,2% deutlich mehr Leistungsbeziehende im Alter von

18-<40 Jahren als im Alter von 40-<50 Jahren (5,6%). Betrachtet man die SGB II-Quoten der Altersgruppen 50-<60 (5,6%) und 60-<66 (4,7%) in ihrer Gesamtheit, sind sie identisch und auch in den einzelnen Kommunen weisen sie keine nennenswerten Unterschiede auf.

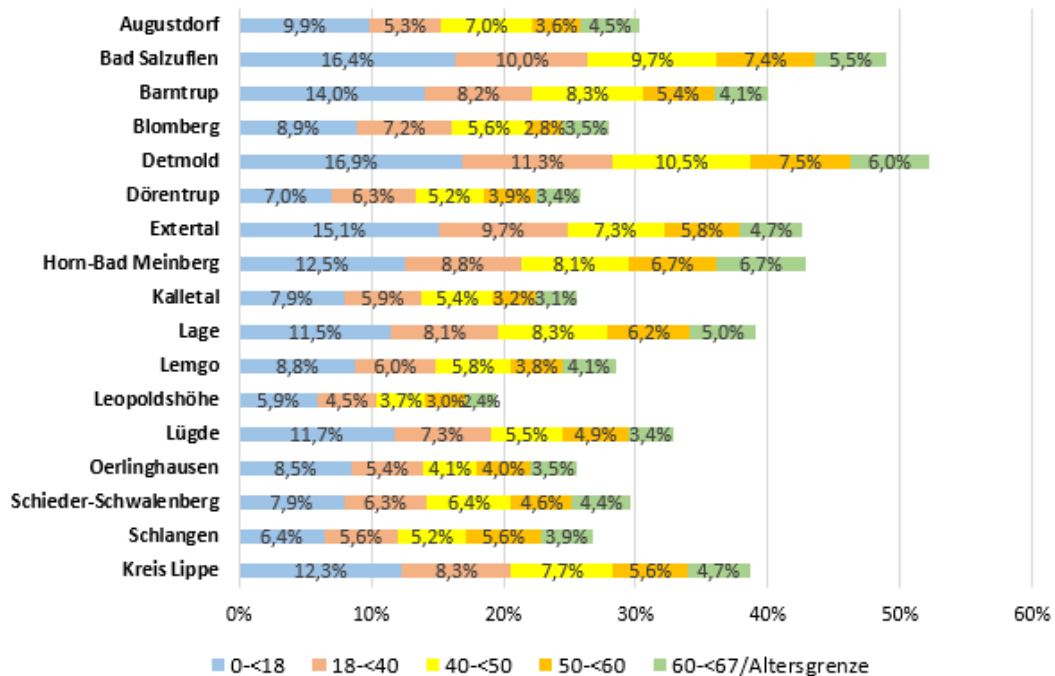


Abbildung 8: Anteil der SGB II-Quote (Grundsicherung für Arbeitssuchende) im Kreis Lippe nach Altersgruppe und Kommune 2023 (Quelle: Jobcenter Lippe, 31.12.2023)

5 Einordnung der Krankheits- und Störungsbilder (F-Diagnosen) in die ICD-10-Klassifikation

Die Eingruppierung von Krankheits- und Störungsbilder erfolgt nach dem internationalen Klassifikationssystem „ICD“. Die Abkürzung ICD steht für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems".

In der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) werden psychische Störungen im Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen F00-F99 aufgeführt, wobei psychische und Verhaltensstörungen beginnend mit einem „F“ notiert werden (F-Diagnosen, siehe Tab. 3).

F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, <u>schizotype</u> und wahnhafte Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tabelle 3: ICD-10-GM, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen
(Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI))

Die Darstellung der Fallzahlen im nachfolgenden Kapitel bezieht sich auf psychische Störungen von Erwachsenen, daher wurde sich auf die Diagnosen F00-F79 beschränkt.

6 Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen im Kreis Lippe

Der Begriff **Prävalenz** schließt alle Krankheitsfälle im betrachteten Teil der Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraums ein.

Der Begriff **Inzidenz** hingegen umfasst die Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

In den nachfolgenden Abschnitten ist daher zu beachten, dass die Häufigkeit von Diagnosen nicht gleichbedeutend ist mit der Häufigkeit von Erkrankungen.

Die dargestellten Fallzahlen entsprechen den Diagnosen nach ICD-10-Kodierung, beginnend mit einem „F“- Psychische und Verhaltensstörungen, wie im vorangehenden Kapitel erläutert. Es wurden nur Diagnosen der niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen für gesetzlich Versicherte berücksichtigt, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Diagnosen werden nach dem M1Q-Kriterium gezählt, d.h., dass Mehrfachbehandlungen aufgrund derselben Diagnose in einem Kalenderjahr zu einem Behandlungsfall zusammengefasst werden. Da ein gesetzlich Versicherter erst in die Statistik aufgenommen wird, wenn der/die niedergelassene Arzt*in eine Diagnose nach ICD-10 gestellt hat, kann davon ausgegangen werden, dass weitaus mehr Personen unter einer psychischen Störung leiden, als in den Statistiken ausgewiesen. Der Zugang zur Versorgung beeinflusst auch die Häufigkeiten. Da psychisch Erkrankte häufig stigmatisiert werden und Fachärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtungen psychiatrische Erkrankungen in ihre differentialdiagnostischen Überlegungen nicht einbeziehen, werden die sog. „F-Diagnosen“ häufig erst spät gestellt.

Die nun folgenden Kapitel widmen sich der Verteilung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung im Beobachtungszeitraum 2015 - 2021 in den ambulanten und stationären Versorgungssektoren.

6.1 Ambulante Behandlungen

Die ambulanten Behandlungen werden nach dem internationalen Klassifikationssystem („ICD“) verschlüsselt präsentiert, wobei psychische und Verhaltensstörungen beginnend mit einem „F“ notiert werden (F-Diagnosen). Sie geben wieder, welche Diagnosen die niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die im Kreis Lippe an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, verschlüsselt haben.

Aus den ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV-WL) geht hervor, dass im Kreis Lippe in 2021 ca. 180.000-fach eine psychische Störung (F00-F79) diagnostiziert wurde. Gleichzeitig ist erkennbar, dass sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Diagnosehäufigkeit mit dem Alter zunimmt.

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen für ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Referenzjahr 2021 sind neurotische, Belastungs- und soma-

toforme Störungen (F40-F48) mit einem Anteil von 40%, gefolgt von affektiven Störungen (F30-F39) (25%) und den Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) mit fast 15% (siehe Abb. 9).

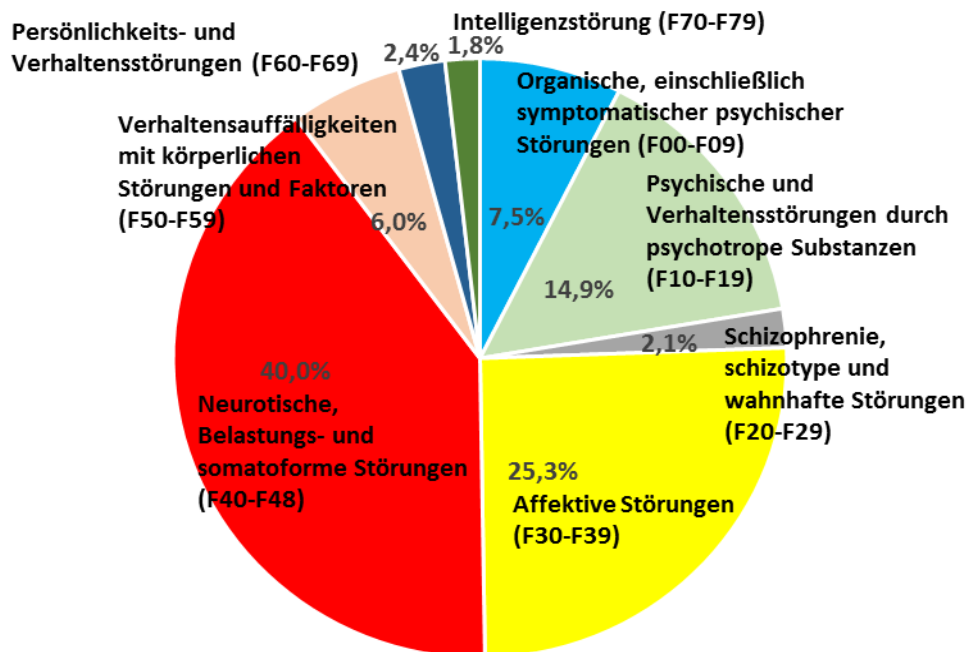


Abbildung 9: Anteil ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) in Prozent im Kreis Lippe 2021, ab 15 Jahren (Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und Nordrhein)

Die ambulanten Behandlungshäufigkeiten für das Referenzjahr 2021 werden in der Abbildung 10 nach Diagnosegruppen und Geschlecht dargestellt.

Bei den Frauen wurden häufiger Behandlungen aufgrund einer F- Diagnose eingeleitet als bei Männern. Insbesondere liegt bei Frauen der Anteil der Betroffenen mit affektiven Störungen (F30-F39) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) höher.

Bei den Männern ist die Diagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) mit einer höheren Anzahl als bei den Frauen auffällig.

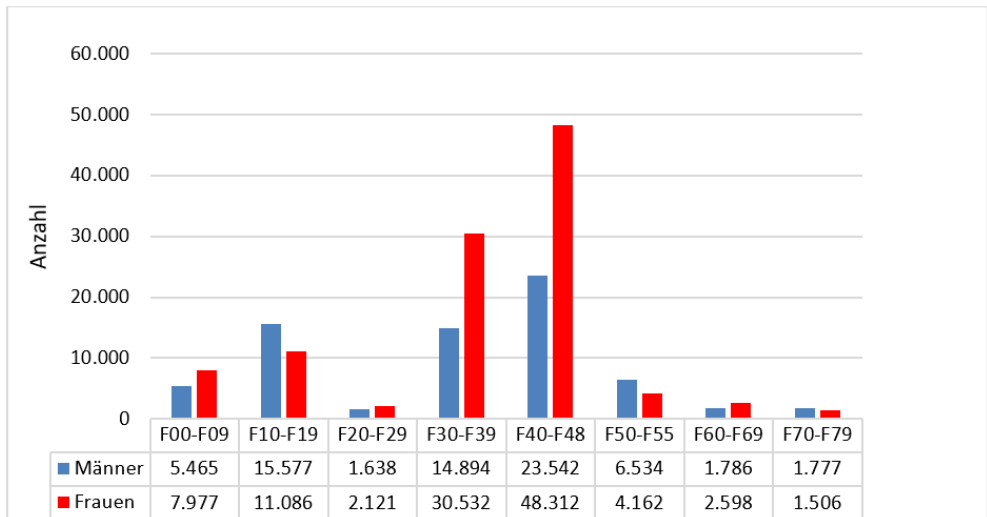


Abbildung 10: Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) bei Männern und Frauen ab 15 Jahren nach ICD-10-Gruppen im Kreis Lippe 2021 (Quelle: KVWL und KVNO 2024)

Die absolute Zahl an Männern der Diagnosegruppen F10-F19 entspricht jedoch in etwa der Anzahl der Männer mit der Diagnosegruppe F30-F39.

Die am häufigsten gestellte Diagnose bei Männern und Frauen im Kreis Lippe ist in der Diagnosegruppe F40-F48 (neurotische Belastungs- und somatoformen Störungen) zu finden.

Die F-Diagnosen, bei denen die Fälle weiblicher Betroffener die von Männern übersteigt, werden in Tabelle 4 ausgewiesen:

F-Diagnose	Männer	Frauen
Depressive Episode F32	9.846	20.480
Somatoforme Störungen F45	7.926	17.337
Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F43	5.831	10.982
Andere Angststörungen F41	4.981	10.550
Rezidivierende depressive Störung F33	3.926	8.087
Andere neurotische Störungen F48	3.169	6.545
Nicht näher bezeichnete Demenz F03	1.600	2.720
Nichtorganische Schlafstörungen F51	877	2.023
Phobische Störungen F40	1.026	1.871
Spezifische Persönlichkeitsstörungen F60	1.097	1.848
Esstörungen F50	530	1.361
Demenz bei Alzheimer-Krankheit G30	684	1.220
Vaskuläre Demenz F01	770	1.205
Anhaltende affektive Störung F34	692	1.186
Bipolare affektive Störung F31	341	616
Dissoziative Störungen F44	206	464
Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F68	36	89

Tabelle 4: Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) im Kreis Lippe 2021, Frauen (Quelle: KVWL/KVNO 2024)

Die Tabelle zeigt die nach Häufigkeit sortierte Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen im Bereich F00 - F79 von jeweils überwiegend Frauen ab 15 Jahren im Kreis Lippe 2021

Tabelle 5 zeigt demgegenüber die F-Diagnosen, bei denen die Fälle männlicher Betroffener ab 15 Jahren im Kreis Lippe überwiegen, ebenfalls sortiert nach Häufigkeit:

F-Diagnose	Männer	Frauen
Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak F17	10.046	8.437
Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit F52	4.960	478
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol F10	3.185	1.310
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen F19	953	377
Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide F12	538	147
Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide F11	496	159
Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle F63	213	82

Tabelle 5: Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) im Kreis Lippe 2021, Männer (Quelle: KVWL/KVNO 2024)

Im Beobachtungszeitraum 2015-2021 ist die Fallzahl bei den Frauen fast doppelt so hoch wie bei den Männern (siehe Abb. 11).

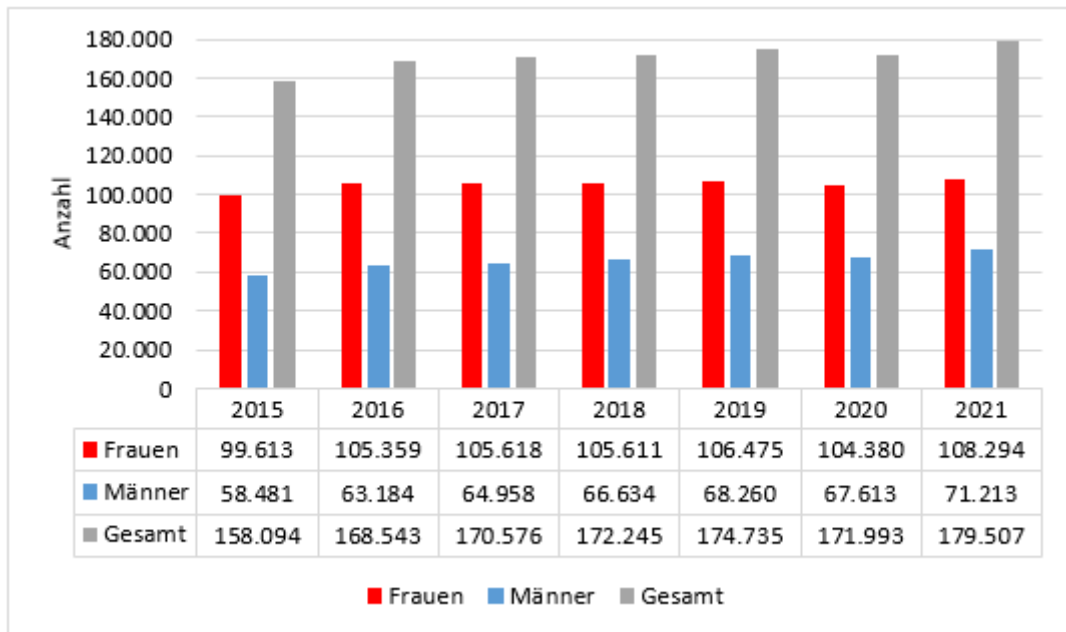


Abbildung 11: Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) im Kreis Lippe von 2015 bis 2021, Männer und Frauen ab 15 Jahren (Quelle: KVWL/KVNO 2024)

6.2 Stationäre Behandlungen

Für die stationären Diagnosen, also all diejenigen, die im Krankenhaus behandelt werden, wurde für diesen Bericht die amtliche Krankenhausstatistik herangezogen. Die Statistik erstreckt sich auf alle Krankenhäuser sowie alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen des Kreises Lippe. Hier gilt es zu beachten, dass sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte eingeschlossen sind. Im Folgenden werden die Behandlungsfälle nach ICD-10-Kapitel dargestellt sowie die einzelnen Störungsbilder näher erläutert.

Bei den Erwachsenen überwiegen unter den stationären Fällen im Kreis Lippe mit 33,8% die psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen, gefolgt von den affektiven Störungen mit 26,8% und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 14,5% (siehe Abb. 12). Bei den weiblichen Krankenhausfällen überwiegen unter den F-Diagnosen hingegen die affektiven Störungen (Frauen: 64%; Männer 36%), während stationär behandelte Männer deutlich häufiger als Frauen von einer Störung durch Substanzkonsum betroffen sind (Männer: 78%; Frauen: 22%).

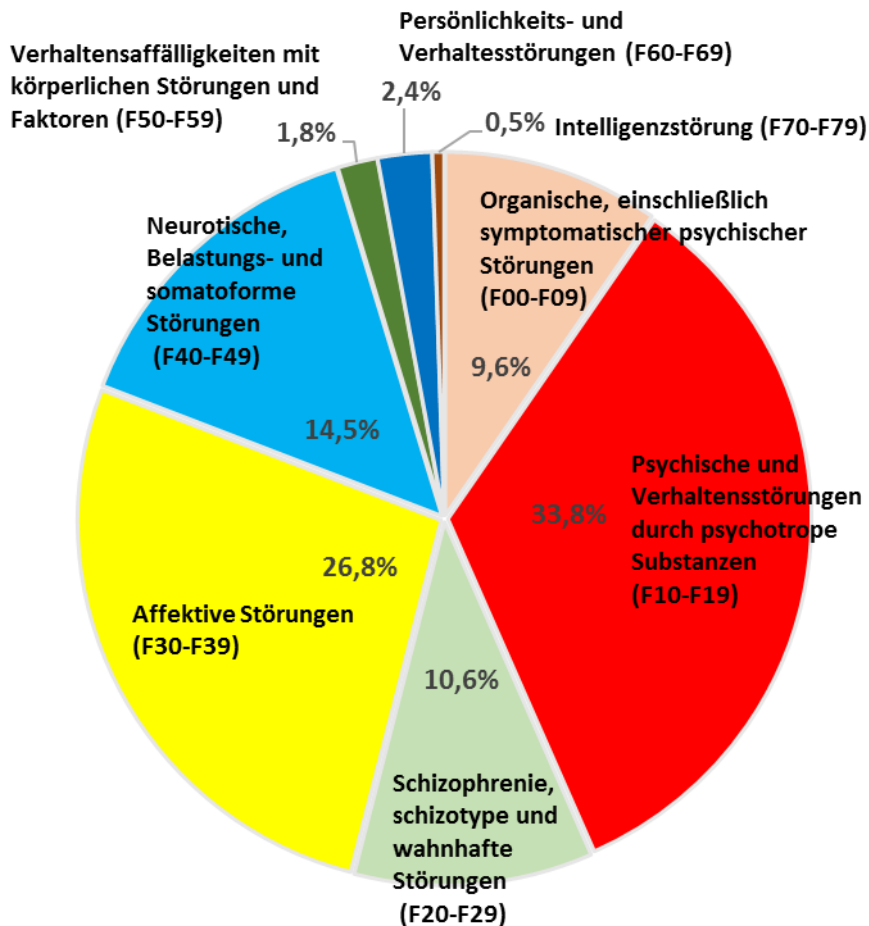


Abbildung 12: Anteil stationärer Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) in Prozent im Kreis Lippe 2021, ab 15 Jahren (Quelle: IT. NRW, Berechnungen: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, LZG NRW)

6.3 Einzelaufstellung Fallzahlen stationär nach ICD-10 (F-Diagnosen)

6.3.1 Fallzahlen (F00-F09): Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Diese Störungen umfassen „eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.“ (DIMDI, 2019). Einen Überblick über die Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner*innen mit den Diagnosen F00-F09 bietet Abbildung 13.

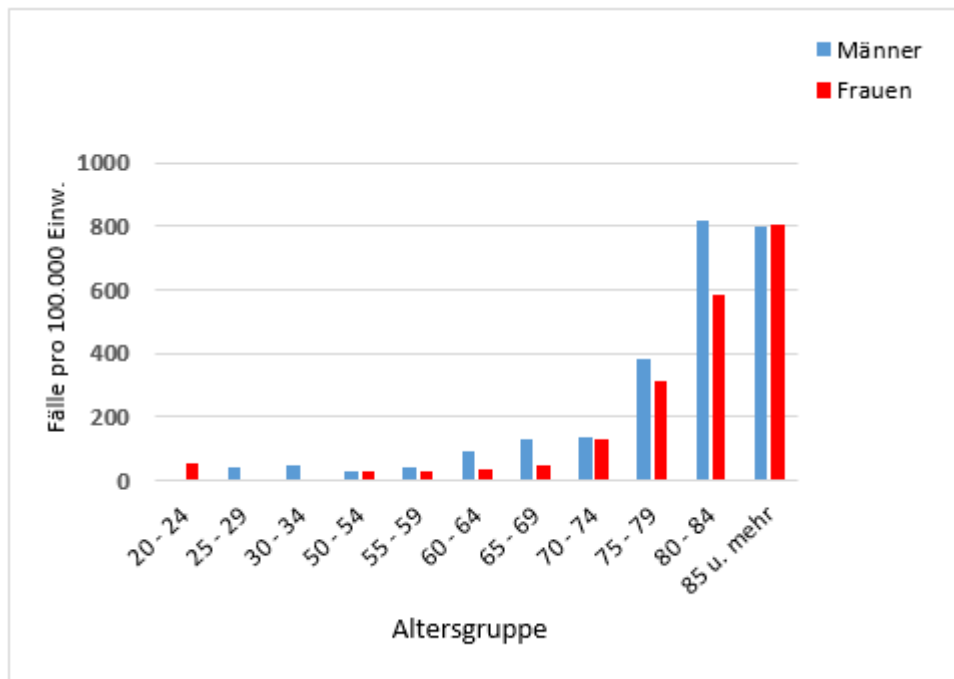


Abbildung 13: Krankenhausfälle von organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe 2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Im folgenden Abschnitt wird näher auf **Demenz** (F00-F03) eingegangen. Unter Demenz versteht man jede Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, die so stark ist, dass sie die unabhängige, alltägliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Demenz lässt sich am besten als Syndrom und nicht als einzelne Krankheit charakterisieren. Die Ursachen für Demenz sind vielfältig und umfassen primäre neurologische, neuropsychiatrische und medizinische Erkrankungen. Es ist üblich, dass mehrere Krankheiten zum Demenzsyndrom eines Patient*innen beitragen (Gale et al., 2018). **Neurodegenerative Demenzerkrankungen** wie die **Alzheimer-Krankheit** und die **Lewy-Körperchen-Demenz** - Eiweißablagerungen in den Nervenzellen des Mittelhirns bei Parkinson-Patient*innen (Sanford, 2018) - kommen am häufigsten bei älteren Menschen vor, während traumatische Hirnverletzungen und Hirntumore häufige Ursachen bei jüngeren Erwachsenen sind. Die **vaskuläre Demenz** entsteht durch Durchblutungsstörungen im Gehirn und ist meist die Folge mehrerer kleiner Schlaganfälle. Sie ist nach der Alzheimer-Krankheit, die etwa 50 bis 75 Prozent der Demenzerkrankten betrifft, mit etwa 15 bis 25 Prozent die zweithäufigste Demenz-Form (Bir et al., 2021).

Im Jahr 2021 wurden im Kreis Lippe 78 Menschen (34 Männer und 44 Frauen) im Alter ab 60 Jahren wegen einer Demenz stationär behandelt (siehe Abb. 14). Der Anzahl der stationären Behandlungen aufgrund einer Demenz steigt mit zunehmendem Alter an. Aufgrund der höheren Lebenserwartung sind Frauen im Alter von 85 Jahren und älter häufiger vertreten als Männer.

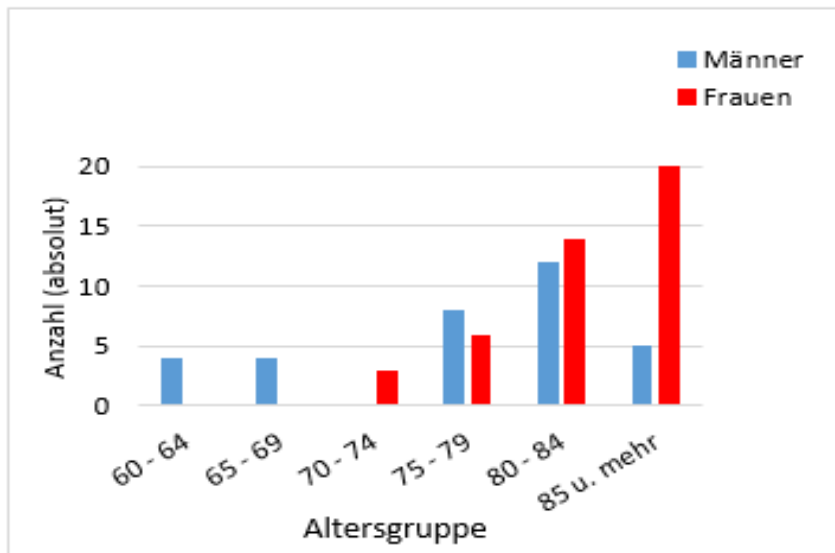


Abbildung 14: Anzahl der Krankenhausfälle aufgrund einer Demenz (F00-F03) nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe 2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Die Abbildung 15 zeigt die Demenz-Diagnosen im Beobachtungszeitraum 2015-2021 im Kreis Lippe und in NRW.

Während die Behandlungszahlen für NRW relativ stabil sind, kommt es im Kreis Lippe zu stärkeren Schwankungen. Dies ist durch die im Vergleich zu NRW deutlich geringeren Fallzahlen im Kreis Lippe begründet.

Einen **Sondereffekt** stellen die Covid-19-pandemieinduzierten Einschränkungen der Diagnostik und damit der Rückgang der Krankenhausfälle im Jahr 2020 dar.

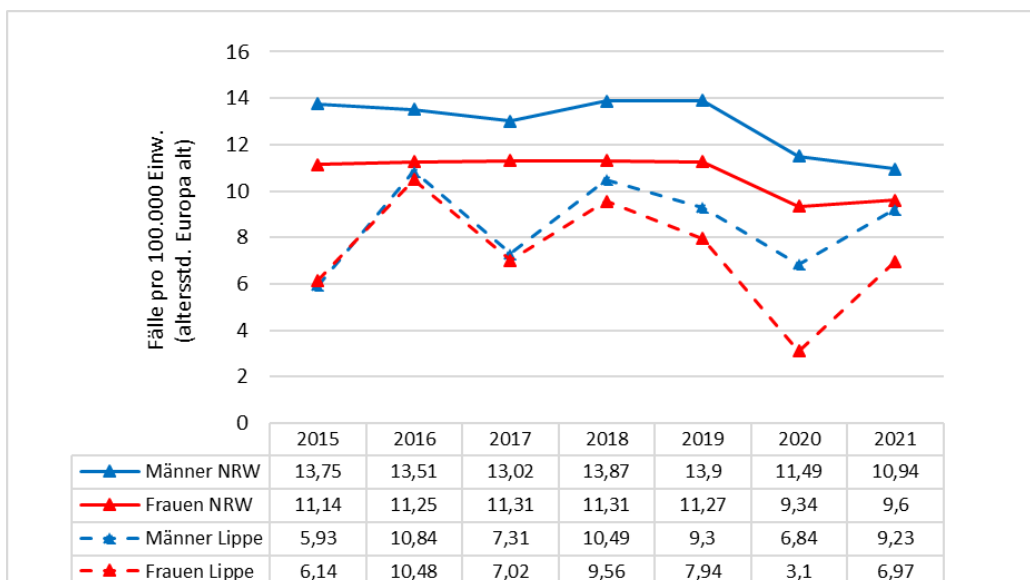


Abbildung 15: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund einer Demenz (F00-F03) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Besonderheit Alzheimer-Krankheit

Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Der **Diagnoseschlüssel erfolgt über die Kombination von F00 und G30**. In der Krankenhausstatistik wird die Alzheimer-Krankheit über den Diagnoseschlüssel G30, unter Kapitel VI - Krankheiten des Nervensystems (G00-G99), ausgewiesen, weshalb in den folgenden Abbildungen statt der F-Diagnose des ICD-10 auf G30 referenziert wird.

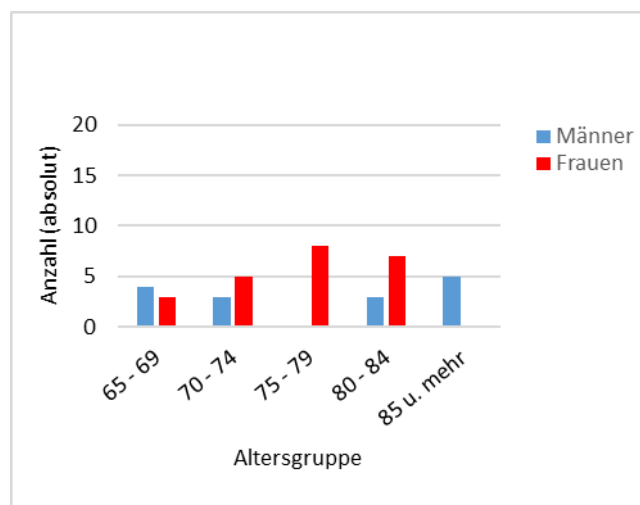


Abbildung 16: Anzahl der Krankenhausfälle aufgrund einer Alzheimer-Krankheit (G30) nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe 2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Auffällig ist, dass bei der Alzheimer-Krankheit fünf hochbetagte Männer (ab 85 Jahren) und keine Frau stationär behandelt wurden (Abb. 16). Betrachtet man die übrigen Demenzerkrankungen (F00-F03) im selben Zeitraum, überwiegen die hochbetagten Frauen (ab 85 Jahren) mit 20 Fällen im Vergleich zu den Männern ab 85 Jahren mit fünf Fällen (Abb. 14).

Die Abbildung 17 präsentiert die Alzheimer-Diagnosen im Beobachtungszeitraum 2015-2021 im Kreis Lippe und in NRW.

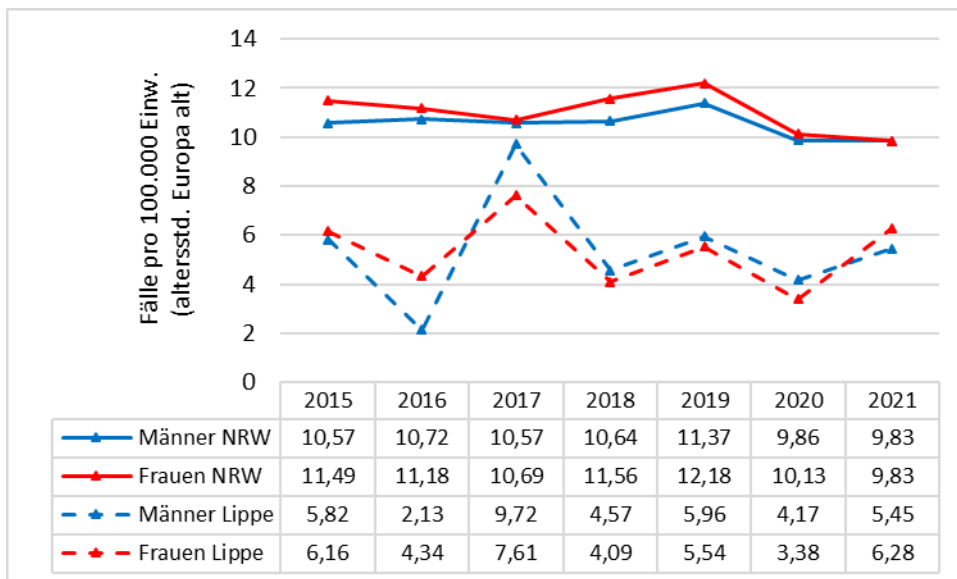


Abbildung 17: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund einer Alzheimer-Krankheit (G30) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Während die Behandlungszahlen für NRW relativ stabil sind, kommt es im Kreis Lippe immer wieder zu stärkeren Schwankungen, die ebenfalls überwiegend durch die niedrigen Fallzahlen bedingt sind.

6.3.2 Fallzahlen (F10-F19): Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Störungen durch psychotrope Substanzen werden in Abhängigkeit von der Anzahl und Stärke der Symptome in Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch unterteilt. Vom Substanzmissbrauch spricht man, wenn man wissentlich Substanzen einnimmt, die körperlich und/oder psychisch schädigen. Die Substanzabhängigkeit ist erst gegeben, wenn die Betroffenen das zwanghafte Bedürfnis nach einem bestimmten Stimulus (z.B. Alkohol) haben (MEDICLIN, 2024). „Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. Ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz zeigt Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen“ (DIMDI, 2019).

Der Anteil stationärer Diagnosen der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen beträgt ca. ein Drittel der Krankenhausfälle im Kreis Lippe in 2021 (Abb. 12).

Stationäre Behandlungen aufgrund dieser Erkrankungen erfolgen bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen und insbesondere in der Altersgruppe zwischen 35-39 Jahren (Männer: 1.630 Fälle je 100.000 Ew., Frauen: 353 Fälle je 100.000 Ew.), 40-44 Jahren (Männer: 1.257 Fälle je 100.000 Ew., Frauen: 280

Fälle je 100.000 Ew.) und 45-49 Jahren (Männer: 943 Fälle je 100.000 Ew., Frauen: 190 Fälle je 100.000 Ew) (siehe Abb. 18).

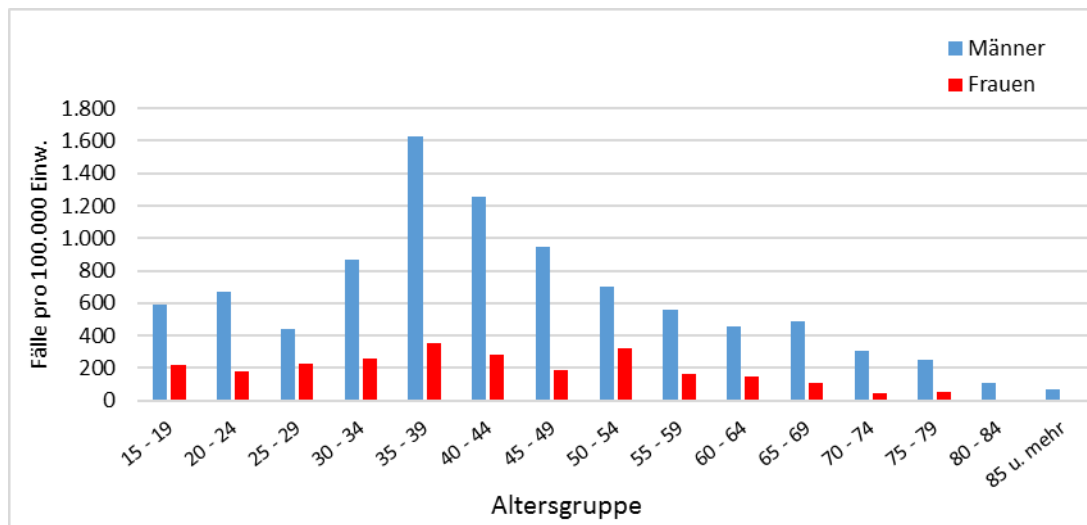


Abbildung 18: Krankenhausfälle von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19) pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe 2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Der Vergleich zwischen dem Kreis Lippe und NRW im Beobachtungszeitraum 2015-2021 ist in der Grafik 19 dargestellt. Während der Corona-Pandemie zeigt das Jahr 2020 einen starken Rückgang der Krankenhausbehandlungen von männlichen Betroffenen im Kreis Lippe, der im Vergleich zur Gesamtzahl im Land NRW deutlicher ausgefallen ist.

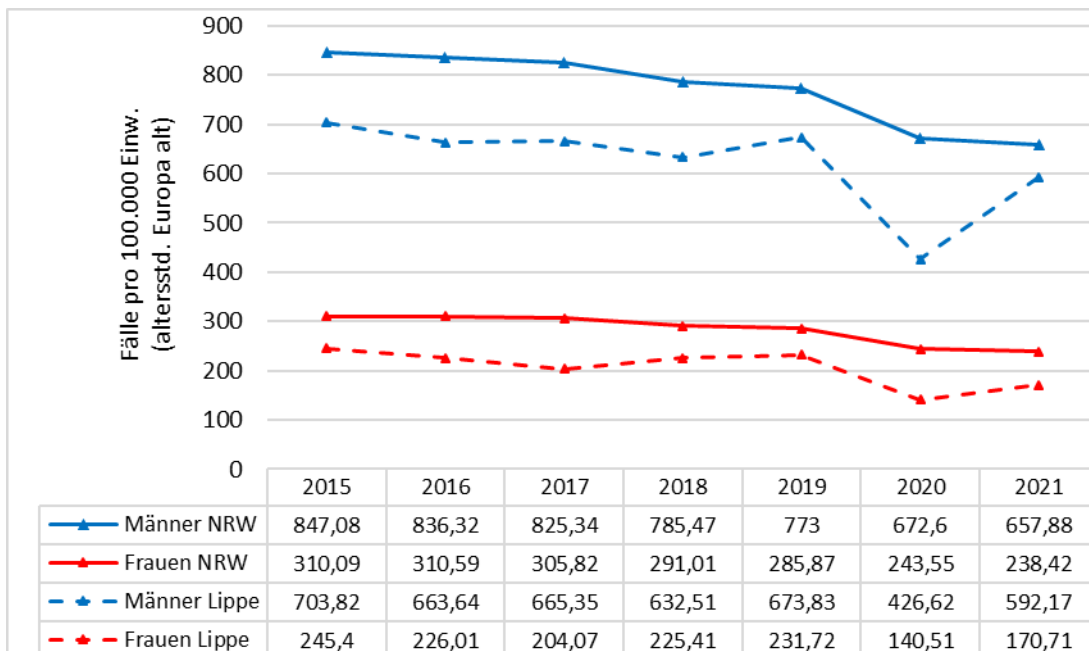


Abbildung 19: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Betrachtet man die einzelnen Substanzen bzw. Substanzklassen macht die Alkoholabhängigkeit (F10) mit ungefähr dem Sechsfachen im Vergleich zu allen

anderen Störungen zusammen den weitaus größten Teil aus (siehe Abb. 20). Demgegenüber war die Abhängigkeit von illegalen Drogen vergleichsweise selten in der Bevölkerung anzutreffen. Die Abhängigkeit von Nikotin (Tabak) ist in diesem Bericht jedoch nicht enthalten.

Der Konsum von Alkohol, Nikotin und Drogen kann zu Entwicklung einer Suchterkrankung führen. Männer sind zu allen Erhebungszeitpunkten deutlich häufiger betroffen, darunter insbesondere junge Erwachsene (Abb. 18). Die Statistikprävalenz von Alkoholabhängigkeit aller Altersgruppen (von 15 bis 84-Jährige) zeigt 75% Männer (640 Fälle) im Vergleich zu 25% Frauen (209 Fälle) (siehe Abb. 20). Die Todesursachenstatistik aufgrund von Alkoholkonsum (Altersgruppe 49 - 74 Jahre) weist für den Kreis Lippe für das Jahr 2021 28 Verstorbene (22 Männer und 6 Frauen) aus. Die Anzahl der Sterbefälle im Land NRW in 2021 wegen Alkoholkonsums betrug 800 (597 Männer, Altersgruppe 25-85 und mehr und 203 Frauen, Altersgruppe 45-85 und mehr). Die meisten Sterbefälle treten dabei ab einem Alter von 55 bis 74 Jahren auf (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG, NRW).

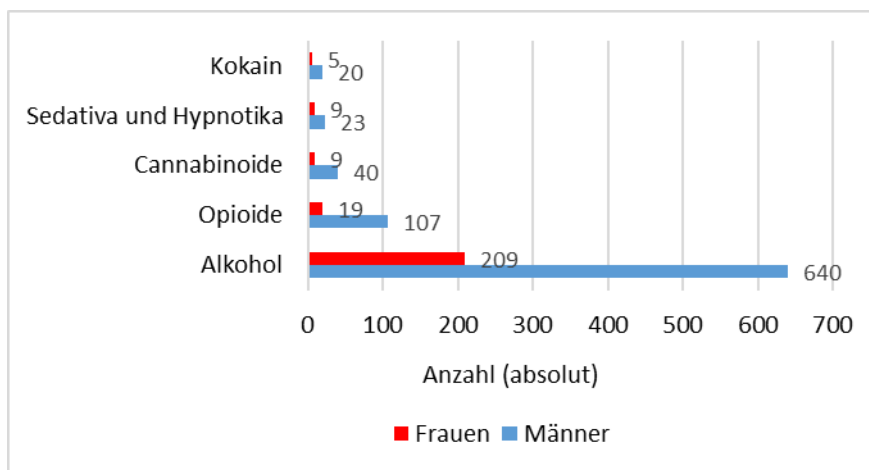


Abbildung 20: Anzahl Betroffener durch Konsum psychotroper Substanzen, Frauen und Männer, Altersgruppe (15-84 Jahre), im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Die Graphik (Abb. 21) zeigt ein durchgehend höheres Niveau der Fälle bei Männern mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) im Vergleich zu Frauen. Einen Sondereffekt stellen die Covid-19 pandemieinduzierten Einschränkungen der Diagnostik und damit der Rückgang der Krankenhausfälle im Jahr 2020 dar.

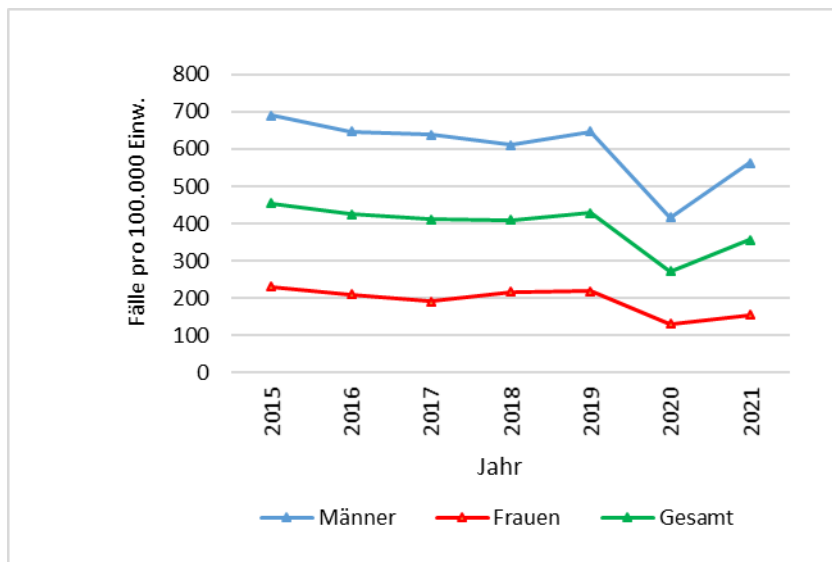


Abbildung 21: Fälle pro 100.000 Einwohner*innen/psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als Jahresmittel im Zeitverlauf der Jahre 2015 bis 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

6.3.3 Fallzahlen (F20-F29): Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

In dieser Gruppe (F20-F29) befinden sich die **Schizophrenie** (F20) als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Erkrankungen.

Schizophrenie ist eine schwere, häufige und heterogene psychische Störung, die durch zeitweilige, fundamentale Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Erlebens mit Beeinträchtigungen bis hin zum Verlust des Realitätsbezugs charakterisiert ist. Sie betrifft weltweit etwa 1% der Bevölkerung mindestens einmal im Leben, erstmals zumeist bereits in jungen Jahren zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr (Robert Koch Institut, 2010).

„Die Bewusstseinsklarheit und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patient*innen kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome“ (DIMDI, 2019). Sie ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein positiver psychotischer Symptome (wahnhaftes Denken, Halluzinationen und desorganisiertes Verhalten), negativer Symptome (Mangel an Motivation, abgestumpfter Affekt, Ausdrucksarmut und sozialer Rückzug) sowie anhaltende neurokognitive Defizite (Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Arbeits- und Langzeitgedächtnis, exekutive Funktion und soziale Kognition). Während bestehende pharmakologische Behandlungen im Allgemeinen in der Lage sind, positive Symptome zu lindern, gibt es keine Möglichkeit, die negativen und kognitiven Symptome gezielt anzugehen, obwohl sie eindeutig mit langfristigen schädlichen Auswirkungen auf die reale psychosoziale Funktion verbunden sind (Parellada und Gassó, 2021).

Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten. „Die langfristige Prognose ist sehr unterschiedlich. Einige Erkrankungen heilen vollständig, andere entwickeln sich langfristig chronisch. Es folgt eine Phase mit positiven Symptomen, nach deren Behandlung ein eingeschränktes Leistungsniveau zurückbleibt (Negativsymptomatik). Die Diagnose Schizophrenie soll bei ausgeprägten depressiven oder manischen Symptomen nicht gestellt werden, es sei denn, schizophrene Symptome wären der affektiven Störung vorausgegangen“ (DIMDI, 2019).

Die Schizophrenie kann in jedem Lebensalter beginnen, im Bundes-Gesundheitssurvey „Psychische Störungen“ wurde ein mittlerer Beginn mit 37 Jahren ermittelt (Jacobi et al., 2004). Frauen erkranken im Durchschnitt später als Männer.

Im Kreis Lippe waren in der Gruppe der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen die Männer in den Altersgruppen der 25-39-jährigen am stärksten vertreten (Abb. 22). Vergleicht man die Ergebnisse für die Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Abb. 22) mit den Störungen durch psychotrope Substanzen (Abb. 18), ist ein Befund, dass bei beiden die Gruppe der Männer zwischen 35 und 39 Jahren dominant ist.

Ab der Altersgruppe 45-49 Jahre sind Frauen durchweg die stärkste Betroffenengruppe (Abb. 22).

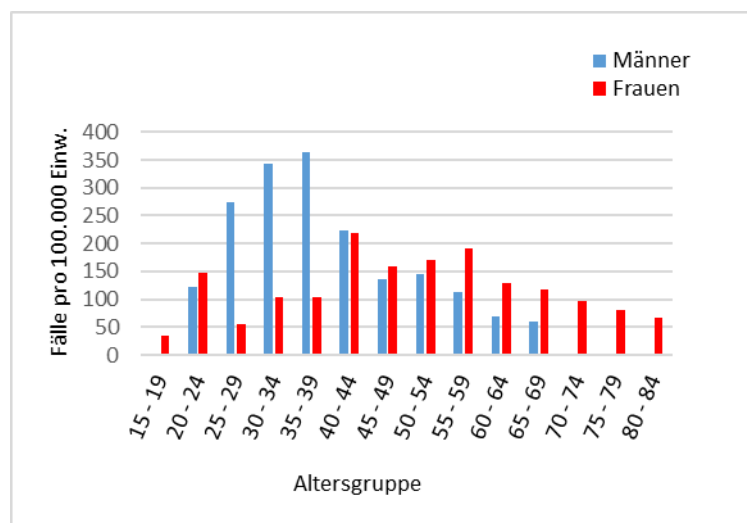


Abbildung 22: Prävalenz von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Die folgende Grafik (Abb. 23) zeigt die Anzahl der Schizophreniefälle nach Geschlecht/Alter im Kreis Lippe im Jahr 2021. Der Anteil der Männer im Alter von 25 bis 39 Jahren (gesamt: 83 Fälle) war mit massiven 87% gegenüber 13% Frauen (gesamt: 12 Fälle) am stärksten vertreten. Ab 50 Jahren und mehr sind dann die Frauen doppelt so häufig betroffen (68 %; 57 Fälle) wie die Männer (32%; 26 Fälle). Im Beobachtungsjahr 2021 betrug im Bundesland Nordrhein-Westfalen der Anteil von Männern in der Altersgruppe von 20 bis 49 Jahren (gesamt: 9.531 Fälle) 72% im Vergleich zu 28% Frauen im gleichen Alter (3.614

Fälle). Demgegenüber beträgt ab einem Alter von ≥ 65 Jahren der Anteil der Betroffenen mit Schizophrenie für Frauen 66% (1.008 Fälle) und für Männer 34% (525 Fälle, Abb. 24). Jede Interpretation der Demenz- (Abb. 14) und Schizophreniegrafiken (Abb. 22 und 23) ist im Kontext der höheren Frauen-Lebenserwartung zu beurteilen.

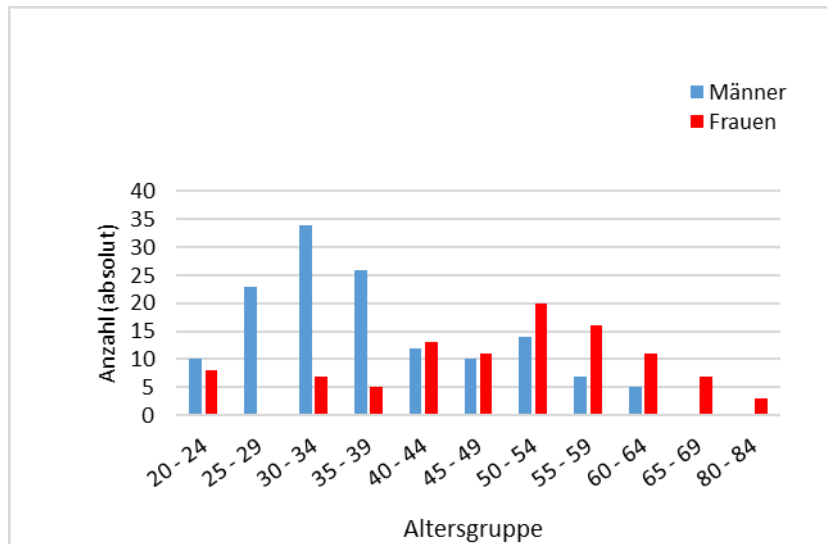


Abbildung 23: Anzahl Betroffener mit Schizophrenie (F20), Geschlecht/Altersgruppe (20-84 Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

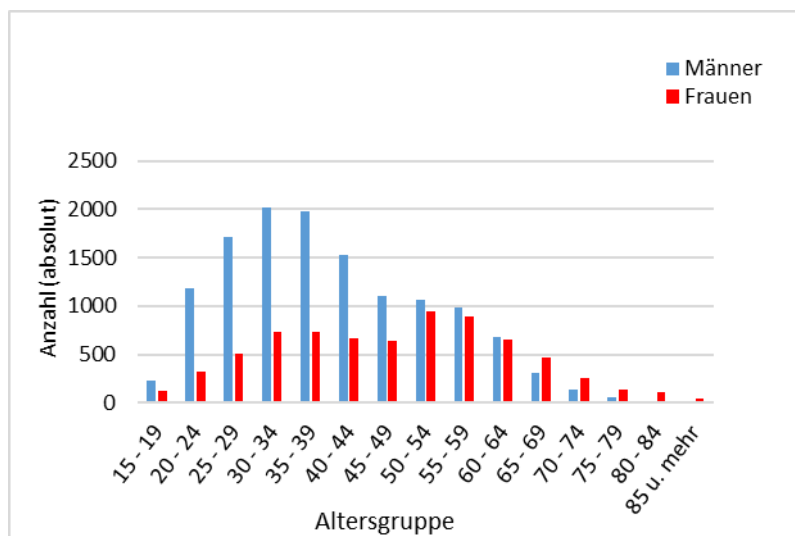


Abbildung 24: Anzahl Betroffener mit Schizophrenie (F20), Geschlecht/Altersgruppe (15-85+ Jahre), Jahr 2021 im Land NRW. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

6.3.4 Fallzahlen (F30-F39): Affektive Störungen

Dieser Abschnitt enthält „Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet“ (DMIDI, 2019). Die Hauptdiagnose der unter den affek-

tiven Störungen im diesen Kapitel ist die **Depression** (F32-F33), siehe Abbildungen 25 und 26.

Bei den Erwachsenen sind psychische Erkrankungen nach der *Global Burden of Disease* (GBD)-Studie weltweit für mehr als 14% der durch Krankheit oder Behinderung verlorengegangenen gesunden Lebensjahre verantwortlich. In allen untersuchten Regionen der GBD-Studie ergeben sich hohe Prävalenzen psychischer Erkrankungen im zweistelligen Bereich (James, 2018).

In Deutschland stehen Depressionen als Ursache für krankheitsbedingte Einschränkungen an dritter Stelle (*Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2017). Die Verbreitung von Depressionen und ihre Krankheitsfolgen stellen auch das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor besondere Herausforderungen. Krankenkassen berichten einen stetigen Anstieg ärztlicher Diagnosen psychischer Störungen im Allgemeinen und von Depressionen im Besonderen (Gerste und Roick 2014; Kliner et al., 2015). Auffällig sind auch die Zuwächse der Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von Depressionen: Zwar weist nur ein kleiner Teil der erwerbstätigen Versicherten Fehlzeiten aufgrund von Depressionen auf (Techniker Krankenkasse (Hrsg) *Depressionsatlas*, 2015). Aufgrund der langen Dauer der Fehlzeiten gehört das Störungsbild aber zu den Erkrankungen mit dem höchsten Arbeitsunfähigkeitsaufkommen.

Weltweit werden bei Frauen häufiger affektive Störungen und Angststörungen diagnostiziert (Abbildungen 25 bis 31), bei Männern häufiger Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (Abb. 18), z. B. Alkoholabhängigkeit (Abb. 20).

Der Anteil stationärer Diagnosen der Affektiven Störungen beträgt bei beiden Geschlechtern ca. 27% der Krankenhausfälle im Kreis Lippe in 2021 (Abb. 12). Kreisweit waren in der Gruppe Affektive Störungen (F30-F39) die Frauen in allen Altersgruppen am stärksten vertreten. Schwerpunktmäßig waren Menschen jüngeren Alters betroffen, mit einem Peak bei den 15-19-jährigen Frauen (Abb. 25).

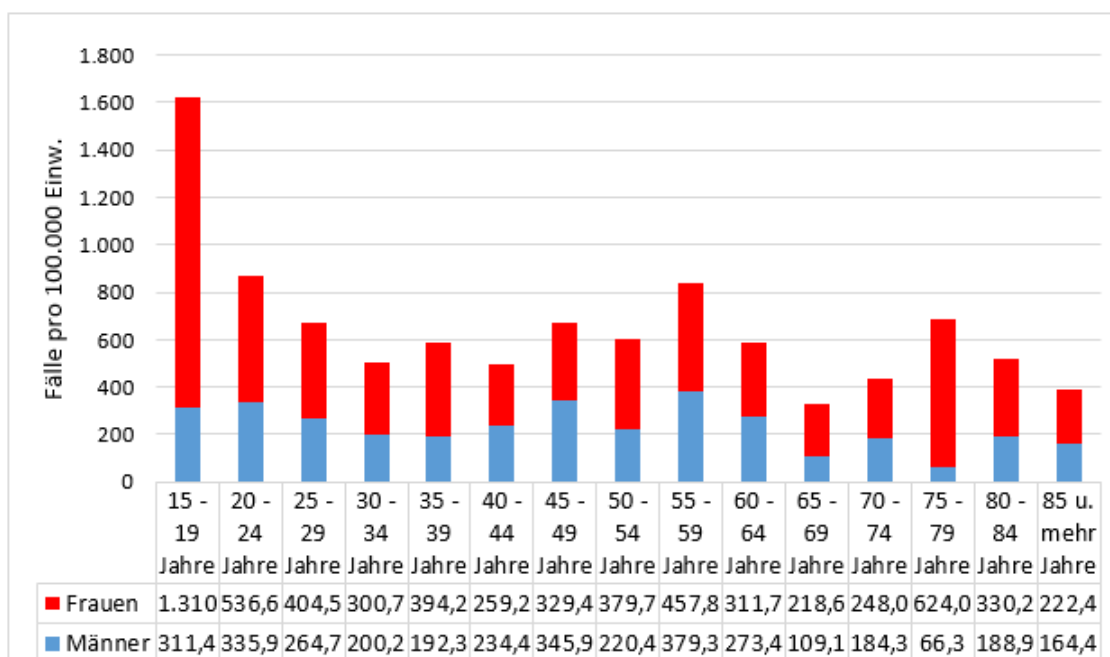


Abbildung 25: Prävalenz aller affektiven Störungen (F30-39) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Im Beobachtungsjahr 2021 ist bei der Prävalenz der Depression im Kreis Lippe über alle Altersgruppen hinweg eine Dominanz der weiblichen Betroffenen festzustellen (Abb. 26). Besonders deutlich sticht dies bei den Peaks der 15-19 und 75-79 Jahre alten Frauen (Abb. 26) hervor. Eine nahezu gleiche Verteilung auf die Geschlechter ist hingegen bei den Altersgruppen 40-44 und 45-49 festzustellen.

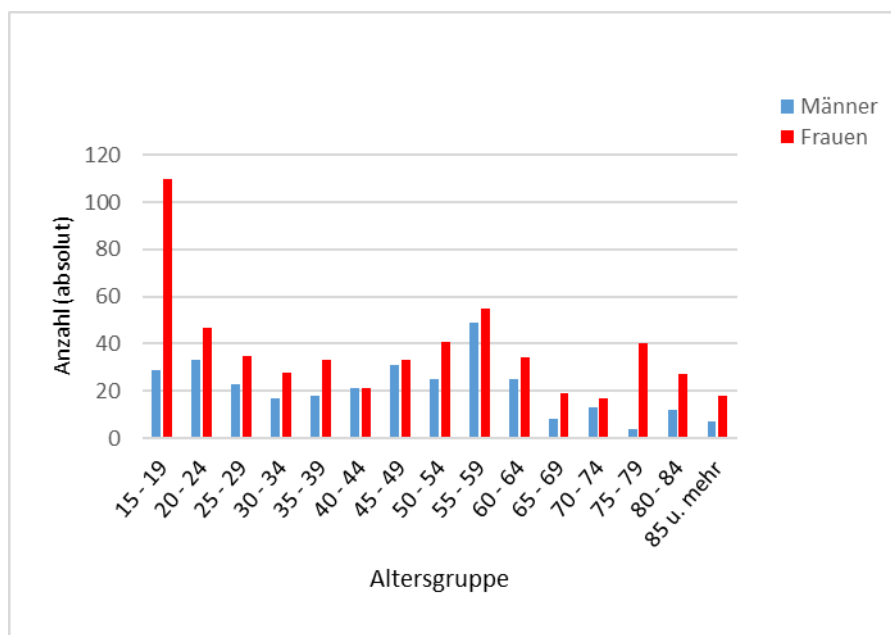


Abbildung 26: Anzahl Betroffener mit Depression (F32-F33), Geschlecht/Altersgruppe (15 - 85+ Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

In 2021 ist bei der Prävalenz der Depression pro 100.000 Einwohner*innen im Kreis Lippe eine ähnliche Verteilung auf die Altersgruppen und Geschlechter wie im Gesamt-Bundesland NRW zu erkennen (Abb. 27).

Insgesamt ist das Niveau des Landes NRW grundsätzlich etwas höher als im Kreis Lippe. Ausnahmen davon sind die Altersgruppen 15-19 Jahre und 75-79 Jahre bei den weiblichen Patientinnen. An diesen beiden Datenpunkten liegt die Prävalenz pro 100.000 Einwohner*innen im Kreis Lippe deutlich höher als im Bundesland NRW. Der Anteil der Frauen in der Gruppe von 15-19 Jahren beträgt im Kreis Lippe 79% und in der Gruppe von 75-79 Jahren 90%.

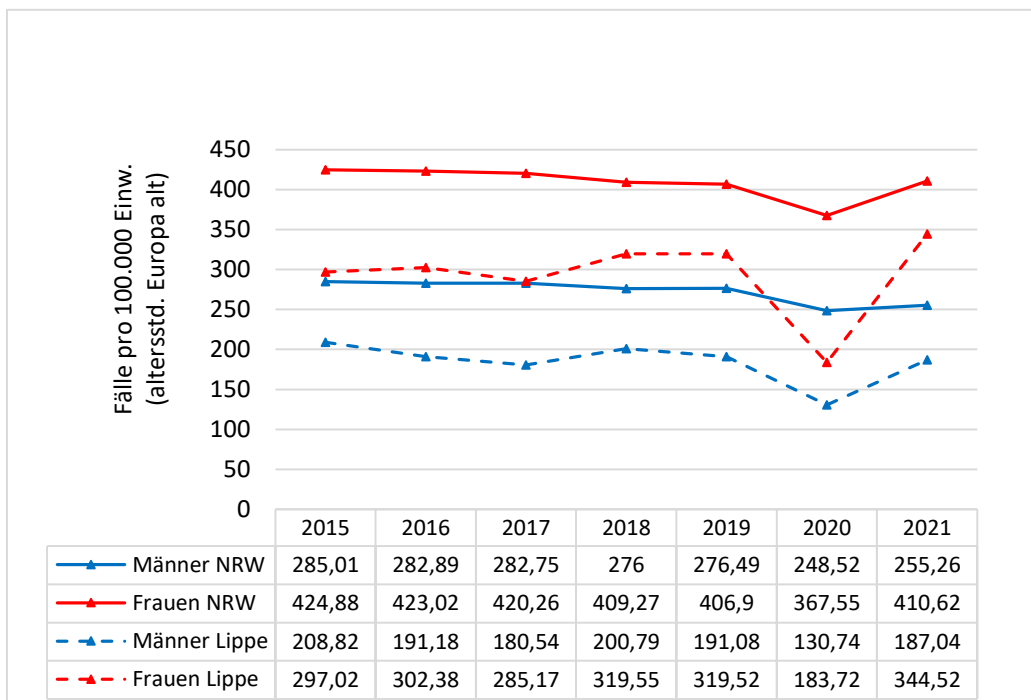


Abbildung 27: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund einer Depression (F32-F33) im Kreis Lippe und in NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Das Jahr 2019 wurde als letztes Jahr vor der COVID-19-Pandemie als Vergleich herangezogen. Wie im Jahr 2021 sind Frauen in der jüngsten Altersgruppe sowohl im Land NRW als auch im Kreis Lippe am stärksten von Depression betroffen. Die Corona-Pandemie wie auch die Gegenmaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung haben sich auf die psychische Gesundheit ausgewirkt. Während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 waren vor allem Menschen in den Heimen und ihre Angehörigen durch die Besuchsverbote psychisch hoch belastet. Studien zeigen in der Allgemeinbevölkerung eine Entwicklung von depressiven Symptomen und von Angstsymptomen sowie Veränderungen im Suchtverhalten seit Beginn der COVID-19-Pandemie (Peters et al., 2020). Weitere psychische Folgen der Pandemie und des Lockdowns können posttraumatischer Stress, Verwirrung, Niedergeschlagenheit, Wut und Ärger sowie Schlafbeschwerden sein (Brooks, et al., 2020). Auch das mit schlechterer psychischer Gesundheit in Zusammenhang gebrachte Einsamkeitsempfinden stieg während der ersten Coronawelle in Deutschland an (Berger, et al., 2021). Während des zweiten Lockdowns 2020, der im Vergleich zum ersten Lockdown deutlich länger andauerte, blieb das Einsamkeitsempfinden in der Bevölkerung unverändert hoch und die Lebenszufriedenheit sank (Entringer und Kröger, 2021).

Depression im Verlauf

„Depressionsverläufe werden sehr unterschiedlich beschrieben und hängen von zahlreichen Faktoren ab, wie etwa der Schwere der Störung, dem Vorliegen anderer psychischer und körperlicher Erkrankungen, individuellen Bewältigungsstrategien und der therapeutischen Versorgung. Häufig verlaufen Depressionen in Phasen (Tabelle 6), das heißt, die Betroffenen durchleben Zeiten mit Depression gefolgt von symptomfreien Zeiten. Die episodischen Ver-

läufe können diagnostisch unterschieden werden in eine Einzelepisode (ICD-10: F32.-) und eine wiederkehrende „rezidivierende“ (ICD-10: F33.-) Depression“ (RKI, 2021).

Episodische Verläufe	Anteil (%)
Remittierte Einzelepisode	35,5%
Akute Einzelepisode	5%
Rezidivierende Depression	28%
Einzelepisode mit chronischem Verlauf	10,4%
Längerer depressiver Verlauf	6,8%
Chronisch unterschwellige Depression mit depressiven Episoden	11,6%

Tabelle 6: Datenbasis: Personen mit CIDI-Lebenszeitdiagnose einer Depression in DEGS-MH (2009 - 2012) wurden befragt, welcher Verlaufsform sie ihre Depression zuordnen würden (N=588), Robert Koch Institut (Hrsg)-Psychische Gesundheit in Deutschland, 2021.

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der/die betroffene Patient*in unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Daten im Kreis Lippe 2021 von Depressiver Episode (F32.-) und der Vergleich zu dem Land NRW sind unten zusammengefasst (Abb. 28 und 29). Wieder sticht deutlich der Peak der 15-19-jährigen Frauen (das Vierfache der Männer, Abb. 28) hervor. Während der Corona-Pandemie zeigt das Jahr 2020 einen starken Rückgang von weiblichen Betroffenen im Kreis Lippe, der im Land NRW weniger markant ausgefallen ist (Abb. 29).

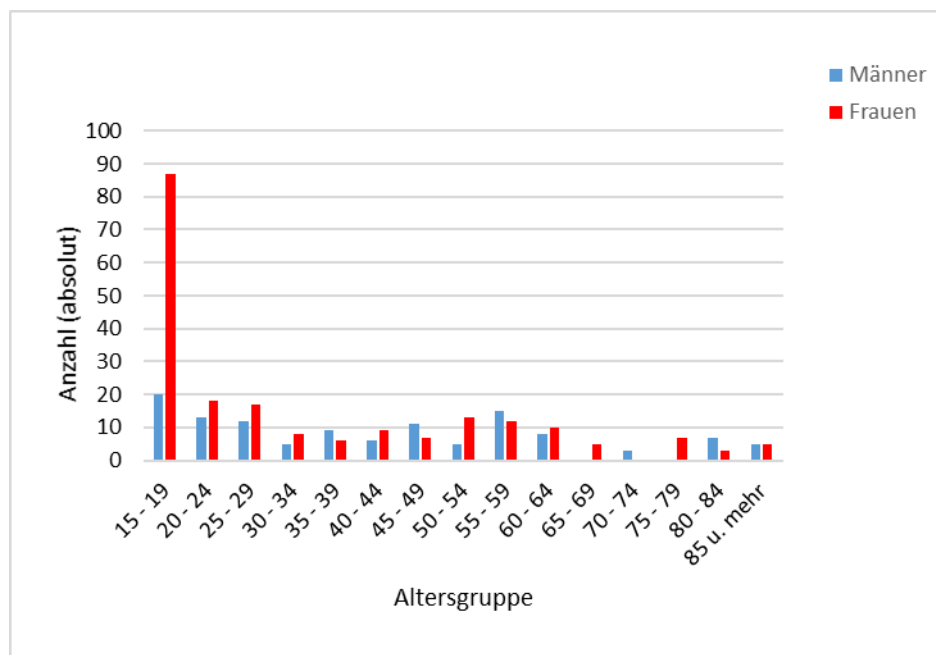


Abbildung 28: Anzahl Betroffener mit Depressiver Episode (F32.-), Geschlecht/Altersgruppe (15 - 85+ Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

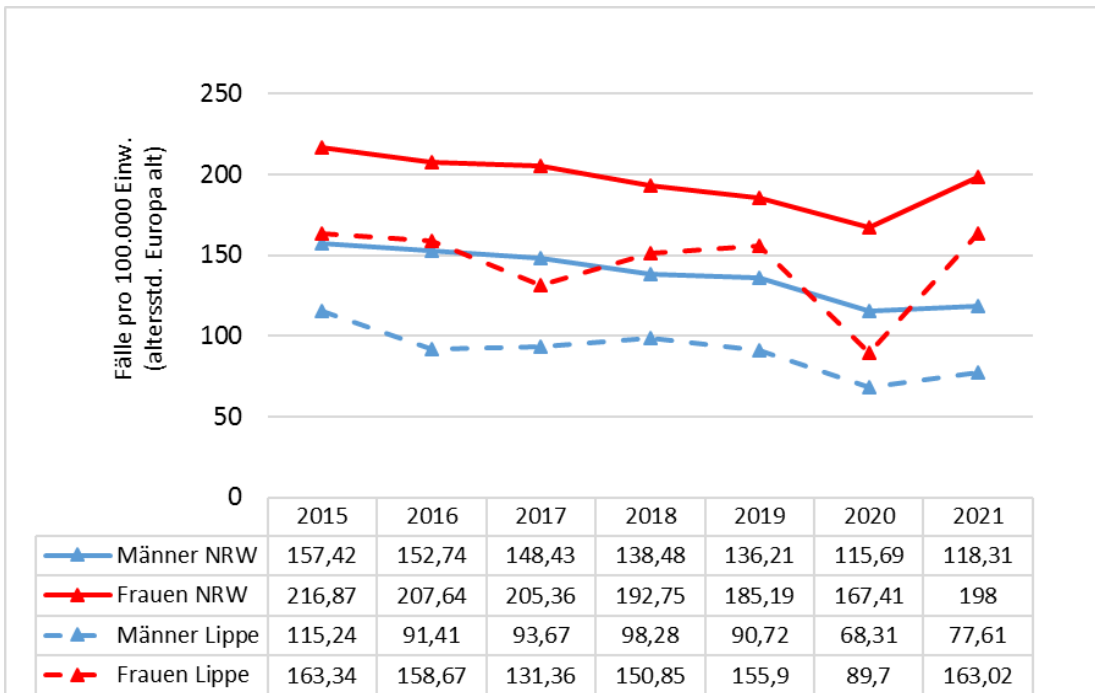


Abbildung 29: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund von depressiver Episode (F32.-) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Die Zahlen der Abbildung 30 zeigen keinen dramatischen Unterschied zwischen Frauen und Männern, außer der Altersgruppe ab 75 Jahren. Wieder zeigt das Jahr 2020 einen starken Rückgang von weiblichen Betroffenen im Kreis Lippe, der im Land NRW weniger markant ausgefallen ist (Abb. 31).

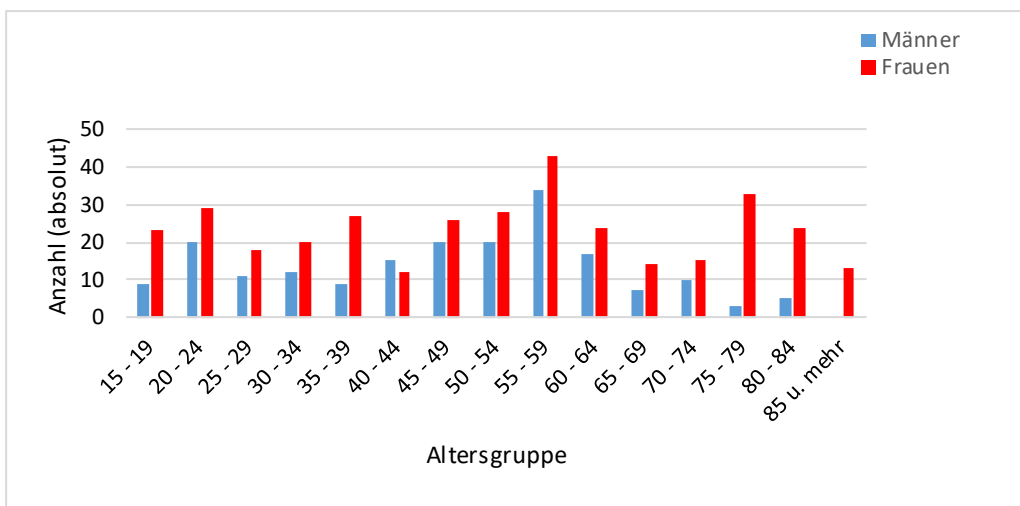


Abbildung 30: Anzahl Betroffener mit rezidivierender depressiver Störung (F33.-), Geschlecht/Altersgruppe (15 - 85+ Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

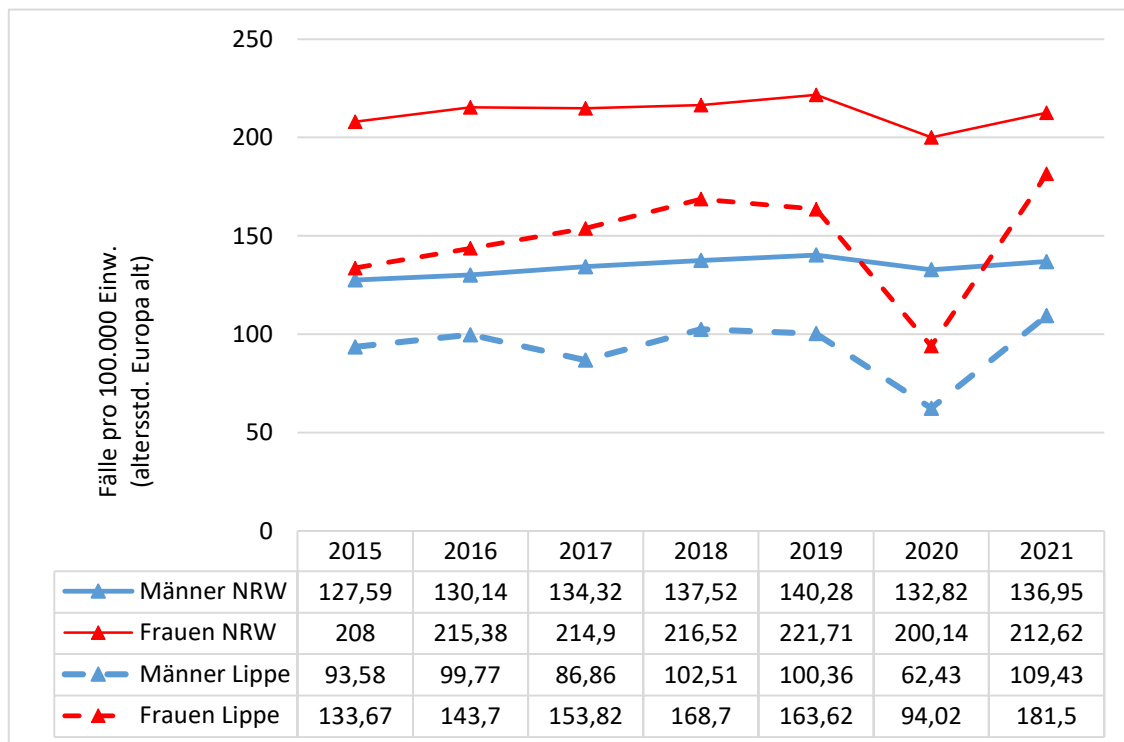


Abbildung 31: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund von rezidivierender depressiver Störung (F33.-) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

Eine weitere Ausprägung der affektiven Störung ist die **bipolare affektive Störung** (F31.0-9), die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Die Abbildung 32 zeigt die Altersgruppe von 35 bis 59-jährig und 65 bis 84-jährig mit einer deutlichen Statistik-Prävalenz für die Frauen im Jahr 2021 im Kreis Lippe.

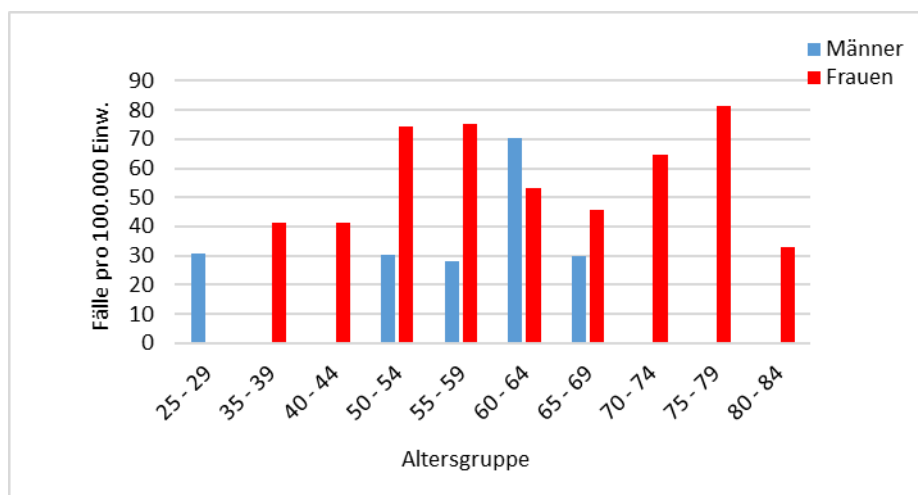


Abbildung 32: Prävalenz von bipolarer affektiver Störung (F31. 0-9) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)

6.3.5 Fallzahlen (F40-F48): Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

„Bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen handelt es sich um eine Gruppe von Störungen, bei der Angst überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen des Patient*innen können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation“ (DIMDI, 2019).

Die Verläufe der Angststörungen umfassen ein breites Spektrum bis hin zur Chronifizierung und Invalidisierung. Nicht selten treten sie komplizierend zu anderen - körperlichen oder psychischen -Erkrankungen (bei psychischen Erkrankungen als Nebendiagnose) hinzu. Hauptmerkmal der Angstsymptome sind die Vermeidungsverhalten, welche dann die berufliche Leistungsfähigkeit bzw. die üblichen Sozialaktivitäten oder Beziehungen erheblich beeinträchtigen können (Kasper und Volz, 2009).

Der Anteil stationärer Diagnosen der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen macht ca. 15% der Krankenhausfälle im Kreis Lippe in 2021 aus (Abb. 12).

Die Abb. 33 zeigt alle neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen ab 15 Jahren in Altersgruppen pro Geschlecht im Kreis Lippe, 2021. In allen Gruppen überwiegt die Prävalenz von Frauen.

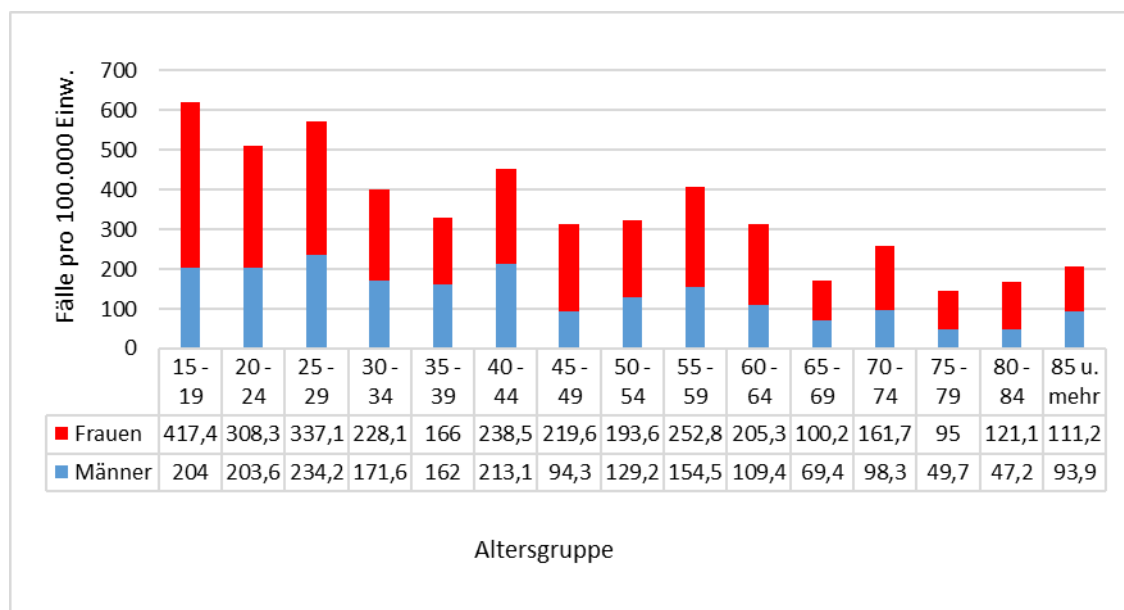


Abbildung 33: Prävalenz von neurotischen Störungen (F40-F48) pro 100.000 Einwohner*innen, Geschlecht/Altersgruppe (15 - 85 und mehr Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).

Bei Betrachtung der allgemeinen **Angststörungen (F41)** als Hauptdiagnose in dieser Gruppe (F40-F48) zeigt die Abb. 34 eine wechselnde Prävalenz des Geschlechts der Betroffenen nach Altersgruppe.

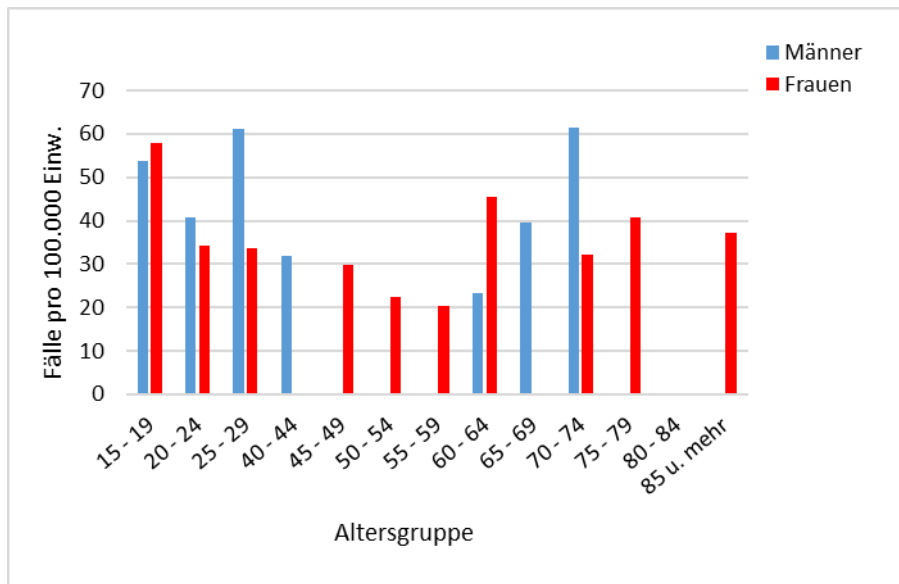


Abbildung 34: Prävalenz der Angststörung (F41) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).

6.3.6 Fallzahlen (F50-F59): Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Bei den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59) dominiert im Kreis Lippe die **Esstörung (F50)** mit Prävalenz bei den jungen Frauen (15-34 -jährige; Abb. 35). Unter dem Begriff der Esstörung fasst man mehrere unterschiedliche Krankheitsbilder zusammen. Dazu gehören die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa), aber auch untypische Formen dieser beiden Erkrankungen sowie Fettleibigkeit im Zusammenhang mit psychischen Störungen (*Binge-Eating*). Störungen des Essverhaltens gehen häufig mit deutlichen Gewichtsschwankungen einher. Es kann zu stetigem Gewichtsverlust oder aber zu starker Gewichtszunahme kommen. Zudem treten oft so genannte Körperschemastörungen sowie andere psychische Probleme auf. „In vielen Fällen versuchen die Betroffenen, ihr Gewicht durch selbst ausgelöstes Erbrechen, übertriebene körperlich-sportliche Aktivität, zeitweilige Hungerperioden, den Missbrauch von Abführmittel (Laxanzien), Entwässerungspräparate (Diuretika) und Appetitzügler oder Schilddrüsenmedikamente zu regulieren, was nicht selten zu körperlichen Folgeerkrankungen führt“ (Robert Koch-Institut, RKI 2008). Bei allen der zum Teil fließend ineinander übergehenden Formen von Esstörungen liegt ein Hauptcharakteristikum darin, dass die existenzielle Notwendigkeit zu essen zu einem Problem geworden ist. Daraus folgen erhebliche gesundheitliche wie soziale Konsequenzen, die sowohl das tägliche Leben als auch die sozialen

Beziehungen und die langfristigen persönlichen Entscheidungen der Betroffenen beeinträchtigen (Franke, 2002; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Essstörung, 2013). Nach wie vor sind vorrangig Mädchen und junge Frauen von Essstörungen betroffen, wenngleich ein nicht unerheblicher Anteil von männlichen Jugendlichen Frühzeichen dieser Störungen aufweist.

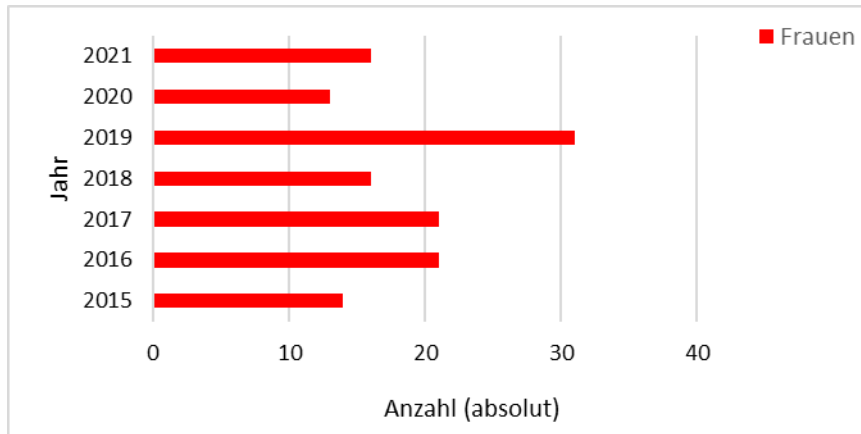


Abbildung 35: Anzahl Betroffener mit Essstörung (F50), Altersgruppe: 15 - 34+ Jahre, im Zeitverlauf der Jahre 2015 bis 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).

6.3.7 Fallzahlen (F60-F69): Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

„Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher“ (DIMDI, 2019).

Die Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen im Kreis Lippe sind in der Grafik 36 dargestellt.

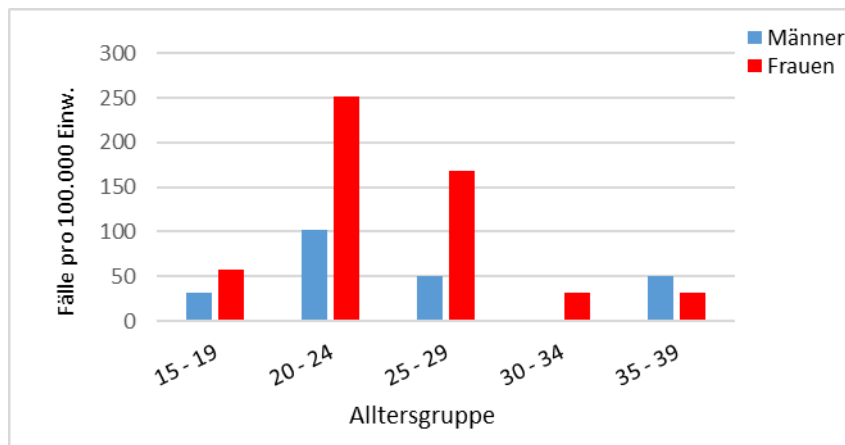


Abbildung 36: Prävalenz der Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60-F69) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).

6.3.8 Fallzahlen (F70-F79): Intelligenzstörung

Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. „Die Diagnose hängt aber auch von der Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen erfahrenen Diagnostiker ab. Intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung können sich verändern. Sie können sich, wenn auch nur in geringem Maße, durch Übung und Rehabilitation verbessern. Die Diagnose sollte sich immer auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen“ (DIMDI, 2019). Aufgrund der geringen Datenlage wird auf eine statistische Aufbereitung an dieser Stelle verzichtet.

6.4 Fallzahlen Suizid aufgrund psychischer Erkrankung

Obwohl sich Menschen sowohl mit als auch ohne psychische Erkrankung das Leben nehmen, ist das Risiko eines Suizids bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um den Faktor 10 bis 50 erhöht (Brieger et al., 2022). Nach einer Studie von Favril et al. (2022) sind insbesondere Personen mit einer Depression oder Persönlichkeitsstörung des Typs Borderline gefährdet. Die Gründe für einen Suizid sind jedoch vielfältiger. Zu den Faktoren, die einen Suizid beeinflussen, gehören Konflikte im sozialen oder familiären Umfeld, Substanzmissbrauch, Belastungen durch schwere körperliche Erkrankungen, akute Krisen auf der Arbeit sowie finanzielle oder rechtliche Probleme (Brieger et al., 2022).

In Deutschland ist seit Jahren ein Rückgang der Suizidzahlen zu verzeichnen. Waren es 1980 noch insgesamt 18.451 Personen, die sich das Leben nahmen, hat sich 2019 die Zahl der Suizide knapp halbiert (insgesamt: 9.041). Dabei ist der Anteil der Männer (2019: 75,7%) durchgängig höher als der der Frauen (2019: 24,3%) (Schelhase, 2022). Dieser Geschlechterunterschied lässt sich auch im Kreis Lippe beobachten.

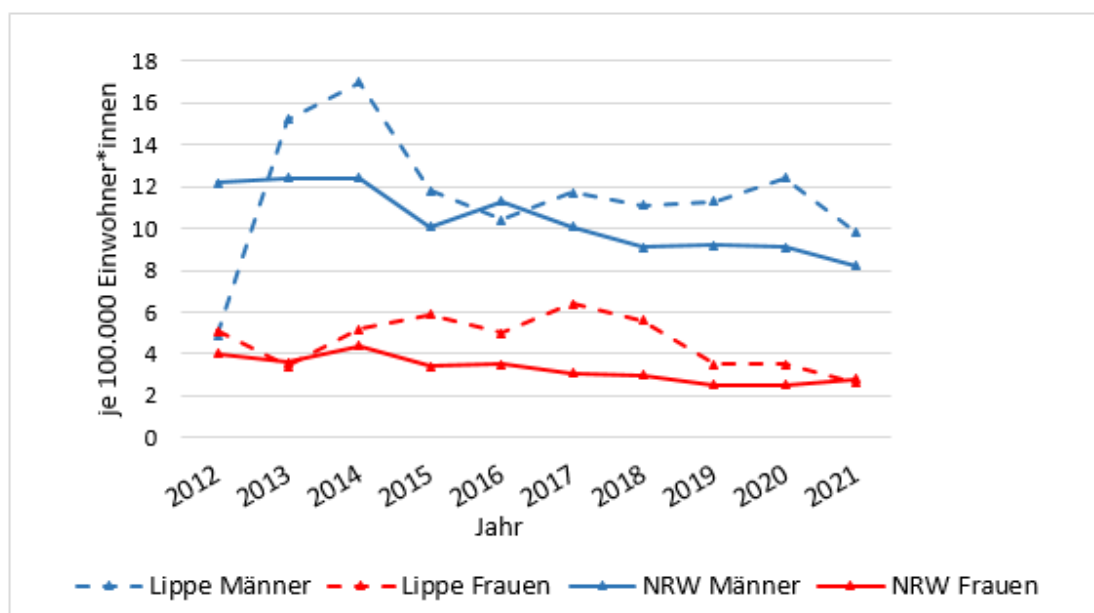


Abbildung 37: Entwicklung der altersstandardisierten Sterberate aufgrund von Suizid (X60-X84) in Lippe und NRW nach Geschlecht 2012-2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG)

Im Zeitraum von 2012 bis 2021 haben sich im Kreis Lippe im Durchschnitt 11,6 Männer je 100.000 Einwohner*innen suizidiert. Dem gegenüber stehen im Vergleich 4,6 Frauen je 100.000 Einwohner*innen (Abb. 37). Damit liegt der Kreis Lippe über dem Durchschnitt von Nordrhein-Westfalen (Männer: 10,4 je 100.000 Einw., Frauen: 3,3 je 100.000 Einw.). Betrachtet man die Sterbefälle je 100.000 Einwohner*innen ohne Altersstandardisierung wird deutlich, dass insbesondere ältere Männer sich das Leben nehmen (Tab. 7). Dieses Phänomen nennt man "ungarisches Muster“, da die steigende Suizidrate mit dem Alter bei Männern zuerst in Ungarn beobachtet wurde (Kuhn et al., 2022). Dabei sind die am häufigsten gewählten Suizidmethoden laut amtlicher Todesfallstatistik auch in Lippe Erhängen, Strangulieren oder Ersticken (ICD-10-Code: X70) (IT. NRW, 2021).

Entwicklung der rohen Sterberate aufgrund von Suizid (X60-X84) in Lippe und NRW nach Geschlecht				
Jahr	Lippe		NRW	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2012	7,1	6,2	14,6	5,2
2013	18,5	5,1	14,8	4,9
2014	19,6	8,5	15,0	5,8
2015	16,4	6,2	12,4	4,4
2016	13,4	6,2	13,7	4,6
2017	14,6	8,4	12,5	4,1
2018	16,9	7,3	11,5	3,9
2019	15,8	4,0	11,4	3,3
2020	16,4	4,5	11,4	3,4
2021	15,9	4,5	10,6	4,0
Ø	15,5	6,1	12,8	4,4

Tabelle 7: Entwicklung der rohen Sterberate aufgrund von Suizid (X60-X84) in Lippe und NRW nach Geschlecht 2012-2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG)

Anders als bei den vollendeten Suiziden ist der Anteil der Frauen bei den Suizidversuchen höher als der Anteil der Männer. Ferner ist zu beobachten, dass überwiegend jüngere Menschen betroffen sind (Kuhn et al., 2022). Daten zu Suizidversuchen liegen für den Kreis Lippe leider nicht vor. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention geht davon aus, dass Suizidversuche 10- bis 20-mal häufiger auftreten als vollendete Suizide. Bei der Interpretation der Todesfallstatistik ist generell zu beachten, dass dies nur die offiziell festgestellten Suizide sind. Hinzu kommen unerkannte Suizide, wie z.B. unter Verkehrstoten oder unter Drogentoten. Generell muss beachtet werden, dass die Ursache durch die/den feststellende/n Ärztin/Arzt festgelegt wird.

6.5 Fallzahlen Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung

Im Kreis Lippe blieb der Anteil der Frühberentungen aufgrund einer psychischen Erkrankung in den letzten zehn Jahren konstant bei ca. 40% (LZG NRW, 2021). Damit bleibt es der häufigste Grund für eine Frühberentung (Hamann und Brieger, 2019) (siehe Abb. 38).

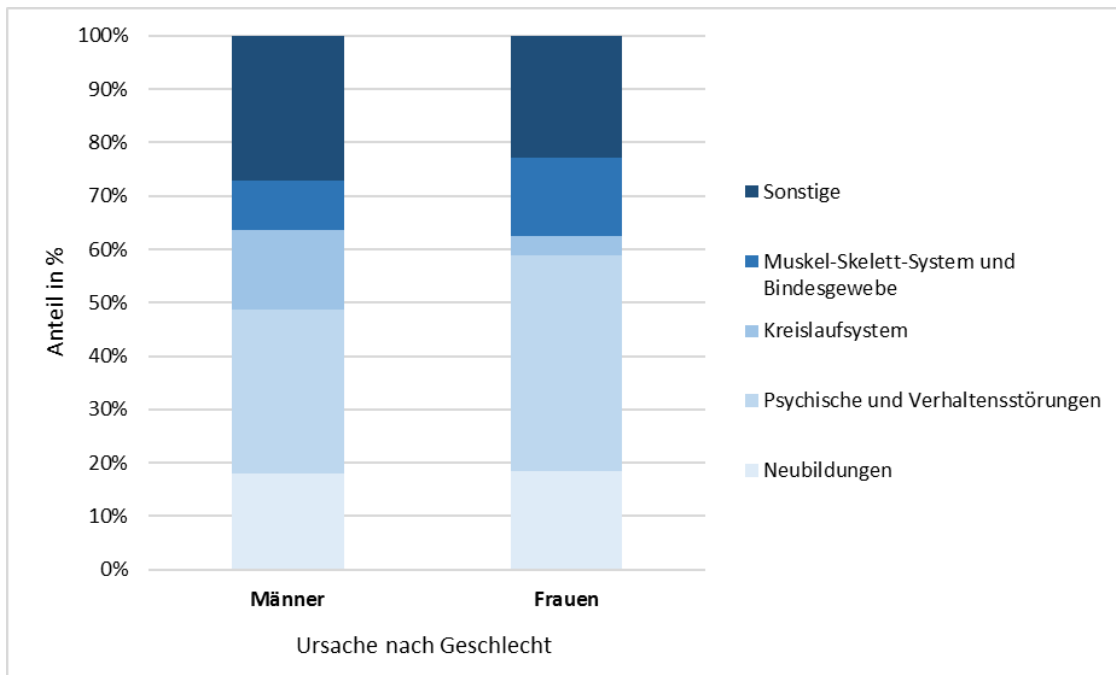


Abbildung 38: Hauptursachen für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Lippe, 2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG)

Im Jahr 2021 wurden 218 Personen aufgrund einer psychischen Erkrankung frühberentet, davon 131 Frauen und 87 Männer. Das entspricht 120,4 Personen pro 100.000 Einwohner*innen im erwerbsfähigem Alter (15-65 Jahre). Dabei steigt die Rate der Rentenzugänge aufgrund einer F-Diagnose mit dem Alter und ist in der Altersgruppe von 55-59 Jahren am höchsten (Tab. 8). Betrachtet man allerdings die Bedeutung der Rentenzugänge aufgrund einer psychischen oder Verhaltensstörung unter allen frühzeitigen Berentungen in der jeweiligen Altersgruppe, zeigt sich, dass insbesondere jüngere Menschen aufgrund einer F-Diagnose frühberentet werden. In der Altersgruppe von 15-34 Jahren erfolgten 60% aller Frühberentungen bei den Männern aufgrund einer psychischen oder Verhaltensstörung. Bei den Frauen derselben Altersgruppe machten die F-Diagnosen 57,1% aus (Abb. 39). Damit stellt diese Altersgruppe eine wichtige Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen dar. Unter den psychischen Erkrankungen, sind bei den Frauen affektive (z.B. Depression) sowie neurotische Störungen (z.B. Angststörungen) ursächlich für eine Frühberentung. Bei den Männern sind neben affektiven Störungen vor allem der Missbrauch von psychotropen Substanzen für die frühzeitige Berentung verantwortlich (BPtK, 2013).

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnose) je 100.000 Einwohner*innen unter 65 Jahren in Lippe				
Jahr	Altersgruppe	Männer	Frauen	gesamt
2021	15 - 34	18,9	30	24
2021	35 - 39	54,9	87,9	70,3
2021	40 - 44	59,8	123,8	91,2
2021	45 - 49	112,9	180,9	147,6
2021	50 - 54	158	192,1	175,2
2021	55 - 59	234,6	358	297,6
2021	60 u. mehr	126,7	199,6	162,2
2021	Gesamt	92,9	149,8	120,4

Tabelle 8: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnose) je 100.000 Einwohner*innen unter 65 Jahren in Lippe, 2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG)

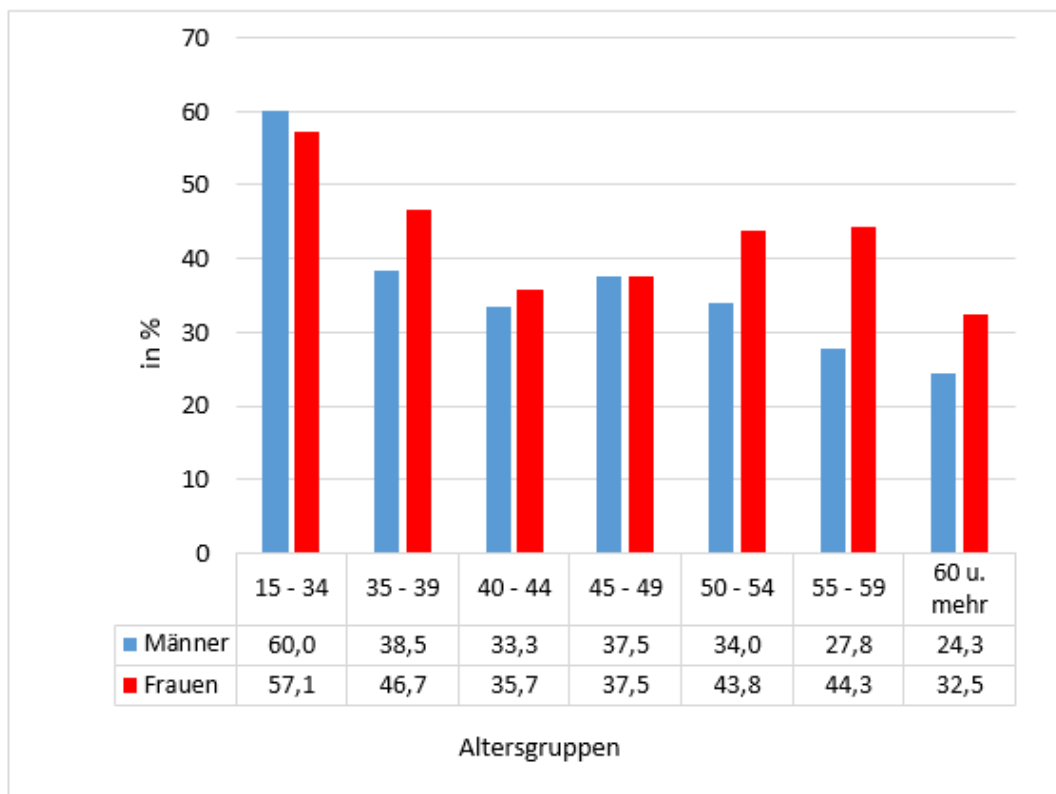


Abbildung 39: Anteil der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnose) an allen Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht und Alter, im Kreis Lippe, 2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG)

Nicht nur bei den Frühberentungen sind psychische und Verhaltensstörungen von großer Bedeutung. Bei Arbeitsunfähigkeit steigt der Anteil der F-Diagnosen kontinuierlich an und bilden mittlerweile die dritthäufigste Diagno-

segruppe (Jacobi und Kessler-Scheil, 2013; Hamann und Brieger, 2019; Kuhn und Brettner, 2019). Charakteristisch für die psychischen Erkrankungen sind die langen Fehlzeiten pro Erkrankungsfall im Vergleich zu anderen Diagnosen (Badura et al., 2023). Leider lagen im Analysezeitraum keine Daten für den Kreis Lippe vor. Da die Arbeitsunfähigkeit (AU) aber mit einer hohen gesellschaftlichen Krankheitslast sowie enormen Krankheitskosten verbunden ist, werden in diesem Bericht zumindest die Daten von Nordrhein-Westfalen bzw. bundesweite Daten verschiedener Krankenkassen dargestellt (Jacobi und Kessler-Scheil, 2013, siehe Tab. 9). Die Differenzen der Daten zwischen den Krankenkassen ergeben sich durch die unterschiedliche Versichertenklientel und zwar aufgrund der Geschlechtsverteilung, der Altersverteilung sowie der Verteilung der Berufsgruppen (BMG, 2023).

Quelle (Jahreszahl = Jahr der Erhebung)	AU-Fälle/ 100 Versichertenjahre	AU-Tage/ 100 Versichertenjahre	AU-Tage je Fall	Trendaussage
TK (NRW) 2021	6,7	338	n.a.	Abweichungen der AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr +10,3%
DAK (NRW) 2022	n.a.	314	37,6	Platz 3 der AU-Tage, Zunahme der Fehltage von 2012 bis 2022 um 43%
BKK (gesamt) 2021	6,8	325	42,6	Platz 2 bei Fehltagen
BARMER (gesamt) 2022	9,1	408	44,6	20,2 AU-Tage mehr als 2021
AOK (gesamt) 2021	12,3	n.a.	29,6	Zunahme der Fehltage von 2012 bis 2022 um 48%

Tabelle 9: AU-Fälle und AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) sowie AU-Tage je Fall (Krankheitsphase) aufgrund psychischer Störungen nach Krankenkassen in NRW.

7 Versorgungssituation/Versorgungssystem

Die regionale Pflichtversorgung ist ein Kernelement psychiatrischer Behandlung in Deutschland. Durch sie werden eine wohnortnahe Versorgung und eine enge Verknüpfung mit komplementären Trägern gesichert. Übergänge in die ambulante Behandlung werden vereinfacht, stationäre Aufenthalte verhindert.

Das folgende Kapitel präsentiert die Versorgungsangebote und Versorgungskapazitäten für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kreis Lippe. In vielen Fällen haben Menschen mit einer psychischen Erkrankung einen komplexen Hilfebedarf. Je nach individuellem Hilfebedarf können somit unterschiedliche Fachkräfte aus verschiedenen medizinisch-therapeutischen und pflegerischen (SGB V finanziert) Fachrichtungen sowie psychosozialen Leistungen (z.B. Eingliederungshilfe nach SGB XII oder berufliche Rehabilitation nach SGB IX) gleichzeitig erforderlich sein (vgl. Abb. 40).

Die nachfolgenden Abschnitte fokussieren sich auf die niedrigschwelligen Beratungs- und Hilfeangebote und die medizinisch-therapeutischen sowie pflegerischen Versorgungsangebote im Kreis Lippe. Auf die zahlreichen weiteren gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote wie z.B. Tagesstätten und betreutes Wohnen wird in diesem Bericht nicht näher eingegangen. Eine Übersicht der Angebote verschiedener Leistungserbringer ist unter www.psychiatrie-in-lippe.de zu finden.

Die medizinisch-psychiatrische Versorgung gliedert sich in stationäre, teilstationäre sowie ambulante Angebote. Der stationäre Sektor wird von psychiatrischen Fachkrankenhäusern sowie Kliniken mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen übernommen. Zusätzlich gibt es Tageskliniken, in denen Patient*innen tagsüber behandelt werden und abends wieder nach Hause gehen. Sie bilden den teilstationären Versorgungsbereich. Der Vorteil der tagesklinischen Behandlung liegt darin, dass die Patient*innen in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben ohne auf die Vorteile einer intensiven Behandlung (z. B. bessere Möglichkeiten der diagnostischen Abklärung; intensivere Auseinandersetzung mit dem prädominanten Problem) verzichten zu müssen. Niedergelassene Fachärzt*innen (Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatische/ Psychotherapeutische Medizin und Nervenärzt*innen), ärztliche und psychologische Psychotherapeut*innen bilden zusammen mit den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) den ambulanten Sektor. PIA übernehmen die Versorgung von Personen, die sowohl aufgrund der Art und Schwere ihrer Erkrankung als auch der Dauer ihrer Erkrankung nicht auf eine stationäre Behandlung angewiesen sind, aber dennoch eine umfassende Behandlung in einem multiprofessionellen Team benötigen. Zusätzlich unterstützen ambulante psychiatrische Pflegedienste, wo vorhanden, die Personen z.B. bei der Planung und Durchführung einer Tages- und Wochenstruktur, bei der Medikamenteneinnahme und veranlassen notwendige Diagnostik.

Die psychosoziale Versorgung umfasst Hilfs- und Beratungsstellen, Angebote zur Arbeit, zum Wohnen und tagesstrukturierende Maßnahmen. Die Angebote können dabei unterschiedliche Intensitäten haben. So gibt es je nach Unterstützungsbedarf Werkstätten für behinderte Menschen, geschützte Beschäftigungsgesellschaften oder Unterstützung des Arbeitgebers. Wohneinrichtungen für schwer psychisch erkrankte Menschen, werden anhand des Betreuungsbe-

darfs in geschlossene Einrichtungen, offen vollstationäre Einrichtungen, betreute offene Wohngemeinschaften und ambulant betreutes Wohnen untergliedert. Für Menschen mit krankheitsbedingt stärkeren Einschränkungen bieten Tagesstätten tagesstrukturierende Maßnahmen an.

Als erste Anlaufstelle für die Beratung über die Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der jeweiligen Region werden in den Kommunen und kreisfreien Städten sozialpsychiatrische Dienste (SpDi), in der Regel in den Gesundheitsämtern, vorgehalten. Dieses wichtige Angebot stellt ein niedrigschwelliges Beratungs- und Unterstützungsangebot für Betroffene, ihre Angehörige und Dritte dar.

Die Vielzahl an Leistungserbringern und Kostenträgern macht deutlich, wie fragmentiert dieses Versorgungssystem ist, was eine lückenlose und zeitnahe Versorgung der Betroffenen einschränken kann. So heißt es im Bericht zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): „Eine zügige Behandlung zur Vermeidung einer Chronifizierung oder eine nahtlose ambulante Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt sind somit keine Selbstverständlichkeit.“

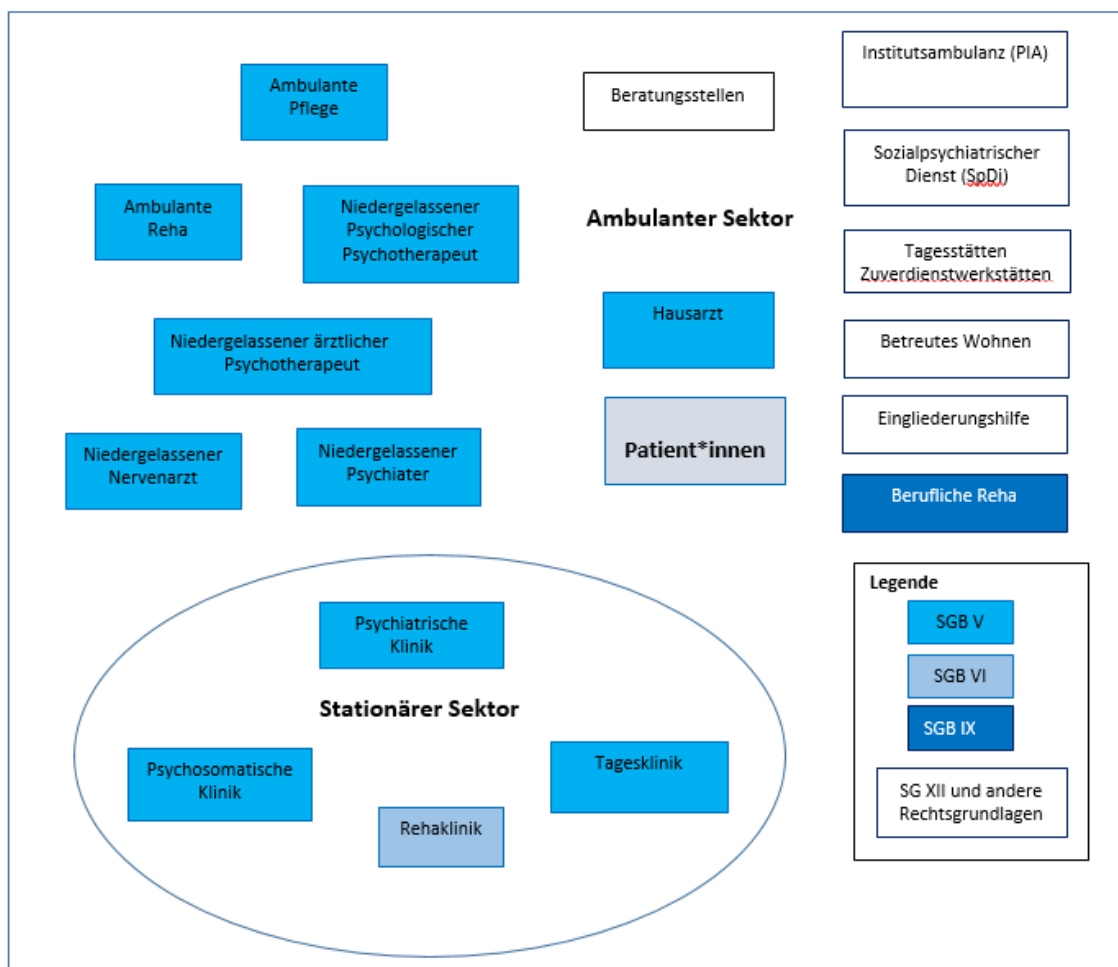


Abbildung 40: Komplexes und fragmentiertes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kreis Lippe (eigene Darstellung adaptiert nach Sachverständigenrat, 2018).

Die folgenden Abschnitte stellen die wichtigsten Versorgungsangebote und Versorgungskapazitäten für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kreis Lippe vor.

7.1 Stationäre Versorgung

Die Versorgung psychisch erkrankter Personen wird "Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern".

Die regionale Pflichtversorgung ist zentraler Baustein der psychiatrischer Behandlung in Deutschland. Durch sie werden eine wohnortnahe Versorgung und eine enge Verknüpfung mit komplementären Trägern gesichert. Übergänge in die ambulante Behandlung werden vereinfacht, stationäre Aufenthalte verhindert.

Die unten stehende Abbildung 41 stellt die prozentuale Verteilung der Fachärzt*innen in den Kliniken im Kreis Lippe dar.

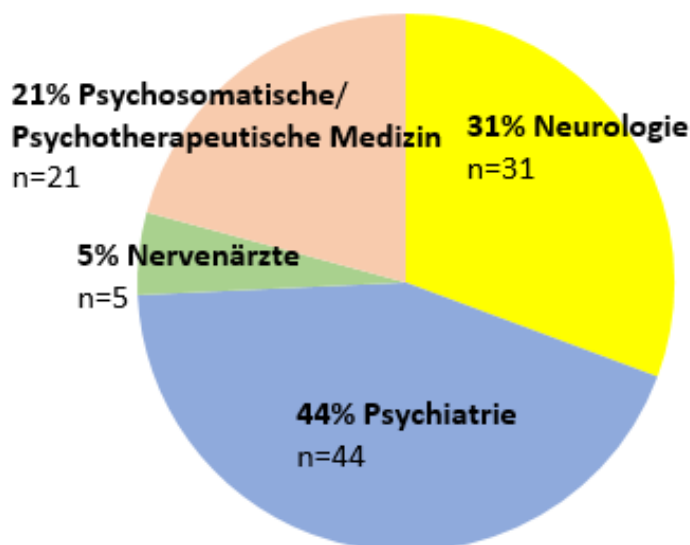


Abbildung 41: Anteil der Fachärzt*innen in der stationären Versorgung im Kreis Lippe, eigene Darstellung. Quelle: ÄKWL-Ärzttekammer Westfalen-Lippe (Stand: 04.09.2023)

Die größte Facharztgruppe sind die Psychiater*innen (44%), gefolgt von Neurolog*innen (31%) und Fachärzt*innen der Psychosomatik/Psychotherapeutischen Medizin (21%). Die Facharztausbildung „Nervenarzt“, in der Abbildung noch angegeben mit 5%, ist veraltet. Die Neuordnung des Berufsbildes umfasst sowohl das Fach der Neurologie als auch das der Psychiatrie.

7.1.1 Fachkliniken / Privatkliniken

7.1.1.1 Oberberg Fachklinik Weserbergland Extertal-Laßbruch

Die Oberberg Fachklinik Weserbergland ist eine private Fachklinik in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und liegt in Extertal-Laßbruch.

7.1.1.2 Vita Nova Klinik Bad Salzuflen

Die Vita Nova-Klinik in Bad Salzuflen ist eine private Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit dem Schwerpunkt spezielle Schmerztherapie.

7.1.2 Fachkliniken / Pflichtversorgende Kliniken

Das Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales (MAGS) hat für die lippische Bevölkerung drei Kliniken mit der Pflichtversorgung beauftragt. Welche Klinik verpflichtet ist, den/die Patient*in im Rahmen einer Unterbringung aufzunehmen, hängt von dem Ort ab, an dem die Notwendigkeit der zwangsweisen Unterbringung festgestellt wurde.

Das **gpz-Gemeindepsychiatrische Zentrum**, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Detmold übt die Pflichtversorgung, d.h. die Aufnahmeverpflichtung für akut behandlungsbedürftige psychisch erkrankte Menschen im südlichen Teil des Kreises Lippe (Augustdorf, Blomberg, Detmold, Horn-Bad Meinberg, Lage, Leopoldshöhe, Lügde, Oerlinghausen, Schieder-Schwalenberg) aus.

Das **AMEOS Klinikum** in Bad Salzuflen ist ein Fachklinikum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und hat entsprechend die Pflichtversorgung für die Städte und Gemeinden im nördlichen Teil des Kreises Lippe übernommen (Bad Salzuflen, Lemgo, Barntrop, Kalletal, Extertal und Dörentrup).

Die Abteilung für Seelische Gesundheit der **Karl-Hansen-Klinik (KHK)** in Bad Lippspringe (Kreis Paderborn) ist für die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung von Menschen ab 18 Jahren mit akuten und chronischen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen zuständig als Pflichtversorgung der Bevölkerung von Bad Lippspringe, Altenbeken, Hövelhof und Schlangen (Kreis Lippe). In diesem Bericht werden die Daten der KHK für ambulante (PIA) und teilstationäre Behandlungen (Tagesklinik mit 12 Plätzen) nur von den Patient*innen aus Schlangen dokumentiert, da Schlangen Teil des Kreises Lippe ist.

Die pflichtversorgenden Kliniken werden im folgenden Kapitel noch einmal detaillierter vorgestellt, sofern Daten zum Auswertungszeitpunkt vorlagen. Die Karl-Hansen-Klinik ist von dieser detaillierten Vorstellung ausgenommen, da sie den stationären Pflichtversorgungsauftrag noch nicht erfüllt.

7.1.2.1 Das gpz- Gemeindepsychiatrisches Zentrum

Das Gemeindepsychiatrische Zentrum GmbH Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (gpz) in Detmold ist eine Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit drei Tageskliniken (Detmold, Horn-Bad Meinberg und Lage) und einer Institutsambulanz (PIA). Das gpz im Kreis Lippe bietet eine umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit ambulanten, teilstationären und stationären Therapieangeboten in Vernetzung mit vielen Anbietern von Hilfen für psychisch Erkrankte im lippischen Gesundheitswesen. Die Klinik hat einen allgemeinspsychiatrischen, suchttherapeutischen, gerontopsychiatrischen und psychotherapeutischen Schwerpunkt. Für akute Krisen wird eine geschützte Station vorgehalten.

Die psychiatrische Behandlung ist im gpz in ein mehrdimensionales Behandlungskonzept eingebettet. Es werden vielfältige therapeutische Verfahren angewendet: Pharmakotherapie, unterschiedliche Psychotherapieverfahren und Psychoedukation (gpz-lippe.de).

Stationen

Im gpz gibt es sechs Stationen.

Die **Station 1** ist die geschützte Akut- und Aufnahmestation für Personen, die aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung oder akuten persönlichen Krise einer kurzzeitigen, intensiven und geschützten Behandlung bedürfen. Der Schwerpunkt liegt in der Erstdiagnostik und Akutbehandlung. Die Behandlung findet meist auf freiwilliger Basis statt. Es finden aber auch Aufnahmen im Rahmen einer gerichtlich angeordneten Unterbringung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) oder nach dem Betreuungsgesetz statt. Es stehen 14 Betten zur Verfügung.

Die **Station 2** ist eine allgemeinspsychiatrische Station mit 17 Betten. Hier werden Patient*innen mit allgemeinspsychiatrischen Störungen behandelt. Dazu zählen Psychoseerkrankungen (z.B. Schizophrenie), affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder auch posttraumatische Belastungsstörungen und Angst- und Zwangsstörungen. Eine Aufnahme erfolgt entweder geplant mit Überweisung durch den/die ambulant behandelnden Haus- oder Facharzt/-ärztin oder als Verlegung von der geschützten Station 1. Die Behandlung erfolgt medikamentös und psychotherapeutisch, aber auch durch Verfahren wie Musiktherapie, Wachtherapie, Lichttherapie und verschiedene Gruppentherapien.

Auf der **Station 3** stehen 17 Betten für Patient*innen mit Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente oder anderen Drogen) zur Verfügung. Neben der körperlichen Entgiftung mit entsprechender medikamentöser Behandlung läuft parallel ein multimodales Therapieprogramm mit informativen Suchtgruppen viermal wöchentlich. Individuell wird die Nachsorge geplant. Diese qualifizierte Entgiftungsbehandlung dauert in der Regel 14 bis 21 Tage. Die Station arbeitet eng mit der Tagesklinik für suchtkranke Menschen in Lage und den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen zusammen.

Die **Station 4** beherbergt mit 17 Betten die Psychotherapie für Patient*innen mit depressiven Syndromen, Angststörungen, Belastungsreaktionen, Traumafolgestörungen und/oder Persönlichkeitsstörungen, für die eine teilstationäre oder ambulante Behandlung nicht ausreichend wäre. Auf tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Grundlage werden gemeinsam mit den Patient*innen Strategien zur Bewältigung aktueller Lebensprobleme erarbeitet. Der symptombezogene Behandlungsanteil umfasst Psychoedukation und verhaltenstherapeutische Verfahren, eventuell in Kombination mit psychopharmakologischer Therapie. Neben Einzel- und Gruppengesprächen mit der/dem Psycholog*in erhalten die Patient*innen regelmäßig Ergo-, Kunst- und Bewegungstherapie. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel sechs bis acht Wochen, ist aber individuell abhängig von der Art und der Komplexität der Erkrankung.

Die **Station 5** ist auf gerontopsychiatrische Patient*innen ausgerichtet. Gerontopsychiatrie wird allgemein als Psychiatrie für Menschen im höheren Lebensalter verstanden, wobei ein Alter von 60 Jahren als eine ungefähre Richtmarke angesehen wird. Es werden auf dieser Station Patient*innen behandelt, die unter Depressionen, Demenz, wahnhaften Zustandsbildern und Verwirrtheit leiden. Diese Patient*innengruppe hat üblicherweise gleichzeitig bestehende körperliche Begleiterkrankungen oder Behinderungen, die den Verlauf psychischer Störungen modifizieren und die Behandlung beeinträchtigen können. Das Ziel der Behandlung ist es, einen stabilen Zustand herzustellen, dass das Leben zu Hause oder in alternativen Wohnformen wieder möglich wird. Auf der Station befinden sich 17 Betten.

Für die psychosomatische Behandlung stehen auf der **Station 6** 18 Betten zur Verfügung. Die Psychosomatik beleuchtet die komplexen Wechselwirkungen zwischen geistigen, körperlichen und sozialen Aspekten bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten. Im therapeutischen Prozess geht es um Bewusstwerdung dieser Faktoren des individuellen Krankheitsgeschehens und Entwicklung eines integralen Krankheitsverständnisses. Nur so kann Krankheitsakzeptanz auch zu gesundheitsförderlichem Verhalten führen. Das Ausmaß des psychischen Leidens auf körperliche Erkrankungen kann individuell sehr unterschiedlich sein, so dass rein körperliche Maßnahmen nicht ausreichen. Bei sogenannten funktionellen oder somatoformen Störungen kann oft keine hinreichende körperliche Ursache gefunden werden. Dies kann die Arzt-Patient*innen-Beziehung belasten und das Leiden der Patient*innen erheblich verstärken. Von 2018-2023 betrug die durchschnittliche Verweildauer auf der Station 6 durchschnittlich 44,2 Tage und hat damit die längste Behandlungsdauer verglichen mit allen anderen Stationen.

„Unter einem Belegungstag wird ein Tag verstanden, an dem ein aufgestelltes Bett von einem Patient*innen/einer Patientin vollstationär belegt wurde. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus. Wird ein Patient/eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag.“ (Destatis: Statistisches Bundesamt).

Die Tabelle 10 zeigt die Anzahl der Krankenhausbetten und die Belegungstage pro Station im gpz im Zeitraum von 2018 bis 2023.

Station	Betten	Belegungstage					
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	14	5.258	5.289	5.220	4.770	4.994	5.338
2	17	4.586	4.414	4.262	5.158	5.617	6.500
3	17	6.017	6.295	4.908	5.870	6.269	6.103
4	17	6.007	6.414	4.340	5.877	6.042	6.410
5	17	6.947	7.121	6.047	6.673	6.731	7.076
6	18	6.091	6.686	5.463	6.614	6.320	6.672
Gesamt	100	34.906	36.219	30.240	34.962	35.973	38.099

Tabelle 10: Anzahl der Krankenhausbetten für Erwachsene und Belegungstage pro Station des gpz von 2018 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)

Die Anzahl der jährlichen Patient*innen-Aufnahmen für eine stationäre Behandlung sowie der Auslastungsgrad in Prozent sind in Abbildung 42 zusammengefasst.

Im Rückblick der vergangenen neun Jahre betrug die Auslastung (stationär) des gpz mit Ausnahme des Pandemiejahrs 2020 stets zwischen 96% bis 109%. Derzeit besteht am gpz eine hohe Auslastung mit langen Wartelisten von Patient*innen. Das Pandemiejahr 2020 zeigte demgegenüber eine deutlich nach unten abweichende Auslastung (83%).

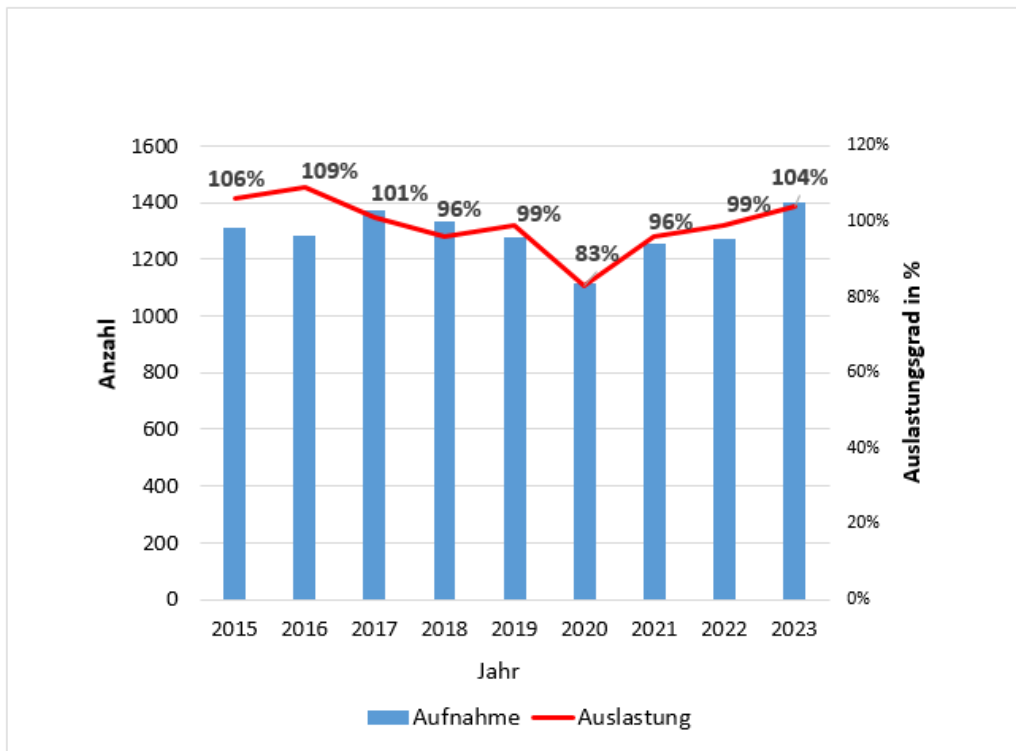


Abbildung 42: Anzahl der stationären Aufnahmen und Auslastung in Prozent des gpz von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)

Die Abbildung 43 zeigt den Anteil der Aufnahmen pro Fachbereich des gpz (Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Suchtmedizin). Die Psychosomatische Medizin, die Station 6, war ab 2017 im gpz verfügbar. Aus diesem Grund sind in beiden nachfolgenden Grafiken die Daten der psychosomatischen Medizin erst ab diesem Jahr enthalten.

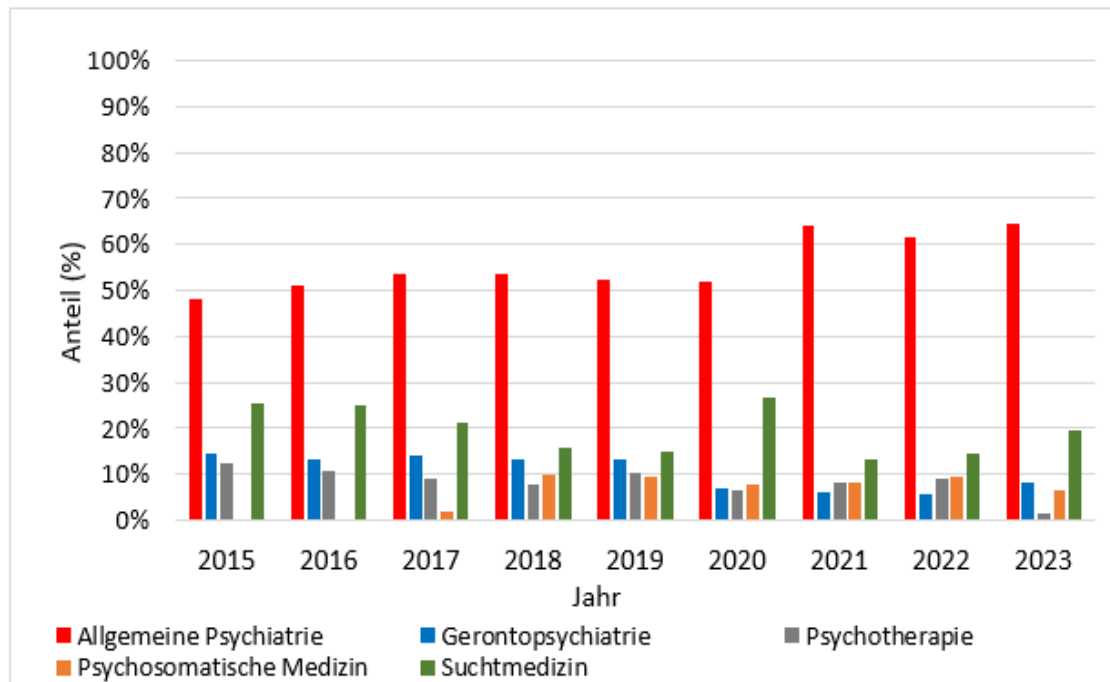


Abbildung 43: Anteil der stationären Aufnahmen je Fachbereich des gpz von 2015 bis 2023. Die Psychosomatische Medizin ist seit 2017 im gpz verfügbar. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)

„Die Verweildauer, auch als Aufenthaltsdauer bezeichnet, umfasst den gesamten Zeitraum, in dem ein/e Patient*in stationär behandelt wird. Es werden ausschließlich volle vollendete Tage bei der Berechnung berücksichtigt:
 Verweildauer = Aufnahmetag + jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes **ohne** Entlassungstag“ (Reimbursement Institute, 2023).

Die Verweildauer während einer stationären Behandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist abhängig von der Art und der Komplexität der Störung. Die Abbildung 44 zeigt die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Jahren pro Fachbereich.

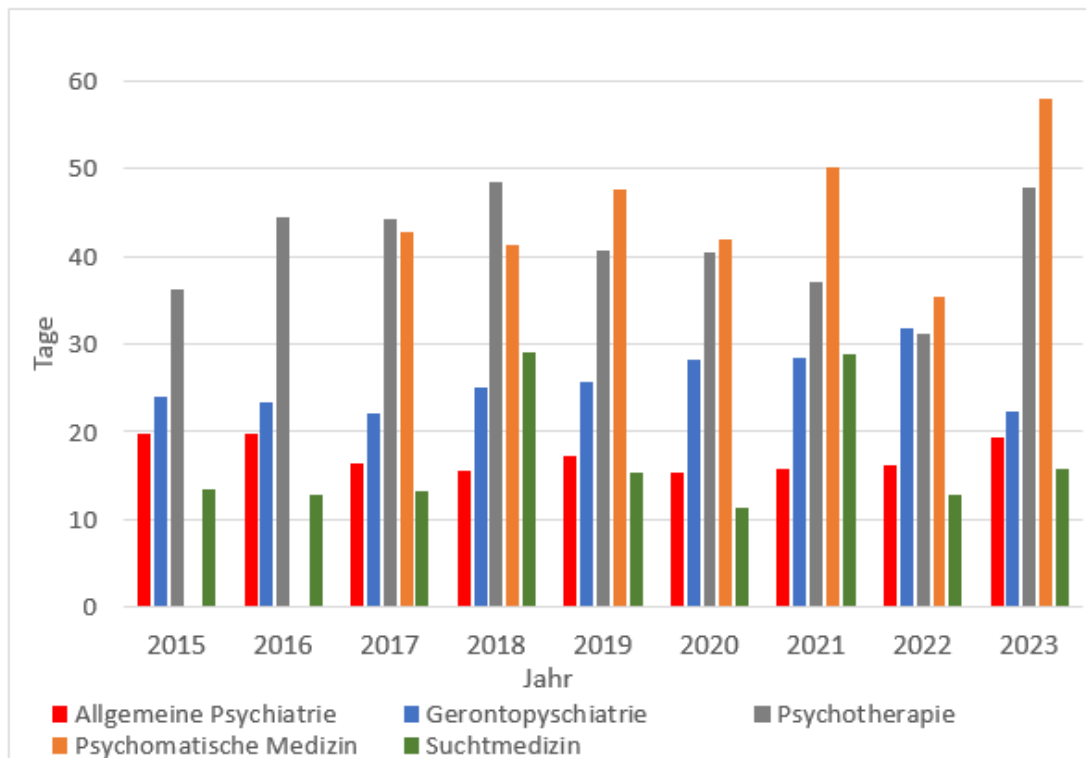


Abbildung 44: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen pro Fachbereich von 2015 bis 2023. Die Psychosomatische Medizin ist seit 2017 im gpz verfügbar. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)

Depression im Verlauf

Die detaillierte Beschreibung der Depression im Verlauf wurde bereits im Kapitel 6.3 Einzelaufstellung Fallzahlen stationär nach ICD-10 (F-Diagnosen), 6.3.4 Fallzahlen (F30-F39): Affektive Störungen und in der Tabelle 6 beschrieben.

Das gpz behandelt Patient*innen mit entsprechenden episodischen Verläufen der Depression (F32.- und F33.-) wie die folgenden Abbildungen zeigen (45 bis 50).

Die leichte depressive Episode (F32.0) wurde bei gpz in sehr seltenen Fällen behandelt (2015: 1 Fall/Frau; 2020: 1 Fall/beide Geschlecht; 2022: 1 Fall/Mann und 2023: 1 Fall/Frau).

Die Abbildung 45 zeigt die mittelgradige depressive Episode (F32.1), bei der die betroffenen Patient*innen meist große Schwierigkeiten haben, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Im Zeitraum von 2015 bis 2023 sind die Frauen die am meisten betroffenen, außer in den Jahren 2017 und 2020.

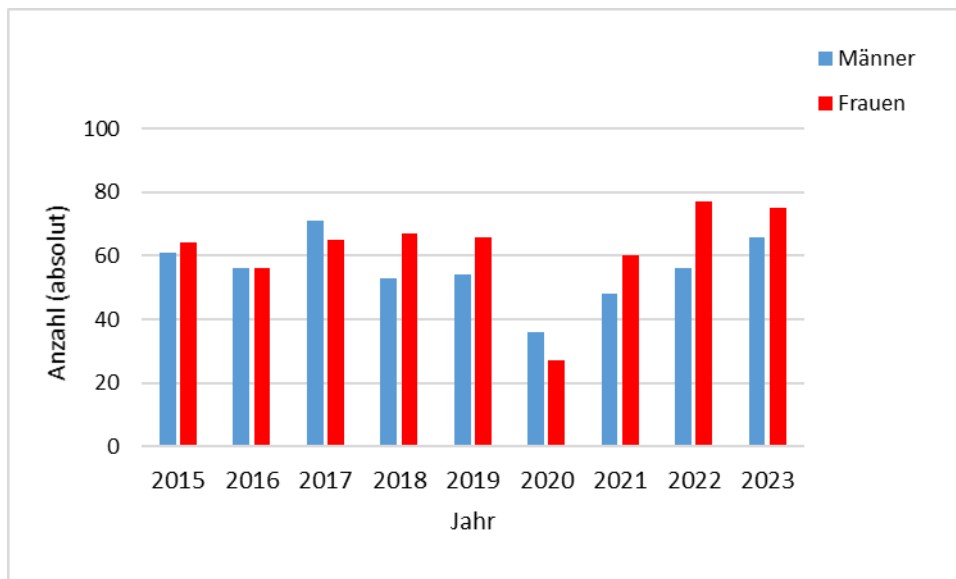


Abbildung 45: Anzahl der mittelgradigen depressive Episode (F32.1) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).

Die schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) zeigt noch quälendere Symptome. „Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig und meist liegen einige somatische Symptome vor“ (DIMDI). Die Grafik 46 weist die Zahlen dieser Episode aus.

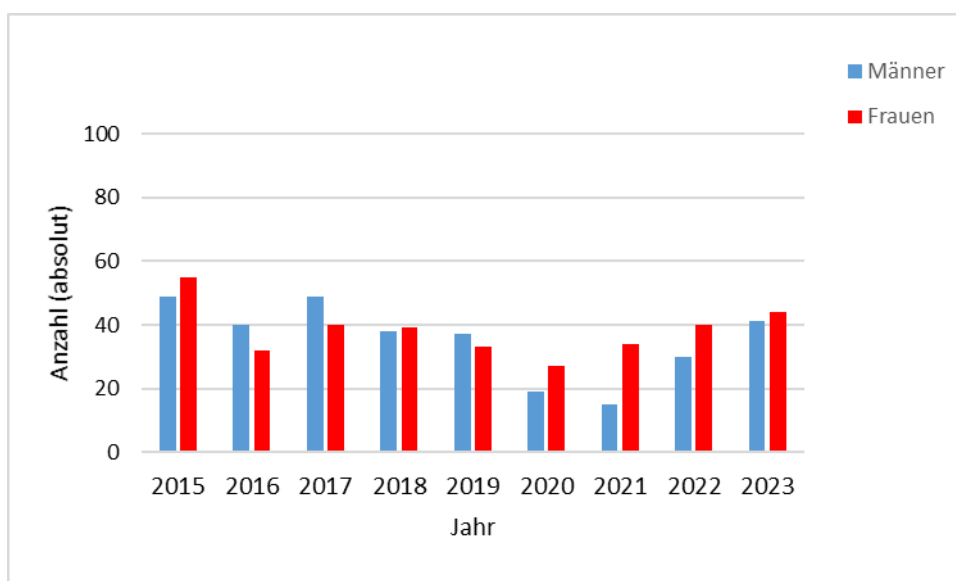


Abbildung 46: Anzahl der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).

Bei der schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen handelt es sich um eine „schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthym sein“ (DIMDI). Von 2015 bis 2019 bilden die Männer die am meisten betroffene

Gruppe, außer im Jahr 2018 mit vergleichbaren Fällen für beide Geschlechter. Ab 2020 sind Frauen am meisten betroffen, besonders im Jahr 2022 (Frau: 10 Fälle, Mann: 1 Fall; Abb. 47).

Insgesamt zeigen die Daten, dass die depressiven Episoden mit mittelgradiger Schwere am häufigsten auftreten.

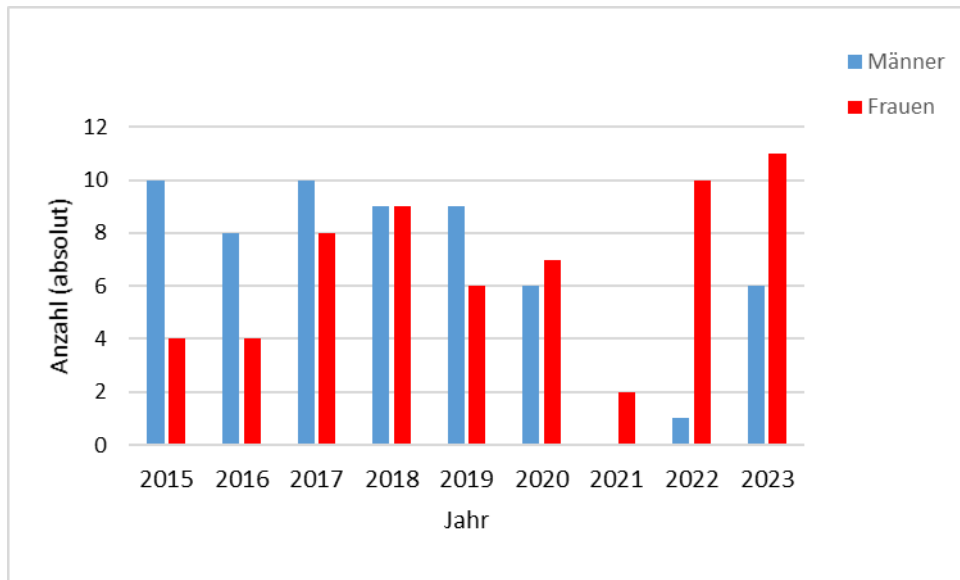


Abbildung 47: Anzahl der schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).

Die rezidivierende depressive Störung (F33.-) ist durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie).

Die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0) ist selten (2020: 1 Fall/Mann; 2021: 1 Fall/Mann, 2 Fälle/Frau und in 2023: 1 Fall/Frau).

Demgegenüber weist die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine deutlich höhere Anzahl an weiblichen Betroffenen für den ganzen Zeitraum auf (Grafik 48).

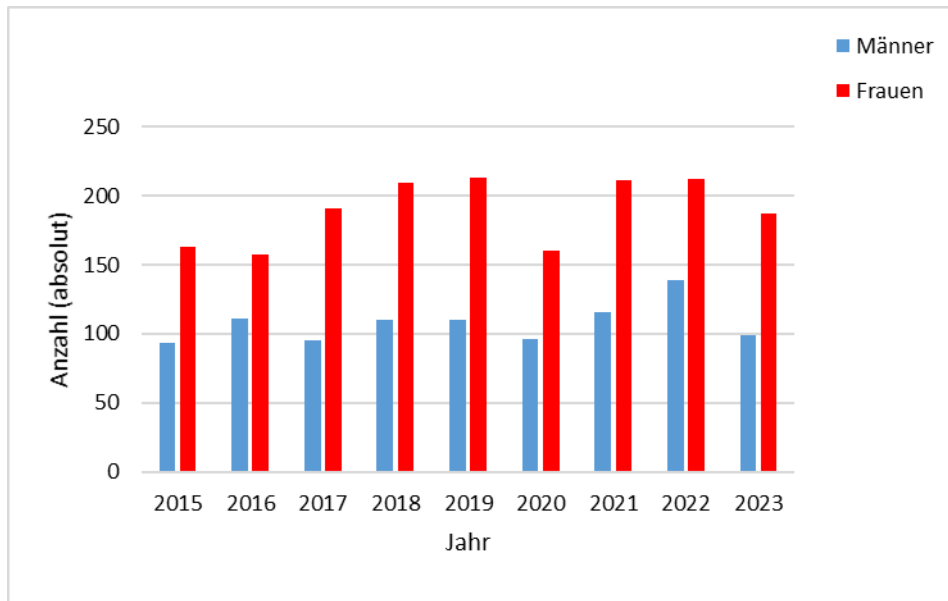


Abbildung 48: Anzahl der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).

Ebenso zeigen die weiblichen Patientinnen eine Prävalenz bei der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) (Abb. 49), die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode schwer ist, ohne psychotische Symptome (siehe F32.2) und ohne Manie in der Anamnese.

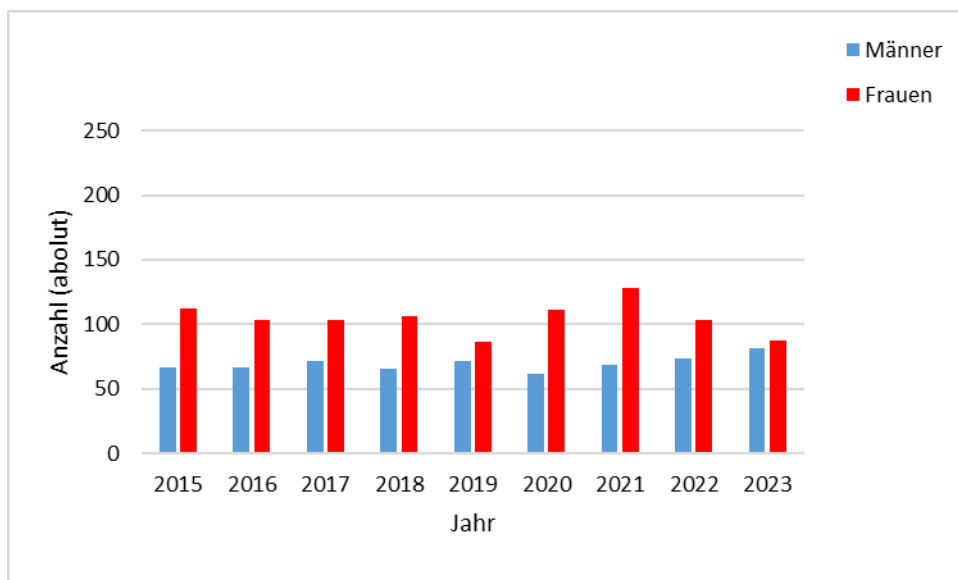


Abbildung 49: Anzahl der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).

Auf geringem Fallzahlniveau präsentiert die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), im Betrachtungszeitraum mit Ausnahme des Jahres 2015 eine Überzahl von Frauen, wie Abbildung 50 zeigt. Im Jahr 2023 ist ein starker Anstieg der Fallzahlen zu beobachten.

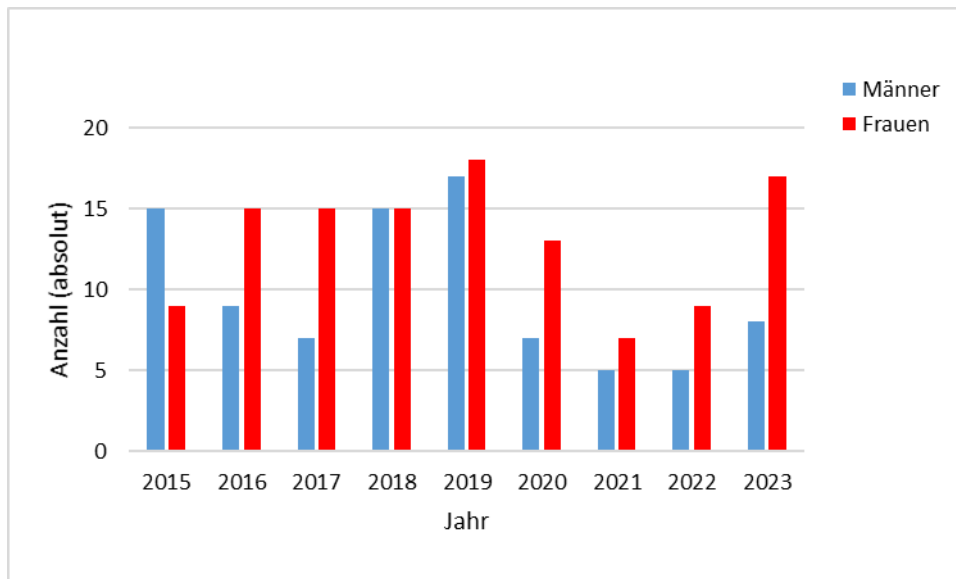


Abbildung 50: Anzahl der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).

Besonders auffallend ist die Zunahme der **Notfälle im stationären Bereich** des gpz (Abb. 51).

Die Gesamtzahl der Aufnahmen schwankt im Zeitverlauf, der Tiefpunkt ist pandemiebedingt das Jahr 2020. Seitdem ist erneut ein kontinuierlicher Anstieg der Aufnahmen zu beobachten, das Vorpandemieniveau ist in 2023 fast erreicht worden.

Die Zahl der Notaufnahmen ist deutlich angestiegen, sowohl bei den freiwilligen (+107%), als auch bei den nicht freiwilligen Aufnahmen (+91%, nach §14 PsychKG und §1831 BGB). In den neun Jahren zwischen 2015 und 2023 hat sich die Zahl der notfallmäßig aufgenommenen Patient*innen mehr als verdoppelt (+106%).

Die Fälle der nach §14 PsychKG und Gerichtsbeschluss untergebrachten Patient*innen hat sich in den neun Jahren zwischen 2015 (90 Patient*innen) und 2023 (182 Patient*innen) ebenso verdoppelt (+102%).

Die Zahl der freiwillig, aber notfallmäßig aufgenommenen Patient*innen hat sich zwischen 2015 und 2023 mehr als verdoppelt (2015: 514 Pat./Jahr; 2023: 1.065 Pat./Jahr). Darunter sind auch die Patient*innen, die nach §14 PsychKG NRW durch das Ordnungsamt eingewiesen wurden, dann aber freiwillig in der Klinik verblieben sind, so dass das Gericht keine Unterbringung angeordnet hat. Dabei handelt es sich aber um Patient*innen in einer akuten Krisensituation mit schwerer, akut behandlungsbedürftiger psychiatrischer Erkrankung.

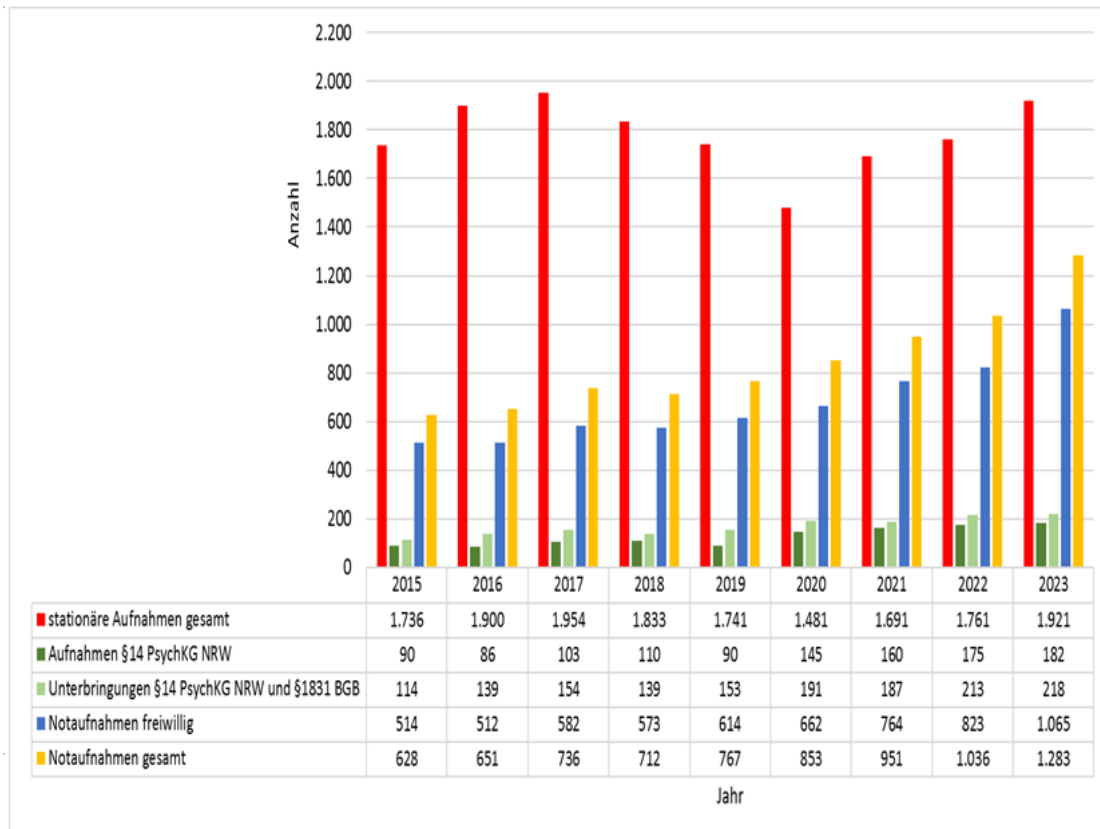


Abbildung 51: Anzahl der Notfälle, ohne bzw. mit Unterbringung, im stationären Bereich des gpz, Jahre: 2015-2023. (Stand: Sep. 2024, Quelle: gpz)

7.1.2.2 Das AMEOS Klinikum

Für diesen Bericht werden ausschließlich öffentlich (d.h. online) verfügbare Informationen des AMEOS Klinikums verwendet und im Folgenden wiedergegeben. Interne Daten zur Belegung und Auslastung wurden nicht mitgeteilt.

Das AMEOS Klinikum in Bad Salzuflen ist ein Fachklinikum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Es bietet Hilfe und Begleitung bei seelischen Erkrankungen oder akuten Krisen und bedient die Bedürfnisse für den passenden therapeutischen Rahmen und Unterstützung auf dem Weg zurück in den Alltag. Die diagnostizierten Fälle sind: Affektive Störungen (Depressionen, bipolare Störungen, Manie), Angststörungen, Burn-out, Demenzen und andere hirnganische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Schlafstörungen, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), psychotische Störungen (Schizophrenie, wahnhaftige Störung, Paranoide Psychose), Schmerzstörungen, Suchterkrankungen (Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, Abhängigkeit von illegalen/legalen Drogen, nicht-stoffgebundene Süchte (Spielsucht, Internetsucht) und Zwangsstörungen.

Ein multiprofessionelles Team aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Altenpfleger*innen, Heilerziehungspfleger*innen, Stationshelfer*innen, Sozialarbeiter*innen und Ergotherapeut*innen unterstützt die Patient*innen mit psychischen Störungen.

Stationen

In der Einrichtung gibt es sechs nummerierte Stationen, wobei keine Station mit der Nummer 4 geführt wird.

Die Station 1 umfasst die psychiatrische Intensiv- und Krisenbehandlung von Patient*innen, die akut dekomensieren und lang andauernde Krankheitsverläufe bei bereits vorbestehenden psychiatrischen Grunderkrankungen aufweisen. Die Unterstützungsbedarfe werden individuell erhoben und angepasst. Die folgenden Diagnosen stehen im Vordergrund:

- Affektive Störungen mit akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung,
- akute Psychosen,
- Suchterkrankung wie akute Intoxikation bei legalen und illegalen Drogen,
- Organische Störungen und Delirien.

Es stehen 25 Behandlungsplätze (Betten) zur Verfügung.

Auf den Stationen 2 und 3 werden Patient*innen im Alter von 18 bis 65 Jahren vorrangig mit Depressionen behandelt. Die Behandlung erfolgt nach den aktuellen pharmakologischen und psychotherapeutischen Leitlinien mit individuellen Behandlungsplänen sowie mit Gruppenangeboten. Die Gruppenangebote umfassen eine Depressionsbewältigungsgruppe, Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Achtsamkeitstraining und Entspannungsmethoden wie progressive Muskelentspannung, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Genussstraining, Zielplanungsgruppe, Freizeitgestaltung und Außenaktivitäten. Zusätzlich werden die regelmäßige ärztliche Betreuung und therapeutische Einzel-, Paar-, Familien- und Angehörigengespräche durch Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen durchgeführt.

Es stehen 34 Behandlungsplätze zur Verfügung.

(Station 4 wird nicht geführt).

Die Station 5 ist die gerontopsychiatrische Abteilung. Die altersgerechte Ausstattung ist auf die Bedürfnisse von Menschen im höheren Lebensalter ausgelegt. Sie bildet neben der bedürfnisorientierten Behandlung auch ein angenehmes Ambiente zur Förderung des Heilungsprozesses. Die Diagnosestellungen sind: Demenzen, Abhängigkeitserkrankungen, Ängste im Alter und affektive Störungen wie Depressionen.

Grundlage der Behandlung bildet ein individueller und bedürfnisorientierter Behandlungsplan. Individuelle pflegerische Gruppen- und Einzelangebote sind verfügbar.

Für die Station sind 20 Betten geplant, sie ist derzeit jedoch auf 15 Betten begrenzt.

Die Station 6 ist eine offen geführte, psychotherapeutische Station. Die Bettenanzahl nach Krankenhausplan beträgt 25.

Die Station 7 umfasst die Fachgebiete psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Das multiprofessionelle Team ist spezialisiert auf die Behandlung von folgenden Diagnosen: Borderline Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Zwangsstörungen und Angststörungen.

Die Station mit einer Planbelegung von 13 Betten ist derzeit geschlossen.

7.2 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung (Psychotherapie mit/ohne medikamentöse Behandlung psychisch Erkrankter) wird in der Regel von niedergelassenen Fachärzt*innen für Nervenheilkunde sowie Fachärzt*innen für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzt*innen für Neurologie und Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie (nachfolgend Nervenärzt*innen genannt) und/oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen, Fachärzt*innen für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die Psychologischen Psychotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen sowie die (nachfolgend psychologische oder ärztliche) Psychotherapeut*innen genannt, übernommen.

Im Gegensatz zur hausärztlichen Versorgung, die in aus Mittelbereichen innerhalb eines Kreises besteht, wird die **allgemeine fachärztliche Versorgung** innerhalb von Planungsbereichen Kreis / kreisfreie Stadt gesteuert.

Für die ambulante fachärztliche Versorgung in Lippe bedeutet dies, dass die entsprechenden Versorgungsaufträge für das gesamte Kreisgebiet bestehen und nicht für einzelne Städte und Kommunen. Die Versorgung mit psychologischen Psychotherapeut*innen schließt sich an diese Bedarfsplanung an. Ab einem Versorgungsgrad von 110% wird der jeweilige Planungs- oder Mittelbereich gesperrt. Für niederlassungswillige Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen ist von Bedeutung, ob der für sie in Frage kommende Planungsbereich „offen“ oder „gesperrt“ ist. Relevant hierfür ist der Versorgungsgrad einer Fachgruppe in einer Planungsregion. Bei Mehrbedarfen in der psychotherapeutischen Versorgung können einzelne Quotensitze der fachärztlichen Berufsgruppe geöffnet und bedarfsorientiert besetzt werden. Für die Besetzung der **fachärztlichen Versorgungsaufträge** im Kreis Lippe ist die KVWL in Dortmund zuständig.

7.2.1 Psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen

Im Kreis Lippe praktizieren insgesamt 64,10 psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen. Dies entspricht einem Versorgungsgrad von 114,1% (KVWL, Stand 27.05.2024).

7.2.2 Niedergelassene Fachärzt*innen

Die Gesamtzahl der niedergelassenen Nervenärzt*innen (Neurologie und Psychiatrie) im Kreis Lippe beträgt 16,15 mit einem Versorgungsgrad von 112,3% (KVWL, Stand 27.05.2024).

7.2.3 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Für Personen, die aufgrund der Art, der Schwere und der Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhaushen Versorgungsangebotes bedürfen, steht die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) als ambulante psychiatrische Versorgung zur Verfügung (GKV-Spitzenverband, 2023). Durch das Angebot von psychosozialen Hilfen sollen bspw. Wartezeiten nach einem stationären Aufenthalt bis zur ambulanten Psychotherapie überbrückt werden. An der ambulanten Versorgung sind im Kreis Lippe drei PIA in Detmold, Bad Salzuflen und Bad Lippspringe (für Schlangen) beteiligt.

7.2.3.1 Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des gpz

In der Psychiatrischen Institutsambulanz des Gemeindepsychiatrischen Zentrums in Detmold wird eine ambulante psychiatrische Versorgung für allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie und interkulturelle Psychiatrie vorgehalten. Diese umfassen im Wesentlichen:

- Einzelfallmanagement / Koordination psychosozialer Hilfen
- gerontopsychiatrische Ambulanz / „Gedächtnissprechstunde“
- ambulante Therapieangebote für Gruppen und
- Kriseninterventionen

Interventionen und Angebote werden in enger Kooperation mit Haus- oder Fachärzt*innen durchgeführt. Sollte nach einem stationären Aufenthalt die Wartezeit für eine ambulante Psychotherapie überbrückt werden müssen, kann dies auch über die PIA erfolgen.

Die Fallzahlen der PIA des gpz haben sich seit 2015 wie folgt entwickelt (Abb. 52):

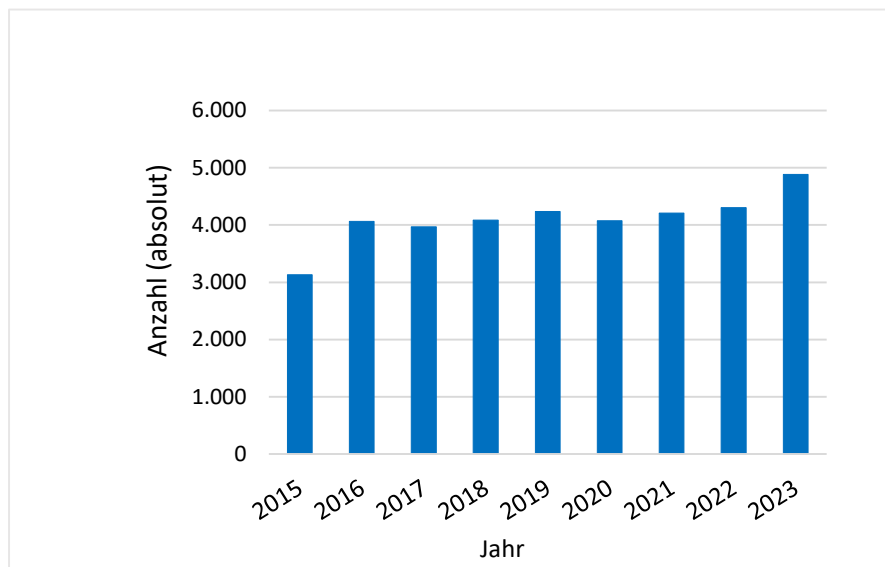


Abbildung 52: Fallzahl der PIA des gpz von 2015 bis 2023 (Stand: 26.03.2024, Quelle: gpz)

Hier lässt sich in 2023 im Vergleich mit dem zum Ausgangsjahr 2015 eine deutliche Zunahme der Fallzahlen feststellen.

7.2.3.2 Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des AMEOS

Die Psychiatrische Institutsambulanz des AMEOS Klinikums in Bad Salzuflen stellt lt. ihrer Website folgende Angebote bereit:

- Multiprofessionelle Behandlungsangebote für chronisch kranke Menschen im Rahmen einer intensiven Nachsorge
- Akutinterventionen, die eine schnelle ambulante Hilfe benötigen

Außerdem oder zusätzlich können bei ärztlich festgestelltem Bedarf weitere Maßnahmen verordnet werden:

- Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining zur gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der Hirnfunktion
- Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung bei psychisch funktionellen Störungen und Leistungen zur Förderung der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen, die beispielsweise durch eine Depression, Persönlichkeitsstörung, Psychose oder Suchterkrankung hervorgerufen werden können
- Teilnahmen an Therapiegruppen oder Einzeltherapien für Senior*innen mit gerontopsychiatrischen Schwerpunkten oder Behandlungskonzept (vgl. AMEOS 2024).

Für die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des AMEOS-Klinikums liegen keine Fallzahlen vor.

7.2.3.3 Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) der Karl-Hansen-Klinik

Die Psychiatrische Institutsambulanz der Karl-Hansen-Klinik (KHK) befindet sich in Bad Lippspringe. Aufgrund der räumlichen Nähe der lippischen Ge-

meinde Schlangen zu Bad Lippspringe, werden Personen aus Schlangen dort betreut.

In der PIA des KHK werden besonders schwer, multimorbid und/oder chronisch psychiatrische Patient*innen diagnostiziert, behandelt und betreut. Die ambulante Behandlung erfolgt in einem multiprofessionellen Team aus Fachärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonal sowie Medizinischen Fachangestellten (vgl. KHK 2024).

Die ambulanten Fallzahlen für die Bevölkerung aus Schlangen wurden um die der anderen Patient*innen aus dem Einzugsgebiet der KHK bereinigt. Seit dem Jahr 2019 wurden in der KHK folgende Fallzahlen von Patient*innen aus Schlangen erreicht (Abb. 53):

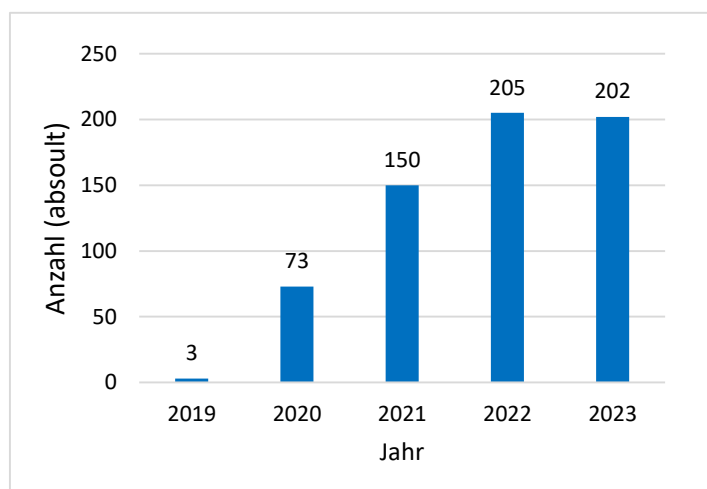


Abbildung 53: Fallzahlen der Patient*innen aus Schlangen der PIA der KHK von 2019 bis 2023 (Stand: Mai 2024, Quelle: KHK)

Hier ist ebenfalls eine deutliche Zunahme der Fallzahlen seit 2019 zu erkennen.

7.3 Teilstationäre Versorgung

Die Tageskliniken für Psychiatrie und Psychosomatik sind teilstationäre Einrichtungen zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Tageskliniken für psychisch erkrankte Menschen sind im Kreis Lippe in den Kommunen Bad Salzuflen, Detmold, Lage, Horn-Bad Meinberg und Lemgo zu finden. Behandlungen können dort sowohl aus dem ambulanten Bereich kommend begonnen als auch als Anschlussbehandlung an einen stationären Aufenthalt fortgeführt werden.

Tagesklinik gpz (psychiatrisch-psychotherapeutisch): Detmold

Tagesklinik gpz (gerontopsychiatrisch): Horn-Bad Meinberg

Tagesklinik gpz (kriseninterventionell und Sucht): Lage

Tagesklinik AMEOS (psychiatrisch-psychotherapeutisch): Bad Salzuflen

Tagesklinik AMEOS + gpz (psychiatrisch-psychosomatisch): Lemgo

Für Bewohner*innen aus dem lippischen Schlangen gibt es eine Tagesklinik in Bad Lippspringe (Kreis Paderborn).

Tagesklinik KHK: Bad Lippspringe

7.3.1 Tageskliniken gpz

gpz Tagesklinik in **Detmold**

Die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik behandelt Patient*innen vom ca. 18. bis zum ca. 55. Lebensjahr. Die Behandlung kann je nach Schwere der Erkrankung die vollstationäre Behandlung ersetzen oder ihr nachfolgen, wenn die Akutbehandlung abgeschlossen ist und eine ambulante psychiatrische Behandlung noch nicht ausreicht.

Es stehen **25 Behandlungsplätze** zur Verfügung.

gpz Tagesklinik in **Horn-Bad Meinberg**

In der gerontopsychiatrischen Tagesklinik in Horn-Bad Meinberg werden psychische Erkrankungen von Menschen im Lebensalter ab ca. 55 Jahren diagnostiziert und behandelt. Die Behandlungen beziehen sich auf folgende Krankheitsbilder: Demenz, Depression, Psychosen, delirante Zustände und psychosomatische Störung.

Die Tagesklinik hat eine Kapazität von **20 Behandlungsplätzen**.

gpz Tagesklinik in **Lage**

In der suchtmmedizinischen Tagesklinik in Lage findet eine qualifizierte Suchtbehandlung statt. Die Klinik behandelt Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenproblemen (bzw. illegale Drogen sowie nicht stoffgebundene Abhängigkeiten) und weiteren Abhängigkeiten, beispielsweise Spielsucht, aber auch Patient*innen, die zusätzlich zur Abhängigkeit an einer weiteren psychiatrischen Erkrankung wie z. B. Depressionen oder Angststörungen leiden.

Die Tagesklinik umfasst **20 Behandlungsplätze**.

Die Anzahl der jährlichen Patient*innen-Aufnahmen für eine teilstationäre Behandlung pro Tagesklinik des gpz wird in folgender Abbildung vorgestellt.

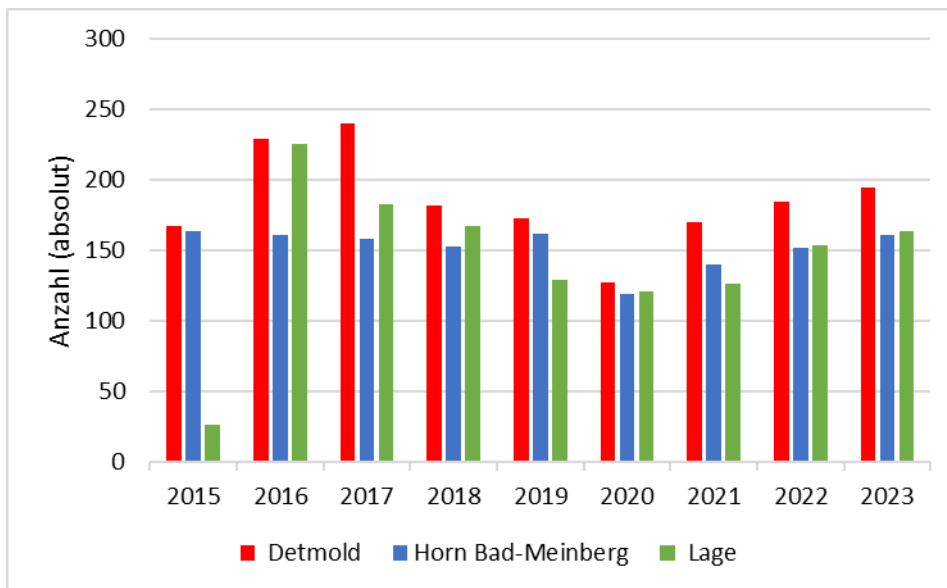


Abbildung 54: Anzahl der teilstationären Aufnahmen des gpz pro Tagesklinik von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)

Im Zeitraum 2015-2023 betrug die Auslastung im teilstationären Sektor des gpz mit Ausnahme des Pandemiejahrs 2020 stets über 88%. Das Pandemiejahr 2020 zeigte demgegenüber eine deutlich nach unten abweichende Auslastung (66%). Die Auslastungsgrade in Prozent sind in Abbildung 55 dargestellt.

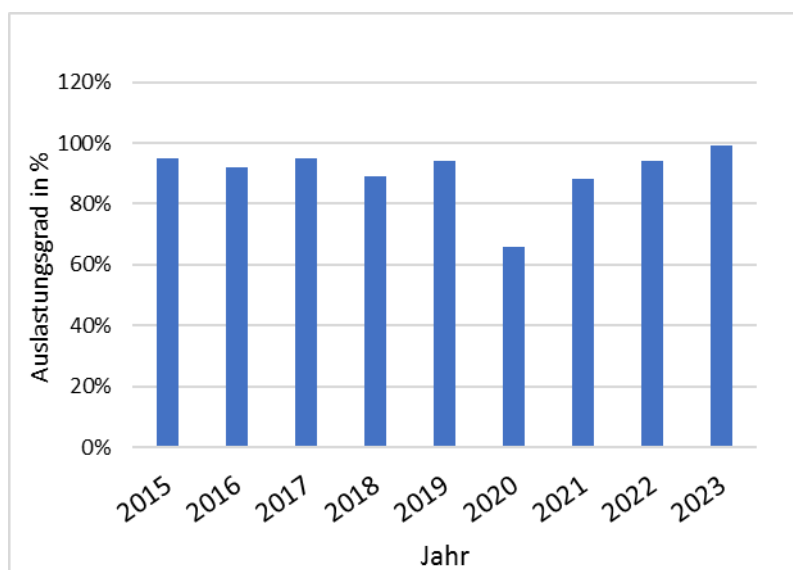


Abbildung 55: Teilstationäre Auslastung in Prozent des gpz von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)

Die Verweildauer der teilstationären Behandlung für Menschen mit psychischen Störungen variiert in Abhängigkeit der Art und der Komplexität der Störung. Die Abbildung 56 zeigt die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Jahren pro Tagesklinik.

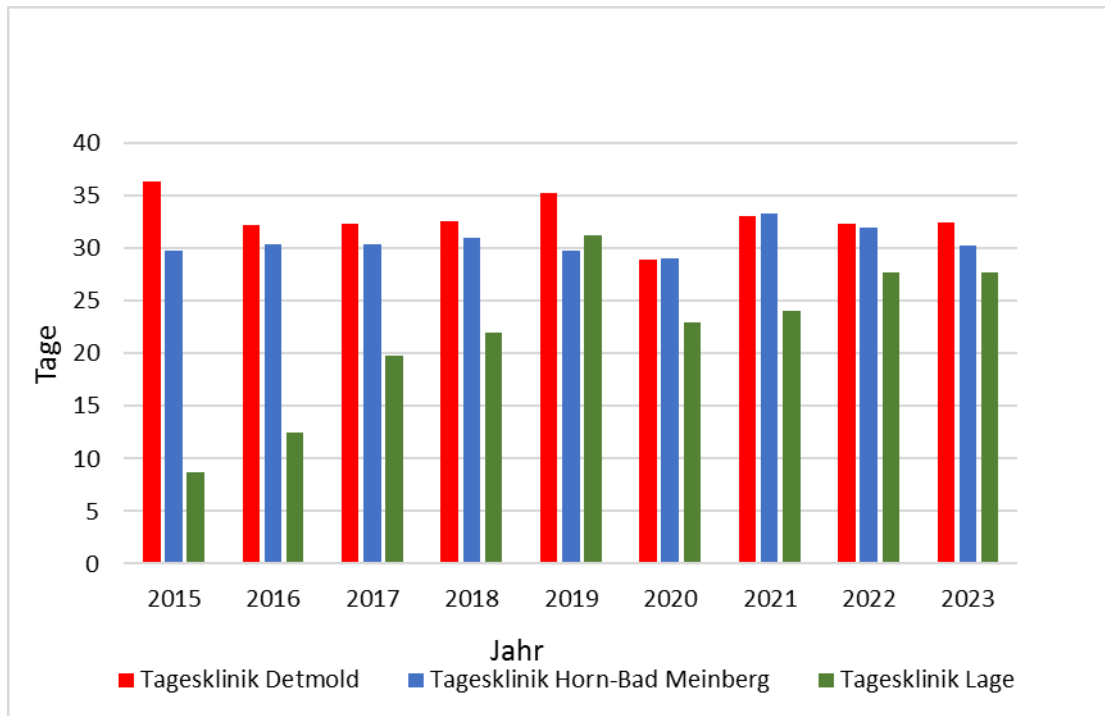


Abbildung 56: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in teilstationärer Behandlung pro Tagesklinik von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)

Die Belegungstage pro Tagesklinik des gpz von 2018 bis 2023 werden in Tabelle 11 präsentiert:

Tagesklinik	2018	2019	2020	2021	2022	2023
gpz						
Detmold	5.989	6.053	3.784	5.504	5.961	6.324
Horn-Bad Meinberg	4.788	4.828	3.474	4.707	4.861	4.852
Lage	3.711	4.404	4.083	4.279	4.549	4.871
Gesamt	14.488	15.285	11.341	14.490	15.371	16.047

Tabelle 11: Belegungstage pro Tagesklinik des gpz von 2018 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)

7.3.2 Tagesklinik AMEOS

Die psychiatrische Tagesklinik in Bad Salzuflen behandelt Menschen mit psychischen Störungen wie Depression, bipolare Erkrankung, Angst- und Zwangsstörungen, psychotische Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen sowie Anpassungsstörungen.

Eine Aufnahme in die Tagesklinik kann direkt oder nach einer vollstationären Behandlung erfolgen.

Für Patient*innen, denen es krankheitsbedingt schwerfällt, ihren Tagesablauf selbstständig zu bewältigen, stehen **20 Behandlungsplätze** zur Verfügung.

Zahlen liegen nicht vor.

7.3.3 Tagesklinik AMEOS + gpz in Lemgo

Die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychosomatik in Lemgo behandelt erwachsene Patient*innen ab dem 18. Lebensjahr. Das Behandlungsspektrum umfasst Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen, psychosomatische Beschwerden, Krisen und Belastungserfahrungen im häuslichen Umfeld oder am Arbeitsplatz (Burnout, Mobbing), psychoreaktive Störungen (Depressionen, Angstsymptome) im Rahmen körperlicher Erkrankungen und chronische Schmerzstörungen (Tagesklinik Lemgo Website).

Weil die Tagesklinik seit Oktober 2017 verfügbar ist, werden die Werte ab 2018 herangezogen. Die Tagesklinik umfasst **20 Behandlungsplätze**.

Die Anzahl der jährlichen Patient*innen-Aufnahmen für die Behandlung in der Tagesklinik Lemgo sowie der Auslastungsgrad in Prozent sind in Abbildung 57 zusammengefasst.

Das Jahr 2019 zeigt eine Auslastung von über 100% und in 2023 von genau 100%. Das Pandemiejahr 2020 zeigt demgegenüber eine deutlich nach unten abweichende Auslastung (81%).

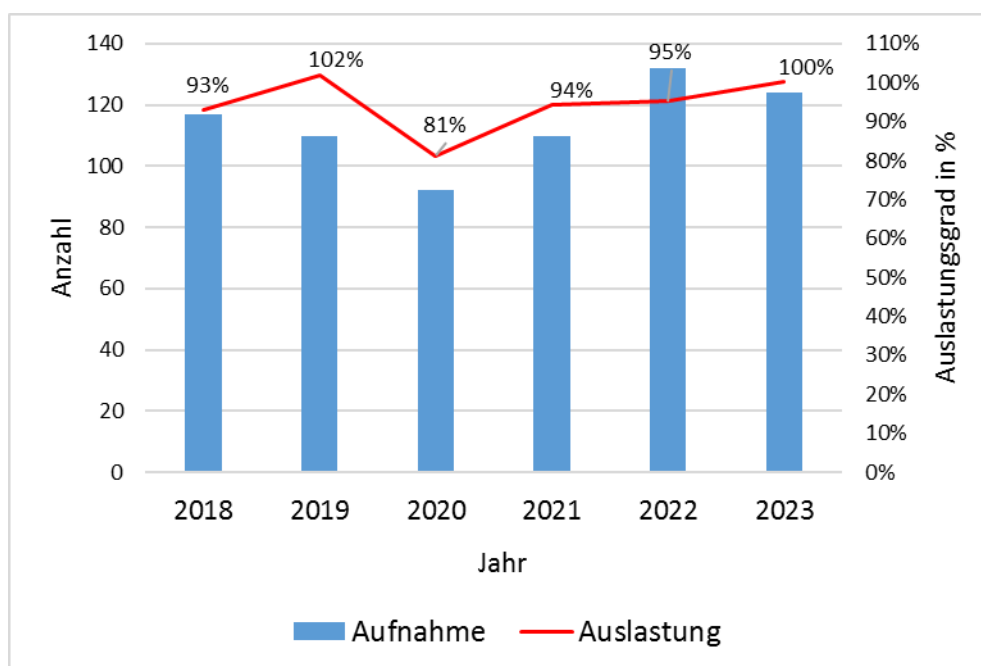


Abbildung 57: Anzahl der Aufnahmen und Auslastungsgrad der Tagesklinik Lemgo von 2018 bis 2023 (Stand: 22.04.2024, Quelle: Tagesklinik Lemgo)

Die Aufenthaltsdauer orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Person und hat einen Durchschnitt von ca. 42 Tagen (Abb. 58).

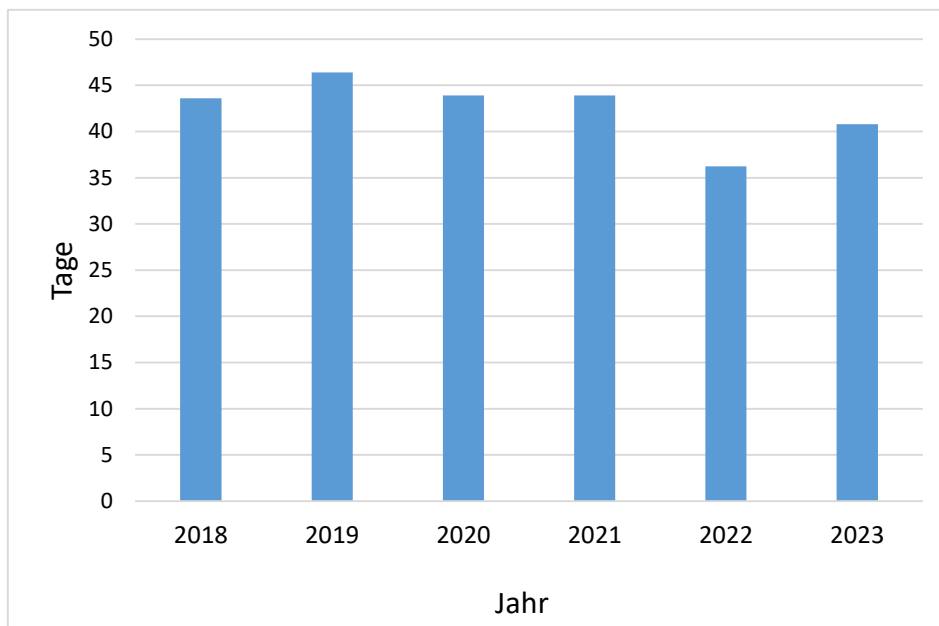


Abbildung 58: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik in Lemgo von 2018 bis 2023 (Stand: 22.04.2024, Quelle: Tagesklinik Lemgo)

Die Behandlungstage der Tagesklinik Lemgo pro Jahr werden in Tabelle 12 aufgezeigt.

Jahr	Behandlungstage
2018	4.666
2019	5.103
2020	4.127
2021	4.784
2022	4.799
2023	5.017

Tabelle 12: Behandlungstage pro Jahr in der Tagesklinik Lemgo (Stand: 22.04.2024, Quelle: Tagesklinik Lemgo)

7.3.4 Tagesklinik Karl-Hansen-Klinik

Die Tagesklinik für seelische Gesundheit in Bad Lippspringe konnte mit dem Umzug in die neuen Räumlichkeiten im Jahr 2024 ihr Angebot von 8 auf alle 12 Plätze ausweiten. Aufgrund der Covid-19 Pandemie konnten zwischen Februar 2020 und Oktober 2022 lediglich 6 Plätze belegt werden, zwischen März und Mai 2020 musste die Tagesklinik ganz geschlossen bleiben.

Die Abbildung 59 zeigt die Fallzahlen der Patient*innen aus Schlangen in der Tagesklinik von 2020 bis 2023.

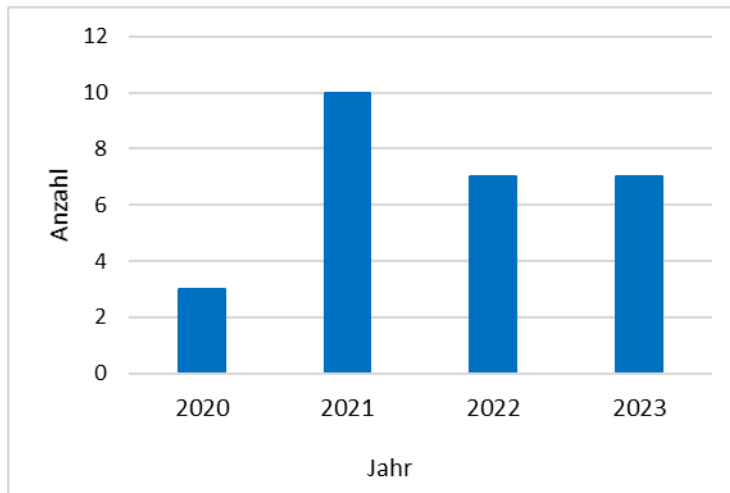


Abbildung 59: Anzahl der Tagesklinik- Patient*innen 2020 und 2023 mit Wohnsitz in Schlangen, (Stand: Mai 2024, Quelle: Tagesklinik KHK)

Die Aufenthaltsdauer orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der erkrankten Person und hat einen Durchschnitt von ca. 29 Tagen (Abb. 60). Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Verweildauer in Tagen pro Jahr.

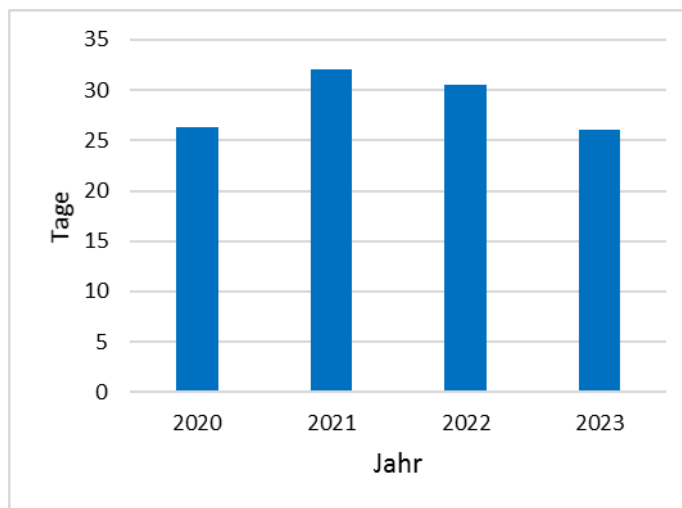


Abbildung 60: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in teilstationärer Behandlung der Patient*innen aus Schlangen in der Tagesklinik KHK von 2020 bis 2023 (Stand: Mai 2024, Quelle: Tagesklinik KHK)

Die Belegungstage der Abteilung für Seelische Gesundheit der KHK pro Jahr werden in Tabelle 13 aufgezeigt.

Jahr	Belegungstage
2020	649
2021	1.460
2022	1.514
2023	1.617

Tabelle 13: Belegungstage der Tagesklinik KHK von 2020 bis 2023 (Stand: Mai, 2024, Quelle: KHK)

7.4 Gemeindepsychiatrische Versorgung

Der Ausbau der Gemeindepsychiatrie ist auf die Forderungen der Psychiatrie-Enquête von 1975 zurückzuführen:

- Gleichstellung von psychisch und körperlich Erkrankten
- Gemeindenähe
- Kontinuität in der Behandlungskette
- Schaffung von Übergangseinrichtungen
- Verkleinerung der Großkrankenhäuser

Gemeindepsychiatrie wird als angewandte Sozialpsychiatrie verstanden und umfasst alle präventiven, kurativen sowie rehabilitativen Angebote für die hilfsbedürftigen Menschen, die wohnortnah leicht zugänglich sind sowie im Idealfall fallbezogen koordiniert werden. Insbesondere sollen die Teilhabechancen von schwer und chronisch psychisch Erkrankten erhöht werden (Stengler et al., 2015; Borbé, 2022; Hambrecht, 2007).

Oft ist dieser Idealzustand noch nicht erreicht, weshalb ein **Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)** etabliert werden soll. Er „ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion“ (Psychiatrienetz, 2023). Die Mitglieder des GPVs verpflichten sich, Angebote trägerübergreifend abzustimmen und Hilfen gemeinsam zu planen, sodass jede psychisch erkrankte Person die Hilfe erhält, die sie benötigt. Durch ein abgestimmtes Verfahren, können Hilfen schneller etabliert und eine Behandlungskontinuität gewährleistet werden. Dabei wird stets nach dem personenzentrierten Ansatz gehandelt.

7.4.1 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der **Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)** ist Teil der kommunalen öffentlichen Gesundheitsversorgung und nimmt aufgrund des niedrigschwelligen Zugangs einen bedeutenden Platz in der psychiatrischen Versorgungslandschaft ein. Er ist eine Einrichtung, die Menschen mit psychischen Störungen sowie ihre Angehörigen und Dritte wohnortnah unterstützt. Die Beratung durch den SpDi kann vielfältige Formen annehmen, abhängig von den individuellen Bedürfnissen der Hilfesuchenden. Die wesentlichen Punkte, in denen sich der SpDi grundlegend von anderen Leistungserbringern des psychiatrischen Versorgungssystems unterscheidet, sind (Tinnemann et al., 2020):

- Die Inanspruchnahme der Leistungen des SpDi ist für die Bürger*innen kostenfrei.
- Es gibt keine Zugangsvoraussetzungen, auf Wunsch ist auch eine anonyme Beratung möglich.
- Die Mitarbeitenden des SpDi können aufsuchend tätig werden (Leistungen werden häufig erst aufgrund von Hinweisen Dritter erbracht).
- Das Umfeld betroffener Menschen kann mit einbezogen werden.

- Unabhängig davon, ob der/die Betroffene selbst Hilfe in Anspruch nimmt, kann das soziale Umfeld der Person die Leistungen des SpDi in Anspruch nehmen.
- Klärung von Gefährdungspotentialen infolge einer psychischen Erkrankung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) NRW.

Das **Aufgabenspektrum des SpDi** umfasst verschiedene Handlungsfelder:

Anamnese und Bedarfsermittlung

Zu Beginn wird eine umfassende Anamnese durchgeführt, um die individuelle Situation und die Bedürfnisse des Hilfesuchenden zu verstehen. Hierbei wird nicht nur die psychische Gesundheit, sondern es werden auch das soziale Umfeld und andere relevante Faktoren berücksichtigt.

Vorsorgende Hilfen

Es werden geeignete Hilfen eingeleitet oder an andere Anbieter (z.B. sozialer Hilfen) weitervermittelt, um sicherzustellen, dass Betroffene bei beginnender Erkrankung oder Wiedererkrankung rechtzeitig behandelt werden. Bei Suchterkrankungen beinhaltet dies beispielsweise auch die Unterstützung bei Therapieanträgen für ambulante oder stationäre Therapien.

Nachgehende Hilfen

Personen werden nach einer stationären psychiatrischen Behandlung individuell betreut und beraten, um die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern. Die nachgehenden Hilfen sollen dazu beitragen eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden.

Krisenintervention

Wenn die Hilfesuchenden sich in einer akuten Krise befinden, kann der SpDi Unterstützung in Form von Krisenintervention anbieten. Das Ziel ist es, akute Probleme zu bewältigen und gegebenenfalls eine weiterführende Behandlung einzuleiten.

Aufsuchende Tätigkeiten

Der SpDi hat die Möglichkeit über Hausbesuche die Situation in der Wohnung und dem näheren sozialen Umfeld persönlich kennenzulernen. Bei Kriseninterventionen können durch eine aufsuchende Tätigkeit ggf. nötige Maßnahmen unmittelbar ergriffen werden. Oft sind psychisch Erkrankte ausschließlich im Rahmen eines Hausbesuchs erreichbar und zur Inanspruchnahme des Hilfesystems motivierbar.

Ressourcenorientierung

Ein zentraler Ansatz ist die Betonung der individuellen Stärken und Ressourcen der Hilfesuchenden. Durch die Identifizierung und Förderung dieser Ressourcen soll die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung gestärkt werden. Zusätzliche Gruppenangebote des SpDi folgen diesem Ansatz und dienen der Förderung und Aktivierung eigener Fähigkeiten und sozialer Kontakte.

Medizinische Abklärung im Einzelfall

Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Gesundheitsamt unterstützt bei Diagnosestellung, Therapiemöglichkeiten und medizinischen Fachfragen.

Die Beratung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst ist freiwillig und vertraulich. Das Ziel ist es, die Lebensqualität der Hilfesuchenden zu verbessern und sie dabei zu unterstützen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Im Kreis Lippe steht der SpDi mit seiner heutigen dezentralen Struktur bereits seit 1987 den Bürger*innen beratend und begleitend zur Verfügung. Von 2018 bis 2022 wurden durchschnittlich jährlich 628 Klient*innen vom SpDi betreut. Dabei ist zu beobachten, dass die Anzahl der Klientenkontakte und der damit verbundene Betreuungszeitraum bzw. -aufwand kontinuierlich zugenommen haben. Eine Ausnahme stellt das Jahr 2021 dar, was mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie zusammenhängen kann (vgl. Abb. 61).

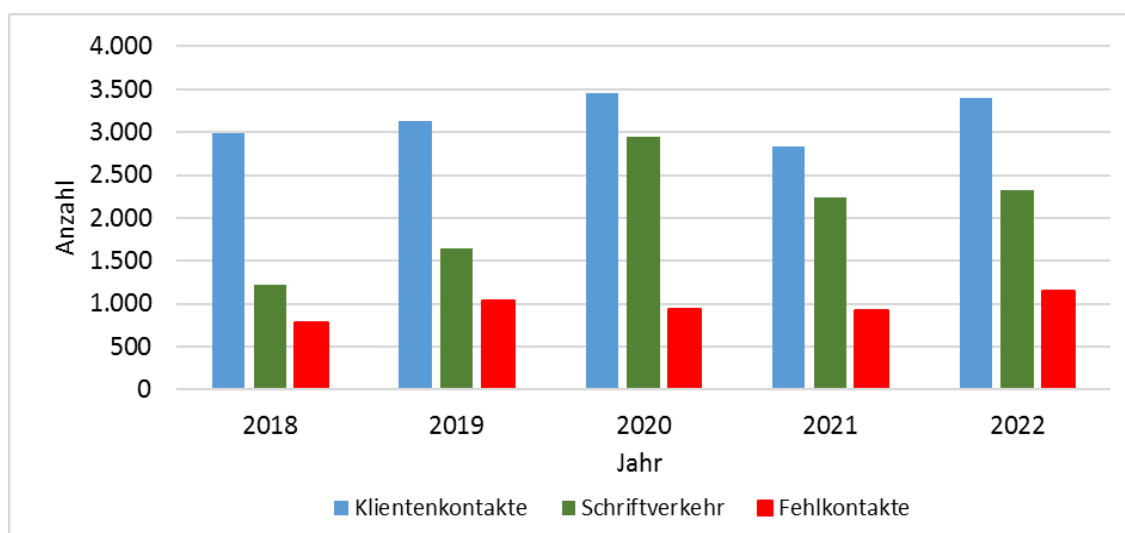


Abbildung 61: Tätigkeiten des SpDi im Kreis Lippe von 2018-2022. (Quelle: Kreis Lippe, FB 530)

Ein **Klientenkontakt** umfasst jeglichen telefonischen, schriftlichen oder persönlichen Kontakt mit dem Klienten/der Klientin selbst, deren Angehörigen oder sonstigen Personen, die in die Beratung miteingeschlossen sind. Mit **Schriftverkehr** ist die Unterstützung bei der Bearbeitung von Anträgen sowie die Bearbeitung eingehender Dokumente gemeint. **Fehlkontakte** sind die ausgefallenen Bürotermine sowie die Telefonanrufe und/oder Hausbesuche bei Nichterreichbarkeit.

So unterschiedlich wie die individuellen Anliegen der Klienten und Klientinnen sind auch die Zugangswege (s. Abb. 62). Die Mehrheit der Klienten und Klientinnen erreicht den SpDi über Angehörige oder Freunde und Nachbarn (25%). 17% der Klienten suchen selbst den Kontakt zum SpDi. Auch offizielle Stellen wie Beratungsstellen/Institutionen (13%), Ordnungsamt/Polizei (12%) und Klinik/Ärzt*innen (11%) informieren den SpDi über eine hilfsbedürftige Person. Zum Teil informieren auch Arbeitgeber/Jobcenter/Agentur für Arbeit (3%), Jugendämter (3%) und gesetzliche Betreuer (1%) über den Hilfebedarf von

Personen. 15% der Meldungen erfolgen jedoch erst nach einer stationären Aufnahme nach §14 PsychKG NRW. Diese Personen waren dem SpDi vorher nicht bekannt.

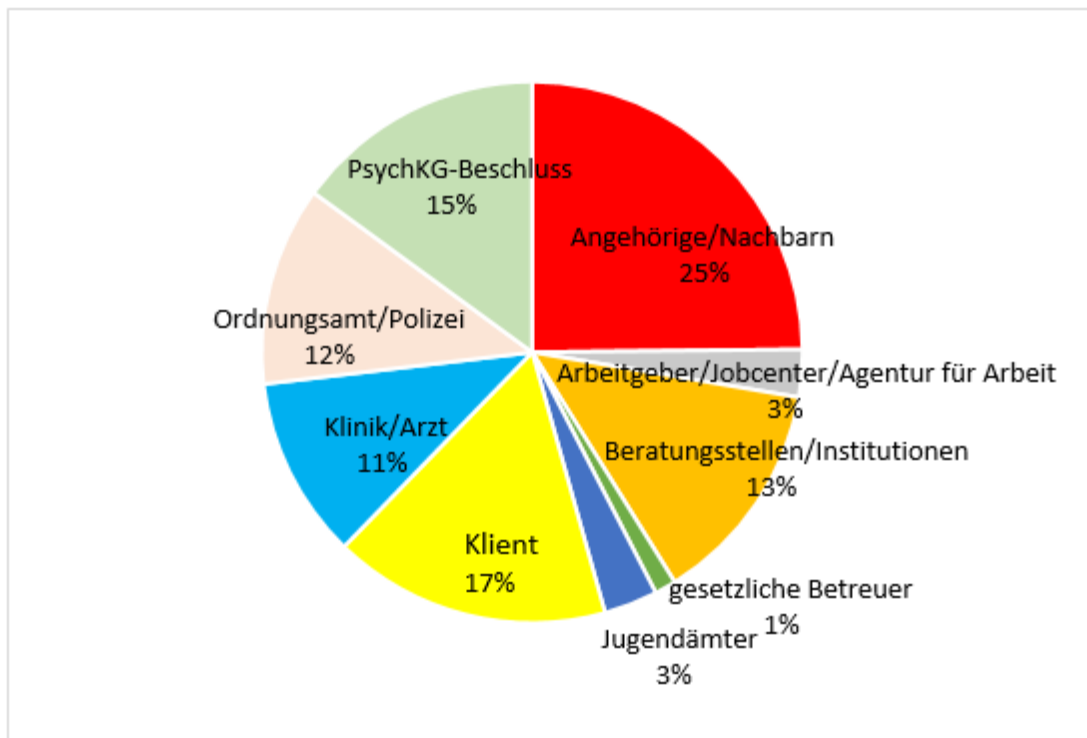


Abbildung 62: Prozentuale Verteilung der an den SpDi meldenden Personen und Einrichtungen von 2018 bis 2023 (Quelle: Kreis Lippe, FB 530)

Bei einer sofortigen Unterbringung nach §14 PsychKG NRW handelt es sich um eine durch die örtliche Ordnungsbehörde vorgenommene Unterbringung ohne vorherigen gerichtlichen Beschluss. Voraussetzung dafür ist Gefahr in Verzug und ein ärztliches Zeugnis, das nicht älter als vom Vortag sein darf. Der SpDi wird im Regelfall über eine sofortige Unterbringung vom Ordnungsamt informiert. So kann dem/der Betroffenen ein Angebot für nachgehende Hilfen unterbreitet werden. Die Anzahl der sofortigen Unterbringungen nach §14 PsychKG NRW ist in den letzten Jahren merklich gestiegen (vgl. Abb. 63).

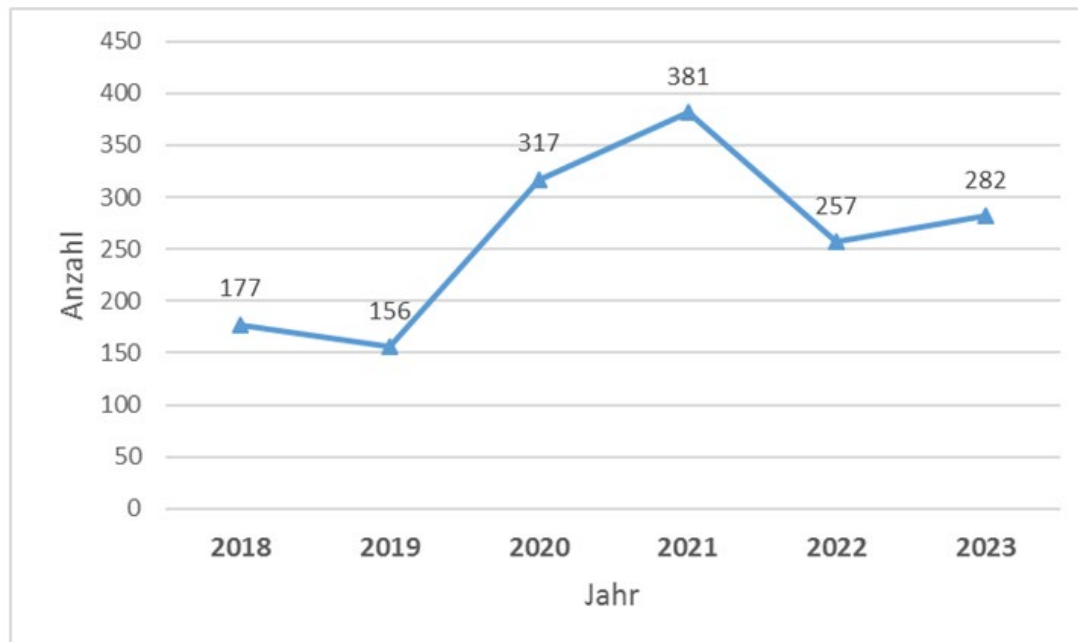


Abbildung 63: Anzahl der sofortigen Unterbringungen nach §14 PsychKG NRW nach Kenntnisstand des SpDi von 2018 bis 2023 (Quelle: Kreis Lippe, FB 530).

Auffällig sind die hohen Fallzahlen in den Corona-Jahren 2020 und 2021. Verglichen mit den Behandlungsdaten im selben Zeitraum, könnten fehlende Behandlungsmöglichkeiten ein Grund für die gestiegenen sofortigen Unterbringungen sein. Im Vergleich zum Jahr 2022 stieg die Fallzahl im Jahr 2023 wieder an. Auf Basis der Daten für das erste Halbjahr 2024, die intern bereits vorliegen, aber in Abb. 63 noch nicht dargestellt sind, lässt sich bereits abschätzen, dass sich dieser Trend weiter fortsetzt.

Bei der Interpretation der hier ausgewiesenen Daten zu den sofortigen Unterbringungen nach §14 PsychKG NRW ist zu beachten, dass diese lediglich die Unterbringungen umfassen, die dem SpDi bekannt waren. Daten aus offiziellen Statistiken (wie z.B. psychiatrischer Kliniken) können davon abweichen. Zudem sind hier beantragte Unterbringungen nach §14 PsychKG NRW, bei denen die betroffene Person im Nachhinein freiwillig stationär behandelt wurde oder ein richterlicher Beschluss ausblieb, ausgeschlossen. Ebenso fehlen die gerichtlich angeordneten Unterbringungen nach dem Betreuungsgesetz. Somit ist die Anzahl der Beantragungen einer sofortigen Unterbringung durchaus höher einzuschätzen.

7.4.2 Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige

Selbsthilfegruppen sind selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen mit einem gemeinsamen Anliegen, wie etwa ein soziales Problem oder eine Erkrankung. In Selbsthilfegruppen unterstützen sich Menschen gegenseitig, indem sie ihre Erfahrungen miteinander teilen und sich über Umgangsweisen mit ihrer Erkrankung und Situation austauschen. Dabei entscheidet jeder selbst, welche er ausprobiert und für sich übernehmen möchte. Selbsthilfegruppen gibt es für Menschen mit psychischer Erkrankung sowie für deren Angehörige. Sie ermöglichen einen Erfahrungsaustausch und Gemeinschaft.

Wichtiges Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt die Stärkung des Selbsthilfepotentials. Sie beraten und informieren nicht nur. Sie fördern durch gegenseitige Akzeptanz und Achtung das Selbstvertrauen und die Selbstbefähigung und tragen damit auch zum Genesungsprozess bzw. zum besseren Umgang mit der eigenen Situation bei.

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.

Selbsthilfe-Engagement und Selbsthilfeunterstützung sind politisch gewollt. Der Gesetzgeber hat die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verpflichtet, gemeinschaftliche Selbsthilfe zu gesundheitlichen Themen zu fördern.

Die Fördermittel der GKV stellen im Haushalt der Selbsthilfe-Kontaktstelle Kreis Lippe den größten Anteil dar. Des Weiteren wird die Selbsthilfe-Kontaktstelle durch den Kreis Lippe und durch das Land NRW gefördert.

Darüber hinaus bringt sich die organisierte Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen in zahlreiche Gremien ein. Sie engagieren sich u. a. für eine Verbesserung der Versorgungsangebote und die Reduktion von Vorurteilen und Diskriminierung.

Weitere Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten bieten die zahlreichen, teilweise störungs- oder themenzentrierten, regionalen Selbsthilfeprojekte für Betroffene und Angehörige im Kreis Lippe.

Viele Suchtberatungsstellen arbeiten mit Selbsthilfegruppen zusammen.

Im Kreis Lippe bestehen an unterschiedlichen Standorten Selbsthilfegruppen für psychisch erkrankte und/oder psychiatrieerfahrene Menschen. Die Tabelle 14 zeigt die Sucht-Selbsthilfegruppen in den jeweiligen Kommunen im Kreis Lippe.

Gruppenname	Kommune
Blaukreuz Gruppe Detmold für Alkoholgefährdete und Interessierte	Detmold
Blaukreuz Gruppe Lemgo	Lemgo
Solidarkreis Sucht	Detmold
Bad Salzuflener Trockendock	Bad Salzuflen
Blaues Kreuz in Deutschland e. V. Begegnungsgruppe Betroffene und Angehörige	Oerlinghausen
Blaukreuz Gruppe Detmold: Betroffene	Detmold
Blaukreuz Gruppe Detmold: Angehörige	Detmold
Anonyme Alkoholiker, Detmold	Detmold
Al Anon, Anonyme Angehörige, Detmold	Detmold

Tabelle 14: Sucht- Selbsthilfegruppen in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024 (Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de; Kreis Lippe)

Weitere Selbsthilfegruppen für psychisch Erkrankte in Detmold sind die Sonnenblume und die Selbsthilfe-Kontaktstelle Kreis Lippe.

Für die Angehörigen sind die Interessengemeinschaft von Angehörigen Psychisch Kranker in Lippe e.V. (APK), die Selbsthilfe-Kontaktstelle Kreis Lippe und der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK) aktiv.

Neben verschiedenen präventiven und therapeutischen Angeboten steht ein breites Spektrum von komplementären Hilfen (z. B. Beratungsstellen, betreutes Wohnen, stationäre Wohnformen, usw.) zur Verfügung.

7.4.3 Beratung und Unterstützung: Hilfen für psychisch kranke Personen

Im Gesundheitsamt des Kreises Lippe gibt es Beratungsangebote für volljährige Menschen und-, deren Angehörige, Nachbarn und Freunde bei:

- Suchtmittelmissbrauch und Suchtmittelabhängigkeit,
- Psychischen Krankheiten einschließlich gerontopsychiatrischer Erkrankungen (Menschen mit seelischen Erkrankungen und altersbedingten seelischen Störungen).

Die Fachbereiche sind in Sozialarbeit und Sozialpädagogik ausgebildet. Die persönlichen Beratungsgespräche sind kostenfrei und niedrigschwellig, werden individuell vereinbart und können auch zuhause stattfinden (www.kreis-lippe.de).

7.4.4 Suchtberatung

Sucht bedeutet täglich Herausforderung und Kampf, nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das soziale Umfeld. Außer persönlichem Leid und sozialer Ausgrenzung entstehen auffallende und hohe volkswirtschaftliche Kosten, die sich nicht zuletzt auf kommunaler Ebene niederschlagen. Eine Suchterkrankung schädigt die Gesundheit dauerhaft und schwerwiegend, sie kann finanzielle Schwierigkeiten verursachen, Partnerschaften und Freundschaften zerstören sowie zu sozialem und beruflichem Abstieg führen. Auch für die Angehörigen stellt die Suchterkrankung eines Familienmitglieds eine erhebliche Belastung dar. Häufig fühlen sie sich hilflos und leiden unter dem Verhalten der erkrankten Person sowie unter den daraus resultierenden Folgen wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, sozialer Abstieg und finanzielle Probleme.

Die Beratungsstellen informieren Menschen, die suchtgefährdet oder krank sind sowie deren Angehörige. Sie führen Beratungen und teilweise auch Therapien durch, bereiten auf weitergehende Rehabilitationsmaßnahmen wie Entwöhnungsbehandlungen in Fachkrankenhäusern vor und bieten eine Nachsorge an.

Oft tritt Sucht nicht isoliert auf, sondern ist mit anderen sozialen Problemen verbunden, die entweder über die Suchtberatungsstelle oder andere Dienste aufgegriffen werden. Suchtberatung ist für Nutzer*innen kostenfrei und niedrigschwellig.

Die Beratung und Information gibt es in den Beratungsstellen, bei Bedarf werden auch Haus- und Klinikbesuche für Betroffene und Angehörige angeboten, Themen sind dabei beispielsweise:

- Abklärung sozialer Problemfelder,
- Unterstützung bei Diagnosestellung, Therapiemöglichkeiten und bei medizinischen Fachfragen durch Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie im Gesundheitsamt,
- Therapieanträge für ambulante oder stationäre Therapien,
- Nachsorgeangebote nach stationären Behandlungen, bei Bedarf Vermittlung in adäquate Nachsorgeinstitutionen,
- Hilfen nach dem PsychKG (www.kreis-lippe.de).

Die Tabelle 15 fasst verschiedene Suchtberatungsstellen in den Kommunen des Kreises Lippe zusammen.

Suchtberatungsstellen	Kommune
Drogenberatung e.V. in Lippe	Detmold
Blaukreuz-Zentrum Lippe: Suchtproblem	Detmold/Bad Salzuflen/Lemgo
Frauenberatungsstelle Alraune e.V.	Detmold
Psychosoziale Beratung, Kreis Lippe	Bad Salzuflen, Detmold, Dörentrup und Lemgo
Sozialpsychiatrischer Dienst SpDi: Suchtberatung	Lemgo

Tabelle 15: Suchtberatungsstellen für Erwachsene in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024 (Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de; Kreis Lippe).

Das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) bildet für das Jahr 2023 die Anzahl der Klient*innen im Kreis Lippe ab. Die Analyse bezieht sich grundsätzlich auf Klient*innen mit einer eigenständigen Suchtproblematik. Der Anteil in Prozent nach Geschlecht von dem Drogenberatung e.V. in Detmold und von dem Blaukreuz-Zentrum e.V. in Bad Salzuflen wird in Abbildung 64 zusammengefasst.

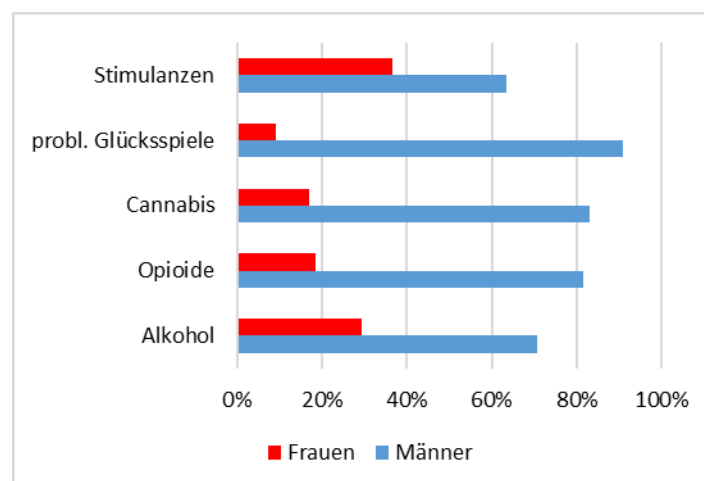


Abbildung 64: Anteil in % der Männer und Frauen pro Suchtproblematik von dem Drogenberatung e.V. und dem Blaukreuz-Zentrum e.V., im Kreis Lippe, 2023. (Quelle: ISD: Auswertung der betreuungsbezogenen Daten der Deutsche Kerndatensatz (KDS-F) für den Kreis Lippe-Nordrhein-Westfalen).

7.4.5 Psychiatrische/gerontopsychiatrische Beratung

Beratung und Information in den Beratungsstellen, bei Bedarf Haus- und Klinikbesuche, u.a.:

- Einzel- und Gruppenbetreuung zur Förderung und Aktivierung eigener Fähigkeiten und sozialer Kontakte,
- Unterstützung bei Diagnosestellung, Therapiemöglichkeiten und bei medizinischen Fachfragen durch die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Gesundheitsamt,
- Abklärung sozialer Problemfelder, eventuell Einleitung geeigneter Hilfen oder Weitervermittlung an andere Anbieter sozialer Hilfen,
- Vermittlung in weiterführende Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Nachsorgeangebote nach stationären Behandlungen,
- Hilfen nach dem PsychKG in Kooperation mit Gerichten und Ordnungsbehörden.

Die folgende Tabelle 16 präsentiert die Beratungsstellen in den Kommunen im Kreis Lippe.

Beratungsstellen	Kommune
EUTB - Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung: Beratung für Menschen mit psychischen Problemen und Erkrankungen	Detmold
IFD Integrationsfachdienst für Menschen mit Behinderung	Detmold
Frauenberatungsstelle Alraune e.V.	Detmold
Herberge zur Heimat	Detmold
Das Dach e.V.	Detmold
Pflegestützpunkt Lippe	Detmold, Bad Salzuflen, Blomberg, Lemgo, Augustdorf, Oerlinghausen, Extertal, Schieder-Schwalenberg
Psychosoziale Beratung, Kreis Lippe	Bad Salzuflen, Detmold, Dörentrup und Lemgo
Sozialpsychiatrischer Dienst SpDi, Kreis Lippe	Kreisweit
Winkel 12 - Unterstützung für Menschen in psychischen Krisen	Blomberg
Evangelisches Beratungszentrum der Lippischen Landeskirche	Detmold
Der Paritätische-Selbsthilfe-Kontaktstelle Kreis Lippe	Detmold
APK Lippe-Angehörige von psychisch Kranker in Lippe e.V.	Detmold
KSL Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben	Detmold
Autismus Ostwestfalen-Lippe e.V.	Lemgo

Tabelle 16: Hilfs- und Beratungsstellen für Erwachsene in den Kommunen im Kreis Lippe Stand 2024 (Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de; Kreis Lippe)

7.4.6 Stationär Betreutes Wohnen

Eine große Anzahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat einen Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) oder andere Rechtsansprüche. Verschiedene Kostenträger, vor allem Sozialversicherungen (Krankenkassen oder Rentenversicherung) und Sozialhilfeträger genehmigen und finanzieren die Leistungen oder erkennen eine Behinderung an.

Im Kreis Lippe gibt es für psychisch und/oder suchterkrankte Menschen verschiedene stationäre und ambulante Wohnangebote. Die Bedürfnisse von Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, benötigen Hilfe und sind deswegen ganz unterschiedlich. Das betreute Wohnen soll krisenhaften Entwicklungen vorbeugen und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Zusätzlich sichern sie Lebensbereiche wie Familie und Arbeit. Welche Wohnform dabei im Einzelfall in Frage kommt, wird in der Regel in einem sogenannten Hilfeplanverfahren mit dem Betroffenen und über den zuweisenden Dienst, ggf. den Anbieter dieser Hilfeform und mit dem jeweiligen Kostenträger erarbeitet und entschieden.

Die folgende Tabelle 17 präsentiert die Möglichkeiten für stationär betreutes Wohnen in den Kommunen im Kreis Lippe.

Stationär betreutes Wohnen	Kommune
Das Dach e.V. Wohnstätte	Detmold, Horn-Bad Meinberg und Lemgo
Gut Dörenhof	Dörentrup
Stiftung Eben-Ezer, Betreuungsangebote für Menschen mit einer psychischen Behinderung	Bad Salzuflen
Domäne - Verein für Rehabilitation	Schieder-Schwalenberg
Haus Externsteine	Horn-Bad Meinberg
Startbahn 53	Schieder-Schwalenberg
Sternhof	Schlangen
Herberge zur Heimat	Detmold

Tabelle 17: Stationär betreutes Wohnen in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024 (Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de; Kreis Lippe)

7.4.7 Ambulant betreutes Wohnen

„Ambulant betreutes Wohnen richtet sich an Menschen mit körperlicher, geistiger, seelischer Beeinträchtigung, die eigenständig und in einer eigenen Wohnung leben können und möchten, aber in verschiedenen Lebensbereichen Begleitung und Unterstützung benötigen“ *Deutsches Rotes Kreuz (2024)*.

Ein wesentliches Merkmal ist, dass der Hilfeempfänger weiterhin in seiner Wohnung und damit seinem vertrauten Lebensumfeld verbleiben kann.

Die folgende Tabelle 18 präsentiert die Möglichkeiten für ambulant betreutes Wohnen in den Kommunen im Kreis Lippe.

Ambulant betreutes Wohnen	Kommune
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)	Kreis Lippe
Ambulant begleitender Dienst- Verein Rehasucht Lippe VRL	Detmold
Blaukreuz-Zentrum Lippe: Ambulant be- treutes Wohnen für Suchterkrankte	Detmold und Bad Salzuflen
Ambulant betreutes Wohnen und mobile Unterstützung für Menschen mit Autismus	Bielefeld und Kreis Lippe
Ambulant pflegen und helfen	Bad Salzuflen
Das Dach e.V.	Detmold
Die Wegweiser lippe	Lemgo
Diakonische Stiftung Ummeln Pflege gGmbH FLEX Eingliederungshilfe gGmbH	Bielefeld
Grundstein e.V.	Bad Salzuflen
Integro GmbH	Detmold
Stiftung Eben-Ezer	Lemgo, Bad Salzuflen
Stiftung Herberge zur Heimat	Detmold
Synprax	Bielefeld und Kreis Lippe
Ambulant betreutes Wohnen der Johanniter Lebenshilfe	Bielefeld und Kreis Lippe Detmold, Lemgo und Barntrup

Tabelle 18: Ambulant betreutes Wohnen in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024
(Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de; Kreis Lippe)

8 Fazit und Handlungsempfehlung

Im vorliegenden Basisbericht wurden Daten über die psychiatrischen Erkrankungen und Unterstützungsangebote für betroffene Erwachsene im Kreis Lippe zusammengetragen. Der Bericht bildet somit die aktuelle Datenlage im Kreis Lippe ab und soll als Unterstützung für die Planung und Koordination von vorhandenen und weiteren Hilfeangeboten dienen. Veränderungen werden in nachfolgenden (Kurz-)Berichten dargestellt.

Laut den ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KVKL) wurden im Kreis Lippe im Jahr 2021 etwa 180.000 Diagnosen einer psychischen Störung allein bei gesetzlich Versicherten ambulant gestellt. Unter den ambulanten Fällen im Kreis Lippe waren neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit einem Anteil von ca. 40% am häufigsten, gefolgt von affektiven Störungen, die ein Viertel der Fälle ausmachten und den Störungen durch psychotrope Substanzen mit fast 15% der Diagnosen.

Für die stationär gestellten Diagnosen, wurde für diesen Bericht die amtliche Krankenhausstatistik für die gesetzlich und die privat krankenversicherten Patient*innen herangezogen. Bei den Erwachsenen überwiegen unter den stationären Fällen im Kreis Lippe mit 33,8% die psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen, gefolgt von den affektiven Störungen mit 26,8% und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 14,5%. Bei den Frauen überwiegen die affektiven Störungen, wie Depression (Frauen: 64%; Männer 36%), während stationär behandelte Männer deutlich häufiger als Frauen von einer Störung durch Substanzkonsum (insbes. Alkohol) betroffen sind (Männer: 78%; Frauen: 22%). Die Anzahl der stationären Behandlungen aufgrund einer Demenz steigt mit zunehmendem Alter an. Aufgrund der höheren Lebenserwartung sind Frauen im Alter von 85 Jahren und älter häufiger vertreten als Männer. Im Jahr 2021 wurden 13.442 Personen mit Demenz ambulant behandelt, 1.904 bei der Alzheimer-Krankheit (Frauen doppelt so häufig wie Männer).

Insgesamt sind in den letzten Jahren steigende psychiatrische Fallzahlen über alle Sektoren hinweg zu beobachten. Dies führte bereits zu einer zunehmend hohen Auslastung der ärztlichen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Kapazitäten im Kreis Lippe. Vor dem Hintergrund der dargestellten Datenlagen der versorgenden Sektoren und den im ÖGD vorliegenden Zahlen, ist aufgrund der kontinuierlich ansteigenden Fallzahlen psychischer Erkrankungen zu einem Ausbau der Kapazitäten in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung zu raten. Bei der zu erwartenden zukünftigen Entwicklung der Fallzahlen an schweren und schweren Krankheitsverläufen im stationären Bereich wird ein Akuthandlungsbedarf für den Ausbau der Behandlungskapazitäten in Lippe festgestellt.

Der ÖGD empfiehlt eine Weiterentwicklung und Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten. Ein Ausbau sowohl der teilstationären als auch der vollstationären Behandlungsangebote für psychiatrisch erkrankte Patient*innen in Lippe erscheint sinnvoll und zwingend notwendig. Flankierend sollten die ambulanten Strukturen weiter ausgebaut werden.

Literaturverzeichnis

1. Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag; 36.
2. Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J. et al. (Hrsg.) (2023). Fehlzeiten-Report 2023. Schwerpunkt: Zeitenwende - Arbeit gesund gestalten. Berlin: Springer-Verlag.
3. Berger, K., Riedel-Heller, S., Pabst, A., Rietschel, M., Richter, D. (2021): Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie - Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. Bundesgesundheitsblatt; 64: 1157-1164.
4. Bir, S.C., Khan M.W., Javalkar V., Toledo E.G., Kelley R.E. (2021) Emerging Concepts in Vascular Dementia: A Review. J Stroke Cerebrovasc Dis. Aug; 30(8):105864.
5. BMJ Bundesministerium der Justiz. Abgerufen am April/2024 von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__75.html
6. Borbé, R. (2022) Gemeindepsychiatrie. PSYCH up2date 2022; 16(01): 73-90. DOI: 10.1055/a-1428-4361.
7. Bramesfeld, A. (2011). Soziale Ungleichheit, psychische Gesundheit und Versorgung. Psychiat. Prax; 38: 363-365.
8. Brand, H., Steppan, M., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T. (2015) Bildung und Sucht: Eine explorative Untersuchung im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik. Sucht, 61 (2), 69 - 78. DOI: 10.1024/0939-5911.a000353SUCHT 61 (2).
9. Brieger, P., Menzel, S. und Hamann, J. (2022). Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? Bundesgesundheitsblatt; 65:25-29. DOI: 10.1007/s00103-021-03464.
10. Brooks, S. K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020): The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet; 395: 912-920.
11. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023). Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Abgerufen am 09.01.2024 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>
12. Bundespsychotherapeut*innenkammer (BPtK) (2021). BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen. Abgerufen am 08.01.2024 von <https://bptk.de/pressemitteilungen/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>
13. Bundetherapeut*innenkammer (2013). BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Abgerufen am 09.01.2024 von https://api.bptk.de/uploads/20140128_B_Pt_K_Studie_Arbeits_und_Erwerbsunfaehigkeit_2013_3efc29917f.pdf
14. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2018). Dossier. Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Abgerufen

- am 08.01.2024 von
<https://www.dgppn.de/publikationen/dossier.html>
15. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, e.V. (2013): Essstörung, Suchtmedizinische Reihe, Band 3. ISBN: 978-3-937587-02-8.
<https://www.dhs.de>
 16. Deutsches Krankenhausinstitut (2022). Psychiatrie-Barometer. Umfrage 2021/2022. Abgerufen am 08.01.2023 von
https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/2022_Final_Psych-Barometer_web.pdf
 17. Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Lippe e.V. www.drk-lippe.de
 18. DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. <https://www.dimdi.de> DOI: 10.25646/8831
 19. Entringer, T., Kröger, H. (2021): Weiterhin einsam und weniger zufrieden - Die COVID-19-Pandemie wirkt sich im zweiten Lockdown stärker auf das Wohlbefinden aus. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Berlin.
 20. Epping, J., Muschik, D., und Geyer, S. (2017). Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International journal for equity in health*, 16(1), 147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5
 21. Fakoya, O. A., McCorry, N. K. und Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC public health*, 20, 1-14. DOI: 10.1186/s12889-020-8251-6.
 22. Faltermaier, T. (2018). Salutogenese und Ressourcenorientierung. In: *Psychologie in der Gesundheitsförderung*. Deutschland: Hogrefe, A.G.
 23. Favril, L., Yu, R., Sharpe, M. et al. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*; 25:148-155. DOI: 10.1136/ebmental-2022-300549.
 24. Franke, A. (2002) Essstörungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S 359-374.
 25. Gale, S.A., Acar, D., Daffner, K.R. (2018) Dementia. *Am. J. Med.*; 131(10):1161-116.
 26. Gerste, B., Roick C. (2014) Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland - Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B et al. (Hrsg) *Versorgungs-Report 2013/2014*. Schattauer, Stuttgart, S. 21-54.
 27. Giertz, K. und Gervink, T. (2017). Man wird sich seinen eigenen gesunden Menschenverstand nicht dadurch beweisen können, dass man seinen Nachbarn einsperrt. Kritik am Auf- und Ausbau geschlossener Heiminstitutionen. *Soziale Psychiatrie*, (3), 20-23.
 28. gpz: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. <https://www.gpz-lippe.de>
 29. Greenfield, S. F., Sugarman, D. E., Muenz, L. R., Patterson, M. D., He, D. Y., Weiss, R. D. (2003). The relationship between educational at-

- tainment and relapse among alcohol-dependent men and women: a prospective study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27, 1278- 1285.
30. Hamann, J. und Brieger, P. (2019). Return to Work - berufliches Entlassmanagement. *Nervenheilkunde*; 38(07): 481-484. DOI: 10.1055/a-0889-3307.
 31. Hambrecht, M. (2007) Gemeindepyschiatrie im 21. Jahrhundert. *Psychiatr Prax* 2007; 34(6): e13-e16. DOI: 10.1055/s-2007-970938.
 32. Heinz, A. (2015). Krankheit vs. Störung. Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. *Nervenarzt*; 86, 36-41. DOI: 10.1007/s00115-014-4108-5.
 33. Helbig, S., Lampert, T., Klose, M. et al. (2006). Is parenthood associated with mental health?. *Soc Psychiat Epidemiol* 41, 889-896. DOI: 10.1007/s00127-006-0113-8.
 34. Hoell, A. und Salize, H. J. (2019). Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit. *Nervenarzt*; 90 (11): 1187-200.
 35. Hoffmann, B. und Swat, E. (2002). Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden - Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys. *Gesundheitswesen* 64(04): 214-223.
 36. Institute for Health Metrics and Evaluation (2017) Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Global, both sexes, all ages, YLDs per 100,000. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Stand: 20.06.2017).
 37. Jacobi, F. und Kessler-Scheil, S. (2013). Epidemiologie psychischer Störungen. *Psychotherapeut* 58, 191-206. DOI: 10.1007/s00278-013-0962-z.
 38. Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*; 85, 77-87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.
 39. 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, 597-611.
 40. James, S.L. (2018): Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1839.
 41. Kasper, S., Volz, H-P. (2009) *Psychiatrie und Psychotherapie compact. Das gesamte Facharztwissen*. DOI: 10.1055/b-0034-5932, ISBN: 9783131251121.
 42. Keim-Klärner, S. (2020). Soziale Netzwerke und die Gesundheit von Alleinerziehenden. In: *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*, Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-21659-7_14.
 43. Kliner, K., Rennert D., Richter M. (2015) *Gesundheit in Regionen - Blickpunkt Psyche*. BKK Dachverband, BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

44. Kuhn, J. und Brettner, J. (2019). Psyche und Arbeit - Ein Datenüberblick. *Nervenheilkunde*; 38(07): 459-465. DOI: 10.1055/a-0885-3409.
45. Kuhn, J., Härter, M. und Brieger P. (2022). Dem eigenen Leben ein Ende setzen: Suizide zwischen Medizin und Ethik. *Bundesgesundheitsblatt*; 65:1-2. DOI: 10.1007/s00103-021-03459-x.
46. Lampert, T., Richter, M., Schneider, S. et al. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 59:153-165. DOI 10.1007/s00103-015-2275-6.
47. Laux, G. (2017). Krankheitsbegriff, Diagnosebegriff, Synopsis. In: *Anamnese und Befund bei psychischen Erkrankungen*. (2017). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
48. Lenze, A., Funcke, A. und Menne, S. (2021). Alleinerziehende in Deutschland. Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.). Abgerufen am 08.01.2024 von <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/alleinerziehende-in-deutschland>
49. Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.-R. et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008; 358(23): 2468-2481. DOI: 10.1056/NEJMsa0707519.
50. Mauz, E., Walther, L., Junker, S. et al (2022). Time trends of mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *Front Pub Health* 2023; 11: 1065938 Cross-Ref MEDLINE PubMed Central. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1065938.
51. MEDICLIN Zentrum für Psychische Gesundheit. Abgerufen am 15.03.2024 von <https://www.psychische-gesundheit-donaueschingen.de/krankheitsbilder-therapien/psychiatrische-schwerpunkte/substanzmissbrauch-und-abhaengigkeit/#definition-substanzmissbrauch-und-sucht>.
52. Pantel, J. (2021). Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. *Geriatr Rep* 16, 6-8. DOI: 10.1007/s42090-020-1225-0.
53. Parellada, E., Gassó P. (2021) Glutamate and microglia activation as a driver of dendritic apoptosis: a core pathophysiological mechanism to understand schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 11: 271.
54. Peters, A. et al. (2020): COVID-19-Pandemie verändert die subjektive Gesundheit. Erste Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Deutsches Ärzt*innenblatt*; 117: 861-867.
55. Pinto Meza, A., Moneta, M., Alonso, J. et al. (2013). Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the world mental health surveys initiative. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*; 48(2):173-181. DOI: 10.1007/s00127-012-0536-3.
56. Plass, D., Vos, T., Hornberg, C. et al. (2014). Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. In *Deutsches Ärzt*innenblatt*, 111(38), 629-638.
57. Psychiatrienetz (2023). Gemeindepsychiatrischer Verbund. Abgerufen am 14.02.2024 von <https://www.psychiatrie.de/kommunale-psychiatrie/gemeindepsychiatrischer-verbund.html>

58. PTK-NRW Psychotherapeut*innen Kammer NRW (2023). <https://www.ptk-nrw.de>
59. Reiss, F., Meyrose, A.K., Otto, C. et al. (2019) Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. PLOS ONE 14(3): e0213700. DOI: 10.1371/journal.pone.0213700.
60. Robert Koch-Institut (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-112.
61. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2021) Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene. ISBN: 978-3-89606-312-0.
62. Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen- Bewerten- Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Störungen des Essverhaltens. ISBN 978-3-89606-109-7.
63. Robert Koch-Institut, Schizophrenie (2010). ISBN 978-3-89606-194-2.
64. Rönnau-Böse, M. und Fröhlich-Gildhoff, K. (2020). Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne., 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
65. Rönnau-Böse, M., Fröhlich-Gildhoff, K., Bengel, J. et al. (2022). Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: 10.17623/BZGA: Q4-i101-2.0.
66. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Abgerufen am 09.01.2024 von https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf
67. Sanford, A.M. (2018) Lewy Body Dementia. Clin Geriatr Med.; 34(4):603-61.
68. Schelhase, T. (2022). Suizide in Deutschland: Ergebnisse der amtlichen Todesursachenstatistik. Bundesgesundheitsblatt; 65:3-10. DOI: 10.1007/s00103-021-03470-2.
69. Schlipfenbacher, C. und Jacobi, F. (2014). Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. Public Health Forum, 22 Heft 82. DOI: 10.1016/j.phf.2013.12.012.
70. Schmidt, S., Petermann, F. und Brähle, E. (2012). Bildungsniveau, körperliche und psychische Gesundheit. Zusammenhänge aus der Makro- und Mikroperspektive. In: Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft (pp.70-86), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
71. Schmidtke, C., Geene, R., Hölling, H. et al. (2021). Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozioökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter - Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 6(4). DOI: 10.25646/8864.
72. Schomerus, G., Bauch, A. (2017) Hat sich die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten verändert? Befunde aus Bevölkerungsstudien der letzten 25 Jahre. Verhaltenstherapie & Psychoziale Praxis; 49(2): 297-306.

73. Sperlich, S. und Collatz, J. (2006). Ein-Elternschaft - eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72(2): 127-137.
74. Starker, A., Rommel, A. und Saß, A.C. (2016). Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland - Fazit und Herausforderungen für eine gendersensible Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt*; 59:979-985. DOI: 10.1007/s00103-016-2383-y.
75. Stengler, K; Riedel-Heller, S.G.; Gühne, U. et al. (2015) Gemeindepsychiatrische Versorgung. *PSYCH up2date* 2015; 9(02): 113-128. DOI: 10.1055/s-0041-100094.
76. Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2015) Depressionsatlas. Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen.
77. Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*; 17(1):14-19. DOI:10.1017/S1121189X00002621.
78. Thun-Hohenstein, L., Lampert, K. und Altendorfer-Kling, U. (2020). Resilienz - Geschichte, Modelle und Anwendung. *Z Psychodrama Soziom* 19, 7-20 (2020). DOI: 10.1007/s11620-020-00524-6.
79. Tinnemann P., Benson M., Donhauser J. et al. (2020). Der Öffentliche Gesundheitsdienst - Lehrbücher für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. DOI 10.25815/ktyx-9264.
80. Vos, T., Flaxman A.D., Naghavi M. et al. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380 (9859): 2163-2196.
81. Wittchen, H.-U. und Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie (Lehrbuch mit Online-Materialien)*. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
82. World Health Organization (WHO) (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. Abgerufen am 08.01.2024 von <https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen>
83. Bibliothek/Internat__OECD_EU_WHO/WHOpromote_mentalHealth 2004.pdf
84. World Health Organization (WHO) (2012). Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Abgerufen am 08.01.2024 von https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks_to_mental_health_en_27_08_12.pdf?sfvrsn=44f5907d_10&download=true

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen und Hoyer, 2011, S. 21).....	11
Abbildung 2: Kommunen im Kreis Lippe (Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe, eigene Darstellung).....	14
Abbildung 3: Altersverteilung in Prozent im Kreis Lippe (Quelle: IT. NRW, Stand: 27.10.2023).....	14
Abbildung 4: Altenquotient in Westfalen-Lippe nach Kreisen und kreisfreien Städten (Quelle: LWL, Stand: 31.12.2022).....	15
Abbildung 5: Verteilung der Haushaltstypen im Kreis Lippe 2023 (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2023).....	16
Abbildung 6: Schulabschluss nach Geschlecht im Kreis Lippe 2022, n= 289.380 (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung (ab 15 Jahre) (IT. NRW, Stand: 31.12.2023).....	19
Abbildung 7: Anzahl der Arbeitslosen im Kreis Lippe 2023 (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Stand: 31.12.2023).....	21
Abbildung 8: Anteil der SGB II-Quote (Grundsicherung für Arbeitssuchende) im Kreis Lippe nach Altersgruppe und Kommune 2023 (Quelle: Jobcenter Lippe, 31.12.2023).....	22
Abbildung 9: Anteil ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) in Prozent im Kreis Lippe 2021, ab 15 Jahren (Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und Nordrhein).....	25
Abbildung 10: Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) bei Männern und Frauen ab 15 Jahren nach ICD-10-Gruppen im Kreis Lippe 2021 (Quelle: KVWL und KVNO 2024)	26
Abbildung 11: Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) im Kreis Lippe von 2015 bis 2021, Männer und Frauen ab 15 Jahren (Quelle: KVWL/KVNO 2024).....	28
Abbildung 12: Anteil stationärer Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) in Prozent im Kreis Lippe 2021, ab 15 Jahren (Quelle: IT. NRW, Berechnungen: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, LZG NRW).....	29
Abbildung 13: Krankenhausfälle von organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe 2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	30
Abbildung 14: Anzahl der Krankenhausfälle aufgrund einer Demenz (F00-F03) nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe 2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	31
Abbildung 15: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund einer Demenz (F00-F03) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	31
Abbildung 16: Anzahl der Krankenhausfälle aufgrund einer Alzheimer-Krankheit (G30) nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe 2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	32
Abbildung 17: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund einer Alzheimer-Krankheit (G30) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	33

Abbildung 18: Krankenhausfälle von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19) pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe 2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	34
Abbildung 19: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	34
Abbildung 20: Anzahl Betroffener durch Konsum psychotroper Substanzen, Frauen und Männer, Altersgruppe (15-84 Jahre), im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	35
Abbildung 21: Fälle pro 100.000 Einwohner*innen/psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als Jahresmittel im Zeitverlauf von Jahre 2015 bis 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	36
Abbildung 22: Prävalenz von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW)...	37
Abbildung 23: Anzahl Betroffener mit Schizophrenie (F20), Geschlecht/Altersgruppe (20-84 Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	38
Abbildung 24: Anzahl Betroffener mit Schizophrenie (F20), Geschlecht/Altersgruppe (15-85+ Jahre), Jahr 2021 im Land NRW. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	38
Abbildung 25: Prävalenz aller affektiven Störungen (F30-39) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	40
Abbildung 26: Anzahl Betroffener mit Depression (F32-F33), Geschlecht/Altersgruppe (15 - 85+ Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	40
Abbildung 27: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund einer Depression (F32-F33) im Kreis Lippe und in NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	41
Abbildung 28: Anzahl Betroffener mit Depressiver Episode (F32.-), Geschlecht/Altersgruppe (15 - 85+ Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	43
Abbildung 29: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund von depressiver Episode (F32.-) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	43
Abbildung 30: Anzahl Betroffener mit rezidivierender depressiver Störung (F33.-), Geschlecht/Altersgruppe (15 - 85+ Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	44
Abbildung 31: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner*innen aufgrund von rezidivierender depressiver Störung (F33.-) im Kreis Lippe und NRW 2015-2021 (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	44
Abbildung 32: Prävalenz von bipolarer affektiver Störung (F31. 0-9) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	45

Abbildung 33: Prävalenz von neurotischen Störungen (F40-F48) pro 100.000 Einwohner*innen, Geschlecht/Altersgruppe (15-85 und mehr Jahre), Jahr 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	46
Abbildung 34: Prävalenz der Angststörung (F41) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	46
Abbildung 35: Anzahl Betroffener mit Essstörung (F50), Altersgruppe: 15 - 34+ Jahre, im Zeitverlauf der Jahre 2015 bis 2021 im Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	47
Abbildung 36: Prävalenz der Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60-F69) pro 100.000 Einwohner*innen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2021, Kreis Lippe. (Quelle: IT. NRW, Berechnungen LZG NRW).....	48
Abbildung 37: Entwicklung der altersstandardisierten Sterberate aufgrund von Suizid (X60-X84) in Lippe und NRW nach Geschlecht 2012-2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG).....	49
Abbildung 38: Hauptursachen für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Lippe, 2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG).....	51
Abbildung 39: Anteil der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnose) an allen Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht und Alter, im Kreis Lippe, 2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG).....	52
Abbildung 40: Komplexes und fragmentiertes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kreis Lippe (eigene Darstellung adaptiert nach Sachverständigenrat, 2018).....	55
Abbildung 41: Anteil der Fachärzt*innen in der stationären Versorgung im Kreis Lippe, eigene Darstellung. Quelle: ÄKWL-Ärzttekammer Westfalen-Lippe (Stand: 04.09.2023).....	56
Abbildung 42: Anzahl der stationären Aufnahmen und Auslastung in Prozent des gpz von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	61
Abbildung 43: Anteil der stationären Aufnahmen je Fachbereich des gpz von 2015 bis 2023. Die Psychosomatische Medizin ist seit 2017 in gpz verfügbar. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	62
Abbildung 44: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen pro Fachbereich von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	63
Abbildung 45: Anzahl der mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	64
Abbildung 46: Anzahl der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	64
Abbildung 47: Anzahl der schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	65
Abbildung 48: Anzahl der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	66
Abbildung 49: Anzahl der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	66

Abbildung 50: Anzahl der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotische Symptome (F33.3) nach Geschlecht, Jahre: 2015-2023. (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	67
Abbildung 51: Anzahl der Notfälle, ohne bzw. mit Unterbringung, im stationären Bereich des gpz, Jahre: 2015-2023. (Stand: Sep. 2024, Quelle: gpz).....	68
Abbildung 52: Fallzahl der PIA des gpz von 2015 bis 2023 (Stand: 26.03.2024, Quelle: gpz).....	72
Abbildung 53: Fallzahlen der Patient*innen aus Schlangen der PIA der KHK von 2019 bis 2023 (Stand: Mai 2024, Quelle: KHK).....	73
Abbildung 54: Anzahl der teilstationären Aufnahmen des gpz pro Tagesklinik von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	75
Abbildung 55: Teilstationäre Auslastung in Prozent des gpz von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	75
Abbildung 56: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in teilstationärer Behandlung pro Tagesklinik von 2015 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz)	76
Abbildung 57: Anzahl der Aufnahmen und Auslastungsgrad der Tagesklinik Lemgo von 2018 bis 2023 (Stand: 22.04.2024, Quelle: Tagesklinik Lemgo).....	77
Abbildung 58: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik in Lemgo von 2018 bis 2023 (Stand: 22.04.2024, Quelle: Tagesklinik Lemgo).....	78
Abbildung 59: Anzahl der Tagesklinik- Patient*innen 2020 und 2023 mit Wohnsitz in Schlangen, (Stand: Mai 2024, Quelle: Tagesklinik KHK).....	79
Abbildung 60: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen in teilstationärer Behandlung der Patient*innen aus Schlangen in der Tagesklinik KHK von 2020 bis 2023 (Stand: Mai 2024, Quelle: Tagesklinik KHK).....	79
Abbildung 61: Tätigkeiten des SpDi im Kreis Lippe von 2018-2022. (Quelle: Kreis Lippe, FB 530).....	82
Abbildung 62: Prozentuale Verteilung der an den SpDi meldenden Personen und Einrichtungen von 2018 bis 2023 (Quelle: Kreis Lippe, FB 530).....	83
Abbildung 63: Anzahl der sofortigen Unterbringungen nach §14 PsychKG NRW nach Kenntnisstand des SpDi von 2018 bis 2023 (Quelle: Kreis Lippe, FB 530)	84
Abbildung 64: Anteil in % der Männer und Frauen pro Suchtproblematik von dem Drogenberatung e.V. und dem Blaukreuz-Zentrum e.V., im Kreis Lippe, 2023. (Quelle: ISD: Auswertung der betreuungsbezogene Daten der Deutsche Kerndatensatz (KDS-F) für den Kreis Lippe- Nordrhein-Westfalen).....	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Haushaltstypen im Kreis Lippe 2023 (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2023).	17
Tabelle 2: Verfügbares Jahresnettoeinkommen in Euro je Einwohner*in im Kreis Lippe und Nordrhein-Westfalen 2023 (Quelle: Nexiga, Statista).....	20
Tabelle 3: ICD-10-GM, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI))	23
Tabelle 4: Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) im Kreis Lippe 2021, Frauen (Quelle: KVWL/KVNO 2024).....	26
Tabelle 5: Anzahl ambulanter Diagnosen von psychischen Störungen (F00-F79) im Kreis Lippe 2021, Männer (Quelle: KVWL/KVNO 2024).....	27
Tabelle 6: Datenbasis: Personen mit CIDI-Lebenszeitdiagnose einer Depression in DEGS-MH (2009 - 2012) wurden befragt, welcher Verlaufsform sie ihre Depression zuordnen würden (N=588), Robert Koch Institut (Hrsg)-Psychische Gesundheit in Deutschland, 2021.....	42
Tabelle 7: Entwicklung der rohen Sterberate aufgrund von Suizid (X60-X84) in Lippe und NRW nach Geschlecht 2012-2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG).....	50
Tabelle 8: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnose) je 100.000 Einwohner*innen unter 65 Jahren in Lippe, 2021 (Quelle: GBE-Stat, LZG).....	52
Tabelle 9: AU-Fälle und AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) sowie AU-Tage je Fall (Krankheitsphase) aufgrund psychischer Störungen nach Krankenkassen in NRW.....	53
Tabelle 10: Anzahl der Krankenhausbetten für Erwachsene und Belegungstage pro Station des gpz von 2018 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	60
Tabelle 11: Belegungstage pro Tagesklinik des gpz von 2018 bis 2023 (Stand: 27.06.2024, Quelle: gpz).....	76
Tabelle 12: Behandlungstage pro Jahr in der Tagesklinik Lemgo (Stand: 22.04.2024, Quelle: Tagesklinik Lemgo).....	78
Tabelle 13: Belegungstage der Tagesklinik KHK von 2020 bis 2023 (Stand: Mai, 2024, Quelle: KHK).....	79
Tabelle 14: Sucht- Selbsthilfegruppen in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024 (Quelle www.psychiatrie-in-lippe.de ; Kreis Lippe).....	85
Tabelle 15: Suchtberatungsstellen für Erwachsene in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024 (Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de ; Kreis Lippe).....	87
Tabelle 16: Hilfs- und Beratungsstellen für Erwachsene in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024 (Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de ; Kreis Lippe).....	88
Tabelle 17: Stationär betreutes Wohnen in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024 (Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de ; Kreis Lippe).....	89
Tabelle 18: Ambulant betreutes Wohnen in den Kommunen im Kreis Lippe, Stand 2024 (Quelle: www.psychiatrie-in-lippe.de ; Kreis Lippe).....	90