

Psychiatriebericht

**Kreis Wesel
2011**

Kreis Wesel
Der Landrat

Fachdienst Gesundheitswesen

Psychiatriekoordination

Dezember 2011

Inhalt:

1. Vorwort
2. Einführung
3. Psychische Erkrankungen
4. Depression als ein Beispiel für eine psychische Erkrankung
 - 4.1. Allgemeines
 - 4.2. Depression in Zusammenhang mit Lebenssituationen
 - 4.2.1. Depression im Alter
 - 4.2.2. Depression und Arbeit
 - 4.2.3. Depression und Migration
 - 4.2.4. Depression und Geschlecht
 - 4.2.5. Depression und Suizid
5. Psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen im Kreis Wesel
 - 5.1. Medizinisch-psychiatrische Versorgung
 - 5.1.1. Ambulante Versorgung
 - 5.1.2. (teil-) Stationäre Versorgung
 - 5.2. Psychosoziale Versorgung
 - 5.2.1. Sozialpsychiatrischer Dienst
 - 5.2.2. Sozialpsychiatrische Zentren
 - 5.2.3. Wohnheime
 - 5.3. Gerontopsychiatrische Versorgung
 - 5.4. Selbsthilfe
6. Ausblick
7. Literatur

1. Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

das seelische Wohlbefinden ist sehr wichtig für unsere Gesundheit. Immer mehr Menschen leiden jedoch an einer psychischen Erkrankung und Störung.

Mit dem vorliegenden Psychiatriebericht für den Kreis Wesel soll zunächst die Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen *) informiert werden. Des Weiteren wird die Versorgungssituation dargestellt und damit eine Planungsgrundlage für die Sicherung und gegebenenfalls Weiterentwicklung des qualitativ hohen Niveaus des Hilfenetzes im Kreis Wesel zur Verfügung gestellt.

Als Leitbild dient hierbei eine personenbezogene und gemeindenahere Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. Oberstes Ziel ist es, den Betroffenen im Kreis Wesel eine bedarfsgerechte, individuelle Hilfe zu gewähren, die ein Leben im häuslichen Umfeld und in gewohnten gesellschaftlichen Bezügen weitgehend und möglichst lange Zeit ermöglicht. Dabei ist zu bedenken, dass die Versorgung ein Zusammenspiel von verschiedenen Akteuren darstellt und damit auch unterschiedliche Zuständigkeiten und Einflussmöglichkeiten gegeben sind.

Mit der Reform der psychiatrischen Versorgung in Deutschland, die durch die Empfehlungen der sog. Psychiatrie-Enquête-Kommission 1975 eingeleitet wurde, hat sich im Kreis Wesel ein vielfältiges und differenziertes Hilfesystem für psychische Störungen und Behinderungen entwickelt. Viele der fachlichen Empfehlungen konnten hier im Zuge der Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser im Sinne einer „gemeindenahen Versorgung“ umgesetzt werden. Ich denke, dass die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter heute tatsächlich als ein Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu sehen ist. Dazu ist es wichtig, dass Menschen mit seelischen Störungen mit körperlich kranken Menschen gleichgestellt werden und eine Stigmatisierung von seelisch Erkrankten vermieden wird. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um die „Inklusion“ und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen dauerhaft zu ermöglichen. Eine zentrale Rolle spielen hierbei spezialisierte Beratungsdienste und Selbsthilfegruppen.

Vor diesem Hintergrund hoffe ich, dass der Bericht möglichst viele interessierte Leserinnen und Leser findet.

Landrat Dr. Ansgar Müller



* Zur Thematik der Abhängigkeitserkrankungen ist beabsichtigt, einen gesonderten Bericht zu erstellen.

2. Einführung

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946

Der vorliegende Bericht befasst sich mit Gesundheitsstörungen und Auffälligkeiten, die im Zusammenhang mit der Psyche des Menschen stehen und körperliche und/oder seelische Ursachen haben. Der Bericht skizziert medizinische und psychosoziale Hilfs- und Versorgungsangebote im Kreis Wesel.

Psychische Gesundheit ist von vorrangiger Bedeutung für jeden einzelnen Menschen, wie auch für die Gesellschaft insgesamt. Psychische Störungen sind in Deutschland weit verbreitet und stellen eine große Krankheitslast dar. Es ist davon auszugehen, dass bei etwa einem Drittel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland im Laufe eines Jahres Beschwerden auftreten, die die Diagnosekriterien einer psychischen Störung erfüllen. Zu den wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen zählen Depression, Alkoholabhängigkeit, Demenz, Schizophrenie und Bipolare Störungen.

Der vorliegende „Psychiatriebericht“ wurde im Rahmen der Psychiatriekoordination erstellt und liefert einen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Kreises Wesel. Dies – Psychiatriekoordination und GBE - sind Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die in der Kreisverwaltung Wesel im „Fachdienst Gesundheitswesen“ angesiedelt sind.

Warum hat der Gesetzgeber eine Psychiatriekoordination auf kommunaler Ebene vorgesehen?

Die Begründung liefert der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“, welcher im Auftrag der Bundesregierung durch eine Enquête-Kommission erarbeitet und 1975 veröffentlicht wurde.

Diese Stellungnahme leitete eine umfassende Reform der psychiatrischen Versorgung ein. Kerngedanke dabei ist, dass Erkrankte möglichst gemeindenah leben können und entsprechend vor Ort notwendige Versorgungsangebote finden können. Damit entwickelte sich neben der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung ein komplementäres, psychosoziales Versorgungssystem. Diese Aufgliederung und Differenzierung machte gleichzeitig eine Koordination erforderlich, um eine bedarfsorientierte, sektorenübergreifende Vernetzung der Angebote und Hilfen für die Betroffenen ortsnahe zu ermöglichen.

Das Land Nordrhein-Westfalen trägt der besonderen Bedeutung psychischer Störungen unter anderem dadurch Rechnung, dass diese Erkrankungen im Programm der „Gesundheitsziele NRW 2005 - 2010“ aufgenommen wurden. Das Gesundheitsziel Nr. 6 „Depression erkennen und behandeln“ zeigt für diese weit verbreitete Erkrankung neue Handlungsfelder insbesondere hinsichtlich der Prävention, Früherkennung und Behandlung auf (vgl. Abschnitte 4. und 6.).

Der vorliegende Bericht wurde mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) im Kreis Wesel abgestimmt. Er soll Fachleuten, wie auch interessierten Bürgerinnen und Bürgern einen Einstieg und ersten Überblick zu dem vielfältigen Thema „Psychiatrie“ im Kreis Wesel ermöglichen.

3. Psychische Erkrankungen

Eine psychische oder seelische Störung besteht in einer erheblichen Abweichung von der Norm (bzw. Beeinträchtigung) im Erleben oder Verhalten, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betrifft. Von einer psychischen Störung im medizinischen Sinne ist dann auszugehen, wenn neben dieser Abweichung auch ein objektives oder subjektives Leiden der Betroffenen vorliegt.

Einführung

Psychische Erkrankungen sind weltweit verbreitet und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht von rund 450 Millionen Menschen aus, die unter psychischen Störungen leiden. Dabei sind keine besonderen Bevölkerungsgruppen betroffen, vielmehr treten diese Störungen in allen Regionen, Ländern und Gesellschaften auf [WHO 2004].

Auch in unserer Gesellschaft gewinnen psychische Leiden zusehends an Bedeutung. In Deutschland wurden psychische Erkrankungen lange Zeit unterschätzt, da es keine aussagefähigen Daten gab. Neuere Untersuchungen zeigen, dass innerhalb eines Jahres 37 % der Frauen und 25 % der Männer eine psychische Störung erleiden [GBE Bund Heft 41, 2008].

Die WHO hat den Begriff der psychischen Störung eingeführt, um eine Stigmatisierung Betroffener zu vermeiden.

Psychische Gesundheit – wie ist diese definiert?

Die WHO beschreibt Psychische Gesundheit (englisch „**mental health**“) als “einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der Mensch seine Fähigkeiten entfalten, die normalen Stressbelastungen des Lebens bewältigen sowie produktiv und nutzbringend arbeiten kann und in der Lage ist, dem Gesellschaftsleben einen Beitrag zu leisten“ [EU Green Paper 2005].

Psychische Störungen - Wer ist betroffen?

Psychisch krank sind Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, die mit aktuellen Beschwerden, einer Behinderung, einem erhöhten Todes-, Schmerz- oder Behinderungsrisiko einhergeht. Zu den psychischen Störungen zählen alle körperlich nicht begründbaren seelischen Erkrankungen; jedoch auch seelische Störungen als Folge von körperlichen Erkrankungen (z. B. Hirnverletzungen).

Es handelt sich also um eine große Bandbreite in Art, Ursache(n) und Verlauf unterschiedlicher Störungen und Belastungen für Betroffene, wie auch für Angehörige und die gesellschaftliche Umgebung.

Um psychische Störungen von körperlichen Leiden abzugrenzen und um zwischen den einzelnen seelischen Störungen zu unterscheiden, benutzen Psychologen/innen und Psychiater/innen in erster Linie ein Klassifikations- und Diagnoseschema, das sogenannte ICD-10 (Abkürzung für englisch: International Statistical Classification of Diseases, also Internationale Klassifikation von Krankheiten, in 10. Revision). Dieses

Klassifikationssystem ordnet psychische Erkrankungen nach ihren Symptomen und trifft keine Aussage über die Ursache einer Erkrankung.

Denn genau dazu gibt es immer wieder unterschiedliche Meinungen und Erkenntnisse. Die Fachleute gehen von multifaktoriell bedingten Ursachen aus. Zum einen spielt die biologische Seite beim Erkrankungsrisiko eine Rolle, zum anderen gewinnt die psychosoziale Komponente immer mehr an Bedeutung bei der Entstehung einer psychischen Erkrankung.

Welche psychischen Erkrankungen gibt es?

Der ICD-10 hat den Bereich der psychischen Störungen in 11 unterschiedliche Gruppen einsortiert.

1. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen:
Dazu zählen Demenzerkrankungen, Hirnschädigungen und alle psychischen Störungen, die sich aufgrund von Schädigungen oder Störungen des Körpers ergeben.
2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen:
Hier werden alle Abhängigkeitserkrankungen zusammengefasst.
3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen:
Hierunter sind alle schizophrenen Störungen zusammengefasst. Symptome sind Wahrnehmungsstörungen im Bereich Denken, Fühlen, Handeln und Ich-Erleben.
4. Affektive Störungen:
Dazu zählen die Erkrankungen, bei denen die Stimmung beeinträchtigt ist. Entweder durch eine Depression, das heißt, dass der/die Betroffene niedergeschlagen und interessenslos ist, durch eine Manie, bei der Hochgefühl, Selbstüberschätzung, Hemmungslosigkeit und unpassend heitere Stimmung die vorherrschenden Symptome sind oder durch eine sogenannte bipolare Störung, bei der beide Formen sich mit unterschiedlichen Zeitabständen abwechseln.
5. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen:
Hierzu gehören die Angst- und Panikstörungen (spezifisch oder generalisiert), Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen nach einer schweren Belastung oder einem psychischen Trauma sowie Störungen, die sich primär durch körperliche Beschwerden manifestieren, die nicht mit einer körperlichen Ursache in Verbindung gebracht werden können.
6. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren:
Dazu zählen Essstörungen, Schlafstörungen ohne körperliche Ursache, sexuelle Funktionsstörungen ohne körperliche Ursache und der Missbrauch von nicht körperlich abhängig machenden Medikamenten.
7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen:
Bei diesen Diagnosen handelt es sich um Beschreibungen von Symptomen, die die Persönlichkeit und den Charakter eines/r Betroffenen beschreiben, die/der stark von der Norm abweicht. Da es aber keine eindeutige Definition

eines „Normalcharakters“ gibt, ist es unabdingbar, dass der/die Betroffene selber oder die Umgebung unter seinem/ihrem Zustand erheblich leidet.

8. Intelligenzminderung:

Ab einem IQ von unter 70 teilt das ICD-10 in unterschiedlichen Graden die Intelligenzminderung ein.

9. Entwicklungsstörungen:

Unter diesen Punkt sind die Verzögerungen der Entwicklung zusammengefasst. Darunter fallen Lese- und Rechtschreibstörungen genauso wie Autismus.

10. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend:

Dazu zählen das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS), Störungen im Sozialverhalten und den Emotionen sowie diverse Störungen, welche schon in der Kindheit und Jugend beginnen (Stottern, Tics, etc.)

11. Nicht näher bezeichnete psychische Störungen:

Hierunter fallen die psychischen Störungen ohne nähere Angabe, die den anderen Diagnosegruppen nicht zugeordnet werden können, aber die grundsätzlichen Merkmale einer Erkrankung erfüllen.

Wie viele Menschen leiden an psychischen Erkrankungen?

Weltweit

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden weltweit rund 450 Millionen Menschen unter psychischen Störungen. Bei etwa jedem vierten Mensch treten im Laufe seines Lebens eine oder mehrere psychische Störungen auf. Die WHO schätzt, dass zu jedem Zeitpunkt etwa 10 % der erwachsenen Bevölkerung weltweit betroffen ist.

Des Weiteren geht die WHO davon aus, dass psychiatrischen Erkrankungen für 5 der 10 häufigsten Ursachen für Behinderungen verantwortlich sind, darunter Depressionen, Alkoholkonsum, Schizophrenie und Zwangsstörungen. Bis zum Jahr 2020 soll der Anteil psychischer Störungen deutlich ansteigen.

Auch bei Jugendlichen unter 18 Jahren sind laut WHO psychische Störungen weit verbreitet: rund 20 % der Teenager sollen demnach Störungen der Entwicklung, emotionale oder Verhaltensprobleme aufweisen; etwa 13 % leiden unter psychischen Störungen.

Europa

Mehr als 27 % der erwachsenen Europäer erleiden Schätzungen der Europäischen Kommission zufolge im Laufe eines Jahres mindestens eine Form einer psychischen Störung. Am häufigsten sind dabei in der Europäischen Union (EU) Angststörungen und Depressionen.

Bis zum Jahr 2020 sollen Depressionen die häufigste Erkrankungsursache in der „entwickelten Welt“ sein. Derzeit sterben in der EU jährlich etwa 58.000 Bürgerinnen und Bürger an Suizid, mehr Todesopfer als durch Verkehrsunfälle, Morde oder HIV/AIDS.

Die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der EU-Kommission weist auf die sozialen Auswirkungen psychischer Störungen hinsichtlich Wohlstand, Solidarität und Sozialrecht/Justiz/Gerechtigkeit hin. Demnach verursachen psychische Erkrankungen in der EU geschätzte Kosten in Höhe von 3 – 4 % des Bruttoinlandsproduktes, in erster Linie durch Einbußen der Produktivität. Seelische Störungen sind die wichtigsten Ursachen für Frühberentung und Erwerbsunfähigkeitsrente. Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen verursachen teilweise erhebliche Kosten für die Gesellschaft, das Erziehungs- und Justizsystem.

[Quelle: EU-Kommission - Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz: **Green Paper** Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union, Brüssel 2005]

Deutschland

Mit dem Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 wurde erstmals eine repräsentative bundesweite Erhebung zur Häufigkeit von körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren durchgeführt. Demnach leiden 31,1 % der Bevölkerung im Laufe eines Jahres an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Dabei lag die Prävalenzrate bei Frauen mit 37 % deutlich höher, als bei Männern mit einer Rate von 25,3 % (siehe Abbildung).

Demnach ist davon auszugehen, dass bei etwa einem Drittel der erwachsenen Bevölkerung im Laufe eines Jahres Beschwerden auftreten, die die Diagnosekriterien einer psychischen Störung erfüllen. Bei 39,5 % der Personen mit einer psychischen Störung lag mindestens eine weitere psychische Störung vor. Auch hier war der Anteil bei Frauen mit 43,7 % höher, als bei Männern mit 30,5 %.

Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren (eigene Analysen anhand des Zusatzmoduls »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys 1998)
Aufgeführt sind die vier häufigsten Diagnosegruppen gemäß ICD-10 (Mehrfachnennungen)

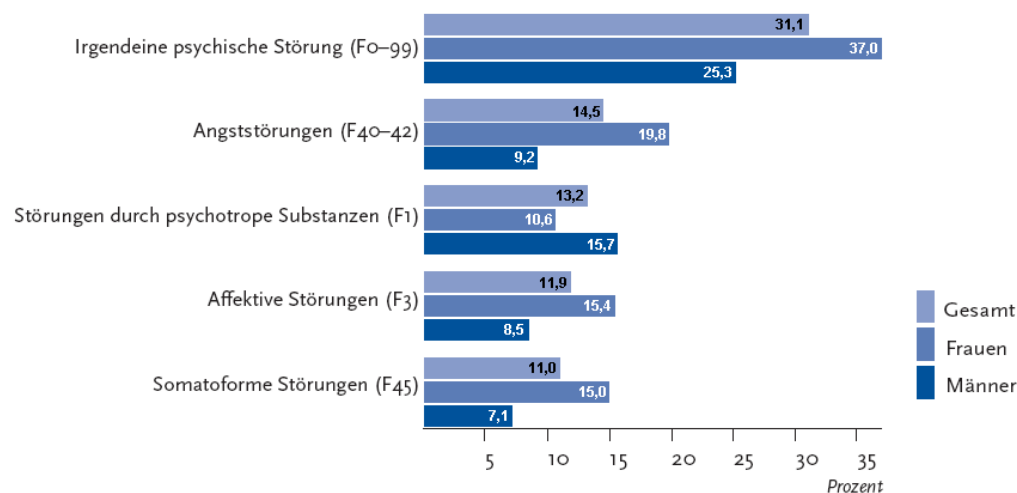


Abb. 1: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung (Heft 41), Hg.: Robert Koch Institut, 2008

Kreis Wesel

Für den Kreis Wesel liegen keine Zahlen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen vor.

4. Depressionen als ein Beispiel für eine psychische Erkrankung

4.1. Allgemeines

"Wer nicht an sich selbst gespürt hat, was Schwermut ist, versteht das nicht, ich hatte das Gefühl einer schauerlichen Einsamkeit. Zwischen mir und den Menschen und dem Leben der Stadt, der Plätze, Häuser und Straßen war fortwährend eine breite Kluft. Es geschah ein Unglück, es standen wichtige Dinge in den Zeitungen - mich ging es nichts an."
(Hermann Hesse)

Die Depression ist die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung. Der Untersuchungsbericht des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 besagt, dass innerhalb eines Jahres 12 % der Allgemeinbevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an einer depressiven Störung erkranken. Im Laufe eines Lebens erkranken 25 % der Frauen und 12 % der Männer mindestens einmal an einer Depression. Vergleichbare Studien aus anderen EU – Staaten haben ähnlich hohe Werte ermittelt.

Nach dem ICD 10 sind die Hauptsymptome andauernde (mindestens 2 Wochen) gedrückte Stimmung (bzw. Niedergeschlagenheit/Traurigkeit) und eine Verminderung von Antrieb und Aktivität. Der Betroffene ist kaum in der Lage, Gefühle wie Freude oder Interesse wahrzunehmen. Auch das Konzentrationsvermögen ist beeinträchtigt. Trotz ausgeprägter Müdigkeit kann der Schlaf gestört sein, ebenso wie der Appetit. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen können gemindert sein. Hinzu können noch diverse andere Symptome kommen.

In der Diagnostik wird zwischen verschiedenen schweren Verlaufsformen unterschieden. Schwere Verlaufsformen beinhalten in der Regel Suizidgedanken, teilweise auch mit psychotischen Symptomen. Häufig gehen Depressionen mit somatischen Störungen oder Erkrankungen einher.

In der Gesellschaft wird häufig auch dann von Depressionen gesprochen, wenn es um verschiedene Formen von negativen Befindlichkeiten geht. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Stress am Arbeitsplatz, soziale Schwierigkeiten, Trauer, Konflikte oder um Symptome im Zusammenhang mit anderen medizinischen Erkrankungen.

Hier wird deutlich, wie wichtig es ist, genaue Diagnosen zu erstellen und die Erkrankung Depression von einer Befindlichkeitsstörung zu unterscheiden.

4.2. Depression im Zusammenhang mit Lebenssituationen

Es ist davon auszugehen, dass die Biographie, die soziale Situation und der Lebensweltkontext auf das Risiko, an einer Depression zu erkranken, Einfluss nehmen können. Im Folgenden wird auf einige der Einflussfaktoren näher eingegangen.

4.2.1. Depression im Alter

Es ist nicht so, dass Depressionen im hohen Alter häufiger auftreten als zu anderen Lebenszeiten. Dennoch ist es wichtig, diesem Aspekt ein besonderes Augenmerk zu geben, da Depressionen bei älteren Menschen häufig nicht erkannt oder falsch diagnostiziert werden. Gleichzeitig nimmt im Zuge des demografischen Wandels die Zahl der älteren Menschen zu und damit steigt automatisch die Anzahl der Betroffenen.

Die Symptome der Depression werden häufig anderen Erkrankungen oder dem Alter zugeschrieben. Gerade die Abgrenzung zur Demenz ist schwierig, da sich die Symptome ähneln können oder beide Erkrankungen vorliegen.

Eine gute Diagnostik ist sehr wichtig, da laut der Todesursachenstatistik die Suizidrate mit steigendem Alter zunimmt. 30 % aller Suizide werden von Menschen mit einem Lebensalter von über 65 Jahren verübt. Ihr Anteil an der Bevölkerung beträgt jedoch nur 15 %. (BKK Gesundheitsbericht 2010) Ein Suizid geschieht in vielen Fällen als Folge einer psychischen Erkrankung, welche behandelbar ist.

4.2.2. Depression und Arbeit

Ungünstige Arbeitsbedingungen können genauso wie der Verlust der Arbeit oder lange Arbeitslosigkeit Faktoren sein, die als äußerst belastend empfunden werden und als Auslöser für Depressionen wirken können. Aktuelle Studien zeigen, dass psychische Erkrankungen den häufigsten Grund für eine Frühberentung darstellen. Auch psychisch bedingte Fehlzeiten nehmen zu.

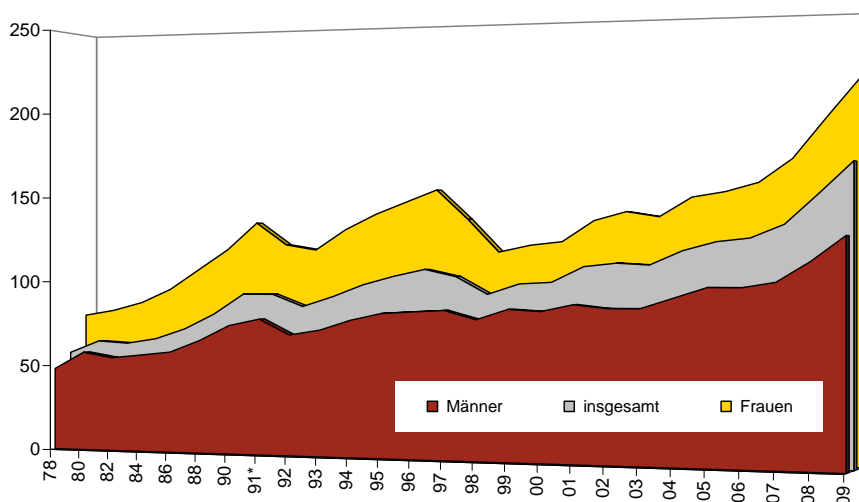


Abb. 2: Zunahme der psychischen Störungen (Arbeitsunfähigkeitstage) (BKK Gesundheitsbericht 2010)

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei arbeitslosen Erwachsenen ist dreieinhalb mal so hoch wie die der Erwerbstätigen. (BKK Gesundheitsbericht 2010) Insgesamt waren die Versicherten der BKK mit der Diagnose einer affektiven Störung im Schnitt 51,5 Tage arbeitsunfähig.

Zunehmende Arbeitsbelastungen, Zeitdruck, Über- und auch Unterforderung, Konflikte mit Kollegen/innen und Vorgesetzten, Instabilität der Arbeitsplatzsicherheit und damit einhergehend die Angst vor Arbeitslosigkeit sind nur einige der Faktoren, die dazu führen können, aufgrund einer psychischen Störung nicht arbeitsfähig zu sein.

4.2.3. Depression und Migration

Migrantinnen und Migranten sind keine einheitliche Gruppe, sie kommen aus verschiedenen Herkunftsländern oder sie sind in Deutschland geboren, stammen aber aus einer zugewanderten Familie.

Im Kreis Wesel leben etwa 34.000 Menschen mit Migrationshintergrund. Die Gruppe der türkischstämmigen Menschen mit rund 41 % aller Migrantinnen und Migranten bildet den größten Anteil innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe.

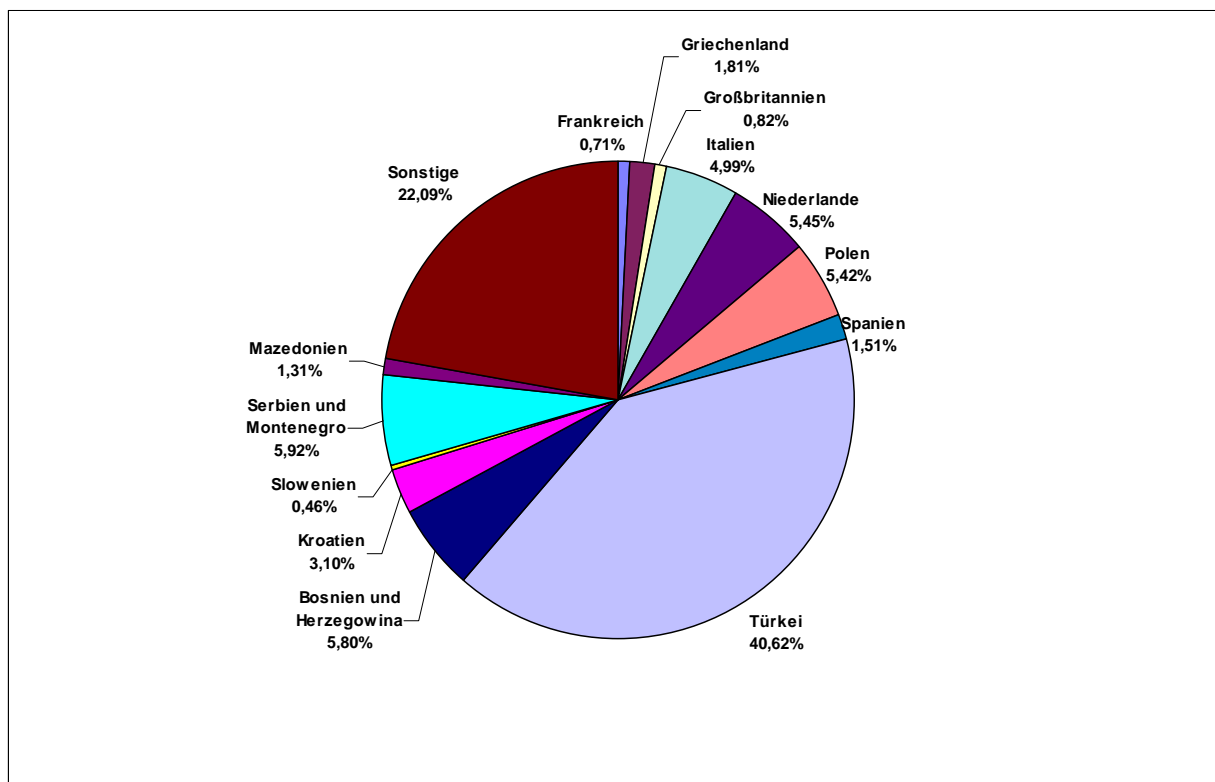


Abb. 3: Bevölkerung im Kreis Wesel mit Migrationshintergrund nach Herkunftsländern (Stand 2008)

Es ist davon auszugehen, dass ein Migrationshintergrund einen Einfluss auf die Gesundheit der betreffenden Menschen ausübt. Dabei können besondere Belastungen und gesundheitliche Risikofaktoren auftreten, aber auch positive gesundheitsfördernde Faktoren zum Tragen kommen. Zu den belastenden Faktoren gehören beispielsweise „...ungünstige Arbeitsbedingungen, Anforderungen durch die Familie und Anpassung an eine fremde Kultur [RKI: Migration und Gesundheit, 2008]“. Als gesundheitlich fördernde Faktoren können soziale Netzwerke wirken.

Der Bericht des RKI „Migration und Gesundheit“ weist darauf hin, dass darüber hinaus „...Menschen mit Migrationshintergrund spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt [sind], die bei Deutschen ohne Migrationshintergrund nicht oder nur in Ausnahmefällen vorkommen:

- psychosoziale Belastungen durch Trennung von der Familie
- psychosoziale Belastungen durch Fremdenfeindlichkeit
- politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland.“

Das Deutsche Bündnis gegen Depression stellt in diesem Zusammenhang fest, dass „...kulturelle Unterschiede im Erleben von Depressionen ... dazu führen [können], dass die Erkrankung bei Migranten spät oder gar nicht diagnostiziert wird. Zudem besteht häufig eine sprachliche Hürde, (Fach-)ärzte oder Psychotherapeuten aufzusuchen und es gibt wenige muttersprachliche Hilfsangebote im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich. Folge sind eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und ein Versorgungsdefizit betroffener Migranten [www.buendnis-depression.de].“

4.2.4. Depression und Geschlecht

Aktuelle Studien zeigen, dass Frauen und Männer im medizinischen Bereich sehr unterschiedlich betrachtet werden müssen. Dies zeigt sich auch im Hinblick auf das Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 sagt aus, dass 25 % der Frauen im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. Bei Männern sind es 12 %. Bei der 12-Monats-Prävalenz wird deutlich, dass Frauen mit durchschnittlich 14,2 % ein fast doppelt so hohes Risiko tragen an einer Depression zu erkranken wie Männer mit durchschnittlich 7,6 %.

Dies kann unterschiedliche Ursachen haben. Zum einen gehen Männer und Frauen mit den Belastungen des Lebens unterschiedlich um. In schwierigen Lebenslagen entwickeln Frauen eher eine Angststörung, welche dann zu einer Depression führen kann, wohingegen Männer eher suchtkrank werden.

Frauen sind zudem häufiger sozialen und ökonomischen Situationen ausgesetzt, die das Risiko an einer Depression zu erkranken erhöhen. So sind sie z.B. häufiger als Männer Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauch. Auch leben sie, statistisch gesehen, häufiger als Männer in Armut oder unter ungünstigen Lebensbedingungen.

Mädchen lernen auch eher, sich selber zurückzunehmen und die Bedürfnisse anderer über die eigenen zu stellen. Sie reagieren auf Gefühle sensibler und neigen dazu, über verschiedene Situationen und ihr eigenes Handeln nachzugrübeln. Dies alles kann die Entstehung einer depressiven Erkrankung begünstigen.

Insgesamt kann man also feststellen, dass Frauen ein annähernd doppelt so hohes Risiko in sich tragen, depressiv zu erkranken und dass dies nicht nur biologisch, sondern auch psychosozial begründet ist.

4.2.5. Depression und Suizid

Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen sind in einem engen Zusammenhang mit Suiziden und Suizidversuchen zu sehen. Das Robert Koch Institut schätzt, dass etwa 65 % - 90 % aller Suizide durch Menschen mit einer psychischen Erkrankung begangen werden. Im Jahr 2009 haben sich in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 9.616 Menschen suizidiert, über 75 % davon waren männlich. In Nordrhein-Westfalen waren es 1.553 Personen, wobei auch hier etwa 75 % männlich waren. Damit sterben laut offizieller Todesursachenstatistik mehr Menschen durch Suizid als durch Unfalltod.

Laut dem Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (IT.NRW) starben im Kreis Wesel in den Jahren 2007 – 2009 insgesamt 42 Menschen durch Selbsttötung. Davon waren 32 männlich und 10 weiblich. Im 3-Jahres-Mittelwert liegt der Kreis Wesel damit im Landesdurchschnitt.

Gerade an Depression erkrankte Menschen sehen aufgrund ihrer Erkrankung keinen Ausweg mehr aus ihrer Situation. Sie grübeln über ihr Leben, hängen den negativen Momenten nach und können weder Freude noch Interesse empfinden. Hinzu kommen das Gefühl der Wertlosigkeit und häufig unangemessene Schuldgefühle. 3 - 4 % aller an Depression Erkrankten sterben durch einen Suizid (Robert Koch Institut, Gesundheitsberichterstattung Heft 51, „Depressive Erkrankungen“).

5. Psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen im Kreis Wesel

5.1. Medizinisch – psychiatrische Versorgung

5.1.1. Ambulante Versorgung

Im Kreis Wesel sind derzeit (Stand 01.05.2011; Quelle Kassenärztliche Vereinigung) 16 PsychiaterInnen/Neurologen/innen/, Ärzte/innen für Nervenheilkunde tätig. Hinzu kommen 17 Ärzte/innen, welche (auch) psychotherapeutisch arbeiten.

Des Weiteren sind 35 psychologische Psychotherapeuten/innen im Kreis Wesel zugelassen.

Hinzu kommen in Dinslaken, Rheinberg und Wesel jeweils von den psychiatrischen Abteilungen der Pflichtversorgungskrankenhäusern betriebene Institutsambulanzen, in denen Betroffene unter bestimmten Voraussetzungen ärztlich und psychotherapeutisch behandelt werden.

5.1.2. (teil-)stationäre Versorgung

Im Kreis Wesel gibt es an zwei Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Abteilungen sowie außerhalb des Kreises Wesel ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, welches aber für einen Teil des Kreises Wesel als Pflichtversorgungs Krankenhaus zählt.

Klinik	Versorgungsgebiet/ Pflichtversorgungs- gebiet	Anzahl der Betten/Plätze		
		voll- stationär	teilstationär	geronto- psychiatrisch
St. Josef-Krankenhaus Moers - Betriebsstelle St. Nikolaus-Hospital - Orsoyer Str. 55 47495 Rheinberg	Städte Moers, Kamp-Lintfort, Neukirchen-Vluyn und Rheinberg sowie Gemeinde Alpen	80 Betten	20 Plätze	10 Betten
St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Dr.-Otto-Seidel-Str. 31-33 46535 Dinslaken	Städte Dinslaken, Hamminkeln, Voerde und Wesel, Stadtteil Duisburg-Walsum sowie Gemeinden Hünxe und Schermbeck	78 Betten	16 Plätze in Wesel	12 Betten
			20 Plätze in Dinslaken	
Geplant ist eine gerontopsychiatrische Tagesklinik in Dinslaken mit 12 Plätzen, welche noch 2011 eröffnet werden soll.				
St. Nikolaus-Hospital Grabenstr. 86 47546 Kalkar	Städte Kalkar, Rees und Xanten sowie Gemeinde Sonsbeck	80 Betten	--	18 Betten auf einer interdisziplinären Demenzstation

5.2. Psychosoziale Versorgung

Neben der ärztlichen Versorgung gibt es auch verschiedene Einrichtungen und Institutionen, die Hilfen und Beratung anbieten. Hier haben die Betroffenen die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Erkrankung und der damit verbundenen Einschränkungen an der Gesellschaft teilzuhaben. Neben dem Arzt/der Ärztin sind hier häufig weitere, für die Betroffenen wichtige Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen vorhanden.

5.2.1. Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) des Fachdienstes Gesundheitswesen des Kreises Wesel ist in Wesel und in Moers mit Dienststellen vertreten. Zudem gibt es Räumlichkeiten in Dinslaken und in Kamp-Lintfort, die für Sprechstunden und Gruppenangebote genutzt werden.

Die Aufgaben des SpDi's ergeben sich hauptsächlich aus dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) und dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (ÖGDG NRW). Darin ist festgelegt, dass der SpDi unter anderem für die vorsorgenden und nachsorgenden Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zuständig ist.

Im Rahmen der vorsorgenden Hilfen ist das Ziel die Verhinderung von Zwangs- und Unterbringungsmaßnahmen. Hierzu findet eine Kontaktaufnahme statt, die nur selten von Betroffenen selbst initiiert wird. Der individuelle Hilfebedarf wird geklärt und der erkrankte Mensch wird begleitet und motiviert, diese Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die nachsorgenden Hilfen haben das Ziel, Betroffene zu befähigen, ein möglichst selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu führen.

Die MitarbeiterInnen des SpDis vermitteln, begleiten und motivieren Betroffene, notwendige und hilfreiche Angebote in Anspruch zu nehmen (z.B. Arzttermine, Schuldnerberatung, Therapeutesuche, Gruppenangebote, etc.). Daneben werden für jede Region auch Gruppenangebote vorgehalten, die die sozialen Kompetenzen der Betroffenen stärken sollen.

Menschen, die psychisch erkrankt sind oder Anzeichen einer solchen Erkrankung zeigen, werden durch Sozialarbeiter/innen oder Sozialpädagogen/innen im Büro oder bei den Betroffenen zu Hause über Angebote und Möglichkeiten in Bezug auf ihre Erkrankung aufgeklärt. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie zu den Gesprächen hinzuzuziehen. Dies ist jedoch nicht mit einem Besuch bei einem/r niedergelassenen Facharzt/ärztin gleichzusetzen.

Auch Angehörige und andere Bezugspersonen werden beraten und unterstützt hinsichtlich des Umgangs mit Betroffenen.

5.2.2. Sozialpsychiatrische Zentren

Ein weiterer Teil der Hilfen für Betroffene sind die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ). Im Kreis Wesel ist jeweils in Wesel, Moers und Dinslaken ein SPZ zu finden.



Die drei Sozialpsychiatrischen Zentren im Kreis Wesel sind wie folgt zu erreichen:

SPZ Dinslaken

Caritasverband Wesel – Dinslaken e. V.
Duisburger Str. 98, 46535 Dinslaken
Tel: 02064/449350

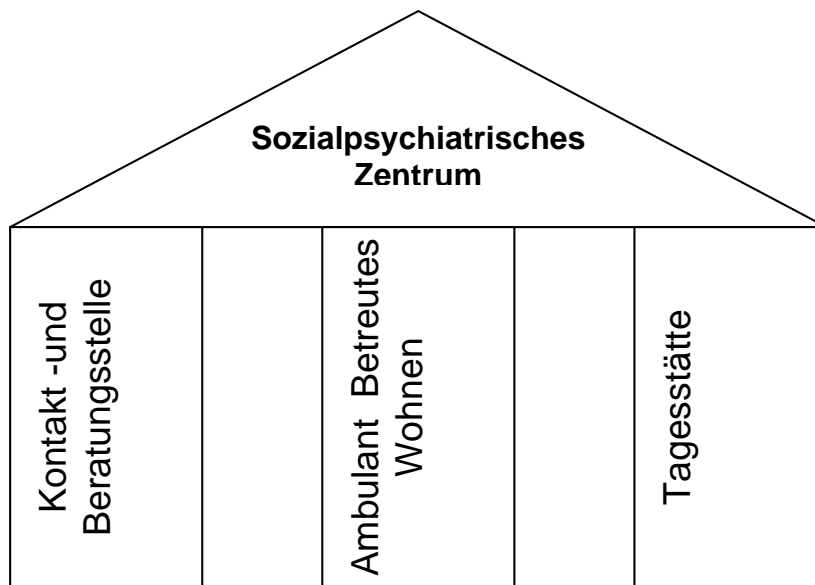
SPZ Moers

Caritasverband Moers – Xanten e. V.
Haagstrasse 26, 47441 Moers
Tel: 02841/901040

SPZ Wesel

Spix e. V.
Kaiserring 16, 46483 Wesel
Tel: 0281/1933316

Ein SPZ besteht aus 3 Bausteinen:



1. Kontakt- und Beratungsstelle

Dies ist als Anlaufstelle des SPZ für Betroffene zu sehen. Häufig als eine Art Cafe gestaltet, bietet sie eine niedrigschwellige Möglichkeit, erste Kontakte zu knüpfen, sich über die Angebote der Kontakt- und Beratungsstelle zu informieren und auch qualifizierte Gespräche mit Mitarbeitern/innen zu führen. Hier werden Gesprächsgruppen unter fachlicher Leitung angeboten, aber auch offene Angebote, für die keine Anmeldung erforderlich ist und die z.T. von Ehrenamtlichen geleitet werden. Damit ist es für Betroffene möglich, an fast allen Tagen der Woche Angebote wahr zu nehmen.

2. Ambulant Betreutes Wohnen

Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung wesentlich behindert und ohne Hilfe nicht in der Lage sind, selbstständig zu wohnen, aber nicht mehr oder noch nicht in einer stationären Wohnform versorgt werden müssen, können ambulant betreutes Wohnen beantragen. Hier werden die Betroffenen durch eine/n Mitarbeiter/in einmal bis mehrmals in der Woche dabei unterstützt, ihre selbstständige Wohnform aufrecht zu erhalten und an der Gesellschaft teilzuhaben. Die Ziele werden in einem individuellen Hilfeplan gemeinsam erarbeitet und genau wie der Bedarf in der Hilfeplankonferenz überprüft. Es kann sich hierbei um Unterstützung in den Bereichen Haushaltsführung, Tagesstrukturierung, Begleitung zu Ärzten/innen oder Behörden sowie die Hinführung an Teilhabe an Freizeitgestaltung und sozialen Kontakten handeln.

Neben den SPZ gibt es auch andere Anbietende von ambulant betreutem Wohnen im Kreis Wesel. Derzeit gibt es im Kreis Wesel insgesamt 39 Anbieter, die einen Vertrag mit dem Landschaftsverband Rheinland (LVR), der als Kostenträger für den Bereich der Eingliederungshilfe fungiert, abgeschlossen haben. Insgesamt wurden 775 Menschen im Ambulant Betreutes Wohnen am Stichtag 31.12.2009 betreut. Durchschnittlich geschah dies mit 3,31 Fachleistungsstunden. (Quelle LVR)

3. Tagesstätten

Im Kreis Wesel werden drei Tagedstätten, die an die jeweiligen SPZ angegliedert sind, vorgehalten. In Dinslaken und Wesel sind je 15 Plätze und in Moers 20 Plätze vorhanden.

Hier werden psychisch erkrankte Menschen betreut, die (noch) nicht in der Lage sind, auf dem 1. oder 2. Arbeitsmarkt einer Beschäftigung nachzugehen. Außerdem werden hier auch Betroffene betreut, bei denen offene Angebote und auch die punktuelle Unterstützung durch das Betreute Wohnen nicht ausreichen.

Das Ziel der Tagesstätte ist neben dem Aufbau einer tragfähigen Tagesstruktur auch das Knüpfen von sozialen Kontakten. Die Betroffenen haben zudem die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten und Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen einzusetzen und auszubauen.

5.2.3. Wohnheime

Wohnheime für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind für Betroffene gedacht, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, (derzeit) selbstständig zu wohnen, aber auch keiner stationären medizinischen Behandlung mehr bedürfen. Grundlage für den Aufenthalt ist ebenfalls ein individueller Hilfeplan, der in der Hilfeplankonferenz abgestimmt wird.

Der Schwerpunkt der Arbeit mit den Betroffenen dort ist das Erlernen und Trainieren lebenspraktischer und sozialer Fähigkeiten. Dies geschieht in einem eng strukturierten Rahmen mit einer höheren Betreuungsintensität als im ambulant betreuten Wohnen.

Im Kreis Wesel existieren bei drei Trägern insgesamt 146 Wohnheimplätze und Plätze in Außenwohngruppen, welche an die Wohnheime angegliedert sind.

5.3. Gerontopsychiatrische Versorgung

Psychisch kranke Menschen, die 65 Jahre und älter sind, bedürfen oft aufgrund der mit dem Alter einhergehenden Beeinträchtigungen besonderer Angebote im Bereich der medizinischen und psychosozialen Versorgung.

Im Kreis Wesel gibt es zwei Gerontopsychiatrische Zentren (GPZ), mit jeweils drei Bausteinen:

1. Gerontopsychiatrische Beratungsstelle

Die gerontopsychiatrischen Fachberater/innen bieten Beratungsgespräche für Betroffene, deren Angehörige und sonstige Bezugspersonen an. Diese können im Büro oder auch zu Hause stattfinden. Sie haben einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Krankheitsbilder und die regionalen Angebote für die Betroffenen. Des Weiteren bieten sie Aufklärung für Angehörige an, welche in der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen eine große Rolle spielen. Außerdem ermittelt die Fachberatung den Bedarf und berät im Hinblick auf notwendige professionelle Hilfen. Auch im Bereich Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder ist die Fachberatung aktiv.

2. Institutsambulanz

Durch die enge (auch räumliche) Nähe der gerontopsychiatrischen Beratungsstellen zu den psychiatrischen Fachabteilungen der Krankenhäuser und somit auch der Institutsambulanzen ist eine enge und auch kurzfristige ärztliche Anbindung möglich. Die Institutsambulanzen verfügen über ein multiprofessionelles Team aus Fachärzten/innen, Fachkrankenschwestern/-pflegern, Psychologen/innen und Verwaltungskräften.

3. Gerontopsychiatrische Stationen

Das St. Vinzenz Hospital in Dinslaken hält eine gerontopsychiatrische Station mit 12 Betten vor. Geplant ist eine gerontopsychiatrische Tagesklinik mit 12 Plätzen, welche noch 2011 eröffnet werden soll.

Das St. Nikolaus Hospital in Rheinberg verfügt über 10 Betten auf einer gerontopsychiatrischen Station.

Das St. Nikolaus Hospital in Kalkar hat eine interdisziplinäre Demenzstation mit 18 Betten. Hier werden demenzerkrankte Menschen auch mit somatischen (körperlichen) Erkrankungen aufgenommen, die auf rein somatisch behandelnden Stationen fehl untergebracht wären. Es wird ein spezielles Angebot für diese Betroffenen vorgehalten.

5.4. Selbsthilfe

„In einer Selbsthilfegruppe teilen Menschen ihre Probleme, finden Lösungen und bleiben nicht mehr allein, denn: Gemeinsam erreicht man mehr. Die Mitglieder einer Selbsthilfegruppe stehen in ähnlichen Lebenssituationen oder sind von vergleichbaren Schwierigkeiten betroffen. Das Ziel ihrer gemeinsamen Arbeit ist die Bewältigung sozialer, persönlicher oder krankheitsbedingter Belastungen. Selbsthilfegruppen arbeiten zu unterschiedlichsten Problembereichen. Die Teilnahme lohnt sich bei fast jedem Anliegen oder bei schwierigen Lebenssituationen: bei andauernden seelischen oder sozialen Belastungen, bei gesundheitlichen Problemen, bei Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder in besonderen Lebenslagen. Selbsthilfegruppen sind eine wertvolle Stütze zum Beispiel für Alleinerziehende, für chronisch Kranke und Behinderte, für Eltern kranker oder behinderter Kinder, für Menschen mit Suchterkrankungen, für psychisch Kranke und deren Angehörige, für Senioren, für Trauernde etc. Selbsthilfegruppen sind keine Therapiegruppen und haben keine professionelle Leitung. Sie können keine Therapie ersetzen, sind aber häufig eine wertvolle Ergänzung dazu [Quelle: www.selbsthilfenetz.de]“.

Das Thema „gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen“ (SHG) und deren Förderung spielt eine zunehmend wichtigere Rolle in der gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion. Mitunter ist von der „vierten Säule“ im deutschen Gesundheitswesen die Rede. Der Kreis Wesel trug dieser Entwicklung Rechnung und schlug das Thema „Selbsthilfe-Koordinierung“ als erstes Schwerpunktthema der Kommunalen Gesundheitskonferenz 1999 vor. Damit wurde der Grundstein für eine dauerhafte Koordination und Förderung im Bereich der gesundheitlichen Selbsthilfe gelegt [vgl. Geldermann et al. 2009].

Selbsthilfe-Kontaktstelle im Kreis Wesel

Im Mai 2003 nahm die Selbsthilfe-Kontaktstelle Kreis Wesel in der Trägerschaft des PARITÄTISCHEN ihre Arbeit in Moers, Wesel und Dinslaken auf. Sie wird vom Kreis Wesel, den Krankenkassen auf Landesebene und seit 2004 auch vom Land NRW gefördert. Sie vermittelt interessierte Bürgerinnen und Bürger aus dem gesamten Kreis Wesel an die thematisch zuständige Selbsthilfegruppe, fördert ein selbsthilfefreundliches Klima in der Öffentlichkeit, hält Kontakt mit professionellen Beratungsstellen, unterstützt Selbsthilfegruppen bei finanziellen und organisatorischen Problemen, vernetzt und informiert die Selbsthilfegruppen [vgl. Geldermann et al. 2009].

Im Jahr 2010 waren zum Thema Psychische Erkrankungen im Kreis Wesel 20 SHG bekannt. Davon beschäftigte sich eine Gruppe mit „Psychischer Erkrankung und Sucht“, es gab 9 SHG zu psychischen Erkrankungen, 3 SHG zu „Angst, Panik, Depressionen“, 6 Gruppen zu Depressionen und eine SHG zum „Borderline-Syndrom“.

Zum Thema Sucht gab es 70 SHG, davon 62 SHG zu Alkohol- und Medikamentensucht, 3 SHG zu Esssucht, 1 Gruppe zu Glücksspielsucht, 3 SHG zu Drogensucht und schließlich 1 SHG zu Beziehungssucht. Darüber hinaus wurden Anfragen zu Computerspielsucht, Sexsucht, Kaufsucht, Nikotinsucht in SHG benachbarter Städte, Gemeinden und Kreise vermittelt.

Eine Auswertung der Anfragen zu einzelnen SHG im Jahr 2010 zeigte, dass Gruppen zum Thema Depression mit 115 Nennungen am häufigsten angefragt wurden, gefolgt von „Sucht, Alkohol“ (n = 44), Psychische Erkrankungen (n = 30), „Sucht, Essstörungen (n = 17), „Borderline“ (n = 13), „Burn out/Stress“ (n = 8) und schließlich „Sucht und Drogen“ mit 5 Anfragen.

6. Ausblick

„Es gibt keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit“ (WHO)

Nach Prognosen der WHO werden im Jahr 2020 Depressionen die zweithäufigste Krankheit darstellen. Umso wichtiger ist es, das Thema „Depression“ in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, und die Betroffenen zu entstigmatisieren. Wichtig ist eine effiziente Aufklärung nicht nur der Betroffenen selber, sondern der Personen, die Berührungspunkte mit depressiv Erkrankten haben. Hier vor allem die Hausärzte/ärztinnen, damit eine Diagnostik möglichst frühzeitig erfolgen kann und eine damit einhergehende Behandlung Erfolg zeigt. Depressive Erkrankungen sind überwiegend gut behandelbar.

Im Jahr 2001 hat sich bereits ein Modellprojekt zu diesem Thema, das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“, gegründet. Daraus erwachsen sind diverse regionale Bündnisse gegen Depression. Mittlerweile (Stand Februar 2011) haben sich 70 Regionen dem Bündnis angeschlossen.

Zielsetzung des Bündnisses ist es, die Gesellschaft und Fachleute aufzuklären, die Versorgungs- und Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern und damit dazu beizutragen, dass Depressionen früher erkannt und qualifizierter behandelt werden.

Seit dem Jahr 2006 gehören Depressionen unter dem Titel: „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ zu den 6 nationalen Gesundheitszielen des Bundesministeriums. Hier sind folgende Ziele vorrangig:

- „Ausreichender Wissensstand über das Krankheitsbild und seine Folgen in der Bevölkerung (Aktionsfeld Aufklärung)
- Reduktion von Auftreten und Krankheitslast depressiver Erkrankungen (Aktionsfeld Prävention)
- Verhinderung von Suiziden, Verkürzung von Krankheitsphasen (Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie)
- Frühzeitiges Erkennen von Erkrankten und deren umfassende und schnelle Behandlung (Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie)
- Stärkung der Position der Patient(inn)en und ihrer Angehörigen (Aktionsfeld Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen)
- Verbesserung der Langzeitbehandlung Betroffener (Aktionsfeld Rehabilitation)
- Bedarfsgerechter Zugang zu Versorgungsstrukturen (Aktionsfeld Versorgungsstruktur)“ (www.gesundheitsziele.de 2011)

Auch etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zeigt psychische Auffälligkeiten. Bei rund 10 % der Heranwachsenden besteht Beratungs- oder Therapiebedarf.

Studien weisen darauf hin, dass psychische Erkrankungen in den nächsten Jahrzehnten weiter steigen werden. Es ist daher eine dringliche gesellschaftliche Aufgabe, tragfähige präventive Strategien und Konzepte zu entwickeln, um die seelische Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen zu fördern. (www.gesundheitsziele.de 2011)

7. Literatur

BKK Gesundheitsbericht 2010

Bündnis gegen Depression: www.buendnis-depression.de

EU-Kommission - Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz: **Green Paper** Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union, Brüssel 2005

Geldermann L, Tinnefeld S, Rau R: Gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Kreis Wesel 2003 – 2008: Von der Kommunalen Gesundheitskonferenz zur Selbsthilfekontaktstelle. Selbsthilfegruppen Jahrbuch 2009. Hrsg.: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Gießen 2009: 98-104.

www.gesundheitsziele.de

Gesundheitsbericht 2004 des Kreises Wesel

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: „Psychotherapeutische Versorgung“ (Heft 41), Hg: Robert Koch Institut, 2008

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: „Depressive Erkrankung“ (Heft 51), Hg: Robert Koch Institut, 2010

www.selbsthilfenetz.de

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation: www.who.int