4. Erfurter Psychiatriebericht
2024/2025

Stand: 14.10.2026

Erfurt
LANDESHAUPTSTADT
THÜRINGEN
Stadtverwaltung

Gesundheitsamt
Psychiatrie- und Suchtkoordination
Gesundheitsplanung

Impressum

Herausgeber:
Landeshauptstadt Erfurt
Stadtverwaltung

Redaktion:
Gesundheitsamt Erfurt
Psychiatrie- und Suchtkoordination, Anke Brückner
Gesundheitsberichterstattung und integrierte Gesundheitsplanung, Änne Kirchner
Telefon: +49 361 655-4238
Fax: +49 361 655-4209

E-Mail: psychiatrie-suchtkrankenhilfe@erfurt.de
Internet: www.erfurt.de

Stand: 14.10.2026

Inhaltsverzeichnis

Seite

1 Ziele des 4. Erfurter Psychiatrieberichts ... 6
2 Erhebungsmethoden ... 7
3 Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung ... 10
4 Rechtliche Rahmenbedingungen ... 12
5 Strukturdaten der Stadt Erfurt 2025 ... 18
6 Psychische Störungen ... 20
6.1 Begriffsbestimmungen ... 20
6.2 Häufigkeiten und Folgen psychischer Störungen ... 21
6.3 Gruppen psychischer Störungen ... 27
7 Gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz der Landeshauptstadt Erfurt ... 33
7.1 Behandlung ... 34
7.1.1 Ambulante medizinische und psychotherapeutische Behandlung ... 34
7.1.1.1 Häufigkeit von Diagnosen ... 47
7.1.1.2 Psychiatrische Institutsambulanzen ... 53
7.1.1.3 Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger ... 54
7.1.2 Stationäre und teilstationäre Versorgung ... 58
7.1.3 Ambulante Heilmittel und pflegerische Leistungen ... 65
7.1.3.1 Psychiatrische häusliche Krankenpflege ... 65
7.1.3.2 Ergotherapie ... 68
7.2 Selbsthilfe, Begegnung und Kontakt ... 69
7.2.1 Selbsthilfe ... 70
7.2.2 Kontakt und Begegnung ... 73
7.3 Beratung ... 75
7.3.1 Psychosoziale Beratungsstellen ... 77
7.3.2 Suchtberatungsstellen ... 81
7.3.3 Pflegenetz Erfurt ... 82
7.4 Rechtliche Betreuung ... 83
7.5 Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung ... 84
7.5.1 Leistungen zur medizinischen (und beruflichen) Rehabilitation ... 87
7.5.2 Teilhabe am Arbeitsleben ... 87
7.5.2.1 Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ... 90
7.5.2.2 Andere Leistungsanbieter nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) ... 91
7.5.2.3 Budget für Arbeit ... 92
7.5.2.4 Budget für Ausbildung ... 92
7.5.2.5 Zuverdienst und Inklusionsbetrieb ... 93
7.5.3 Leistungen zur sozialen Teilhabe ... 94
7.5.3.1 Hilfen im Bereich Wohnen und Assistenz ... 94
7.5.3.2 Hilfen im Bereich Tagesstruktur ... 97
7.6 Krisendienst ... 100
7.7 Vernetzung ... 101
8 Versorgungssituation weiterer vulnerabler Gruppen mit psychischer Störung ... 104
8.1 Kinder und Jugendliche ... 104

8.2 Menschen mit Suchterkrankung 110
8.3 Geflüchtete Menschen 121
8.4 Wohnungslose und obdachlose Menschen 125
9 Herausforderungen für das Versorgungsnetz 132
10 Wünsche und Anregungen vom Versorgungsnetz 144
11 Stand der Umsetzung des Maßnahmenplans zum 3. Erfurter Psychiatriebericht. 155
12 Zusammenfassung und Ausblick 156
13 Quellenverzeichnis 162
14 Abkürzungsverzeichnis 182
15 Abbildungsverzeichnis 188
16 Tabellenverzeichnis 191

Einleitung

Der letzte Bericht der Stadt Erfurt zur psychiatrischen Versorgung stammt aus dem Jahr 2012 und konzentrierte sich vor allem auf die Erwachsenenpsychiatrie. Er stellte den psychiatrischen Versorgungsbedarf anhand statistischer Kennzahlen und die Versorgungssituation für die Bereiche medizinische Versorgung, sozialpsychiatrischer Dienst, Beratung und Kontakt sowie soziale Teilhabe anhand eigens erhobener Daten dar.

In den Folgejahren wurden einzelne Teilbereiche in eigenständigen Berichten vertieft betrachtet, wie der Bereich Sucht im Jahr 2014 und die Gerontopsychiatrie im Jahr 2015. Zur Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es abgesehen von wenigen Bemerkungen im Erfurter Kindergesundheitsbericht von 2010 keine systematischen Auswertungen. Auch die besonderen Bedarfe von Menschen in schwierigen Lebenssituationen, etwa im Kontext von Flucht oder von Obdachlosigkeit im Hinblick auf psychiatrische Versorgung wurden bisher nicht erfasst.

Seit 2015 liegt mit dem Psychiatrie- und Suchtkrankenhilfewegweiser eine laufend aktualisierte Übersicht zu Versorgungsangeboten in Erfurt vor, die sich an Betroffene, Angehörige und Akteure gleichermaßen wendet (Landeshauptstadt Erfurt, 2024).

Der hiermit vorliegende Psychiatriebericht ist die Voraussetzung und Basis einer effektiven und an den Problemlagen orientierten Psychiatrieplanung. Eine konkrete und bundesweit verbindliche Definition für eine kommunale Psychiatrieplanung gibt es nicht. In verschiedenen Bundesländern (wie z.B. Nordrhein-Westfalen) gibt es moderne Planungskonzepte, die handlungsleitend sind (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017). Der 4. Erfurter Psychiatriebericht ist breit angelegt und beschreibt im Hauptteil die Vielzahl der Versorgungsbereiche und betrachtet die Situation verschiedener Erfurter Bevölkerungsgruppen, darunter Kinder und Jugendliche, wohnungs- und obdachlose Menschen, Geflüchtete sowie Menschen mit Suchterkrankungen. Im Kapitel 12 werden erste Schlussfolgerungen abgeleitet, die Basis der zukünftigen Maßnahmenplanung sind.

1 Ziele des 4. Erfurter Psychiatrieberichts

Der 4. Erfurter Psychiatriebericht gibt einen erläuternden Überblick über die verfügbaren Versorgungsstrukturen im Bereich Psychiatrie und Suchthilfe und informiert über Leistungskennzahlen und beschreibt den aktuellen Stand der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung.

Er richtet sich an unterschiedliche Zielgruppen:

- Politische Entscheidungsträger zur weiteren Ausrichtung ihrer Agenda
- Institutionelle Entscheidungsträger und Fachkräfte der Stadtverwaltung Erfurt (z.B. Jugendamt, Amt für Soziales, Amt für Bildung, Gesundheitsamt)
- Betroffene und Angehörige
- Entscheidungsträger und Fachkräfte der Gemeindepsychiatrie und Komplementäreinrichtungen
- Regionale Wissenschaft sowie die interessierte Öffentlichkeit

Die Hauptziele sind Transparenz über lokale Versorgungsstrukturen gemeindepsychiatrischer Angebote zu vermitteln, deren Aufgaben und Wirkung zu erläutern, alles in einen überblicksartigen Zusammenhang zu bringen und daraus etwaige Versorgungsstärken und -schwächen zu extrahieren. Die Zielsetzungen sind ausgerichtet an den Grundprinzipien von Psychiatrie. Diese werden näher erläutert im Kapitel 3 Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung.

Diese Fortschreibung des 3. Erfurter Psychiatrieberichtes aus dem Jahr 2012 ist als Bestandsaufnahme konzipiert. Sie gründet eine Vorlage, mit welcher zukünftig in kürzeren Zeiträumen standardisierte Indikatoren abgebildet werden können. Dabei wurde u.a. der Thüringer Indikatorendatensatz zur Gemeindepsychiatrie als Grundlage herangezogen, der innerhalb der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der Thüringer Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren im Jahr 2021 entwickelt wurde (Landesarbeitsgemeinschaft der Thüringer Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren, 2022).

Speziell für den beabsichtigten Folgeprozess der Psychiatrieplanung dient der gesundheitspolitische Aktionszyklus „Public health action cycle“ (PHAC) als Rahmenmodell, um die psychische Gesundheit der Bevölkerung durch gezielte Maßnahmen zu verbessern (Hartung & Rosenbrock, 2026). Im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird der der PHAC vielfach angewendet. Aufgegliedert in vier Phasen ist er zur Analyse, Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen einsetzbar. Der vorliegende Psychiatriebericht ist der Auftakt für diesen Prozess, der partizipativ nach Abschluss des Berichtes angestoßen wird.

2 Erhebungsmethoden

Der 4. Erfurter Psychiatriebericht stellt unter anderem die in Erfurt für Menschen mit psychischen Störungen verfügbaren Angebote in allen Versorgungsbereichen dar. Grundlage hierfür sind zunächst der bestehende Erfurter Psychiatrie- und Suchtwegweiser sowie weitere von den Einrichtungen veröffentlichte Informationen, darunter öffentlich zugängliche Sach- und Qualitätsberichte. Auch die ab dem Jahr 2023 jährlich erstellte Suchthilfestatistik wurde auf der Basis von Sachberichten und den EBIS Kerndatensätzen[1] der Leistungserbringer für den Psychiatriebericht zusammengefasst. Zusätzlich wurden die Qualitätsberichte der beiden Erfurter Krankenhäuser (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024b) ausgewertet. Ergänzend standen Daten wissenschaftlicher Einrichtungen (u.a. Robert-Koch-Institut, Weltgesundheitsorganisation), von Bundes- und Landesbehörden (z.B. Informationsangebote des Thüringer Landesamtes für Statistik, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte), Körperschaften des öffentlichen Rechts (z.B. gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen) sowie Bundesverbänden gemeinnütziger Organisationen zur Verfügung, die weitere Zugänge zur Beschreibung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Erfurt eröffneten. Die Auswahl der Indikatoren erfolgte nach inhaltlicher Relevanz sowie nach Verfügbarkeit und Aktualität der Daten.

Angaben zur **ambulanten medizinischen Versorgung** gesetzlich Versicherter in Erfurt wurden über die **Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT)** erstmals im August 2024 angefragt. Hierbei wurden für die Stadt Erfurt Angaben zu den häufigsten Behandlungsanlässen in der hausärztlichen, nervenärztlichen und psychotherapeutischen Praxis, zur Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, zur Anzahl von über die Terminservicestellen vergebenen Termine für den Bereich psychischer Störungen erbeten. Zudem wurde die Zahl der betroffenen Menschen, die an der substitutionsgestützten Behandlung von Opioidabhängigen teilnahmen sowie zur Anzahl und Qualifikation der entsprechenden ärztlichen Leistungserbringer erfragt. Die Übermittlung dieser Versorgungsdaten erfolgte im Februar und August 2026 in anonymer, aggregierter Form für gesetzlich Versicherte in der Stadt Erfurt. Es wurden keine personenbezogenen Daten übermittelt, die einzelne Menschen identifizieren würden. Daten liegen für den Zeitraum 2015 bis 2024 vor. Die Auswertung erfolgte deskriptiv über Excel.

Darüber hinaus wurden zwei weitere Datenquellen selbst erschlossen: Die **Evaluation des gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes** wurde als anonyme Onlinebefragung der Akteure im Bereich der Gemeindepsychiatrie konzipiert. In Zusammenarbeit mit dem Amt für Informationstechnik und Statistik, Abteilung Statistik und Wahlen, wurde in einem aufwendigen Verfahren eine Systematik für die Befragung entwickelt und technisch umgesetzt. Hierfür wurden 14 relevante Versorgungsbereiche

- Arbeit 1 (Zuverdienst und Inklusionsbetrieb)
- Arbeit 2 (Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Anderer Leistungsanbieter)

[1] Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe

- Assistenzdienste
- Beratung
- Gesetzliche Betreuung
- Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen
- Personenzentrierte Komplexleistungen
- Pflegenetz
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege
- Rehabilitation
- Selbsthilfe
- Streetwork
- Tagesstätten sowie
- Wohnen

identifiziert. Je Bereich wurde ein Fragebogen erarbeitet, der folgende Themen beinhaltet:

- Geschlecht und Alter der versorgten Personengruppen
- Häufigkeit von Diagnosen, die psychische und Verhaltensstörungen beschreiben
- Häufigkeit der Leistungen nach Lebensbereichen betreuter Personen
- Finanzierung der Leistungen
- Pflegegrad der betreuten Personen
- Dauer der Inanspruchnahme der Leistungen
- Hinderungsgründe für Versorgung
- Sozialraum, in dem die Leistung erbracht wird
- Gesundheitsbezogene Aufnahmeeinschränkungen
- Wartelisten
- Angebotene Beschäftigungsmöglichkeiten
- Anzahl der das Angebot nutzenden Personen
- Weiterführung in sozialversicherungspflichten Beschäftigungsverhältnissen
- Anzahl betreuter Personen
- Verbindende Themen in Selbsthilfegruppen
- Rahmenbedingungen Selbsthilfe
- Ziele von Selbsthilfe
- Allgemeine Aktivitäten und Herausforderungen in der Tätigkeit
- Zukünftige Anliegen und Veröffentlichung der Angebote

Neben quantitativen Angaben zu Leistungsumfang, Anzahl und Charakteristika der Nutzenden enthielt jeder themenbezogene Fragebogen auch offene Antwortmöglichkeiten, die qualitativ ausgewertet werden können. Die Befragung wurde als anonyme Online-Befragung im Zeitraum vom 29.10. bis 28.11.2025 durchgeführt. Hierzu wurden die in Erfurt in den Versorgungsbereichen tätigen Einrichtungen per E-Mail kontaktiert, auf die Befragung hingewiesen und um die Teilnahme gebeten. Eine besondere Herausforderung bestand darin, insbesondere bei Trägern und Einrichtungen mit Angeboten in verschiedenen Leistungsbereichen, die durch unterschiedliche Fragebögen erfasst wurden, die am ehesten auskunftsfähige Person zur Beantwortung der spezifischen Fragenbögen zu identifizieren und zu informieren. Auch war es erforderlich, je Leistungsbereich und Träger die Fragebögen jeweils separat zu beantworten. Insgesamt lagen 109 beantwortete Fragebögen vor, davon 107 digital und zwei in schriftlicher Form.

Die Übersicht der Evaluationsmethoden verdeutlicht, dass der **4. Erfurter Psychiatriebericht** mittels eines sehr komplexen Prozesses auf eine umfassende Datenerfassung ausgerichtet war. Ergebnisse des Prozesses zeigen auf, dass für bestimmte kommunale Versorgungsbereiche nur eingeschränkt oder keine Informationen zu erhalten waren, die auch mittels eigener systematischer Onlinebefragung von 14 Versorgungsbereichen nur teilweise erfasst werden konnten. Zudem konnten erstmals Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen für den niedergelassenen medizinisch-therapeutischen Bereich die Basis der Datenquellen verbreitern. Neben öffentlich zugänglichen Berichten, jährlichen Sachberichten von Erfurter Leistungserbringern und weiteren Drittquellen schafft der Bericht damit eine sachliche Grundlage für die Analyse lokaler Versorgungsstrukturen.

3 Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung

„Unsere Städte dürfen nicht nur für gesunde Bürger, Erwachsene und berufstätige Bürger geplant und gebaut und eingerichtet werden, sondern ebenso für alle anderen Gruppen der Bevölkerung, also auch für die städtischen Minderheiten. Dann aber auch für die in besonderer Weise schutzbedürftige und relativ kleine Minderheit der schwer seelisch Kranken und der chronisch seelisch Behinderten unter uns Stadtbürgern. Dieser Minderheit für den Regelfall in der Stadt selbst ambulant wie stationär die ärztliche Versorgung anzubieten und ihr Wohnen in einer normalen Wohnung, im Ausnahmefall in einer Wohngruppe oder einem Wohnheim sicherzustellen, ist zunächst ein gesundheitspolitisches Gebot." (Martini, 1986, S. 16) Dieses Eingangsstatement formulierte H. Martini bereits 1986 auf der Tagung „Psychiatrie in der Gemeinde - Die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts" in Bonn.

Wie bereits im Kapitel 1 angedeutet, braucht es Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung, die als Basis übergreifender Ziele für die Stadt Erfurt dienen können. Die Hauptziele sind: Transparenz über lokale Versorgungsstrukturen vermitteln, deren Aufgaben und Wirkung erläutern, überblicksartige Zusammenhang über Versorgungsnetz gewährleisten, etwaige Versorgungsstärken und -schwächen extrahieren (s. Kapitel 1 Ziele des 4. Erfurter Psychiatrieberichts). Dazu bedarf es eines gemeinsamen fachlichen und konzeptionellen Bezugsrahmens. Die Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung schaffen hierfür eine verbindliche Orientierung, indem sie zentrale Leitgedanken für die Gestaltung der psychiatrischen Versorgung in Erfurt beschreiben.

Schon im Jahr 1975, hatte die Psychiatrie-Enquete in der Bundesrepublik Deutschland eine grundlegende Reform der psychiatrischen Versorgung angestoßen. Ziel war eine gemeindenahe und integrative Behandlung psychisch erkrankter Menschen auf dem Gebiet der damaligen Bundesrepublik. Die zentralen Prinzipien der Psychiatrie-Reform wurden wie folgt festgelegt:

- Gemeindenahe Versorgung
- Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken
- Koordination/ Zusammenarbeit /Planung aller Versorgungsdienste
- Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen und
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken (Deutscher Bundestag, 1975)

Ergänzend zu diesen Grundsätzen sind die Rodewischer Thesen zu benennen, die bereits im Jahr 1963 sehr ambitioniert mit sozialpsychiatrischem Ansatz eine Reform der Großpsychiatrien in der DDR anstrebten (Sächsisches Krankenhaus Rodewisch, 1963).

Diese Grundgedanken prägen auch heute noch die gemeindepsychiatrische Versorgung in Deutschland und bilden einen Orientierungsrahmen u.a. für dessen Weiterentwicklung anhand eines gemeinsamen Verständnisses. Gemeindenahe Versorgung bedeutet insbesondere, medizinische und therapeutische Behandlung und Betreuung im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen zu ermöglichen. In Erfurt zu wohnen, zu arbeiten, Freizeit zu gestalten und soziale Kontakte zu pflegen und gleichzeitig vor Ort medizinische, therapeutische und sozialpädagogische Unterstützung zu erhalten, das beschreibt den Kern gemeindepsychiatrischer Versorgung. Aufgaben, die früher überregionalen spezialisierten Einrichtungen vorbehalten waren, werden zunehmend wieder in die Verantwortung der Kommune und damit in das unmittelbare gesellschaftliche Umfeld psychisch erkrankter Menschen zurückverlagert (Landeshauptstadt Erfurt, 2024).

Auch in aktuellen Gesetzen finden sich Grundprinzipien der Rodewischer Thesen und der Psychiatrie-Enquete wieder. Zu nennen sind hier die UN-BRK sowie das Bundesteilhabegesetz, die unter anderem Teilhabe, Gemeindenähe und das Wunsch- und Wahlrecht als verbindliche Maßgaben formulieren. Weiterführende Informationen zu den genannten Gesetzlichkeiten finden sich im folgenden Kapitel.

4 Rechtliche Rahmenbedingungen

Für die Erbringung von Hilfen im Bereich der Gemeindepsychiatrie gibt es verschiedene rechtliche Grundlagen, die sich teils seit der Veröffentlichung des 3. Erfurter Psychiatrieberichts weiterentwickelt haben. In diesem Kapitel folgt ein Überblick mit kurzer Erläuterung über die wichtigsten rechtlichen Grundlagen.

Der **öffentliche Gesundheitsdienst** dient dem Schutz und der Förderung der Gesundheit innerhalb der Bevölkerung. Diese Ziele sind in unterschiedlichen Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien verankert, die auf Landes-, Bundes- oder Europarecht beruhen oder Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umsetzen. Menschen mit psychischen Störungen haben oftmals einen besonderen Unterstützungsbedarf. Sie bilden eine besonders benachteiligte gesellschaftliche Gruppe.

Die **Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten** (GesDV TH 1998) gilt für Thüringen. Gesundheitsämter bieten lt. § 8, Abs. 1 Punkt 5 GesDV TH 1998 folgende Hilfen an: „*gesundheitliche Beratung für Menschen, die an einer Sucht oder an einer psychischen Krankheit oder an einer Behinderung leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, sowie deren Angehörige über Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfe gewähren können*“. Ein neues Gesetz zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen ist aktuell noch im Gesetzgebungsverfahren. Das **Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Thüringer Gesundheitsdienstgesetz – ThürGDG)** befindet sich derzeit in der Anhörung (Stand Oktober 2026).

Das **Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen** (ThürPsychKG) wurde 2009 beschlossen. Eine weitere Änderung am 05.10.2022 hat ausschließlich § 14 ThürPsychKG abgeändert. Dieses Gesetz regelt Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen einschließlich der Unterbringung in Einrichtungen nach § 7 Abs. 1. Das Gesetz schreibt die Einrichtung eines Sozialpädiatrischen Dienstes in jeder Kommune vor. Weiterhin sorgt ein Psychiatriekoordinator oder eine Psychiatriekoordinatorin für die sachgerechte Planung sowie Koordination der Hilfen. Die Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes gehört zur Bemühenspflicht einer Kommune in Thüringen.

Das **Sozialgesetzbuch II** (SGB II) regelt die Grundsicherung für erwerbsfähige Arbeitssuchende. Das Bürgergeldsystem wurde ab 01. Juli 2026 durch das Grundsicherungsgeld ersetzt. Diese Leistung besteht aus Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur Eingliederung in Arbeit, die aus Steuermitteln finanziert ist. Die Bundesagentur für Arbeit und die Stadt Erfurt als kommunaler Träger sind gemeinsam verantwortlich für die Erbringung des Grundsicherungsgeldes. Sie sind als „Jobcenter“ der Anlaufpunkt für die Menschen. Das Grundsicherungsgeld dient lt. Gesetzestext § 1 SGB II Abs. 1 dazu „(…) ein Leben zu führen, dass der Würde des Menschen entspricht.“ Da sich das SGB II maßgeblich mit Leistungen zur Eingliederung in Beschäftigungsverhältnisse befasst, ist es besonders relevant für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die einen spezifischen Förderbedarf zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive aufweisen. Ein zentrales Element im Hilfesystem ist das integrierte Förderinstrument der ganzheitlichen

Betreuung (§ 16k SGB II). Es richtet sich an erwerbsfähige Leistungsberechtigte (Empfänger des Grundsicherungsgeldes), die aufgrund komplexer persönlicher oder sozialer Hürden besondere Schwierigkeiten haben, eine Arbeit oder Ausbildung aufzunehmen oder beizubehalten.

Mit dem neuen Förderinstrument § 16k SGB II - ganzheitliche Betreuung - wird den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten die Möglichkeit geboten, an allen Problemlagen, die sich auf ihre Beschäftigungsfähigkeit/Ausbildungsfähigkeit auswirken, zu arbeiten. Die ganzheitliche Betreuung erfolgt individuell und orientiert sich an den Bedarfen der teilnehmenden Person. Auch Interventions- und Beratungsformen ergeben sich aus den Bedarfen der teilnehmenden Person (Bundesagentur für Arbeit, 2023).

Weiterhin zu nennen ist hier auch § 16a Kommunale Eingliederungsleistungen. Zur Unterstützung bei Eingliederung in Arbeit kann auch hierüber psychosoziale Betreuung und Suchtberatung erfolgen (s. § 16 a Nr. 3 und 4 SGB II).

Das **Sozialgesetzbuch V** (SGB V) umfasst fast alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Hier sind u.a. die Leistungen zur Verhütung und zur Verhütung ihrer Verschlimmerung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten benannt: ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie, zahnärztliche Behandlung und Versorgung mit Zahnersatz, Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln, Physio-, Ergo- und Ernährungstherapie, Logopädie und medizinische Fußpflege, häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (§27 (1)). Für Versicherte mit schwerer psychischer Störung, die nicht in der Lage sind, medizinische Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, steht die Soziotherapie zur Verfügung (§37a). Zudem wurde die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §92 SGB V um Leistungen der „häuslichen psychiatrischen Krankenpflege“ ergänzt. Damit besteht die Möglichkeit, Menschen mit psychischer Störung durch ambulante Pflegedienste regelhaft mit Leistungen der ambulanten Krankenpflege zu versorgen. Die Verordnung dieser Leistungen erfolgt im Regelfall digital mittels elektronischer Verordnung. Die Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen als weitere Möglichkeit neben der fachärztlichen oder stationären psychiatrischen Versorgung ist ebenfalls gesetzlich festgeschrieben (§ 118 SGB V).

Seit Ende 2022 gilt **die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)**. Um Betroffenen schnell zu helfen, sollen alle für die Versorgung nötigen Gesundheitsberufe vernetzt werden: Seit der Überarbeitung der Richtlinie im Jahr 2025 reichen sechs Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten aus, um ein Netzwerk zu bilden. Neue Netzverbünde sind zwei Jahre zulässig ohne Kooperation mit einem Krankenhaus. Weitere Kooperation mit Fachkräften aus der Ergo- und Soziotherapie, Sozialpsychiatrischem Dienst sowie der psychiatrischen Krankenpflege oder Leistungserbringern der Eingliederungshilfe sollte angedacht sein (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025). In Thüringen existiert seit dem Jahr 2026 ein Netzverbund (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, 2026).

Im **Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention** (Präventionsgesetz PrävG) von 2015 wird neben anderen auch die Verhinderung, Früherkennung und nachhaltige Behandlung depressiver Störungen und die Verringerung von Tabak- und Alkoholkonsum als Gesundheitsziel im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention beschrieben. Im zugehörigen Leitfaden Prävention wird dieses Ziel u.a. im Bereich Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt als Verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung festgehalten (GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V, 2025). Auch Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien oder aus Familien mit einem psychisch kranken Elternteil werden als besonders wichtige Zielgruppe kommunaler Bemühungen benannt.

Das **Sozialgesetzbuch IX** (SGB IX) enthält die Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Mit der Abkehr vom Gedanken der Fürsorge wird seither vor allem das Ziel verfolgt, Selbstbestimmung und Teilhabe der Menschen mit Behinderungen je nach Bedarf zu unterstützen, zu ermöglichen oder zu fördern. Den Bedürfnissen von Menschen, die eine seelische Behinderung haben oder von ihr bedroht sind, soll hiermit Rechnung getragen werden. Zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung, zur sozialen Teilhabe sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen erbracht (§5). Die Leistungen dienen dem Ziel, die Behinderung, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft sowie die persönliche Entwicklung positiv zu beeinflussen (§4).

Im Zuge der Verfahrensvereinfachung ist für Rehabilitationsmaßnahmen nur noch ein einziger Antrag nötig, selbst wenn für verschiedene Leistungen unterschiedliche Stellen zuständig sind. Schon vor einer konkreten Antragstellung gibt es zudem die Möglichkeit einer niedrigschwelligen und unabhängigen Beratung. Die Beratung erfolgt von Betroffenen durch Betroffene, die somit eigene Erfahrungen weitergeben und individuelle Lösungsansätze finden können (Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung - EUTB). Seit Oktober 2026 wurde dieses Beratungsangebot zudem um die Möglichkeit einer erweiterten Unterstützung im Widerspruchsverfahren gestärkt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2026).

Zudem gibt es Persönliche Budgets, die für die Bereiche Arbeit, Bildung und soziale Teilhabe eingesetzt werden können. Dadurch werden die Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung weiter gestärkt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2023). So wurde die Eingliederungshilfe von der Sozialhilfe und damit von den Hilfen zum Lebensunterhalt gelöst und vom SGB XII in das SGV IX überführt. Zur Aktualisierung ist zu nennen, dass der vereinbarte Dialogprozess zwischen Bund, Ländern und Kommunen abgeschlossen ist und Empfehlungen zur Eingliederungshilfe erarbeitet wurden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2026).

Das **Bundesteilhabegesetz** (BTHG) brachte in einem mehrstufigen Reformprozess fundamentale Veränderungen für Menschen mit Behinderungen: Die Träger von Rehabilitationsmaßnahmen, also z.B. die Agentur für Arbeit oder die gesetzliche Rentenversicherung, sollen drohende Behinderung frühzeitig erkennen und gezielt

Präventionsleistungen anbieten, um diese zu verhindern. Zu diesem Zweck werden in Modellprojekten kontinuierlich neue Ansätze erprobt, die speziell auf die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen ausgerichtete Leistungen entwickeln, um bei den Betroffenen die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und somit eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Oftmals sind insbesondere Menschen mit psychischen Störungen, insbesondere Depressionen von verminderter Erwerbsfähigkeit betroffen.

Die folgende Übersicht listet alle Rehabilitations- bzw. Leistungsträger mit der jeweiligen Zuordnung von vier gesetzlich definierten Kategorien von Leistungen, die Menschen mit psychischen Störungen und gesundheitlichen Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhalten können, auf.

Tabelle 1: Übersicht aller Rehabilitations- bzw. Leistungsträger mit der Zuordnung von Leistungsgruppen; Quelle: BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020, S.35

Rehabilitations- bzw. Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Unterhaltsichernde und andere ergänzende Leistungen
Gesetzliche Krankenversicherung	✓			✓
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓		✓
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit		✓		✓
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓	
Träger der Eingliederungshilfe	✓	✓	✓	
Träger des sozialen Entschädigungsrechts[2]	✓	✓	✓	✓
Integrationsämter[3]		✓		

[2] Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge i. S. d. § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX; andere Bezeichnung ab 2024
[3] nicht Rehabilitationsträger, aber Sozialleistungsträger

Im **Sozialgesetzbuch XI** (SGB XI) wird die soziale Pflegeversicherung geregelt. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung umfassen neben der Pflegesachleistung für die häusliche Pflege durch Pflegedienste auch Pflegegeld für die selbst beschaffte Pflege, die Kombination von beidem, die vollstationäre sowie teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und die Leistungen zur sozialen Sicherung bzw. Fortbildung der Pflegeperson durch Pflegekurse. Leistungsträger der sozialen Pflegeversicherung sind die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen. In der aktuellen Praxis (Stand 2026) greifen im SGB XI (gemäß Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege) spürbare Entlastungen bei den Beratungspflichten für pflegende Angehörige (für Personen mit Pflegegraden 4 und 5) sowie neue Pauschalen für betreute Wohngruppen.

Im **Sozialgesetzbuch XII** (SGB XII) werden die gesetzlichen Bestimmungen zur Sozialhilfe geregelt. Diese beinhaltet Hilfen zum Lebensunterhalt, die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfen zur Gesundheit, Hilfen zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und in besonderen Lebenslagen. Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.

Im Jahr 2006 wurde durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (**UN-Behindertenrechtskonvention**, UN-BRK) angenommen. Die u.a. auch von Deutschland im Jahr 2009 ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen legt die Vorgaben für Behindertenpolitik fest. Sie umfasst das Recht auf Selbstbestimmung und Partizipation für Menschen mit Behinderungen und fordert eine barrierefreie und inklusive Gesellschaft. Die Konvention bezieht die allgemeinen Menschenrechte auf die speziellen Bedürfnisse und Lebenslagen von Menschen mit Behinderung. Damit hat sich ein Wandel vom staatlichen Fürsorgeprinzip zum Recht auf gesellschaftliche Teilhabe vollzogen.

Das **Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz** (AGG) verbietet eine Diskriminierung aufgrund einer Behinderung. Das **Behindertengleichstellungsgesetz** (BGG) wurde unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) weiterentwickelt. Das BGG gilt in erster Linie für alle Einrichtungen des Bundes und umfasst Regelungen im Bereich Bau, Verkehr und Kommunikation- und Informationstechnik. Ergänzt wird diese bundesrechtliche Basis durch das **Barrierefreiheitsstärkungsgesetz** (BFSG), welches seit Juni 2025 erstmal auch private Wirtschaftsakteure zur Barrierefreiheit bei ausgewählten digitalen Produkten und Dienstleistungen verpflichtet.

Auf Landesebene regelt das **Thüringer Gesetz zur Inklusion und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen** (ThürGIG 2019) diese Anforderungen für den Bereich des Freistaats Thüringen. Öffentliche Behörden sollen demnach bei der Gestaltung und Verständlichkeit von Informationen und Bescheiden auf Menschen mit Behinderungen, insbesondere mit Sinnesbeeinträchtigungen oder Lernschwierigkeiten Rücksicht nehmen.

Jedoch nicht nur auf nationaler Ebene ergaben sich in den letzten Jahren gesetzliche Neuerungen. Auch international sind sozialpolitische Entwicklungen erkennbar, die sich auf die gesellschaftliche Teilhabe und die Hilfeleistungen für Menschen mit psychischer Störung auswirken. Weltweit erhält das Thema psychische Gesundheit (und Sucht) einen

immer größeren Stellenwert (United Nations, 2015; Europäische Kommission, 2008). Im WHO European Framework for action on mental health 2021 – 2025 ist in den Zielen für eine nachhaltige Entwicklung für ein gesundes Leben und zur Förderung des Wohlbefindens in jeder Lebensphase abgebildet. Ein spezifisches Ziel ist es, die weltweite Sterblichkeit an nicht-übertragbaren Krankheiten – neben Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Lungenkrankheiten sind hier auch Demenz und psychische Störungen gemeint - um ein Drittel zu senken. Insbesondere der öffentliche Gesundheitsdienst soll mit soliden Strategien dazu beitragen, die die psychische Gesundheit bestimmenden Faktoren positiv zu beeinflussen und die Bedürfnisse derjenigen, die bereits von psychischen Störungen und psychosozialen Behinderungen betroffen sind zu berücksichtigen. Diese Faktoren liegen oftmals außerhalb des Bereiches Gesundheit selbst. Sie werden u.a. durch den sozialen und ökonomischen Status, Bildung und gesellschaftliche Ungleichheit bestimmt. Daher ist auch dieses Ziel eine Querschnittaufgabe für alle öffentlichen Akteure und kommunalpolitischen Verantwortlichen (WHO Regional Office for Europe , WHO European Framework for action on mental health 2021-2025, 2022).

Bereits im Jahr 2005 hatten sich in Helsinki Mitgliedstaaten der europäischen Region der WHO darauf geeinigt, der Zunahme psychischer Störungen gezielt entgegen zu wirken (WHO Regional Office for Europe, Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions, 2005). Politik und Praxis sollte folgende Aspekte umfassen: die Förderung des psychischen Wohlbefindens, die Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung, die Vorbeugung von Problemen der psychischen Gesundheit, die Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen, Bereitstellung umfassender und wirksamer Dienste und Interventionen, die den Nutzenden Beteiligungs- und Wahlmöglichkeiten bieten, sowie die Genesung und Eingliederung in die Gesellschaft von Menschen, die schwere psychische Gesundheitsprobleme erfahren haben. Mit dem Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden wurde besonderes Augenmerk auf die Belange junger Menschen und älterer Erwachsener, psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und die Prävention von Depression und Suizid gelegt (Europäische Kommission, 2008).

Zusammenfassung Kapitel 4 „Rechtliche Rahmenbedingungen“: Zusammenfassend zeigt sich, dass im Bereich der Leistungen für Menschen mit psychischen Störungen eine Vielzahl unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und Leistungsträger relevant ist. Bereits die Psychiatrie-Enquete, auf die in Kapitel “Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung“ verwiesen wurde, fordert eine Bündelung der bislang fragmentierten Leistungsbausteine zu ganzheitlichen und aufeinander abgestimmten Hilfen. Es ist anzunehmen, dass diese Absicht nur gelingen kann, wenn die in Erfurt bestehenden Strukturen und lokalen Gegebenheiten benannt und einbezogen werden. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die rechtlichen Rahmenbedingungen mit den Gegebenheiten vor Ort zusammenzuführen. Daher richtet das folgende Kapitel „Strukturdaten der Stadt Erfurt 2025“ den Blick auf Erfurt als konkreten Ort der Versorgung und schafft damit die Grundlage, um die zuvor beschriebenen rechtlichen Anforderungen mit dem regionalen Kontext zu verbinden.

5 Strukturdaten der Stadt Erfurt 2025

Die Zielstellung des 4. Erfurter Psychiatriebericht fordert einen erläuternden Überblick über die verfügbaren und fehlenden Versorgungsstrukturen im Bereich Psychiatrie und Suchthilfe. Dies erscheint nur im Zusammenhang mit der Betrachtung demografischer und sozialer Gegebenheiten in der Landeshauptstadt sinnvoll.

Mit 213.647 Einwohnenden, die verteilt auf 53 Ortsteile leben, ist Erfurt die größte Kommune Thüringens (Stand 31.12.2025). Seit 2013 ist die Bevölkerungszahl um mehr als 8.500 Personen angestiegen. Im Vergleich lebten 2025 mit 104.905 Personen weniger Männer in der Stadt als Frauen (110.615) (Landeshauptstadt Erfurt, 2025).

Erfurt ist auch eine alternde Stadt: Im Jahr 2025 betrug das Durchschnittalter 45,1 Jahre. Es ist damit binnen zehn Jahren um mehr als 0,5 Jahre gestiegen. Die zahlenmäßig größte Altersgruppe ist aktuell die der 18- bis 65-Jährigen. Diese umfasst 130.239 Personen (Landeshaupstadt Erfurt, 2025). Es wird erwartet, dass sie bis 2030 auf etwa 128.000 Personen und bis 2040 auf etwa 126.200 Personen sinken wird. Laut der aktuellen Bevölkerungsprognose der Landeshauptstadt Erfurt wird die Gruppe der über 65-Jährigen von derzeit 50.793 (2025) auf voraussichtlich 54.000 (2030) bzw. 55.200 Personen (2040) anwachsen (Landeshauptstadt Erfurt, 2026). Auch beim Durchschnittsalter setzt sich diese Entwicklung fort. Nach der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung des Thüringer Landesamtes für Statistik steigt das Durchschnittsalter der Erfurter Bevölkerung von 45,2 Jahren im Jahr 2025 auf voraussichtlich 46,0 Jahre im Jahr 2030 und 46,3 Jahre im Jahr 2040. Damit würde sich das Durchschnittsalter zwischen 2025 und 2040 um rund 1,1 Jahre erhöhen (Thüringer Landesamt für Statistik, 2021). Die Lebenserwartung liegt für im Jahr 2024 in Thüringen neugeborene Jungen bei 77,38 Jahren und für Mädchen bei 83,14 Jahren (Thüringer Landesamt für Statistik, 2025).

Seit 2013 ist die Arbeitslosigkeit kontinuierlich (Ausnahme 2021) gesunken: Sie lag vor zehn Jahren bei 8,6 Prozent oder 9.136 Personen. Darunter wurden 2.772 Langzeitarbeitslose und 638 schwerbehinderte Personen erfasst (Thüringer Landesamt für Statistik, 2020). 7.423 Personen waren im Jahresdurchschnitt 2025 arbeitslos gemeldet, hiervon waren 2.339 Personen langzeitarbeitslos und 466 schwerbehindert. Die Arbeitslosenquote in Erfurt betrug 6,3 Prozent und liegt damit geringfügig über dem Thüringer Durchschnitt (Thüringer Landesamt für Statistik, 2025).

Die durchschnittliche Haushaltsgröße liegt in Erfurt bei zwei Personen. Die Wohnungs- und Haushaltserhebung 2024 zeigte, dass etwa ein Viertel der Haushalte aus einer Person (15 Prozent Singles und 9 Prozent alleinstehende Rentnerinnen und Rentner) bestehen. Am häufigsten ist mit zusammen knapp 40 Prozent der Zweipersonenhaushalt, darunter zwei Personen ohne Kinder (21 Prozent) und Rentnerpaare (18 Prozent). In 24 Prozent der Erfurter Haushalte leben Kinder. Weitere 3 Prozent gaben an, alleinerziehend zu sein (Landeshauptstadt Erfurt, 2025)

Aktuelle Angaben zur Beschreibung der Lebenslagen der Erfurter Bevölkerung finden sich in der aktualisierten Fassung des Sozialstrukturatlas (Amt für Soziales & Amt für Informationstechnik und Statistik, 2026).

Zusammenfassung Kapitel 5 „Strukturdaten der Stadt Erfurt 2025“: Erfurt ist mit über 210.000 Einwohnerinnen und Einwohnern die größte Kommune Thüringens und weist eine alternde Bevölkerungsstruktur, eine moderate Arbeitslosenquote sowie überwiegend Zwei-Personen-Haushalte auf. Die Zahl der über 65-Jährigen wird in den kommenden Jahren weiter steigen, während die Gruppe der Erwerbsfähigen leicht zurückgeht. Diese Entwicklungen werden die sozialen und gesundheitlichen Bedarfe der Stadt prägen.

6 Psychische Störungen

Der folgende Abschnitt enthält einen Überblick über Begriffe aus dem Feld der psychischen Gesundheit und stellt Häufigkeiten und Besonderheiten der unterschiedlichen Erkrankungen bzw. Störungsbilder vor und enthält Informationen zu den häufigsten psychischen Störungsbildern.

6.1 Begriffsbestimmungen

Die Weltgesundheitsorganisation definiert **psychische Gesundheit** als einen *„Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann. Psychische Störungen stellen Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind (…).“* (Weltgesundheitsorganisation, 2019, S. 1) Psychische Gesundheit und Wohlbefinden werden nicht nur durch individuelle Merkmale beeinflusst, sondern auch durch die sozialen Umstände, in denen sich Menschen befinden und die Umgebung, in der sie leben (Weltgesundheitsorganisation 2019 zitiert nach (Robert Koch-Institut, 2021)).

Der Begriff der psychischen Störung orientiert sich an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und fasst behandlungsbedürftige seelische Leiden und Beeinträchtigungen zusammen (Wirtz, Psychische Störung, 2026). Hierunter fallen nicht nur die bekannten diagnostischen Bezeichnungen, wie z. B. Depression, Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit, sondern auch psychische Störungsphänomene bei körperlichen Erkrankungen, verschiedenartige Verhaltensstörungen des Kindesalters sowie Persönlichkeitsstörungen (Wirtz, Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2026). Diese umfassen beispielsweise die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) oder die Autismus-Spektrum-Störungen, die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und überwiegend im höheren Alter auftretende Demenz.

Eine psychische Störung liegt vor, sofern die Kriterien zur Einteilung, die hierfür herangezogen werden sollen, erfüllt sind. Hierfür werden international vor allem zwei Klassifikationssysteme genutzt: Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) wird von der Weltgesundheitsorganisation erstellt und veröffentlicht (Dilling, Mombour, Schmidt, & Coltart, 2015). Sie ist weltweit anerkannt. In Deutschland wird sie verbindlich zur Diagnosestellung genutzt. Auch zur Abrechnung ambulant oder stationär erbrachter Leistungen mit den Krankenkassen ist die Verschlüsselung einer Diagnose als ICD-10 Code nötig. Das diagnostische und statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM-5) wird von der American Psychological Association (APA) herausgegeben und vielfach in der klinischen Forschung eingesetzt (American Psychiatric Association, 2013). Beide Systeme verfolgen das Ziel, nachvollziehbare und überprüfbare Diagnosen abzuleiten, die Kommunikation in Forschung und Praxis zu verbessern und Entscheidungsprozesse z. B. bei der Indikationsstellung, Therapieplanung, Prognosestellung oder der Spezifikation von Kontraindikationen zu unterstützen. Zudem soll die Bereitstellung und Auswertung von epidemiologischen Daten z.B. zur Häufigkeit auftretender Störungen u.a. zur Ableitung von Vorsorge- und Versorgungsbedarf gefördert werden (Wirtz, Psychische Störung, 2026). Die Klassifikationssysteme werden regelmäßig überarbeitet und an neue wissenschaftliche

Erkenntnisse und gesellschaftliche Entwicklungen angepasst.[4] Damit ändern sich z.T. auch Definitionen oder Kriterien für das Vorhandensein einer Störung, was die Vergleichbarkeit der Angaben im Zeitverlauf schwierig macht.

Tabelle 2: ICD-10-GM Version 2023, Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); Quelle: (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022)

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	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-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
F00.-*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F02.-*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) kann genutzt werden, um die Folgen von Erkrankungen für die funktionale und soziale Gesundheit zu beschreiben (Weltgesundheitsorganisation, 2005). Sie ergänzt die nach ICD-10 (bzw. 11) gestellte Diagnose um die Bereiche Köperstrukturen und -funktionen und Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe und ermöglicht so eine genaue Beschreibung der Einschränkungen oder Ressourcen einer Person. Wechselwirkungen mit Umwelt- und personenbezogenen Faktoren des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells integrieren individuell übergreifende Lebenszusammenhänge. Das Modell ist universell auf alle Menschen anwendbar. Sogenannte Core Sets umfassen Listen von ICF-Kategorien, um alle relevanten Aspekte der Funktionsfähigkeit von Menschen mit einer spezifischen Gesundheitsstörung möglichst prägnant zu beschreiben. In deutscher Sprache sind derzeit Übersichten/ Core Sets zur Beschreibung für Depressionen, bipolare Störung, Schizophrenie, ADS und Autismus verfügbar (Bickenbach, Cieza, Selb, & Stucki, 2026).

6.2 Häufigkeiten und Folgen psychischer Störungen

Genaue Angaben zur Häufigkeit psychischer Störungen sind schwer zu erheben. Daten aus den Jahren 2009 bis 2012, die im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) im Rahmen von Telefoninterviews erhoben wurden, schätzen die Gesamtprävalenz erwachsener Männer und Frauen zwischen 18 und 79 Jahren auf 27,8 Prozent in den 12 Monaten vor der Untersuchung. Ein Drittel der Frauen und 22 Prozent der Männer erfüllte hierbei die Kriterien für mindestens eine psychische Störung (Jacobi F. , et al., 2016; Jacobi F. , et al., 2014). Mehr als die Hälfte der erfassten Personen hat eine

[4] ICD-11 seit 2022 in Kraft getreten. Fünf Jahre Übergangsfrist mit beiden Versionen möglich.

diagnostizierte psychische Störung. Etwa jede fünfte Person hat zwei Diagnosen und ca. jede zehnte Person hat drei, vier oder mehr als vier Diagnosen aus dem Spektrum psychischer Störungen. Eine häufige Kombination stellen Angst- und affektive Störungen (insbesondere Depressionen) dar. Hochgerechnet auf die Bevölkerung waren damit etwa 17,8 Millionen Menschen in Deutschland betroffen. Abbildung 1 zeigt die Häufigkeiten der Störungsbilder aus dem Zeitraum 2009 bis 2012.

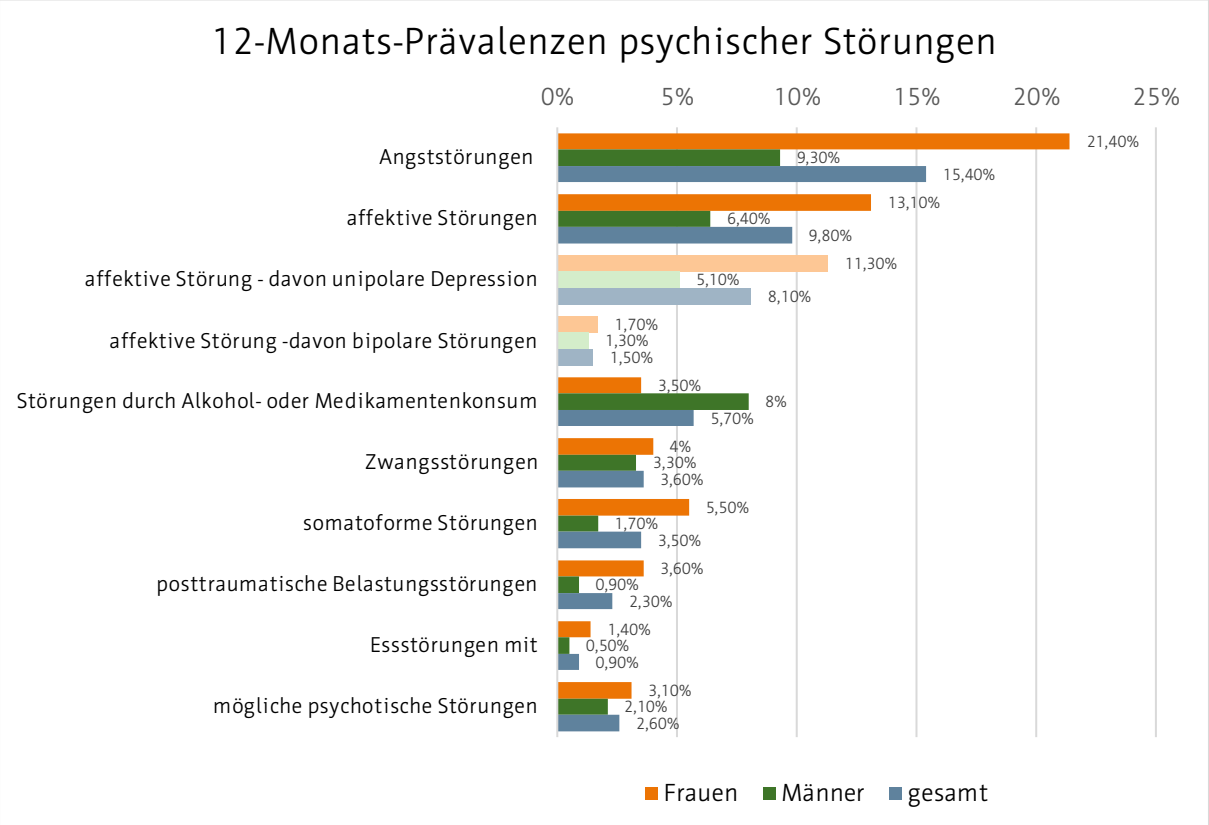


Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Quelle: Jacobi et al. 2016, eigene Abbildung

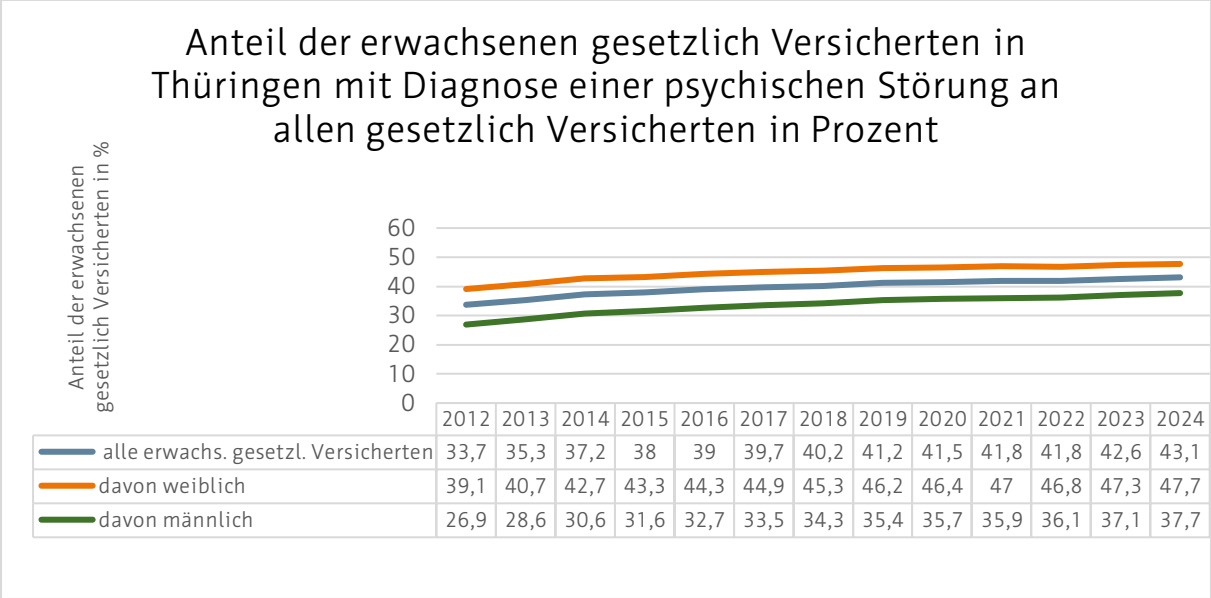
Auch neuere Daten aus dem Zeitraum 2020 bis 2023, die ebenfalls durch telefonische Befragung im Rahmen des Panels „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch Instituts erhoben wurden, zeigen eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Walther, et al., 2025). Hier gaben 22 Prozent der Erwachsenen eine depressive Symptomatik, 14 Prozent eine Angststörung und je 8 Prozent eine mittelschwere oder schwere depressive oder Angstsymptomatik an. Frauen, jüngere Erwachsene und Personen mit niedriger oder mittlerer Bildung waren besonders häufig betroffen. Die höchste Prävalenz (d.h. die Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums) für eine Depressions- oder Angstsymptomatik zeigten mit 47Prozent junge Frauen.

Als Indikator für die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung wird darüber hinaus die administrative bzw. Diagnoseprävalenz genutzt. Dies ist der Anteil der gesetzlich Versicherten, bei denen die Diagnose einer psychischen Störung in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung dokumentiert wurde. Dieser Wert ist nur eine Annäherung, da er dadurch beeinflusst wird, dass viele Betroffene keine Hilfe aufsuchen, psychische Störungen sowohl übersehen oder im Gegenteil überdiagnostiziert werden

(Mack, et al., 2014; Mitchell & Vaze, 2009; Piontek, Shedden-Mora, Gladigau, Kuby, & Löwe, 2018; Davis, Sudlow, & Hotopf, 2016).

Deutschlandweit wurde im Jahr 2024 bei 40,9 Prozent aller gesetzlich versicherten Erwachsenen eine Diagnose einer psychischen Störung vergeben. In Thüringen waren dies 43,1 Prozent der Erwachsenen, darunter mit 47,7 Prozent deutlich mehr weibliche Personen verglichen mit 37,7 Prozent bei Männern[5]. Thüringen belegt damit im deutschlandweiten Vergleich hinter allen ostdeutschen Bundesländern einschließlich Berlin den sechsten Rang.

Im Zeitraum von 2012 bis 2024 nahm in Thüringen der Anteil von Erwachsenen von 33,7 Prozent um 9,4 Prozent zu. Der Zuwachs war bei Männern mit 10,8 Prozent größer als bei Frauen mit 8,6 Prozent (s. Abbildung 2). Geschlechterunterschiede reduzieren sich im Zeitverlauf. Eine Ursache könnte in steigender Inanspruchnahme, Entstigmatisierung psychischer Störungen, einer Zunahme der Diagnose- oder Behandlungsdauer mit veränderter Kodierpraxis in den Praxen liegen (Robert Koch-Institut, 2025).



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
alle erwachs. gesetzl. Versicherten	33,7	35,3	37,2	38	39	39,7	40,2	41,2	41,5	41,8	41,8	42,6	43,1
davon weiblich	39,1	40,7	42,7	43,3	44,3	44,9	45,3	46,2	46,4	47	46,8	47,3	47,7
davon männlich	26,9	28,6	30,6	31,6	32,7	33,5	34,3	35,4	35,7	35,9	36,1	37,1	37,7

Abbildung 2: Anteil der erwachsenen gesetzlich Versicherten in Thüringen mit Diagnose einer psychischen Störung an allen gesetzlich Versicherten in Prozent. Quelle: Robert Koch Institut 2025, eigene Abbildung

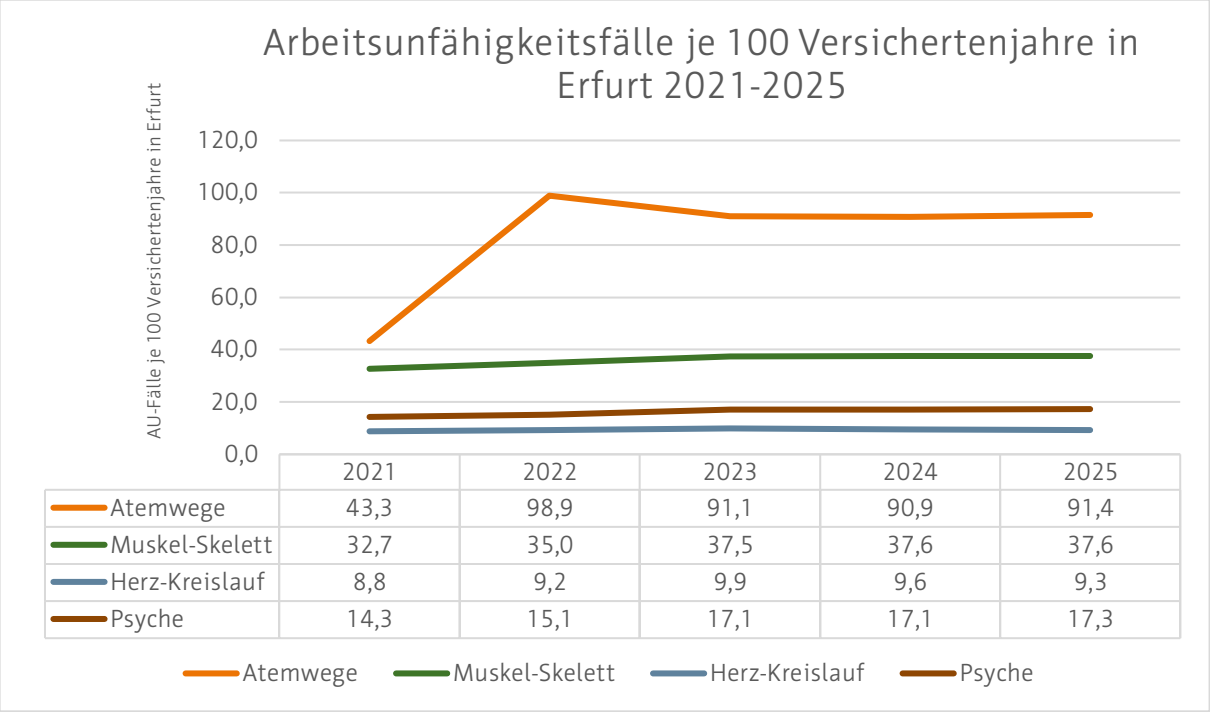
Die Entwicklung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen auf der Grundlage von Abrechnungsdaten gesetzlich Versicherter in Deutschland zwischen 2012 und 2022 zeigen für die gesamte Gruppe psychischer Störungen einen Anstieg von 33,4 Prozent auf 37,9 Prozent. Das entspricht einem relativen Anstieg um 13,4 Prozent. Darüber hinaus wurden fünf vorrangige Diagnosegruppen betrachtet, deren zeitliche Verläufe ebenfalls als stabil beschrieben wurden: eine verringerte Häufigkeit wurde nur bei der Gruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29) von 1,1 Prozent auf 0,9 Prozent gezeigt, was einem relativen Rückgang um 11,6 Prozent entspricht. Angststörungen stiegen von 5,1 Prozent auf 6,7 Prozent (relative Zunahme um 30,7 Prozent), Depressionen nahmen von 12,1 Prozent auf 13,9 Prozent um relativ 14,7 Prozent zu, psychische und Verhaltensstörungen

[5] Angaben zur beobachteten Prävalenz in der Bevölkerung

durch psychotrope Substanzen (F10-F19) stiegen von 5,6 auf 7,5 Prozent um relativ 35,3 Prozent. Den größten Zuwachs zeigte die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung von 0,4 Prozent auf 0,9 Prozent mit relativ 115,8 Prozent mehr (Thom, et al., 2024).

Psychische Störungen sind einer der wichtigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit. Im Jahr 2024 waren sie nach Erkrankungen des Atmungs- und des Muskel-Skelett-Systems mit 17,4 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage auf dem dritten Rang der häufigsten Diagnosen bei den Versicherten der DAK. Das entspricht 342 Arbeitsunfähigkeitstagen je 100 Versicherten (Deutsche Angestellten Krankenkasse , 2025).

Für Thüringen liegt mit der Auswertung der Versichertendaten der AOK PLUS eine umfassende Datenbasis vor. Da diese Krankenkasse mehr als die Hälfte aller gesetzlich Versicherten in Thüringen betreut, können die Erkenntnisse als repräsentativ angesehen werden. Der Gesundheitsbericht der AOK PLUS weist jährlich die Anzahl der Fälle und Dauer von Arbeitsunfähigkeit der Thüringer AOK PLUS-Versicherten differenziert nach Landkreisen aus. Auch hier zeigt sich im Vergleich der vergangenen fünf Jahre, dass bei den Erfurter Versicherten bei der Anzahl der Fälle[6] die psychischen Störungen stabil an dritter Stelle nach Erkrankungen der Atemwege und des Muskel-Skelett-Systems und vor den Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen (s. Abbildung 3). Dieser Anteil ist zwischen 2021 und 2025 von 14,3 Prozent auf 17,3 Prozent gestiegen.

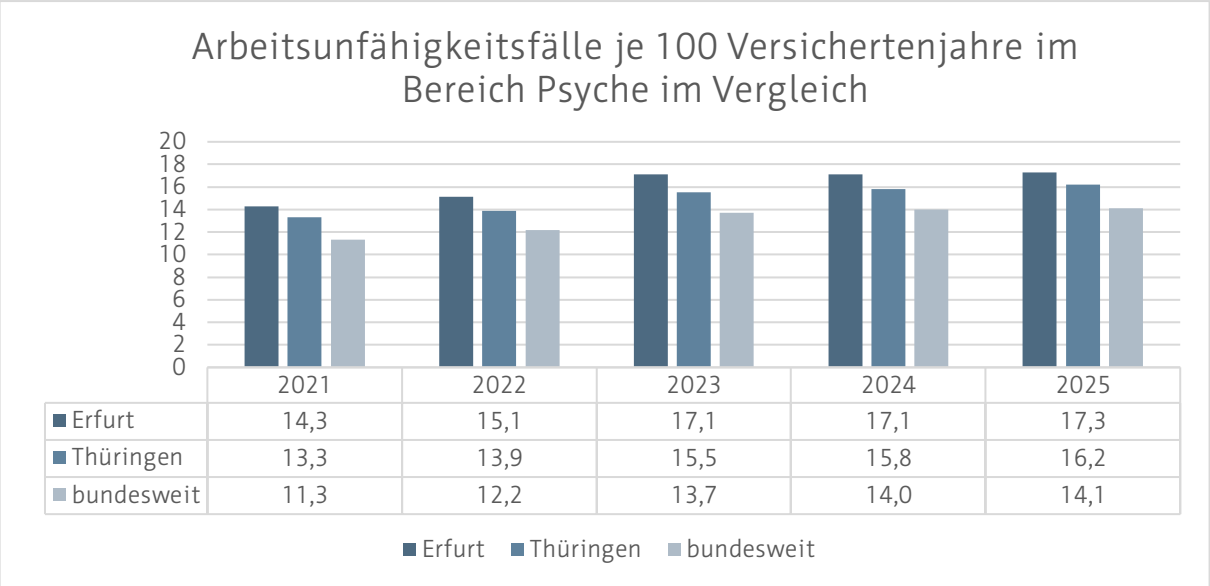


	2021	2022	2023	2024	2025
Atemwege	43,3	98,9	91,1	90,9	91,4
Muskel-Skelett	32,7	35,0	37,5	37,6	37,6
Herz-Kreislauf	8,8	9,2	9,9	9,6	9,3
Psyche	14,3	15,1	17,1	17,1	17,3

Abbildung 3: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versichertenjahre in Erfurt 2021-2025, Quelle: AOK PLUS Gesundheitsberichte 2021-2025

[6] Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versichertenjahre (Versicherte der AOK PLUS) in Erfurt

Abbildung 4 zeigt, dass die Anzahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit in Folge psychischer Erkrankungen in Erfurt im Vergleich mit AOK-Versicherten in Thüringen und im gesamten Bundesgebiet im gesamten Zeitraum höher war (AOK PLUS, 2021; AOK PLUS, 2022; AOK PLUS, 2023; AOK PLUS, 2024; AOK PLUS, 2025).

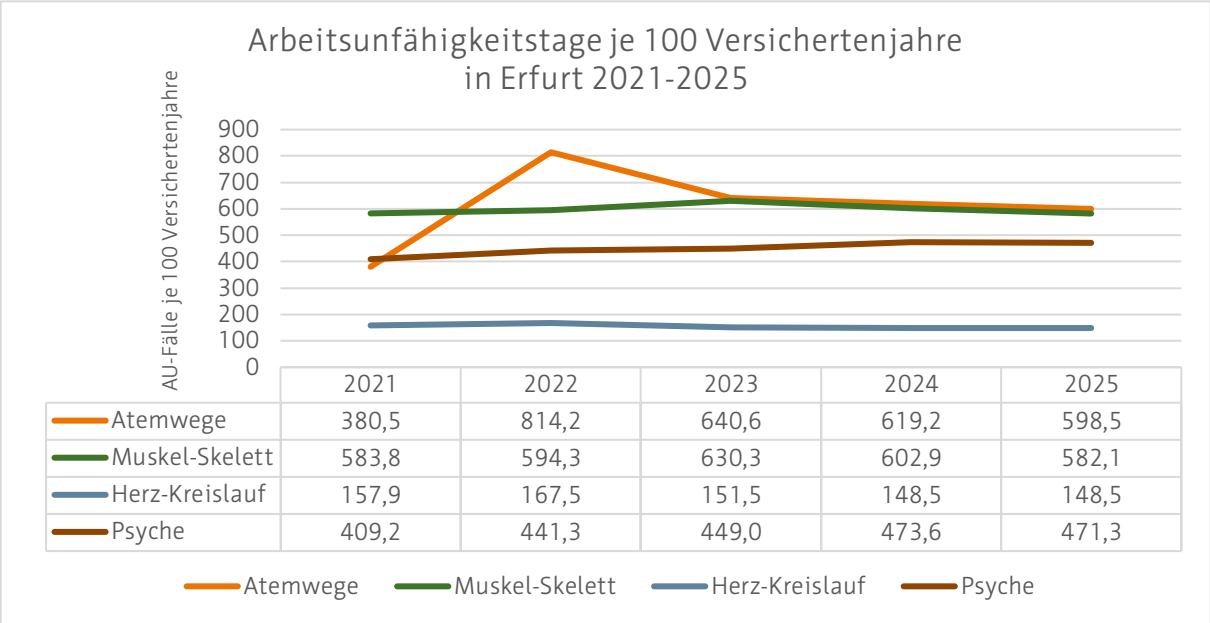


	2021	2022	2023	2024	2025
Erfurt	14,3	15,1	17,1	17,1	17,3
Thüringen	13,3	13,9	15,5	15,8	16,2
bundesweit	11,3	12,2	13,7	14,0	14,1

Abbildung 4: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versichertenjahre in Erfurt im Thüringer und bundesweiten Vergleich. Quelle: AOK PLUS Gesundheitsberichte 2021-2025

Auch bezogen auf die Anzahl der Fehltage liegt die Gruppe der psychischen Störungen in den letzten fünf Jahre konstant auf dem dritten Rang nach den Atemwegs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die Anzahl der mit psychischen Störungen verbundenen Fehltage[7] stieg für Erfurter AOK-Versicherte zwischen 2021 und 2025 von 409,2 auf 471,3 Tage je 100 Versichertenjahre (s. Abbildung 5).

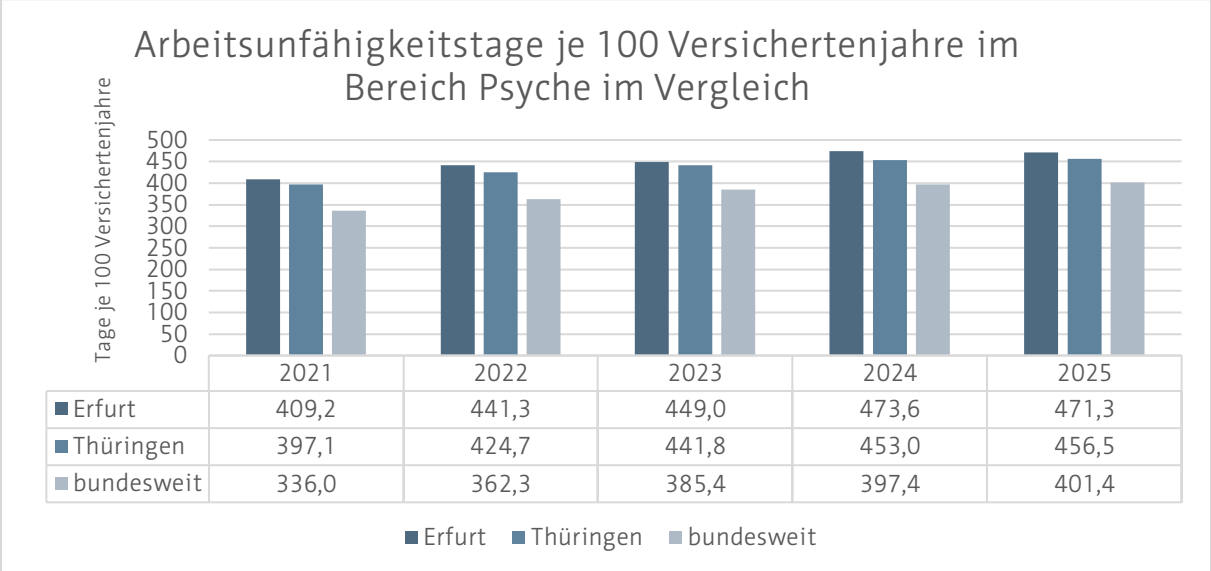
[7] Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre: beschreibt die durchschnittliche Häufigkeit von neuen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (Krankschreibungen) bezogen auf eine Gruppe von 100 Personen, die jeweils ein Jahr lang durchgehend bei einer Krankenkasse versichert waren.



	2021	2022	2023	2024	2025
Atemwege	380,5	814,2	640,6	619,2	598,5
Muskel-Skelett	583,8	594,3	630,3	602,9	582,1
Herz-Kreislauf	157,9	167,5	151,5	148,5	148,5
Psyche	409,2	441,3	449,0	473,6	471,3

Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre in Erfurt 2021-2025. Quelle: AOK PLUS Gesundheitsberichte 2021-2025

Auch hier zeigen sich für Erfurt jeweils höhere Werte als im Durchschnitt der Thüringer und aller AOK-Versicherten in diesem Zeitraum (s. Abbildung 6):



	2021	2022	2023	2024	2025
Erfurt	409,2	441,3	449,0	473,6	471,3
Thüringen	397,1	424,7	441,8	453,0	456,5
bundesweit	336,0	362,3	385,4	397,4	401,4

Abbildung 6: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre im Bereich Psyche im Vergleich 2021-2025. Quelle: AOK PLUS Gesundheitsberichte 2021-2025

Psychische Störungen betreffen in Deutschland einen großen Teil der erwachsenen Bevölkerung: Bereits ältere Erhebungen zeigen eine 12-Monats-Prävalenz von rund 28 Prozent, neuere Daten weisen zudem auf einen deutlichen Anstieg depressiver und angstbezogener Symptome hin. Besonders betroffen sind Frauen, jüngere Erwachsene und Menschen mit niedriger oder mittlerer Bildung, wobei gesellschaftliche Krisen und eine gestiegene Sensibilität für psychische Gesundheit als mögliche Einflussfaktoren diskutiert werden. Auch die Diagnoseprävalenz nimmt seit Jahren zu und liegt in Thüringen mit über 43 Prozent höher als im Bundesdurchschnitt, wobei vor allem Angst-, depressive und substanzbezogene Störungen zunehmen. Psychische Erkrankungen zählen zudem zu den

häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, mit in Erfurt überdurchschnittlich hohen Fallzahlen und Fehltagen. Psychische Erkrankungen führen zu hohen Kosten (Bombana, Heizel-Gutenbrunner, & Müller, 2022) und zu Einschränkungen der Lebensqualität (Schneider, Wien, & Weber-Papen, 2017).

Im nächsten Abschnitt werden die wichtigsten Gruppen psychischer Störungen vorgestellt, um diese Entwicklungen fachlich einzuordnen.

6.3 Gruppen psychischer Störungen

Der folgende Abschnitt enthält Informationen zu den häufigsten psychischen Störungsbildern.

Angststörungen (F40-F1) sind weit verbreitet. Menschen reagieren natürlicherweise mit Angst auf Gefahren. Sie ist ein Anpassungsmechanismus, der das Überleben sichert, indem Gefahren vermieden werden. Angst beeinflusst das Denken, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und die Gefühle, das Verhalten (z.B. durch Flucht oder Vermeidung) und führt zu körperlichen Reaktionen, wie Beschleunigung der Herz- und Atemfrequenz, Schwitzen oder Zittern (Wittchen & Jacobi, 2004). Als Angsterkrankungen oder Angststörungen werden Zustände bezeichnet, die auf einer andauernden Störung der Regulierungsfähigkeit der Angst-Stress-Reaktion beruhen.

Diese können zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen des Alltags und der Erwerbsfähigkeit führen. Hierzu gehören die Panikstörungen (bei 2,0 Prozent der Bevölkerung), die Angst vor bestimmten Orten oder großen Plätzen (4,0 Prozent), die soziale Phobie (2,7 Prozent) und die Generalisierte Angststörung (2,2 Prozent). Bei etwa der Hälfte der Angststörungen (10,3 Prozent) handelt es sich um spezifische Phobien, z.B. vor Tieren, Höhe, Spritzen oder dem Fliegen. Angststörungen treten am häufigsten gemeinsam mit Depressionen auf. Die Hälfte alle Personen mit der Diagnose generalisierte Angststörung hatte zusätzlich eine Depression (Wittchen & Jacobi, 2004). Frauen sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Die Gesundheitsausgaben, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden waren, stiegen für Angststörungen zwischen 2015 und 2023 von 1,72 Mrd. EUR auf 2,42 Mrd. EUR (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2026). Im Jahr 2021 wurden in Thüringer Kliniken 162 Fälle mit der Diagnose Phobische Störungen (ICD-10 F40) und 639 Fälle mit anderen Angststörungen (F41) behandelt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2023).

Unter den Begriff **Affektive Störungen** (F30-F39) werden Zustände zusammengefasst, deren zentrales Element die abnorme Veränderung der Stimmung ist. Diese werden häufig mit Änderungen der Motivation und des Aktivitätsniveaus begleitet. Depression und Manie werden als Extrempunkte eines Kontinuums verstanden: Während die **Depression** von gedrückter Stimmung, Verminderung von Freude, Interesse oder Antrieb gekennzeichnet ist, stellt sich die **Manie** als „*eine euphorisch überhöhte bis reizbare Gemütslage, gepaart mit einem übersteigerten Aktivitätsdrang*“ dar (Wirtz, 2026).

Bipolare affektive Störungen zeigen einen Wechsel von Episoden manischer oder depressiver Art, wobei depressive Phasen in der Gesamtdauer überwiegen.

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Weltweit nimmt die Bedeutung immer mehr zu, sodass die Depression als gesellschaftlich am meisten belastende Erkrankungsgruppe, vor den koronaren Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus, beschrieben wird (Wittchen, Jacobi, Klose, & Ryl, 2010).

Aus der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) geht hervor, dass im Land Thüringen mit 13 Prozent die Häufigkeit des Auftretens einer depressiven Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen im deutschlandweiten Vergleich am größten war (Robert Koch-Institut, 2022). Frauen sind etwas häufiger betroffen. Im Vergleich sind untere Bildungsgruppen bis zu dreimal (Frauen) bzw. viermal (Männer) häufiger betroffen als Personen der oberen Bildungsgruppe (Heidemann, et al., 2021). In einer Befragung aus der Zeit vor der Pandemie gaben 9,7 Prozent der Frauen und 6,3 Prozent der Männer an, innerhalb der letzten 12 Monaten von einer Ärztin oder einem Arzt die Diagnose einer Depression erhalten zu haben (Thom, Kuhnert, Born, & Hapke, 2017). Depressive Episoden treten häufig phasenweise auf, sie dauern unbehandelt meist bis zu drei Monate, können durch Medikamente und/oder Psychotherapie oftmals verkürzt werden. Bis zu 80 Prozent der Betroffenen erleben im Lauf der Zeit mehrere Episoden, bei 15 Prozent bis 30 Prozent kommt es zu einer chronischen Depression mit einer Dauer von mindestens zwei Jahren (Wittchen, Jacobi, Klose, & Ryl, 2010). Beeinträchtigung der subjektiven Gesundheit und verminderte Leistungsfähigkeit bis hin zur Arbeitsunfähigkeit, eine erhöhte Sterblichkeit durch Suizid, Unfall oder andere körperliche Erkrankungen, die mit einem depressionstypischen ungesunden Lebensstil verknüpft sind, kennzeichnen die Störung. Ökonomische Belastungen betreffen die Erkrankten und die Gesellschaft gleichsam: Affektive Störungen sind ein Hauptgrund für Frühberentungen (Durchschnittalter bei Rentenzugang ca. 50 Jahre) (Wittchen, Jacobi, Klose, & Ryl, 2010). **Bipolare affektive Störungen** wurden früher als manisch-depressive Erkrankung bezeichnet. Sie beginnen häufig in jungem Lebensalter und bleiben als schwere chronische Störung lebenslang bestehen. Der Wechsel von manischen und depressiven Episoden bedeutet für Betroffene eine starke Einschränkung und Behinderung der Lebensgestaltung. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer bipolaren Störung beträgt 1,5 Prozent bzw. als Lebenszeitprävalenz 3 bis 4 Prozent (Robert Koch-Institut, 2021).

Abhängigkeitserkrankungen unterscheiden sich zwischen stoffungebundenen (verhaltensbezogenen) und stoffgebundenen (substanzbezogenen) Süchten. Stoffungebundene Süchte beziehen sich auf Verhaltensweisen, die das Suchtverhalten verursachen, wie Essstörungen, pathologisches Glücksspiel, Medienabhängigkeit, Arbeitssucht oder Kaufzwang (Laging, 2023). Stoffgebundene Süchte betreffen den Konsum psychoaktiver Substanzen wie Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Tabak und Stimulanzien wie Koffein, Kokain oder Amphetamin. Stoffgebundene Süchte können in legale und illegale Suchtmittel aufgeteilt werden. Zu den legalen Substanzen gehören Alkohol, Nikotin Sedativa, zugelassenen Opioide und Inhalantien sowie teilweise Cannabis. Illegale Drogen umfassen Stimulanzien wie Kokain, nicht-zugelassene Opioide und Halluzinogene.

Sucht meint ein starkes Verlangen nach einer Substanz bzw. deren Wirkung, wobei der Konsum der Substanz Vorrang vor allen anderen Dingen hat und zu erheblichen

Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich und der körperlichen Gesundheit führt (Vernaleken & Schneider, 2017). Körperliche Abhängigkeit bei einigen Substanzklassen führt zur Toleranzentwicklung und kann zu Entzugssymptomen führen. Die Anfälligkeit für die Entwicklung einer Suchterkrankung wird zu etwa gleichen Teilen durch Umweltfaktoren und individuelle, genetische Faktoren bestimmt. Eine Übersicht der legalen und illegalen Substanzen stellt das Präventionszentrum der SiT Suchthilfe in Thüringen bereit[8]. Etwa 31,2 Prozent der Thüringer praktizieren mindestens einmal im Monat das sogenannte Rauschtrinken, also den Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken (60g reiner Alkohol) bei einer Gelegenheit (Männer 38 Prozent, Frauen 25,5 Prozent) (Lange, Manz, & Kuntz, 2017). Dieses Verhalten wird im Alter zwischen 18 und 29 Jahren besonders häufig gezeigt (Robert Koch-Institut, 2022). Ein riskanter Konsum, das heißt ein täglicher Konsum von Reinalkohol von mehr als 10 Gramm bei Frauen und mehr als 20 Gramm bei Männern (Lange, Manz, Rommel, & Mensink, 2016), findet sich bei 10 Prozent der Frauen und 18 Prozent der Männer in Thüringen, am häufigsten im Alter ab 45 Jahren.

Der Oberbegriff **somatoforme Störung** umfasst eine Gruppe psychischer Störungen, die mit körperlichen Symptomen ohne organische Ursache einhergehen, oder bei der eine tatsächlich vorhandene Störung nicht die Art und das Ausmaß einer körperlichen Störung erklären kann (Pschyrembel Online, 2026). Sie zeigen sich häufig als Schmerzzustände in unterschiedlichen Körperregionen, als funktionelle oder pseudoneurologische Organstörungen oder werden dem Formenkreis der chronischen Erschöpfung oder Müdigkeit zugeordnet. Betroffene wünschen oftmals weitergehende medizinische Diagnostik trotz unauffälliger Befunde und geben Ängste um die Gesundheit oder die Überzeugung, an einer ernsthaften somatischen Störung zu leiden, an. Somatoforme Störungen sind mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Diese stiegen zwischen 2015 und 2023 von 1,167 Mrd. auf 1,627 Mrd. Euro (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026). Es wird geschätzt, dass ein Drittel der Konsultationen bei Allgemeinarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern durch somatoforme Beschwerden verursacht werden. In Fachabteilungen von Kliniken mit neurologischem oder psychosomatischem Schwerpunkt seien es bis zu 40-45 Prozent der Konsultationen. Vorübergehende körperliche Beschwerden, die keiner ausreichend begründbaren Ursache zuzuordnen sind, treten in der Allgemeinbevölkerung als weit verbreitetes Phänomen auf. In einer Befragung in Dänemark gaben 89 Prozent der Männer und 95 Prozent der Frauen das Vorhandensein mindestens einer subjektiven Beschwerde an (Poulsen, et al., 2013). Etwa 4-10 Prozent der Allgemeinbevölkerung sollen die Diagnosekriterien für somatoforme Störungen erfüllen. Die aktuell verfügbaren Daten aus der DEGS-Befragung zur psychischen Gesundheit zeigen eine 12-Monatsprävalenz von 3,5 Prozent, wobei Frauen mit 4,9 Prozent gegenüber Männern (1,7 Prozent) sehr viel häufiger betroffen waren (Jacobi 2014 zitiert nach Veselinović und Schneider (2017)). Die Lebenszeitprävalenz wird mit 17 Prozent für Frauen und 9 Prozent für Männer angegeben. Häufig bestehen weitere Erkrankungen aus dem Bereich der Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Depressionen oder Substanzmissbrauch oder auch weitere körperliche Erkrankungen.

Als **Reaktionen auf schwere Belastungen und traumatische Lebensereignisse** werden drei Gruppen unterschieden: die **akute Belastungsreaktion**, die **Anpassungsstörung** und die **posttraumatische Belastungsstörung** (PTBS). Als PTBS werden psychische Störungen

[8] Siehe auf Webseite: https://praevention-info.de/drogerie/substanzen-und-ihre-wirkung

bezeichnet, die als verzögerte oder verlängerte Reaktion auf ein extrem belastendes Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung für Leib und Leben (z.B. Folter, Vergewaltigung, Unfall, Katastrophe, Trauma, Kriegshandlungen, schwere Vernachlässigungen) auftreten (Pschyrembel Online, 2026). Die Häufigkeit des Auftretens wird nach Vergewaltigung mit ca. 50–90 Prozent, nach anderen Gewaltverbrechen mit ca. 25 Prozent, bei Kriegsopfern und Soldaten mit ca. 20 Prozent und bei Opfern schwerer Verkehrsunfälle mit ca. 15 Prozent angegeben. Auswertungen von Sekundärdaten der BARMER ergaben für das Jahr 2017 unter den Versicherten eine Prävalenz von 0,7 Prozent (0,9 Prozent Frauen und 0,4 Prozent Männer). Verglichen mit dem Wert von 0,3 Prozent im Jahr 2008 hat sich die Häufigkeit der Diagnose mehr als verdoppelt (Bachmann, Czwikla, Jacobs, Fegert, & Hoffmann, 2021). Eine ältere epidemiologische Untersuchung schätzte die 1-Monats-Prävalenz auf 2,3 Prozent, wobei die Gruppe der über 60-jährigen in 3,4 Prozent und die Gruppe der 14-29-jährigen in 1,3 Prozent der Fälle das Vollbild einer PTBS zeigte. Die Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges werden als Grund für die Häufung in den höheren Jahrgängen gesehen (Maercker, Forstmeier, Wagner, & Brähler, 2008). Eine systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse zur Prävalenz der PTBS unter neu in Deutschland angekommenen Geflüchteten und Asylsuchenden, die 31 sehr heterogene Studien zusammenfasste, ergab das Vorhandensein entsprechender Symptome bei 29,9 Prozent (Konfidenzintervall KI 20,8–38,7 Prozent) und damit eine viel größere Prävalenz als in der Allgemeinbevölkerung (Hoell, et al., 2021). Die PTBS tritt häufig gemeinsam auf mit anderen psychischen Störungen wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Depressionen und Suizidalität, d.h. die „Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder auch Gruppen von Menschen, die in ihren Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder Unterlassen einer lebenserhaltenden Maßnahme den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf 2006, S. 287 zitiert nach (Neuner & Schneider, 2017)).

Der Begriff der **Essstörung** umfasst verschiedene Störungsbilder: **Anorexia nervosa** (Magersucht) bedeutet ein extremes Untergewicht, das durch aktiv eingesetzte Maßnahmen zur Reduktion des Gewichts herbeigeführt wird. **Bulimia nervosa** (Ess-Brech-Sucht) führt zu einem Kreislauf aus Heißhungerattacken und Nahrungsrestriktion. Beide Störungen treten häufiger bei Menschen weiblichen Geschlechts auf: Anorexia nervosa wird bei Frauen viermal häufiger (1,2 Prozent) gefunden als bei Männern. Bulimia nervosa ist mit 0,3 Prozent bei Frauen und 0,1 Prozent bei Männern deutlich seltener. Die **Binge-eating-Störung** führt zu oftmals extremem Übergewicht durch Aufnahme extremer Nahrungsmengen, ohne folgende Maßnahmen zur Gewichtsreduktion. Depressive Störungen, Suchterkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen treten häufig in Kombination mit einer Essstörung auf. Merkmale von Essstörungen können eine gestörte Körperwahrnehmung, intensive Beschäftigung mit dem Thema Essen, Gewicht und Figur, Selbstwertprobleme, Ängste, Schuldgefühle, eine stark ausgeprägte Leistungsorientierung oder Probleme bei Umgang mit Stress und Spannung sein (Wälte & Schneider, 2017).

Bei **Schizophrenien** kommt es typischerweise zu Beeinträchtigung der Kognition, der Stimmung, der Wahrnehmung und des Verhaltens, die im Verlauf in ihrer Ausprägung wechseln. Sie stellen eine Gruppe schwerer neuropsychiatrischer Störungsbilder dar. Pro Jahr erkrankt etwa eine von 10.000 Personen neu. Etwa ein Prozent der Bevölkerung ist im Laufe des Lebens von einer Schizophrenie betroffen. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Die Störung bei Männern beginnt oft zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr. Frauen erkranken ebenfalls oft zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr oder nach der Menopause (bzw. 29. Lebensjahr bei Frauen). Personen mit Schizophrenie haben oft einen

niedrigeren sozio-ökonomischen Status und niedrigeren Bildungsabschluss, da aufgrund des frühen und langwährenden Erkrankungsausbruchs Bildungschancen oft nicht genutzt werden können. Als Auslöser wird in 80 Prozent der Fälle eine genetische Ursache angenommen. Umweltfaktoren sind Störungen der Gehirnentwicklung, und der Konsum (illegaler) Drogen insbesondere Cannabis oder Amphetamin oder psychosozialer Stress im Jugend- und Erwachsenenalter. Symptome sind Störungen des Gedankengangs, Wahrnehmungsstörungen mit Halluzinationen (Stimmenhören), Wahnstimmung als Gefühl einer bedrohlichen oder bedeutungsvollen Stimmung, sowie weitere Störungen der Stimmung. Suchterkrankungen sind bei Personen mit Schizophrenien häufig, darunter v.a. die Substanztypen Tabak, Alkohol, Stimulanzien oder Cannabis. Die Lebenserwartung ist für Männer um zwölf und für Frauen um zehn Jahre verringert. Ursache hierfür sind Suizide, Unfälle oder körperliche Erkrankungen (Nickl-Jockschat & Schneider, 2017).

Demenzerkrankungen zeigen sich durch den Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit (z.B. von Gedächtnis, Sprache, Aufmerksamkeit und Konzentration) und Veränderungen der Persönlichkeit, der Emotionen und der sozialen Kompetenzen durch Abbau von Hirnstrukturen (Robert Koch-Institut, 2025). Die eigenständige Lebensführung und auch die Lebensqualität sind eingeschränkt. Auch sind Angehörige selbst stark belastet. Die Häufigkeit von Demenz nimmt mit zunehmendem Lebensalter zu. Somit steigt in einer alternden Gesellschaft auch die Zahl der Demenzerkrankten. Sie wurde für 2021 auf 1,8 Millionen Menschen geschätzt. Im Jahr 2022 hatten 2,8 Prozent der Menschen ab 40 Jahre eine diagnostizierte Demenz: Frauen waren mit 3,3 Prozent häufiger betroffen als Männer (2,4 Prozent). Menschen ab 65 Jahre waren in 6,5 Prozent der Fälle betroffen (Rommel, et al., 2025). Die Störung ist nicht heilbar. Es gibt unterschiedliche Ursachen: mit zwei Dritteln am häufigsten ist die Alzheimer-Demenz. Kleine Schlaganfälle können zu einer vaskulären Demenz führen. Eine Reihe von Risikofaktoren wurden identifiziert: soziale (niedriges Bildungsniveau, soziale Isolation) und umweltassoziierte Faktoren (Luftverschmutzung), verhaltensbezogene (Rauchen, körperliche Inaktivität, Alkoholrisikokonsum) und metabolische Risiken (Bluthochdruck, erhöhtes LDL-Cholesterin, Adipositas) sowie bestimmte Erkrankungen (Depressionen, Diabetes mellitus, Hör- und Sehverlust, Kopfverletzungen). Es wird vermutet, dass die Hälfte aller Fälle von Demenz durch die positive Beeinflussung der genannten Risikofaktoren verzögert oder vermieden werden könnten (Rommel, et al., 2025).

Das Resümee aus der Darstellung zentraler psychischer Störungen sowie deren Häufigkeit in Deutschland zeigt eine weite Verbreitung psychischer Störungen, wobei insbesondere Frauen, jüngere Erwachsene und Menschen mit niedriger oder mittlerer Bildung betroffen sind. Die steigende Diagnoseprävalenz, insbesondere von Angst- und depressiven Störungen, zeigt sich auch in Thüringen und Erfurt mittels überdurchschnittlich vieler Arbeitsunfähigkeitsfälle und Fehltage im bundesweiten Vergleich.

Zusammenfassung Kapitel 6 „Psychische Störungen“: Im bisherigen Bericht wurden die zentralen fachlichen, rechtlichen und bevölkerungsstrukturellen Grundlagen für die Analyse der psychiatrischen Versorgungssituation in Erfurt dargestellt. Ausgangspunkt ist dabei ein gemeindepsychiatrisches Verständnis von Versorgung, das die Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen möglichst in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld und unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezüge vorsieht. Damit verbunden ist der Anspruch, die unterschiedlichen, häufig fragmentierten Leistungsangebote zu einem bedarfsgerechten,

koordinierten und möglichst nahtlos ineinandergreifenden Hilfesystem zu verbinden. Ziel des vorliegenden Berichts ist es daher, Transparenz über die bestehenden Angebote in Erfurt herzustellen, ihre jeweiligen Aufgaben im Versorgungssystem zu beschreiben und auf dieser Grundlage Stärken und Lücken sowie Entwicklungspotenziale der lokalen Versorgung herauszuarbeiten.

Bereits die Betrachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen verdeutlicht, dass die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen durch ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Sozialleistungsträger, gesetzlicher Zuständigkeiten und institutioneller Strukturen geprägt ist. Diese Aufteilung ermöglicht eine differenzierte Leistungserbringung, birgt zugleich jedoch das Risiko von Schnittstellenproblemen, unklaren Zuständigkeiten und Versorgungslücken. Für betroffene Menschen kann es schwierig sein, sich innerhalb des komplexen Systems zu orientieren und die jeweils erforderlichen Hilfen zu erreichen. Eine zentrale Herausforderung gemeindepsychiatrischer Versorgung besteht somit darin, die verschiedenen Akteure und Leistungsbereiche so miteinander zu verknüpfen, dass trotz unterschiedlicher Zuständigkeiten ein zusammenhängendes und am individuellen Bedarf orientiertes Unterstützungssystem entsteht.

Die Betrachtung der Erfurter Strukturdaten verweist zudem auf Rahmenbedingungen, die für die zukünftige Ausgestaltung der Versorgung von besonderer Bedeutung sind. Insbesondere der demografische Wandel mit einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung sowie Veränderungen der Erwerbsstrukturen führen zu sich wandelnden und teilweise spezifischen Unterstützungsbedarfen. Gleichzeitig weisen die verfügbaren Daten auf eine hohe gesundheitliche und gesellschaftliche Relevanz psychischer Erkrankungen in Erfurt hin. Dies zeigt sich unter anderem in der hohen Bedeutung psychischer Störungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit und den damit verbundenen Fehlzeiten. Die lokalen Rahmenbedingungen unterstreichen damit die Notwendigkeit einer Versorgungsstruktur, die unterschiedliche Bedarfslagen berücksichtigt, frühzeitig erreichbar ist, niedrigschwellige Zugänge ermöglicht und die verschiedenen Hilfen wirksam miteinander verknüpft.

Aus diesen Befunden ergibt sich die Notwendigkeit, die gemeindepsychiatrische Versorgung in Erfurt nicht allein anhand des Vorhandenseins einzelner Angebote zu betrachten. Entscheidend ist vielmehr, wie die bestehenden Dienste und Einrichtungen im Gesamtsystem zusammenwirken, welche Zielgruppen sie erreichen, wie Übergänge zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen gestaltet sind und an welchen Stellen möglicherweise Zugangsbarrieren oder Versorgungslücken bestehen. Vor diesem Hintergrund richtet sich der Fokus des folgenden Kapitels auf die Beschreibung der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft der Landeshauptstadt Erfurt.

7 Gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz der Landeshauptstadt Erfurt



Abbildung 7: Überblick Gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur. Quelle: angelehnt an Erfurter Psychiatrie- und Suchtwegweiser, eigene Abbildung

Das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem in Erfurt (s. Abbildung 7), nach dem Vorbild des Wegweisers für Psychiatrie und Sucht (Landeshauptstadt Erfurt, 2024 / 2025), weist eine Vielzahl an psychosozialen, medizinischen, therapeutischen und rehabilitativen (Selbsthilfe)Angeboten auf. Diese reichen von niedrigschwelliger Beratung über ambulante und teilstationäre Hilfen bis hin zur stationären Behandlung und umfassen auch deren Vernetzung für Menschen mit psychischen Störungen sowie Personen, die davon bedroht sind. Die Vielfältigkeit findet sich im sprachlichen Zusatz "**gemeinde**psychiatrisch" wieder und bezieht sich auf sozialräumliche bzw. wohnortnahe und vernetzte Versorgung im Alltag von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern in Erfurt. Deutlich wird mit dem Begriff der gemeindepsychiatrischen Versorgung, dass es sich nicht um isolierte Einzelangebote handelt, sondern um ein Netz aus verfügbarer und erreichbarer Unterstützung, welches Menschen mit psychischen Störungen und ihre Angehörigen je nach Bedarf durch unterschiedliche Phasen von Unsicherheit, Orientierung, Stabilisierung und Teilhabe leiten soll.

Die folgenden Unterkapitel starten mit der Darstellung ambulanter Behandlung in den nervenheilkundlichen, neurologischen und psychiatrischen sowie den psychotherapeutischen Praxen Erfurts. Neben einem grundlegenden Einblick in die ambulanten Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT), die dem

Gesundheitsamt im Februar 2026 zur Verfügung gestellt wurden, liegt die Darstellung auf zwei Schwerpunkten: den psychiatrischen Institutsambulanzen der örtlichen Kliniken sowie der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Erfurterinnen und Erfurter. Ergänzt wird die Darstellung mit Häufigkeiten von Diagnosen psychischer Störungen im Bereich der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener in Erfurt.

Anknüpfend folgen die kurze Vorstellung stationärer und teilstationärer Versorgung, hier das HELIOS Klinikum Erfurt im Norden der Stadt und das Katholische Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt im Süden sowie ergänzende Formen. In den weiteren Kapiteln werden ambulante Heilmittel und pflegerische Leistung, die über Psychotherapie und somatische Pflege hinaus, in Erfurt verfügbar sind, vorgestellt.

Zudem werden ausgewählte gemeindepsychiatrische Angebote näher beschrieben, von Selbsthilfeangeboten, offenen Begegnungsstätten über Beratungsstellen bis hin zu Rehabilitationseinrichtungen. Ergänzend dazu informiert der Überblick zu Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur sozialen Teilhabe. Erkenntnisse aus der Onlinebefragung „Evaluation Versorgungsnetz“ geben nähere Einblicke in die praktische Arbeit mit Menschen mit psychischer Störung in Erfurt.

Zur Komplettierung der Angebotslandschaft für Menschen mit psychischen Störungen gehört auch die Krisenhilfe. Krisenintervention und -hilfe sind im Einzelfall Bestandteil der Angebote verschiedener Einrichtungen und Träger sowie des komplementären Versorgungssystems, beispielsweise des Rettungswesens. Eine übergreifende strukturelle Akutversorgung im Bereich der psychosozialen Soforthilfe wird in der aktuellen Diskussion in Thüringen hingegen als defizitär und lückenhaft beschrieben (Thüringer Landesfachbeirat für Psychiatrie, 2024). In diesem Zusammenhang werden auch aktuelle Entwicklungen zum Thüringer Krisendienst thematisiert.

Zum Abschluss des Kapitels zum Gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz der Landeshauptstadt richtet sich der Blick auf die bestehenden Vernetzungsstrukturen in Erfurt. Exemplarisch wird am Beispiel des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Erfurt (GPV Erfurt) dargestellt, wie verbindliche Kooperation und Vernetzung in diesem Bereich konkret gestaltet und gelebt werden.

7.1 Behandlung

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist nach Sektoren gegliedert. Im folgenden Abschnitt werden die unterschiedlichen Bereiche, die zur medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen zur Verfügung stehen, abgebildet. Neben den Möglichkeiten der ambulanten Behandlung werden auch stationäre Einrichtungen und therapeutische sowie pflegerische Leistungen vorgestellt.

7.1.1 Ambulante medizinische und psychotherapeutische Behandlung

Menschen mit psychischen Störungen stehen im Bereich der ambulanten Versorgung unterschiedliche Professionen zur Verfügung. Die Leistungen werden bei gesetzlich Versicherten von den Krankenkassen übernommen.

Ein wichtiger Baustein im Versorgungsprozess und idealerweise erste Anlaufstelle ist die hausärztliche Praxis (Zimmermann, 2023). Oftmals besteht ein längeres Vertrauensverhältnis, sodass die psychischen Beschwerden im Zusammenhang mit möglichen bestehenden körperlichen Risikofaktoren oder Erkrankungen betrachtet werden können. Außerdem kann hier eine weiterführende Diagnostik und Therapie eingeleitet werden. Mit der Zusatzqualifikation „psychosomatische Grundversorgung“ besteht für Fachärztinnen und Fachärzte aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin eine niedrigschwellige Möglichkeit, um Wechselwirkungen von körperlichen und psychischen Beschwerden zu erkennen und zu untersuchen, grundlegend zu behandeln und ggf. in die weiterführende Behandlung zu überweisen (Bundesärztekammer, 2018). Mehr als ein Drittel aller Behandlungsfälle werden jährlich in Thüringen im hausärztlichen Bereich versorgt (Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie, 2026) .

Als Spezialistinnen und Spezialisten für die weiterführende Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen arbeiten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen im Bereich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Gesetzlich Versicherte haben bei einer psychischen Störung – beispielsweise Depression, Angst- und Zwangsstörung oder Schizophrenie – Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2026).

Ärztinnen und Ärzte der Fachgruppe Nervenheilkunde haben eine mehrjährige Facharztausbildung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie abgeschlossen. Diese Facharztausbildung beinhaltete eine Doppelqualifikation von Psychiatrie und Neurologie und wurde nach der Wiedervereinigung aufgrund historisch verschiedener Systeme in der DDR und der BRD ab 1993 nicht mehr fortgeführt.

Zu den heutigen getrennten Facharztbezeichnungen gehören Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie untersuchen und behandeln Störungen der Gefühle, des Denkens, von Stimmung, Antrieb, Gedächtnis, Erleben und Verhalten. Die Betrachtung von psychischen Problemlagen erfolgt sowohl aus einer ursächlich körperlichen Perspektive über Erkrankungen des Nervensystems bzw. des Gehirns, als auch über psychologisches Verständnis. Sie dürfen Medikamente verschreiben und Einweisungen in Kliniken veranlassen (Neurologen und Psychiater im Netz, 2026). Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie beschäftigen sich mit Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Nervensystems. Bewegung, Sprache, Denken und Fühlen sind komplexe Vorgänge, die durch Veränderungen des Nervensystems mit dem Gehirn beeinträchtigt werden können. In der Vergangenheit waren beide genannten Fachgebiete unter dem Begriff Fachärztin bzw. Facharzt für Nervenheilkunde vereint.

Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beschäftigen sich mit der Erkennung, psychotherapeutischen Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingte körperlich-psychische Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind (Bayerische Landesärztekammer, 2026).

Das Gebiet **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen, sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden bis 18 bzw. 21 Jahre auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld (Bayerische Landesärztekammer, 2026).

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ein Studium der Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und anschließend eine therapeutische Ausbildung (drei bis fünf Jahre) absolviert. Nach einer Ausbildungsreform schließt an ein Bachelorstudium ein Master in Klinischer Psychologie und Psychotherapie an, welches ebenfalls um eine fünfjährige Weiterbildung ergänzt wird. Sie diagnostizieren und behandeln eigenständig psychische Störungen mit Krankheitswert mit wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren und können Ergo- und Soziotherapie sowie ambulante psychiatrische häusliche Krankenpflege und Klinikeinweisungen verordnen. Medikamente und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen können nicht ausgestellt werden (Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, 2026).

Daten und Fakten: Die Anzahl möglicher zugelassener Leistungserbringer, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen, ist auch im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung durch Nervenärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten begrenzt. Zur Planung der sog. Kassensitze wird als Planungsinstrument **der Versorgungsgrad**[9] (Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie, 2026) genutzt. Grundlage ist hier die Bedarfsplanungs-Richtlinie, die laufend aktualisiert wird (derzeitige Fassung vom 11.04.2026) (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2026). Die Abbildung 8 zeigt, dass in den letzten acht Jahren ein starker Rückgang des Versorgungsgrades im Bereich der Nervenärzte von über 170 Prozent auf aktuell 110 Prozent stattfand. Auch im Bereich der Psychotherapie gab es einen Rückgang, von knapp 127 auf 112 Prozent. Laut Einordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen liegen die Werte damit weiterhin am, beziehungsweise oberhalb vom Schwellenwert, ab dem in der Bedarfsplanung von Überversorgung ausgegangen wird.

[9] Der Versorgungsgrad wird in Prozent angegeben und drückt aus, wie bedarfsgerecht – durchschnittlich gesehen – das Niveau der vertragsärztlichen Versorgung in einem Planungsbereich ist. Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent entspricht lt. Behandlungsplanung einer bedarfsgerechten Versorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2026).

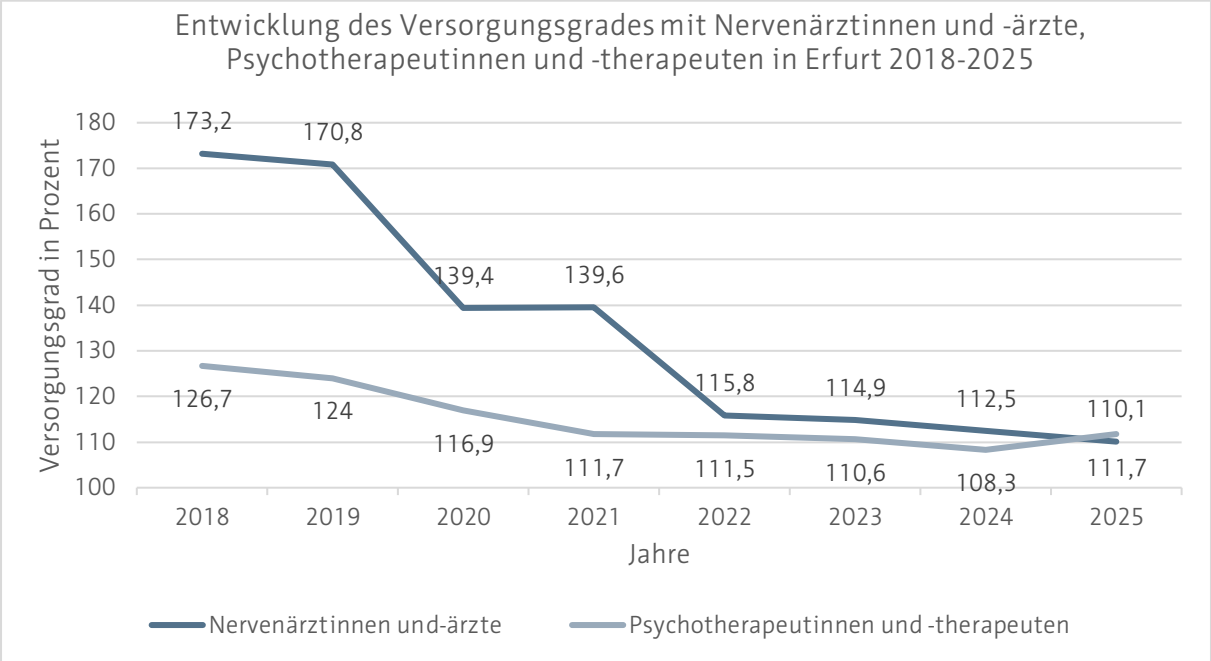


Abbildung 8: Entwicklung des Versorgungsgrades mit Nervenärztinnen und –ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Erfurt 2018-2025. Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform, Datenhalter: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Auf Landesebene zeigen die Versorgungsgrade für das Jahr 2024 (s. Abbildung 9) eine ungleichmäßige Verteilung der Versorgungskapazitäten. Insbesondere kreisfreie Städte wie Erfurt, Jena und Gera weisen vergleichsweise hohe Versorgungsgrade auf, während ländliche Regionen teilweise deutlich geringere Werte erreichen. Dies deutet auf strukturelle Unterschiede im Zugang zu Versorgungsangeboten hin. Relativiert wird dieses Gefälle dadurch, dass eine hohe Sogwirkung von Patientinnen und Patienten auf angrenzende Landkreise besteht, was in Erfurt Behandlungskapazitäten beansprucht (Deutsches Ärzteblatt, 2026). Zudem liegen die Versorgungsgrade im Bereich der Nervenheilkunde in mehreren Regionen über denen der psychotherapeutischen Versorgung, was auf unterschiedliche Versorgungsstrukturen und Verfügbarkeiten der jeweiligen Fachgruppen schließen lässt.

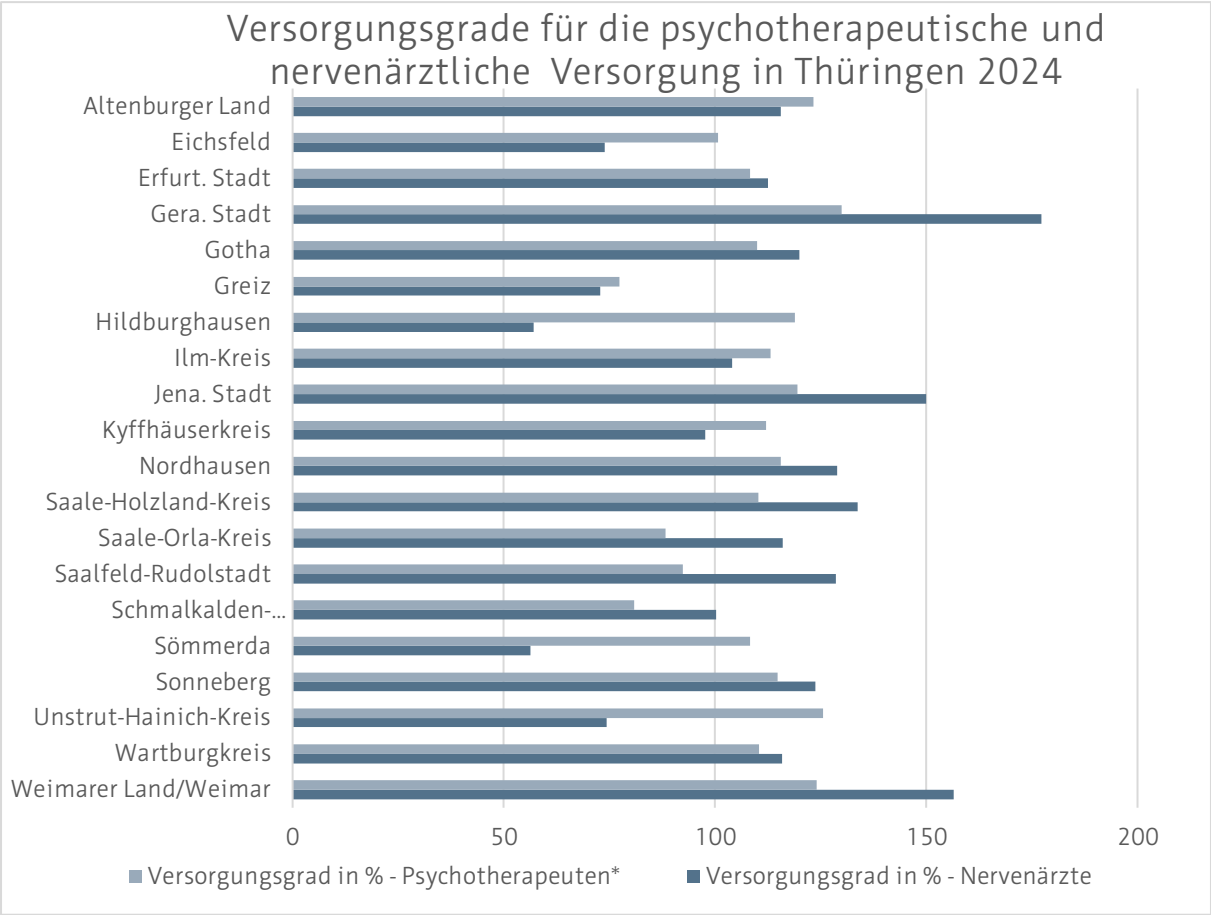


Abbildung 9: Versorgungsgrade im Bereich Nervenärztinnen – und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Thüringen 2024. Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

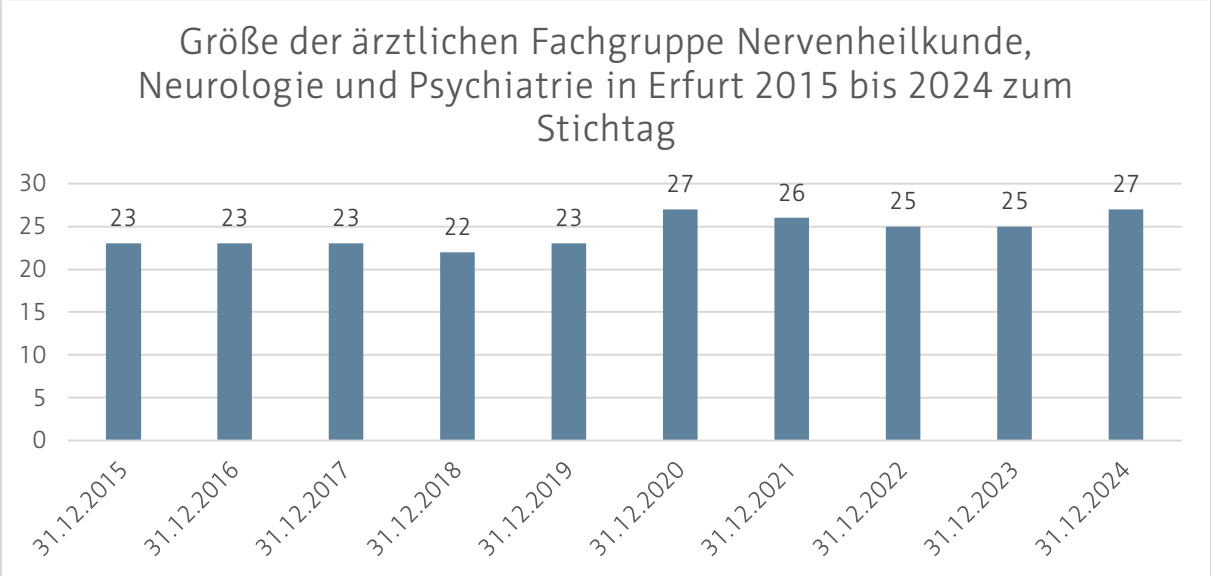


Abbildung 10: Größe der ärztlichen Fachgruppe Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie in Erfurt 2015 bis 2024 zum Stichtag. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Die Abbildung 10 zeigt trotz kleinerer Jahresschwankungen ab 2020 eine leicht langfristige Tendenz zur Vergrößerung der Fachgruppe Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie in Erfurt. Zum Stichtag 21.12.2024 gab es in Erfurt 27 Ärztinnen und Ärzte in dieser Fachgruppe. Allerdings lässt die Quelle der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen offen, wer davon real psychiatrische Behandlungen durchführt. Die Gruppe setzt sich aus den Fachrichtungen Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammen.

Zum aktuellen Stichtag (24.09.2026) ist die Zahl auf insgesamt 30 Fachärztinnen und Fachärzte gestiegen (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, 2026). Da zwei Personen über Mehrfachqualifikationen verfügen, liegt die Gesamtzahl bei 28 Ärztinnen und Ärzten. Diese gliedern sich nach Fachrichtungen wie folgt auf:

- 13 Personen: Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie
- Elf Personen: Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Drei Personen: Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Zwei Personen: Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde
- Eine Person: Fachärztin bzw.-arzt für Psychiatrie

Einschränkend muss berücksichtigt werden, dass aus den Daten nicht hervorgeht, ob es sich um volle oder halbe Kassensitze handelt. Zudem ist davon auszugehen, dass die Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Regel keine psychiatrischen Behandlungen durchführen. Rein rechnerisch sind es ca. 13 Ärztinnen und Ärzte, die ambulant regelhaft psychiatrisch behandeln.[10]

Die Abbildung 11 zeigt die Entwicklung der Anzahl von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Erfurt im 10-Jahreszeitraum von 2015 bis 2024, differenziert nach ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. In diesem Zeitraum gab es in Erfurt einen kontinuierlichen Anstieg der Anzahl von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen: die Anzahl ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stieg von zehn auf 20. Die Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nahm um 37 zu. Während im Jahr 2015 insgesamt 83 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tätig waren, steigt die Zahl bis 2022 auf über 100 an. Den deutlich größten Anteil stellen durchgehend die nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dar.

[10] Elf Personen (Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie), zwei Personen (Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde) sowie eine Person als Fachärztin oder -arzt für Psychiatrie (eine Person mit Mehrfachqualifikation), daher summarisch 13 Personen.

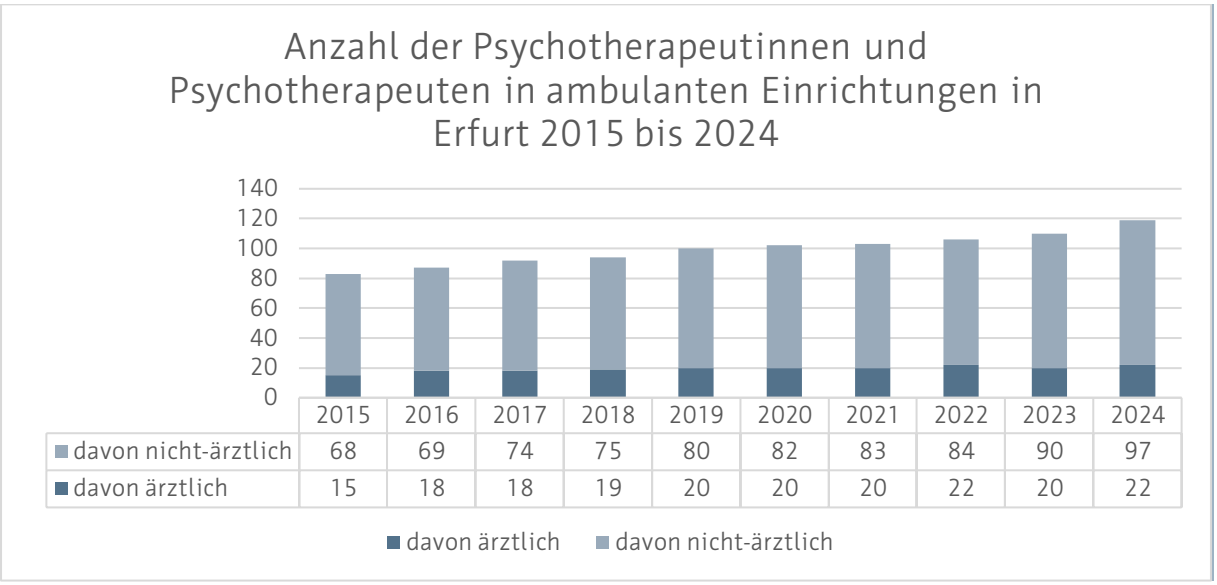


Abbildung 11: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen in Erfurt 2015 bis 2024. Quelle: Gesundheitsplattform Thüringen, Indikator 08.013, eigene Abbildung

Parallel dazu ist ein kontinuierlicher Rückgang der Einwohnerzahl je Psychotherapeutin und Psychotherapeut zu beobachten. Im Jahr 2015 kamen auf eine Therapeutin bzw. einen Therapeut 2.532 Erfurterinnen und Erfurter, dieser Wert sank auf 1.845 Einwohnerinnen und Einwohner je Therapeutin bzw. Therapeut im Jahr 2024. Im selben Zeitraum verbesserte sich das Verhältnis der Therapeutenzahl zu Einwohnerzahl in Thüringen von 4.532 (2015) auf 3.219 (2024). Dies weist auf eine verbesserte rechnerische Versorgungsdichte hin, wobei Erfurt im Landesvergleich durchgehend günstiger abschneidet (s. Abbildung 12).

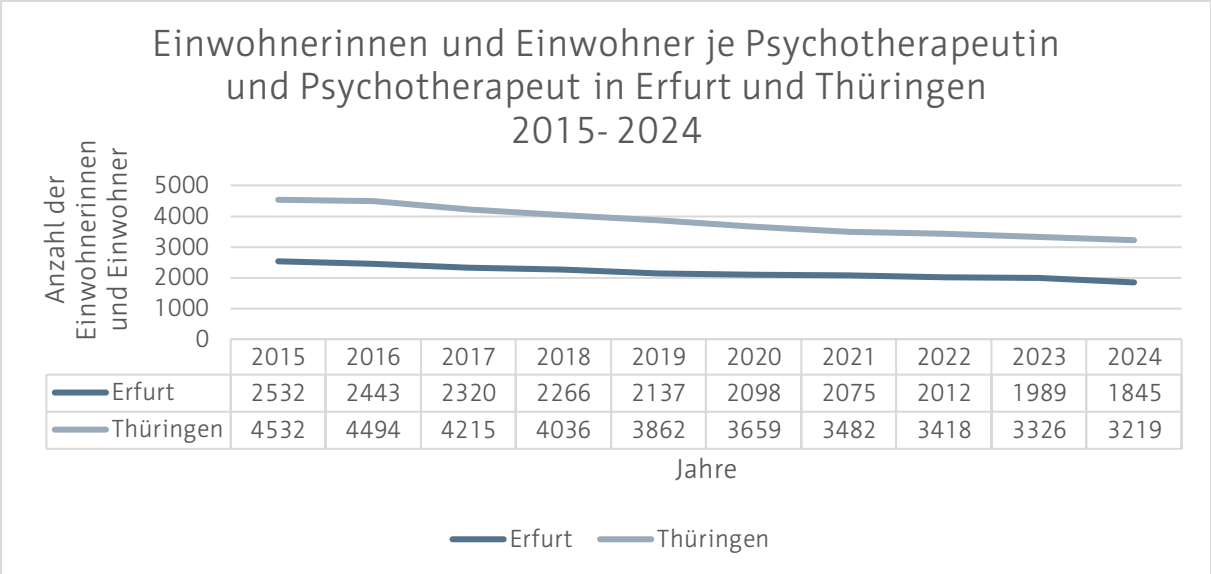


Abbildung 12: Einwohnerinnen und Einwohner je Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Erfurt und Thüringen im Vergleich 2015-2024. Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform, 2026, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

Die parallele Entwicklung aus steigender Anzahl ambulanter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (s. Abbildung 11) bei gleichzeitig sinkendem Versorgungsgrad (s. Abbildung 8) erscheint zunächst widersprüchlich. Die Kennzahl „Versorgungsgrad“ ist auf

die Methodik der Bedarfsplanung zurückzuführen. Der Versorgungsgrad bildet nicht ausschließlich die tatsächliche Anzahl der Leistungserbringer im Verhältnis zur Bevölkerung ab, sondern wird anhand eines normativ festgelegten Soll-Versorgungsniveaus beziehungsweise einer regionalen Verhältniszahl bestimmt. Bei deren Ermittlung werden unter anderem regionale Besonderheiten, die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung, der Leistungsbedarf und die Morbidität berücksichtigt. Zudem fließen bei der Ermittlung des Versorgungsgrades Anrechnungsfaktoren für zugelassene und angestellte Leistungserbringer ein. Veränderungen dieser Berechnungsgrundlagen oder des Zuschnitts der Planungsbereiche können daher dazu führen, dass der Versorgungsgrad trotz wachsender Anzahl an Therapeutinnen und Therapeuten sinkt (Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages, 2022).

Einschränkend muss auch hier berücksichtigt werden, dass aus den Daten nicht hervorgeht, ob es sich um volle oder halbe Sitze von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten handelt.

Zur **Verteilung der Kassensitze innerhalb des Erfurter Stadtgebietes** zeigen die folgenden Übersichten für das Jahr 2024 eine ausgeprägte räumliche Konzentration der Versorgungsangebote. Auf Ebene der Stadt- und Ortsteile (s. Tabelle 3) wird deutlich, dass insbesondere die Altstadt über die mit Abstand höchste Anzahl an Kassensitzen verfügt. Auch Ortsteile wie Brühlervorstadt und Löbervorstadt weisen noch nennenswerte Kapazitäten auf, jedoch in deutlich geringerem Umfang. Demgegenüber verfügen viele andere Stadt- und Ortsteile – etwa Johannesvorstadt, Krämpfervorstadt, Ilversgehofen oder Herrenberg – über nur sehr wenige oder keine eigenen Versorgungsangebote.

Die Daten wurden zusätzlich in das Muster der städtischen Planungsräume übertragen (s. Abbildung 13 und Abbildung 14). Die Kassensitze sind stark auf die innerstädtischen Bereiche, insbesondere auf die Gebiete „Innenstadt Mitte/West“ und „Innenstadt Süd“ konzentriert, während sowohl die übrigen Innenstadtbereiche als auch die äußeren Großwohnsiedlungen (GWS) und dörflichen Ortsteile kaum oder keine Angebote aufweisen.

Tabelle 3: Verteilung der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen in Erfurt in den Ortsteilen und Planungsräumen 2024. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Darstellung

Planungsraum	Ortsteil	Nervenärzte, Neurologen & Psychiater	Rel.	Psycho-thera-peuten	rel.
Innenstadt Mitte/West	01 Altstadt	11	41%	53	52%
	03 Brühlervorstadt	5	19%	17	17%
Innenstadt Süd	02 Löbervorstadt	4	15%	14	14%
	11 Daberstedt	3	11%	4	4%
Innenstadt Ost	07 Johannesvorstadt	0	0%	2	2%
	08 Krämpfervorstadt	0	0%	3	3%
Innenstadt Nord	04 Andreasvorstadt	2	7%	5	5%
	09 Hohenwinden	0	0%	0	0%
	24 Ilversgehofen	0	0%	0	0%
Großwohn-siedlung Nord	05 Berliner Platz	0	0%	0	0%
	06 Rieth	0	0%	0	0%

	10 Roter Berg	0	0%	0	0%
	23 Moskauer Platz	1	4%	0	0%
	25 Johannesplatz	0	0%	0	0%
Großwohn-siedlung Südost	13 Melchendorf	0	0%	0	0%
	14 Wiesenhügel	0	0%	0	0%
	15 Herrenberg	1	4%	0	0%
Bergdörfer	20 Bindersleben	0	0%	0	0%
	21 Marbach	0	0%	0	0%
	38 Ermstedt	0	0%	0	0%
	39 Frienstedt	0	0%	0	0%
	40 Alach	0	0%	0	0%
	44 Töttelstädt	0	0%	0	0%
	47 Gottstedt	0	0%	0	0%
	50 Salomonsborn	0	0%	0	0%
	51 Schaderode	0	0%	0	0%
Gerataldörfer	16 Hochheim	0	0%	2	2%
	17 Bischleben-Stedten	0	0%	0	0%
	18 Möbisburg-Rhoda	0	0%	0	0%
	19 Schmira	0	0%	0	0%
	35 Egstedt	0	0%	0	0%
	36 Waltersleben	0	0%	0	0%
	37 Molsdorf	0	0%	0	0%
Orphalgrund/ Erfurter Seen	22 Gispersleben	0	0%	0	0%
	26 Mittelhausen	0	0%	0	0%
	27 Stotternheim	0	0%	0	0%
	28 Schwerborn	0	0%	0	0%
	41 Tiefthal	0	0%	0	0%
	42 Kühnhausen	0	0%	0	0%
	45 Sulzer Siedlung	0	0%	0	0%
Dörfer der östlichen Hochfläche	29 Kerspleben	0	0%	0	0%
	30 Vieselbach	0	0%	0	0%
	31 Linderbach	0	0%	0	0%
	43 Hochstedt	0	0%	0	0%
	48 Azmannsdorf	0	0%	0	0%
	52 Töttleben	0	0%	0	0%
	53 Wallichen	0	0%	0	0%
Dörfer am östlichen Hangfuß	12 Dittelstedt	0	0%	0	0%
	32 Büßleben	0	0%	0	0%
	33 Niedernissa	0	0%	0	0%
	34 Windischholzhausen	0	0%	1	1%
	46 Urbich	0	0%	0	0%
	49 Rohda (Haarberg)	0	0%	0	0%

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse (s. Abbildung 13 und Abbildung 14) eine wachsende, jedoch im Stadtgebiet ungleich verteilte Versorgungsstruktur. Trotz rechnerisch günstiger Versorgungsgrade und steigender Kapazitäten, insbesondere im Bereich der psychologischen Psychotherapie, bestehen räumliche Konzentrationen, die für

Bewohnerinnen und Bewohner peripherer Ortsteile mit eingeschränkter Mobilität, längeren Anfahrtswegen und potenziell verlängerten Wartezeiten verbunden sein können. Darüber hinaus könnte die vergleichsweise geringere Verfügbarkeit fachärztlich-psychiatrischer Angebote insbesondere für Menschen mit komplexeren oder medikamentös behandlungsbedürftigen Erkrankungen von Bedeutung sein.

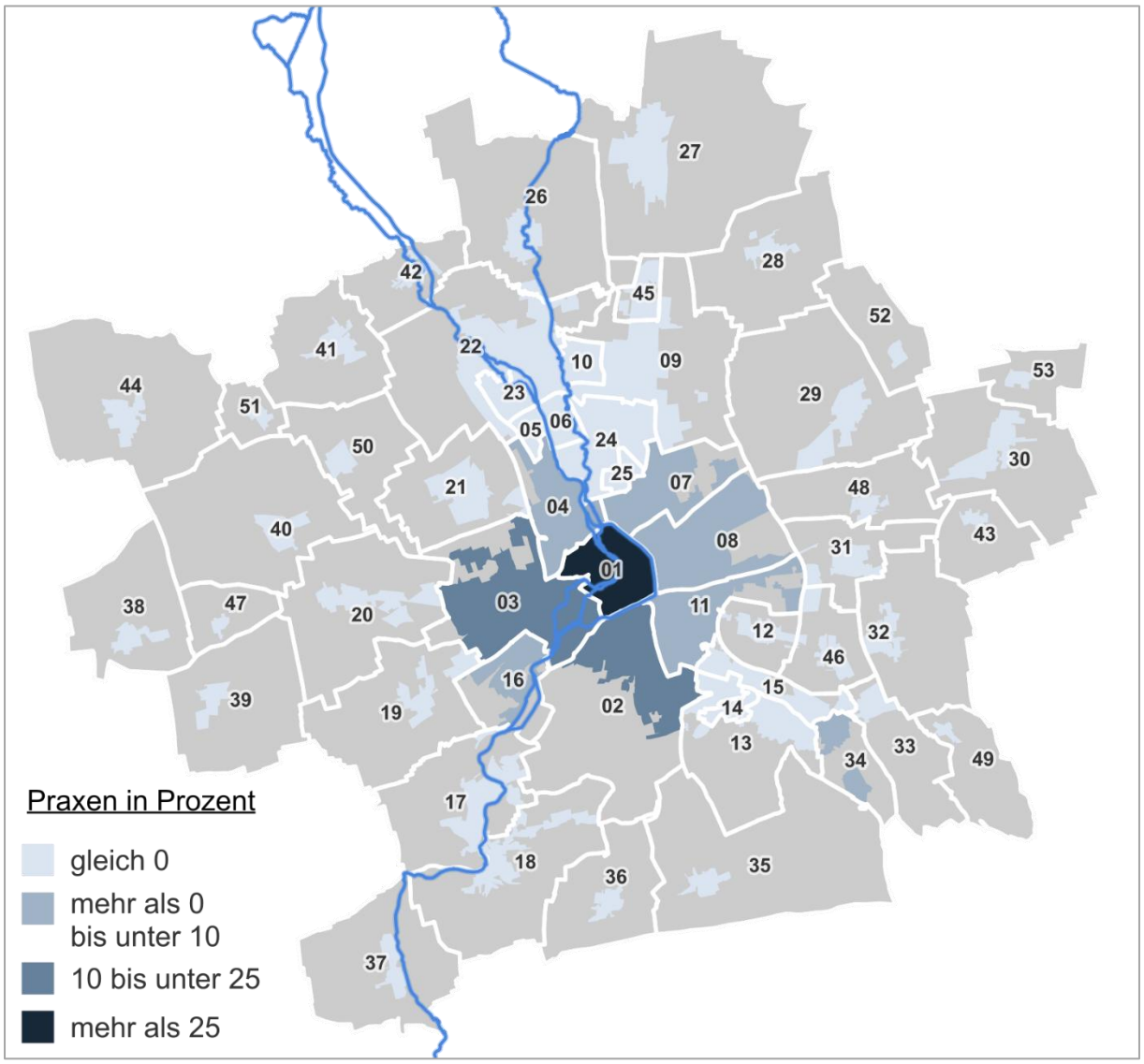


Abbildung 13: Verteilung der Kassensitze für die ambulante Versorgung Erwachsener in der Landeshauptstadt Erfurt 2024 Psychotherapie nach Ortsteil. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Darstellung

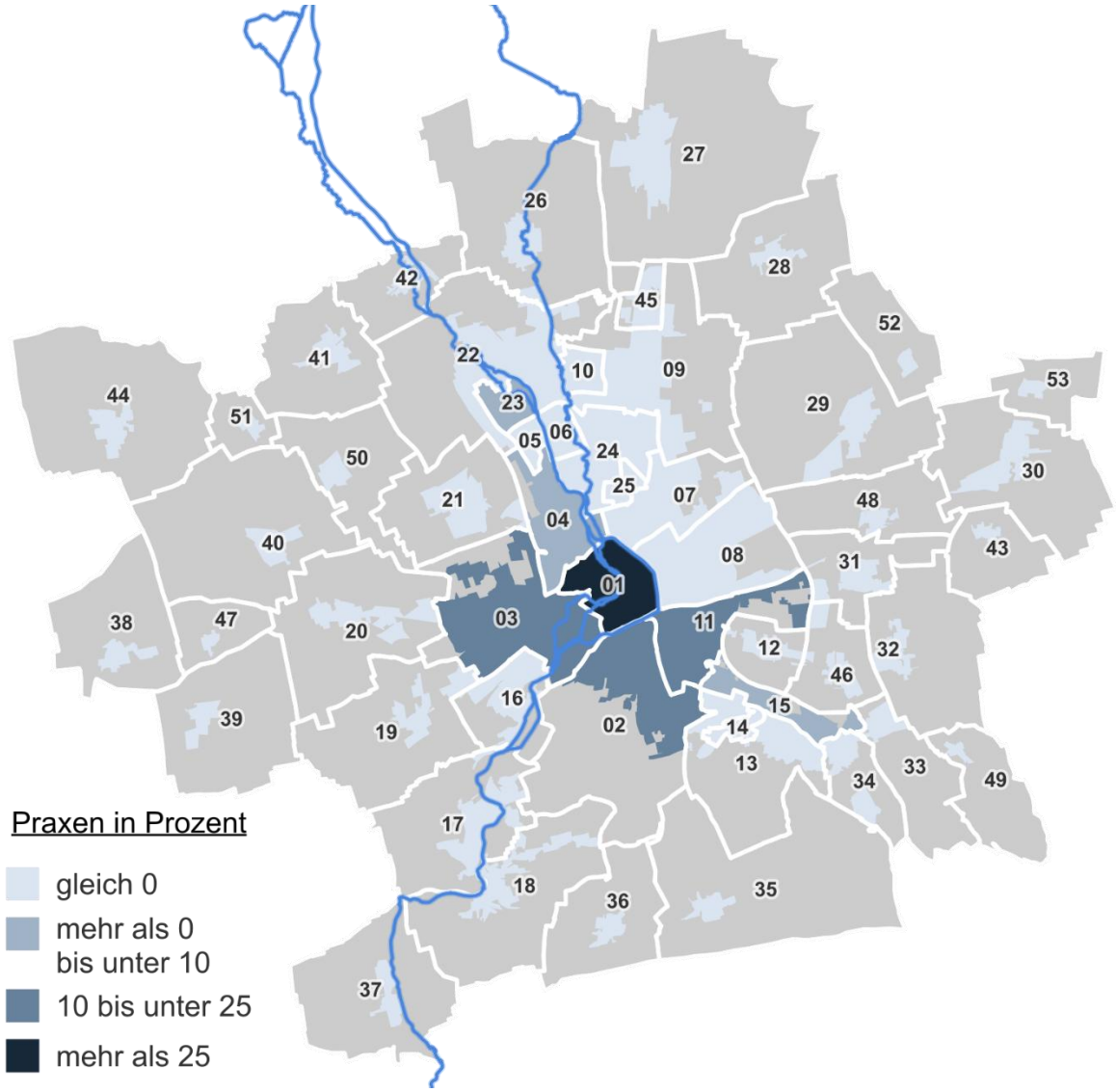


Abbildung 14: Verteilung der Kassensitze für die ambulante Versorgung Erwachsener in der Landeshauptstadt Erfurt 2024 Fachgruppe Nervenheilkunde, Psychiatrie, Neurologie nach Ortsteil. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Darstellung

Vor diesem Hintergrund lassen sich planerische Hinweise ableiten, die auf eine stärkere Dezentralisierung der Versorgungsangebote sowie eine gezielte Förderung von Kassensitzen in bislang unterversorgten Ortsteilen bzw. Planungsräumen abzielen, um die Versorgungsgerechtigkeit und wohnortnahe Erreichbarkeit zu verbessern.

Die folgenden Abbildungen illustrieren die **Entwicklung der Fallzahlen in den unterschiedlichen Fachgruppen**, die u.a. an der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen beteiligt sind, innerhalb einer Dekade:

Die psychiatrische Behandlung ist Teil der Fachgruppe Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie. Hier sanken die Mittelwerte der Fälle der Quartale zwischen den Jahren 2015 und 2019 von ca. 18.500 auf ca. 16.700 Fälle. Seit dem Jahr 2020 stieg die Zahl wieder leicht an und schwankte seither um Werte zwischen ca.16.600 (2023) und 17.500 (2024) (s. Abbildung 15).

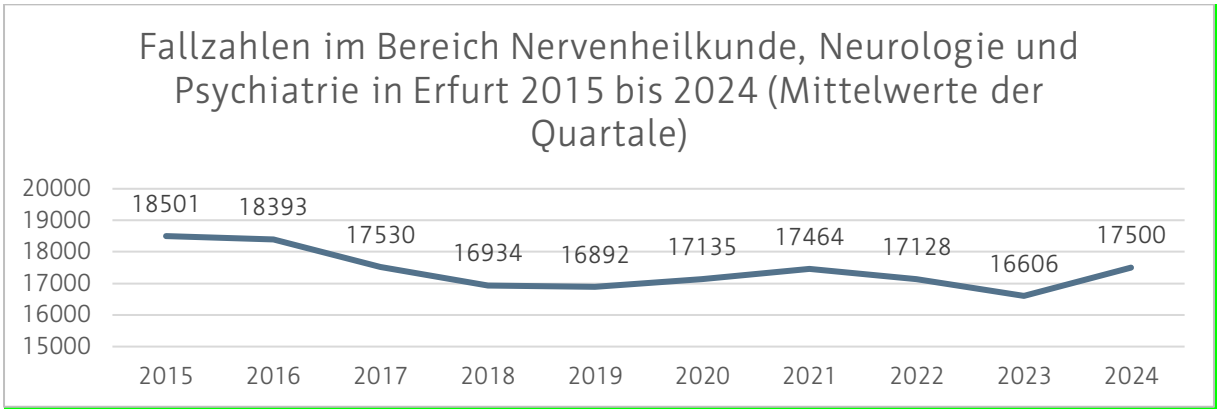


Abbildung 15: Fallzahlen im Bereich Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwerte der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar, eigene Abbildung

Die Fallzahl je Ärztin oder Arzt in dieser Gruppe nahm zwischen den Jahren 2015 und 2020 von 805 auf 673 ab und stabilisierte sich seither auf etwas höherem Niveau von bis zu 700 Fällen im Mittel der Quartale (s. Abbildung 16). Als mögliche Ursachen werden u.a. demografische Faktoren wie das altersbedingte Ausscheiden von Niedergelassenen, ein wachsender Anteil von Frauen in der ambulanten Versorgung sowie die Tendenz zu Teilzeit und Präferenz von Angestelltenverhältnissen genannt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2026)

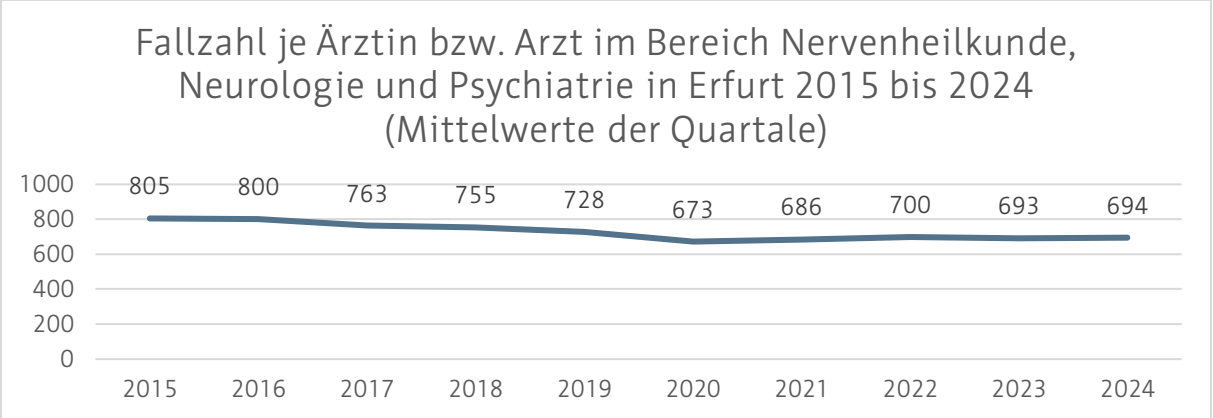


Abbildung 16: Fallzahl je Ärztin/Arzt im Bereich Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwerte der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Die Fallzahlen im Bereich Psychotherapie stiegen im Betrachtungszeitraum 2015 bis 2024 analog der Zunahme der Anzahl von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kontinuierlich an. Dabei wurde der Zuwachs in großem Umfang über den Bereich der psychologischen Psychotherapie generiert (+1.340 Fälle im Durchschnitt der Quartale zwischen 2015 und 2024). Im Bereich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ergab sich in der ersten Hälfte des dargestellten Zeitraums eine kontinuierliche Zunahme der Fallzahl und seit 2020 eine zwischen etwa 1.200 und 1.300 Fälle schwankende Fallzahl im Mittel der Quartale eines Jahres (s. Abbildung 17). Diese Entwicklung verläuft gleichartig zur Anzahl der in diesem Bereich tätigen Personen (s. Abbildung 11). Bezogen auf die Anzahl der Fälle je Psychotherapeutin oder -therapeut zeigt

sich, dass die Werte im Bereich der ärztlichen Psychotherapie eher konstant blieben, während der Bereich der psychologischen Psychotherapie eine fast durchgehende Zunahme der Fälle von 54 auf 72 Fälle im Mittelwert der Quartale ausweist (s. Abbildung 18).

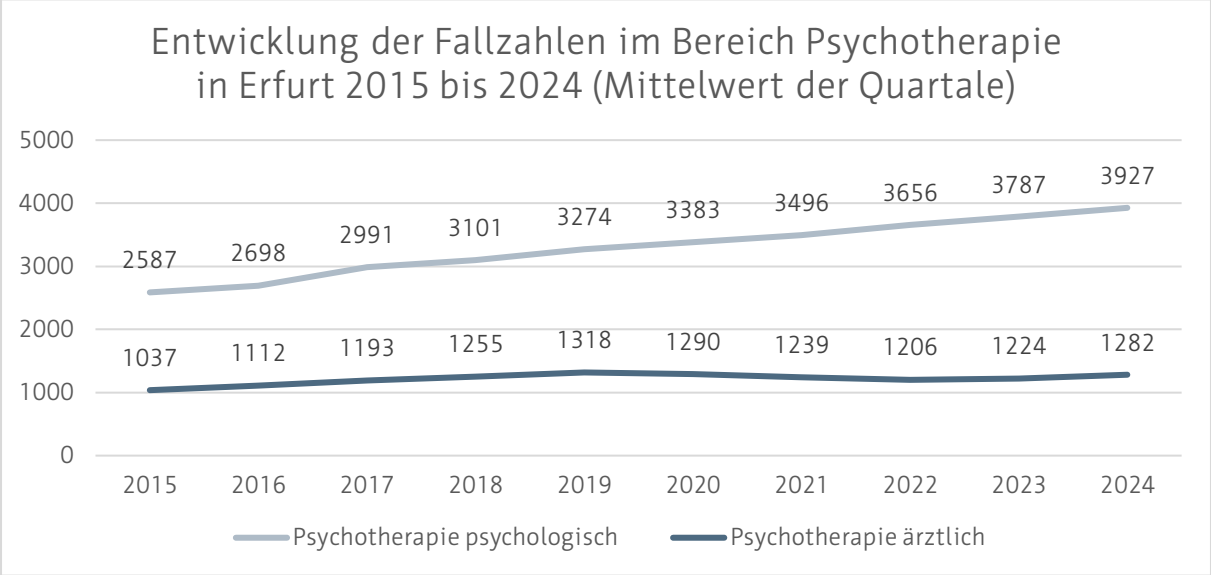
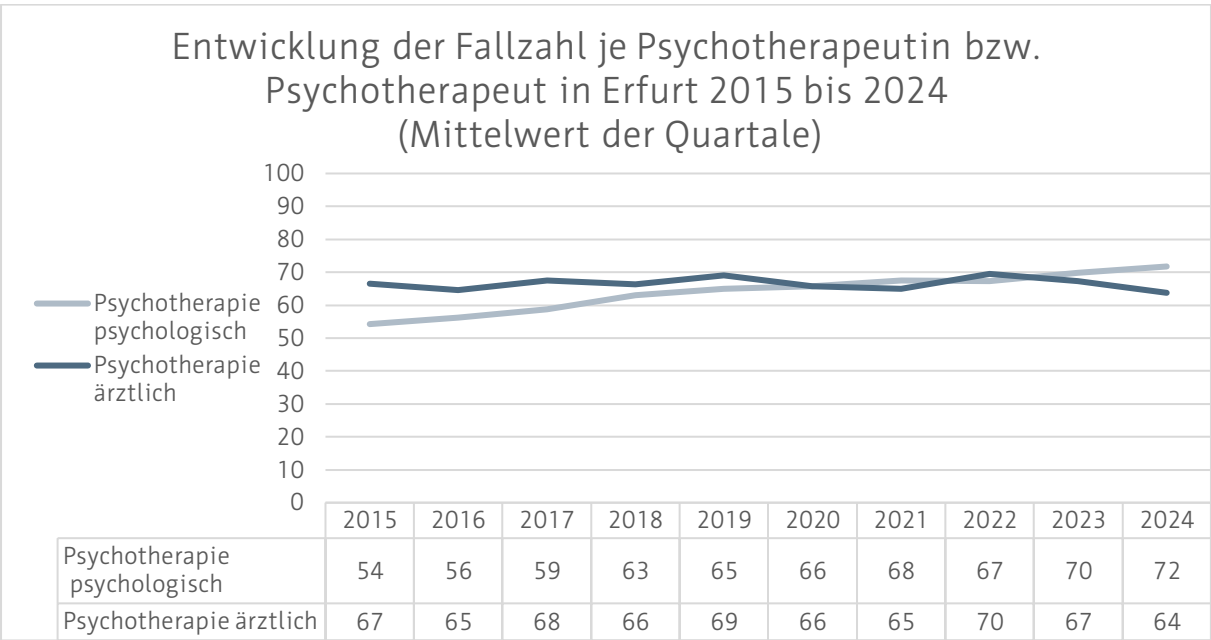


Abbildung 17: Entwicklung der Fallzahlen im Bereich Psychotherapie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwert der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Psychotherapie psychologisch	54	56	59	63	65	66	68	67	70	72
Psychotherapie ärztlich	67	65	68	66	69	66	65	70	67	64

Abbildung 18: Entwicklung der Fallzahl je Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwert der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Die hier dargestellten Fallzahlen können einen Eindruck der Größenordnung vermitteln, in welchen in Erfurt Menschen mit psychischen Problemen versorgt werden. Insbesondere die ärztliche Fachgruppe umfasst mit dem Gebiet der Neurologie jedoch auch Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung des Nervensystems wie Multipler Sklerose, Schlaganfall,

Morbus Parkinson oder Demenz, deren Anzahl aufgrund der älter werdenden Gesellschaft zunimmt. Daher kann hier keine verlässliche Schätzung der wirklichen Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen abgeleitet werden.

Zusammenfassung Kapitel 7.1.1 „Ambulante medizinische und psychotherapeutische Behandlung“: Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ambulant medizinische und psychotherapeutische Versorgung psychischer Störungen verschiedene Berufsgruppen umfasst, wobei die hausärztliche Praxis häufig als erste Anlaufstelle dient. Für weiterführende Behandlungen stehen insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung.

Obwohl die Zahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gestiegen ist, sank der rechnerische Versorgungsgrad mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den letzten acht Jahren in Erfurt. Dennoch nehmen heute mehr Menschen Hilfe in Anspruch als vor zehn Jahren (steigende Gesamtfallzahlen bei konstanter Fallzahl pro Therapeutin bzw. Therapeut), was auf eine Enttabuisierung psychischer Erkrankung und eine größere Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen, hindeutet. Bei den Nervenärztinnen und Nervenärzten zeigt sich die Anzahl der tatsächlich psychiatrisch tätigen ambulanten Fachärztinnen bzw. Fachärzte bei ca. 13. Dennoch ist auch hier auf einen von 2015 bis 2024 deutlich gesunkenen Versorgungsgrad der Fachgruppe Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie hinzuweisen. Zudem ist zu bedenken, dass der rechnerische Versorgungsgrad unberücksichtigt lässt, dass Erfurt als regionales Versorgungszentrum für das Umland dient.

Weiterhin zeigt sich in Erfurt eine räumlich ungleiche Verteilung der Versorgungskapazitäten. Hier zeigt sich eine Benachteiligung ländlicher Ortsteile und aller Großwohnsiedlungen. Die Kassensitze konzentrieren sich vor allem auf die innerstädtischen Bereiche, während periphere Ortsteile vor allem im Norden und Osten kaum oder keine Angebote aufweisen.

7.1.1.1 Häufigkeit von Diagnosen

Erläuterung: Im folgenden Abschnitt werden Angaben zu Häufigkeiten von Diagnosen psychischer Störungen im Bereich der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener in Erfurt vorgestellt. Die Auswertungen basieren auf anonymen Abrechnungsdaten gesetzlich Versicherter aus Erfurt, die die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen dem Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt hat.

Es werden hier die Häufigkeiten vergebener **Diagnosen aus dem Bereich der Psychischen Störungen (Kapitel V ICD-10)** dargestellt. Im Bereich der hausärztlichen, aber auch der nervenärztlichen Versorgung werden in der umfassenden Betrachtung aller vergebenen (inklusive der somatischen) Diagnosen stark abweichende Verteilungen zu finden sein. Eine

Übersicht zu den insgesamt vergebenen Diagnosen finden sich für die Fachgruppen thüringenweit jeweils aktuell auf der Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform[11].

Daten und Fakten: Abbildung 19 zeigt die häufigsten Diagnosen in Erfurter Hausarztpraxen, die psychische Belastungssituationen oder Erkrankungen verschlüsseln im Zeitraum zwischen 2015 und 2025. Es fällt auf, dass die unter den Rängen eins bis neun abgebildeten Diagnosen im gesamten Zeitraum eine stabile Gruppe der häufigsten Diagnosen bilden. Auf Rang zehn wurde nach dem Jahr 2020 die Diagnose vaskuläre Demenz (F01) von der nichtorganischen Schlafstörung (F51) abgelöst. Es zeigt sich, dass die Anteile der einzelnen Diagnosen in Prozent aller Behandlungsfälle im Zeitverlauf ansteigen oder auf einem stabilen Niveau bleiben. Auch bei den wiederkehrenden depressiven Störungen (F33) und der Reaktion auf schwere Belastung/ Anpassungsstörung (F43) zeigt sich eine Verdoppelung der Häufigkeit. Dies steht im Einklang mit Auswertungen des Robert-Koch-Institutes (Thom, et al., 2024).

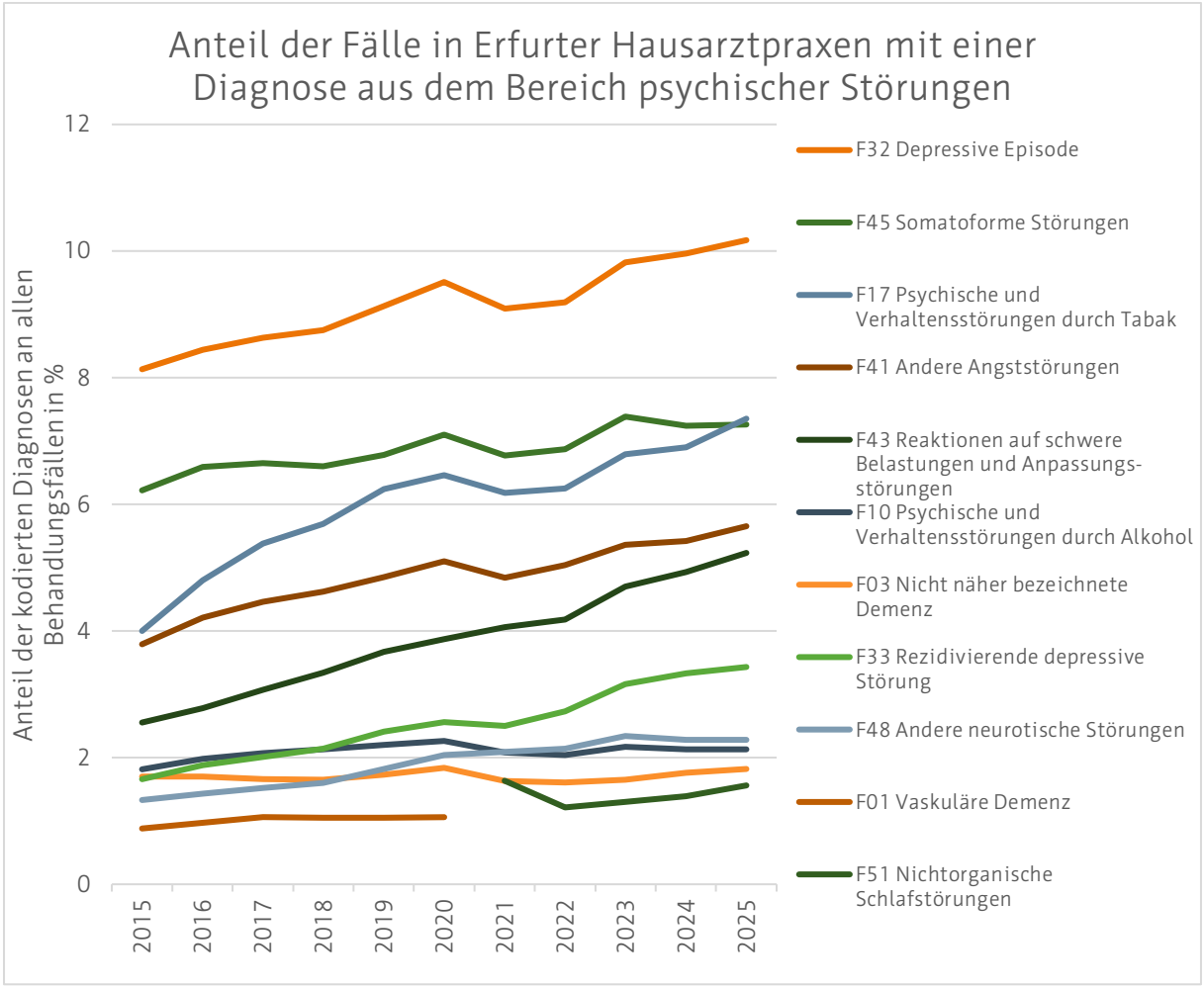


Abbildung 19: Anteil von Diagnosen aus dem Bereich psychischer Störungen in Hausarztpraxen in Erfurt (2015-2025). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

[11] Gesundheitsplattform.thueringen.de

In der weiterführenden Diagnostik bzw. Behandlung im Rahmen der ambulanten Versorgung stellt sich die Verteilung der Diagnosen in der Fachgruppe der Nervenärztinnen und -ärzte wie folgt dar (s. Abbildung 20):

Von den zehn häufigsten Diagnosen nehmen depressive Episoden (F32) oder auch wiederkehrende depressive Störungen (F34) seit 2015 Spitzenplätze ein. 2025 wurden diese beiden Diagnosen in mehr als einem Drittel aller Fälle vergeben. Zusammen mit den anhaltenden affektiven Störungen (F34) betrachtet ist der Anteil noch größer.

Die Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (hier Angststörungen F 41 und somatoforme Störungen F45) bleibt insgesamt auf einem eher stabilen Niveau mit aktuell verringerten Häufigkeiten bei Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43). Sie umfasst insgesamt im Jahr 2025 etwas weniger als 30 Prozent der Diagnosen.

Die dritte große Gruppe wird durch die unterschiedlich verschlüsselten Formen der Demenzen gebildet: Sie machen in den dargestellten Abrechnungsjahren einen Anteil von über 15 Prozent aus.

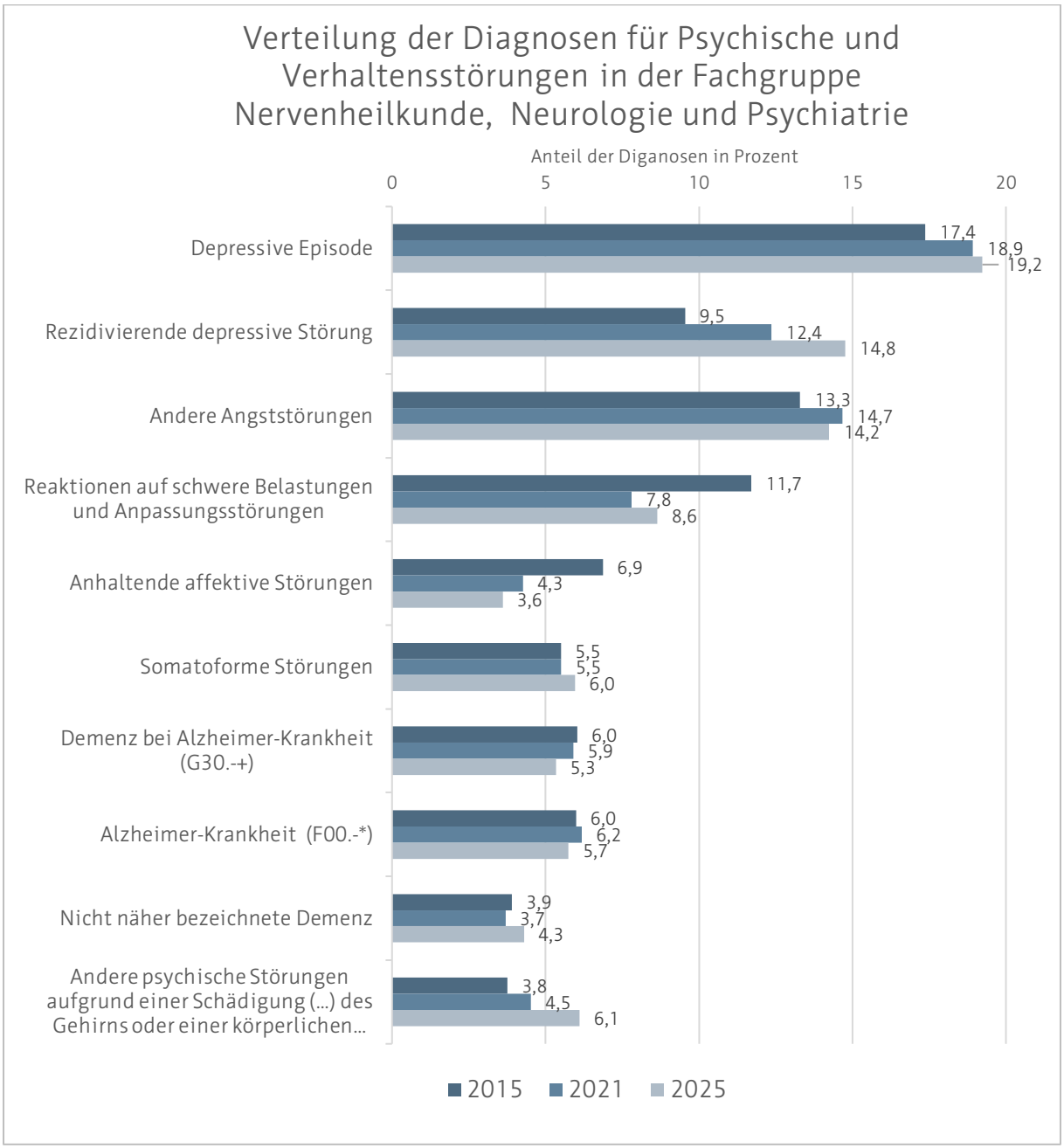


Abbildung 20: Verteilung der Diagnosen für Psychische- und Verhaltensstörungen in der Fachgruppe Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Das Spektrum der vergebenen Diagnosen im Bereich Psychotherapie unterscheidet sich von der Gruppe der nervenärztlichen Diagnosen.

In beiden Gruppen innerhalb der Psychotherapie sind die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), depressive Episoden (F32) und rezidivierende depressive Störungen (F33) die am häufigsten gestellten Diagnosen. Im Bereich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten wird die Diagnose F43 in mehr als einem Drittel aller Fälle kodiert (s. Abbildung 21). Bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten steht sie mit etwa 29 Prozent an dritter Stelle (s. Abbildung 22). Diese beschreibt einen Zustand, der durch definierbare belastende Lebensumstände oder-

ereignisse mit Auswirkungen auf die Stimmung oder das Verhalten einhergeht, aber nicht die Kriterien für andere psychische Störungen erfüllt. In beiden Bereichen wurde die Diagnose depressive Episoden im Jahr 2025 verglichen mit 2015 seltener vergeben, während reziprok hierzu der Anteil der rezidivierenden depressiven Störungen sehr stark zunahm. Dies könnte auf eine Chronifizierung der Problematik bei einem Teil der Patientinnen und Patienten hinweisen.

Angststörungen wurden als nervenärztliche und psychotherapeutische Diagnose im Laufe der Zeit häufiger vergeben mit einer aktuellen Häufigkeit von etwa 15 Prozent. Phobische Störungen nahmen in beiden Gruppen im Zeitverlauf zu, jedoch mit einem stärkeren Zuwachs bei ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zwangsstörungen sind in beiden Gruppen eher selten.

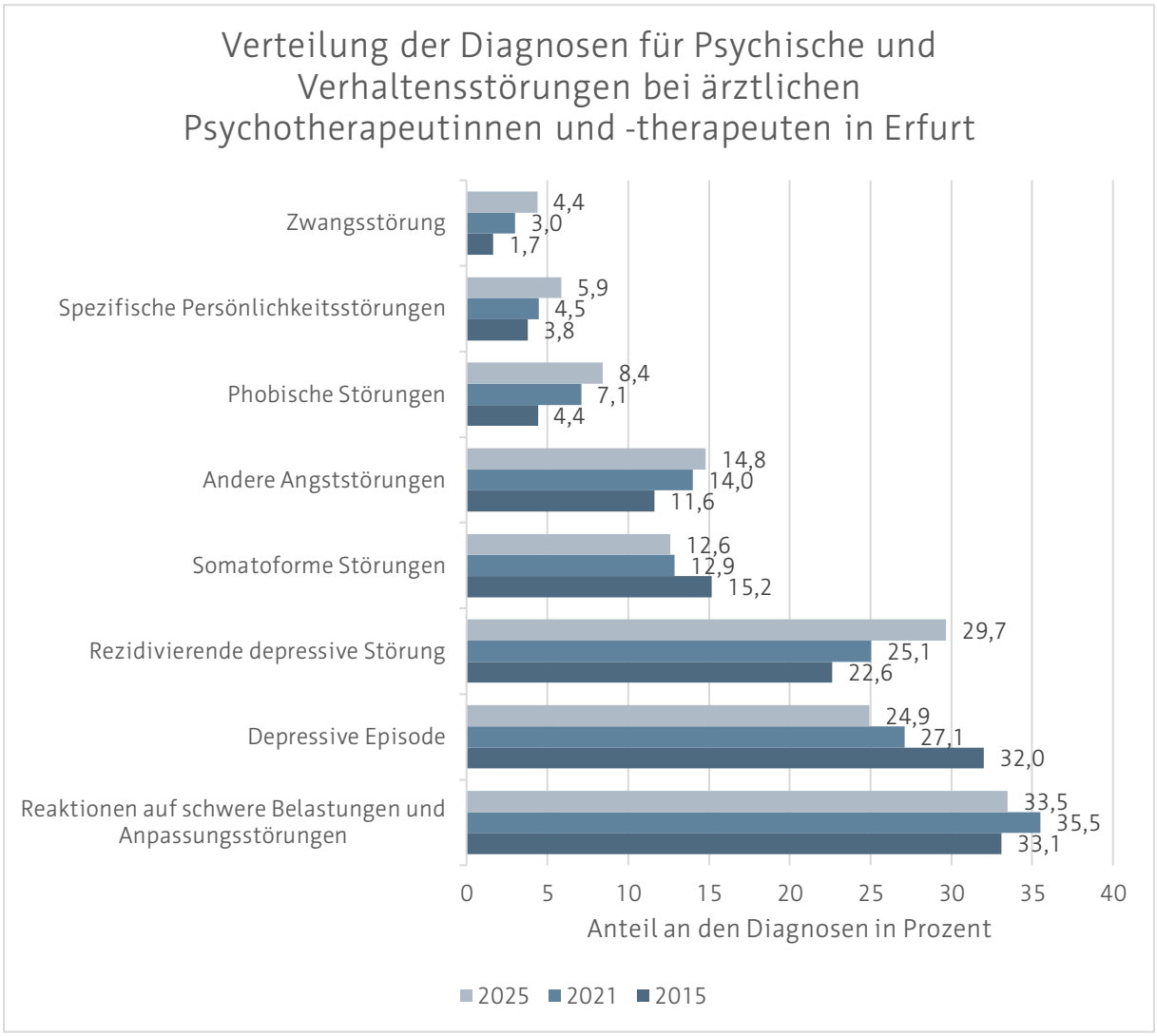


Abbildung 21: Verteilung der Diagnosen für Psychische und Verhaltensstörungen bei ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Erfurt. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Im Versorgungsbereich der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zeigen sich im historischen Vergleich der Jahre 2015 bis 2025 relativ stabile Verteilungen der Diagnosen (s. Abbildung 22). Unter 30 Prozent der Fälle werden als Reaktion auf schwere

Belastungen und Anpassungsstörungen kodiert. Dies beschreibt einen Zustand, der durch definierbare belastende Lebensumstände oder-ereignisse mit Auswirkungen auf die Stimmung oder das Verhalten einhergeht, aber nicht die Kriterien für andere psychische Störungen erfüllt. Depressive Episoden machen etwa ein Viertel der vergebenen Diagnosen aus (mit möglicherweise leicht rückläufiger Tendenz). Im Verlauf der letzten zehn Jahre hat jedoch der Anteil der Diagnosen, die wiederkehrende depressive Episoden beschreiben, um mehr als 11 Prozent zugenommen. Die folgende Abbildung zeigt, dass die weiteren Störungsbilder wie Angst-, somatoforme, Persönlichkeits-, Ess- oder Zwangsstörungen ähnlich häufig sind wie vor einem Jahrzehnt.

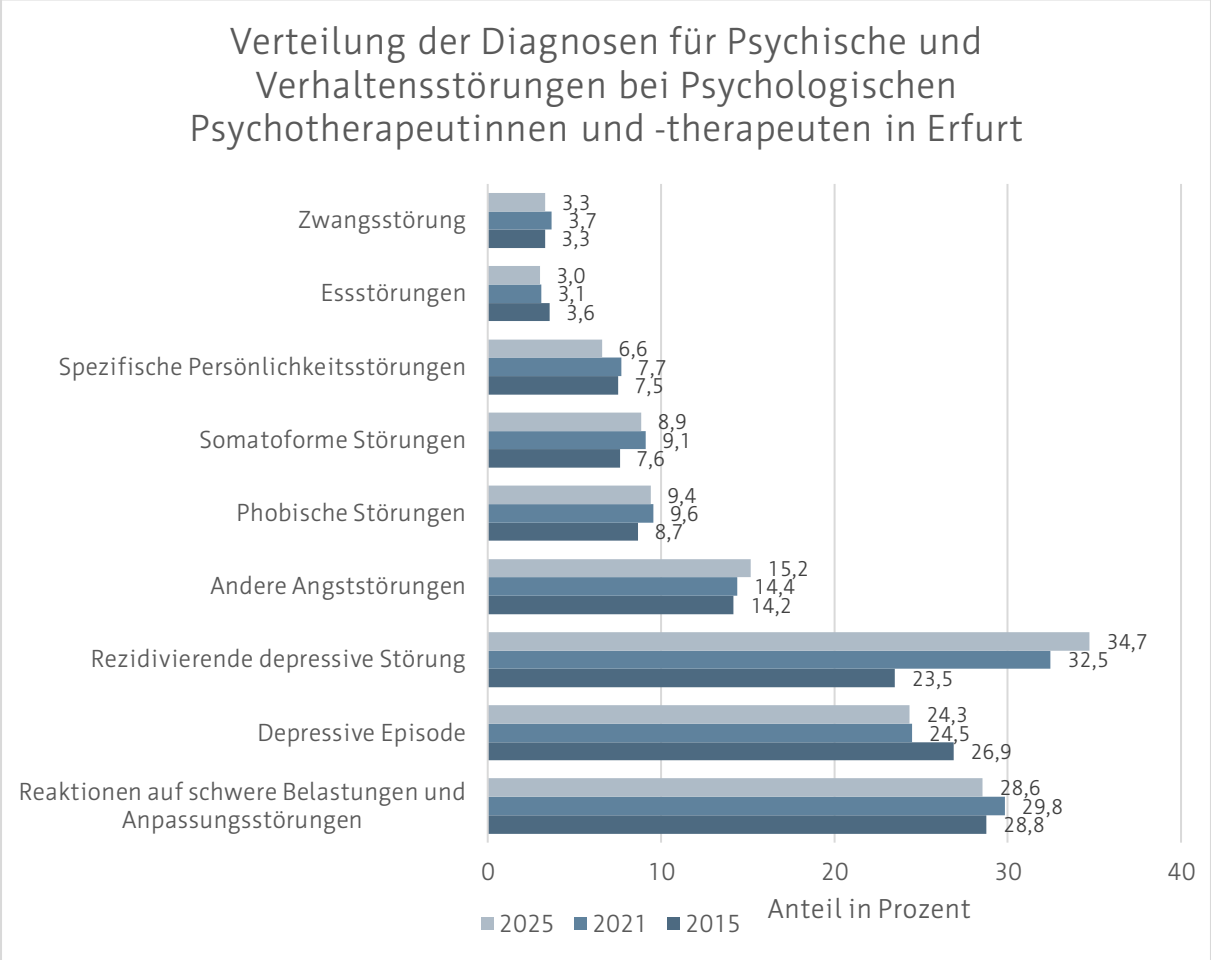


Abbildung 22: Verteilung der Diagnosen für Psychische und verhaltensstörungen bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Erfurt. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Zusammenfassung Kapitel 7.1.1.1 „Diagnosen“: Die Daten aus Erfurter Hausarztpraxen zwischen den Jahren 2015 und 2025 zeigen eine stabile Gruppe der zehn häufigsten psychischen Diagnosen im kontinuierlichen Anstieg. Depressive Episoden, rezidivierende Depressionen und Anpassungsstörungen nehmen aber deutlich an Häufigkeit zu. Auch in der nervenärztlichen Versorgung dominieren depressive Störungen, die im Jahr 2025 mehr als ein Drittel aller Diagnosen ausmachen, gefolgt von Angst-, somatoformen Störungen und verschiedenen Demenzformen, die zusammen über 15 Prozent der Fälle ausmachen. In der Psychotherapie stehen ebenfalls Belastungs- und Anpassungsstörungen, depressive Episoden und rezidivierende Depressionen im Vordergrund, wobei Letztere im

Zehnjahresvergleich stark zugenommen haben, was auf eine mögliche Chronifizierung hinweist. Angst-, phobische und somatoforme Störungen treten in beiden psychotherapeutischen Bereichen moderat häufiger auf, während Zwangsstörungen in der psychotherapeutischen Praxis weniger auftreten.

7.1.1.2 Psychiatrische Institutsambulanzen

Erläuterung: Die ambulant medizinische und psychotherapeutische Versorgung wird ergänzt um die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V. Diese richten sich insbesondere an Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung aufgrund ihrer Art, Schwere oder Dauer eine intensive, krankenhausnahe Versorgung erfordert. Das zentrale Ziel besteht darin, stationäre Aufnahmen möglichst zu vermeiden, Aufenthaltsdauern im Krankenhaus zu verkürzen und die Behandlungsprozesse effizient zu gestalten. Gleichzeitig sollen PIAs keine parallelen Versorgungsstrukturen zur ambulanten Regelversorgung schaffen. Stattdessen ist eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit niedergelassenen Behandelnden wesentlich (GKV-Spitzenverband, 2026).

In Erfurt bestehen PIAs sowohl am Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt als auch am HELIOS Klinikum Erfurt. In den G-BA-Referenzberichten der beiden Kliniken vom Jahr 2024 werden PIAs als ambulante Behandlungsmöglichkeit benannt, jedoch sind keine Fallzahlen, Kapazitäten oder Diagnosen zu den PIAs ausgewiesen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024b).

Daten und Fakten: Am Beispiel der PIA des Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt kann die praktische Arbeit näher dargestellt werden: Laut Eigenangaben wurden im Jahr 2025 durch das Krankenhaus im ersten Quartal 651 Patientinnen und Patienten betreut, im zweiten Quartal 635, im dritten Quartal 641 und im vierten Quartal 654. *„Die tatsächliche Nachfrage übersteigt die verfügbaren Kapazitäten deutlich, sodass regelmäßig Anfragen aus Kapazitätsgründen nicht angenommen werden können. Um dem zumindest teilweise entgegenzuwirken, werden zunehmend auch durch das stationäre Behandlungsteam PIA-relevante Leistungen erbracht, insbesondere wenn bereits eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung besteht und hierdurch Behandlungskontinuität unterstützt werden kann“* (Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt, 2026) Die Versorgung in der PIA des Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt erfolgt multiprofessionell. Zum Team gehören Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Psychologinnen und Psychologen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten/ Fachpflegepersonen für psychiatrische Pflege und Medizinische Fachangestellte. Das Therapieangebot ist entsprechend vielfältig. Neben ärztlichen Sprechstunden werden Einzel- und Gruppentherapien angeboten, darunter soziales Kompetenztraining, metakognitives Training, Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) sowie weitere psychotherapeutische Gruppen. Ergänzend erfolgen diagnostische Testungen, beispielsweise bei Verdacht auf ADHS, Demenz oder Persönlichkeitsstörungen. Der Soziale Dienst übernimmt sozialmedizinische Beratung und Unterstützung. Die psychiatrischen Pflegefachpersonen führen individuelle Interventionen im Rahmen der Bezugspflege, teilweise auch aufsuchend, sowie verschiedene Gruppenangebote durch. Die Ergotherapie bietet Einzel- und Gruppenangebote, beispielsweise handwerkliche Tätigkeiten,

Entspannungsverfahren, kognitives Training, kreative Angebote, Garten- oder Tanztherapie. Insgesamt zeigt sich, dass PIAs ein breites therapeutisches Spektrum anbieten können. In der Praxis im Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt wird dieses Potenzial jedoch zunehmend durch personelle Engpässe, insbesondere im ärztlichen Bereich, eingeschränkt (Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt, 2026)).

7.1.1.3 Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

Erläuterung: „*Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Erkrankung, die einer lebenslangen Behandlung unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte bedarf.*“ (Bundesärztekammer, 2023, S. 6) Die Behandlung opioidabhängiger Menschen mit Substitutionsmedikamenten ist weltweit die verbreitetste und effektivste Therapieoption der Opioidabhängigkeit (Lehmann et al., 2021). Die Opioidsubstitutionstherapie (opioid substitution treatment – OST) zielt darauf ab, Drogenbeschaffung sowie den illegalen Opioidkonsum zu unterbinden. Sie reduziert die Mortalität, den Gebrauch von illegalen Substanzen sowie das HIV- und Hepatitis-C-Risikoverhalten und wirkt sich positiv auf die soziale Stabilisierung und (Re-)Integration der Patientinnen und Patienten aus. Weiterhin entsteht durch eine Opioidsubstitutionstherapie eine enge ärztliche Anbindung und somit ein regelmäßiger Zugang zur medizinischen Grundversorgung. Sie ist eine medizinische Behandlungsmethode und gilt als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, die bezahlt werden muss, sofern ein Versicherungsverhältnis besteht.

Tabelle 4: Ziele der substitutionsgestützten Behandlung lt. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger; Quelle: Bundesärztekammer, 2023, S. 7

Ziele der substitutionsgestützten Behandlung
• Sicherstellung des Überlebens • Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes • Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen • Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden • Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide • Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel • Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden • Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt • Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität • Reduktion der Straffälligkeit • Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben

In die Behandlung können Menschen mit einer nachgewiesenen Opioidabhängigkeit aufgenommen werden. Ziel kann entweder die Entwöhnung oder auch die dauerhafte Substitution sein. Eine ausführliche Anamnese und Diagnostik einschließlich Drogenscreening werden zu Beginn durchgeführt. Die ausgewählte Ersatzsubstanz (D/L-Methadon, Levomethadon, Buprenorphin, Buprenorphin/Naloxon, Morphin retard und unter besonderen Bedingungen Diamorphin) wird per Betäubungsmittelrezept verordnet. Im Allgemeinen erfolgt die Einnahme sofort in der Arztpraxis unter Aufsicht. Es können aber auch andere Orte erlaubt sein z.B. Apotheken, Pflegeeinrichtungen und JVA. In manchen

Fällen können mit dem sog. Take-Home-Rezept Patientinnen und Patienten die Medikamente für einen begrenzten Zeitraum selbst beschaffen und eigenverantwortlich verbrauchen. Hierfür ist die persönliche Konsultation erforderlich und die substituierende Person muss sich regelmäßig einmal pro Woche in der Arztpraxis vorstellen.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird ein Substitutionsregister geführt, dem alle teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte gemeldet werden. Zur Qualitätssicherung und Verbesserung der Patientensicherheit wird hier u.a. die Mehrfachverschreibung geprüft.

Daten und Fakten: im Jahr 2025 waren in der Bundesrepublik 78.800 Personen als Substitutionspatientinnen und -patienten gemeldet. Dies entspricht etwa den Zahlen aus den Jahren 2016 bis 2019. Während der Pandemie zwischen den Jahren 2020 und 2023 hatte es einen Anstieg auf über 81.000 Personen gegeben.

Die Zahl meldender substituierender Ärztinnen und Ärzte ist deutschlandweit zwischen den Jahren 2016 und 2025 von 2.590 auf 2.373 um mehr als 8 Prozent gesunken. Der Rückgang wird mit dem altersbedingten Ausscheiden aus der Berufstätigkeit erklärt.

Ärztinnen und Ärzte können die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger erhalten. Entweder sie erlangen die fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 BtMVV, d.h. die Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung oder sie erfüllen die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 4 BtMVV (Konsiliarverfahren), d.h. sie stimmen den Beginn der Behandlung mit einer suchtmedizinisch qualifizierten Ärztin bzw. einem Arzt ab und stellen die Vorstellung der Patientinnen bzw. Patienten bei der suchtmedizinisch qualifizierten Ärztin bzw. Arzt zu Beginn der Behandlung sicher (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, 2025). Deutschlandweit nutzten im Jahr 2023 etwa ein Fünftel der substituierenden Ärztinnen und Ärzte die Konsiliarregelung und versorgten damit ca. 1,7 Prozent der Substitutionspatientinnen und -patienten (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025).

In Thüringen waren im Jahr 2025 insgesamt 32 substituierende Ärztinnen und Ärzte gemeldet. Sie versorgten 457 Patientinnen und Patienten. Dies entspricht 14,3 Patienten je Ärztin oder Arzt.

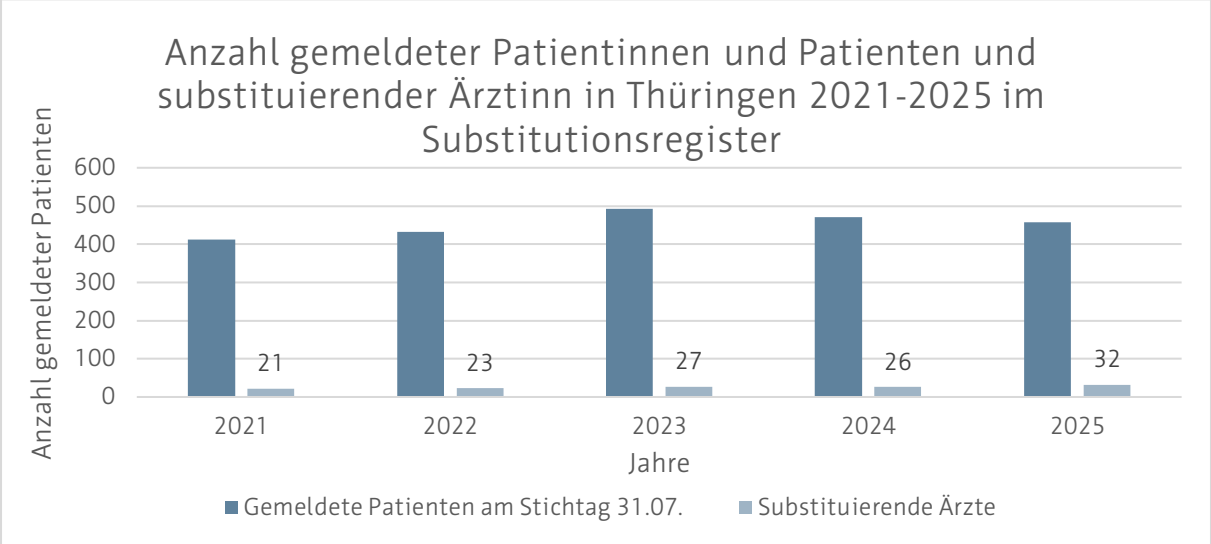


Abbildung 23: Anzahl gemeldeter Patientinnen und Patienten sowie substituierender Ärztinnen und Ärzte in Thüringen 2021-2025. Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022-2026

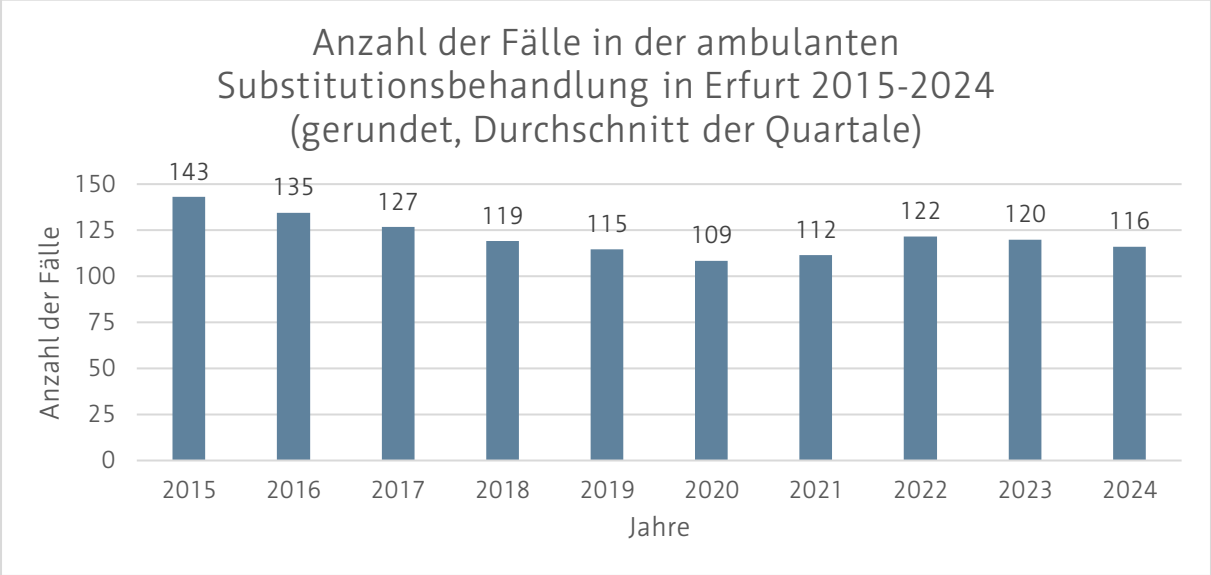


Abbildung 24: Anzahl der Fälle in der ambulanten substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger in Erfurt 2015-2024 (Mittelwert der Fälle je Quartal, gerundet). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Abbildung 24 zeigt den Mittelwert aus den vier Quartalen eines Jahres. Die Substitutionsbehandlung erfordert dauerhafte und regelmäßige Arztbesuche (täglich bis wöchentlich). Die Angaben für die einzelnen Quartale sind in Tabelle 5 zusammengestellt:

Tabelle 5: Fallzahlen in der ambulanten Substitutionsbehandlung je Quartal. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Jahr	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Q1	135	132	123	125	115	111	109	123	121	116
Q2	158	132	127	119	112	108	110	121	120	117
Q3	143	140	131	120	115	108	113	115	118	116
Q4	136	134	126	112	117	107	114	127	120	115

Hierbei zeigen sich in den einzelnen Jahren unterschiedliche Schwankungsbreiten zwischen den Quartalen mit den niedrigsten und höchsten Werten: während im Jahr 2015 die Fallzahlen je Quartal zwischen 136 und 158 Fällen relativ stark schwankten, zeigte sich in den Folgejahren eher eine Tendenz zu gleichbleibenden Zahlen der Versorgung. Eine Ausnahme bilden die Jahre 2018 und 2022, für welche Schwankungen der Fallzahlen im niedrigen zweistelligen Bereich erfasst wurden. Hierbei ist zu beachten, dass die Angaben eher die Kapazität der verfügbaren Substitutionsplätze repräsentieren, und nicht den vorhandenen Bedarf abbilden.

Die Sucht- und Drogenberatungsstelle Knackpunkt berät aufgrund Ihrer fachlichen Ausrichtung (nähere Informationen im Kapital 8.2) auch opiatabhängige Menschen. Sie verzeichnete im Jahr 2025 einen deutlichen Anstieg an telefonischen und schriftlichen Anfragen zur Vermittlung von Substitutionsplätzen. Neben substituierenden Erfurter Ärztinnen und Ärzten wurden auch Praxen im Erfurter Umland in die Suche einbezogen. In den meisten Fällen konnten keine freien Plätze vermittelt werden. Die Beratungsstelle Knackpunkt führt die erhöhte Nachfrage auf mehrere Entwicklungen zurück:

- **Entlassungen aus der Justizvollzugsanstalt Tonna ohne Anschlussversorgung:** Die JVA Tonna bietet während der Haft Substitutionsbehandlung an (Thüringer Ministerium für Justiz, Migration und Verbraucherschutz, 2026). Nach der Entlassung kann häufig keine Fortsetzung der Behandlung erfolgen, da keine freien Plätze zur Verfügung standen.
- **Zunahme synthetischer Opioide:** Der Konsum neuer synthetischer Opioide bringt zusätzliche Patientengruppen hervor, die eine Substitutionsbehandlung benötigen und zugleich neue fachliche Herausforderungen für die Behandler darstellen.
- **Einzelfälle unklarer Indikationsstellung:** Vereinzelt wurde eine Substitution begonnen, obwohl zuvor keine gesicherte Opiatabhängigkeit bestand, was ebenfalls zu einer höheren Nachfrage beitrug. (SiT-Suchthilfe in Thüringen, Sucht- und Drogenberatungsstelle Knackpunkt, 2026)

Im Vergleich mit den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringens zeigt sich für Erfurt trotz leichter Schwankung in den Jahren 2021 – 2022 ein Rückgang von Personen in gemeldeter Substitutionsbehandlung. Die neu entstandene Nachfrage kann nach Aussage der Sucht- und Drogenberatung Knackpunkt unzureichend bedient werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft die hier beschriebene Behandlung als präventiv, schadensmindernd, von guter Qualität, erschwinglich, ethisch und evidenzbasiert ein. Die Folgen fehlender Behandlungsplätze werden mit einer Reihe von nachteiligen Auswirkungen beschrieben: Erhöhung des nicht-medizinischen Opioidkonsums, erhöhte Sterblichkeit und Morbidität (einschließlich Opioidüberdosierung, HIV und viraler Hepatitis), Steigerung des Kriminalitäts- und Inhaftierungsrisikos, verminderte Therapietreue, desgleichen Verminderung der Lebensqualität und des allgemeinen Wohlbefindens. Zudem wird die kurzfristige Reduktion des Konsums ausschließlich durch Opioid-Entzug als nicht ausreichend empfohlen, um langfristige Abstinenz zu sichern (Weltgesundheitsorganisation, 2009).

Zusammenfassung Kapitel 7.1.1.3 „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“:
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Opioidsubstitutionstherapie (OST) eine evidenzbasierte, lebenslang ausgerichtete Behandlung ist. Sie zielt auf die Stabilisierung, Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Teilhabe opioidabhängiger Menschen ab und reduziert Risiken wie Mortalität, Infektionskrankheiten und Beschaffungskriminalität. Sie wird in Deutschland unter strengen gesetzlichen Vorgaben durchgeführt, umfasst eine ausführliche Diagnostik, die kontrollierte Vergabe von Substitutionsmitteln sowie regelmäßige ärztliche Konsultationen und wird im Substitutionsregister des BfArM dokumentiert. Bundesweit ist die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte rückläufig, was sich auch in Thüringen anhand sinkender Anzahl verfügbarer Behandlungsplätze zeigt. Wie Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringens zeigen, ist in Erfurt die Kapazität verfügbarer Substitutionsplätze in den zehn Jahren bis 2024 gesunken. Die Beratungsstelle Knackpunkt spricht im Jahr 2026 von einer bestehenden Unterversorgung. Die WHO bewertet die Opioidsubstitutionstherapie als wirksame, schadensmindernde und ethisch gebotene Intervention; fehlende Behandlungsplätze erhöhen hingegen das Risiko von Überdosierungen, Infektionen, Kriminalität und sozialer Destabilisierung der betroffenen Menschen.

7.1.2 Stationäre und teilstationäre Versorgung

Erläuterung: Die stationäre und teilstationäre Behandlung von Erwachsenen aus der Stadt Erfurt und dem Umland wird durch zwei Krankenhäuser abgesichert, durch das HELIOS Klinikum Erfurt im Norden der Stadt und das Katholische Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt im Süden.

Beide Einrichtungen verfügen über ein breites psychiatrisch-psychosomatisches Angebot für Erwachsene. Dazu zählen unter anderem die Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie und wahnhafte Störungen, affektive Störungen, neurotische und psychosomatische Störungen sowie Persönlichkeits-, Verhaltens-, Intelligenz- und Entwicklungsstörungen. Auch gerontopsychiatrische Behandlungsangebote sowie eine psychiatrische Tagesklinik sind in beiden Kliniken etabliert (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024b). Eine Tagesklinik ist geeignet für Personen, bei denen eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreichend und eine stationäre Behandlung noch nicht notwendig ist. Auch nach einem vollstationären Aufenthalt kann eine tagesklinische

Weiterbehandlung sinnvoll sein. Eine Tagesklinik ermöglicht intensive Therapien und zugleich die Anbindung an das gewohnte Umfeld. Auf beide Kliniken wird in den folgenden Unterkapiteln kurz eingegangen.

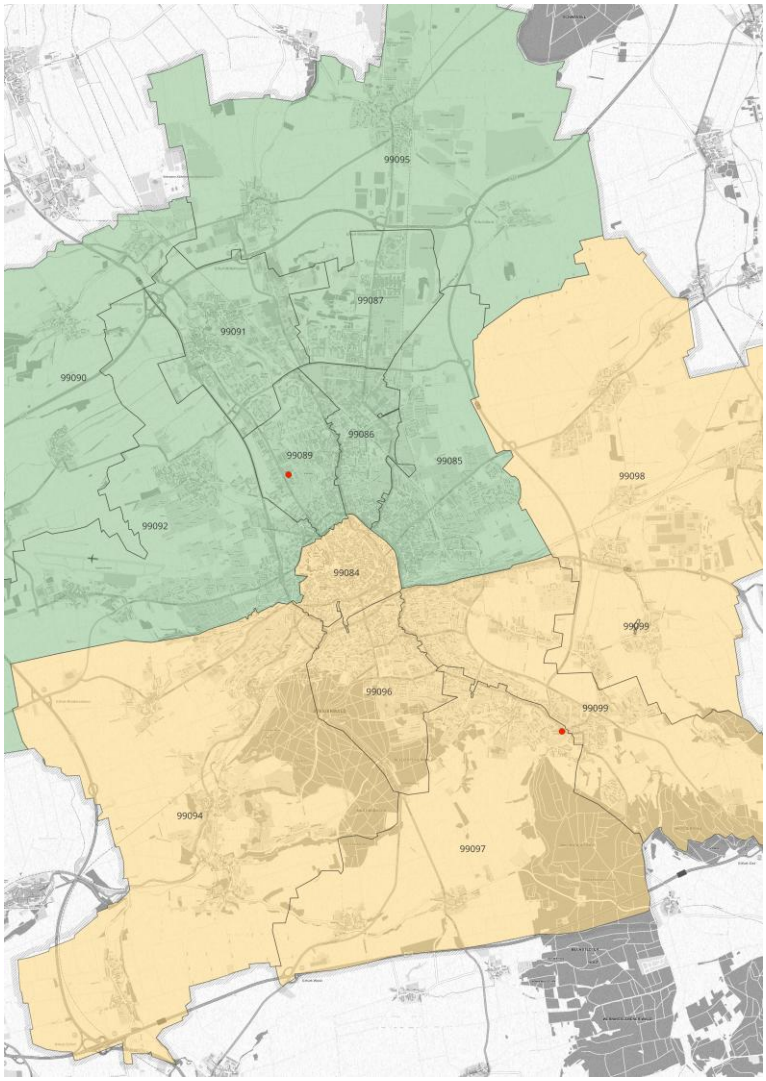


Abbildung 25: Verteilung der Versorgungsbereiche der Kliniken nach Postleitzahlen. Quelle: Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2024, eigene Darstellung

HELIOS Klinikum Erfurt

Erläuterung: Das HELIOS Klinikum Erfurt ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung. Die darin eingebundene Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik hat einen Versorgungsauftrag für die Ortsteile mit den Postleitzahlen 99090, 99092, 99089, 99091, 99086, 99087, 99095, 99085 (Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2024; HELIOS KLinikum Erfurt, 2026).

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am HELIOS Klinikum Erfurt bietet ein umfassendes Spektrum an stationären, tagesklinischen und ambulanten

Behandlungsangeboten für das gesamte Spektrum psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen. Wie im Kapitel „Psychiatrische Institutsambulanzen“ benannt, verfügt auch die Helios Klinik über eine sogenannte PIA. Darüber hinaus übernimmt die Klinik innerhalb des Helios Klinikums psychiatrische Konsiliardienste für Patientinnen und Patienten auf nicht psychiatrischen Stationen. Einen weiteren Schwerpunkt des HELIOS Klinikums Erfurt bildet die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Säuglingen einschließlich präventiver und rehabilitativer Angebote (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a, S. 231-232).

Die Tabelle 6 zeigt die fünf häufigsten Diagnosen nach ICD-10 im Jahr 2024 im HELIOS Klinikum Erfurt. Auf dem ersten Platz liegen Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gefolgt von den Diagnosen Mittelgradige depressive Episode und Paranoide Schizophrenie.

Tabelle 6: Fünf häufigsten Diagnosen nach ICD-10 im Jahr 2024 im HELIOS Klinikum Erfurt. Quelle: Referenzbericht „HELIOS Klinikum Erfurt“ 2024, Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a

ICD-10 Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F10.2	215	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F32.1	147	Mittelgradige depressive Episode
F20.0	114	Paranoide Schizophrenie
F10.3	95	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F33.1	91	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am HELIOS Klinikum Erfurt

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am HELIOS Klinikum Erfurt hat den Pflichtversorgungsauftrag für die Landeshauptstadt Erfurt und den angrenzenden Ilm-Kreis. Sie bietet ebenfalls ein breites Spektrum an Diagnostik, Therapie und spezialisierten Behandlungsformen. Dazu gehören verschiedene psychotherapeutische Verfahren wie Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und systemische Familientherapie sowie spezielle Sprechstunden, etwa für Autismus. Die Diagnostik und Behandlung umfasst zahlreiche Störungsbilder, darunter Entwicklungs- und Intelligenzstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen, affektive Störungen, schizophrene und wahnhafte Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Belastungs- und neurotische Störungen. Auch Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen werden behandelt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a).

Tabelle 7: Fallzahlen vollstationär und teilstationär der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vom HELIOS Klinikum Erfurt. Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Voll-stationär	250	257	243	265	258	239	207	247	263	269	243	246
Teil-stationär	61	58	64	49	70	60	59	44	37	51	58	63

Die **Fallzahlen** (Tabelle 7) sowie die **Betten- und Platzzahlen** (Tabelle 8) der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am HELIOS Klinikum Erfurt zeigen im Zeitverlauf eine insgesamt stabile Versorgungsstruktur. Die vollstationären Fallzahlen bewegen sich zwischen 2013 und 2024 weitgehend konstant im Bereich von etwa 240 bis 270 Fällen pro Jahr, mit einem vorübergehenden Rückgang bis 2019, einem anschließenden Anstieg bis 2022 und einer erneuten Stabilisierung auf mittlerem Niveau. Im teilstationären Bereich sind stärkere Schwankungen erkennbar, insbesondere ein deutlicher Rückgang um 2020/2021 während der Pandemie, gefolgt von einer kontinuierlichen Steigerung bis 2024.

Parallel dazu wurden die strukturellen Kapazitäten leicht reduziert: Die Zahl der stationären Betten sank von 37 im Jahr 2017 auf 32 ab 2023 und blieb anschließend konstant, während die Plätze in der Tagesklinik von 13 auf elf verringert wurden und ebenfalls stabil blieben.

Tabelle 8: Entwicklung der Betten- und Platzzahlen Fachabteilung „Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“ vom HELIOS Klinikum Erfurt. Quelle: (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023; Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2020; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a)

Einrichtung	Betten stationär		Plätze Tagesklinik	
HELIOS Klinikum Kinder- und Jugendliche	2023	2024	2023	2024
	32	32	11	11

Die Tabelle 9 zeigt die **fünf häufigsten Diagnosen nach ICD-10** im Jahr 2024 im HELIOS Klinikum Erfurt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Auf Platz eins liegt die mittelgradige depressive Episode, gefolgt von Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens und schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome.

Tabelle 9: Fünf häufigsten Diagnosen nach ICD-10 im Jahr 2024 im HELIOS Klinikum – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Quelle: Referenzbericht HELIOS Klinikum Erfurt 2024, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F32.1	67	Mittelgradige depressive Episode
F90.1	32	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

F32.2	25	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F92.0	23	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
F91.2	15	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt

Erläuterung: Das Katholische Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt übernimmt die Pflichtversorgung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie für die Ortsteile mit den Postleitzahlen 99192, 99094, 99084, 99096, 99102, 99097, 99099, 99098, 99198 (8. Thüringer Krankenhausplan 2024-2030, 2024).

Die Fachabteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Katholischen Krankenhauses St. Johann Nepomuk Erfurt ist als Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena auf die stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung vielfältiger psychischer und psychosomatischer Erkrankungen spezialisiert. Neben Angeboten etwa für Trauma-, Sucht- und Peripartalpsychiatrie[12] kommen Psychotherapie, Pharmakotherapie, multiprofessionelle Therapie sowie neuromodulative[13] Verfahren wie Elektrokrampftherapie zum Einsatz. Ergänzend verfügt die Klinik über ein eigenes neurophysiologisches Labor um erweiterte Diagnostik einzusetzen (Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt, 2026). Die in der Klinik betriebene psychiatrische Institutsambulanz wird im Kapitel „Psychiatrische Institutsambulanzen“ hier im Bericht ausführlicher beschrieben.

Die Tabelle 10 zeigt die **fünf häufigsten Diagnosen nach ICD-10** im Jahr 2024 im Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt. Auf dem ersten Platz liegen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom, gefolgt von rezidivierenden depressiven Störungen, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome und paranoide Schizophrenie.

Tabelle 10: Fünf häufigsten Diagnose nach ICD-10 im Jahr 2024 im Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt. Quelle: Referenzbericht „Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt“ 2024, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

ICD-10-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F10.3	354	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F33.2	187	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

[12] Peripartalpsychiatrie beschäftigt sich mit psychischen Krisen und Erkrankungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit.
[13] Neuromodulation bezeichnet therapeutische Verfahren, mit denen die Aktivität des Nervensystems gezielt beeinflusst und reguliert wird. Dies kann beispielsweise durch elektrische oder magnetische Stimulation erfolgen (Deutsche Gesellschaft für Neuromodulation e.V., 2026).

F20.0	141	Paranoide Schizophrenie
F10.0	124	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F33.1	102	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Daten und Fakten: In einem Zeitraum von zehn Jahren wurden laut Referenzberichten folgende Fallzahlen für den vollstationären Bereich erreicht:

Tabelle 11: Fallzahlen vollstationär der Fachabteilungen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik vom HELIOS Klinikum Erfurt und Katholisches Krankenhaus (KKH) St. Johann Nepomuk Erfurt. Quelle: Referenzberichte des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) „Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt“ 2013 – 2024 und „HELIOS Klinikum Erfurt“ 2013 – 2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
HELIOS	1.294	1.307	1.312	1.471	1.363	1.239	1.132	1.213	1.285	1.275
KKH	1.691	1.705	1.673	1.676	1.779	1.496	1.627	1.745	1.693	1.793[14]

Die **Fallzahlen der beiden Kliniken im Bereich der vollstationären Versorgung** in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für Erwachsene (Tabelle 11) zeigen in den Jahren 2020 / 2021 einen Rückgang der Fallzahlen und anschließend steigende Werte.

Auch im **teilstationären Bereich für Erwachsene** (Tabelle 12) ist im Jahr 2020 ein Rückgang zu erkennen. In den Folgejahren zeigt sich jedoch eine Zunahme der Fallzahlen, wobei das Katholische Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt einen kontinuierlichen Anstieg bis über das Niveau vor der Pandemie hinaus aufweist, während das HELIOS Klinikum Erfurt sich auf einem stabilen Niveau einpendelt. Gleichzeitig ist zu beachten, dass Fallzahlen allein nur eingeschränkt aussagekräftig sind, da sie weder die Behandlungsintensität noch den Schweregrad der Störungen abbilden.

Tabelle 12: Fallzahlen teilstationär Fachabteilungen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik vom HELIOS Klinikum Erfurt und Katholisches Krankenhaus (KKH) St. Johann Nepomuk Erfurt. Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss Referenzberichte „Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt“ 2015 – 2024 und Referenzberichte „HELIOS Klinikum Erfurt“ 2013 – 2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
HELIOS	127	128	133	123	126	60	66	116	118	117
KKH	190	235	235	223	220	166	176	211	231	251[15]

Die Entwicklung der **Betten- und Platzkapazitäten für Erwachsene** (Tabelle 13) zeigt Unterschiede zwischen den beiden Kliniken und liefert eine wichtige Grundlage zur

[14] Vom Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt direkt zurückgemeldete Zahl ist 1.821 Fälle.
[15] Vom Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt direkt zurückgemeldete Zahl ist 269 Fälle.

Einordnung der Fallzahlen. Das HELIOS Klinikum Erfurt reduzierte seine stationären Betten von 80 im Jahr 2017 auf 68 ab 2023 und hält dieses Niveau anschließend konstant. Die tagesklinischen Plätze bleiben mit einem leichten Rückgang von 15 auf 14 ebenfalls weitgehend stabil. Das Katholische Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt hält im Jahr 2017 seine Kapazitäten konstant. Sowohl die stationären Betten (118) als auch die tagesklinischen Plätze (30) bleiben bis 2024 unverändert auf diesem Niveau.

Tabelle 13: Entwicklung der Betten- und Platzzahlen Fachabteilungen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik vom HELIOS Klinikum Erfurt und Katholisches Krankenhaus (KKH) St. Johann Nepomuk Erfurt. Quellen: Gemeinsamer Bundesausschuss Referenzberichte „Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt“ 2015 – 2024 und Referenzberichte „HELIOS Klinikum Erfurt“ 2013 – 2024, *7. Thüringer Krankenhausplan 2020, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF)

Einrichtung	Helios			KKH		
Jahr	2017*	2023	2024	2017*	2023	2024
Betten stationär		68	68	118	118	118
Plätze Tagesklinik	15	14	14	30	30	30

Die **durchschnittliche Verweildauer von Erwachsenen** in den Fachabteilungen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik variieren je nach Störung und Behandlungsform, liegt aber typischerweise im Bereich von mehreren Wochen. Deutschlandweit lag die durchschnittliche Verweildauer 2024 im Bereich der Allgemeinen Psychiatrie bei 24,5 Tagen und im Bereich Psychosomatik / Psychotherapie bei 46,8 Tagen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024). 2019 lag die durchschnittliche Verweildauer in der Allgemeinen Psychiatrie bei 24,7 Tagen und in der Psychosomatik / Psychotherapie bei 43,7 Tagen (Bölt, 2022).

Wird die Verweildauer von Erwachsenen anhand dieser Zahlen für beiden Kliniken berechnet (unter Annahme von 100 Prozent Bettenauslastung), ergeben sich folgende Verweildauern:

Tabelle 14: 100 Prozent Bettenauslastung, 365 Tage, 68 Betten Helios und 118 Betten KKH. Quelle: Gesundheitsamt Erfurt, eigene Berechnung

Jahr	Helios stationär	KKH stationär
2023	19,32 Tage	25,44 Tage
2024	19,47 Tage	24 Tage

Zusammenfassung Kapitel 7.1.2 „Stationäre und teilstationäre Versorgung“: Kurz zusammengefasst ist Erfurt mit seinen stationären, teilstationären Angeboten und beiden vorhandenen Institutsambulanzen in der medizinisch-psychiatrischen Infrastruktur für

Erwachsene und Kinder/Jugendliche in Erfurt durch zwei Kliniken infrastrukturell gut aufgestellt. Beide bieten breite Spektren an Leistungen, wobei das Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt höhere Fallzahlen und größere Kapazitäten aufweist. Die häufigsten Diagnosen im Jahr 2024 in beiden Kliniken waren die Abhängigkeit von Alkohol, gefolgt von depressiver Störung. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es seit Jahren stabile Fallzahlen, eine leichte Bettenreduktion und die häufigsten Störungen sind mittelgradige und schwere Depression.

7.1.3 Ambulante Heilmittel und pflegerische Leistungen

Die gemeindepsychiatrische Versorgung ist durch eine Vielzahl unterschiedlicher Strukturen, Leistungsträger, Finanzierungsquellen und rechtlicher Grundlagen geprägt. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann diese Vielfalt zu einer erheblichen Hürde werden. Dazu gehört z.B. die Terminorganisation, Anträge stellen, Informationen weitergeben, Zuständigkeiten klären und immer wieder nachfragen. Insbesondere der Übergang zwischen verschiedenen Versorgungssektoren stellt eine Herausforderung dar. Wo Übergänge nicht ausreichend koordiniert sind, drohen Informationsverluste und Versorgungslücken. Zugleich kann der Aufbau einer tragfähigen Vertrauensbasis mit neuen Fachkräften durch wiederholte Wechsel erschwert werden. Damit Versorgung für den Einzelnen anschlussfähig bleibt, braucht es häufig ein hohes Maß an Zeit, Energie und Ausdauer auf Seiten des Versorgungsnetzes und der Person selbst.

Gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen verfügen nicht über die notwendigen Ressourcen, um sich selbst durch das komplexe Versorgungssystem zu bewegen.

Im ambulanten Bereich bestehen im Rahmen des SGB V verschiedene Möglichkeiten, diesen Herausforderungen zu begegnen. Hierzu zählt insbesondere die **ambulante Ergotherapie (§ 32 SGB V)**, die unter anderem zur Stabilisierung, zur Förderung von Alltagskompetenzen und – je nach individuellem Bedarf – zur Unterstützung der Teilhabe am Arbeitsleben beitragen kann. Weiterhin sind **psychiatrische häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)** und auch **Soziotherapie (§ 37a SGB V)** benannt, die beide dazu beitragen, Menschen bei der Inanspruchnahme notwendiger Hilfen zu unterstützen, Stabilität im Alltag zu fördern und Krisen frühzeitig zu begegnen. Ergotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege finden sich im Erfurter Versorgungsnetz wieder und werden in Folge näher erläutert.

7.1.3.1 Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Erläuterung: Zentrale Rechtsgrundlage der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist § 37 SGB V. Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist es nach § 2 das Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dass krankenversicherte, psychisch erkrankte Personen soweit *„stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können.“* (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025).

Diese Leistungsform kann Personen nur bei bestimmten Diagnosen verordnet werden (s. Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie). Es können bis zu 14 Einheiten zu je 60 Minuten[16] in der Woche und insgesamt mehr als vier Monate verordnet werden. Die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind Erarbeitung der Pflegeakzeptanz durch Beziehungsaufbau, Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Unterstützung zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung Beteiligter (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025).

In Erfurt sind zwei Anbieter aktiv:

- Diakonie für den Landkreis Gotha, Häusliche psychiatrische Krankenpflege
- HeRo medicare GmbH, APP – ambulant psychiatrische Pflege, Hauptsitz in Mühlhausen

Daten und Fakten: Die folgenden Angaben stammen aus der Evaluation des gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes und beruhen auf zwei Datensätzen. Demnach wurden im Jahr 2024 in Erfurt **380 Personen** durch psychiatrisch häusliche Krankenpflege betreut. Die meisten Betroffenen erhalten über Fachpersonen (u.a. Kliniken, Therapeutinnen und Therapeuten) Informationen zu diesem Angebot (Evaluation gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz, 2025).

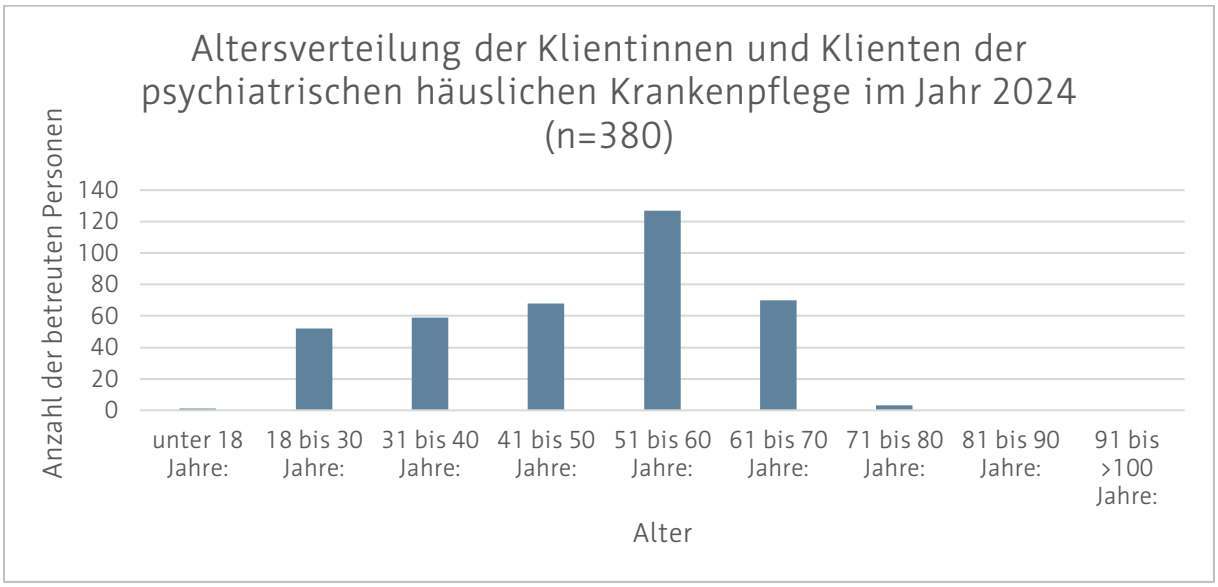


Abbildung 26: Altersverteilung der Klientinnen und Klienten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege im Jahr 2024 in Erfurt. Quelle: Evaluation gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz, 2025

Für das Jahr 2024 gaben beide psychiatrisch häusliche Krankenpflegedienste an, dass sie überwiegend Menschen mit affektiven Störungen behandelten. Diese **Diagnosegruppe** stellt den größten Anteil der betreuten Personen dar. Personen mit Schizophrenie, schizotypen

[16] Leistungsumfang abhängig von Versicherung

und wahnhaften Störungen wurden als zweithäufigste Gruppe genannt, während Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen die dritte Zielgruppe bildeten.

Eine Rückmeldung der Dienste aus der Evaluation erläutert, dass im Jahr 2024 nicht alle an ihrem Angebot interessierte Personen die **Leistung der psychiatrisch häuslichen Krankenpflege erhalten** konnten. Gründe waren eine fehlende ambulante Facharztanbindung der Patientinnen und Patienten, fehlende Krankenversicherung oder das Fehlen einer verordnungsrelevanten Diagnose. Ein weiterer Grund war die fehlende Bereitschaft der zur Verordnung berechtigten Fachärztinnen und Fachärzte, ambulant psychiatrische Pflege zu verordnen. Ein Ausschlusskriterium für psychiatrisch häusliche Krankenpflege liegt bei der Hauptdiagnose Sucht.

Es vergingen im Jahr 2024 durchschnittlich sechs Tage vom **ersten Patientenkontakt** bis zum ersten Einsatz der Pflegekräfte vor Ort bei den Patientinnen und Patienten. Die durchschnittlichen Einsatzzeiten in der Häuslichkeit variieren zwischen zwei bis sieben Stunden in der Woche.

Interessierte betroffene Erfurterinnen und Erfurter erfahren auf vielfältigen Wegen von dem **Angebot** der psychiatrisch häuslichen Krankenpflege. Dazu zählen:

- Die Vermittlung durch Fachpersonen (z. B. Therapeutinnen und Therapeuten, Kliniken)
- Empfehlungen durch andere Betroffene
- Informationen der Stadt Erfurt
- Eigene Öffentlichkeitsarbeit der Anbieter (z. B. Websites)
- Eigenständige Internetrecherche der Betroffenen

Die **Leistungen der psychiatrisch häuslichen Krankenpflege** sind vielseitig und decken alle relevanten Lebensbereiche ab. Sie umfassen insbesondere:

- Begleitung und Unterstützung in Krisensituationen
- Hilfe bei Alltagsanforderungen (z. B. Tagesstruktur, Ernährung, Einkaufen, Haushaltsführung, Arztsuche und -besuche)
- Begleitung zu wichtigen Terminen (z. B. vor Gericht oder bei Behörden)
- Unterstützung bei der Beantragung von Hilfeleistungen (z. B. Pflegegrad)
- Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Einrichtungen, Betreuenden und Angehörigen
- Aktivierung und Expositionstraining
- Entlastende und stützende Gespräche
- Training von Fähigkeiten zum selbstständigen Umgang mit der eigenen Störung
- Förderung größtmöglicher Selbstständigkeit und Verbleib in der häuslichen Umgebung
- Psychische Entlastung im Alltag

Die Dienstleistungen der psychiatrisch häuslichen Krankenpflegedienste beinhalten auch Pflegeleistungen nach SGB XI. Laut Evaluation werden die Dienste **vorrangig über Kranken-**

und Pflegekassen finanziert. Ergänzend spielen auch Selbstzahlungen sowie Leistungen der Eingliederungshilfe eine Rolle.

7.1.3.2 Ergotherapie

Erläuterung: Ergotherapie ist ein anerkanntes Heilmittel und Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie wird eingesetzt, um Menschen jeden Alters im Alltag dabei zu unterstützen selbstständig und handlungsfähig zu bleiben oder zu werden. Ergotherapie ist Bestandteil der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Sie findet in Fach-, Akut- und Tageskliniken, beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationszentren und im niedergelassenen ambulanten Bereich Anwendung und ergänzt andere Therapieformen wie medizinische Behandlung, Psycho- und Physiotherapie oder Logopädie. Es ist das übergeordnete Ziel, die Teilhabe zu verbessern.

In der Psychiatrie dient die Ergotherapie außerdem der Förderung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten, der Verbesserung von Struktur, Tagesplanung und Selbstorganisation, der Stärkung sozialer Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten sowie der Vorbereitung auf Arbeit, Ausbildung und Alltag. Dabei werden handlungsorientierte, kreative und alltagsbezogene Methoden angewendet. Laut S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen sollten „*Ergotherapeutische Interventionen (…) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden*“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019, S. 81).

Die Indikation kann für alle Arten psychischer Erkrankungen durch Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte (Psychiaterinnen und Psychiater, Nervenärztinnen sowie Nervenärzte) sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gestellt werden. Danach können nach Verordnung die Heilmittel „Psychisch funktionelle Behandlung“ und „Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung“ als Einzel- oder Gruppenbehandlungen angewendet werden. Vor allem in Hinblick der Sicherung einer sinnvollen Tagesstruktur und zur Vorbereitung für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben wird Ergotherapie eingesetzt (Greve, Bomke, Kurzewitsch, & Becker, 2021). Bei chronischen psychischen Erkrankungen, die eine Behandlungsdauer länger als ein Jahr erfordern, kann Ergotherapie nach ausführlicher Begründung und Genehmigung von der Krankenkasse auch langfristig außerbudgetär verordnet werden. Dies ist möglich bei Diagnosen wie Schizophrenie, schwerer Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Borderline Persönlichkeitsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Ziel ist dann der Aufbau von Tagesstrukturen, die Verbesserung der Konzentration und Belastbarkeit, Emotionsregulation und die Wiedereingliederung in den Alltag (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025).

Zusammenfassung Unterkapitel 7.1 „Behandlung“: Das Unterkapitel „Behandlung“ fasst im Wesentlichen die Regelleistungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zusammen. Die Darstellung gliedert sich in die medizinisch-therapeutische Behandlung sowie in ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen. Zu den am häufigsten gestellten

psychischen Diagnosen zählen im ambulanten Kontext Depressionen und Angststörungen. Im Bereich der Suchterkrankungen dominiert, insbesondere im stationären Kontext, die Alkoholabhängigkeit, erst dann folgen dort depressive Störungen.

Als erste ambulante Anlaufstelle fungieren die Hausarztpraxen. Für eine weiterführende Behandlung sind primär Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Neurologie sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuständig. Während im Bereich der Psychotherapie über das letzte Jahrzehnt steigende Gesamtfallzahlen verzeichnet wurden, sank der Versorgungsgrad bei den nervenärztlich, neurologisch und psychiatrisch tätigen Fachgruppen deutlich.

Ergänzend zu den teil- und vollstationären psychiatrischen Kliniken existieren in Erfurt weitere ambulante Versorgungsstrukturen. Deren Angebote ermöglichen es auch schwer betroffene Erfurterinnen und Erfurter in enger Abstimmung mit anderen Leistungserbringern bedarfsgerecht im vertrauten Lebensumfeld zu verbleiben. Hierzu zählt die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) mit ihrem fachübergreifenden Angebot aus medizinischer Behandlung, therapeutischen Angeboten und Sozialarbeit, ebenso wie die substitutionsgestützte Behandlung opioidabhängiger Menschen. Aufsuchende und begleitende Hilfen wie die psychiatrische häusliche Krankenpflege stellen zudem sicher, dass psychisch Erkrankte, analog zu somatisch Erkrankten, in einem geschützten häuslichen Rahmen leben können. Diese spezifischen Unterstützungsmaßnahmen sind in der Regel auf einige Sitzungen oder wenige Monate befristet. Weiterhin ist zu anzumerken, dass die gesetzlichen Möglichkeiten im SGB V umfangreicher sind, als es das tatsächliche Angebot in Erfurt widerspiegelt. Hierzu zählen die Soziotherapie (§ 37a SGB V), Stationsäquivalente Leistungen (§ 115d SGB V) und Verbundleistungen nach der Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von schwer psychisch kranken Versicherten mit komplexem Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL sowie § 92 Abs. 6b SGB V).

7.2 Selbsthilfe, Begegnung und Kontakt

Angebote, die auf Selbsthilfe, Begegnung und Kontakt bauen, sind eine weitere Säule im psychiatrischen Hilfesystem. Gegenüber rein professionellen Settings bieten vor allem selbsthilfebasierte Angebote für psychisch erkrankte Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeiten, Rat und Unterstützung zu erhalten. Dort können Probleme geteilt und sich gegenseitig bei deren Lösung geholfen werden. Gespräche auf Augenhöhe mit Menschen, die Ähnliches durchlebt haben, bieten praktisches Erfahrungswissen, über das Fachkräfte nicht verfügen, und die Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Vor allem Selbsthilfegruppen sind niedrigschwellig und langfristig nutzbar. Selbsthilfegruppen und ihre Dachorganisationen (Selbsthilfeverbände) sind mittlerweile wichtige und anerkannte Akteure in der Gestaltung des Gesundheitswesens. Auf allen Ebenen trägt die Selbsthilfe dazu bei, die medizinische Versorgung sowohl vertikal als auch horizontal patientenorientierter auszurichten. (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Ausgewiesene Orte für Kontakt und Begegnung sind für Menschen mit psychischer Störung elementare Bausteine einer guten gemeindepsychiatrischen Versorgung. Sogenannte offene Treffs bieten vor allem in schwierigen Lebenslagen unkomplizierte Hilfe, da diese als

erste Anlaufstellen ohne Voranmeldung erreicht werden können. Soziale Einbindung in vielfältigen Gruppen dient dem Austausch mit Menschen, denen es ähnlich geht. Regelmäßig offene niedrigschwellige Angebote in Form von Gruppenaktivitäten geben Halt und Struktur, welche für psychisch erkrankte Menschen übergeordnete Wichtigkeit hat. Kontakt- und Begegnungsstätten werden u.a. vom Robert Koch Institut in der Mental Health Surveillance ausdrücklich als Teil der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft genannt (Thom J. , 2025).

Im Folgenden wird der Fokus auf die Erfurter Organisationsformen in der Selbsthilfe gelegt und entsprechend erläutert. Im Anschluss daran werden exemplarisch zwei Orte des Kontaktes und der Begegnung in Erfurt vorgestellt.

7.2.1 Selbsthilfe

Auch in Erfurt gibt es eine Vielzahl an (selbst)organisierten Selbsthilfegruppen. Die größte Anzahl befindet sich unter dem Dach der Erfurter Selbsthilfekontaktstelle KISS im Gesundheitsamt mit insgesamt 110 Selbsthilfegruppen. Weitere Selbsthilfegruppen u.a. zu psychosozialen Themen wie Sucht, psychischen Erkrankungen und seelischen Problemen finden sich bei den Beratungs- und Anlaufstellen in Erfurt.

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppe - KISS

Erläuterung: Die Erfurter KISS ist im Erfurter Gesundheitsamt angesiedelt und arbeitet themenübergreifend.

Die Aufgaben der KISS sind Information, Koordination, Begleitung und finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen. Aufgrund des ehrenamtlichen Charakters der Gruppen und der teilweise mit Stigma und Scham behafteten Themen und Erkrankungen übernimmt die KISS eine wichtige Mittlerfunktion zwischen den Selbsthilfegruppen, der Öffentlichkeit sowie dem trägergebundenen und städtischen Hilfesystem. Die KISS dient nicht nur der Vernetzung der Selbsthilfeaktiven untereinander, sondern organisiert auch Fortbildungen und Informationsveranstaltungen, leistet Öffentlichkeitsarbeit und unterstützt Selbsthilfegruppen bei der Suche von Räumlichkeiten und Infrastruktur. Im Jahr 2024 gab es 33 psychosoziale Selbsthilfegruppen von 110 Selbsthilfegruppen in Administration der KISS. Darüber hinaus gibt die KISS einmal im Jahr das Erfurter Selbsthilfemagazin „Brückenschlag“ heraus.

Daten und Fakten: In Erfurt gibt es einen Selbsthilfeausschuss, der die Interessen der in der KISS eingetragenen Selbsthilfegruppen vertritt und sich aus ehrenamtlich engagierten Mitgliedern der Selbsthilfegruppen zusammensetzt. Laut Statut der KISS hat der Selbsthilfeausschuss gegenüber der KISS eine beratende Funktion (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, 2010). Der Selbsthilfeausschuss tagt ein- bis zweimal im Jahr (s. Tabelle 15).

Tabelle 15: allgemeine Funktionen eines Selbsthilfeausschusses. Quelle: Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe, 2026

Funktionen	Details
Interessenvertretung	Vertritt Anliegen der Selbsthilfe gegenüber Politik & Gesellschaft
Multiplikation	Erhöht Sichtbarkeit und Verständnis für Selbsthilfe
Koordination	Vernetzt Akteure und stärkt regionale Zusammenarbeit
Kommunikation	Betreibt Pressearbeit, Kampagnen, Veranstaltungen
Beratung	Unterstützt Gruppen bei eigener Öffentlichkeitsarbeit
Aufklärung	Baut Vorurteile ab und informiert über Gesundheitsthemen

Selbsthilfegruppen

Erläuterung: *„Selbsthilfegruppen sind Orte der Begegnung und des Austauschs mit gleich Betroffenen. In Selbsthilfegruppen finden sich zum Beispiel Menschen mit einer Störung oder Behinderung zusammen. Sie können selbst betroffen sein, sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden oder auch Angehörige von Betroffenen sein“* (Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe, 2026).

Zur Finanzierung stehen Selbsthilfegruppen eine Kombination verschiedener Einnahmen zur Verfügung:

- Kassenartenübergreifende jährliche Pauschalförderung der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nach § 20 h SGB V (GKV-Spitzenverband, 2025),
- Krankenkassenindividuelle Selbsthilfeförderung (Projektförderung) nach § 20 h SGB V (GKV-Spitzenverband, 2025),
- Kommunale Mittel gemäß Statut der KISS,
- andere Fördermittel je nach Thema (Pflege § 45d i.V.m. § 45c SGB XI, Sucht u.ä.) oder Haushaltsmittel von Bund und Land,
- Mitgliedsbeiträge und Erlöse (z.B. aus Veranstaltungen),
- Spenden und Stiftungen.

Nicht jeder Finanzierungsweg steht allen Selbsthilfegruppen offen. Fast alle Finanzierungswege sind an bestimmte Voraussetzungen und Förderzwecke gebunden.

Daten und Fakten: Über die Evaluation des Versorgungsnetzes liegen Rückmeldungen von acht Selbsthilfegruppen vor. Die Ergebnisse zeigen, dass in Erfurt im Jahr 2024 die Mehrheit der Selbsthilfegruppen von Angehörigen organisiert oder moderiert wurde. Die Gruppen gestalteten ihre **Angebote** vielfältig: Neben Erfahrungsaustausch und Gesprächsrunden

gehörten auch Fachvorträge, Schulungen und Informationsveranstaltungen zum Programm, ergänzt durch gemeinsame Ausflüge und Literaturverleih an die Mitglieder.

Die **Treffen** fanden in unterschiedlicher Frequenz statt –von wöchentlich bis monatlich- wobei sich die meisten Gruppen einmal im Monat trafen.

Der **Zugang zu den *Selbsthilfegruppen*** gestaltete sich in Erfurt 2024 unterschiedlich: Betroffene fanden den Weg über Fachpersonen wie Therapeutinnen, Therapeuten oder Kliniken, durch Empfehlungen anderer Betroffener, über Informationen der Stadt Erfurt, durch die eigene Öffentlichkeitsarbeit der Gruppen (beispielsweise über Websites) oder durch eigenständige Internetrecherche sowie weitere Zugangswege.

Selbsthilfeverbände

Erläuterung: Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeakteure des Gesundheitswesens organisieren sich in Dachorganisationen und Selbsthilfeverbänden. Im Bereich der Gemeindepsychiatrie sind fünf Selbsthilfeverbände in Thüringen aktiv. Diese sind alle in Erfurt ansässig. Vier dieser Selbsthilfeverbände betreuen Selbsthilfegruppen und deren Mitglieder in ganz Thüringen, darunter sind der Thüringer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., die LIGA der politischen Interessen- und Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen in Thüringen e.V. und der Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. Der vierte Selbsthilfeverband, der Ex-In Landesverband Thüringen e.V. befindet sich derzeit in Insolvenz (Stand 09/2026). EX-IN Sachsen e.V. ist derzeit in Thüringen aktiv und wird im Januar 2027 den nächsten Genesungsbegleiterkurs starten (EX-IN Sachsen e.V., 2026). Ausschließlich in Erfurt und Umgebung ist der Verein Angehörige und Freunde psychisch Kranker Erfurt & Umgebung e.V. tätig.

Die wesentlichen Tätigkeitsfelder der Selbsthilfeverbände sind Aufklärung (Beratung und Vermittlung von Angehörigen in u.a. Versorgungsnetz), Selbsthilfe (Initiierung und Pflege von Selbsthilfegruppen (SHG)) und Interessenvertretung auf individueller, gesellschaftlicher und politischer Ebene sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Im Wesentlichen können sich die Verbände über folgende Wege finanzieren:

- Kassenartenübergreifende jährliche Pauschalförderung der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nach § 20 h SGB V (GKV-Spitzenverband, 2025)
- Krankenkassenindividuelle Selbsthilfeförderung (Projektförderung) nach § 20 h SGB V (GKV-Spitzenverband, 2025)
- Andere Fördermittel je nach Thema (Pflege § 45d i.V.m. § 45c SGB XI, Sucht u.ä.) oder Haushaltsmittel von Bund und Land
- Mitgliedsbeiträge und Erlöse (z.B. aus Veranstaltungen)
- Spenden und Stiftungen

Daten und Fakten: Angaben im Rahmen der Evaluation des Versorgungsnetzes machten sechs Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfeverbände:

Die vier in Erfurt ansässigen *Selbsthilfeverbände* boten im Jahr 2024 vor allem Beratungsgespräche zu Erkrankungen mit Betroffenen und/oder deren Angehörigen, die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsansätzen für bestehende Problemlagen inklusive Begleitung im Prozess und Weitervermittlung an andere Netzwerkpartner sowie den Austausch in Gesprächsgruppen an.

Die an der „Evaluation Versorgungsnetz“ beteiligten Selbsthilfeverbände schilderten eine Reihe **struktureller und organisatorischer Herausforderungen**. Diese finden sich im Kapitel 9 „Herausforderungen für das Versorgungsnetz“.

7.2.2 Kontakt und Begegnung

Im Erfurter Psychiatrie- und Suchtwegweiser sind insgesamt fünf Anlaufstellen und eine offene psychosoziale Veranstaltungsreihe beschrieben. Beispielhaft werden im Folgenden zwei offene Treffs herausgegriffen, um die Aufgaben offener Begegnungs- und Kontaktorte, Ergebnisse ihrer Tätigkeiten und den Nutzen für Betroffene zu skizzieren. Es gibt einen Treff für psychisch erkrankte Personen und einen zweiten, der als offener Aufenthaltsort für Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen konzipiert ist.

Begegnungsstätte für psychisch Erkrankte und deren Angehörige

Erläuterung: Die Begegnungsstätte für psychisch Erkrankte und deren Angehörige des Christophoruswerk Erfurt gGmbH am Moskauer Platz ist in ihrer Ausgestaltung einzigartig in Erfurt. Durch den offenen Charakter des Hauses können alle unten aufgeführten Angebote ohne Zugangshürden, Anmeldungen, Kosten oder sonstige Voraussetzungen niedrigschwellig besucht werden.

Sie befindet sich als Anlaufpunkt im Erfurter Norden. Die meisten Besucherinnen und Besucher sind mit erheblichem Ausmaß Betroffene von psychischen Erkrankungen und/oder seelischen Behinderungen. Zudem richtet sich das Angebot auch an Angehörige sowie interessierte Personen.

Daten und Fakten: Im Jahr 2025 umfasste das Angebot zwölf unterschiedliche Formate, die allesamt offen und niedrigschwellig konzipiert sind. Die Angebote finden in unterschiedlicher Frequenz statt – von zweimal wöchentlich bis einmal monatlich. Ein Teil der Formate ist mit einem konkreten Funktionsangebot verbunden, beispielsweise Gedächtnistraining, gemeinsames Kochen oder Angebote zur Entspannung. Andere Formate sind bewusst offen gestaltet, um einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen und unterschiedlichen Interessen und Bedürfnissen Raum zu geben.

Im Mittelpunkt stehen die Förderung sozialer Kontakte sowie die Unterstützung einer verlässlichen Tagesstruktur der Betroffenen. Als besonders positives Ergebnis kann hervorgehoben werden, dass mehr als 70 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich über die Begegnungsstätte kennenlernten, gegenseitig soziale Kontakte pflegen und sich im Alltag unterstützen. (Begegnungsstätte für psychisch Erkrankte und deren Angehörige - Jahresbericht 2018 - 2025, 2026).

Die Abbildung 27 zeigt die Frequentierung des Angebots zwischen 2018 und 2024. Hierbei wird die Zahl der Teilnehmenden je Angebot und Einheit (Interaktionen je Angebot) zusammengezählt.

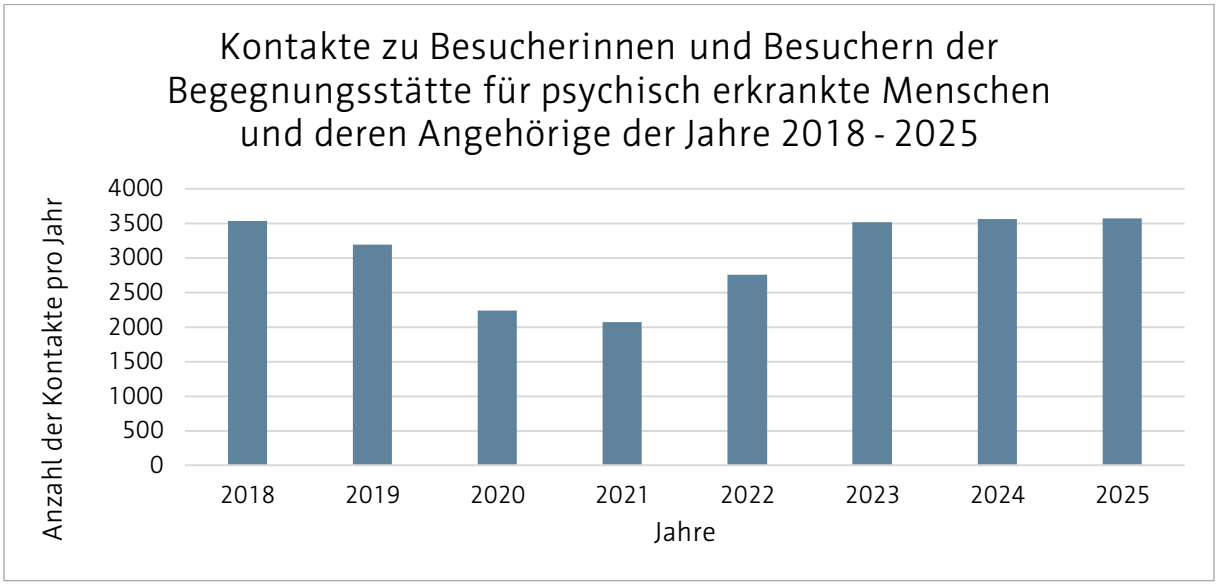


Abbildung 27: Kontakte zu Besucherinnen und Besuchern der Begegnungsstätte für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige vom Christophoruswerk Erfurt. Quelle: Christophoruswerk Erfurt gGmbH, 2026

Die Kontaktzahlen der Begegnungsstätte zeigen zwischen den Jahren 2018 und 2025 deutliche Schwankungen. Nach 3.536 Kontakten im Jahr 2018 kam es bis 2021 zu einem kontinuierlichen Rückgang auf 2.069 Kontakte, was insbesondere auf pandemiebedingte Einschränkungen zurückzuführen sein dürfte. Ab dem Jahr 2022 stiegen die Zahlen jedoch wieder deutlich an und erreichten 2023 nahezu das Vorkrisenniveau. In den Jahren 2024 und 2025 setzte sich dieser Trend fort, sodass mit 3.562 bzw. 3.574 Kontakten wieder ein stabiles und hohes Nutzungsniveau erreicht wurde.

Caritas Tagestreff Erfurt

Erläuterung: Der **Caritas-Tagestreff** des Caritas Bistum Erfurt in der Regierungsstraße bietet täglich und ganzjährig von Vormittag bis Nachmittag einen Aufenthaltsort für Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen. Hier gibt es:

- Sozialen Austausch und Gemeinschaft
- Gemeinsame Mahlzeiten
- Psychosoziale und administrative Unterstützung für den Einzelnen[17]
- Kostenfreie und anonyme Beratung durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter [18]

[17] u.a. niedrigschwellige Gesundheitsberatung, Begleitung und Vorbereitung von wichtigen Terminen
[18] u.a. zu Schuldenproblematiken, Postangelegenheiten

- Möglichkeiten zum Duschen und Wäschewaschen

Zusätzlich unterstützt die **mobile Wohnungsnotfallhilfe** (Projekt „Begegnen-Beraten-Wohnen“) Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht sind, durch kostenfreie und anonyme Beratung, Begleitung und Vermittlung an soziale Fachdienste, Vermieter oder Akteure am Wohnungsmarkt.

Daten und Fakten: Im gesamten Jahr 2024 fanden im Tagestreff insgesamt 34.500 Kontakte an 365 Tagen statt. Die meisten Kontakte bestehen zu Gästen, die die Angebote regelmäßig wahrnehmen. Das Alter der Nutzenden liegt zwischen 25 - 75 Jahren, davon sind schätzungsweise 80 Prozent männlich, wobei eine Tendenz zu jüngeren Personen zu erkennen ist (Caritas Tagestreff/Suppenküche des Caritasverbandes für das Bistum Erfurt e.V., 2026).

Zu den multiplen Problemlagen der aufsuchenden Personen gehören

- Hafthintergrund
- Psychische Problemlagen inkl. Suchterkrankung
- Wohnungs- und Arbeitslosigkeit
- Schulden
- Einsamkeit und Alter
- Sprachbarrieren

Zusammenfassung Kapitel 7.2 „Selbsthilfe, Begegnung und Kontakt“: Angebote zu Begegnung, Kontakt und Selbsthilfe sind eine der tragenden Säulen des Hilfesystems und verdienen hohe Anerkennung. Sie bieten unkomplizierte Unterstützung, nachhaltige soziale Teilhabe und Selbstbestimmung. Besonders die Selbsthilfe stärkt betroffene Personen auf Augenhöhe. Damit leistet sie in Erfurt einen großen Beitrag zur Stabilisierung psychisch belasteter Menschen.

7.3 Beratung

Erläuterung: Die psychosozialen und Suchtberatungsstellen gehören in erster Linie zum ambulanten nicht medizinischen Bereich, denn sie haben eine besondere Aufgabe als zentrales Bindeglied zwischen Betroffenen, ihren Angehörigen und der übrigen medizinischen und gemeindepsychiatrischen Versorgung. Beratungsstellen sind Knotenpunkte in der Versorgung mit Beratung, Koordination von Hilfe, Vernetzung zwischen Akteuren, nach- und vorsorgend bzgl. Therapie und Selbsthilfe und Zugänglichkeit für schwer erreichbare Zielgruppen. Sie stellen sicher, dass Hilfesuchende nicht an den Übergängen zwischen den verschiedenen Systemen verlorengehen, sondern bedarfsgerecht weitergeleitet und begleitet werden.

An der Schnittstelle zwischen professioneller Fachberatung und Selbsthilfe übernimmt die Beratungsstelle eine orientierende und vermittelnde Funktion. Sie informiert über geeignete Selbsthilfeangebote, unterstützt bei der Kontaktaufnahme und trägt dazu bei, professionelle Hilfen und die Ressourcen der Selbsthilfe sinnvoll miteinander zu verknüpfen.

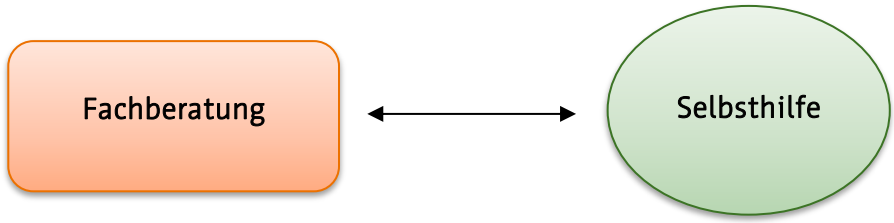


Abbildung 28: Schnittstelle Fachberatung und Selbsthilfe. Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020

In
Abbildung 29 steht der Übergang zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen im Mittelpunkt. Die Beratungsstelle kann bei der Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Maßnahme unterstützen, entsprechende Angebote vermitteln und Übergänge begleiten.

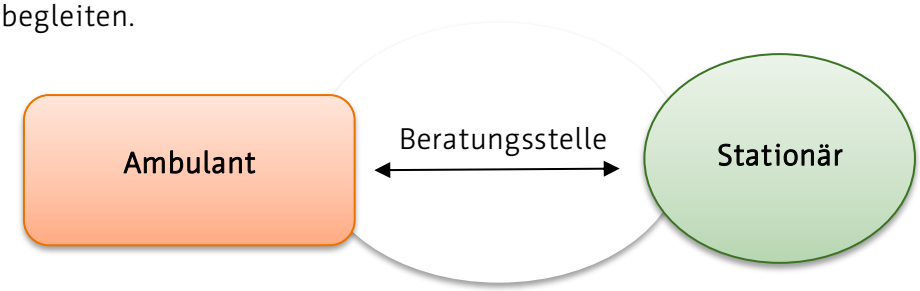


Abbildung 29: Schnittstelle Beratungsstelle zwischen Versorgungsform Ambulant und Stationär. Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020

Die in Abbildung 30 gezeigte Schnittstellenfunktion ist besonders relevant, weil beispielsweise nach einer Entgiftung zeitnah eine weiterführende Behandlung organisiert werden muss. Die Beratungsstelle kann bereits im Vorfeld über Möglichkeiten der Entwöhnungsbehandlung informieren, bei der Antragstellung unterstützen und den Übergang in die weiterführende Behandlung vorbereiten.

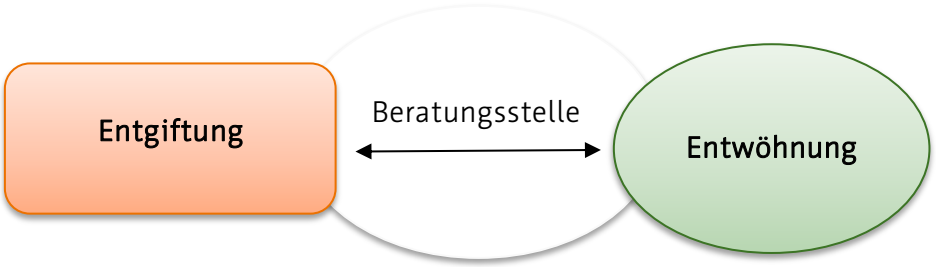


Abbildung 30: Schnittstelle Beratungsstelle zwischen Behandlungsform Entgiftung und Entwöhnung. Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020

Die Schnittstellenfunktion von Sucht- und psychosozialer Beratung endet nicht mit der Aufnahme einer Therapie. Vielmehr kann die Beratungsstelle bereits während der (ambulanten) Therapie bzw. im Vorfeld der stationären Entlassung den Anschluss an Nachsorge, Beratung, Selbsthilfe und weitere soziale Unterstützungsangebote vorbereiten und dann auch vermitteln (s. Abbildung 31).

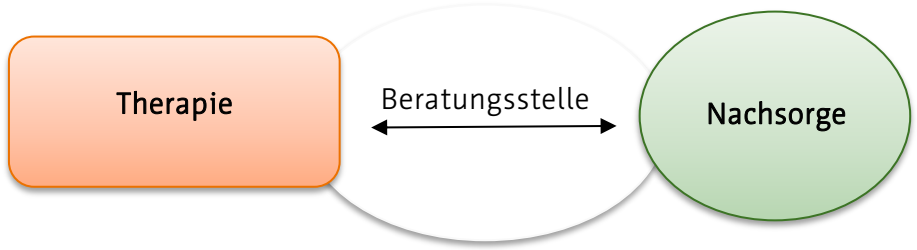


Abbildung 31: Schnittstelle Beratungsstelle zwischen Behandlungsbereichen Therapie und Nachsorge. Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020

7.3.1 Psychosoziale Beratungsstellen

Erläuterung: In Erfurt gibt es eine Vielzahl von Beratungsstellen mit verschiedenem Fokus, u.a. auch auf psychosoziale Unterstützung. Je nach individueller Konstellation erfolgt eine oder kontinuierliche Beratung rund um die Belange und Problemlagen der hilfesuchenden Person oder ihrer Angehörigen sowie weiterer Zielgruppen. Es werden je nach Beratungs- oder Anlaufstelle verschiedene Hilfeformate angeboten.

In Tabelle 16 werden überblicksartig Beratungsstellen mit dem Fokus auf psychosoziale Unterstützung und ihren Kernzielgruppen präsentiert. Diese Gruppen haben ein höheres Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken, als die Durchschnittsbevölkerung oder diese Personen sind bereits erkrankt.

Tabelle 16: Exemplarische Übersicht der Erfurter Beratungsstellen mit der Zielgruppe „Menschen mit psychischer Erkrankung, von Erkrankung bedrohten Personen, deren Angehörigen und Fachkräften“[19]

(Kern)Zielgruppe	Beratungsstelle (nicht abschließend)
Menschen mit psychischer Erkrankung; Menschen, die von psychischer Erkrankung bedroht sind; Angehörige; Fachkräfte	**AktivLebenKonzept e.V.** Psychosoziale Beratung für Menschen mit Behinderung **Christophoruswerk Erfurt gGmbH** Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle **Gesundheitsamt Erfurt** Sozialpsychiatrischer Dienst **ÖKP Ökumenische Kliniken für Psychiatrie gGmbH** Psychosoziale Beratung

[19] Gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz

	Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen GmbH Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle
Im Besonderen seelisch belastete Eltern, Kinder und Jugendliche	**Caritasverband für das Bistum Erfurt e.V.** Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung
Menschen mit Demenz und Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen	**Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.** Fachstelle Demenz
Menschen mit (drohender) Behinderung und Angehörige von Menschen mit Behinderung	**Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)** Ergänzende Beratung der bereits existierenden Beratungsangebote von Leistungsträgern und -erbringern
Obdach- und wohnungslose Personen, Menschen in sozialen Notlagen	**Caritasverband für das Bistum Erfurt e.V.** Psychosoziale Beratung im Tagestreff
Menschen mit Teilhabeeinschränkungen	**Beratungsstelle „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)“ Erfurt**
Studierende der Thüringer Hochschulen	**Studierendenwerk Thüringen** Psychosoziale Beratung Erfurt
Menschen mit Migrationshintergrund, Überlebende von Folter	**IPSO Care Center Thüringen** muttersprachliche individuelle psychosoziale Beratung für geflüchtete Menschen und MigrantInnen **REFUGIO Thüringen** psychosoziales Zentrum für Geflüchtete und Überlebende von Folter
Haftentlassene Straftäterinnen und Straftäter unter Führungs- und Bewährungsaufsicht	**Bewährungs- und Straffälligenhilfe Thüringen e.V.** ambulante Therapie- und Nachsorgeeinrichtung mit psychosozialer Beratung
Gefangene und Haftentlassene aus Thüringen	**PÜMaS** professionelles Übergangsmanagement für Inhaftierte und Haftentlassene in Thüringen

Daten und Fakten: Eine Zusammenfassung der Aussagen aller an der „Evaluation Versorgungsnetz“ beitragenden Beratungsstellen findet sich im Folgenden. Im Rahmen der für den Erfurter Psychiatriebericht durchgeführten Evaluation gingen insgesamt 30 Fragebögen von Erfurter Beratungsstellen ein. Davon konnten 20 gültige Fragebögen für die folgende Analyse berücksichtigt werden. Es konnten nicht alle Fragebögen ausgewertet werden, da auch Fragebögen generiert, aber nicht befüllt wurden. Zum anderen haben sich Teilnehmende teils fehlerhaft den Bereichen zugeordnet. Die Ergebnisse zeigen, dass die teilgenommenen Beratungsstellen, im Jahr 2024 insgesamt 4.744 Personen beraten, betreuen und unterstützen. Auffällig ist, dass 2.758 Studierende den größten Anteil

ausmachen. Bei der Geschlechterverteilung überwiegen Frauen (2.781) deutlich gegenüber Männern (1.614) und diversen Personen (35).

Die Altersverteilung wurde nicht für alle beratenen Personengruppen in den Beratungsstellen angegeben. Der größte Anteil (1.759 von 2.649) sind Personen zwischen 18 und 50 Jahren. Zu den Wohnverhältnissen wurden häufig keine Angaben gemacht. Der größte Anteil der Beratenen lebt selbstständig (1.053 Personen).

Abgefragt wurden die Hauptfinanzierungsquellen der teilnehmenden Beratungsstellen. Die Befragung ergab, dass dies sind vor allem die Kommunalverwaltung über die Jugendhilfe seien. Nachrangige Finanzierungsquellen sind die Kranken- und Pflegekassen, die Rentenversicherung, Spenden und auch der Träger der Eingliederungshilfe. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse der „Evaluation Versorgungsnetz“, dass die Finanzierung der psychosozialen Beratung fragmentiert, mehrsäulig und stark abhängig von verschiedenen Leistungsträgern ist.

Nach derzeit vorliegenden Informationen ist ab dem Jahr 2026 bei mehreren Trägern mit einer deutlichen Reduktion der finanziellen Mittel zu rechnen.[20]

Als Beispiel eines kommunalen Beratungsangebotes wird im Folgenden der Sozialpsychiatrische Dienst herausgegriffen und vorgestellt, um dessen Rahmenbedingungen und (hoheitlichen) Aufgaben zu skizzieren.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Erfurter Sozialpsychiatrische Dienst (SPDI) nimmt aufgrund seiner gesetzlichen Grundlage im Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (ThürPsychKG) eine besondere Rolle im öffentlichen Gesundheitsdienst ein. Er ist als niederschwelliges Angebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder zumindest Personen mit Verdacht auf psychische Erkrankung und deren Angehörige, sowie Fachpersonen zugänglich. Eine ärztliche Überweisung oder das Bestehen einer Krankenversicherung sind nicht erforderlich. Die Beratung ist kostenfrei und steht Menschen aller Altersklassen, einschließlich Kindern und Jugendlichen, offen.

Der SPDI ist an Werktagen mit täglichen Sprechzeiten erreichbar. Eine Terminvereinbarung wird grundsätzlich ohne längere Wartezeiten ermöglicht. Die Beratung kann telefonisch, persönlich oder auf Wunsch auch anonym erfolgen. Je nach Bedarf können die Kontakte in den Räumlichkeiten des Amtes, im Rahmen eines Hausbesuchs oder in geeigneten Beratungsstellen stattfinden.

Zu den Aufgaben des SPDI gehört insbesondere die psychosoziale Beratung von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften. Darüber hinaus führt der SPDI bei Bedarf Fallgespräche mit anderen an der Unterstützung beteiligten Fachkräften und Helfenden des

[20] REFUGIO Thüringen und PÜMaS können ihr Fachpersonal nicht mehr im bisherigen Umfang weiterbeschäftigen. REFUGIO arbeitet seit 2026 mit einer Personalreduktion von rund 50 Prozent.

Versorgungsnetzwerkes durch. Neben einer engen Netzwerkarbeit werden Menschen mit psychischen Störungen sofern möglich und sinnvoll, gezielt an geeignete Netzwerkpartner und weiterführende Hilfsangebote vermittelt.

Bei Vorliegen einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung kann der SPDI im Rahmen seiner gesetzlichen Befugnisse nach dem Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (ThürPsychKG) Maßnahmen zur Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik veranlassen. Eine solche Unterbringung kann zunächst bis zu 24 Stunden erfolgen. Über einen darüber hinausgehenden Verbleib in der Klinik entscheidet der zuständige Richter (Landeshauptstadt Erfurt, 2026).

Tabelle 17: Statistik zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Landeshauptstadt Erfurt. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Sozialpsychiatrischer Dienst, 2024, Landeshauptstadt Erfurt, Sozialpsychiatrischer Dienst, 2025

Anhörungen	2024	2025
Anhörungen zur Unterbringung nach ThürPsychKG	333	372
freiwilliger Verbleib	71	71
Anordnung der vorläufigen Unterbringung (§ 9)	152	187
Antragstellung zur Unterbringung (§ 8)	152	187
Unterbringungen (§ 7)	121	151
Richterliche Ablehnungen	26	33
Rücknahme der Antragstellung (ThürPsychKG)	4	2
Aufhebung der Unterbringung	19	10
keine ausreichende Gefährdungslage	105	113
Neuer Klient, neue Klientin	130	150

Tabelle 17 zeigt die Statistik zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung des SPDI. Zwischen den Jahren 2024 und 2025 ist eine Zunahme der Anhörungen und der damit verbundenen Verfahren nach dem ThürPsychKG zu verzeichnen. Die Zahl der Anhörungen zur Unterbringung stieg von 333 Personen im Jahr 2024 auf 372 Personen im Jahr 2025. Deutlich erhöhten sich die Anordnungen der vorläufigen Unterbringung nach § 9 sowie die Antragstellungen nach § 8, jeweils von 152 auf 187 Anhörungen. Auch die Zahl der Unterbringungen nach § 7 nahm von 121 auf 151 Anhörungen zu, während sich die richterlichen Ablehnungen von 26 auf 33 Anhörungen erhöhten. Gleichzeitig gingen die Rücknahmen der Antragstellung (von vier auf zwei) und die Aufhebungen der Unterbringung (von 19 auf zehn) zurück. Insgesamt zeigen die Zahlen für 2025 eine gestiegene Zahl an Verfahren und mehr Unterbringungen im Vergleich zum Vorjahr.

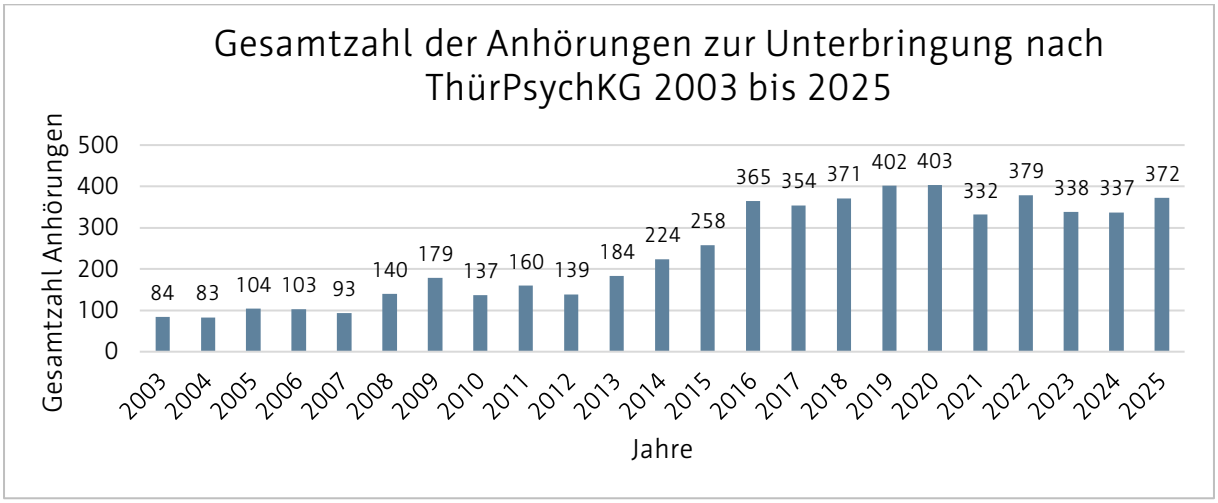


Abbildung 32: Gesamtzahl der Anhörungen zur Unterbringung nach ThürPsychKG 2003 bis 2025 vom SPDI Erfurt. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Sozialpsychiatrischer, 2025

Die Entwicklung aus Abbildung 32 zeigt in der Übersicht einen langfristigen Anstieg der Anhörungen zur Unterbringung nach dem ThürPsychKG vom Erfurter SPDI. Von zunächst 84 Fällen im Jahr 2003 stieg die Zahl – mit zwischenzeitlichen Schwankungen – auf den Höchststand von 403 Fällen im Jahr 2020 und hat sich damit mehr als vervierfacht. Nach einem deutlichen Rückgang 2021 stabilisierten sich die Zahlen in den Folgejahren auf einem Niveau zwischen 330 und 380 Anhörungen. Im Jahr 2025 ist mit 372 Anhörungen wieder ein Anstieg gegenüber 2023 (338) und 2024 (337) zu erkennen. Insgesamt deutet die Zeitreihe auf eine langfristig gestiegene Inanspruchnahme bzw. einen höheren Bedarf an Unterbringungsverfahren des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Erfurt hin.

Neben den in diesem Unterkapitel beschriebenen psychosozialen Beratungsstellen (s. Tabelle 16) mit verschiedenen Schwerpunkten und Zugangskriterien gibt es in Erfurt noch zwei private Träger die vier Suchtberatungsstellen sowie Außenstellen betreiben.

7.3.2 Suchtberatungsstellen

Erläuterung: In Erfurt gibt es vier Beratungsstellen mit dem Fokus auf Betreuung und Behandlung von Menschen mit Suchtabhängigkeit. Je nach Wunsch und Bedarf der betroffenen Person erfolgt eine einmalige oder wiederholte Beratung zu ihren individuellen Anliegen und Problemlagen. Das Beratungsangebot richtet sich auch an angeschlossene Zielgruppen, wie Angehörige und Fachpersonen (s. Tabelle 18).

Die Unterstützung erfolgt in unterschiedlichen Formaten, darunter Einzelberatungen, Gruppenangebote, Hausbesuche, Angehörigenarbeit, Erwachsenen-Streetwork, Sprechstunden sowie weiteren bedarfsgerechten Angeboten.

Tabelle 18: Übersicht Erfurter Suchtberatungsstellen. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, 2026

Zielgruppe	Beratungsstelle
(obdachlose und wohnungslose) Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen; deren Angehörige und Fachkräfte	**Ökumenisches Suchthilfezentrum** Suchthilfezentrum Michaelisstraße Suchthilfezentrum S13 **Suchthilfe in Thüringen gGmbH** Drogenhilfe Knackpunkt
Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen; deren Angehörige und Fachkräfte	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle der SiT

Weitere Informationen zur Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Erfurt sind ausführlicher in Kapitel 8.2 dargestellt. Dort finden sich nähere Auskünfte zu Folgen von Sucht aus verschiedenen Blickwinkeln, die Erfurter Suchthilfestatistiken (der Suchtberatungsstellen) bis 2025, Inzidenzraten[21] vergangener Jahre bis 2022 des Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, der Erfurter Polizeistatistik 2024 und 2025, die ersten veröffentlichten Ergebnisse zur Evaluation des Konsumcannabisgesetzes aus dem Jahr 2025 und die Abwasserstatistik bis 2025.

7.3.3 Pflegenetz Erfurt

Erläuterung: Das Thema Pflege ist vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine Herausforderung. Das Pflegenetz Erfurt ist die einzige unabhängige Anlaufstelle zu Fragen der Pflege und des Älterwerdens in Erfurt. Im Amt für Soziales befindet sich das Büro des Pflegenetzes. Telefonisch oder persönlich kann vertraulich, kostenfrei informiert und beraten werden. Beispielsweise können Fragen zur eigenen oder Pflege von Angehörigen beantwortet werden. Die Unterstützung und Entlastung als pflegender Angehörige oder Angehöriger oder Beratung bei drohender Pflegebedürftigkeit sowie Fragen zu Formen des Wohnens können gestellt werden.

Daten und Fakten: Eine Abfrage über die „Evaluation Versorgungsnetz“ hat für das Jahr 2024 die Durchführung von insgesamt 430 Beratungsgesprächen ergeben (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025).

Zusammenfassung Kapitel 7.3 „Beratung“: In diesem Kapitel wurde die psychosoziale Beratungslandschaft, Suchtberatungen und das Pflegenetz Erfurt vorgestellt. Als zentrales Bindeglied im Hilfesystem erbringen die Erfurter Beratungsstellen jährlich über 4.700 psychosoziale Beratungen und tragen wesentlich zur Orientierung, Stabilisierung und Vernetzung von Menschen mit psychischen Störungen bei. Insgesamt zeigt sich ein

[21] Inzidenz = Anzahl neu auftretender Ereignisse (z. B. Erkrankungsfälle) bezogen auf eine bestimmte Population und einen bestimmten Zeitraum (Bundesinsitut für Risikobewertung)

differenziertes und breites System, mit starken Einzelstrukturen, welches den Anspruch einer integrierten, gemeindenahen Versorgung erfüllt.

7.4 Rechtliche Betreuung

In den vorherigen Kapiteln wurden unterstützende, beratende, therapeutische oder begleitende Hilfsangebote vorgestellt. Um diese Angebote in Anspruch nehmen zu können, muss eine Person hierzu jedoch erst in die Lage versetzt werden. Mit der rechtlichen Betreuung existiert für diesen Zweck ein Instrument, dass es erlaubt, individuell für eine Person rechtsverbindliche Entscheidungen in genau definierten Lebensbereichen zu treffen. Aufgrund dieser für die gemeindepsychiatrische Versorgung ergänzenden Funktion (s. Abbildung 7) wird hier im Kapitel die Rechtliche Betreuung nach BGB näher ausgeführt.

Erläuterung: Menschen mit psychischer Störung haben vielfältigen Unterstützungsbedarf von unterschiedlicher Intensität oder Dauer. Können sie ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, kommt als Unterstützung die Bestellung einer rechtlichen Betreuerin oder eines rechtlichen Betreuers durch das Betreuungsgericht in Betracht. Rechtliche Betreuung spielt im gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz eine wichtige Rolle, weil sie ein flexibles Rechtsinstrument ist, um Menschen mit psychischen Störungen im Alltag rechtlich und organisatorisch zu unterstützen und rechtlich zu vertreten. Ob ein Bedarf an rechtlicher Betreuung besteht und wer als Betreuerin oder Betreuer bestellt wird, ist Gegenstand eines formellen Gerichtsverfahrens mit u.a. Anhörung der betroffenen Personen. Das Betreuungsrecht sieht unterschiedliche Betreuungsarten vor, wie die ehrenamtliche Betreuung durch Angehörige sowie die ehrenamtliche und berufliche Betreuung (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2025).

Je nach Erfordernis können der Betreuerin oder dem Betreuer folgende Aufgabenbereiche zugeordnet oder durch das Betreuungsgericht ausdrücklich zugewiesen werden. Beispielsweise Wohnungsangelegenheiten, Vermögensverwaltung, Gesundheitssorge, freiheitsentziehende Unterbringungen, sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen, die Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts der Betreuten im Ausland, die Bestimmung des Umgangs der Betreuten, die Entscheidung über die Telekommunikation der Betreuten einschließlich der elektronischen Kommunikation und die Entscheidung über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post der betreuten Person (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2025).

In Erfurt gibt es zwei gemeinnützige durch das entsprechende Landesamt anerkannte Betreuungsvereine; die die rechtliche Betreuung übernehmen und Ehrenamtliche für ihre Aufgaben qualifizieren:

- Betreuungsverein „Lebenskraft“ e. V. Erfurt
- Verein für Persönliche Hilfen und Betreuungen in Erfurt e.V.

Daten und Fakten: Im Jahr 2024 wurden insgesamt 681 Personen durch Betreuerinnen und Betreuer der Betreuungsvereine rechtlich betreut. 130 Betreuerinnen und Betreuer waren

ehrenamtlich und 491 entgeltlich tätig (Betreuungsverein "Lebenskraft" e.V., 2025; Verein für Persönliche Hilfen und Betreuungen in Erfurt e.V., 2025).

Die Aufgaben der Betreuungsvereine sind das Führen rechtlicher Betreuungen, die Gewinnung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer, Einführung, Fortbildung, Beratung und Unterstützung sowie Klärung und Information zu allgemeinen betreuungsrechtlichen Fragen (z.B. Vorsorgevollmachten) für Interessierte und vor allem ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern (Verein für Persönliche Hilfen und Betreuungen in Erfurt e.V., 2025).

7.5 Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Erfurt verfügt über ein differenziertes Versorgungssystem aus Behandlung, Beratung und Betreuung für Menschen mit psychischen Störungen (s. Abbildung 7 im Kapitel “Gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz der Landeshauptstadt Erfurt“). Betrachtet man Versorgung als Teil von Hilfeketten, könnte man den großen Bereich der Rehabilitation und Teilhabe als Teil des Hilfesystems in eine standardisierte Kette von Versorgungsbereichen einbetten (s. Abbildung 33).

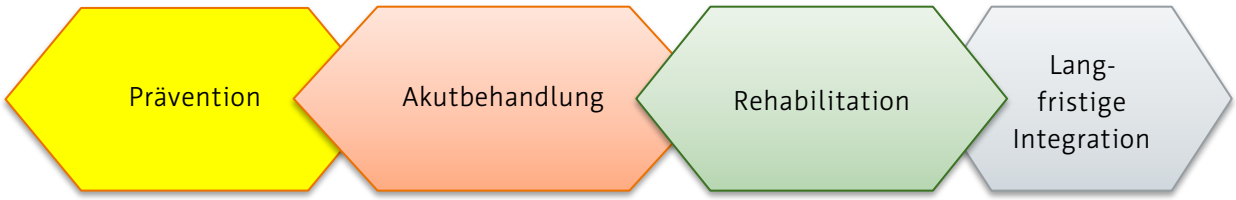


Abbildung 33: Querschnittsbereiche der Versorgung im Gesundheitswesen. Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020

Erläuterung: Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sollen die Folgen von Krankheit und Behinderung ausgleichen. Sie sollen Menschen ermöglichen, selbstbestimmt und möglichst eigenständig in Alltag, Freizeit und Beruf zu leben. Solche oft komplexen und von verschiedenen Fachrichtungen erbrachten Leistungen werden nötig, wenn die akute medizinische Behandlung (Akutversorgung nach § 27 Abs. 1 Nr. 1–5 SGB V, z.B. Medikamente oder Heil- und Hilfsmittel) abgeschlossen ist oder nicht ausreicht. Dann geht es darum, Beeinträchtigungen weiter zu verringern oder Menschen so zu unterstützen, dass sie ihre vorhandenen Fähigkeiten bestmöglich nutzen und dadurch so selbstständig wie möglich leben und an der Gesellschaft teilhaben können (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020).

Rehabilitationsleistungen werden auch Leistungen zur Teilhabe genannt. Es gibt unterschiedliche Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX) wie beispielsweise Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben. Für diese sind im gegliederten System der sozialen Sicherung verschiedene Rehabilitationsträger zuständig. Eine vollständige Übersicht über die jeweiligen Rehabilitationsträger liefert Tabelle 1 im Kapitel „Rechtliche Rahmenbedingungen“.

Die Leistungen zur Teilhabe werden in Leistungsgruppen zusammengefasst und können der folgenden Abbildung 34 „Rehabilitation für Menschen mit psychischer Erkrankung“ entnommen werden. Für einzelne Bereiche der Leistungsgruppen liegen Daten aus der Onlinebefragung „Evaluation Versorgungsnetz“ vor. Im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem gibt es weitere Angebote der Teilhabe am Arbeitsleben, wie zum Beispiel Integrationsfachdienste oder Unterstützte Beschäftigung. Diese konnten im Rahmen der aktuellen Datenerhebung nicht quantifiziert werden, sind jedoch als relevante Bestandteile des regionalen Rehabilitationssystems zu berücksichtigen. Die Datenlage in einzelnen Bereichen der Leistungsgruppen ist aufgrund fehlender zentraler Erfassung aktuell heterogen. Die vorliegenden Informationen aus der „Evaluation Versorgungsnetz“ geben jedoch erste Hinweise auf die lokale Angebotsstruktur.

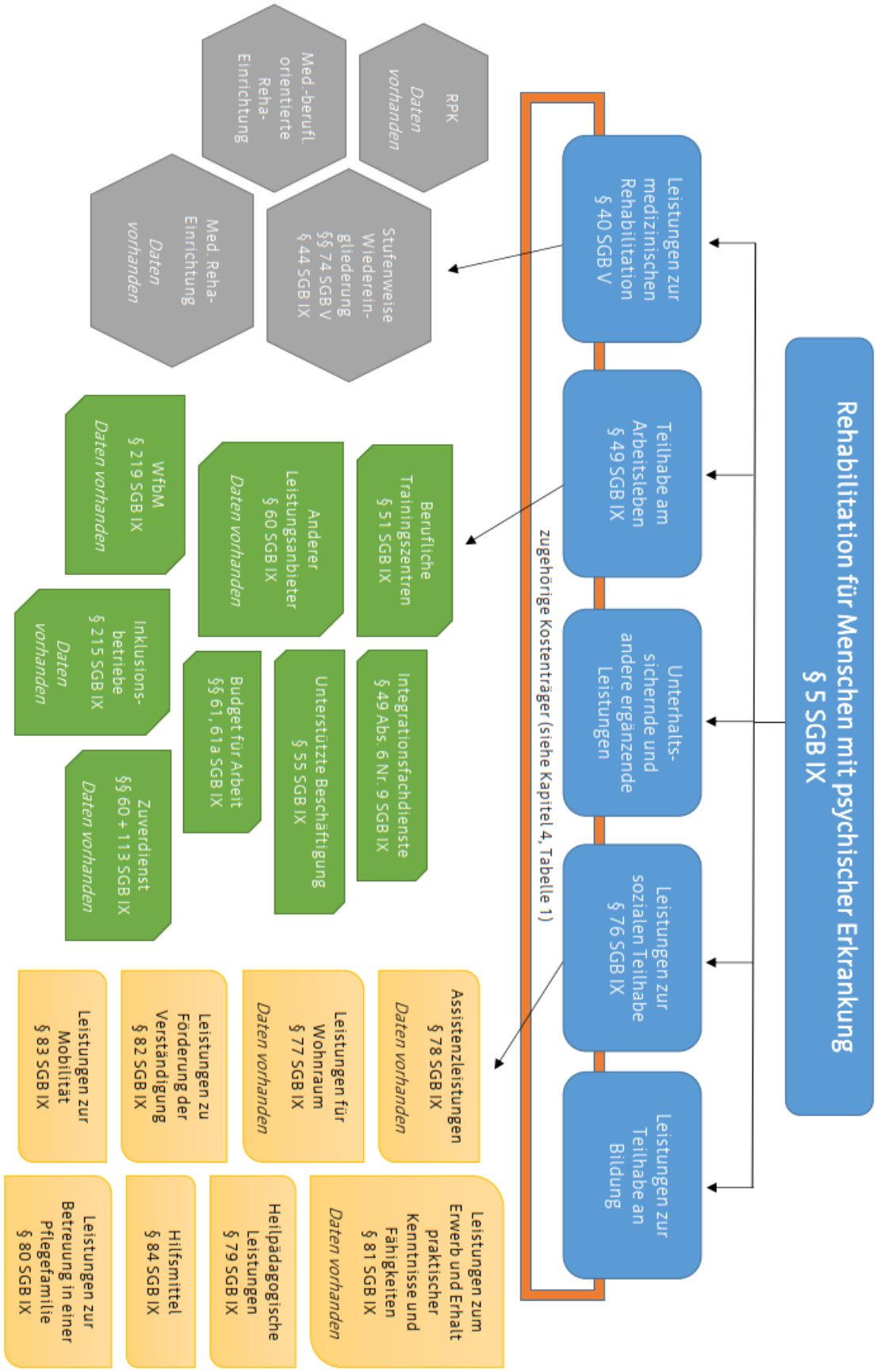


Abbildung 34: System der Rehabilitation für Menschen mit psychischer Erkrankung mit Leistungsgruppen und die sich daraus ergebenden Leistungsansprüche. Quelle: eigene Abbildung

7.5.1 Leistungen zur medizinischen (und beruflichen) Rehabilitation

Erläuterung: Rehabilitationsleistungen (auch Teilhabeleistungen) werden verschieden gruppiert. Sie können mobil, vor Ort ambulant oder auch stationär erbracht werden. Eine Übersicht möglicher Leistungsträger für die medizinische und berufliche Rehabilitation findet sich in einer Gesamtübersicht in Kapitel 4 „Rechtliche Rahmenbedingungen“ in Tabelle 1.

In Erfurt sind im Bereich **medizinische Rehabilitation** für Menschen mit psychischer Störung mehrere Anbieter aktiv:

Medizinisch-stationäre Rehabilitation

- Adaptionseinrichtung Erfurt
  Die vollstationäre medizinische Rehabilitation bietet für die Dauer der Suchtbehandlung 16 Plätze für stationäres Wohnen an, verbunden mit dem Ziel, den Einzelnen in die Gesellschaft wiedereinzugliedern. *„Bei uns können die Patienten im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung die bisher erlernten Verhaltensänderungen festigen und unter möglichst realen Bedingungen in den Lebensalltag übertragen.“* (SiT - Suchthilfe in Thüringen gGmbH, 2026) Zudem werden Arbeitserprobungen angeboten.

Ambulant medizinisch-berufliche Rehabilitation

- RPK Erfurt (Reha psychisch Kranker)
  Die medizinische und berufliche Rehabilitation wird hier ambulant von einem Träger vor Ort angeboten. *„Dabei geht es vor allem um das Entwickeln einer beruflichen Perspektive, aber auch um alltägliche soziale Belange, wie eigenständiges Wohnen und Selbstversorgung und um ein gutes Belastungs-management.“* (Arbeiterwohlfahrt Landesverband Sachsen-Anhalt e.V., 2026)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen vorrangig ambulant oder in Wohnortnähe erbracht werden (§ 40 Abs. 1 SGB V). Stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation dürfen nur erbracht werden, wenn eine ambulante Krankenbehandlung oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme nicht ausreichen (§ 40 Abs. 2 SGB V).

7.5.2 Teilhabe am Arbeitsleben

„Arbeit und strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Keine andere Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020, S. 50)

Erläuterung: Bei einer verminderten oder eingeschränkten Leistungsfähigkeit greifen verschiedene Rehabilitationsangebote. Neben der medizinischen Rehabilitation ist die Integration psychisch erkrankter Menschen in den Arbeitsmarkt ein zentrales Anliegen des

SGB IX[22] (s. Abbildung 34). Zur Leistungsgruppe Teilhabe am Arbeitsleben gehören verschiedene gesetzlich definierte Leistungen, die sich an den individuellen Bedürfnissen und persönlichen Voraussetzungen der Leistungsberechtigten orientieren. Dazu zählen unter anderem Leistungen zur Aufnahme einer Beschäftigung oder zum Verbleib in einer Beschäftigung. Diese können sowohl auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als auch – sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen – in vom allgemeinen Arbeitsmarkt getrennten Einrichtungen erbracht werden.

Zu den Einrichtungen und Angeboten der Teilhabe am Arbeitsleben gehören die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) und die Anderen Leistungsanbieter nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG), die in den beiden folgenden Kapiteln näher erläutert werden. Auch das Budget für Arbeit und das Budget für Ausbildung stellen Alternativen zur Beschäftigung dar. Im anschließenden Kapitel „Zuverdienst und Inklusionsbetrieb“ werden zudem weitere Beschäftigungsangebote vorgestellt, die insbesondere für die berufliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen von Bedeutung sind.

In Erfurt sind im Bereich **berufliche Rehabilitation** für Menschen mit psychischer Störung mehrere Anbieter aktiv:

Ambulant berufliche Rehabilitation

Die ambulant berufliche Rehabilitation bietet psychologische Betreuung, medizinische Beratung, sozialpädagogische Begleitung und schulische Unterstützung im Rahmen des Stütz- und Förderunterrichts an. Die berufliche Orientierung, Vorbereitung und Ausbildung ist ein Schwerpunktbereich und wird ergänzt durch Integrationsmanagement und Nachbetreuung.

- JBF Erfurt (Jugendberufsförderung)
- REHAaktiv darr GmbH
- SBH Nordost GmbH
- MIQR (Mitteldeutsches Institut für Qualifikation und berufliche Rehabilitation)

Daten und Fakten: Im Folgenden werden die Rückmeldungen aus der Evaluation des Versorgungsnetzes von drei Einrichtungen aus den zuvor vorgestellten Rehabilitationsbereichen dargestellt. Eine der Einrichtungen erbringt Leistungen der ambulanten beruflichen Rehabilitation, eine weitere bietet ambulante medizinische und berufliche Rehabilitation an, während die dritte Einrichtung Leistungen der vollstationären medizinischen Rehabilitation in Erfurt erbringt.

Für das Jahr 2024 wurde angegeben, dass die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen überwiegend Menschen mit affektiven Störungen und Suchterkrankungen aufnahmen. Diese Diagnosegruppen stellen den größten Anteil der rehabilitierten Personen dar. Personen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurden als zweithäufigste Zielgruppe benannt.

[22] Erhalt des Arbeitsplatzes, Beschäftigung auf anderem Arbeitsplatz, Wiedereingliederung, Eingliederung auf einem Arbeitsplatz, ggf. behinderungsgerechter Gestaltung

Durchschnittlich nehmen im Bereich der stationären und ambulant medizinisch-beruflichen Einrichtung die Rehabilitanden bis zu einem Jahr an den Angeboten teil. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation nehmen leistungsberechtigte Personen für die Dauer von bis zu drei Jahren teil.

Der häufigste Grund zur Ablehnung von Aufnahmeanfragen in der ambulant medizinisch-beruflichen Rehabilitation sind mangelnde Platzkapazitäten. Sowohl in der ambulanten sowie stationären Rehabilitationseinrichtung mussten alle befragten Anbieter Anfragen nach Aufnahme bereits ablehnen. Eine Einrichtung führt eine Warteliste – die Zeiten betrugen vier Wochen. Für den stationären Bereich werden zudem Anfragen abgelehnt, wenn die anfragende Person nicht die (psychische) Stabilität erreicht hat, die für die Teilnahme an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme als notwendig erachtet wird. Dies kann beispielsweise bedeuten, dass eine ausreichende psychische Belastbarkeit, Fähigkeiten zur eigenständigen Alltagsbewältigung oder Fähigkeiten zur aktiven Mitwirkung an den Rehabilitationsmaßnahmen noch nicht gegeben sind.

Rückmeldungen der Rehabilitationseinrichtungen zeigen auf, dass im Anschluss an eine Rehabilitation oft keine Nahtlosverfahren, aufgrund fehlender Bewilligungen von Rehabilitations- oder Leistungsträgern oder Hilfeangeboten, ermöglicht werden. Zur Erläuterung: im Anschluss an eine Rehabilitation können notwendige Anschlussleistungen oder weiterführende Unterstützungsangebote fehlen bzw. nicht nahtlos zur Verfügung stehen, beispielsweise aufgrund noch ausstehender Bewilligungen durch zuständige Leistungsträger oder fehlender verfügbarer Hilfeangebote. Das SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger grundsätzlich dazu, erforderliche Leistungen zur Teilhabe nahtlos und zügig zu erbringen (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und bei einem trägerübergreifenden Unterstützungsbedarf die erforderlichen Leistungen im Rahmen des Teilhabeplans so zu koordinieren, dass sie nahtlos ineinandergreifen (§ 19 SGB IX). Mit „Nahtlosigkeit“ ist dabei ein möglichst lückenloser Übergang zwischen den erforderlichen Rehabilitations-, Teilhabe- und Unterstützungsleistungen gemeint.

Über die „Evaluation Versorgungsnetz“ wird im Vergleich von stationären gegenüber ambulanten Rehabilitationen deutlich, dass die stationäre medizinische Rehabilitation am breitesten wirksam ist und fast alle Lebensbereiche ihrer Klientinnen und Klienten stark berührt. Sie fordert von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die größte Umstellung. Vorteile einer ambulanten medizinisch-beruflichen Rehabilitation liegen für den Einzelnen eher in der wohnortnahen Rehabilitation kombiniert mit Arbeits-, Gesundheitsfokus und alltagsnaher Unterstützung. Einschränkend ist zu nennen, dass Personen mit Suchterkrankung ohne Abstinenz im ambulanten Rehabilitationssetting nicht aufgenommen werden.

Die Finanzierungsquellen der Rehabilitationseinrichtungen sind verschieden, wie in Tabelle 19 ersichtlich. Die Rückmeldungen zeigen, dass im Bereich der ambulant beruflichen Rehabilitation die Agentur für Arbeit die Hauptfinanziererin ist. Für den Bereich der ambulant medizinisch beruflichen und stationär medizinischen Rehabilitation ist die Rentenversicherung die Hauptfinanziererin. Für den stationären Bereich fallen die Kosten für Unterkunft an, die mit dem Sozialhilfeträger abgeklärt werden müssen. Im ambulanten Bereich für medizinisch- berufliche Reha ist zudem auch die Agentur für Arbeit zu nennen.

Zu einem kleineren Teil werden die medizinisch angebotenen Leistungen über die Krankenkasse finanziert.

Tabelle 19: Finanzierungsquellen von verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025

Bereich	Hauptfinanzierer	Nebenfinanzierer
Ambulant berufliche Reha	Agentur für Arbeit	Sonstiges
Ambulant medizinisch berufliche Rehabilitation	Rentenversicherung	Agentur für Arbeit / Krankenkassen
Stationär medizinische Rehabilitation	Rentenversicherung	Sozialhilfeträger / Krankenkassen

7.5.2.1 Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Erläuterung: Neben den bisher genannten Rehabilitationseinrichtungen erbringen Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer vom Arbeitsmarkt getrennten Einrichtung. § 56 SGB IX beschreibt, dass Personen in der WfbM ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit sowie ihre Persönlichkeit entwickeln sollen. Die Tätigkeit in einer WfbM ist eine arbeitnehmerähnliche Beschäftigung. Die Beschäftigten erhalten keinen Mindestlohn, sondern ein Werkstattentgelt, welches sich aus Grundbetrag, Steigerungsbetrag (lt. § 221 Abs. 2 SGB IX) und Arbeitsförderungsgeld (lt. §59 SGB IX) zusammensetzt.

In Erfurt gibt es zwei Werkstätten für psychisch erkrankte Menschen:

- CJD Erfurter Werkstätten
- Christophorus-Werkstätten Erfurt

Daten und Fakten: Eine Erfurter Werkstatt für Menschen mit Behinderung machte im Rahmen der „Evaluation Versorgungsnetz“ Angaben zur Altersstruktur (s. Abbildung 35). Hier sind 109 Personen (75 Männer und 34 Frauen) beschäftigt. Die Altersverteilung der beeinträchtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der nächsten Abbildung zeigt für das Jahr 2024, dass die größte Gruppe mit 38 Personen zwischen 41 und 50 Jahre alt ist. Es folgen 26 Personen im Alter von 31 bis 40 Jahren und 23 Personen zwischen 51 und 60 Jahren. Die jüngste Altersgruppe von 18 bis 30 Jahren umfasst 13 Personen, während neun Personen zwischen 61 und 70 Jahre alt sind. Insgesamt zeigt sich damit ein altersmäßiger Schwerpunkt in der mittleren Altersgruppe von 31 bis 60 Jahren.

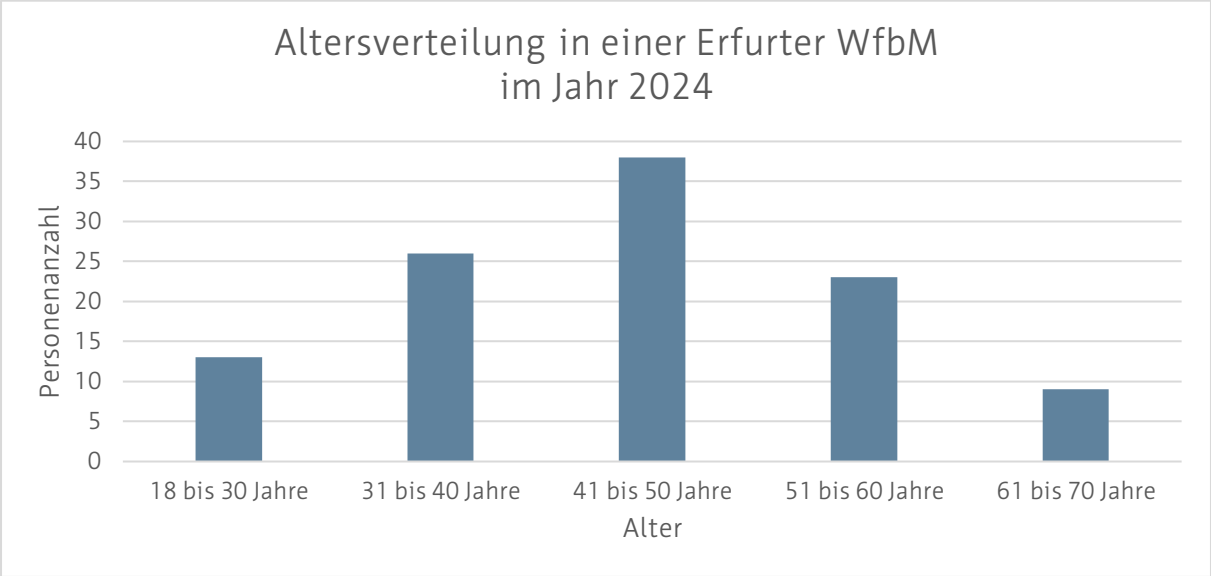


Abbildung 35: Altersverteilung in einer Erfurter WfbM im Jahr 2024. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025

An der WfbM interessierte Personen erfahren über viele Wege von dem Angebot. Fachpersonen, andere Betroffene, die Stadt Erfurt, die eigene Webseite der Werkstatt sowie Internetrecherchen der interessierten Personen können die entsprechenden Informationen vermitteln.

Das Unterstützungsangebot in der Werkstatt konzentriert sich besonders auf die Bereiche Bildung und Beruf sowie soziale Beziehungen, die durchgängig im Blick sind und unterstützt werden. Auch Mobilität, Rechtliche Belange, Kommunikation und Krisenintervention spielen eine wichtige Rolle und werden regelmäßig nachgefragt (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025).

7.5.2.2 Andere Leistungsanbieter nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Erläuterung: Es gibt in Erfurt eine Alternative zur WfbM als Rechtsanspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX. Im § 60 SGB IX ist der Andere Leistungsanbieter geregelt. Er gilt als Anbieter beruflicher Bildung und / oder Beschäftigung analog der WfbM. Zur Pflichtaufgabe der Anderen Leistungsanbieter gehört grundsätzlich auch die Förderung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit regulären Arbeitsverträgen und Arbeitsverhältnissen (Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2022).

In Erfurt sind zwei Andere Leistungsanbieter aktiv:

- Jugendberufsförderung (Eingangs- und Berufsbildungsbereich)
- MitMenschen Soziale Dienste gGmbH (Arbeitsbereich)

Daten und Fakten: Im Jahr 2024 nahmen 13 Personen (sieben Männer und sechs Frauen) an der beruflichen Bildung des Anderen Leistungsanbieters der Jugendberufsförderung (JBF)

teil. Der Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war zwischen 18 und 30 Jahre alt. Zehn von ihnen hatten psychischen Erkrankungen, wobei affektive Störungen die häufigste Diagnose darstellten. An zweiter Stelle standen Suchterkrankungen.

Die JBF berichtet u.a. von interessierten Personen, die nicht aufgenommen werden konnten. Ausschlaggebend hierfür war vor allem das Erkrankungsstadium: Bei akuten psychischen Erkrankungen wird zunächst eine medizinische Rehabilitation empfohlen, bevor eine berufliche Rehabilitation erfolgen kann. Das Angebot richtet sich nicht an Interessentinnen und Interessenten, deren Erkrankungsbild kein stabiles Arbeitsverhalten zulässt oder bei denen Tagesstruktur, Eigenmotivation und Belastbarkeit fehlen.

Alle 13 teilnehmenden Personen waren in Teilzeit auf externen Arbeitsplätzen tätig. Drei Personen gelang der Übergang in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Eine Person nutzt nun das „Budget für Arbeit“ (Erläuterung im folgenden Kapitel) in Vollzeit. Die kooperierenden Betriebe befinden sich im Stadtgebiet von Erfurt oder darüber hinaus.

Mögliche Interessentinnen und Interessenten erfahren meist durch Fachkräfte wie Therapeutinnen, Therapeuten, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter oder über die Agentur für Arbeit von dem Angebot. Zudem bietet die JBF-Website umfassende Informationen.

7.5.2.3 Budget für Arbeit

Erläuterung: Das Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX stellt eine Alternative zur Beschäftigung in einer WfbM oder bei einem Anderen Leistungsanbieter dar. Es richtet sich an Menschen mit Behinderungen, die grundsätzlich Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich nach § 58 SGB IX haben und denen ein privater oder öffentlicher Arbeitgeber ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis mit tarifvertraglicher oder ortsüblicher Entlohnung anbietet. Nach § 61 SGB IX besteht mit Abschluss des Arbeitsvertrages ein Anspruch auf das Budget für Arbeit als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Gesetzlich festgelegt umfasst das Budget für Arbeit einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber, der die behinderungsbedingte Leistungsminderung des Beschäftigten ausgleichen soll. Der Zuschuss kann bis zu 75 Prozent des regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts betragen. Darüber hinaus werden die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz übernommen. Damit soll Menschen mit Behinderungen ermöglicht werden, eine reguläre Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen und dauerhaft auszuüben.

7.5.2.4 Budget für Ausbildung

Erläuterung: Zur Vollständigkeit wird auch das Budget für Ausbildung nach § 61a SGB IX genannt. Es ermöglicht Menschen mit Behinderungen eine berufliche Ausbildung direkt bei einem privaten oder öffentlichen Arbeitgeber. Voraussetzung ist, dass ein Anspruch auf Leistungen im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich nach § 57 SGB IX bzw. auf Leistungen im Arbeitsbereich nach § 58 SGB IX besteht und ein sozialversicherungspflichtiges Ausbildungsverhältnis in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Ausbildungsgang nach § 66 BBiG bzw. § 42r HwO angeboten wird. Mit Abschluss des

Ausbildungsvertrages wird das Budget für Ausbildung als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährt.

Weiterhin besagt § 61a SGB IX, dass das Budget für Ausbildung die Erstattung der angemessenen Ausbildungsvergütung einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung und zur Unfallversicherung umfasst. Darüber hinaus werden die aufgrund der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule sowie notwendige Fahrkosten übernommen.

7.5.2.5 Zuverdienst und Inklusionsbetrieb

Erläuterung: *„Inklusionsbetriebe sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen, die neben ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit einen sozialen Auftrag haben: Sie beschäftigen, qualifizieren oder vermitteln schwerbehinderte Menschen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besonders benachteiligt sind.“* (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020, S. 52)

Es handelt sich um ein Angebot für schwerbehinderte Menschen, die prinzipiell dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, seinen Anforderungen aber nicht standhalten können. Die Arbeitsbedingungen sind hinsichtlich der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestaltet, dass sie den spezifischen Bedürfnissen des Personenkreises entsprechen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020).

Zuverdienstangebote richten sich an Menschen, die dauerhaft erwerbsgemindert sind und deren Leistungsvermögen unterhalb von drei Stunden Arbeit täglich liegt. Eine Vielzahl dieser Menschen ist psychisch erkrankt und benötigt daher einen passenden Arbeitsrahmen. Zuverdienstangebote bieten angepasste Arbeitszeiten auch unter drei Stunden täglich, individuelle Arbeitsanforderungen, Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle, (wenn möglich) keine zeitliche Beschränkung der Beschäftigungsdauer und keinen Druck. Im Gegensatz zu einer WfbM oder einer tagesstrukturierenden Einrichtung für psychisch erkrankte Menschen sind Zuverdienstangebote noch niedrigschwelliger konzipiert (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020).

Daten und Fakten: Die an der „Evaluation Versorgungsnetz“ teilnehmenden Anbieter von Zuverdienstangeboten wurden im Jahr 2024 Personen mit einer vollen Erwerbsminderung unterbreitet und boten betriebsintegrierte Arbeitsplätze und die Arbeit im Inklusionsbetrieb an. Unterrepräsentiert sind Personen, denen es im Jahr 2024 gelang, ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aufzunehmen.

Im Inklusionsbetrieb waren insgesamt 85 Personen (33 Männer und 52 Frauen) tätig[23]. Die Beschäftigungsmöglichkeiten umfassten Tätigkeiten im Inklusionsbetrieb, im Rahmen des Zuverdienstes sowie über das Budget für Arbeit. Auch die Gruppe der Personen, die Leistungen im Rahmen des Budgets für Arbeit erhielten, ist unterrepräsentiert. Darüber

[23] Es wird in den ausgefüllten Fragebögen nicht ersichtlich, ob alle Personen psychisch erkrankt sind oder ob auch Menschen mit ausschließlich Intelligenzminderung involviert sind.

hinaus wurden Praktika angeboten. Für die Tätigkeit im Inklusionsbetrieb wurde ein sozialversicherungspflichtiges Entgelt gezahlt.

Die Teilnehmenden an beiden Angeboten sind stadtweit tätig.

Bezüglich der Unterstützung der Lebensbereiche der betroffenen Personen wird deutlich, dass bei beiden Angeboten Bildung und Beruf im Vordergrund steht. Weiterer Unterstützungsbedarf reduziert sich im Wesentlichen auf die Unterstützung bei sozialen Beziehungen. Gelegentlich sind Bedarfe im Bereich Alltag, Kommunikation, Gesundheit, Glaube, Krisenintervention zu stillen.

7.5.3 Leistungen zur sozialen Teilhabe

Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe zielen darauf ab, die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst eigenständigen Alltagsbewältigung, Befähigung und Unterstützung im eigenen Sozialraum (§ 76 SGB IX).

7.5.3.1 Hilfen im Bereich Wohnen und Assistenz

Erläuterung: Wohnen ist für alle Menschen ein grundlegendes Bedürfnis. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist ein sicherer und geeigneter Wohnraum darüber hinaus ein zentraler Baustein für Stabilität und Genesung. Nach der Bedürfnispyramide von Maslow stehen die physiologischen Grundbedürfnisse auf der untersten Grundstufe. Wohnraum bietet Schutz, Wärme und einen Rückzugsort, der für die körperliche und seelische Gesundheit unverzichtbar ist. Die nächste Ebene umfasst die Bedürfnisse Sicherheit und Stabilität. Ein sicheres Zuhause schafft Schutz vor Wohnungslosigkeit und bietet einen Ort, an dem sich Menschen geborgen fühlen können. Auf der dritten Stufe stehen die sozialen Bedürfnisse. Wohnen ermöglicht soziale Kontakte und die Einbindung in Gemeinschaften, Nachbarschaften oder Wohngruppen. Dadurch kann sozialer Isolation und Stigmatisierung entgegengewirkt werden. (Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, 2017) Erst wenn diese grundlegenden Bedürfnisse erfüllt sind, können weitere Entwicklungsbereiche wie Individualität, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung stärker in den Fokus rücken: Ein passendes und bedarfsgerechtes Wohnumfeld kann die persönliche Autonomie fördern und Menschen dabei unterstützen, eigene Perspektiven zu entwickeln und ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

In bestimmten Phasen einer psychischen Erkrankung kann die Fähigkeit zur selbstständigen Bewältigung des Wohn- und Alltagsbereichs eingeschränkt sein. Die Wohnfähigkeit kann dadurch vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigt sein. In diesen Situationen sind Leistungen der Sozialen Teilhabe erforderlich, um den Erhalt des Wohnraums, die selbstständige Lebensführung und die soziale Teilhabe zu sichern und zu fördern.

Leistungen der Sozialen Teilhabe aus dem Bereich der Hilfen zu Wohnen und Assistenz werden überwiegend durch die Eingliederungshilfeträger im Rahmen des Eingliederungshilferechts erbracht. In bestimmten Fällen können jedoch auch andere Leistungsträger

zuständig sein, beispielsweise der Unfallversicherungsträger nach einem Arbeitsunfall oder die Träger der sozialen Entschädigung.

Die Erfurter gemeindepsychiatrische Versorgungslandschaft bietet verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen für das eigene Wohnen an. Das Angebot reicht von den ambulanten Hilfeformen Assistenz, Hilfen über personenzentrierte Komplexleistung in Wohneigentum oder selbst angemieteter Wohnung über Betreuung in einer Wohngemeinschaft bis hin zu übergangsweisem oder dauerhaftem Wohnen in einer besonderen Wohnform (ehemals stationär). In der Eingliederungshilfe (SGB IX) gibt es die Unterscheidung zwischen „ambulant“ und „stationär“ nicht mehr. An ihre Stelle treten die „Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalles“ (s. § 104 SGB IX). In diesem Dokument wird der Begriff „ambulant“ deshalb durch „sozialraumorientiert“ oder „im gewohnten Lebensumfeld“ ersetzt.

Daten und Fakten: Zum besseren Verständnis wird fortfolgend der Begriff „betreutes Wohnen“ verwendet. Die eigene „Evaluation Versorgungsnetz“ ergab 13 Rückmeldungen von Erfurter Leistungsanbietern im Bereich Assistenz (1), Wohnen (betreutes Wohnen (3 auswertbar von 5), betreute Wohngemeinschaften (2) und besondere Wohnformen (4 auswertbar von 5)) und personenzentrierte Komplexleistungen (3 auswertbar von 7). Es konnten nicht alle Fragebögen ausgewertet werden, da Fragebögen generiert, aber nicht befüllt wurden. Zum anderen haben sich Teilnehmende teils fehlerhaft den Bereichen zugeordnet. Im Jahr 2024 wurden von den rückmeldenden Anbietern 629 Personen unterstützt. Davon erhielten 150 Personen personenzentrierte Komplexleistungen, 46 Personen wurden im Rahmen des betreuten Wohnens unterstützt, 14 Personen lebten in betreuten Wohngemeinschaften und 155 Personen in besonderen Wohnformen. Weitere 264 Personen nahmen Assistenzdienstleistungen in Anspruch.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zu den Themen Geschlechterverteilung, häufigsten psychischen Erkrankungen, vorhandenen Kapazitäten, Angeboten von Krisenintervention sowie Betreuungsintensität näher ausgeführt.

Im direkten Vergleich der Assistenzdienstleistung im gewohnten Lebensumfeld mit der besonderen Wohnform zeigt sich ein deutliches Ungleichgewicht in der Geschlechterverteilung: Während in der Assistenz 76 Prozent der Nutzenden Frauen sind (201 von 264 Personen), überwiegen in den besonderen Wohnformen mit 75 Prozent deutlich die männlichen Nutzer (116 von 155 Personen). Dies deutet darauf hin, dass Frauen betreute Wohnangebote deutlich häufiger in Anspruch nehmen als besondere Wohnformen.

Die Erfurter Leistungsanbieter im Bereich Wohnen geben an, dass sowohl im Bereich betreutes Wohnen als auch in besonderen Wohnformen psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen die häufigste psychische Erkrankung darstellen, gefolgt von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie affektiven Störungen bzw. schizophrenen Störungen (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025).

Im Jahr 2024 zeigt sich in allen Bereichen (Assistenz, betreutes Wohnen sowie besondere Wohnformen), dass nicht alle interessierten Personen aufgenommen oder Unterstützung

erhalten konnten. Die Nachfrage nach passenden Wohn- und Betreuungsangeboten war deutlich höher als die vorhandenen Kapazitäten.

Im betreuten Wohnen führen zwei von drei Anbietern Wartelisten. Die Wartezeiten betrugen zwischen 20 und 50 Wochen. Der häufigste Grund war, dass es keine freien Plätze mehr gab und personelle oder räumliche Kapazitäten vollständig ausgeschöpft waren.

Auch bei den betreuten Wohngemeinschaften bestand eine Warteliste mit durchschnittlich sechs Wochen Wartezeit. Hier konnten Personen nicht aufgenommen werden, wenn ihre Unterstützungsbedarfe zu komplex oder akute psychische Erkrankungen vorlagen. Ebenso war eine Aufnahme grundsätzlich nicht möglich, wenn zusätzlich starke Lern-- schwierigkeiten oder die Betreuung mehrerer Kinder bestand. Begründung dafür sind fehlende Ressourcen.

In den besonderen Wohnformen führten zwei von vier Einrichtungen Wartelisten (ebenfalls mit etwa sechs Wochen Wartezeit). Die Hauptgründe für Ablehnungen lagen in vollständiger Belegung, Platzmangel oder konzeptionellen Grenzen – etwa bei akuten psychischen Erkrankungen, fehlender Abstinenz bei Suchterkrankungen oder fremdgefährdendem Verhalten.

Beim Assistenzdienst kam es ebenfalls zu Ablehnungen, allerdings ohne Wartelisten. Personen mit einem hohen Pflegebedarf (Pflegegrad 4 und höher) konnten grundsätzlich nicht aufgenommen werden.

Im Bereich Personenzentrierte Komplexleistung bestehen vergleichbare Muster zu den Vorgenannten: Hinzu kommt, dass neben Platzmangel und fehlenden Kostenzusagen hier vor allem das Fehlen der notwendigen Diagnose bzw. *„keine Abhängigkeitserkrankung“* (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) zu Ausschlüssen führte.

Insgesamt zeigt sich ein ähnliches Bild: Die Nachfrage übersteigt die verfügbaren Ressourcen deutlich, und gleichzeitig bestehen Zugangskriterien, die sich an Betreuungsrahmen und -konzepten der jeweiligen Einrichtung orientieren.

Am Angebot interessierte Personen erhalten über verschiedenste Wege Kenntnis über die Angebote, meist über Vermittlung von Fachpersonen (z.B. Therapeutinnen und Therapeuten) sowie eigene Internetrecherche. Auch Ämter oder die Informationen der Stadt (vor allem der Psychiatriewegweiser) tragen zur Verbreitung von Informationen zu den Angeboten bei.

Alltag, Wohnen, Soziale Beziehung, Kommunikation, Gesundheit und Freizeit bilden lt. Aussage der Akteure im Bereich Wohnen den Kern der Unterstützungsleistungen im Arbeitsalltag mit Menschen mit psychischer Erkrankung. Bereiche wie Glaube und Politisches Engagement spielen dagegen in allen Settings eine untergeordnete Rolle und werden nur selten oder nie genannt. Mobilität und Bildung / Beruf variieren je nach Arbeitsfeld: Im betreuten Wohnen und Bereich Personenzentrierte Komplexleistung besteht hier gelegentliche bis moderate Aktivität, während sie in besonderen Wohnformen etwas stärker ausgeprägt sind.

Besonders stark vertreten ist der Wunsch nach Krisenintervention (Sonstiges) in allen Arbeitsfeldern als unterstützendes, bedarfsabhängiges Angebot. Die häufigere Nennung durch Mitarbeitende besonderer Wohnformen zeigt, dass es ein zentraler und regelmäßiger Bestandteil von Betreuung im stationären Rahmen ist (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025).

7.5.3.2 Hilfen im Bereich Tagesstruktur

Auch die Hilfeform der Tagesstruktur gehört zum Bereich der sozialen Teilhabe wie in Abbildung 34 „System der Rehabilitation“ erkennbar ist.

Erläuterung: Die Leistungen zur Tagesstruktur sollen Menschen mit psychischer Störung dabei unterstützen, praktische Fähigkeiten zu erwerben und zu erhalten, um möglichst selbstständig am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. § 81 SGB IX konkretisiert den Erwerb und den Erhalt von Fähigkeiten und Kenntnissen vor allem in den Bereichen lebenspraktische Handlungen, Hauswirtschaft, Vorbereitung auf das Arbeitsleben, Sprach- und Kommunikationsförderung und Mobilitätstraining.

In Erfurt gibt es viele verschiedene tagesstrukturierende Angebote:

- Christophoruswerk Erfurt, Tagesstätte Regenbogen plus drei Außenstellen
- Christophoruswerk Erfurt, Frauentagesstätte
- Christophoruswerk Erfurt, Seniorentagesstätte,
- Neustart gGmbH, Treff Neustart
- CJD Tagesstruktur für Senioren
- Lebenshilfe „Inklusiver Tagestreff“ an zwei Standorten
- Christophorushaus „interne Tagesstruktur“
- TOPOi
- MitMenschen e.V. „Individueller Teilhabedienst“
- Euratibor med GmbH „Tagesstruktur“

Daten und Fakten: In der eigenen „Evaluation Versorgungsnetz“ wird nicht unterschieden zwischen Tagesstruktur und Tagesstätte. Im Folgenden nur von tagesstrukturierenden Angeboten und Einrichtungen gesprochen.

Im Jahr 2024 nahmen mindestens 214 Personen tagesstrukturierende Angebote wahr. Die Geschlechtsverteilung liegt bei 112 Männern, 101 Frauen und einer diversen Person. Die folgende Abbildung 36 zeigt die Altersverteilung.

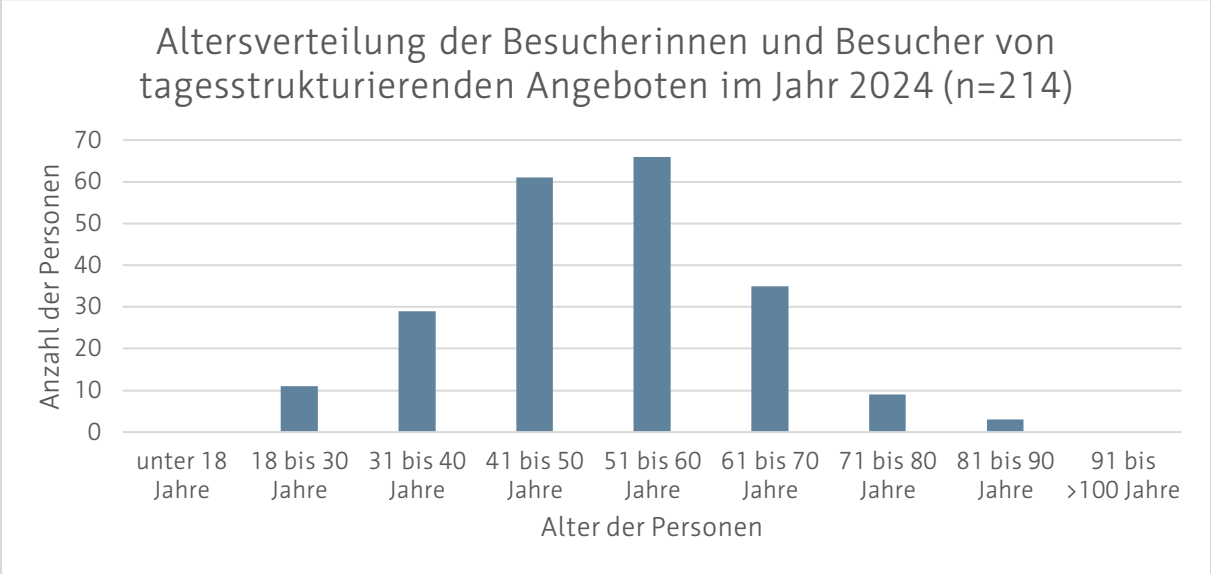


Abbildung 36: Altersverteilung der Besucherinnen und Besucher von tagesstrukturierenden Angeboten in 2024 in Erfurt. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025

Die Altersverteilung der Besucher und Besucherinnen konzentriert sich deutlich auf die mittleren Altersgruppen. Die meisten Besucher und Besucherinnen sind zwischen 51 und 60 Jahre alt (66 Personen), gefolgt von den 41- bis 50-Jährigen (61 Personen) und den 61- bis 70-Jährigen (35 Personen). Jüngere Besucher sind vergleichsweise selten vertreten: 11 Personen sind 18 bis 30 Jahre und 29 Personen 31 bis 40 Jahre alt; unter 18-Jährige wurden nicht erfasst. In den höheren Altersgruppen nimmt die Zahl deutlich ab: Neun Besucher und Besucherinnen sind 71 bis 80 Jahre, drei Besucher und Besucherinnen 81 bis 90 Jahre alt. Personen über 90 Jahre wurden nicht verzeichnet.

Nach Auskunft im Rahmen der Evaluation zum Ranking der Diagnosen waren die häufigsten Erkrankungen von Menschen, die tagesstrukturierende Angebote im Jahr 2024 wahrnahmen, Suchterkrankungen und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Sie werden gefolgt von Personen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, sowie Intelligenzminderung.

Die „Evaluation Versorgungsnetz“ ergab für die Einrichtungen mit tagesstrukturierenden Angeboten, dass im Jahr 2024 bis auf einen Anbieter Personen abgelehnt werden mussten, die an ihrem Angebot interessiert waren. Die Hauptgründe, dass Personen nicht versorgt werden konnten, war der Bezug von Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld.[24] Auch nicht vorhandene Barrierefreiheit von tagesstrukturierenden Einrichtungen ist weiterhin problematisch und schließt stark mobilitätseingeschränkte Personen aus. Weiterhin wurde angegeben, dass das Angebot der Tagesstruktur auf betroffene Personen mit

[24] „Eingliederungshilfe erhält, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält.“ (§ 91, Abs. 1 SGB IX) Tagesstrukturierende Angebote müssen durch vorrangige Leistungsträger erbracht werden (beispielhaft kommunale Eingliederungshilfe gemäß § 16 a SGB II)

Sinnesbehinderung und Suchterkrankung ohne Abstinenz, sowie starken Lernschwierigkeiten nicht gut ausgerichtet ist.

Die Unterstützung, die diese Einrichtungen anbieten, bezieht sich auf verschiedene Lebensbereiche ihrer Nutzenden. Die meiste Unterstützung wird im Bereich Alltag und Kommunikation geleistet. Dicht darauf folgen Lebensbereiche wie soziale Beziehungen, Gesundheit und der Freizeitbereich, die Unterstützung der Mitarbeitenden bedürfen. Auch Kriseninterventionen werden oft geleistet.

Die Finanzierung der Leistungen der tagesstrukturierenden Einrichtungen erfolgt im Wesentlichen über die Eingliederungshilfe (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025).

Zusammenfassung Kapitel 7.5 „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung“: Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (Teilhabeleistungen) haben das Ziel, die Folgen von Krankheit und Behinderung auszugleichen, sobald die medizinische Akutversorgung abgeschlossen ist oder nicht ausreicht. Ziel ist es, Menschen ein selbstbestimmtes Leben in Alltag, Freizeit und Beruf zu ermöglichen. Im gegliederten Sozialsystem sind dafür nach § 5 SGB IX verschiedene Rehabilitationsträger zuständig. Die Erbringung erfolgt mobil, ambulant oder stationär.

Für Menschen mit psychischen Störungen sind in Erfurt mehrere Anbieter in der medizinischen Rehabilitation aktiv, die stationäre sowie ambulante medizinisch-berufliche Maßnahmen anbieten. Gemäß § 40 SGB V gilt hierbei der Grundsatz „ambulant vor stationär“: Leistungen sollen vorrangig wohnortnah und ambulant erbracht werden; eine stationäre Reha erfolgt nur, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen.

Die Teilhabe am Arbeitsleben unterstützt individuell die Aufnahme oder den Erhalt einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in Sondereinrichtungen. In Erfurt gibt es dafür zwei Werkstätten für psychisch erkrankte Menschen (WfbM) sowie zwei Andere Leistungsanbieter. Als Alternativen stehen das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) und das Budget für Ausbildung (§ 61a SGB IX) zur Verfügung. Zudem bieten Zuverdienstangebote und Inklusionsbetriebe schwerbehinderten und psychisch erkrankten Menschen, die den regulären Marktanforderungen nicht standhalten, angepasste Arbeitsbedingungen bezüglich Arbeitszeit, -klima und -organisation.

Die soziale Teilhabe wird in Erfurt u.a. durch eine vielfältige Leistungserbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX gewährleistet. Im Bereich Wohnen und Assistenz reicht das Spektrum von Assistenzleistungen bis zur personenzentrierten Komplexleistungen im eigenen Wohnraum weiter zu betreuten Wohngemeinschaften bis hin zu besonderen Wohnformen. Für die Alltagsgestaltung steht Betroffenen bei vorliegendem Bedarf eine Vielzahl von Anbietern zur Tagesstrukturierung offen.

7.6 Krisendienst

Erläuterung: In Thüringen besteht seit vielen Jahrzehnten eine strukturelle Versorgungslücke in der akuten psychosozialen Soforthilfe. Während psychiatrische Notfälle 24 /7 von den Thüringer Kliniken durch die Versorgungsverpflichtung stationär aufgenommen werden müssen, fehlt es an einer durchgängigen ambulanten Anlaufstelle, die akute psychosoziale Krisen rund um die Uhr – also auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen – abdeckt (Landesarbeitsgemeinschaft Thüringer Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren, 2022).

Wenn Menschen außerhalb regulärer Dienstzeiten des Versorgungssystems in seelische oder soziale Ausnahmesituationen geraten, sind Akteure wie Polizei oder der Rettungsdienst häufig die einzigen unmittelbar erreichbaren Ansprechstellen. Ambulant tätige gemeindepsychiatrische Versorgungsangebote können nur innerhalb der Öffnungszeiten der Regelversorgung, inhaltlich und personell begrenzt Unterstützung leisten. Zudem sind nicht alle auf die spezifischen Anforderungen psychosozialer Krisenintervention und -beratung vorbereitet.

Des Weiteren betrifft ein zentraler Grundsatz der gemeindepsychiatrischen Versorgung, der in Kapitel 3 „Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung“ näher erläutert wird, die geforderte Gleichstellung von psychisch und somatisch erkrankten Personen. Während somatisch erkrankte Personen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine flächendeckende medizinische 24 / 7 Versorgung erhalten, besteht in der psychiatrischen Versorgung ein Ungleichgewicht. Um diese Versorgungslücke zu schließen und das Gleichstellungsverhältnis zu realisieren, kann ein landesweit verfügbarer Krisendienst tätig werden. Dieser sollte telefonisch rund um die Uhr erreichbar sein, um Menschen in selbstdefinierten Krisen professionell aufzufangen und zu begleiten.

Vorhandene Angebote wie die Telefonseelsorge bieten niedrigschwellige Gesprächsmöglichkeiten, werden jedoch überwiegend von ehrenamtlich qualifizierten Personen getragen und können keine umfassende Krisenintervention gewährleisten.

Weitere Akteure im gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz können lediglich begrenzt Teilaspekte einer Krisenhilfe leisten. Diese Leistungen sind außerdem antragsgebunden und/oder zeitlich, personell wie organisatorisch (z.B. Leistungen der Eingliederungshilfe, Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, kassenärztlicher Notfalldienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstellen) eingeschränkt. Es fehlt ein verbindendes, strukturiertes Gesamtsystem.

Vor diesem Hintergrund gibt es zwei Thüringer Gremien, die die Einrichtungen eines psychiatrischen Krisendienstes befürworten und fordern. Im Jahr 2024 hat der Landesbeirat für Menschen mit Behinderungen die Einrichtung eines psychiatrischen Krisendienstes in Thüringen ausdrücklich empfohlen (Thüringer Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderungen, 2024, S. 3). So hat auch der Thüringer Landesfachbeirat für Psychiatrie das Thema „Krisendienst“ bereits im Jahr 2024 auf seine Agenda gesetzt und dazu einen befürwortenden Beschluss verabschiedet. Im Jahr 2025 wurde eine Unterarbeitsgruppe aus Fachleuten und Betroffenen aus ganz Thüringen eingerichtet, um ein landesweit tragfähiges Konzept für einen flächendeckenden Krisendienst zu erarbeiten. Ziel ist es,

ambulante Unterstützungsleistungen aufzubauen, die allen Menschen in Thüringen in akuten psychosozialen Krisen jederzeit und uneingeschränkt zur Verfügung stehen.

Auch in Erfurt gibt es dazu aktuelle Entwicklungen. Im Dezember 2025 wurde der Erfurter Maßnahmenplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vom Stadtrat beschlossen. „*Mit dem Beschluss bekennt sich die Stadt klar zu einer inklusiven Gesellschaft, in der alle Menschen gleichberechtigt und selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können*“ (Landeshauptstadt Erfurt, 2025). Im Handlungsfeld Gesundheit lautet die Maßnahme D1: „*Die Stadt Erfurt unterstützt aktiv die Schaffung eines psychiatrischen Krisendienstes in Thüringen“* (Landeshauptstadt Erfurt, 2025).

7.7 Vernetzung

Ausgehend von den im Kapitel 3 ausführlich dargestellten Grundsätzen gemeindepsychiatrischer Versorgung, wie der gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung aller Menschen mit psychischer Störung sowie der Koordination, Zusammenarbeit und Planung aller Versorgungsdienste, stellt eine professionelle und verbindliche Vernetzung der beteiligten Akteure ein wesentliches Instrument zur Umsetzung dieser Grundsätze dar.

Unterschiedliche Versorgungsebenen, gesetzliche Rahmenbedingungen, Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen und -partner sowie die Vielzahl betroffener Personen führen zu einem komplexen Versorgungsgefüge. Vernetzung ermöglicht es, relevante Themen zu identifizieren, Informationen und Bedarfe zu transportieren, Perspektiven zu vergleichen, Sachverhalte gemeinsam zu beleuchten und zu bewerten, Absprachen zu treffen und Versorgungsstrukturen koordiniert weiterzuentwickeln. Ziel ist es, im Sinne der genannten Grundsätze eine verlässliche Versorgung für betroffene Menschen zu gewährleisten. Ohne gemeinsame Absprachen und koordinierte Zusammenarbeit der beteiligten Akteure ist gemeindenahe und bedarfsgerechte Versorgung nicht nachhaltig möglich.

In Erfurt gibt es im gemeindepsychiatrischen Sektor ein reiches Netzwerk. Vor allem der Gemeindepsychiatrische Verbund Erfurt (GPV Erfurt) gilt als das größte zusammenhängende Netzwerk von regionalen Akteuren der Gemeindepsychiatrie. Er soll hier neben anderen Vernetzungsgremien ausführlicher beschrieben werden:

Erläuterung: Wie im Kapitel 3 „Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung“ bereits eingeführt, hat Erfurt seit März 2023 einen Gemeindepsychiatrischen Verbund. Ziel des Verbundes ist die koordinierte und bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter, seelisch behinderter, suchtkranker oder von einer psychischen Erkrankung bedrohter Menschen in Erfurt. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Unterstützung schwer und chronisch psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Hilfebedarf.

Der GPV Erfurt setzt sich für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung dieser Zielgruppen ein. Dabei verfolgt er verschiedene inhaltliche Prioritäten, die auf der offiziellen Informationsseite des GPV Erfurt[25] näher erläutert sind.

Der Verbund ist strukturell in drei feste Gremien gegliedert: die GPV-Steuerungsgruppe, die GPV-Konferenz sowie die monatlichen GPV-Fallgespräche. Die Steuerungsgruppe bildet das zentrale und inhaltliche Entscheidungsgremium, die Konferenz dient dem fachlichen Austausch und der Vernetzung aller Akteure der Erfurter Gemeindepsychiatrie und die Fallgespräche ermöglichen eine einzelfallbezogene Versorgungsabstimmung zwischen den beteiligten Einrichtungen, Betroffenen und angeschlossenen Fachpersonen.

Geleitet und moderiert wird die GPV Steuerungsgruppe durch den Sprechendenrat, der gleichzeitig die inhaltlichen Schwerpunkte des Verbundes koordiniert. Unterstützt wird er dabei von der Geschäftsstelle (Psychiatrie- und Suchtkoordination im Gesundheitsamt), die administrative, organisatorische auch inhaltliche Aufgaben übernimmt.

Dem GPV Erfurt gehören insgesamt 25 Mitglieder aus unterschiedlichen Bereichen der medizinischen, psychosozialen und Sucht- und Selbsthilfeversorgung an (Stand 08/2026). Gemeinsam verfolgen sie das Ziel, die gemeindepsychiatrische Versorgung in Erfurt nachhaltig zu verbessern und bestehende Strukturen im Sinne der Betroffenen zu vernetzen und weiterzuentwickeln (Landeshauptstadt Erfurt, 2026).

Politische Anbindung erfährt der GPV Erfurt durch die Möglichkeit einmal jährlich einen Bericht im zuständigen Ausschuss für Soziales, Arbeitsmarkt und Gleichstellung vorzustellen. Im Jahr 2024 wurde dies bereits zur Vorstellung genutzt.

Über den GPV Erfurt hinaus bestehen verschiedene Ebenen, die durch die Koordinationsstellen[26] sowie die inhaltlich angebundenen Stabsstellen[27] des Gesundheitsamtes thematisch angeschlossen werden. Eine Übersicht dazu findet sich in der folgenden Auflistung:

Vernetzung auf Bundesebene

- BAG der Psychiatriekoordinatoren der Groß- und Landeshauptstädte

Vernetzung auf Landesebene

- Runder Tisch „KipkE“
- LAG Thür. Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren

[25] www.erfurt.de/ef144220
[26] Psychiatrie- und Suchtkoordination, Koordinierungsstelle für Suchtprävention und seelische Gesundheit
[27] Koordinatorin kommunale Gesundheitsförderung, Netzwerkkoordinatorin kommunale Gesundheitsförderung, Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung und integrierte Gesundheitsplanung

- Netzwerktreffen SPDI
- Landesfachbeirat für Psychiatrie
- Netzwerktreffen Thüringer Suchtpräventionsfachkräfte
- AG Gesundheitsberichterstattung

Vernetzung auf kommunaler Ebene

- AG Gesundheit und Migration
- AG Häusliche Gewalt
- AG Istanbul Konvention
- AK Suchtprävention
- Anhörungsgremium
- Beirat für Menschen mit Behinderung
- Gemeindepsychiatrischer Verbund Erfurt (GPV Erfurt)
- Netzwerktreffen Wohnungsnotfallhilfe
- Verrückt? Na und!

Zusammenfassung Kapitel 7 „Gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz der Landeshauptstadt Erfurt“: Die Stadt Erfurt weist aufgrund ihrer demografischen Entwicklung – insbesondere einer alternden Bevölkerung und heterogenen Belastungsprofilen – einen hohen und vielfältigen Versorgungsbedarf auf, der ein differenziertes und niedrigschwelliges System erfordert. Auch die Betrachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen verdeutlicht, dass die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen durch ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Sozialleistungsträger, gesetzlicher Zuständigkeiten und institutioneller Strukturen geprägt ist und eigenen Systemgrenzen unterliegt.

Wie die Bestandsaufnahme im Kapitel 7 zeigt, verfügt Erfurt über ein breit gefächertes gemeindepsychiatrisches Netzwerk. Auf den ersten Blick zeichnet sich die Stadt durch eine hohe Dichte vielfältiger ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote in den zentralen Lebensbereichen beispielsweise Wohnen, Arbeit, Gesundheit und rechtliche Betreuung aus. Hierzu zählen unter anderem zwei psychiatrische Kliniken, ambulante Facharzt- und Psychotherapiepraxen sowie zahlreiche Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Inwieweit das komplexe Gefüge aus Leistungserbringern, Leistungsträgern und Betroffenen im konkreten Einzelfall bedarfsgerecht und nahtlos ineinandergreift, lässt sich quantitativ hier im Bericht nicht abbilden. Um die Qualität der Versorgung einzuschätzen, bestehende Hürden und individuelle Bedarfe zu erfassen, bedarf es der qualitativen Perspektive der Akteure sowie der Betroffenen selbst. Bereits in der objektiven Datenanalyse zeigen sich punktuelle Unterversorgungen im ambulanten Sektor, insbesondere in der Opioidsubstitutionstherapie und der psychosozialen Krisenintervention.

Bestimmte Bevölkerungsgruppen tragen zudem ein nachweisbar höheres Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln – häufig bedingt durch soziale Exklusion oder chronische Vorerkrankungen. Die folgenden Kapitel richten den Fokus daher gezielt auf besonders vulnerable und auch schutzbedürftige Gruppen, wie etwa Kinder und Jugendliche.

8 Versorgungssituation weiterer vulnerabler Gruppen mit psychischer Störung

Die gesonderte Darstellung der Versorgungssituation von vier vulnerablen Personengruppen am Ende des Erfurter Psychiatrieberichtes dient dazu, die besondere Schutzbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen, geflüchteten Menschen, wohnungs- und obdachlosen sowie suchterkrankten Menschen hervorzuheben und sichtbar zu machen.

8.1 Kinder und Jugendliche

Die folgenden Ausführungen geben einen ersten Einblick in die Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in Erfurt und basieren auf Daten des Erfurter Jugendamts sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringens. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die vorliegenden Daten nur einen begrenzten Ausschnitt der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII sowie Daten zur ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie abbilden.

Daten und Fakten: Zunächst wird eine kurze Übersicht über ambulante, teilstationäre und stationäre[28] Eingliederungshilfen nach SGB VIII dargestellt. § 35 a SGB VIII besagt, dass Kinder und Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht. Ein Anspruch besteht zudem, wenn ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Die Abbildung 37 basiert auf kontinuierlichen Erhebungen des Jugendamtes und bezieht sich auf Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit Störungsbildern wie etwa Störungen des Sozialverhaltens, Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Bindungsstörungen sowie emotionalen Störungen des Kindesalters.

Ein zentraler Aspekt der Abbildung 37 ist der Anstieg der ambulanten Eingliederungshilfen des SGB VIII (z. B. Familienhilfe, Heilpädagogik, Schulintegrationshilfe, Persönliches Budget) zwischen den Jahren 2020 und 2024. Die Fallzahlen haben sich von 236 auf 529 mehr als verdoppelt. Im Gegensatz dazu bleiben teilstationäre Angebote (z.B. Hilfen über Tag in Tagesgruppen und Schulprojekte) mit 17 bis 22 Fällen pro Jahr auf niedrigem und weitgehend konstantem Niveau. Besondere Wohnformen (ehemals stationäre Hilfen, z.B. Vollzeitpflege, Unterbringung über Tag und Nacht in Heimen, Wohngruppen und Pflegefamilien) zeigen über die Jahre hinweg eine moderate, stabile Entwicklung mit leichtem Anstieg.

[28] „Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen“ nach § 35a SGB VIII Abs. 2

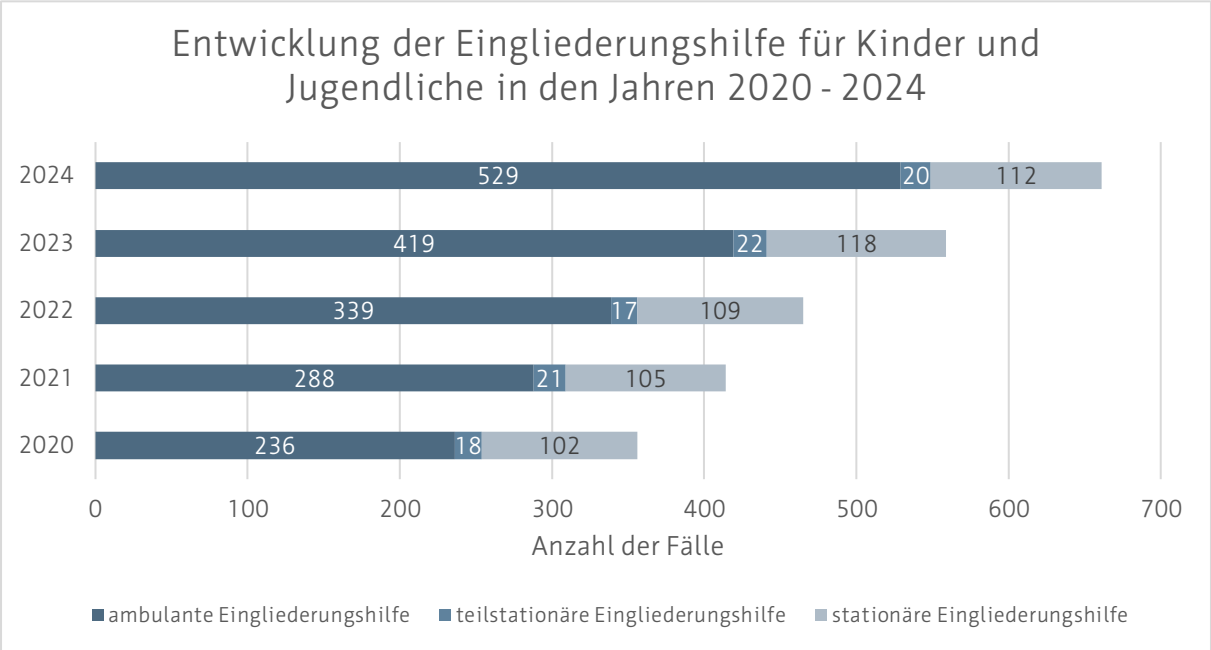


Abbildung 37: Entwicklung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche in den Jahren 2020-2024. Quelle: Jugendamt Erfurt, 2025

Ergänzende Daten vom Jugendamt zeigen zudem, dass ambulante Eingliederungshilfen überwiegend von Kindern im Alter von sechs bis 14 Jahren in Anspruch genommen werden. Dabei sind Jungen deutlich überrepräsentiert. Mädchen nutzen diese Angebote etwa nur halb so häufig. Kinder unter sechs Jahren spielen zahlenmäßig kaum eine Rolle.

Auffällig ist zudem die wachsende Bedeutung des Persönlichen Budgets, das im Jahr 2024 in 141 Fällen bewilligt wurde. Bei den stationären Wohnformen zeigt sich eine höhere Geschlechterparität und ein breiterer Altersbereich (sechs bis 18 Jahre) als bei den anderen Formen (Jugendamt Erfurt, 2025).

Neben den eben benannten Merkmalen zeigt sich auch eine räumliche Konzentration der Angebote. Ambulante Hilfen werden vor allem in den Erfurter Ortsteilen (89), der Oststadt (77) und der City (73) in Anspruch genommen. Ein anderes Bild zeigt sich bei den stationären und teilstationären Angeboten: Besondere Wohnformen und Pflegeplätze befinden sich schwerpunktmäßig in der Oststadt (28) und im Norden (23), während die City und die Ortsteile mit jeweils sechs Plätzen weniger abgedeckt sind (Jugendamt Erfurt, 2025).

Neben den Angeboten der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen bieten auch die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) einen tieferen Einblick in deren Versorgungsbedarf. Auf der Grundlage der Abrechnungsdaten der KVT stellt Abbildung 38 die Behandlungsfälle in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapie als Mittelwerte der Quartale dar. Im Verlauf des Betrachtungszeitraums zeigt sich für beide Bereiche in der Tendenz eine Zunahme der Fälle. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt im Vergleich mit der Kinder- und Jugendpsychotherapie zu Beginn der Pandemie (2020) ein Rückgang um 130 Fälle auf. Dieser wird in den Folgejahren durch einen im Vergleich stärkeren Anstieg kompensiert.

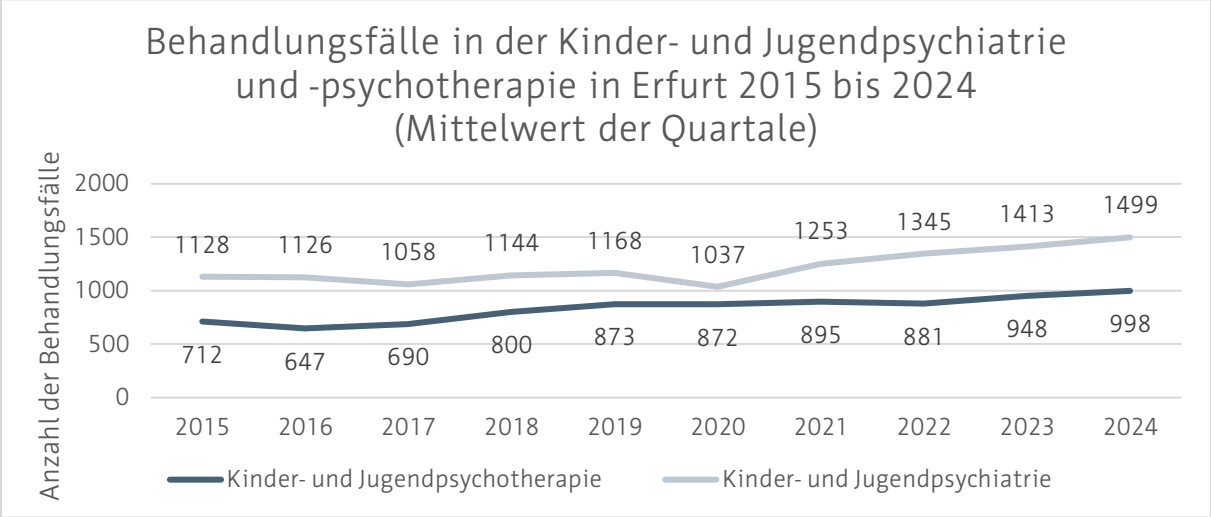


Abbildung 38: Behandlungsfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwert der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Die Entwicklung der Behandlungsfälle je Ärztin oder Arzt im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt im Verlauf von zehn Jahren ebenfalls eine steigende Tendenz mit einer Zunahme um ca. 90 Behandlungsfälle von 283 auf 375 im Mittel der Quartale. Auch die Fälle je Psychotherapeutin und -therapeut nehmen kontinuierlich, mit geringer Steigerung im Betrachtungszeitraum zu (s. Abbildung 39).

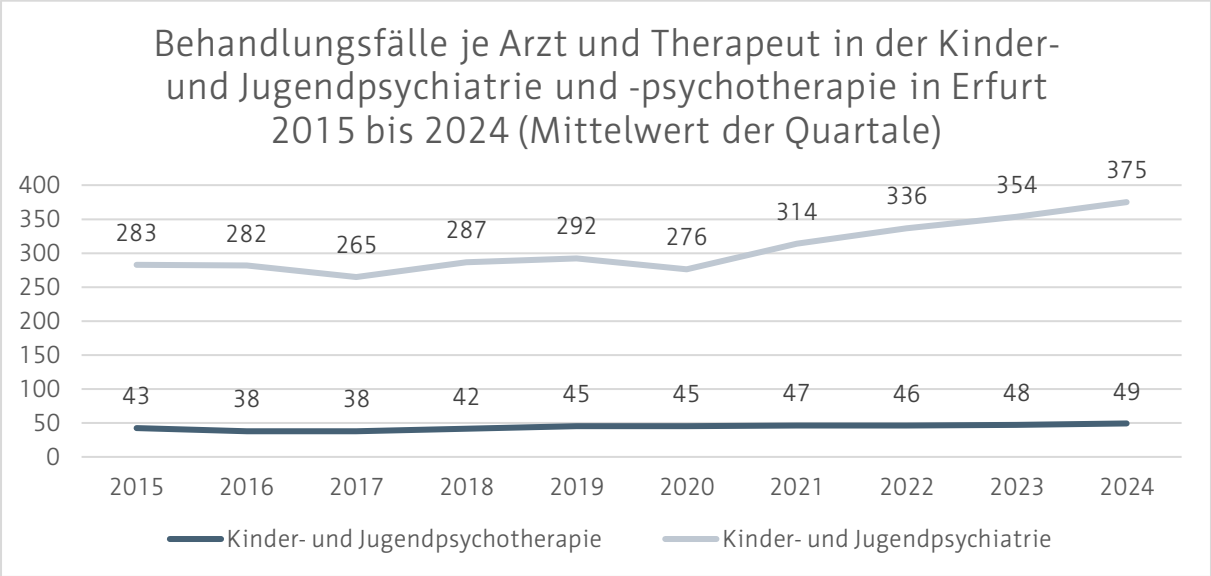


Abbildung 39: Behandlungsfälle je Ärztin/Arzt und Therapeutin/Therapeut in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwert der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Diese Entwicklungen weisen auf eine stärkere Inanspruchnahme der Ressourcen in beiden Behandlungsfeldern hin. Während die psychiatrische Behandlung dies in der Verdichtung der Versorgung möglicherweise kompensieren kann, ist im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie wahrscheinlich, dass durch die Begrenzung verfügbarer

Termineinheiten aufgrund zeitintensiver, gesprächsintensiver Therapien eine Ausschöpfung/ Auslastung der vorhandenen Kapazitäten geschlussfolgert werden kann.

Die folgenden Darstellungen zeigen die häufigsten Diagnosen der beiden Gebiete seit 2015 und verdeutlichen darüber hinaus deren unterschiedliche Schwerpunkte. Der leicht verschobene Betrachtungszeitraum bis 2024 bzw. 2025 ist bei der Interpretation zu berücksichtigen, schränkt die grundsätzliche Vergleichbarkeit der Trends jedoch nur geringfügig ein[29]. Im Vergleich wird deutlich, dass sich die Versorgungsbereiche funktional ergänzen. Während die **ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie** stärker durch hyperkinetische Störungsbilder wie ADHS geprägt ist, fokussiert die **ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapie** stärker auf belastungs- und emotionsbezogene Problemlagen. Die aus den Daten ablesbare Verschiebung hin zu mehr psychischen Belastungen, insbesondere in Form von Depressionen und Angststörungen, sowie auf eine wachsende Relevanz schulischer Problemlagen unterstreicht den steigenden Bedarf an differenzierten, integrativen Behandlungs- und Präventionsansätzen für Kinder und Jugendliche, u.a. auch in der Lebenswelt Schule.

[29] Die Angaben ergeben in Summe mehr als 100 Prozent begründet im Fakt, dass je Behandlungsfall mehr als eine Diagnose vergeben werden kann.

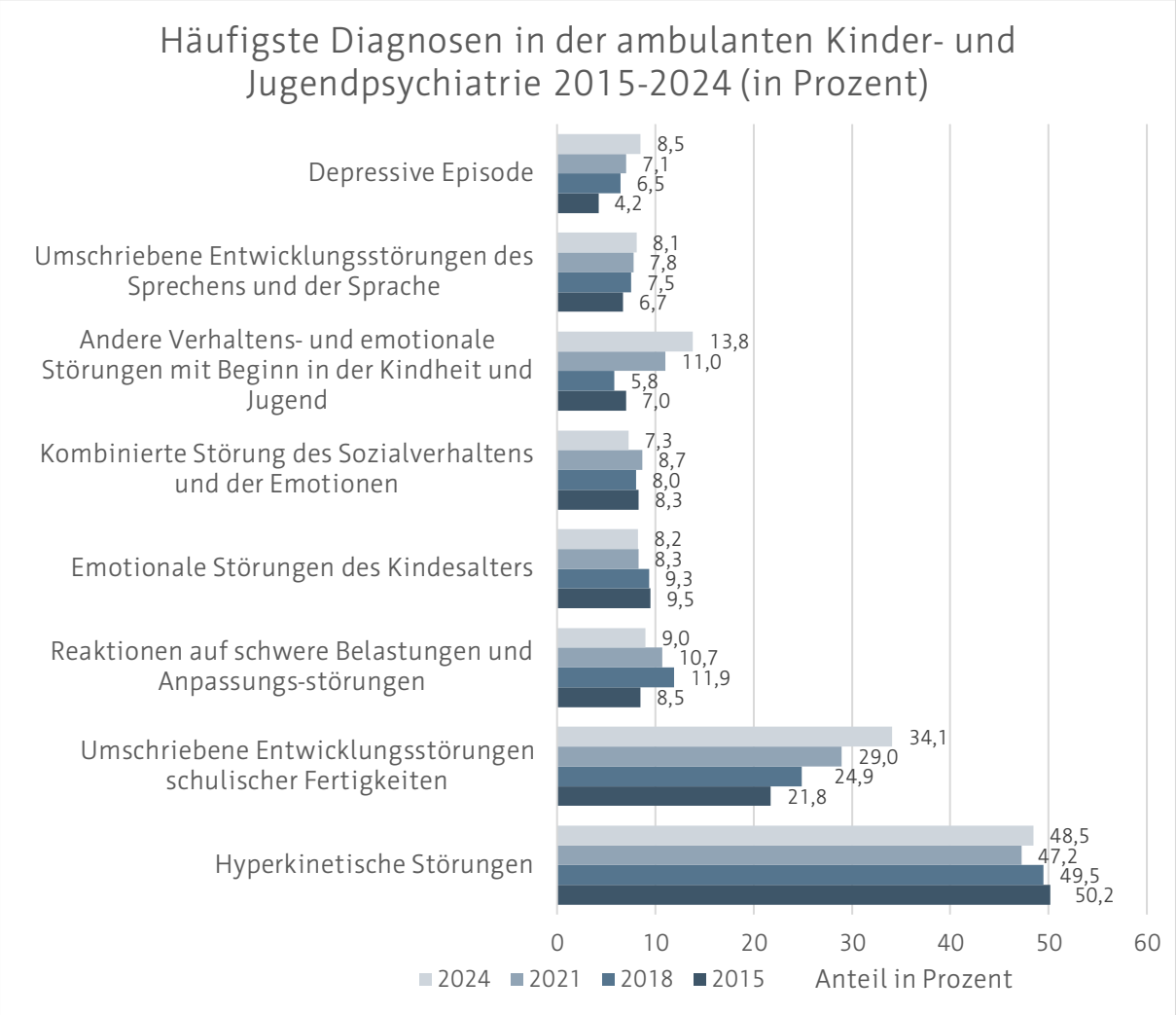


Abbildung 40: Häufigste Diagnosen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie in Erfurt 2015 bis 2024 in Prozent. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

In der **ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie** dominieren über den gesamten Zeitraum hinweg hyperkinetische Störungen (z. B. ADHS) mit Anteilen um 50 Prozent, wobei ein leichter Rückgang zu erkennen ist. Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten folgen jeweils auf dem zweiten Rang. Hier kommt es zu einer deutlichen Zunahme (von etwa 22 Prozent auf über 34 Prozent). Auch depressive Episoden und andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend verglichen mit 2015 am Ende des Betrachtungszeitraums doppelt so häufig kodiert. Vier weitere Diagnosen (Reaktion auf schwere Belastungsstörungen, emotionale Störungen des Kindesalters, kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache) nehmen jeweils einen Anteil um 10 Prozent ein. Ihr Anteil bleibt mit leichten Schwankungen in der Tendenz überwiegend stabil (s. Abbildung 40).

In der **ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapie** in Erfurt zeigt sich ein etwas anderes Profil. Hier stellen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in allen betrachteten Jahren die häufigste Diagnose dar (ca. 34–39 Prozent), mit einem Höhepunkt im Jahr 2021. Parallel dazu nehmen depressive Episoden, andere Angststörungen sowie umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten mit einer annähernden

Verdopplung bzw. Verdreifachung) deutlich zu. Hyperkinetische Störungen werden hingegen seltener erfasst (s. Abbildung 41).

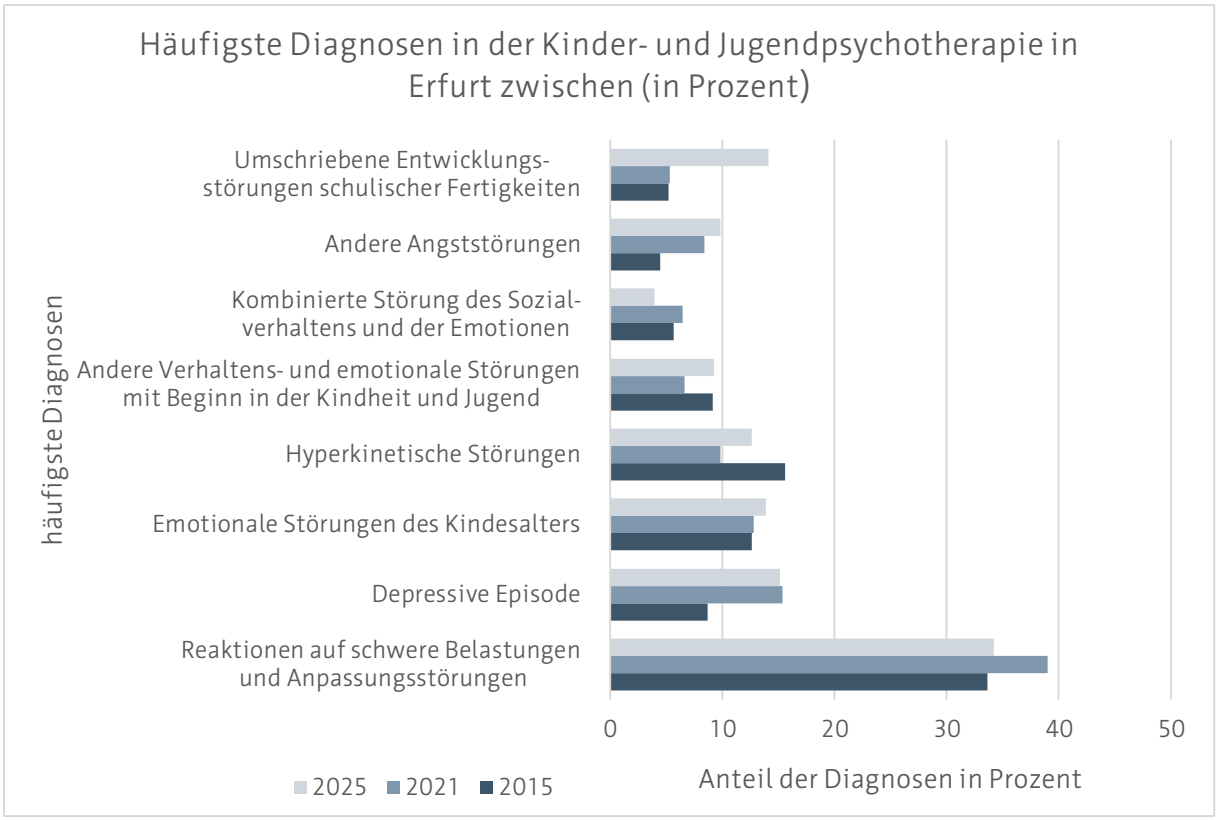


Abbildung 41: häufigste Diagnosen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapie 2015-2025 (in Prozent). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Es lässt sich zusammenfassen, dass in der akutmedizinischen und psychotherapeutischen Versorgung in beiden Bereichen ähnliche Diagnosen häufig vergeben werden, die Verteilung aber entsprechend des vorgesehenen Behandlungsansatzes unterschiedlich ist. Einige Trends, z.B. die Zunahme depressiver Episoden oder der umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten als Behandlungsanlass, spiegeln sich in beiden Bereichen wider.

Im Bereich der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder und Jugendpsychotherapie ist die Anzahl der **Diagnosen für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** (F10-F19) sehr gering: Im Betrachtungszeitraum wurde im Mittel der Quartale weniger als ein Fall in den Substanzgruppen F11, F13 bis F18 dokumentiert. Für Alkohol (F10) wurden im Mittel aller Quartale in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2,025 Kinder (Minimum 0, Maximum 5) und in der Kinder- und Jugendpsychotherapie 0,81 Kinder (Minium 0, Maximum 2) behandelt. Cannabinoide waren im Zeitraum 2015 bis 2024 im Mittel aller Quartale für 3,2 Personen Behandlungsanlass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Minimum 0, Maximum 9), diese

Substanzgruppe spielte in der Kinder- und Jugendpsychotherapie mit einem Mittelwert aller Quartale von 0,5 keine Rolle.

Zusammenfassung Kapitel 8.1 „Kinder und Jugendliche“: Es lässt sich feststellen, dass ambulante Eingliederungshilfen nach § 35 SGB VIII in Erfurt sich zwischen den Jahren 2020 und 2024 von 236 auf 529 Fälle mehr als verdoppelt haben, wobei vor allem Familienhilfe, Heilpädagogik, Schulintegrationshilfe und das Persönliche Budget genutzt werden. Teilstationäre Angebote bleiben mit 17–22 Fällen pro Jahr auf niedrigem und konstantem Niveau, während besondere Wohnformen (z. B. Vollzeitpflege, Heime, Wohngruppen) moderat, aber stabil steigen.

Parallel dazu steigen auch die Fallzahlen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kontinuierlich. Hyperkinetische Störungen (z. B. ADHS) dominieren in der Psychiatrie, während in der Psychotherapie Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungs- sowie Angst- und depressive Störungen deutlich zunehmen. Schulische Entwicklungsstörungen steigen in beiden Bereichen, was auf wachsende psychische Belastungen und schulische Problemlagen hinweist. Substanzbezogene Störungen (F10–F19) haben einen nur marginalen Anteil an den Behandlungsfällen. Zusammen zeigen die Daten eine deutlich gewachsene Nutzung der Versorgungangebote mit möglicherweise zunehmender Verdichtung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Leistungen. Die Entwicklungen im Bereich stationärer Angebote für Kinder- und Jugendliche am HELIOS Klinikum Erfurt zeigen stabile vollstationäre Fallzahlen trotz leichter Bettenreduktion und ansteigende Behandlungen im teilstationären Bereich bis ins Jahr 2024. Das stationäre Geschehen wird primär von Depressionen sowie ADHS geprägt, was die ambulanten Befunde zu depressiven und ADHS-typischen Störungsbildern ergänzt. Der Beitrag der stationären Angebote für Kinder- und Jugendliche wird im Unterkapitel 7.1.2 ausführlicher dargestellt.

Insgesamt zeigt sich ein differenziertes Versorgungsbild: Ambulante psychosoziale und psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen wuchsen in den betrachteten Jahren stark an, während die Fallzahlen in den stationären Strukturen stabil bleiben bzw. im teilstationären leicht erhöhen. Beide Bereiche ergänzen sich und weisen gemeinsam auf einen anhaltend hohen, insbesondere psychisch-emotionale und schulische Problemlagen betreffenden Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen in Erfurt hin.

Eine Orientierungshilfe für Familien, Kinder, Jugendliche und Fachkräfte ist der Weg-weiser für Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten unter https://www.erfurt.de/ef151798.html.

8.2 Menschen mit Suchterkrankung

Erläuterung: Sucht wird von Fachpersonen als Abhängigkeitssyndrom bezeichnet. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. definiert Abhängigkeit als behandlungsbedürftige, sozial und psychiatrisch relevante Krankheit mit chronischen Verläufen. *„Sie wird begleitet von sozialen, körperlichen und weiteren seelischen Beeinträchtigungen, die die betroffenen Menschen daran hindern, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen, wenn sie nicht behandelt werden“*

(Fachverband Drogen- und Suchthilfe, 2006, S. 14). Die Weltgesundheitsorganisation definiert seit 1957 Sucht als psychische Störung.

Dieses Kapitel fasst die Erfurter Suchthilfestatistiken von 2022 bis 2025 zusammen und stellt basierend auf verschiedenen externen Datenquellen unterschiedliche Perspektiven auf das Thema Abhängigkeit und Drogenkonsum vor. Es werden u.a. die Inzidenzraten[30] vergangener Jahre bis 2022 verschiedener Suchterkrankungen für Erfurt im Vergleich zum Bundestrend dargestellt[31]. Weiterhin gibt es einen längeren Abschnitt von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zum Anteil der Abhängigkeitsdiagnosen bei niedergelassen Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Es wird jeweils in kurzen Abschnitten erste Ergebnisse zur Evaluation des Konsumcannabisgesetzes und die Abwasserstatistik bis zum Jahr 2025 vorgestellt. Diese unterschiedlichen Perspektiven bieten die Chance eines differenzierten Bildes von Suchterkrankungen unter Erfurter Bürgerinnen und Bürger mit einer zusammenfassenden Erläuterung erster Ergebnisse.

Daten und Fakten: Inzidenzraten der Jahre 2015 - 2022

Der Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland weist für Erfurt in den Jahren 2015 – 2022 bei den drei stoffgebundenen Suchtformen – Alkohol, Cannabis und Tabak – überdurchschnittlich hohe Neuerkrankung an Abhängigkeiten auf. Besonders ausgeprägt sind Abweichungen im Bereich des Tabakkonsums.

Bei alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2026) zeigen sich stärkere Schwankungen und insgesamt höhere Neuerkrankungsraten als im Bundesdurchschnitt. Bundesweit blieb die Entwicklung vergleichsweise stabil und auf niedrigerem Niveau. Der Höchstwert in Erfurt wurde 2019 mit 53,1 Fällen pro 10.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner erreicht und lag über dem Bundeswert von 35,9. Bis ins Jahr 2022 sank die Quote leicht auf 48,6, blieb aber weiterhin über dem nationalen Durchschnitt von 37,2.

Auch bei cannabinoidbedingten Störungen verzeichnete Erfurt in allen Jahren leicht höhere Werte als im Bundesdurchschnitt. Die Fallzahlen stiegen von 7,5 im Jahr 2015 auf 17,6 im Jahr 2019 und gingen anschließend bis 2022 auf 15,7 zurück.

Am deutlichsten war die Veränderung in Erfurt bei tabakbedingten psychischen und Verhaltensstörungen. Hier lagen die Werte konstant weit über dem Bundestrend und erreichten im Jahr 2019 mit 218 Fällen pro 10.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner ihren Höchststand (Bund: 150,5). Trotz leichter Schwankungen hielten sich die Erfurter Werte bis

[30] Inzidenz = Anzahl neu auftretender Ereignisse (z. B. Erkrankungsfälle) bezogen auf eine bestimmte Population und einen bestimmten Zeitraum. (Bundesinsitut für Risikobewertung)

[31] Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

ins Jahr 2022 mit 199,4 weiterhin auf hohem Niveau (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2026).

Erfurter Suchthilfestatistik der Jahr 2022 - 2025

Die Daten der Erfurter Suchthilfestatistik werden seit dem Jahr 2023 durch die Koordinierungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe aufbereitet. Sie enthalten die Leistungsdaten aller Erfurter Suchtberatungsstellen. Diese Auswertung spiegelt die Lage der Menschen, die in Erfurt Hilfe in den Suchtberatungsstellen suchen. Im Vergleich der Jahre 2022 bis 2025 deutet sich an, dass sich die Anzahl der abhängigen Personen, die sich in Beratung begeben insgesamt nicht verändert, aber das Konsumverhalten, insbesondere der Mischkonsum konstant zunimmt.

Es zeigt sich in vier aufeinanderfolgenden Jahren, dass missbräuchlicher Alkoholkonsum weiterhin das größte Problem im Bereich substanzbezogener Störungen darstellt. Die hohe Stabilität deutet darauf hin, dass sich das Konsumverhalten und die damit verbundenen Probleme in der Bevölkerung kaum verändert haben. Meist erst im mittleren bis höheren Lebensalter wird Alkoholsucht zum Thema für die Suchtberatung. Dies spricht dafür, dass sich riskanter Alkoholkonsum oft über viele Jahre entwickelt, bevor er zu gravierenden Problemen führt, die eine Suchtberatung notwendig machen.

Wie in allen Vorjahren seit 2022 liegt auch im Jahr 2025 der Anteil der Erfurterinnen und Erfurter, die wegen dem Hauptsuchtmittel Cannabinoide (z.B. Cannabis) die Suchtberatung aufsuchen, stabil bei rund 14 Prozent aller Hilfesuchenden. Daran hat die veränderte Rechtslage im Jahr 2024 nichts geändert. Auch die politische Diskussion um die Legalisierung hat bislang keinen Einfluss auf die Zahl behandlungsbedürftiger Fälle. Erkennbar ist, dass der Beratungsbedarf wegen Cannabiskonsum überwiegend im Jugend- und jungen Erwachsenenalter auftritt. Ab dem 40. Lebensjahr gibt es fast keine neuen Beratungsfälle mehr. Aussagekräftige Langzeitdaten fehlen hier derzeit.

Die Beratungsfälle mit der Hauptdiagnose Kokain machten in den Jahren 2022 bis 2025 jeweils nur einen geringen Anteil an der Gesamtheit aller Hauptdiagnosen aus. Der höchste Anteil wurde im Jahr 2023 mit 1,43 Prozent erreicht, während die übrigen Jahre zwischen 0,85 Prozent und 1,27 Prozent lagen. Insgesamt zeigt sich damit nur eine leichte Schwankung auf niedrigem Niveau.

Zur Einordnung werden hier auch Crystal Meth (Wirkstoff: Methamphetamin) und Ecstasy (Wirkstoff: MDMA) betrachtet. Beide Substanzen gehören zur Gruppe der Stimulanzien. Zwischen den Jahren 2022 und 2025 ist der Anteil der Ratsuchenden mit diesen Hauptsuchtmitteln von 14,3 Prozent auf 12,7 Prozent zurückgegangen.

Augenmerk sollte der leichte aber kontinuierliche Anstieg bei Polytoxikomanie (Missbrauch mehrerer Substanzen gleichzeitig) erhalten. Seit dem Jahr 2022 wächst im Vergleich zu allen anderen Hauptdiagnosen ihr Anteil jährlich um etwa ein Prozent. Inzwischen zeigt sich, dass ebenso viele Ratsuchende einen polytoxen Konsum – also eine Abhängigkeit von mindestens drei Substanzen gleichzeitig – aufweisen wie Personen, die wegen Cannabis in Beratung sind. Der Anstieg ist besonders kritisch, da Mischkonsum zu schwereren gesundheitlichen

und sozialen Problemen führen kann und dies u.a. für die Suchtberatungsstellen die Zunahme von Personen mit komplexen Fällen bedeutet.

Im Bereich der nicht substanzgebundenen Süchte – insbesondere des pathologischen Spielens und der exzessiven Mediennutzung – wurden im Jahr 2025 insgesamt 51 Beratungsfälle in den Suchtberatungsstellen registriert. Bezogen auf die Gesamtzahl von 1.587 Klientinnen und Klienten entspricht dies einem Anteil von 3,2 Prozent. Beim pathologischen Spielen zeigen sich im Zeitraum 2022 bis 2025 leichte Schwankungen. Der Anteil der Betroffenen bewegte sich in diesen Jahren zwischen 1,6 Prozent und 1,9 Prozent. Insgesamt bleibt das Niveau damit relativ stabil. Ab dem Jahr 2024 ist bei der exzessiven Mediennutzung ein leichter Anstieg der Inanspruchnahme zu beobachten. Der Anteil der Ratsuchenden lag im Jahr 2025 bei 1,4 Prozent und damit etwas höher als in den Vorjahren. Eine ausführlichere Widergabe der zugrundeliegenden Daten findet sich in der kommenden Suchthilfestatistik des Jahres 2025 (Landeshaupstadt Erfurt, 2026).

Die Suchthilfestatistik dokumentiert, wer den Weg in das Hilfesystem findet und dort behandelt wird. Dennoch bleibt die Dunkelziffer derjenigen hoch, die diese Hilfe nicht oder zu spät in Anspruch nehmen. Die deutlichste Konsequenz einer Abhängigkeit zeigt sich in der Anzahl der drogenbezogenen Todesfälle: Nach Angabe der Sucht- und Drogenberatungsstelle Knackpunkt der Suchthilfe in Thüringen mussten für das Jahr 2025 drei Todesfälle begleiteter Klientinnen und Klienten festgestellt werden (SiT-Suchthilfe in Thüringen, Sucht- und Drogenberatungsstelle Knackpunkt, 2026). Die Erfurter Polizeistatistik registrierte für das Jahr 2025 den Rauschgifttod von elf Personen, im Jahr 2024 keinen Rauschgifttod; im Jahr 2023 sechs Personen, im Jahr 2022 eine Person (Thüringer Polizei, Landespolizeiinspektion Erfurt, 2026).

Anteil der Abhängigkeitsdiagnosen bei niedergelassen Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen stellte für diesen Bericht Daten von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten zur Häufigkeit von Diagnosen zur Verfügung, die psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen beschreiben.

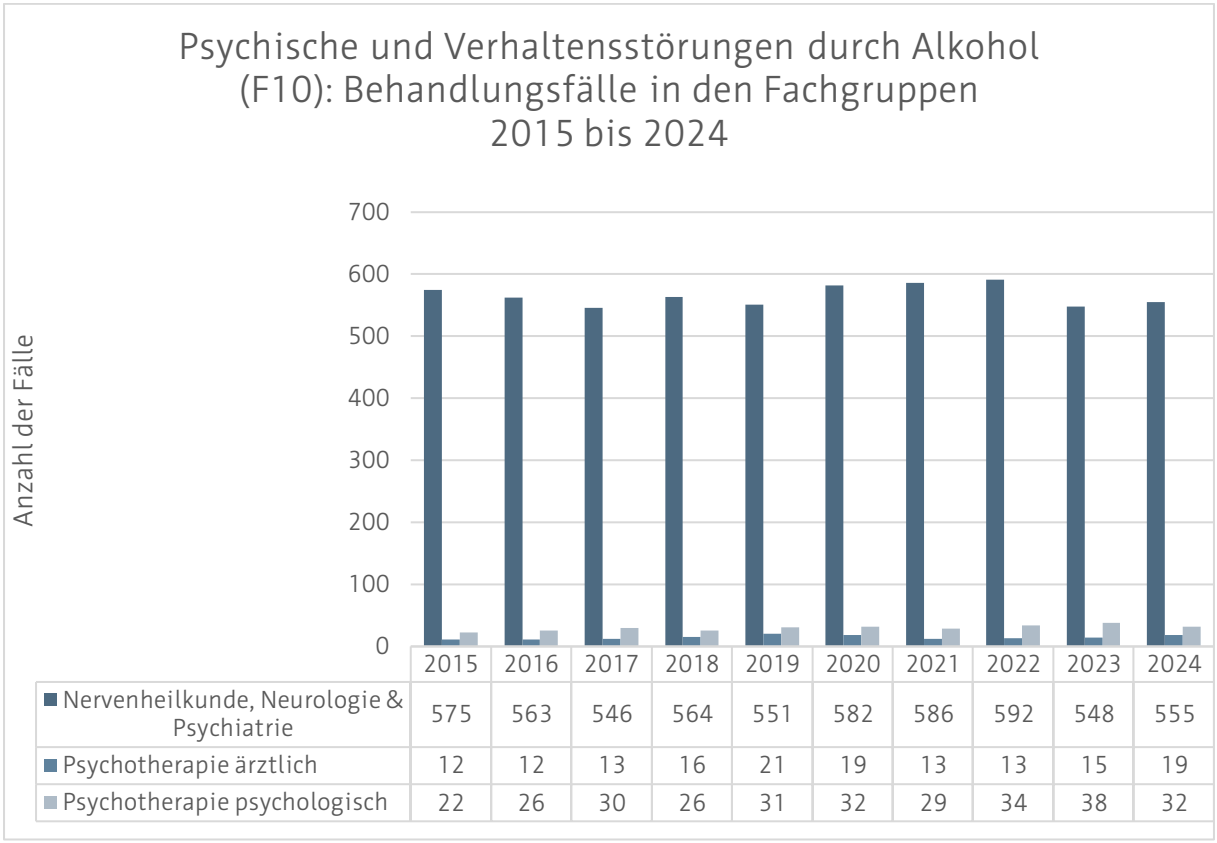
Diese werden im Folgenden als Anteil an den insgesamt vergebenen Diagnosen aufgeschlüsselt und je Fachgruppe dargestellt. Hierzu gehören die Fachgruppen Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie sowie Psychotherapie – ärztlich und Psychotherapie – psychologisch.

Grundsätzlich wird auch hier die Bedeutung der unterschiedlichen Substanzgruppen analog der Erfurter Suchthilfestatistik aufgezeigt.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) sind verglichen mit allen anderen Substanzklassen am häufigsten. Die Abbildung 42 zeigt Behandlungsfälle psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol anhand durchschnittlicher Quartalswerte in den Fachgruppen Nervenheilkunde /Neurologie und Psychiatrie, ärztlicher Psychotherapie sowie psychologischer Psychotherapie. Im Betrachtungszeitraum von zehn Jahren bis ins

Jahr 2024 decken die Fachärztinnen und Fachärzte der Nervenheilkunde /Neurologie und Psychiatrie im Durchschnitt mehr als 94 Prozent der Behandlungsfälle nach F10 ab. Die Fallzahlen bewegen sich auf einem konstanten Niveau und schwankten jährlich mit nicht mehr als 46 Behandlungsfällen. Insgesamt ergibt sich im Jahr 2024 gegenüber 2015 ein Rückgang um etwa 3,5 Prozent (575 auf 555).

In den beiden psychotherapeutischen Fachgruppen spielt die Behandlung von Alkoholsucht eine sehr untergeordnete Rolle mit Behandlungsfällen unter 20 bzw. 40 je Quartal.

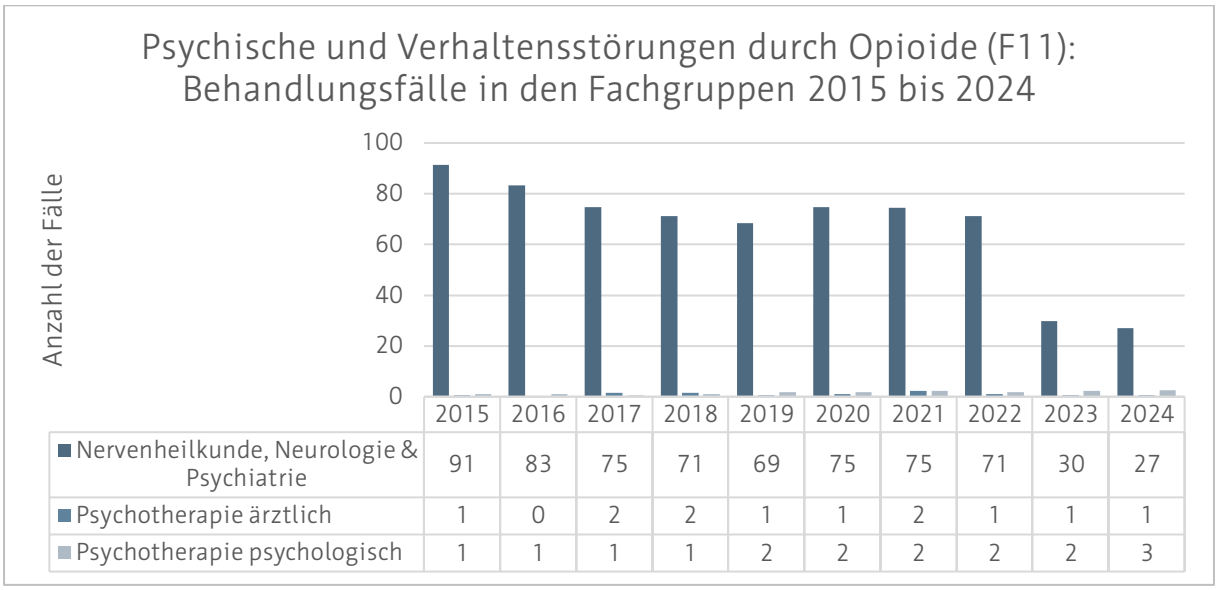


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nervenheilkunde, Neurologie & Psychiatrie	575	563	546	564	551	582	586	592	548	555
Psychotherapie ärztlich	12	12	13	16	21	19	13	13	15	19
Psychotherapie psychologisch	22	26	30	26	31	32	29	34	38	32

Abbildung 42: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Die Ursache für die hohen Behandlungszahlen bei nervenheilkundlichen, neurologischen und psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten ist in der häufigen Kombination der Alkoholsucht mit weiteren körperlichen Begleiterkrankungen, den Möglichkeiten für medikamentöse Begleitung einer Entzugsbehandlung sowie der Erfolgs- und Verlaufskontrolle mittels Laboruntersuchungen zu sehen. Darüber hinaus stellt die Psychotherapie-Richtlinie mit der Voraussetzung mit einer mindestens zehnwöchigen Abstinenz eine recht hohe Hürde für eine Psychotherapie dar. Diese ist eher indiziert in stabileren Phasen, wenn es um die Aufarbeitung der Ursachen geht.

Dargestellt werden in den kommenden Abbildungen psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (F11), durch Cannabinoide (F12), durch Sedativa und Hypnotika (F12), durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) sowie durch Tabak (F17).

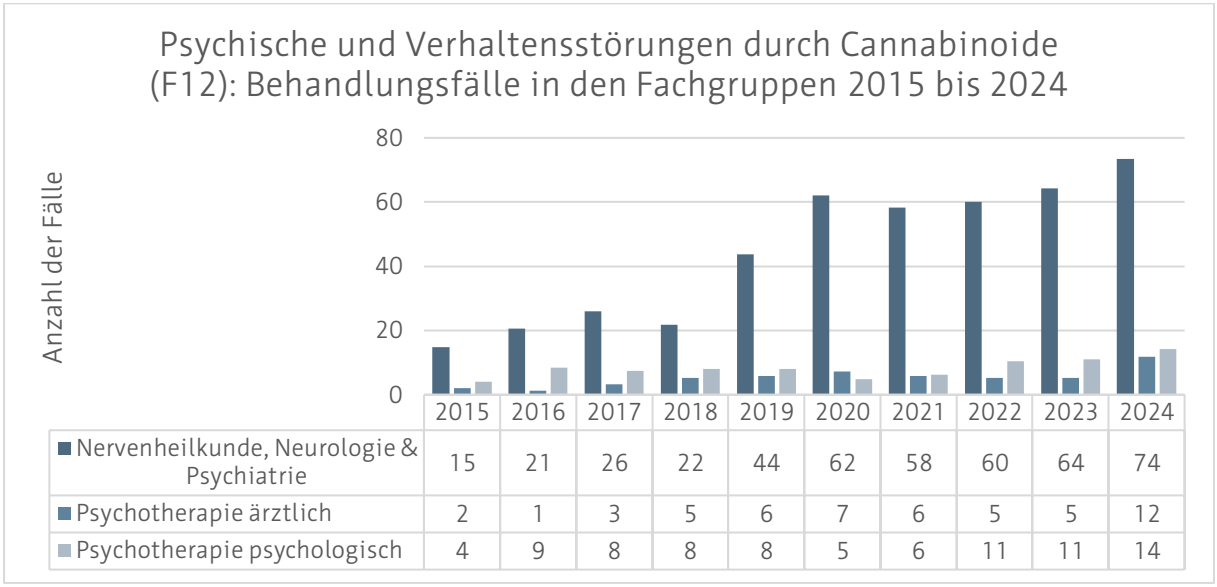


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nervenheilkunde, Neurologie & Psychiatrie	91	83	75	71	69	75	75	71	30	27
Psychotherapie ärztlich	1	0	2	2	1	1	2	1	1	1
Psychotherapie psychologisch	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3

Abbildung 43: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (F11): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Die Abbildung 43 zeigt, dass die Zahl der Behandlungsfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch Opioide (F11) in den Fachgruppen Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie von 91 Fällen im Jahr 2015 auf 27 Fälle im Jahr 2024 zurückgegangen ist. Die Fallzahlen im Bereich der Psychotherapie können mit im Schnitt 0 bis 4 jährlich als zu vernachlässigen angesehen werden, da auch hier die Psychotherapie-Richtlinie greift.

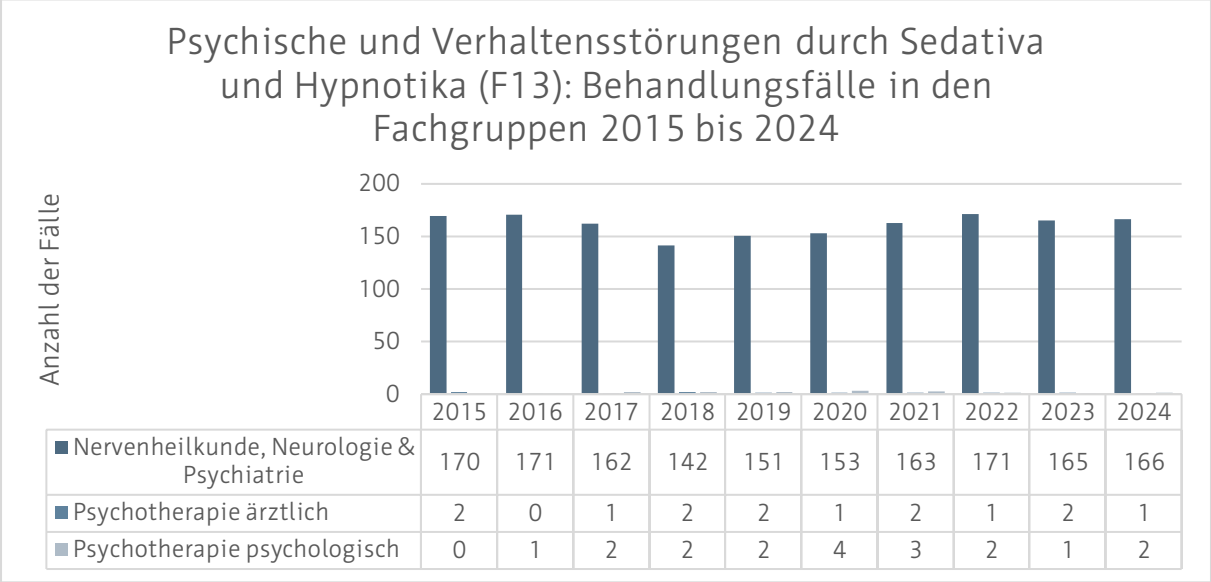
Abbildung 44 weist für die Substanzgruppe der Cannabinoide im Vergleich aller Fachgruppen der Jahre 2015 bis 2025 eine klare Tendenz der Zunahme auf niedrigem Niveau aus.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nervenheilkunde, Neurologie & Psychiatrie	15	21	26	22	44	62	58	60	64	74
Psychotherapie ärztlich	2	1	3	5	6	7	6	5	5	12
Psychotherapie psychologisch	4	9	8	8	8	5	6	11	11	14

Abbildung 44: Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Auch für die Diagnostik und Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12) decken die nervenheilkundlichen, neurologischen und psychiatrischen Fachpraxen bis zu 75 Prozent der Behandlungsfälle ab (s. Abbildung 44). Für die Gruppe der Sedativa und Hypnotika, also Beruhigungs- und Schlafmittel, zeigt die folgende Abbildung 45, dass der größte Anteil dieser Patientinnen und Patienten ebenfalls im Bereich dieser Fachpraxen versorgt wird.



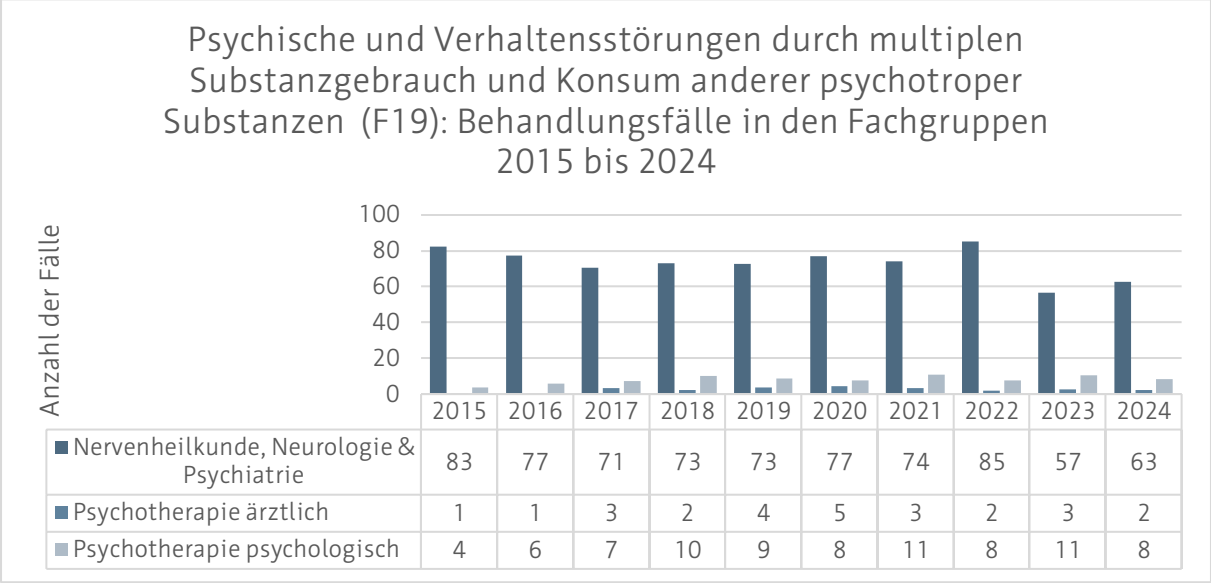
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nervenheilkunde, Neurologie & Psychiatrie	170	171	162	142	151	153	163	171	165	166
Psychotherapie ärztlich	2	0	1	2	2	1	2	1	2	1
Psychotherapie psychologisch	0	1	2	2	2	4	3	2	1	2

Abbildung 45: Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika (F13): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Mit einem Rückgang von 29 Fällen in den Jahren 2016 bis 2018 kam es bis 2022 wieder zu einer Stabilisierung auf den Werten der ersten Auswertungsjahre. Bis 2024 verbleibt es bei 166 Fällen.

Die Fallzahlen im Bereich der Psychotherapie können mit im Schnitt null bis vier jährlich als zu vernachlässigen angesehen werden. Dies zeigt ebenfalls, dass bei Medikamenten-abhängigkeit oder -missbrauch die psychiatrische Behandlung insbesondere bei der kontrollierten Reduktion der Dosis und zur Kontrolle von Entzugssymptomen im Vordergrund steht. Eine spezifische Psychotherapie gibt es hingegen nicht (Soyka, 2021).

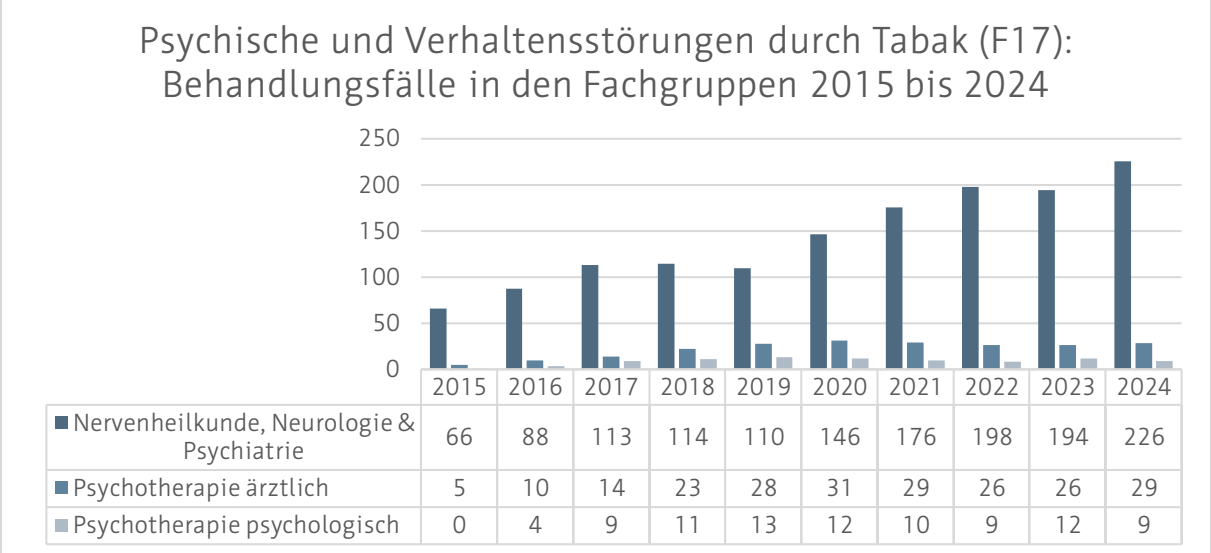
Andere Substanzklassen wie flüchtige Lösungsmittel (F18), Halluzinogene (F16) und Kokain (F14) spielen aufgrund sehr geringer Fallzahlen in der Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen kaum eine Rolle, wobei bei Kokain im Bereich der Nervenheilkunde zuletzt eine kontinuierliche Zunahme auf bis zu 17 jährliche Fälle im Jahr 2025 verzeichnet wurde.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nervenheilkunde, Neurologie & Psychiatrie	83	77	71	73	73	77	74	85	57	63
Psychotherapie ärztlich	1	1	3	2	4	5	3	2	3	2
Psychotherapie psychologisch	4	6	7	10	9	8	11	8	11	8

Abbildung 46: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024 Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Polytoxikomanie ist definiert durch den Konsum mehrerer Substanzen bei Unklarheit, welche Substanz die Störung auslöst oder bei einem nicht identifizierten Suchtmittel. Abbildung 46 zeigt, dass diese Diagnose überwiegend in der Fachgruppe Nervenheilkunde vergeben wird. Die langfristige Begleitung und Überwachung, Medikation, akute Versorgung und Krisenintervention wird primär dem psychiatrischen Bereich zugeordnet. In Erfurt wurden im Jahr 2025 jährlich etwa 63 Behandlungsfälle im Bereich Nervenheilkunde dokumentiert.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nervenheilkunde, Neurologie & Psychiatrie	66	88	113	114	110	146	176	198	194	226
Psychotherapie ärztlich	5	10	14	23	28	31	29	26	26	29
Psychotherapie psychologisch	0	4	9	11	13	12	10	9	12	9

Abbildung 47: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung

Abbildung 47 zeigt die Behandlungsfälle mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17). Es ist anzumerken, dass diese Diagnose fast nie als Hauptdiagnose – also als

unmittelbarer Behandlungsanlass wie etwa eine Entwöhnung – gestellt wird, sondern vor allem als Risikofaktor für andere Erkrankungen Bedeutung hat. Eine Zunahme der Kodierhäufigkeit für tabakbezogene Störungen um 7,5 Prozent wurde auch für die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten zwischen 2015 und 2022 festgestellt. Dies ist in erster Linie ein Hinweis auf verändertes Dokumentationsverhalten, aber kein Nachweis einer tatsächlichen Zunahme der Inzidenz (Kohring, Hartmann, Holstiege, & Müller, 2024).

Im Betrachtungszeitraum 2015 bis 2024 zeigt sich die größte Anzahl kodierter Diagnosen erneut in der fachärztlichen Praxis: Den stärksten Zuwachs verzeichnete die Nervenheilkunde, in der die Zahl der Behandlungsfälle von 66 im Jahr 2015 auf 226 im Jahr 2021 anstieg.

Zusammenfassend zeigen die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen für den Zeitraum 2015 bis 2025, dass alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen (F10) die mit Abstand häufigste substanzbezogene Diagnose ist. Der deutlich überwiegende Teil der Behandlung erfolgt in der Nervenheilkunde, da dort neben der Suchterkrankung häufig körperliche Begleiterkrankungen behandelt sowie Entzug und Verlauf medizinisch begleitet werden können. Tabakbezogene Störungen (F17) wurden im Zeitraum 2015 bis 2025 zunehmend kodiert, meist als Nebendiagnose und vor allem in der Nervenheilkunde aber mit rund einem Fünftel (21 Prozent). Während sich die Behandlungsfälle bei Störungen durch Sedativa und Hypnotika (F13) sowie multiplen Substanzgebrauch (F19) in den genannten Facharztpraxen stabil zeigen, sinken die Fallzahlen bei Opioiden (F11), während die Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabis (F12) zunehmend an Bedeutung gewinnt. Insgesamt verdeutlichen die Daten, dass die fachärztliche Nervenheilkunde den zentralen Versorgungsbereich für substanzbezogene psychische Störungen darstellt, während Psychotherapie vor allem in stabileren Krankheitsphasen ergänzend eingesetzt wird.

Aktueller Stand (Frühjahr 2026) zur Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (KCanG)

Der erste Zwischenbericht des von der Bundesregierung beauftragten Forschungsinstituts betont, dass nach den ersten 18 Monaten seit Inkrafttreten des KCAnG bisher keine grundlegenden Veränderungen beim Umgang mit Cannabis festzustellen sind (Manthey, et al., 2025). Der zweite Zwischenbericht aus dem Jahr 2026 geht davon aus, dass *„es infolge der Teillegalisierung unter Erwachsenen zu einem leichten Anstieg cannabisbezogenener Konsumprobleme gekommen sein könnte.“* (Manthey, et al., 2026)

Im Jahr 2024 konsumierten in Deutschland rund 5,3 Millionen Erwachsene Cannabis, wobei legaler Medizinalanbau nur einen kleinen Teil des Gesamtbedarfs deckt. Die Teillegalisierung durch das Konsumcannabisgesetz (KCanG) führt zu einem starken Rückgang cannabisbezogener Straftaten – über 100.000 Strafverfahren weniger als im Vorjahr (Manthey, et al., 2025, S. 12).

Auch die Erfurter Polizeistatistik weist für das Jahr 2025 im Vergleich zu den Vorjahren auf einen rückläufigen Trend der Feststellung von Rauschgiftkriminalität hin. Die Gesamtzahl der Rauschgiftdelikte sank von 1.027 Fällen im Jahr 2024 auf 556 Fälle im Jahr 2025. Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis, die vor April 2024 erfasst wurden gingen infolge der Cannabislegalisierung zum 01.04.2024 von 432 auf null Fälle zurück. Straftaten

im Zusammenhang mit Cannabis gem. § 34 KCanG ergaben einen Anstieg von 35 Fällen (2024) auf 86 Fälle (2025)[32]. Die höchste Anzahl lt. Straftatenkatalog festgestellten Fälle gehören zur registrierten Substanz Crystal (184 auf 180 Fälle). Auch beim Handel und Schmuggel nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ist ein Rückgang von 109 auf 57 Fälle festzustellen (Thüringer Polizei, Landespolizeiinspektion Erfurt, 2026).

Laut dem zweiten Zwischenbericht des Forschungsprojekts EKOCAN *„ist die Konsumprävalenz von Cannabis unter Jugendlichen nach der Teillegalisierung stabil oder sogar leicht rückläufig."* (Manthey, et al., 2026, S. 6) Es kam bislang nicht zu einem Anstieg von cannabisbezogenen Konsumproblemen, ebenso lässt sich beobachten, dass es nicht zu einem Rückgang der Risikowahrnehmung von Cannabiskonsum unter Jugendlichen gekommen ist. Im Fokus des Gesundheitsschutzes gibt der Bericht wieder, dass seit 15 Jahren eine zunehmende Verbreitung von Cannabis unter Erwachsenen zu beobachten ist (Manthey, et al., 2026)

„Aus den bisher vorliegenden Daten geht hervor, dass die größten Veränderungen bei den Polizei- bzw. Ordnungskräften eingetreten sind. Das KCanG hat einerseits zur bislang quantitativ bedeutendsten Entkriminalisierung in der Geschichte der Bundesrepublik geführt. Die neue teilweise komplizierte Rechtslage erforderte andererseits umfangreiche Veränderungen in den Abläufen unterschiedlicher Behörden, die auch eine höhere Arbeitsbelastung einiger Akteur:innen mit sich gebracht haben können." (Manthey, et al., 2025, S. 190)

Abwasserstatistik

Seit 2017 werden Drogenrückstände im Abwasser in Erfurt ermittelt und durch die European Union Drugs Agency (EUDA) aufbereitet dargestellt (European Union Drugs Agency, 2026). Die gefundenen Abwasserkonzentrationen werden in normalisierte Mengen pro Einwohnerin bzw. Einwohner umgerechnet (mg /1000 Personen/Tag[33]) und können als Monitoring von Drogenrückständen im Abwasser u.a. auch für die Bewertung des Drogenkonsums genutzt werden.

Daher werden im Folgenden nur die Trends der nachgewiesenen Suchtmittel im Vergleich der Jahre 2017 – 2025 im Wochenverlauf und im Vergleich von elf deutschen Städten dargestellt.

[32] Verstöße nach der Schlüsselzahl 731800 werden seit der Cannabislegalisierung zum 01.04.2024 unter der Schlüsselzahl 736000 erfasst.

[33] Schritte im Probenahmeprozess für Abwasser: Schritt 1. Probenentnahme (zusammengesetzte 24-Stunden-Proben). Schritt 2. Probenanalyse zur Bestimmung der Konzentrationen der Zielreste (Durchflussrate in Kubikmetern pro Tag). Schritt 3. Menge der Zielreste, die in die Kläranlage gelangen, in Gramm pro Tag. Menschliche Stoffwechselkorrekturfaktoren werden angewendet. Schritt 4. Berechnen Sie die Menge der von der Kläranlage versorgten Substanz, basierend auf Bevölkerungsschätzungen. Schritt 5. Normalisierung der Menge an Substanz für eine definierte Population in g oder mg pro Tag pro 1000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Schritt 6. Zur Berechnung der mittleren Dosen wird der Endwert als Dosen pro Tag pro 1000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner angegeben (European Union Drugs Agency, 2026).

Die gefundenen Mengen an Kokain in Erfurt haben sich seit 2017 bis 2025 mehr als verdoppelt. Besonders stark war der Anstieg zwischen den Jahren 2022 und 2023 sowie zwischen 2024 und 2025. Im Wochenverlauf 2025 zeigt sich, dass die höchsten Mengen am Wochenende, insbesondere sonntags erreicht wurden. Im Vergleich von elf deutschen Städten, die an der Abwasserprüfung teilnahmen, belegt Erfurt einen Platz im unteren Ranking.[34]

Die Entwicklung der Belastung an Methamphetamin (u.a. Crystal Meth) im Abwasser Erfurts zeigt starke Schwankungen: nach stabilem Niveau in den Jahren 2017 und 2018 folgte ein Anstieg auf Rekordwert im Jahr 2020 auch im Vergleich aller untersuchten deutschen Städte. Im Jahr 2021 folgte ein Einbruch mit anschließend anhaltendem Anstieg auf ein hohes Niveau. Im Wochenverlauf im Jahr 2025 von Methamphetamin zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg unter der Woche mit den höchsten Werten an Freitagen und die niedrigsten an Montagen. Im Vergleich von 13 deutschen Städten belegt Erfurt den zweiten Platz nach Chemnitz.

Die Entwicklung der MDMA-Belastung (u.a. Ecstasy) im Abwasser Erfurts zeigt ein insgesamt langsam steigendes Niveau. Starke Anstiege sind von 2017 auf 2018, sowie 2023 und 2024 ersichtlich. Von 2024 auf 2025 ist ein starker Abfall erkennbar. Der Wochenverlauf im Jahr 2025 zeigt die höchsten Werte sonntags, gefolgt von Montag und Mittwoch. Erfurt liegt 2025 im Ranking mit anderen deutschen Städten auf Platz fünf (European Union Drugs Agency, 2026).

Analysen zu Cannabis im Erfurter Abwasser liegen seit 2025 vor. Im Wochenverlauf zeigt sich ein konstant hohes Niveau, wobei es am Dienstag und Mittwoch am höchsten ist und die niedrigsten Werte am Freitag und Samstag gefunden wurden. Im Vergleich der elf deutschen Städte liegt Erfurt auf Platz eins, gefolgt von Berlin und Hamburg (European Union Drugs Agency, 2026).

Auch die Abwasseranalysen sollten einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Die EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) gibt an, dass Abwasseranalysen kein direktes Maß für Prävalenz oder individuelle Konsummuster zulassen. Es kann keine gesundheitlichen Folgen aufzeigen, nur die Rückstände bestimmter Substanzen. Die Methode ist sensibel gegenüber Wetterereignissen z.B. durch Verdünnungseffekte bei Regenereignissen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015).

Zusammenfassung Kapitel 8.2 „Menschen mit Suchterkrankung“: Die Gesamtschau aller Statistiken zeigt, dass Erfurt verglichen mit der bundesweiten Situation in vielen Bereichen eine überdurchschnittliche Suchtbelastung aufweist, die sich über Jahre hinweg stabil hält. Vor allem Menschen mit Alkoholabhängigkeit stellen in der Übersicht zu Neuerkrankungsraten, in den niedergelassenen Facharztpraxen und in der Suchthilfeberatung die größte Gruppe. Alkohol bleibt mit großem Abstand die dominierende Substanz bei Abhängigkeit. Cannabis zeigt bei den Neuerkrankungsraten höhere Werte als der Bundesdurchschnitt und vor allem zeigen Befunde der

[34] Von 13 untersuchten deutschen Städten belegt Erfurt Platz zehn.

Abwasseruntersuchung im Vergleich zu anderen deutschen Städten, dass diese Problematik an Bedeutung und Intensität zugenommen hat. Parallel dazu zeigt sich, dass bei dieser Konsumentengruppe – im Gegensatz zu Abhängigen anderer Substanzen – ein vergleichsweise geringer Leidensdruck und eine schwächer ausgeprägte Veränderungsmotivation vorliegen. Dies kann zu entsprechend geringer Inanspruchnahme medizinischer Behandlung und Beratung führen.

Besonderes Augenmerk gilt zudem den Beruhigungs- und Schlafmitteln, die 14 Prozent der substanzbezogenen Diagnosen in den genannten Facharztpraxen ausmachen. In diesem Zusammenhang berichten die Erfurter Suchtberatungen von einem leichten Trend zu zunehmendem polytoxem Konsum, der auch bei diesen Fallzahlen eine entscheidende Rolle spielen dürfte.

Die Befunde der Abwasseranalysen weisen darauf hin, dass in Erfurt eine beträchtliche Anzahl von Personen Methamphetamin (u.a. Crystal Meth) und MDMA (u. a. Ecstasy) in problematischem Ausmaß konsumiert. Im bundesweiten Vergleich liegt Erfurt – typisch für ostdeutsche Städte – im oberen Bereich, vor allem bei Methamphetamin. Die betroffenen Konsumentinnen und Konsumenten tauchen jedoch im medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Hilfesystem nur in sehr geringer Zahl auf.

Vor allem der unberechenbare Mischkonsum und der Missbrauch illegaler Stimulanzien kann das Risiko für akute, tödliche Notfälle erhöhen. Die registrierten Rauschgifttodesfälle der letzten Jahre sind jedoch vorsichtig zu interpretieren: Da es sich um absolute Werte im niedrigen Fallzahlenbereich handelt, können bereits geringe Schwankungen statistisch wie starke Trends wirken.

8.3 Geflüchtete Menschen

Erläuterung: Geflüchtete Menschen stellen eine gesundheitlich psychisch vulnerable, in sich jedoch heterogene Gruppe dar. Während die gemeinsame Erfahrung der erzwungenen Migration das verbindende Element bildet, variieren die individuellen Lebenslagen stark durch unterschiedliche Herkunftsländer, kulturelle Hintergründe, Fluchtursachen, medizinische Bedarfe, gesundheitliche Probleme, vorhandene Ressourcen sowie rechtliche Rahmenbedingungen im Aufnahmeland (Frank, Yesil-Jürgens, & Razum, 2017).

Der Begriff „geflüchtete Menschen“ hat sich dabei seit 2015 als diskriminierungssensible und juristisch präzisere Alternative zum klassischen Flüchtlingsbegriff etabliert (Robert Koch-Institut, 2022).

Fluchterfahrungen und Gesundheit sind eng miteinander verknüpft. Geflüchtete Menschen sind durch belastende Erlebnisse wie Flucht, Krieg, Folter oder sexualisierte Gewalt sowohl körperlich als auch psychisch stark belastet. Im Bereich psychischer Erkrankungen stellt dies ein erhöhtes Risiko für z.B. Anpassungsstörung, PTBS, Depression und Angsterkrankungen dar. Wie im Kapitel 6.3 „Gruppen psychischer Störungen“ genauer ausgeführt, ist die Belastung von neu in Deutschland angekommenen Geflüchteten und Asylsuchenden mit

einer Posttraumatischen Belastungsstörung ungleich höher, als bei Menschen ohne Fluchterfahrung und stellt damit spezifische Anforderungen an das Versorgungssystem. Nach ihrer Ankunft in Deutschland können die Lebensbedingungen, etwa beengte Verhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften, diese Belastungen zusätzlich erhöhen und sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Der reguläre Zugang zur Gesundheitsversorgung ist erschwert, aufgrund rechtlicher Einschränkungen für Personen mit dem Status Asylsuchende. Im Regelfall besteht ein Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (lt. §§ 4 und 6 AsylbLG). Die Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen durch Behörden führt zu zeitlichen Verzögerungen und organisatorischen Hürden. Darüber hinaus stellen Sprachbarrieren ein zentrales Hindernis dar (Frank, Yesil-Jürgens, & Razum, 2017). Ausreichende Sprachkenntnisse sind notwendig, um Informationen über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten zu verstehen, ärztliche Angebote zu nutzen und eigenverantwortlich mit Diagnosen und Therapieempfehlungen umzugehen. Sie bilden außerdem eine wichtige Grundlage für Vertrauen und eine funktionierende Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten gegenüber dem medizinischen Personal. Besonders im Bereich der Psychotherapie ist eine Behandlung ohne geeignete sprachliche Unterstützung in der Regel kaum möglich (Frank, Yesil-Jürgens, & Razum, 2017; Mösko, 2020). Entsprechende Leistungen für Dolmetschende sind nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen enthalten (Ärztekammer Berlin, 2025).

Daten und Fakten: In Erfurt sind 11.504 Personen zum Stichtag 31.12.2024 im humanitären Aufenthalt registriert (Landeshauptstadt Erfurt, Büro für Migration und Integration/Integrationsmanagement, 2025). Diese Personen haben einen Schutzgrund und sind aufgrund der humanitären Lage in ihrem Herkunftsland geflüchtet. Ihr Zugang zum Gesundheitssystem ist den anderen Versicherten gleichgestellt und sie haben Anspruch auf dieselben Gesundheitsleistungen (s. § 5 SGB V).

Weiterhin leben 1.188 Personen nach dem AsylbLG, von denen 845 Personen nach § 3 AsylbLG Grundleistungen und 343 Analogleistungen nach § 2 AsylbLG erhalten. Die Grundleistungen beinhalten nur die Akut- und Schmerzbehandlung und Behandlungen, die für die Gesundheit unerlässlich sind (§ 4 AsylbLG). Beispielsweise psychotherapeutische Behandlungen sind hier kaum möglich. Gemäß § 264 Abs. 1 SGB V erfolgt eine Behandlung über die Krankenkasse nur dann, wenn die Kostenübernahme gesichert ist. Für den Bereich der Stadt Erfurt übernimmt das Amt für Soziales diese *„vollen Aufwendungen für den Einzelfall“* nach Maßgabe der Bundesrahmenempfehlung (§ 264 Abs. 1 Satz5, 6 SGB V). Voraussetzung für die Kostenerstattung an die Krankenkasse ist jedoch, dass die Übernahme vor Beginn jeder Behandlung beim Amt für Soziales beantragt wird. Der mögliche Leistungsumfang ist analog zu den regulären Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, wie im SGB II und SGB XII benannt (lt. § 264 Abs. 2 SGB V).

In Erfurt gibt es zwei Einrichtungen, die Ihren Fokus u.a. auf geflüchtete Menschen mit psychischen Störungen haben.

- Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete und Überlebende von Folter (REFUGIO Thüringen e.V.)
- Psychosoziale Beratung und Unterstützung für Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung – (IPSO Thüringen)

Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete und Überlebende von Folter – REFUGIO Thüringen

Anhand von Angaben des Vereins refugio thüringen e.V. wird im Folgenden das Angebot beschrieben (refugio thüringen e.V., 2026).

Der gemeinnützige Verein refugio thüringen e.V. betreibt u.a. seit dem Jahr 2006 in Erfurt das Psychosoziale Zentrum (PSZ) für Geflüchtete und Überlebende von Folter REFUGIO Thüringen. Es handelt sich um ein auf geflüchtete Personen spezialisiertes therapeutisches Angebot für Thüringen. Das ganzheitliche Konzept umfasst das enge Zusammenwirken verschiedener Formen von Therapie (Psycho-, Kunst-, Musik- und Körpertherapie) und Sozialberatung mit Fokus auf Asyl und Aufenthalt. In der Regel erfolgen Therapie und Beratung mit Unterstützung durch geschulte kultursensible Sprachmittlerinnen und Sprachmittler. Der Verein verfügt über einen Pool an rund 100 Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern für mehr als 30 Sprachen. Die Angebote des Zentrums richten sich an geflüchtete Kinder, Jugendliche und Erwachsene unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus.

Die Besucherinnen und Besucher des Psychosozialen Zentrums (PSZ) sind zumeist Überlebende von Folter, Krieg, Verfolgung, Inhaftierung und (sexualisierter) Gewalt. Sie suchen im Zentrum Schutz, Sicherheit, Hilfe sowie spezialisierte Beratung. Rückmeldung des Vereins ist, dass sich viele geflüchtete Menschen mit ihren psychischen Belastungen, Traumafolgestörungen und Krisen allein gelassen sehen. Erschwerend kommt hinzu, dass viele der Personen in einem zunehmenden Maße von rassistischen oder anderweitig diskriminierenden Vorfällen betroffen und / oder teils von Abschiebungen bedroht sind. Refugio thüringen e.V. merkt an, dass der Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung, insbesondere im Bereich Psychotherapie, vielen geflüchteten Menschen jedoch aufgrund von Kapazitätsgrenzen im Behandlungssystem sowie Problemen in der Kostenübernahme von Sprachmittlung versperrt bleibt. Aus diesen Gründen hat sich die Einrichtung darauf spezialisiert.

Neben Therapie und Beratung engagieren sich die Mitarbeitenden auch in der Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung mit relevanten Erfurter Akteuren (bspw. im GPV Erfurt), um die Thüringer Bevölkerung sowie politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger kontinuierlich auf das Schicksal von verfolgten und geflüchteten Menschen sowie auf die Besonderheiten psychisch belasteter geflüchteter Menschen aufmerksam zu machen. Durch themenspezifische Schulungen von insbesondere Fachkräften, Behörden und ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe engagierten Personen werden diese für die Arbeit mit psychisch belasteten geflüchteten Menschen sensibilisiert und befähigt.

Die PSZ-Arbeit wird fast ausschließlich über öffentliche (u.a. Europäische Fondgelder und Landesmittel) und private Fördermittel finanziert. Während sich die Zahl der Schutzsuchenden in Thüringen zwischen den Jahren 2020 und 2024 mehr als verdoppelt hat, haben sich die Landeszuwendungen an REFUGIO Thüringen hingegen im selben Zeitraum um 3,6 Prozent erhöht. Es ist gelungen, ein Team zur therapeutischen und sozialpädagogischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien aufzubauen. Die EU-Mittel machten in den Jahren 2023 – 2025 rund 70 Prozent des Budgets von refugio thuringen e.V. aus und hatten somit einen großen Anteil daran, dass bei refugio

thüringen e.V. an den Standorten in Jena, Erfurt, Nordhausen und Suhl zuletzt mehr als 600 Klientinnen und Klienten pro Jahr versorgt werden konnten.

Durch eine Reduktion von Europäischen Fördermitteln durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zum Jahresende 2025 reduzierte sich die EU-Förderung für refugio thüringen e.V. In der Folge konnte die Hälfte des Personals im Psychosozialen Zentrum (PSZ) in Erfurt nicht weiterbeschäftigt werden. Das führte zu einer Reduzierung der Gesamtkapazität der Einrichtung. Der Standort Suhl wurde im Jahr 2026 ganz geschlossen. Aufgrund der veränderten personellen Ressourcen wurden laufende Therapie- und Beratungsprozesse vorzeitig beendet. Eine Übernahme dieser Fälle durch medizinische und therapeutische Praxen, insbesondere durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten, war aufgrund bestehender Kapazitätsgrenzen und struktureller Zugangsvoraussetzungen für den Großteil der betroffenen Personen nicht vollumfänglich möglich, was in einzelnen Fällen zu gesundheitlichen Rückfällen führte. Aufgrund der eingeschränkten personellen Kapazitäten konnten seit Beginn des Jahres 2026 nur wenige Neuzugänge aufgenommen werden, sodass sich die Wartezeiten für Ersttermine und Aufnahmen verlängerten. Im April 2026 befanden sich rund 100 Personen in laufender Behandlung.

Langjährig konnte refugio thüringen e.V. mit der Regelschule „Thomas Mann“ ein spezifisches Angebot für die vulnerable Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Fluchterfahrung durchführen. In der Regelschule „Thomas Mann“ lernen derzeit 299 Kinder aus 25 Nationen (Thomas Mann Schule, 2026). Das Projekt kann bis Ende des Jahres 2026 fortgeführt werden (refugio thüringen e.V., 2026).

Psychosoziale Beratung und Unterstützung für Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung - IPSO Thüringen

Das Projekt von IPSO (International Psychosocial Organisation) unterstützt mit psychosozialer Beratung Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung (IPSO Thüringen, 2026). Gefördert wird das Projekt seit dem Jahr 2016 bis Dezember 2026 durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie. Angeboten wird muttersprachliche psychosoziale Beratung aller geflüchteten Menschen, Migrantinnen und Migranten in Thüringen in den Sprachen Arabisch, Dari/Farsi/Paschtu, Russisch und Tigrinya/Amharisch, sowie seit dem Jahr 2026 Ukrainisch und Türkisch. Zusätzlich sind bei der Online-Beratung 13 weitere Sprachen im Angebot.

Ziele sind die Stabilisierung in Krisen- und Stresssituationen, Erhöhung der Selbstsorge, Verhinderung der Chronifizierung psychischer Symptomatik, Vorbeugung von Radikalisierungstendenzen sowie die Förderung der Integration der Personen in die Zivilgesellschaft und den Arbeitsmarkt.

Im Angebot hat IPSO verschiedene Hilfeformate: muttersprachliche psychosoziale Online-Beratung, Vor-Ort-Beratung, Gruppenangebote sowie Care-Points (in Landkreisen und kreisfreien Städten zur thüringenweiten Versorgung). Das Angebot ist nicht mit einer psychotherapeutischen Behandlung vergleichbar, da keine ausgebildeten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tätig sind.

Die Anzahl der psychosozialen Beratungsgespräche in Erfurt, die aber auch von Personen aus umliegenden Landkreisen und Städten in Anspruch genommen werden können, liegt für das Jahr 2025 bei 1.384. Online wurden 610 Beratungsgespräche geführt. Da IPSO keinen Wohnort der beratenen Personen dokumentiert, lässt sich nicht filtern, wieviel Einwohnerinnen und Einwohner es betrifft (IPSO Thüringen, 2026).

Um das psychosoziale Beratungsangebot bekannter zu machen, werden verschiedene Maßnahmen zur Sensibilisierung umgesetzt. Dazu gehören die Informationsvermittlung in den Communities – beispielsweise im Rahmen von Veranstaltungen und über soziale Medien – sowie psychoedukative Einzel- und Gruppenangebote. Auch in diesem Bereich verzeichnete IPSO im Jahr 2025 mit 1.112 Aktivitäten eine hohe Resonanz. Analog zu den psychosozialen Beratungsgesprächen lässt sich auch hier nicht exakt bestimmen, wie viele Teilnehmende aus Erfurt daran teilnahmen (IPSO Thüringen, 2026).

Zu beachten ist, dass diese Angaben nur bedingt aussagekräftig sind, da beispielsweise Unterstützungsangebote anderer Träger in Gemeinschaftsunterkünften nicht berücksichtigt werden konnten.

Zusammenfassung Kapitel 8.3 „Geflüchtete Menschen“: In Erfurt lebende geflüchtete Menschen bilden eine stark heterogene Gruppe. Aufgrund Ihrer Fluchterlebnisse und aktuellen Lebenssituation sind sie körperlich wie psychisch stärker belastet, was ihr Risiko für psychische Erkrankungen erhöht. Der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung ist, wie beschrieben, erschwert. Dies führt bei den betroffenen Personen oft zu einem Gefühl der Hilflosigkeit. In Erfurt bieten zwei voneinander unabhängige soziale Einrichtungen psychotherapeutische sowie psychosoziale Unterstützung für geflüchtete Personen an. Die finanzielle Förderung ist bei beiden Angeboten bis zum Jahresende 2026 befristet. Bei einem der Träger wurde die finanzielle Förderung im Vergleich zu den Vorjahren um die Hälfte reduziert.

8.4 Wohnungslose und obdachlose Menschen

Erläuterung: Personen ohne jegliche Unterkunft, die auf der Straße, in Parks, Bahnhöfen oder provisorischen Behelfsunterkünften leben, gelten als obdachlos. Als wohnungslos werden Menschen bezeichnet, die zwar nicht auf der Straße leben, jedoch keine eigene gesicherte Wohnung haben – etwa weil sie vorübergehend bei anderen unterkommen, in Notunterkünften oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leben oder sich in Wohnverhältnissen befinden, die akut vom Verlust bedroht oder unzumutbar sind, beispielsweise aufgrund baulicher Mängel, Überbelegung oder fehlender Heizung.

Sowohl Obdachlosigkeit als auch Wohnungslosigkeit stellen einen tiefgreifenden Einschnitt in die Lebensführung der Betroffenen dar und gehen häufig mit einem erheblichen gesellschaftlichen Ansehensverlust einher. Zudem ist diese Personengruppe besonders gefährdet, psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen zu entwickeln oder bereits davon betroffen zu sein (Landeshaupstadt Erfurt, 2026).

Die Darstellung der Situation wohnungs- und obdachloser Menschen berücksichtigt ausschließlich die Rückmeldungen aus dem Bereich Erwachsenen-Streetwork der Suchtberatungsstellen. Der Aktionsplan „Wohnungslosigkeit“ ist derzeit in der Erarbeitung

und Abstimmung. In diesem Zusammenhang wird zukünftig eine breitere Datenbasis zur Verfügung stehen.

Die Stadtverwaltung Erfurt bietet in Zusammenarbeit mit Trägern betroffenen Bürgerinnen und Bürgern folgende Unterbringungsmöglichkeiten an:

- Haus Zuflucht mit Wohnbereich für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, Notschlafstelle und Kontaktcafé
- Unterkunft wohnungsloser Frauen und Frauen mit Kindern, spezifisches Angebot für Frauen und deren Kinder
- Übergangswohnhäuser für wohnungslose Familien
- Sucht- und Drogenberatungsstelle Knackpunkt mit Notschlafstelle und Drogenkontaktcafé
- Frauenhaus, Schutz und Unterkunft für Frauen in Notlagen (Landeshauptstadt Erfurt, 2026).

Vor diesem Hintergrund gewinnt auch die aufsuchende Soziale Arbeit zunehmend an Bedeutung. In Erfurt verlagern Fachkräfte des Erwachsenen-Streetwork ihre Tätigkeit gezielt in die Lebenswelten und Sozialräume von Menschen mit psychischen Belastungen oder in prekären Lebenslagen. Die Arbeit der Streetworker umfasst dabei mehrere zentrale Elemente: Sie leisten aufsuchende Unterstützung direkt im Lebensumfeld der Betroffenen. Es gibt wöchentliche Versorgungsrunden mit dem Lastenrad, Verteilung von Hygieneartikeln, Lebensmitteln, Kaffee oder Tee. Sie schaffen Treffpunkte für Begegnung und sozialen Austausch und bieten Beratung sowie Begleitung bei persönlichen, gesundheitlichen, sozialen und behördlichen Anliegen an. Ergänzt wird dies durch regelmäßige Sprechzeiten in Kontaktstellen, die eine kontinuierliche Erreichbarkeit und individuelle Hilfegespräche ermöglichen. Für Menschen in schwierigen Lebenssituationen werden niedrigschwellige Zugänge geschaffen, etwa durch direkte Ansprache im öffentlichen Raum und begleitende Unterstützung. Ziel ist es, frühzeitig Hilfen anzubieten, soziale Isolation zu vermeiden und Perspektiven für eine Stabilisierung der Lebensverhältnisse zu eröffnen.

Ein zentrales Angebot stellt das BERTHA-Projekt dar. Es richtet sich an wohnungslose Menschen ebenso wie an Personen, die akut von Wohnungslosigkeit bedroht sind – unabhängig von Alter oder Lebenssituation. Das Projekt bietet Möglichkeiten zur Grundversorgung (z. B. Hygiene, Kleidung, Verpflegung), ermöglicht soziale Kontakte und Austausch und bietet individuelle Beratung, Begleitung sowie Vermittlung an weiterführende Hilfen. Durch gezielte Projektarbeit und Vernetzung trägt BERTHA dazu bei, Lebensperspektiven zu eröffnen und soziale Teilhabe zu fördern (Landeshauptstadt Erfurt, 2022).

Übergreifendes Ziel von Streetwork ist es, Kontakte zu Personen und Gruppen aufzubauen, die einrichtungsgebundene Angebote meiden oder durch diese nur schwer erreichbar sind (Gusy, 2026).

Die Streetworker in der Stadt Erfurt sind auf verschiedene Ämter, private Träger und Zuständigkeiten aufgeteilt. Das Jugend-Streetwork besteht aus vier Teams mit insgesamt zehn Fachkräften, die eng zusammenarbeiten (Landeshauptstadt Erfurt, Jugendamt, 2026).

Zwei Teams arbeiten in kommunaler und zwei in freier Trägerschaft. Weiterhin sind eine Stelle Streetwork für Erwachsene im Amt für Soziales und zwei halbe Stellen im Bereich der Erfurter Suchtberatungsstellen verankert.

Daten und Fakten: Die Datenlage für obdach- und wohnungslose Menschen ist insgesamt schwierig zu erfassen. Für diesen Bericht wurden die Daten des Erfurter Erwachsenen-Streetworks der freien Träger aus den Jahren 2022 bis 2024 ausgewertet: Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die hier dokumentierte Anzahl an wohnungs- und obdachlosen Erfurterinnen und Erfurtern im Zeitverlauf von 2022 bis 2024 abnimmt und in 2025 deutlich ansteigt (2022: n=297; 2023: n=238; 2024: n=109; 2025: n=85). Temporäre Kapazitätsengpässe führten ab dem Jahr 2023 zu sinkenden Zahlen, was in organisatorischen Gründen seine Ursache hat. Ab Ende des Jahres 2025 konnte mit einem erweiterten Team im Erwachsenen-Streetwork neue Schwerpunkte (beispielsweise Neuorganisation der Touren, Veränderung der Einsatzzeiten, Nutzung von Synergieeffekten) gesetzt werden, was sich in den Zahlen bis 2025 noch nicht niederschlägt.

Die Analyse der Altersstruktur aus dem Jahr 2024 (s. Abbildung 48) zeigt, dass die vom Streetwork betreuten Personen überwiegend im mittleren Erwachsenenalter sind. Im Jahr 2024 lag der Schwerpunkt mit 81 Prozent in der Altersgruppe zwischen 28 und 59 Jahren.

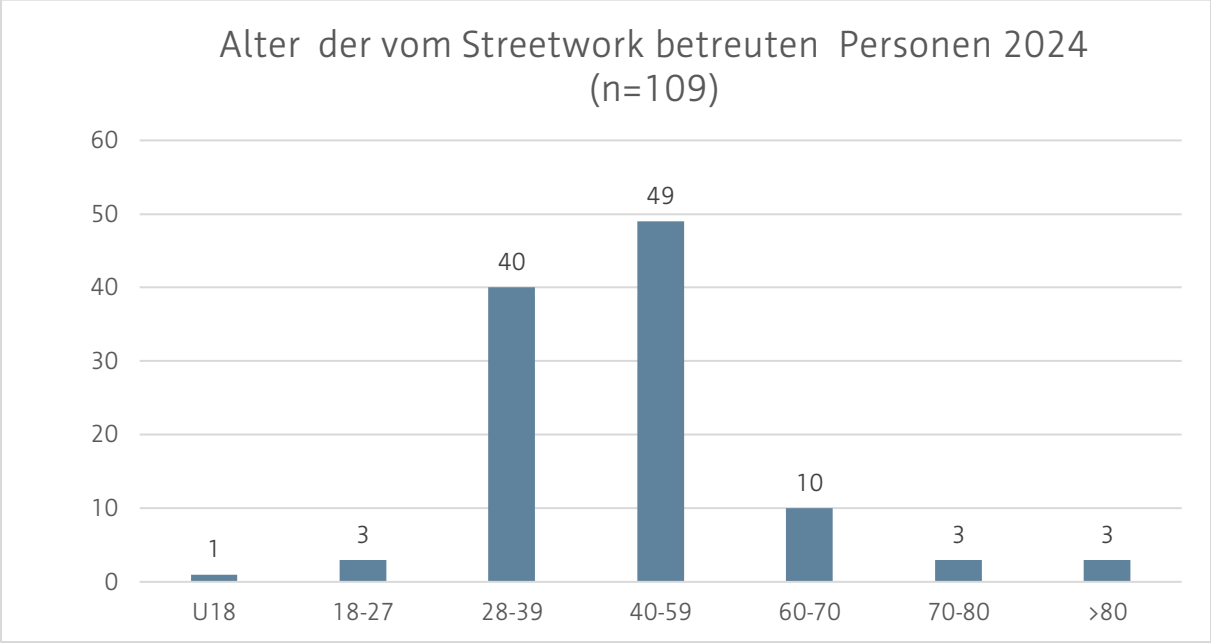


Abbildung 48: Altersverteilung betreuter Personen in 2024 vom Erfurter Erwachsenen-Streetwork. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, 2024

Die Geschlechterverteilung zeigt über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg ein stabiles Muster (s. Tabelle 20). Männer werden durchgängig häufiger vom Streetwork betreut. Personen mit dem Geschlechtseintrag divers sind in allen Jahren nur in sehr geringer Zahl vertreten. Dieses Muster entspricht auch den Ergebnissen der Erfurter Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie vom Katholischen Krankenhaus, die ebenfalls eine deutliche Dominanz männlicher wohnungsloser Patienten im Verhältnis von etwa 4:1 feststellen, sowie einen Altersschwerpunkt zwischen 30 und 45 Jahren bei 80 erfassten

wohnungslosen Personen aus Erfurt 2023 (Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt, 2023). Die BAG Wohnungslosenhilfe e.V. spricht in dem Zusammenhang von „unsichtbaren Frauen“. Öffentlichkeit und Hilfesystem nehmen wohnungslose Frauen weniger oft wahr, da sie andere Bewältigungsmechanismen als Männer nutzen. Hierzu gehört unter anderem die Rückkehr in von Konflikten und Gewalt geprägte Partnerschaften sowie das Eingehen von Zweckgemeinschaften, was oft mit (sexualisierter) Gewalt einhergeht. Zudem sind betroffene Frauen oft im Beisein von Kindern, was die Dringlichkeit und Tragweite von Hilfeangeboten nochmals unterstreicht (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2019).

Tabelle 20: Geschlecht der durch Streetwork betreuten Personen 2022 bis 2024. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, 2026

2022 (n=297)		2023 (n=238)		2024 (n=109)		2025 (n=85)	
Männer:	225	Männer:	179	Männer:	85	Männer:	64
Frauen:	68	Frauen:	57	Frauen:	23	Frauen:	21
Divers:	4	Divers:	2	Divers:	1		

Tabelle 20 zeigt über alle vier Jahre hinweg, dass Männer mit einem konstanten Anteil von rund 75 bis 78 Prozent die deutliche Mehrheit der betreuten Personen bilden. Im Jahr 2025 wurden keine diversen Personen registriert. Wie bereits weiter oben benannt, sollte aufgrund organisatorischer und personeller Kapazitätsengpässe im Bereich Erwachsenen-Streetwork nicht davon ausgegangen werden, dass es in der Zeit zu einer sinkenden Anzahl von obdach- und wohnungslosen Personen gekommen ist. Es zeigt vielmehr, dass der Bereich des Erwachsenen-Streetwork so aufgestellt werden sollte, dass der Tätigkeit vollumfänglich nachgekommen werden kann.

In
Abbildung 49 wird der Wohnstatus der Personen für die Jahre 2022 bis 2024 dargestellt. Es zeigt sich u.a., dass informelle Unterstützungsnetzwerke – etwa bei Freunden oder Familie –zunächst häufiger genutzt werden. Diese sind jedoch meist nicht dauerhaft tragfähig. Gleichzeitig erreichen Notunterkünfte nicht alle Betroffenen oder werden aus unterschiedlichen Gründen nicht in Anspruch genommen.

Die deutlichen Schwankungen in den verschiedenen Erfassungsbereichen zwischen den Jahren 2023 und 2024 verdeutlichen eine grundlegende Kernproblematik in der Arbeit mit wohnungslosen Menschen. Dazu gehört kontinuierliche Ansprechbarkeit und verlässliche Beziehungsarbeit zwischen Fachkräften und den betreuten Personen. Um nachhaltiges Wissen über Hilfsangebote an Personen zu vermitteln und das notwendige Vertrauen zu ihnen aufzubauen, ist eine dauerhafte und zeitlich verlässliche Präsenz der Angebote und Fachkräfte zwingend erforderlich (Landeshauptstadt Erfurt, 2024).

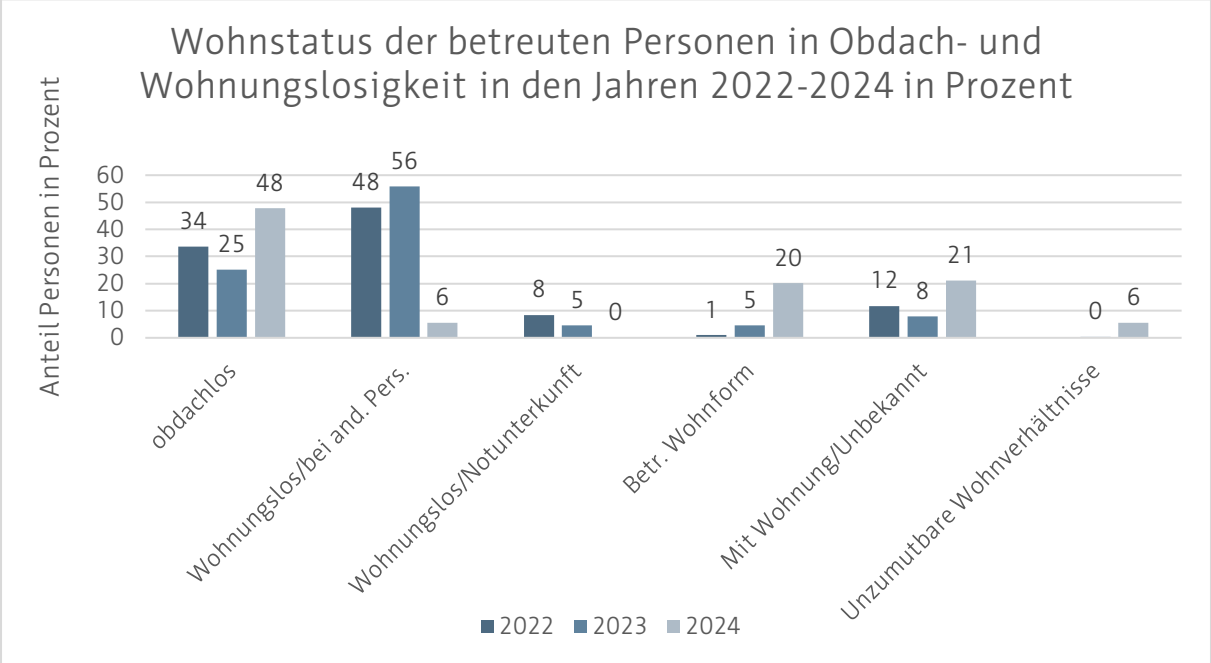


Abbildung 49: Wohnstatus der betreuten Personen in Obdachlosigkeit in den Jahren 2022 – 2024 in Prozent der Erwachsenenstreetworker. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, 2024

Die in Tabelle 20 benannten jährlichen Gesamtzahlen an dokumentierten Betreuungsfällen 2022 (n=297), 2023 (n=238) und 2024 (n=109) werden für die Abbildung **49** zugrunde gelegt.

Ein zentrales Ergebnis aus den vorliegenden Daten zu Personen in Obdach- oder Wohnungslosigkeit (s. Abbildung 50) betrifft den Suchtmittelkonsum. Alkohol stellt in allen Jahren die häufigste Problematik dar, zeigt jedoch sowohl absolut als auch prozentual einen Rückgang. Gleichzeitig bleibt der Konsum von Crystal Meth auffällig hoch und gehört weiterhin zu den häufigsten Substanzen. Der Anteil von Mehrfachkonsum nimmt prozentual zu, was auf komplexere Problemlagen hindeutet. Andere Abhängigkeiten (z. B. Essstörungen oder nicht-substanzgebundene Süchte) spielen zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle. Insgesamt liegt die Suchtbelastung deutlich über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung: Während Alkoholabhängigkeit dort bei etwa 2–3 Prozent (Bundesministerium für Gesundheit, 2026) liegt, sind im Jahr 2024 nahezu 48 Prozent der vom Streetwork betreuten Personen in Erfurt betroffen (Landeshauptstadt Erfurt, 2024). Die enge Verknüpfung von Wohnungslosigkeit, Sucht und gesundheitlicher Belastung wird dadurch deutlich.

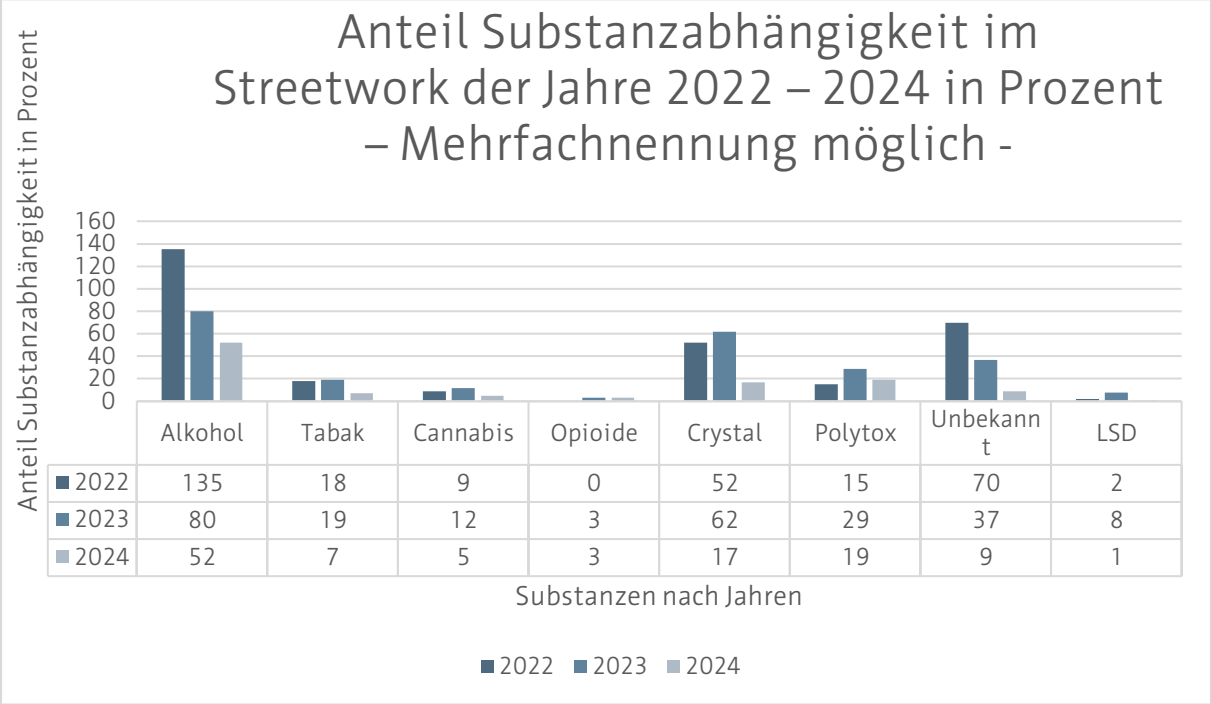


Abbildung 50: Anteil Substanzabhängigkeit im Streetwork der Jahre 2022 – 2024 in Prozent; Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, 2024

Die in Tabelle 20 benannten jährlichen Gesamtzahlen an dokumentierten Betreuungsfällen 2022 (n=297), 2023 (n=238) und 2024 (n=109) werden für die Abbildung 50 zugrunde gelegt.

Statistisch wurden durch das Streetwork weitere Substanzabhängigkeiten dokumentiert. Abhängigkeiten, die über die in Abbildung 50 dargestellten Formen hinausgehen, bleiben unberücksichtigt, da sie nur eine geringe Fallzahl aufweisen.

Die Ergebnisse der eigenen Evaluation des Versorgungsnetzes ergänzen diese Daten. An der „Evaluation Versorgungsnetz“ haben sechs Fachpersonen aus Erwachsenen- sowie Jugend-Streetwork teilgenommen und vier die Fragen beantwortet. Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt werden.

Hervorgehoben wird die „verdeckte Wohnungslosigkeit“, vor allem bei jungen Menschen, die sich vorübergehend bei Freunden, in leerstehenden Gebäuden oder anderen provisorischen Unterkünften aufhalten und dadurch schwer erreichbar bleiben. Eine Fachkraft beschreibt herausfordernde Zugangswege zu jungen Menschen durch verdeckte Wohnungslosigkeit. *„[Es] ist zu erkennen, dass [sich] die jungen Menschen/Jugendlichen, die ich bisher betreut habe, an Orten aufhalten, die sich anbieten, z.B. leerstehende Häuser, Gartenlauben, bei Freunden/Bekannte, Garageneingänge sowie unter Balkonen“* (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025). Fachkräfte benennen als typische Aufenthaltsorte wohnungsloser Personen in Erfurt vier zentrale Bereiche: das soziale Umfeld (verdeckte Wohnungslosigkeit bei Freunden oder Verwandten), die Innenstadt, Randgebiete der Innenstadt sowie nicht bekannte Aufenthaltsorte. Räumlich konzentriert sich die Streetwork-Arbeit der teilnehmenden Fachkräfte vor allem auf die Innenstadt sowie auf Nord, Süd und Südost.

Die aus Sicht der Streetworkerinnen und Streetworker beschriebenen Problemlagen von obdachlosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen sind meist vielschichtig und miteinander verknüpft. Im Vordergrund stehen familiäre Belastungen, Suchterkrankungen und psychische Beeinträchtigungen. Hinzu kommen finanzielle Schwierigkeiten, Schulden sowie Überforderungen im Umgang mit Ämtern und Behörden. Gesundheitliche Einschränkungen verschärfen die Situation zusätzlich und mindern die Chancen auf Stabilisierung. Besonders häufig werden Suchterkrankungen als zentrales Problem genannt.

Gleichzeitig zeigt die Evaluation vielfältige Herausforderungen in der praktischen Streetwork-Arbeit auf. Viele Betroffene – insbesondere junge Menschen – nehmen aus Sicht der Fachkräfte Hilfsangebote nur unregelmäßig wahr oder verharren in instabilen Lebenslagen. Darüber hinaus erschweren fehlende Notschlafstellen und Wohnalternativen den Zugang zu sicheren Lebensräumen und machen eine längerfristige Begleitung notwendig. Weitere Herausforderungen liegen in finanziellen Problemlagen und der sozialen Benachteiligung vieler junger Menschen, die häufig mit (drohender) Wohnungslosigkeit einhergeht. Sprachbarrieren stellen insbesondere bei jungen Menschen mit Flucht- oder Migrationserfahrung eine zusätzliche Erschwernis in der Kommunikation und Vermittlung von Hilfen dar (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025).

Zusammenfassung Kapitel 8.4 „Wohnungslose und obdachlose Menschen“: Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit in Erfurt ein komplexes und anhaltendes Problem darstellen, das eng mit gesundheitlichen und sozialen Belastungslagen verbunden ist. Streetwork übernimmt hierbei eine zentrale Funktion, indem sie niedrigschwellige Zugänge schafft, kontinuierliche Beziehungsarbeit leistet und zwischen individuellen Hilfen und verfügbaren Angeboten vermittelt. Trotz dokumentierter Fallzahlen vom Streetwork, die organisatorisch begründbar sind, bleibt der Unterstützungsbedarf für die auf der Straße lebenden Menschen hoch. Positiv anzumerken ist die Situation, dass Ende 2025 von der Stadtverwaltung Erfurt eine weitere Streetworkstelle für Erwachsene geschaffen wurde. Deren statistische Auswirkungen werden erst 2027 sichtbar sein, doch erste Sachberichte der Beratungsstellen zeigen bereits für 2026, dass die personelle Erweiterung neben einer konzeptionellen Weiterentwicklung auch neue Ressourcen erschlossen hat. Es steht zu erwarten, dass dadurch künftig mehr obdach- und wohnungslose Personen erreicht, beraten und betreut werden können.

Um die Perspektive von Akteuren von großer Bandbreite in den Psychiatriebericht einzubinden, wurde eine eigene Evaluation durchgeführt. Diese Ergebnisse werden im Kapitel 9 vorgestellt. Darin finden sich von über 100 lokalen Akteuren komprimierte Rückmeldungen, die eine fundierte Bilanzierung unter anderem der aktuellen Versorgungssituation, der behördlichen Kommunikation sowie der Belastungssituation des Fachpersonals bieten. Der Bericht schließt mit einem Überblick über konkrete Wünsche und strategische Anregungen des Netzwerks im Kapitel 10, die von der Intensivierung der Kooperation über die Wohnraumbeschaffung bis hin zur Absicherung bestehender Projekte reichen.

9 Herausforderungen für das Versorgungsnetz

Für die Evaluation des Versorgungsnetzes wurden nahezu alle Bereiche der gemeindepsychiatrischen Versorgung gebeten, ihre aktuellen Herausforderungen zu benennen. Dieses Kapitel fasst die gesammelten Rückmeldungen übersichtlich zusammen. Mithilfe von Clustern wurden die Zitate Oberbegriffen zugeordnet, sodass die Kernprobleme von Leistungserbringern und Selbsthilfeakteuren komprimiert sichtbar werden. Eine zusammenfassende Gegenüberstellung von Infrastruktur und Verbesserungspotenzialen im Versorgungsnetz bietet das Kapitel 12 „Zusammenfassung und Ausblick".

Bereich	Herausforderungen	Zitate
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie (HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 2026) im Kapitel 7.1.2	Überlastung der medizinischen und therapeutischen Versorgung im stationären sowie ambulanten Kontext	*„Wir sehen weiterhin eine starke, weiter steigende Inanspruchnahme unserer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich in Wartelisten für elektive Aufnahmen und häufigeren Notzugängen widerspiegelt. Entsprechend ist auch die Inanspruchnahme im ambulanten Bereich (Kinder- und Jugendpsychiater:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen) sehr stark gestiegen."*
	Krise Jugendhilfe und komplementärer Angebote	*„Gleichzeitig sehen wir durch finanzielle Zwänge und zunehmenden Fachkräftemangel in der Jugendhilfe (SGB VIII) eine qualitative und quantitative Verschlechterung der für unsere Patienten komplementären Angebote."*
	Zunahme von Schulabsentismus	*„Die Häufigkeit des Phänomens „Schulabsentismus" (Kinder und Jugendliche, die aus unterschiedlichen Gründen über Monate der Schule fernbleiben) hat stark zugenommen."*
Stationäre Erwachsenenpsychiatrie (Katholisches Krankenhaus St. Johann	Ambulante Versorgungslücken und standardisierte Übergänge	*„Eine wesentliche strukturelle Herausforderung ist aus unserer Sicht die unzureichende ambulante psychiatrische und*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
Nepomuk Erfurt, 2026) im Kapitel 7.1.2		*psychotherapeutische Versorgung. Gerade nach einer stationären Behandlung ist eine zeitnahe und verlässliche Weiterbehandlung häufig nur schwer sicherzustellen. Lange Wartezeiten führen dazu, dass Versorgungslücken entstehen und teilweise auch stationäre Aufenthalte verlängert werden."* *„... sowie die teilweise schwierigen Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung. Insgesamt brauchen wir stärker vernetzte und flexiblere Versorgungsstrukturen, damit Patientinnen und Patienten möglichst kontinuierlich behandelt werden können."*
	Fehlen von kultursensiblen Angeboten	*„Eine weitere Herausforderung sehen wir in der interkulturellen psychiatrischen Versorgung. Dabei geht es nicht nur um Sprachbarrieren und den Zugang zu Dolmetschenden. Auch kulturell unterschiedliche Vorstellungen von psychischer Erkrankung, Krankheitsursachen, Behandlung und familiären Rollen müssen in Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden. Hier bestehen teilweise noch Unsicherheiten und es fehlen ausreichend spezialisierte bzw. kultursensible Angebote."*
	Fachkräftemangel	*„Hinzu kommen der Fachkräftemangel, insbesondere im ärztlichen Bereich..."*
Stationäre Erwachsenenpsychiatrie (HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Psychiatrie,	Fachkräftemangel und Einhaltung von Mindestvorgaben für die Behandlung	*„Strukturellen Bewerbermangel für die Weiterbildung zum*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
Psychotherapie und Psychosomatik, 2026) im Kapitel 7.1.2		*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“* *„gleichzeitig: Umsetzung von Vorgaben der PPP-RL in allen Berufsgruppen“*
Häusliche psychiatrische Hauskrankenpflege (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.1.3.1	Leistungseinschränkung durch Krankenkassen und vorurteilsbehaftete Haltungen einzelner Institutionen	*„Kostenabsagen seitens der Krankenkasse/ oft Kürzungen seitens der Krankenkasse (obwohl der Klient 6 Monate noch nicht ausgeschöpft und noch dringend auf weitere Unterstützung angewiesen* [sic]“ *„Verlässlichkeit der Klienten/ teilweise Minderzeiten durch zu kurzfristige Terminabsagen“* *„viele Klienten werden häufig sehr Vorurteil behaftet behandelt/ betrachtet und das von allen Institutionen“* *„Ablehnung bei sehr vielen Institutionen aufgrund psych. Erkrankung“* *„durch die schwere* [sic] *der Erkrankung (Chronifizierung) ist es oft schwierig, die Klienten nach Verordnungsende (4.Monate) allein zu lassen, viele Institutionen haben eine Bearbeitungszeit von über 6 Monaten, es* [ist] *kaum schaffbar möglichst viele Ziele in der kurzen Verordnungszeit zu erreichen“*
Selbsthilfe (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.2.1	Zunahme der Schwere psychischer Störungen als auch Verwahrlosungstendenzen innerhalb der Zielgruppe	*„Verwahrlosung, Krankheitseinsicht, manipulatives Verhalten“*
	Ehrenamt an der Grenze	*„Ehrenamt kann viel bewirken, aber auch hier sind Grenzen gesetzt“*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
		„durch die Zunahme der Beratungen und Hilfestellungen benötigen wir dringend personelle Unterstützung“ *„Fehlende ehrenamtliche Begleitung“*
	Ambulante gemeindepsychiatrische Versorgungslücken	*„fehlende Fachärzte“* *„fehlende oder unzureichende Fachärzte“* *„Krisensituationen sind unzureichend abgedeckt (7/24)“* *„herausforderndes Verhalten bei Krisenintervention durch Psychose“*
	Stigmatisierung von psychischer Erkrankung und mangelndes Verständnis bei Behörden	*„mangelndes Verständnis bei Behörden und Hilfsorganisationen für das Krankheitsbild Schizophrenie“* *„mangelnde Akzeptanz in der Öffentlichkeit“* *„Stigmatisierung der betroffenen Familien, anfängliche Scheu bei der Offenlegung von bestehenden Problemen in den Familien“*
Beratungsstellen (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.3	Wohnraumknappheit	*„Knapper Wohnraum in Erfurt und Diskriminierung von jungen Menschen + Transferleistungsempfänger_innen auf dem Erfurter Wohnungsmarkt“* *„zunehmende Wohnungsnot“* *„Mangel an nutzbarem Wohnraum“* *„Wohnungsnot“* *„zunehmende Wohnungsnot“* *„Gravierende Wohnraumknappheit“*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
	Ambulante gemeindepsychiatrische Versorgungslücken	*„erschwerte Vermittlungsmöglichkeiten zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapeuten sowie Institutsambulanzen –> Möglichkeiten der Vor- und Nachsorge nach ThürPsychKG zur Vermeidung von Unterbringungen sind eingeschränkt“* *„Ursachen von psychischen Erkrankungen müssen ganzheitlich betrachtet werden“* *„Hilfsmaßnahmen sollten dementsprechend auch ganzheitlicher Natur sein, Ganzheitlichkeit sozialarbeiterischer Intervention bei der Hilfe von psychisch kranker Menschen, ist nur bedingt möglich.* *Folgen:* *„Qualitätseinschränkungen und niedrigere Erfolgschancen installierter Hilfen,* *Zuspitzung auf immer wiederkehrende Krisenintervention und Erhöhung der Anzahl von Unterbringungen“* *„Psychische Problemlagen und lange Suche nach Therapieplatz / Facharzt für Psychatrie* [sic] *“* *„Fehlende Kapazitäten bei Fachärzten und Therapeuten“* *„fehlende Psychotherapieplätze,“* *„unzureichende medizinische Versorgung“* *„strukturelle Einschränkungen (fehlende Facharzttermine und Therapeutenplätze f. Klienten)“*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
		„Fachpersonal verweist zu selten auf die muttersprachliche Beratung von IPSO“ *„Grenze zwischen psychologischer Beratung und Psychotherapie nicht immer ganz einfach zu ziehen, insbesondere wenn schon mehrere Gespräche stattfanden, Bedarf hoch ist und Wartezeit für ambulante Therapie oder stationärer Aufenthalt sehr lange ist, keine Alternativen vorhanden sind“* *„zu wenig weiterführende Angebote“*
	belasteter Kontakt mit Behörden Nachholung Schulabschluss	*„teils oft schwierige Kommunikationswege bei Ämtern und Behörden; bürokratische Hürden“* *„Anerkennung von psychischen Erkrankungen im Kontext von EGH und Pflege, Mangel an Angeboten im Rahmen des SGB XI.“* *„unklare Leistungsansprüche“* *„Anerkennung von Leistungserbringern ohne Leistungsvereinbarung oder Kassenzulassung (Z.B. freiberufliche Motopäden, Heilpraktiker etc.)„* *„zu wenig Möglichkeiten, einen Hauptschulabschluss später nachzuholen, wenn Schule verlassen wurde“*
	Komplexe Problemlagen in Beratung	*„zunehmende Multimobidität* [sic] *“* *„zunehmende soziale Probleme“* *„Verschuldung der Klientel“* *„späte Inanspruchnahme der Hilfsangebote (im fortgeschrittenen Stadium der*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
		Erkrankung bei Betroffenen und Angehörigen)“ *„Schweregrad der psychischen Erkrankung“* *„herausfordernde Verhaltensweisen“* *„komplexe Problemlagen bei Klienten“* *„kurzfristige Absagen“* *„Meldeproblematik“*
	Stigmatisierung und eigene Hürden	*„Scham und innere und kulturelle Hürden von Klient:innen, bis sie das Beratungsangebot aufsuchen.“* *„Stigmatisierung von suchtkranken Menschen; wenig Personalkapazitäten für suchtpräventive Arbeit“*
	Belastungen für das Fachpersonal	*„flexible und sofortige Einstellung auf Bedürfnisse der Adressaten, Hilfskräfte und Fachkräfte sowie Angehörigen“* *„Emotionale Inanspruchnahme und Gefahr von sekundär Traumatisierung durch das Sehen und Erleben desolater Lebensumstände“* *„Infektionsgefahr bei Kontakt mit unbekannt infiziertem Klientel, desolate Wohnungszustände“* *„Zeitdruck mit hoher Arbeitsintensität (mehrere Anhörungen nacheinander in unterschiedlichen Kliniken)“* *„belastende Arbeitssituationen im Rahmen der Rufbereitschaftsdienste mit Nachtarbeit“* *„Grenze zu Sozialrechtlicher Beratung/ juristische Beratung*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
		schwierig, bzw. ab wann eher Rechtsanwalt [sic], *VdK oder Sozialverband, ggf. gesetzlicher Betreuer o.Ä. notwendig ist oder auch spezialisierte Einrichtung (wie Schuldenberatung) sinnvoller wäre -> nicht immer einfach die Grenze zu ziehen“* *„manchmal schwer vorhersehbarer Verlauf der Person - dadurch konkrete Planung der Unterstützung schwierig, viel Flexibilität notwendig“* *„Zunehmender Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen“*
Rehabilitationseinrichtungen (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5	Wohnraumknappheit	*„Wohnungssuche…“*
	belastete Behörden-kommunikation	*„lange Dauer der Bearbeitung von Anträgen“* *„Kompliziertes und je nach Leistungsträger unterschiedliches Antragsprozedere“* *„fehlende Barrierefreiheit von Anträgen/Bescheiden usw.“* *„Für den Zeitraum der Behandlung muss z. T. Grundsicherung beantragt werden, was sich sehr schwierig gestaltet, da Zuständigkeiten oft nicht klar. Ämter, Kommunen und Städte handeln unterschiedlich.“* *„Digitalisierung bei der Beantragung von Leistungen“* *„rechtliche Vorgaben durch Kammern / zuständige Stellen“* *„Finanzierung durch Kostenträger“*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
	Engpässe in der gemeinde-psychiatrischen Versorgung	*„… Suche von Nachsorgemöglichkeiten“* *„schwierige Arbeitsmarktsituation“* *„gesundheitliche Versorgungslage in Erfurt“*
Anderer Leistungsanbieter (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5.2.2	Mangelnde Zuweisung	*„noch schleppende Zuweisung (mangelnde Auslastung des Angebotes Anderer Leistungsanbieter im BBB und EV)“* *„Angebot als Alternative zur WfbM noch nicht etabliert„*
Wohnen (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5.3.1 - Betreutes Wohnen - besondere Wohnformen (ehemals stationär) - Assistenz - Personenzentrierte Komplexleistung	Komplexe Problemlagen betreuter Personen - Mehrfachdiagnosen, - Komorbiditäten (z. B. Doppeldiagnosen Sucht & Depression, Trauma), - steigender Betreuungsaufwand (z.B. Einsamkeit) und - akute Krisenlagen (z.B. „Suizidalität“)	*„Demographischer Wandel und damit immer ältere und pflegebedürftigere Klient:innen“* *„Bedarfe der Person mit psychischer Erkrankung zu komplex“* *„Suizidalität, Einsamkeit, Doppeldiagnosen (Sucht & Depression, Trauma, ADHS), Nachsorgende Einrichtung und trotzdem können Krisen und Rückfälle wieder eintreten mit Gewalt, hoher Dringlichkeit, hohem Zeitbedarf, fehlender Vorhersehbarkeit.“*
	Fachkräftemangel	*„Fachkräftemangel“* *„Demographischer Wandel und damit immer ältere und pflegebedürftigere Klient:innen, gleichzeitig pädagogisches aber kein medizinisches Personal“*
	Finanzielle Engpässe und Vorleistungen	*„trotz vorab mündlicher*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
	durch die Einrichtungen	*Kostenzusage der Kostenträger*[35] *oft lange Bearbeitungszeiten (bis zu 4 Monate) d.h. Vorleistung durch die Einrichtung für Lebensunterhalt, Miete usw, sowie Kosten für Medikamenten u.ä.“*
	Belastete Kommunikation zu Behörden und gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern	*„Dauer der Antragsbearbeitung bei den Sozialämtern bis hin zur Kostenübernahme“* *„trotz vorab mündlicher Kostenzusage der Kostenträger oft lange Bearbeitungszeiten (bis zu 4 Monate)* […] *“* *„schwierige Kommunikation zu Kostenträgern, Betreuern“* *„zeitweise unzureichende Mitwirkung der gesetzliche* [sic] *Betreuer“*
	Ambulante gemeinde-psychiatrische Versorgungslücken	*„Anbindung an Fachärzte, Abdeckung von Terminen“* *„Fachärztemangel, zu wenig psychologische bzw. psychiatrische Behandlung, lange Wartelisten für ambulante Psychotherapie“*
	Hohe Nachfrage und Warteliste	*„hohe Nachfrage und oftmals arbeiten mit Warteliste“*
	Wohnraumknappheit, bedingt lange Verweildauer in den besonderen Wohnformen .	*„keine bezahlbaren Wohnungen in Erfurt, dadurch lange Verweildauer in der betreuten Wohnform“* *„Wohnungssuche nach dem Aufenthalt in der besonderen Wohnform gerade wenn Schuldenproblematik besteht fast hoffnungslos“*

[35] Umgangssprachlich für Rehabilitations- und Leistungsträger / weitere Ausführungen siehe Tabelle 1

Bereich	Herausforderungen	Zitate
	Ausschluss aus Hilfesystem und „Perspektive Obdachlosigkeit?!“	*„Abstinenzgebot als Schutz in der Einrichtung - Kommt es zu bis zu 3 Rückfällen ist zum Schutz in der Einrichtung Schluss und die Leute werden auf die Straße gesetzt.“* *„Menschen sind nach ausreichender Stabilisierung aufgrund von Schulden nicht in der Lage eine Wohnung anzumieten, Perspektive Obdachlosigkeit?!“*
Tagestruktur (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5.3.2	Komplexe Anforderungen	*„viele verschiedene psychische Erkrankungen“* *„unterschiedliche Finanzierung anderer Sozialhilfeträger“*
Streetwork (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 8.4	Herausforderungen wohnungs- und obdachloser Kinder und Jugendlicher sowie Erwachsener	*„dass die jungen Menschen das Angebot nur teilweise gezielt für sich nutzen“* *„dass ein Teil der jungen Menschen sich in ihrer/seiner gefährdeten/herausfordernden Situation aufhalten möchten bzw. noch nicht bereit ist Veränderung zuschaffen u. geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln.„* *„Sprachbarrieren“*
	Wohnraumknappheit und fehlende Notunterkünfte	*„sozial benachteilgten* [sic] *Jugendlichen und jungen Erwachsenen im gesellschaftlichen Kontext (drohender) Wohnungslosigkeit“* *„fehlende Notschlafstellen bzw. Wohnalternativen“*
	Belastete Behördenkontakte	*„Behörden“*

Bereich	Herausforderungen	Zitate
		„Finanzen“

Zusammenfassung Kapitel 9 „Herausforderungen für das Versorgungsnetz“: Es zeigen sich deutliche Schnittmengen zwischen den verschiedenen Bereichen der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Das am häufigsten genannte Thema sind ambulant psychiatrische Versorgungslücken und daraus entstehende Engpässe. Dazu gehört ein unzureichendes Angebot an ambulanten Plätzen für Psychotherapie und Facharztterminen für Kinder wie auch für Erwachsene. Zudem werden mangelnde Vermittlungsmöglichkeiten innerhalb des Versorgungsnetzes beklagt, die im Einzelfall zu Brüchen in der Versorgungskette führen.

Das zweithäufigste Thema, das als große Herausforderung wahrgenommen wird, ist die belastete Kommunikation sowie der schwierige Kontakt mit Behörden und Ämtern. Hierbei spielen vor allem lange Bearbeitungszeiten und komplizierte Abstimmungen zum Wohle der betroffenen Person eine große Rolle, um einen reibungslosen Ablauf weiterer Hilfen zu gewährleisten.

Die weiteren drei Themenbereichen wurden gleichermaßen häufig benannt: es handelt sich zum einen um die Wohnraumknappheit verbunden mit dem Risiko einer drohenden Obdachlosigkeit. Zum anderen nehmen schwere psychische Störungen und komplexe Problemlagen der zu beratenden oder betreuenden Personen spürbar zu. Die letzte große Herausforderung bildet der Fachkräftemangel, der zu einer Überlastung des eingesetzten Fachpersonals, z.B. im stationären Kontext führt. Dazu fehlen ehrenamtlich Tätige und weitere personelle Ressourcen innerhalb der Selbsthilfe.

10 Wünsche und Anregungen vom Versorgungsnetz

Neben der Abfrage von Herausforderungen wurde weiterhin konkret nachgefragt, was sich die Leistungserbringer und die Selbsthilfe für ihr zukünftiges Angebot an Erfurterinnen und Erfurter mit psychischen Störungen wünschen. Auch diese Rückmeldungen wurden gesammelt, geclustert und Oberbegriffen zugeordnet und in diesem Kapitel zusammengefasst. Der Auflistung zum Ende des Kapitels können Sie eine Zusammenfassung entnehmen.

Bereich	Wünsche	Zitate
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie (HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 2026) im Kapitel 7.1.2	Bessere Vernetzung und Kooperation	*„Eine stärkere Vernetzung und Kooperation mit der Jugendhilfe (Jugendämtern und ambulante und stationären pädagogischen Einrichtungen) sowie den lokalen Schulämtern.“*
	Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche	*„Noch mehr Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche aus belasteten psychosozialen Umständen mit niederschwelligerer Verfügbarkeit.* *Mehr Sportangebote, die nicht leistungs- sondern gesundheitsorientiert sind (insbesondere für Kinder und Jugendliche mit Adipositas).“*
Stationäre Erwachsenen-psychiatrie (Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt, 2026) im Kapitel 7.1.2	Mehr patientenorientierte Versorgungsstrukturen am Übergang Klinikum und ambulante Hilfen	*„Für die Zukunft wünschen wir uns stärker patientenorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen. Gerade bei chronischen und langwierigen psychiatrischen Erkrankungen erleben wir häufig, dass Patientinnen und Patienten für eine rein ambulante Behandlung nicht ausreichend stabil sind, gleichzeitig aber nicht dauerhaft einer*

Bereich	Wünsche	Zitate
		vollstationären Behandlung bedürfen. *„Hier wäre eine stärkere Orientierung am individuellen Funktionsniveau und tatsächlichen Unterstützungsbedarf sinnvoll – weniger daran, ob eine Behandlung formal ambulant, teilstationär oder stationär erfolgt.“*
	Entwicklung flexiblerer Versorgungsmodelle	*„Wünschenswert wären daher flexiblere Versorgungsmodelle, in denen Patientinnen und Patienten über unterschiedliche Krankheitsphasen und Behandlungsintensitäten hinweg möglichst kontinuierlich durch dieselben Behandlungsteams begleitet werden können. Eine entsprechende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wäre aus unserer Sicht ein wichtiger Schritt.“*
Stationäre Erwachsenen-psychiatrie (HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 2026) im Kapitel 7.1.2	Verbesserung gemeindepsychiatrische Versorgung	*„Stärkung der sektorübergreifenden Schnittstellen und Versorgungsformen (z.B. Ambulante psychiatrische Pflege, Gemeindepsychiatrischer Verbund)“*
	Novellierung Unterbringungsrecht	*„Sorgfältige Aktualisierung des länderspezifischen Unterbringungsrechts unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure“*

Bereich	Wünsche	Zitate
Häusliche psychiatrische Hauskrankenpflege (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.1.3.1	Verbesserung Netzwerken	*„besserer Austausch innerhalb des möglichen Helfernetzwerkes“*
	Alternative Finanzierung	*„ggf. weitere Kostenzusage durch das Sozialamt (Eingliederungshilfe) in Ausnahmefällen, wenn die Unterstützung noch nicht final abgeschlossen ist und die Krankenkasse weitere Leistung verwehrt“* *„mehr Psychotherapeuten die APP verordnen (wollen) um frühzeitig tätig zu werden und einen Schweren* [sic] *Verlauf zu verhindern (oft bekommen wir Klienten die schon seit vielen Jahren mit allen* [sic] *überfordert sind, Haushalt, Dokumente, Tagesstruktur, fehlende Soziale Kontakte, häufig mit Suizidversuch)“*
	Erhöhung Bekanntheitsgrad	*„dass sämtliche Psychiater unser Angebot "endlich" auf dem Schirm haben und APP verordnen“* *„dass der SPDI Verordnungen ausstellen darf“* (Anmerkung der Redaktion: Der SPDI ist gesetzlich nicht zur Verordnung von Leistungen berechtigt.)

Bereich	Wünsche	Zitate
Selbsthilfe (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.2.1	Schaffung von Wohnraum	*„Schaffung von eigenem Wohnraum für die Betroffenen in Erfurt (Einzelwohnungen und Wohngruppen)„*
	Bessere Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung	*„Sichtbarmachung von Selbsthilfearbeit“* *„bessere Anbindung an Hilfeträger und Schwerbehindertenvertreter der Stadt Erfurt“* *„die Woche der seelischen Gesundheit sollte wieder öffentlich z.B. auf dem Anger angeboten werden“* *„finanzielle Unterstützung z.B. bei der Ausrichtung der Woche seelischen Gesundheit z.B. durch Bereitstellung von Zelten damit wir auf dem Anger wieder sichtbar werden mit unseren Angeboten.“* *„Nutzung des Amtsblattes für die Öffentlichkeitsarbeit“* *„mehr Sichtbarmachung von den Betroffenenverbänden“* *„Information des SPDI zu unserem Verein und deren Unterstützungsmöglichkeiten“*
	Erweiterung gemeindepsychiatrische Versorgung	*„Angebot psychologischer Betreuung von Angehörigen“* *„mehr therapeutische Angebote in der Stadt“*

Bereich	Wünsche	Zitate
		„Vermittlung von Gesprächsangeboten durch Therapeuten“
Beratungsstellen (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.3	Berücksichtigung von belastetem Fachpersonal	*„Berücksichtigung der Arbeitsintensität durch o.g. zunehmende Problemlagen“*
	Verbesserung gemeindepsychiatrische Versorgung	*„schnellere Kontaktaufnahmen zu Fachärzten und Therapeuten“* *„Schnellere Vermittlung zum Facharzt oder Therapeuten“* *„Zentrale Anlaufstelle / Plattform für freie Therapieplätze / Fachärtze für Psychatrie [sic] als Weiterentwicklung des Wegweisers für Psychatrie [sic] und Sucht“* *„Mehr Zulassungen für Psychotherapeuten und Psychiater, auf die wir dann erfolgreich verweisen können. Keine Kürzungen von Mitteln in diesem Bereich, z.B. bei Refugio Thüringen e.V.“* *„Vermittlungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen“*
	Krisendienst	*„niedrigschwelliger Zugang zu psychosozialen Angeboten in Krisensituationen (24/7)“* *„psychiatrischer Not- bzw. Krisendienst außerhalb der Öffnungszeiten ambulanter Angebote“*

Bereich	Wünsche	Zitate
	Wohnraum / Unterbringung	*Aktive Bautätigkeit für Einzelpersonen und große Familie“*
		„Zentrale oder dezentrale Möglichkeiten der Unterbringung für junge wohnungslose Menschen bis 27 Jahre (2 Notschlafstellen reichen nicht aus für ganz Erfurt) und bessere Möglichkeiten, einen Schulabschluss kostenlos nachzuholen“
	Nachholung Schulabschluss	
	Verbesserung des Netzwerkens	*„bessere Zusammenarbeit und klarere Kommunikationsabsprachen mit Netzwerkpartnern“*
		„bessere Zusammenarbeit und konkretere Abstimmungen mit Fachkräften im Rahmen des Unterbringungsverfahrens nach ThürPsychKG“
	Digitalisierung	*„mehr Digitialisierung [sic] und Nutzung von digitalen Medien (u.a. digitale Angebote, bspw. Chatberatung) insbesondere wenn es um Anträge, behördliche Angelegenheiten geht -> bessere Vernetzung, Erreichbarkeit, gemeinsames Arbeiten am Fall“*
	Verbesserung der Behörden-kommunikation / Digitalisierung	*„Verbesserung bei Schnittstellen verschiedener Ämter; vereinfachte Kommunikation untereinander und bessere Erreichbarkeit bei zuständigen Ämtern“*
		„Fokus mehr auf Suchtprävention;

Bereich	Wünsche	Zitate
	Ausbau der Suchtprävention bezüglich Alkohol	*Sensibilisierung der Bevölkerung für die gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums“*
	Verbesserung Behördenkontakt	*„bessere Akzeptanz durch die Kostenträger“*
	Finanzierung eigener Strukturen	*„Verstetigung unseres Angebotes“*
Rehabilitations-einrichtungen (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5	Finanzierung eigener Strukturen	*„Finanzielle Planungssicherheit“* *„Verbesserung des Personalschlüssels insb. in der psychologischen Betreuung“*
	Bessere Vernetzung und Digitalisierung	*„mehr Digitalisierung und Vernetzung“*
	Verbesserung Behördenkontakt	*„einfache, einfach zugängliche, verlässliche Ämter und Behörden“* *„Das das Jobcenter Bürgergeld für unsere Patienten bewilligt. Stadtrat hat dies wohl anders entschieden“*
	Bessere gemeindepsychiatrische Versorgung	*„Bessere Versorgungslage durch niedergelassene Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen“*
Anderer Leistungsanbieter (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5.2.2	Entwicklung eines inklusiven Arbeitsmarktes	*„noch mehr Offenheit von Betrieben und Unternehmen bzgl. der Einstellung von Menschen mit Behinderungen, insbes. über das Budget für*

Bereich	Wünsche	Zitate
		Arbeit als Anschluss/Ergebnis des Berufsbildungsbereichs“ *„Auslastung der Kapazität der Teilnehmerplätze im Anderen Leistungsanbieter“*
Zuverdienst und Inklusionsbetrieb (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5.2.5	Bessere Vernetzung	*„Vernetzung der anderen Angebote der Stadt im Bereich Arbeit für Menschen mit Behinderungen“*
Wohnen (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5.3.1 - betreutes Wohnen - besondere Wohnformen (ehemals stationär) - Assistenz - Personenzentrierte Komplexleistung	Verbesserung Behördenkontakt	*„schnelle Bearbeitung der Anträge auf Eingliederungshilfe“* *„gute Zusammenarbeit mit Ämtern + gestzl.* [sic] *Betreuern“*
	Finanzielle Sicherheit	*„finanzielle Planungssicherheit ([Thema BTHG- Umsetzung]), da damit auch der Personalstamm stabil gehalten werden kann, was deutlich Einfluss auf die Qualität der erbrachten Leistung Einfluss nimmt“*
	Eigene Weiterentwicklung	*„stetige Weiterentwicklung des internen Angebots“*
	Bessere medizinische und gemeindepsychiatrische Versorgung	*„Mehr medizinische FK/Pflegefachkräfte um neue Herausforderungen zu meistern“* *„Bessere ärztliche Anbindung der stationären Wohnformen, z. B. Hausbesuche“*

Bereich	Wünsche	Zitate
		„…größere Arztkapazitäten (Therapie, Hausärzte)…“
	Schaffung von bezahlbaren Wohnraum	*„mehr bezahlbaren Wohnraum für Menschen mit Schulden“* *„bezahlbarer Wohnraum in der Stadt Erfurt“* *„Wohnraum für unsere Klient_innen, damit sie eine Chance bekommen dezentral eigenständig zu wohnen und ambulant fortbetreut zu werden“*
	Ermöglichung soziale Teilhabe	*„… mehr Freizeitangebote für wenig Geld in Stadtteilzentren, damit bei Leben am Existenzminimum Freizeit und Teilhabe möglich sind, Erhöhung der Erstattung des ÖPNV-Tickets zum Sozialausweis (30 -> 44€), deutlichere Ermäßigungnen [sic] in Öffentlichen Einrichtungen“*
	Weiterempfehlung eigener Angebote und Aufbau gemeinsamer Präventionsnetzwerke	*„weiterhin hohe Nachfrage und Weiterempfehlung durch Kliniken, ehemalige Betreute usw.“* *„besseres Netzwerken, Suizid-präventionsnetzwerk Erfurt“*
	Sonstiges	*„Mehr stationäre Einrichtungen für Eltern mit psychischer Erkrankung“* *„Krisendienst, Abbau von Hürden bei Aufnahme im*

Bereich	Wünsche	Zitate
		Krankenhaus in Krisensituationen,
Tagesstruktur (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 7.5.3.2	Administration und Finanzierung eigener Angebote	*„schnellere Bearbeitung von Anträgen“* *„Fortbestand des Angebotes im Interesse aller Betroffenen“*
Gesamt-Streetwork (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) im Kapitel 8.4	Bessere Vernetzung	*„Ausbau von Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe - betreff: Unterbringungsmöglichkeiten- hierbei Tranzparenz [sic] zwischen Streetwork, Ordnungsdiensten sowie Polizei/Justiz zu schaffen“*
	Ausbau von Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe	*„Ausbau von Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe - betreff: Unterbringungsmöglichkeiten„* *„mehr Möglichkeiten bieten zu können wo sich wohnungslose Menschen bis zur Anschaffung von geeigneten Wohnraum/Wohnformen aufhalten können u. hierbei nicht gestört werden oder/und andere stören“*
	Finanzierung eigener Angebote	*„finanzielle Beständigkeit des Angebotes und der vorgehaltenen Angebote“*

Zusammenfassung Kapitel 10 „Wünsche und Anregungen vom Versorgungsnetz“: Es zeigen sich fünf zentrale Schwerpunkte, in denen sich Verbesserungsvorschläge und Idealvorstellungen vom gesamten Hilfesystem wiederfinden. Hauptthema ist der Wunsch zu besserer Vernetzung. Es geht zum einen um bessere Zusammenarbeit und klare Absprachen mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner aus dem eigenen Segment oder darüber hinaus. Betont werden in diesem Zusammenhang Schnittstellen zwischen den Angeboten, um flexibler und patientenorientierter zu gestalten.

Zum anderen stellt ein wiederkehrendes Problem die Interaktion mit Behörden dar. Beratungsstellen, Rehabilitationseinrichtungen sowie der Bereich Wohnen fordern explizit eine Optimierung der Behördenkommunikation und einen besseren, unbürokratischen Behördenkontakt.

Wohnraummangel ist ein weiteres Schwerpunktthema und übergreifendes Problem, nicht nur der Stadt Erfurt. Um Personen rundum versorgen zu können, braucht es individuelle Orte zum Wohnen, die bezahlbar sind. Dazu gehört aus Sicht der Leistungserbringer auch ein weiterer Ausbau von Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe für von psychischer Erkrankung betroffenen obdach- oder wohnungslosen Menschen.
Die Unsicherheit über den Fortbestand von Hilfegewährungen stellt viele Akteure vor große Herausforderungen. Sie benötigen finanzielle Planungssicherheit, um bestehende Angebote fortzuführen und Kapazitäten bedarfsgerecht auszubauen. Zudem wird die Entlastung des Fachpersonals (insbesondere in den Beratungsstellen) als wichtiger Faktor genannt.

Im Fokus dieses Schwerpunktes stehen der Ausbau der gemeindepsychiatrischen und medizinischen Versorgung vor Ort, die Entwicklung eines inklusiven Arbeitsmarktes (z. B. Zuverdienst, andere Leistungsanbieter) sowie die grundsätzliche Ermöglichung sozialer Teilhabe für alle Personengruppen.

11 Stand der Umsetzung des Maßnahmenplans zum 3. Erfurter Psychiatriebericht

Der letzte Erfurter Psychiatriebericht gab Handlungsempfehlungen für Maßnahmenplanungen mit kommunaler Beteiligung. Diese sollen hier kurz dargestellt und deren Umsetzungsstand abgebildet werden.

Tabelle 21 Maßnahmenplan mit kommunaler Beteiligung (Stand 2023)

Maßnahmen 2013	Umsetzung (Jahr)
GPV gründen	2023, Gründung GPV Erfurt
Funktionsfähige PSAG	2023, PSAG in GPV Konferenz aufgegangen
Psychiatriebeirat gründen	2023, Funktion wird durch GPV Erfurt erfüllt
Wiedereinführung Hilfeplankonferenz	Wurde nicht umgesetzt, Weiterführung in neuer Maßnahmenplanung möglich.
SpDi Leitung Psychiater	2023, Leitung des SpDi durch Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie weitere Personalstelle einer Fachärztin für Psychiatrie
Sozialraumorientierung, aufsuchende Hilfen	Sehr allgemein gehalten, aber grundsätzlich richtig. Aufsuchende Hilfen sind niedrigschwelliger und vor allem für schwer erkrankte Personen geeignet. Verbesserung gegenüber 2013: Häusliche psychiatrische Krankenpflege in Erfurt aktiv. Fehlende Angebote im SGB V wie Stationsäquivalente Leistungen, Soziotherapie als aufsuchende Hilfen.
Etablierung eines aufsuchenden psychosozialen mobilen Krisendienstes	Wurde nicht umgesetzt, siehe Kapitel „Krisendienst“ mit aktuellen Entwicklungen.
Weiterentwicklung der Psychiatrielandschaft zu integriertem Versorgungsmodell	Wurde nicht umgesetzt. Bis auf die Gründung des Erfurter GPV hat keine Veränderung zu einem integrierten Versorgungsmodell stattgefunden.

12 Zusammenfassung und Ausblick

Ausgangspunkt für die Zusammenfassung und Bewertung sind die Ziele (s. Kapitel 1) und Grundsätze der gemeindepsychiatrischen Versorgung (s. Kapitel 3). Der vorliegende Bericht bietet einen Überblick über die bevölkerungsstrukturellen, rechtlichen und zentralen fachlichen Grundlagen sowie eine Erläuterung aller gemeindepsychiatrischen Versorgungsbereiche der Stadt Erfurt. Er liefert damit das Fundament für eine Bestandsanalyse der psychiatrischen Versorgungssituation für von psychischen Störungen betroffenen Erfurterinnen und Erfurtern. Diese Bestandsanalyse wird überblicksartig im Kapitel 12 durchgeführt und wird in der sich in dem kommenden Jahr anschließenden Psychiatrieplanung detaillierter ausgearbeitet.

Bereits der Blick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen verdeutlicht, dass die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen durch ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Sozialleistungsträger, gesetzlicher Zuständigkeiten und institutioneller Strukturen geprägt ist. Diese Aufteilung ermöglicht eine differenzierte Leistungserbringung, birgt zugleich jedoch das Risiko von Schnittstellenproblemen, unklaren Zuständigkeiten und Versorgungslücken. Insbesondere für betroffene Menschen ist es schwierig, sich innerhalb des komplexen Systems zu orientieren und die jeweils erforderlichen Hilfen zu erreichen.

Anhand der in Kapitel 1 benannten Grundsatzindikatoren für eine gemeindepsychiatrische Versorgung werden im Folgenden Aspekte aus dem Bericht herausgegriffen und daraufhin überprüft.

Der erste Grundsatz bezieht sich auf die Verankerung von Hilfsangeboten im unmittelbaren Lebensumfeld der betroffenen Menschen unter Erhaltung seiner sozialen Bezüge. Die Analyse der bestehenden Versorgungseinheiten zeigt ein dichtes, vielfältiges und gut ausgebautes Netz an Selbsthilfe-, psychiatrischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Angeboten. Zwei psychiatrische Kliniken (für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche) sowie ein Netz an niedergelassenen psychiatrisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzten bieten eine solide Basis um medizinische Versorgung wohnortnah in Anspruch zu nehmen. Bei den ambulanten Psychotherapiepraxen wird jedoch ein Ungleichgewicht sichtbar: diese konzentrieren sich in Erfurt fast ausschließlich auf das Stadtzentrum und den Süden. Für immobile und finanziell schwächere Personen in umliegenden Ortsteilen, im Osten oder Norden sind die Wege zu psychotherapeutischer Hilfe lang und teils schwer zu bewältigen. Insgesamt profitiert Erfurt von Spezialeinrichtungen, die thüringenweit tätig sind und sich in der Landeshauptstadt angesiedelt haben, z.B. im Bereich geflüchtete Menschen, Pflege, Sucht und Rehabilitation.

Der zweite Grundsatz fordert eine auf alle psychisch erkrankten Menschen bezogene bedarfsgerechte Versorgung. Um eine bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch erkrankten Personen in Erfurt zu gewährleisten, müssen sich Gesundheitshilfen flexibel und personenorientiert an den individuellen Lebenslagen der Betroffenen ausrichten. Der erste Blick auf die **Erfurter Bevölkerungsstruktur** verdeutlicht hierbei wachsende Herausforderungen: Der Anteil älterer Menschen steigt und zunehmend mehr Personen leben allein, sodass sie im Fall gesundheitlicher Einschränkungen nicht auf die Unterstützung pflegender Familienangehöriger zurückgreifen können.

Die Analyse von **Abhängigkeitserkrankungen** zeigt hohe Zahlen bei einzelnen Substanzen. Vor allem deutlich wird dies bei der Neuerkrankungsrate im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol, die seit mindestens zehn Jahren für Erfurt über dem Bundestrend liegt.

Depressive Erkrankungen und Angststörungen sind die seelischen Erkrankungen, die unter den Erfurterinnen und Erfurtern am häufigsten psychiatrisch diagnostiziert werden. Dazu passend, rangiert Erfurt bei den Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Leiden seit mind. sechs Jahren konstant über dem Thüringer und dem bundesweiten Durchschnitt. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen für Erfurt, dass Hausärztinnen und Hausärzte heute insgesamt mehr Patientinnen und Patienten mit seelischen Erkrankungen versorgen als noch vor acht Jahren.

Diese Tendenz spiegelt sich auch in den Rückmeldungen der Versorgungseinrichtungen wider, die eine **spürbare Zunahme an Schwere und Komplexität der Krankheitsbilder** beschreiben. Die meisten Rückmeldungen sprechen von ungenügender Abdeckung der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und zitieren einen eklatanten Mangel (s. alle Zitate in Kapitel 9 und 10 sowie Rückmeldungen der Psychiatrischen Institutsambulanz in Kapitel 7.1.1.2). Besonders Personen mit schweren psychischen Störungen profitieren vom ganzheitlichen Angebot psychiatrischer Institutsambulanzen. Weiterhin wird in den Zitaten ausgeführt, dass fehlende fachärztliche Anbindung für betroffene Menschen zu mittel- und langfristigen ungeklärten gesundheitlichen Situationen führt. Da psychotherapeutische Behandlung am häufigsten für Menschen mit schweren Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie für depressiv erkrankte Personen tätig wird, drohen hier Zunahme von Schweregraden und Chronifizierungen, im Falle ausbleibender kurzfristiger und mittelfristiger Hilfen. Dies belastet vor allem die Angehörigen, die oft als letzter Anker helfen, die Kliniken, aufgrund von Häufung und Verlängerung der Aufenthalte und letztlich auch das Sozialversicherungssystem, was Entgeltersatz leistet, wenn Personen aufgrund einer psychischen Behinderung aus dem Erwerbsleben herausfallen. In dem Zusammenhang ist für schwer opioidabhängige Personen die in Kapitel 7.1.1.3 ausgeführte substitutionsgestützte Behandlung unverzichtbar. Abnehmende Zahlen von Therapieplätzen haben eine individuelle und gesellschaftliche Destabilisierung zur Folge.

Ein Defizit an psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen haben gravierende Auswirkungen auf das gesamte Unterstützungssystem: neben den betroffenen Personen selbst, müssen sich also auch Leistungsträger (die zur Bewilligung von Leistungen auf Diagnosen angewiesen sind), der eigene Arbeitgeber, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sowie psychosoziale Fachstellen mit den betroffenen Personen langfristig darauf einstellen jene Folgeschäden aufzufangen, abzumildern, zu koordinieren oder zu verwalten, die durch die fehlende psychiatrische Behandlung entstehen.

Aus dem Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt die Rückmeldung, dass ihre Kapazitäten ausgereizt sind und an die Grenzen von Wartelisten und Notzugängen stoßen. Auch im ambulanten Facharztbereich und den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeutenpraxen ist die Inanspruchnahme deutlich gewachsen. Parallelentwicklungen im Jugendhilfebereich werden aufgrund Verschlechterung von Inhalt und Umfang der Angebote als problematisch von stationärer Seite eingeschätzt. Die realen Zahlen zeigen aber, dass sich die ambulante Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche in den letzten Jahren mehr als verdoppelt hat, während die teil- und stationären Angebote im Grunde auf einem Niveau verharren.

Eine tragfähige Versorgung von vor allem schwer psychisch erkrankter Menschen braucht daher dringend flexible, (ambulant-)zugehende Instrumente, die schnell eingesetzt werden können, um Bedarfe festzustellen und zu decken. Aus dem Bereich der stationären Erwachsenenpsychiatrie kommen die Forderungen nach *„stärker patientenorientierte(n) und sektorenübergreifende(n) Versorgungstrukturen…"* sowie *„eine stärkere Orientierung am individuellen Funktionsniveau und tatsächlichen Unterstützungsbedarf"*. Die Bestandsanalyse zeigt jedoch, dass die bestehenden gesetzlichen Spielräume in Erfurt unzureichend ausgeschöpft werden. Dies betrifft primär drei Bereiche: die Soziotherapie, die stationsäquivalenten Leistungen sowie koordinierte Vernetzungsmodelle.

Als kontinuierliche Unterstützung zur Alltagsbewältigung und Stabilisierung schwer Erkrankter (§ 1 Abs. 2 ST-RL) wird die **Soziotherapie** in Erfurt derzeit nicht angeboten. Aus unserer Kenntnis existieren in ganz Thüringen lediglich zwei Anbieter. Grund hierfür sind die hohen Zulassungsvoraussetzungen, die für die vier zugelassenen Berufsgruppen unter anderem eine dreijährige psychiatrische Berufspraxis in spezifischen stationären und ambulanten Einrichtungen vorschreiben (VDEK Die Ersatzkassen, 2026). Die psychiatrische häusliche Krankenpflege wird zwar teilweise kompensatorisch genutzt, kann diese strukturelle Versorgungslücke aufgrund ihrer starken gesetzlichen Limitierung und zeitlichen Befristung auf wenige Monate jedoch nur eingeschränkt schließen.

Die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) nach § 115d SGB V ist eine mögliche, mobil und multiprofessionell geleitete Akutbehandlung im häuslichen Umfeld. Sie entspricht in Inhalt und Komplexität einer vollstationären Krankenhausaufnahme. Das Instrument schützt den Alltag der Betroffenen, die statt Aufnahme im Krankenhaus in der Häuslichkeit verbleibt. Sie wird vor Ort in Erfurt nicht angeboten.

Die **Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende koordinierte und strukturierte Versorgung (KSVPsych-RL)** bietet eine rechtliche Grundlage, um die Zusammenarbeit im ambulanten Sektor verbindlicher zu gestalten. Ein solcher Netzverbund ermöglicht schwer erkrankten Personen einen koordinierten Zugang zu medizinischen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Hilfen. In Erfurt gibt es diesbezüglich bislang keine nennenswerten Entwicklungen.

Zur bedarfsgerechten Versorgung zählen auch Kontakte zu Leistungsträgern. Der zweite Schwerpunkt der sich aus den vom Versorgungsnetz genannten Herausforderungen herauskristallisiert, gilt dem belasteten **Kontakt mit Behörden und auch (oft genannt) gesetzlichen Betreuern**. Stichworte sind hier lange Bearbeitungszeiten, fehlende Abstimmungen innerhalb behördlicher Strukturen und komplizierte Antragsverfahren. Als weiteres Kriterium wird die komplizierte Kommunikation genannt, die zum Wohle der betroffenen Person geführt werden sollte.

Neben den bisherigen Ausführungen, gibt es zudem gesellschaftliche Gruppen deren aktuelle Realität fortlaufend von Versorgungsengpässen im psychiatrischen Bereich betroffen ist. Dazu gehören u.a. Personen in **Wohn- und Obdachlosigkeit sowie geflüchtete Menschen**. Letztere haben einen stark erschwerten Zugang zu regulären therapeutischen und psychiatrischen Angeboten. Zwar existieren spezialisierte Einrichtungen, um diese Engpässe auszugleichen, deren finanzielle Situation ist aktuell aber stark limitiert und die Ausgestaltung in der Zukunft unklar. Der gesamtgesellschaftliche Diskurs zum Thema geflüchteter Menschen spiegelt sich in bundes- und landespolitischen Entscheidungen zur Finanzierung bestehender Versorgungsangebote zulasten der Betroffenen wider.

Der dritte Grundsatz für eine gemeindepsychiatrische Versorgung bezieht sich auf gelungene Koordination, Zusammenarbeit und Planung aller Versorgungsdienste. Ein dichtes und vielfältiges Netz bietet zugleich Handlungsbedarf eigene Schnittstellen zu und von den Leistungsbereichen flexibel zu handhaben und durchlässig zu gestalten. Ergebnisse aus der Evaluation „Versorgungsnetz“ zeigen auf, dass der größte Handlungsschwerpunkt in der **besseren Vernetzung** der Dienste untereinander gesehen wird. Den Akteuren geht es um bessere Zusammenarbeit (auch über Bereichsgrenzen hinweg) und klare Absprachen mit Netzwerkpartnerinnen und -partnern um flexibler und patientenorientierter tätig zu sein. Aus dem Bereich der stationären Kinder und Jugendpsychiatrie wird deutlich angemerkt, dass der Schulabsentismus zugenommen hat und eine stärkere Vernetzung und Kooperation mit der Jugendhilfe sowie den lokalen Schulämtern dringend benötigt wird.

Ein weiterer Eckpunkt, der die Versorgung erheblich erschwert, ist die **Wohnraumknappheit**. Sie führt zu einer Starre sowohl in der Hilfe vor Ort sowie den besonderen Wohnformen. Personen, die ihre Wohnung aus strafrechtlichen, krankheitsbedingten, finanziellen oder organisatorischen Gründen verloren haben, finden im Anschluss an etwaige stationäre Maßnahmen kaum mehr eigenen Wohnraum. Ambulante Hilfen laufen ins Leere oder können nicht starten, weil kein Wohnraum zur Verfügung steht. Vor diesem Hintergrund fordert der GPV Erfurt den Ausbau von Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe für schwer psychisch erkrankte Personen, was er im Jahr 2025 in einem seiner Beschlüsse festgehalten hat.

Das Grundbedürfnis Wohnen zu befriedigen, gehört aktuell zu den komplexesten Aufgaben des Hilfesystems. Es zeigt sich das vor allem schwer psychisch erkrankte Personen von einer übergeordneten Steuerung profitieren. Gelungene Koordination führt zu einer Hand-in-Hand-Zusammenarbeit aller beteiligten Versorgungsdienste. In einigen Fällen muss Koordination Brücken zwischen medizinischen, psychiatrischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen und Angehörigen bauen, um zu einem tragfähigen Netz zu verbinden. Hier helfen **moderierte Fallgespräche** alle Beteiligten zu erreichen, Informationen auszutauschen und neue Lösungswege zu finden. Übergeordnet bietet der GPV Erfurt seit 2024 solche Fallgespräche für alle an. Da es nur in vereinzelten Bereichen (z.B. Eingliederungshilfe) finanzielle Anreize für Leistungserbringer und die Selbsthilfe gibt, diese Aufgabe zu übernehmen, sollte dieses Instrument kommunal standardisiert und gefördert werden.

Weiterhin ein Schwerpunkt der Rückmeldungen aus der Evaluation wurde zu finanzieller Planungssicherheit für versorgende Dienste gesetzt. Hier geht es um finanzielle Beständigkeit vorgehaltener Angebote.

Für alle genannten Herausforderungen ist Planung immanent. Daher wird sich der hier am Ende der Ausführungen genannte Ausblick mit der **weiteren Planung** beschäftigen.

Der vierte Grundsatz für eine gemeindepsychiatrische Versorgung betrifft das Zusammenwirken aller am Prozess beteiligten Berufsgruppen. Wie bereits in den vorigen Absätzen betont wurde, ist die Kooperation aller Beteiligten von zentralem Wert. Komplexe Fallkonstellationen können einzelne Akteure des Hilfesystems schnell an ihre Grenzen bringen. Eine gemeinsame Abstimmung, die auf eine klare Verteilung der Verantwortung und der anstehenden Aufgaben abzielt, führt hier zu einer spürbaren **Entlastung des eigenen Fachpersonals**.

Vor allem im klinischen Bereich und im Bereich der Selbsthilfe wird viel von **Personalmangel** gesprochen. Ohne den Einsatz bestimmter Berufsgruppen oder engagierter Ehrenamtlicher fallen hier ganze Versorgungssegmente weg.

Der fünfte Grundsatz gemeindepsychiatrischer Versorgung betrifft die Gleichstellung somatisch und psychisch erkrankter Menschen. In vielen gesellschaftlichen Bereichen werden körperliche und psychische Beeinträchtigungen noch immer unterschiedlich gewichtet und bewertet. Dabei sind psychische Erkrankungen Teil der menschlichen Lebensrealität und gehören zu einem vielfältigen Dasein. Die Verbände, die betroffene Personen vertreten, fordern daher zu Recht Unterstützung dabei ein, diese Realität sichtbarer zu machen und das öffentliche Bewusstsein zu schärfen.

Auch in den Rückmeldungen der Evaluation spielen Stigmata von psychischen Erkrankungen eine Rolle *„…Klienten werden häufig sehr Vorurteil behaftet [sic] behandelt“; „Ablehnung bei sehr vielen Institutionen aufgrund [der] psych. Erkrankung“*. Diese **Stigmatisierung** setzt sich in der ambulanten Soforthilfe fort, wo eine Ungleichbehandlung zwischen körperlichen und seelischen Leiden besteht. Während somatisch erkrankte Personen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine flächendeckende medizinische 24 / 7 Versorgung erhalten, besteht in der psychiatrischen Versorgung ein Ungleichgewicht. Um diese Versorgungslücke zu schließen und das Gleichstellungsverhältnis zu realisieren, kann ein landesweit verfügbarer Krisendienst tätig werden. Die Stadt Erfurt hat im Jahr 2025 im Erfurter Maßnahmenplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention bereits beschlossen, die Schaffung eines psychiatrischen **Krisendienstes** für Thüringen aktiv zu unterstützen.

Aus den analysierten Grundsätzen lassen sich **erste Schlussfolgerungen für die psychiatrische Versorgung** ableiten:

- Ressourcen effizient nutzen: vorhandene Mittel sollten gezielt bemessen und effektiv eingesetzt werden.
- Schnittstellen optimieren: die beschriebenen Probleme an den Übergängen sollten beachtet und abgebaut werden.
- Gemeinsam planen: die Datengrundlagen der gemeindepsychiatrischen Versorgung sollten übergreifend erweitert und standardisiert erhoben werden sowie alle Netzwerkpartnerinnen und -partner aktiv eingebunden sein.
- Akteure vernetzen: die Akteure im Netzwerk sollten sich untereinander enger verknüpfen.

Im Grunde benötigt Erfurt einen verbindlichen Orientierungsrahmen. Dieser soll vorhandene Kapazitäten transparent machen, bedarfsgerecht und zielgerichtet einsetzen und das gesamte Versorgungssystem nachhaltig stärken und entlasten. Eigene Erfurter Leitlinien können künftig als verlässlicher Kompass für die systematische Planung, Steuerung und Weiterentwicklung des lokalen Hilfesystems dienen.

Für die Stadt Erfurt bietet sich hierbei die Chance auf kommunalpolitischer Ebene: Durch die Erarbeitung und Verabschiedung eigener Leitlinien für die gemeindepsychiatrische Versorgung lässt sich ein Fundament für die kommenden Jahre schaffen. Ein erfolgreiches Beispiel hierfür ist Berlin, das bereits 1998 ein wegweisendes Psychiatrie-

Entwicklungsprogramm (PEP) etabliert hat, welches aktuell mit einem klaren Fokus auf niedrigschwellige Hilfen evaluiert und kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Ausblick

Bereits im ersten Kapitel des vorliegenden Berichts wurde auf den standardisierten Gesamtprozess von Gesundheitsplanung im Rahmen des PHAC (Public health action cycle) hingewiesen. Anhand dieses Rahmenmodells PHAC (Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Bewertung) soll ab dem kommenden Jahr auf Basis des 4. Psychiatrieberichts ein umfassender Planungsprozess starten. Ziel ist es, die kommunalen Leistungsträger der psychiatrischen Versorgung, Betroffenenverbände sowie alle Netzwerkbeteiligten gemeinsam einzubinden, um transparente und smarte Maßnahmen zu den aufgegriffenen Themen zu erarbeiten.

Gegenwärtig ist die Psychiatrieberichterstattung im Gesundheitsamt angesiedelt. Künftig soll diese jedoch integriert und ämterübergreifend erfolgen. Dafür müssen Datenerhebungen, -analysen und -beschreibungen eng abgestimmt werden. Insbesondere die Anwendung der neuen Planungsräume wird hier für Anpassungsbedarf aber auch perspektivische Vergleichbarkeit sorgen. Das wird eine zentrale Aufgabe der Maßnahmenplanung sein, dieses komplexe Vorhaben zu planen, zu steuern und Allen ihren Anteil daran bewusst zu machen. Dazu müssen auch die Ressourcen der sozialräumlichen Netzwerkarbeit, insbesondere quartiersbezogene Angebote, Berücksichtigung finden.

Zudem ist zu prüfen inwiefern psychiatrische Themen zukünftig in andere Gesundheitsberichte (z.B. Seniorenbericht, Gesundheitsbasisbericht) einfließen können.

Ein Anliegen des Psychiatrieberichtes war es, sehr umfassend zu analysieren, um möglichst viele Segmente und Bereiche von gemeindepsychiatrischer Versorgung abzubilden. Limitierend waren dabei insbesondere die fehlende oder beschränkte Datenbasis aus den Feldern der ambulanten Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Wohnungslosigkeit sowie eine validierbare Rückmeldung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Diese Themenfelder müssen im Rahmen der Maßnahmenplanung beleuchtet und der zukünftige Umgang damit erarbeitet werden.

Ein herzlicher Dank geht noch an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die sich an der Evaluation „Versorgungsnetz“ beteiligt haben.

13 Quellenverzeichnis

Adorjan, K., Pogarell, O., Pröbstl, L., Rüb, M., Wiegand, H., Tüscher, O., . . . Falkai, P. (18. Mai 2021). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland [Impact of the COVID-19 pandemic on the care situation in psychiatric hospitals in Germany]. 562-570. doi:doi: 10.1007/s00115-021-01129-6.

Aktion Psychisch Kranke, Weiß, P., & Brieger, P. (Hrsg.). (2021). Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern: Tagungsdokumentation 05./06. und 07. Oktober 2020 in Berlin. (S. 391). Bonn: Aktion Psychisch Kranker. Abgerufen am 09. Oktober 2026 von https://www.apk-ev.de/veroeffentlichungen/apk-tagungsbaende-uebersicht/47-psychische-gesundheit-foerdern

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (5th Edition: Ausg.). Arlington. Abgerufen am 19. April 2026 von https://www.physio-pedia.com/images/1/1b/Diagnostic_and_statistical_manual_of_mental_disorders_DSM-5_%28_PDFDrive.com_%29.pdf

Amt für Soziales & Amt für Informationstechnik und Statistik. (September 2026). *Sozialstrukturatlas 2025 zur Beschreibung der Lebenslagen der Erfurter Bevölkerung.* Abgerufen am 26. September 2026 von https://buergerinfo.erfurt.de/vo0050.asp?__kvonr=66177

AOK PLUS. (2021). *Gesundheitsbericht 2021 Thüringen: Fehlzeiten der AOK-Mitglieder.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von www.aok.de/fk/fileadmin/regional/plus/sv/regional/Gesundheitsbericht_Thueringen_2021.pdf

AOK PLUS. (2022). *Gesundheitsbericht 2022 Thüringen: Fehlzeiten der AOK-Mitglieder.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von www.aok.de/fk/fileadmin/regional/plus/sv/regional/aok-plus-gesundheitsbericht-thueringen-2022.pdf

AOK PLUS. (2023). *Gesundheitsbericht 2023 Thüringen: Fehlzeiten der AOK-Mitglieder.* Abgerufen am 20. April 2026 von www.aok.de/fk/fileadmin/regional/plus/sv/regional/gesundheitsbericht-thueringen-2023.pdf

AOK PLUS. (2024). Gesundheitsbericht 2024 Thüringen: Fehlzeiten der AOK-Mitglieder. Abgerufen am 09. Oktober 2026 von www.aok.de/fk/fileadmin/regional/plus/bg/gesundheitsbericht-thueringen-2024.pdf

AOK PLUS. (2025). *Gesundheitsbericht 2025 Thüringen: Fehlzeiten der AOK-Mitglieder.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von

www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/plus/Dokumente/Pressemitteilungen/Gesundheitsbericht_2026/Gesundheitsbericht_Thueringen_2025.pdf

Arbeiterwohlfahrt Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. (2026). *AWO RPK - Rehabilitationsangebote für psychisch kranke Menschen.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von Medizinisch-Berufliche Rehablitation: www.awo-sachsenanhalt.de/files/03_gesundheit-inklusion/rpk/downloads/flyer_awo_rpk_medizinisch_berufliche_reha.pdf

Ärztekammer Berlin. (09. Dezember 2025). *Sprach- und Kulturkompetenz: Die Basis für eine adäquate medizinische Versorgung*. Abgerufen am 09. Oktober 2026 von www.aekb.de/aktuelles/detail/sprach-und-kulturkompetenz-die-basis-fuer-eine-adaequate-medizinische-versorgung

Bachmann, C. J., Czwikla, J., Jacobs, H., Fegert, J. M., & Hoffmann, F. (20. Januar 2021). Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *48* (06), 316-323. doi:10.1055/a-1347-5410

Bayerische Landesärztekammer. (o.J.). Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Von https://www.blaek.de/weiterbildung/qualifikationen-nach-der-weiterbildungsordnung/facharzt-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie abgerufen

Bayerische Landesärztekammer. (o.J.). Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Abgerufen am 27. September 2026 von https://www.blaek.de/downloads/weiterbildungsordnung-2021-in-der-fassung-2025-inkraftgetreten-am-01-01-2026/

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. (kein Datum). *beindertenbeauftragter.de.* Abgerufen am 2023

Begegnungsstätte der Kontakt- und Beratungsstelle des Christophoruswerk Erfurt. (2025). *Sachbericht 2024.* Erfurt.

Betreuungsverein "Lebenskraft" e.V. (2025). Jahresbericht 2024. Erfurt.

Bickenbach, J., Cieza, A., Selb, M., & Stucki, G. (Hrsg.). (20. April 2026). ICF Core Sets. *Manual for Clinical Practice*. Göttingen, 2020. Abgerufen am 19. April 2026 von www.icf-core-sets.org/de/page1.php

Bölt, U. (2022). Statistische Krankenhausdaten: Grunddaten der Krankenhäuser 2019. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2022* (S. 370-380). Berlin: Springer. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-662-64685-4

Bombana, M., Heizel-Gutenbrunner, M., & Müller, G. (01. Juli 2022). Psychische Belastung und ihre Folgen für die Krankheitskosten – eine Längsschnittstudie in Deutschland. *Das Gesundheitswesen, 84* (10), S. 911-918. doi:doi: 10.1055/a-1842-5458

Borbé, R. (2022). *Gemeindepsychiatrie: Theorie - Geschichte - Standortbestimmung.* S. 60ff.: Kohlhammer. Abgerufen am 09. Oktober 2026

Brückner, A. (2011). *Sozialraumanalyse "Erfurt Südost".* Erfurt.

Bundesagentur für Arbeit. (25. Mai 2023). *Anlage 1 zur Weisung "Umsetzung der Ganzheitlichen Betreuung nach § 16k SGB II" vom 26.05.2023.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von www.arbeitsagentur.de/datei/fachliche-weisung-zu-p-16k-sgb-ii_ba044156.pdf

Bundesagentur für Arbeit. (25. Mai 2023). *Fachliche Weisung - Ganzheitliche Betreuung nach § 16k SGB II.* Von https://www.arbeitsagentur.de/datei/fachliche-weisung-zu-p-16k-sgb-ii_ba044156.pdf abgerufen

Bundesagentur für Arbeit. (Januar 2023). *Merkblatt Bürgergeld. Grundsicherung für Arbeitsuchende:SGB II.* Von https://www.arbeitsagentur.de/datei/merkblatt-buergergeld_ba043375.pdf abgerufen

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabiliation. (2020). *Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtiger Menschen - Arbeitshilfe.* (B. f. (BAR), Hrsg.) Abgerufen am 09. Oktober 2026 von https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/arbeitshilfe/downloads/arbeitshilfe_rehabilitation_und_teilhabe_psychisch_erkrankter_und_beeintraechtigter_menschen.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Juni 2019). *Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen für Fraune in einer Wohnungsnotfallsituation.* Abgerufen am 18. September 2026 von www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_19_Sicherstellung_bedarfsgerechter_Hilfen_fuer_Frauen.pdf

Bundesärztekammer. (22./23. August 2018). (Muster-)Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018. (Bundesärztekammer, Hrsg.) Berlin. Abgerufen am 23. April 2026 von www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Kursbuecher/2018/20240822_23_MKB_Psychosomatische_Grundversorgung.pdf

Bundesärztekammer. (16. Februar 2023). *Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützen Behandlung Opioidabhängiger.* Abgerufen am 30. April 2026 von www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Public_Health/Richtlinien/Richtlinie-BAEK-Substitution_16.02.2023.pdf

Bundesinsititut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (Januar 2022). *Substitutionsregister.* Abgerufen am 30. April 2026 von Bericht zum Substittitionsregister 2021.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (06. Dezember 2022). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. German Modification Version 2023 Mit Aktualisierung vom 06.12.2022*. Abgerufen am 09. Oktober 2026 von https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/index.htm

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (Januar 2023). *Substitutiosregister.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von Bericht zum Substitutionsregister 2022: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2023.pdf?__blob=publicationFile

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (Januar 2024). *Substitutionsregister.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2024.pdf?__blob=publicationFile

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2025). *Bericht zum Substitutionsregister 2024.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2025.pdf?__blob=publicationFile

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (01. Juli 2025). *Betreuungsrecht.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Betreuungsrecht.html

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (3. August 2023). *Bundesteilhabegesetz.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz-art.html

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (Mai 2026). *Abschluss des Dialogprozesses Eingliederungshilfe.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von Empfehlungen aus dem Dialogprozess Eingliederungshilfe: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Teilhabe/empfehlungspapier-eingliederungshilfe-sgb-ix.pdf?__blob=publicationFile&v=10

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2026). *Zweite Verordnung zur Änderung der Teilhabeberatungsverordnung*. Von https://bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/zweite-verordnung-zur-aenderung-teilhabeberatungsverordnung.html abgerufen

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland - SHILD.* Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Ergebnisse_SHILD.PDF

Bundesministerium für Gesundheit. (2026). *Statistiken zum Alkoholkonsum*. Abgerufen am 11. Oktober 2026 von www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol

Bundesverband Soziotherapie. (2026). Abgerufen am 26. April 2026 von https://soziotherapie.eu/soziotherapie/soziotherapeut-finden/

Caritas Tagestreff/Suppenküche des Caritasverbandes für das Bistum Erfurt e.V. (2026). *Tätigkeitsbericht für den Berichtszeitraum 01.01.2024 - 31.12.2024.* Erfurt.

Christophoruswerk Erfurt gGmbH. (2026). *Begegnungsstätte für psychisch Erkrankte und deren Angehörige - Jahresbericht 2018 - 2025.* Erfurt.

Davis, K. A., Sudlow, C. L., & Hotopf, M. (26. Juli 2016). Can mental health diagnoses in administrative data be used for research? A systematic review of the accuracy of routinely collected diagnoses. *BMC Psychiatry*. doi:10.1186/s12888-016-0963-x.

Deutsche Angestellten Krankenkasse . (15. April 2025). DAK Psychreport 2025. Abgerufen am 20. April 2026 von https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/91772/data/4e1fc7bc25d1abe1339535a2da6d9be4/dak-psychreport-ergebnis-praesentation.pdf

Deutsche Gesellschaft für Neuromodulation e.V. (2026). *DGNM-online.de*. Abgerufen am 23. August 2026 von Infos zum Thema Neuromodulation: https://www.dgnm-online.de/patienteninfos/

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.* (U. Gühne, S. Weinmann, S.-G. Riedel-Heller, & T. Becker, Hrsg.) doi:https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2024). *DHS Jahrbuch Sucht 2024.* Lengerich: pabst Science Publishers. Abgerufen am 10. September 2026 von https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Jahrbuch_Sucht/DHS_Jahrbuch_Sucht_2024.pdf

Deutscher Bundestag. (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland .* https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf: DGPPN.

Deutsches Ärzteblatt. (31. Juli 2023). *Thüringen: Gesetz zu Gesundheitsämtern im Herbst im Kabinett*. Abgerufen am 09. Oktober 2026 von www.aerzteblatt.de/nachrichten/144940/Thueringen-Gesetz-zu-Gesundheitsaemtern-im-Herbst-im-Kabinett

Deutsches Ärzteblatt. (12. 10 2026). *Bedarfsplanung: Ärzte und Psychotherapeuten besser verteilen.* Von https://www.aerzteblatt.de/archiv/bedarfsplanung-aerzte-und-psychotherapeuten-besser-verteilen-804d8cd6-05bd-4227-a9c0-9ae1b1b2363a abgerufen

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M., & Coltart, I. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen.* Bern, Schweiz: Hogrefe.

Erfurt, J. (kein Datum). jährliche Statistik des Jugendamtes Erfurt.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). (2025/2026). Angaben der EUTB. *E-Mail vom 25.02.2025 und 24.04.2026*.

Europäische Kommission. (2008). *European Pact for mental Health and Well-being.* Abgerufen am 24.. April 2026 von https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (15. Mai 2015). *Perspektives on Drugs - Wastewater analysis and drugs: a Euroean mult-city study.* Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.drugsandalcohol.ie/21972/1/wastewater.pdf

European Union Drugs Agency. (18. März 2026). *Wastewater analysis and drugs - a European multi-city study*. Abgerufen am 18. März 2026 von Data explorer: https://www.euda.europa.eu/publications/pods/waste-water-analysis_en

EX-IN Sachsen e.V. (02. 09 2026). E-Mail vom 02.09.2026. Erfurt.

Frank, L., Yesil-Jürgens, R., & Razum. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. (R. Koch-Institut, Hrsg.) *Journal of Health Monitoring, 2*(1), S. 24-47. doi:DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-005

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023). *Referenzbericht HELIOS Klinikum Erfurt.*

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024a). *Referenzbericht HELIOS Klinikum Erfurt.* Berlin.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024b). *Referenzbericht Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt.* Berlin.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (15. Mai 2025). *Heilmittelkatalog (Zweiter Teil der Richtlinie: Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (in Verbindung mit § 12 der*

HeilM-RL). Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2024-05-16_Heilmittelkatalog.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (16. Oktober 2025). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege.* Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3999/HKP-RL_2025-10-16_iK-2025-12-12.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2025). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychsich kranke Versichterte mit komplexem psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych.* Abgerufen am 2. August 2023 von g-ba.de: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3997/KSVPsych-RL_2025-08-21_iK-2025-12-10.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (13. August 2026). *Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung*. Abgerufen am 13. August 2026 von https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/

Gemeinsamer Bundesausschuss. (11. April 2026). *Bedarfsplanungs-Richtlinie.* Abgerufen am 11. Oktober 2026 von Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4102/BPL-RL_2026-02-19_iK-2026-04-11.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (17. Juni 2026). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).* Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.g-ba.de/richtlinien/20/

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (31. Juli 2023). *Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen)*. Von https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=59774795&p_sprache=D&p_thema_id=253&p_thema_id2=8500&p_thema_id3=14300&p_thema_id4=14300 abgerufen

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (21. April 2026). Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD-10. Abgerufen am 21. April 2026 von https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=50142085&p_sprache=D&p_thema_id=26889&p_thema_id2=19200&p_thema_id3=19400&p_thema_id4=19470

GKV_Spitzenverband. (kein Datum). *Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V (PIA).* Von https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/psychiatrische_institutsambulanzen/psychiatrische_institutsambulanzen.jsp abgerufen

GKV-Spitzenverband. (17. Dezember 2025). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V.* Abgerufen am 11. August 2023 von gkv-spitzenverband.de: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

GKV-Spitzenverband. (16. Juni 2025). *Leitfaden zur Selbsthilfeförderung: Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 16. Juni 2025.* Abgerufen am 11. Oktober 2026 von Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/selbsthilfe/Leitfaden_Selbsthilfeforderung_2025_P240200_barrierefrei.pdf

GKV-Spitzenverband. (2026). Abgerufen am 01. April 2026 von Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V (PIA): https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/psychiatrische_institutsambulanzen/psychiatrische_institutsambulanzen.jsp

GKV-Spitzenverband. (11. Oktober 2026). *Psychiatrie*. Von https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrie.jsp abgerufen

GPV Erfurt. (22. Juni 2022). Standards des Erfurter Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Erfurt, Thüringen, Deutschland.

GPV Erfurt. (2023). *GPV Erfurt Kooperationsvereinbarung.* Erfurt.

GPV Erfurt. (2023). *Kooperationsvereinbarung.* Erfurt.

Greve, N., Bomke, P., Kurzewitsch, E., & Becker, T. (2021). Versorgungsnetze für Menschen mit psychischen Störungen. In *Krankenhaus-Report 2021* (S. 149-171). Springer. Abgerufen am 02. Juli 2026 von https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-62708-2_9

Gusy, B. (2026). Streetwork / Aufsuchende Soziale Arbeit. In Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 1056-1060). Abgerufen am 17. 09 2026 von Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit: https://books.publisso.de/de/publisso_gold/publishing/books/overview/54/495

Hartung, S., & Rosenbrock, R. (2026). Public health Action Cycle/ Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategeienn und Methoden* (S. 885-889). Abgerufen am 24.. April 2026 von

https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus/

Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K., Baumert, J., Thamm, R., Maier, B., . . . Hapke, U. (15. September 2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. (R. Koch-Institut, Hrsg.) *Journal of Health Monitoring*, S. 3-26. doi:10.25646/8456

HELIOS KLinikum Erfurt. (13. 05 2026). E-Mail vom 13.05.2026 von Hrn. Prof. Dr. Schlösser. Erfurt.

HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. (31. 08 2026). Email vom 31.08.2026.

HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. (29. 09 2026). Email vom 29.09.2026 von K. Cincik. Erfurt.

Hoell, A., Kourmpeli, E., Salize, H., Heinz, A., Padberg, F., Habel, U., . . . Bajbouj, M. (2021). Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. doi:10.1192/bjo.2021.54

IPSO Thüringen. (2026). *Sachbericht 2025.* Erfurt.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H. (19. Januar 2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, S. 77-87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (1. Januar 2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, S. 88-90. doi:10.1007/s00115-015-4458-7

Jugendamt Erfurt. (2025). jährliche Statistik des Jugendamtes Erfurt.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (12. März 2026). *Arztzahlstatistik. Kritischer Trend setzt sich fort: Mehr Ärzte und trotzdem weniger Zeit*. Abgerufen am 13. September 2026 von https://www.kbv.de/presse/pressemitteilungen/2026/kritischer-trend-setzt-sich-fort-mehr-aerzte-und-trotzdem-weniger-zeit

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. (01. Mai 2025). *Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger.* Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/KAEV/3200/AF/3200_AF_Substi_2021_01_0001.pdf

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. (24. September 2026). *Arzt- und Leistungssuche*. Abgerufen am 24. September 2026 von https://www.kv-thueringen.de/arztsuche

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. (26. 02 2026). Versorgungsdaten Erfurt. Weimar.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. (11. 08 2026). *www.kv-thueringen.de*. Von https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/KAEV/3200/MBO/3200_MBO_MitNetzv_2025_14_0001.pdf abgerufen

Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt. (2023). *Obdachlosenstatistik vom Jahr 2023 .* Erfurt.

Katholisches Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt. (13. 05 2026). Angaben per E-Mail. Erfurt.

Kohring, C., Hartmann, M., Holstiege, J., & Müller, D. (2024). *Inzidenztrends für 37 psychische Störungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung-Entwicklungen zwischen 2015 und 2022 mit Fokus auf Schizophrenie, Depressionen, tabakbezogenen und somatoformen Störungen sowie Schlaf- und Persönlichkkeitsstörungen.* (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Hrsg.) doi:10.20364/VA-24.0

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen. (01. Januar 2010). Statut der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS). Erfurt.

Laging, M. (2023). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen - Konzepte - Methoden* (3. Ausg.). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag GmbH.

Landesarbeitsgemeinschaft der Thüringer Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren. (2022). *Indikatorenkatalog der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft.*

Landesarbeitsgemeinschaft Thüringer Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren. (2022). *Positionspapier "Psychiatrischer Krisendienst in Thüringen".* Erfurt.

Landeshaupstadt Erfurt. (31. 12 2025). Bevölkerung der Stadt. Erfurt. Abgerufen am 19. 04 2026 von https://www.erfurt.de/ef/de/rathaus/daten/bevoelkerung/stadt/index.html

Landeshaupstadt Erfurt. (2026). *Suchthilfestatistik 2023, 2024, 2025.* Erfurt: Gesundheitsamt.

Landeshaupstadt Erfurt, Sozialpsychiatrischer Dienst. (2025). *Statistik zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Landeshaupstadt Erfurt im Jahr 2025.* Erfurt.

Landeshauptstadt Erfurt. (06. 12 2022). *BERTHA – Neues Angebot der Streetworker in Erfurt*. Von https://www.erfurt.de/ef/de/service/aktuelles/pm/2022/143202.html abgerufen

Landeshauptstadt Erfurt. (2024 / 2025). *Wegweiser für Psychiatrie und Sucht 2024/2025.* Erfurt: Gesundheitsamt Erfurt.

Landeshauptstadt Erfurt. (2024). *Suchthilfestatistik 2024.* Erfurt: Gesundheitsamt Erfurt.

Landeshauptstadt Erfurt. (2024). Wegweiser für Psychiatrie und Sucht 2024/2025. Erfurt. Von https://www.erfurt.de/mam/sv/service/mediathek/veroeffentlichungen/2025/wegweiser_psychiatrie-sucht_2024-2025.pdf abgerufen

Landeshauptstadt Erfurt. (2025). *Erfurter Maßnahmenplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.* Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.erfurt.de/mam/ef/leben/soziales_und_gesundheit/inklusionsmanagement/erfurter_massnahmenplan_unbrk2025_web.pdf

Landeshauptstadt Erfurt. (12. 2025). Erfurter Statistik: Wohnungs- und Haushaltserhebung 2024. *Heftnummer 129*, 273. (L. Erfurt, Hrsg.) Erfurt. Abgerufen am 2025. 02 12 von https://www.erfurt.de/mam/ef/service/mediathek/publikationen/2026/whe_2024_finalbericht.pdf

Landeshauptstadt Erfurt. (2025). *Statistisches Kurzprofil zum Wirtschaftsstandort Erfurt.* (L. Erfurt, Hrsg.) Von https://www.erfurt.de/ef/de/wirtschaft/wirtschaftsstandort/daten/index.html abgerufen

Landeshauptstadt Erfurt. (01 2026). Abgerufen am 19. 4 2026 von https://www.erfurt.de/ef/de/rathaus/daten/bevoelkerung/bevoelkerungsprognose/index.html

Landeshauptstadt Erfurt. (2026). *erfurt.de*. Abgerufen am 05. Februar 2026 von https://www.erfurt.de/ef/de/service/aktuelles/pm/2026/153297.html

Landeshauptstadt Erfurt. (2026). *Sozialpsychiatrischer Dienst*. Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.erfurt.de/ef/de/rathaus/sv/aemter/stelle-346.htmc

Landeshauptstadt Erfurt. (03. 03 2026). Statistisches Kurzprofil zum Wirtschaftsstandort Erfurt. (L. Erfurt, Hrsg.) Erfurt. Von https://www.erfurt.de/ef/de/wirtschaft/wirtschaftsstandort/daten/index.html abgerufen

Landeshauptstadt Erfurt. (2026). *Wohnungsnotfallhilfe und Soziale Wohnraumförderung.* Abgerufen am 18. 09 2026 von Flyer Netzwerk Wohnungsnotfallhilfe:

https://www.erfurt.de/mam/ef/rathaus/buergerservice/doc/flyer_netzwerk_wohnungsnotfallhilfe.pdf

Landeshauptstadt Erfurt. (05. 02 2026). *www.erfurt.de*. Von https://www.erfurt.de/ef/de/leben/gesundheit/seelischegesundheit/144220.html abgerufen

Landeshauptstadt Erfurt, Büro für Migration und Integration/Integrationsmanagement. (2025). *3. Evaluierung Maßnahmenplan für das Erfurter Integrationskonzept.* Erfurt.

Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt. (Dezember 2025). Evaluation gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz. Erfurt.

Landeshauptstadt Erfurt, Jugendamt. (2026). *Streetwork in Erfurt*. Abgerufen am 17. 09 2026 von https://www.erfurt.de/ef/de/leben/familien/kinder-und-jugendarbeit/jugendsozialarbeit/109753.html

Landeshauptstadt Erfurt, Sozialpsychiatrischer Dienst. (2024). *Statistik zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Landeshauptstadt Erfurt im Jahr 2024.* Erfurt.

Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg. (2017). Die Maslowsche Bedürfnispyramide. https://www.lpb-bw.de/fileadmin/Abteilung_III/jugend/pdf/ws_beteiligung_dings/2017/ws6_17/maslowsche_beduerfnispyramide.pdf.

Lange, C., Manz, K., & Kuntz, B. (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. *Journal of Health Monitoring*, S. 74-81. doi:10.17886/RKI-GBE-2017-032

Lange, C., Manz, K., Rommel, A. S., & Mensink, G. b. (2016). Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. *Journal of Health Monitoring*, S. 2-21. doi:DOI 10.17886/RKI GBE 2016 025

Lehmann et al. (2021). *Die Substitutionstherapie Opioidabhängiger in Deutschland: Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV aus der Sicht substituierender Ärztinnen und Ärzte.* Stuttgart: Thieme.

Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., . . . Wittchen, H.-U. (September 2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*, S. 289-303. doi:10.1002/mpr.1438

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., & Brähler, E. (April 2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, S. 577–586. doi:https://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5

Manthey, J., Jacobsen, B., Kalke, J., Kraus, L., Radas, S., Schranz, A., . . . Schreier, S. (2025). *EKOCAN - Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN): 1. Zwischenbericht.* Hamburg. doi:10.25592/uhhfdm.17993

Manthey, J., Kalke, J., Kraus, L., Radas, S., Schranz, A., Verthein, U., . . . Schreier, S. (Mai 2026). *Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN), 2. Zwischenbericht.* doi:DOI: 10.25592/uhhfdm.18530

Marschner, R., & Brosey, D. (2022). *Rechtliche Grundlagen psychiatrischer Arbeit.* S. 167.

Martini, H. (1986). Kommunales Entscheidungsverhalten und die Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts- Einführung in die Thematik der Tagung. In C. Kulenkampff, H. Martini, & Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), *Psychiatrie in der Gemeinde: Die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzeptes* (S. 9-16). Bergisch Gladbach: Rheinland-Verlag GmbH. Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_13.pdf

Mauz, E., Eicher, S., Peitz, D., Junker, S., & Hölling, H. T. (17. November 2021). Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. *Journal of Health Monitoring*. doi:10.25646/9178

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. (12. Oktober 2026). *Landespsychiatrieplan NRW.* Von https://mags.nrw/system/files/media/document/file/lpp_nrw.pdf abgerufen

Mitchell, A. J., & Vaze, A. (22. August 2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, S. 609-619. doi:10.1016/S0140-6736(09)60879-5

Möller, H.-J., Laux, G., & Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.). (2017). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Auflage Ausg., Bd. 1). Springer. doi:10.1007/978-3-662-49295-6

Mösko, M. (2020). Mehrsprachigkeit in der Gesundheitsversorgung. In I. Gogolin, A. Hansen, S. McMonagle, & D. Rauch (Hrsg.), *Handbuch Mehrsprachigkeit und Bildung* (S. 369-373). Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi:10.1007/978-3-658-20285-9

Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe. (2026). *Selbsthilfe unterstützen - Das Fachportal*. Abgerufen am 02. Februar 2026 von Öffentlichkeitsarbeit: https://selbsthilfe-unterstuetzen.de/grundlagen/oeffentlichkeitsarbeit/

Neuner, I., & Schneider, F. (2017). Suizidalität. In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 615-624). Berlin: Springer. Abgerufen am 25. April 2026

Neurologen und Psychiater im Netz. (2026). *Begriffserklärung: Psychiatrie, Psychiater, Psychotherapeut, Psychologe*. Abgerufen am 26. April 2026 von https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/psychiatrie/

Nickl-Jockschat, F., & Schneider, F. (2017). Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2). In *Facharztwissen Psychiatrie, Psychsomatik und Psychotherapie* (S. 301-336). Berlin: Springer.

Piontek, K., Shedden-Mora, M. C., Gladigau, M., Kuby, A., & Löwe, B. (12. November 2018). Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comaprisons with depression and anxiety. doi:10.1186/s12888-018-1940-3

Poulsen, O. M., Persson, R., Kristiansen, J., Andersen, L. L., Villadsen, E., & Ørbæk, P. (2013). Distribution of subjective health complaints, and their association with register based sickness absence in the Danish working population. *Scand J Public Health*. doi:10.1177/1403494812471909

Pschyrembel Online. (2026). Posttraumatische Belastungsstörung. *Pschyrembel Online:*. de Gruyter. Abgerufen am 21. April 2026 von https://www.pschyrembel.de/Posttraumatische%20Belastungsst%C3%B6rung/K03KC

Pschyrembel Online. (27. September 2026). *Somatoforme Störung*. Abgerufen am 19.04.2026 von Pschyrembel Online: https://www.pschyrembel.de/Somatoforme%20St%C3%B6rung/K0LMR

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. (2026). Psychotherapeut, Psychologe oder Psychiater? Abgerufen am 26. April 2026 von https://www.pknds.de/ratsuchende/allgemeines/abgrenzung-begriffe-psychologischer-berufe/

refugio thüringen e.V. (23. April 2026). Email von refugio thüringen e.V. Erfurt.

Robert Koch-Institut. (2021). Psychische Gesundheit in Deutschland. *Erkennen - Bewerten - Handeln Schwerpunktbericht Teil 1 Erwachsene*. (Robert Koch-Institut, Hrsg.) Berlin. doi:10.25646/8831

Robert Koch-Institut. (2022). *Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020*. doi:10.25646/9362

Robert Koch-Institut. (11. Oktober 2022). *Faktenblatt: Entwicklung der psychischen Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie*. Abgerufen am 09. Oktober 2026 von https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Psychische-

Gesundheit/Psychische-Gesundheit-und-Stoerungen/COVID-Pandemie-und-psychische-Gesundheit-Erwachsener.html?nn=16776990

Robert Koch-Institut. (20. September 2022). *Übersicht über relevante Begriffe und Konzepte zum diskriminierungssensiblen Sprachgebrauch rund um das Thema Migration und Gesundheit*. Abgerufen am 09. Oktober 2026 von https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/M/Migration-Gesundheit/Uebersicht.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Robert Koch-Institut. (31. März 2025). *Demenz*. Abgerufen am Oktober 09 2026 von https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Nichtuebertragbare-Krankheiten-A-Z/D/Demenz/Demenz_inhalt.html

Robert Koch-Institut. (2025). *Psychische Störungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre).* Abgerufen am 20. April 2026 von https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/PsychischeStoerungenAdministrativePraevalenz/psychischeStoerungenAdminPraevalenz_node.html?kennzahl=1&darstellung=0&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0&varyingParamForTrendline=%7B%22region%22%3A16%7D

Rommel, A., Gaertner, B., Neuhauser, H., Yessimova, D., Schröder, H., Brückner, G., . . . Porst, M. (17. März 2025). Demenzerkrankungen – Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten. *Journal of Health Monitoring*. doi:10.25646/13078

Sächsisches Krankenhaus Rodewisch. (23. bis 25. Mai 1963). *Rodewischer Thesen*. Abgerufen am 04. September 2026 von https://www.skh-rodewisch.sachsen.de/ueber-uns/rodewischer-thesen/

Schneider, F., Wien, S., & Weber-Papen, S. (2017). Epidemiologie und Ätiologie psychischer Erkrankungen. In F. Schneider, & F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychsomatik und Psychotherapie* (S. 3-10). Berlin, Heidelberg. doi:doi.org/10.1007/978-3-662-50345-4_1

Schulte-Kemma, G., Krüger, U., Kunze, H., & Aktion Psychisch Kranke e.V. (2004). *Abschlussbericht des Projektes Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg.* Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Implementation-personenzentriert_Berichtsteil.pdf

SiT - Suchthilfe in Thüringen gGmbH. (2026). *Suchthilfe aus einer Hand*. Abgerufen am 09. September 2026 von Adaptionseinrichtung Erfurt: https://sit-online.org/suchthilfe-aus-einer-hand/adaptionseinrichtungen/adaptionseinrichtung-erfurt

SiT-Suchthilfe in Thüringen, Sucht- und Drogenberatungsstelle Knackpunkt. (23. April 2026). Anmerkungen der Sucht- und Drogenberatungsstelle Knackpunkt.

Soyka, M. (2015). *Medikamentenabhängigkeit Entstehungsbedingungen – Klinik – Therapie.* Stuttgart: Schattauer. Abgerufen am 15. Juli 2026

Soyka, M. (2021). Missbrauch und Abhängigkeit von Benzodiazepinen und Z-Drugs. *Nervenheilkunde, 40* (2021), S. 636-646. doi:10.1055/a-1523-5718

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). Statistischer Bericht – Grunddaten der Krankenhäuser 2024. Abgerufen am 11. Oktober 2026 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/_publikationen-innen-statistischer-bericht.html

Statistisches Bundesamt (Destatis). (13. April 2026). genesis.destatis.de. (Statistisches Bundesamt, Hrsg.) Abgerufen am 19. April 2026 von https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23631/table/23631-0001/table-toolbar#filter=JTdCJTIyaGlkZUVtcHR5Q29scyUyMiUzQWZhbHNlJTJDJTIyaGlkZUVtcHR5Um93cyUyMiUzQWZhbHNlJTJDJTIyY2FwdGlvbiUyMiUzQSU1QiU3QiUyMnZhcmlhYmxlSWQlMjIlM0ElMjIyMzYzMSUy

Thom, J. (13. Januar 2025). *Mental Health Surveillance am RKI - aktueller Stand und Perspektiven.* (D. N. e.V., Hrsg.) Abgerufen am 09. Oktober 2026 von 1. DNVF Kolloquium Seelische Gesundheit: https://www.dnvf.de/files/theme_files/pdf/PDF-AG_FG/FGsG/20250113_DNVF-Kolloquium_1_RKI_Thom.pdf

Thom, J., Jonas, B., Reitzle, L., Mauz, E., Hölling, H., & Schulz, M. (2024). Trends in the Diagnostic Prevalence of mental disorders. 2012-2022- using nationwide outpatient claims data for mental health surveillance. *Deutsches Ärzteblatt international*, S. 355-362. doi:10.3238/arztebl.m2024.0052

Thom, J., Kuhnert, R., Born, S., & Hapke, U. (2017). 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. doi:10.17886/RKI-GBE-2017-057

Thüringer Landesamt für Statistik. (01. Januar 2019). *Voraussichtliche Bevölkerung 2018*), 2030 und 2040 nach ausgewählten Altersgruppen und Kreisen (am 31.12. des jeweiligen Jahres)*. Abgerufen am 12. Oktober 2026 von Ergebnisse der 2. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung (rBv): https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kz200123&startpage=1&datcsv=&richtung=&sortiere=&vorspalte=1&SZDT=&anzahlH=-1&fontgr=12&mkro=&AnzeigeAuswahl=&XLS=&auswahlNr=51&felder=0&felder=1&felder=2&felder=3&felder=4&felder=5&felder=6

Thüringer Landesamt für Statistik. (31. Dezember 2020). *Arbeitslose und Arbeitslosenquote im Jahresdurchschnitt nach Kreisen 2007 -2020*. Abgerufen am 1. August 2023 von https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000310

Thüringer Landesamt für Statistik. (31. Dezember 2021). *Bevölkerungsentwicklung 2021, 2030, 2040 und 2042 nach zusammengefassten Altersgruppen und Kreisen*. Abgerufen am 12. Oktober 2026 von Ergebnisse der 3.regionalen Bevölkerungsvorausberechnung: https://www.statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=KZ300123

Thüringer Landesamt für Statistik. (31. Dezember 2024). *Statistische Daten*. Abgerufen am 12. Oktober 2026 von Duchschnittsalter der Bevölkerung 2024 bis 2045 nach Geschlecht und Kreisen in Thüringen: https://statistik.thueringen.de/DatenBank/TabAnzeige.asp?auswahlnr=51&tabelle=kz400124

Thüringer Landesamt für Statistik. (31. Dezember 2025). *Arbeitslose und Arbeitslosenquote im Jahresdurchschnitt nach Kreisen ab 2021*. Abgerufen am 01. August 2026 von statistik.thueringen.de: https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000311

Thüringer Landesamt für Statistik. (22. Juli 2025). *Pressemitteilung 169/2025 vom 22. Juli 2025: Lebenserwartung in Thüringen 2024 wieder gestiegen.* Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://statistik.thueringen.de/presse/2025/pr_169_25.pdf

Thüringer Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderungen. (24. April 2024). *Empfehlung des Landesbeirats für Menschen mit Behinderungen zur Einrichtung eines psychiatrischen Krisendienstes in Thüringen.* Abgerufen am 09. Oktober 2026 von www.tlmb-thueringen.de/fileadmin/user_upload/redaktion_tlmb/themen/downloads/Beschluss_Einrichtung_psychiatrischer_Krisendienst.pdf

Thüringer Landesfachbeirat für Psychiatrie. (2024). Beschluss: Psychiatrischer Krisendienst. (S. 1). Erfurt: TMASGFF.

Thüringer Landtag. (23. September 2026). *Online-Diskussionsforum*. Abgerufen am 23. September 2026 von Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes: https://forum.thueringer-landtag.de/diskussionen/diskussion/thueringer-gesetz-zur-neuregelung-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes

Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. (Januar 2020). *7. Thüringer Krankenhausplan 2017-2022.* Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thueringer_krankenhausplan_stand_januar2020.pdf

Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. (Juli 2022). *Andere Leistungs-Anbieter.* Abgerufen am 07. September 2026 von https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Broschuere_Andere_Leistungsanbieter_2023.pdf

Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. (09. Juli 2024). *8. Thüringer Krankenhausplan 2024-2030.* Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Unser_Krankenhaus_von_morgen/8.Thueringer_Krankenhausplan_09.07.2024.pdf

Thüringer Ministerium für Justiz, Migration und Verbraucherschutz. (2026). *Vollstreckungszuständigkeit und Haftplätze*. Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://justizvollzug.thueringen.de/justizvollzugseinrichtungen/justizvollzugsanstalt-tonna/ueber-uns/zustaendigkeit-und-belegungsfaehigkeit

Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie. (2025). *Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform*. Abgerufen am 26. April 2026 von Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten - Allgemeine fachärztliche Versorgung (2024): https://gesundheitsplattform.thueringen.de/#/Tabelle/0402/06.002_allg_FA

Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie. (12. März 2026). *Gesundheitsplattform Thüringen*. Von https://gesundheitsplattform.thueringen.de/#/Start abgerufen

Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie. (13. Mai 2026). *Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform*. Abgerufen am 13. Mai 2026 von Ambulante vertragsärztliche Versorgung nach Fachgruppen (Indikator 07.020): https://gesundheitsplattform.thueringen.de/#/Thema/0302/06.053

Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie. (26. April 2026). *Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform*. Abgerufen am 26. April 2026 von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen (Indikator 08.013): https://gesundheitsplattform.thueringen.de/#/Thema/0402/08.013

Thüringer Polizei, Landespolizeiinspektion Erfurt. (22. April 2026). Polizeiliche Kriminalstatistik für das Jahr 2025 für den Bereich der Landespolizeiinspektion Erfurt / Stadt Erfurt / Pressegespräch am 22.4.2026. Erfurt.

United Nations. (2015). *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1).* Abgerufen am 24. April 2026 von https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981

VDEK Die Ersatzkassen. (27. Januar 2026). *Soziotherapie*. Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://www.vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/pflege-1/soziotherapie.html

Verein für Persönliche Hilfen und Betreuungen in Erfurt e.V. (15. 12 2025). Angaben des Vereins per E-Mail an psychiatrie-suchtkrankenhilfe@erfurt.de. Erfurt.

Vernaleken, A., & Schneider, F. (2017). Suchtkrankheiten Teil 1: Allgemeine Aspekte und legale Suchtmittel (F1). In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 258-300). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-50345-4

Veselinović, T., & Schneider, F. (2017). Somatoforme Störungen (F45). In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 407-420). Berlin Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-662-50345-4_27

Wälte, D., & Schneider, F. (2017). Essstörungen (F50). In *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 421-431). Berlin. Abgerufen am 25. April 2026

Walther, L., Vogelgesang, F., Schaffrath Rosario, A., Kersjes, C., Thom, J., Peitz, D., . . . Mauz, E. (2025). Depressive und Angstsymptomatik bei Erwachsenen in Deutschland:. *Journal of Health Monitoring*. doi:10.25646/13554

Weltgesundheitsorganisation. (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation, Hrsg.) Genf. Abgerufen am 26. September 2026 von https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icf/icfbp2005_zip.html?nn=841246&dlConfirm=true&calledFromDoc=841246

Weltgesundheitsorganisation. (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence.* Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6e13bd2e-4c56-4a39-b69b-5bfa96d933f1/content

Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt.* Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://www.dv-idee.at/assets/PDFs/Faktenblatt-WHO_Psychische-Gesundheit-v2.pdf: https://www.dv-idee.at/assets/PDFs/Faktenblatt-WHO_Psychische-Gesundheit-v2.pdf

WHO Regional Office for Europe . (2022). *WHO European Framework for action on mental health 2021-2025.* (WHO Regional Office for Europe, Hrsg.) Abgerufen am 4. August 2023 von https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1414471/retrieve

WHO Regional Office for Europe. (2005). *Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions.* Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9a527f03-2685-4a60-9375-0bf85338db06/content

Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2026). Psychische Störung. *Dorsch: Lexikon der Psychologie*. Bern. Abgerufen am 19. April 2026 von https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychische-stoerung#search=7418cf74519774f757f037a12857a5dc&offset=0

Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2026). Affektive Störungen. *Dorsch: Lexikon der Psychologie*. Bern: Hogrefe. Abgerufen am 21. April 2026 von https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/affektive-stoerungen

Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2026). Klassifikation psychischer Störungen. *Dorsch: Lexikon der Psychologie*. Bern: Hogrefe. Abgerufen am 19. April 2026 von https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/klassifikation-psychischer-stoerungen#search=b5c43a2f488000165784f3c723b9074e&offset=0

Wirtz, M. A. (Hrsg.). (kein Datum). Klinische Psychologie und Psychotherapie. *Dorsch: Lexikon der Psychologie*. Bern. Abgerufen am 19. April 2026 von Dorsch Lexikon der Psychologie: https://dorsch.hogrefe.com/gebiet/klinische-psychologie-und-psychotherapie

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages. (2022). *Sachstand zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland.* Deutscher Bundestag. Abgerufen am 12. Oktober 2026 von https://www.bundestag.de/resource/blob/918608/7391ca2b2cc017ebb7a80507544472d7/WD-9-062-22-pdf-data.pdf

Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (Mai 2004). *Angststörungen.* (Robert Koch-Institut, Hrsg.) doi:3-89606-152-6

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., & Ryl, L. (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51: Depressive Erkrankungen. (Robert Koch-Institut, Hrsg.) Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (15. April 2026). *Versorgungsatlas*. Von https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/148/tabellen/_?zeitwert=1640995200&sr_val=&sw_val=&skv_val=&auspragung=111&region=Kreis16 abgerufen

Zimmermann, T. (18. August 2023). Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.) doi:10.17623/BZGA:Q4-i096-3.0

14 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AG	Arbeitsgruppe
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AK	Arbeitskreis
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APA	American Psychological Association
APP	Ambulant psychiatrischer Pflegedienst
ASS	Autismus-Spektrum-Störungen
AWO	Arbeiterwohlfahrt
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBB	Berufsbildungsbereich
Berufl.	Beruflich
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFSG	Barrierefreiheitsstärkungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales

BRK	Behindertenrechtskonvention
Bspw.	beispielsweise
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BTMG	Betäubungsmittelgesetz
bzw.	beziehungsweise
CJD	christliches Jugenddorf
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
d.h.	das heißt
DSM	Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen
EHIS	European Health Interview Survey
EUDA	European Union Drugs Agency
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
et al.	und andere
EV	Eingangsverfahren
e.V.	eingetragener Verein
f.	folgende Seite / folgender Paragraph
ff.	folgende Seiten / folgende Paragraphen
FK	Fachkraft
g	Gramm
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“

GesDV	Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten
Gesetzl.	Gesetzlich
Ggf.	gegebenenfalls
Ggfs.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Erfurt Gemeindepsychiatrischer Verbund Erfurt
GWS	Großwohnsiedlung
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPSO	Ipso Care Center Thuringia
i.V.m.	in Verbindung mit
JBF	Jugendberufsförderung
JVA	Jugendvollzugsanstalt
KCanG	Konsumcannabisgesetzes
KI	Konfidenzintervall
KipkE	Kinder psychisch kranker Eltern
KISS	Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
KKH	Katholisches Krankenhaus
KSVPsych-RL	Richtline über die berufsgruppenübergreifende koordinierte und strukturierte Versorgung

KVT	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LDL	Low-Density-Lipoprotein
Lt.	laut
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin
Med.	medizinisch
mg	Milligramm
n	Größe der Stichprobe
Neurol.	Neurologie
Nr.	Nummer
o.J.	ohne Jahr
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OST	Opioidsubstitutionstherapie (opioid substitution treatment)
ÖKP	Ökumenische Kliniken für Psychiatrie gGmbH
PEP	Psychiatrie-Entwicklungsprogramm
PHAC	Public health action cycle
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PrävG	Präventionsgesetz/Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PSZ	Psychosoziales Zentrum

PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
PÜMaS	professionelles Übergangsmanagement für Inhaftierte und Haftentlassene
Reha	Rehabilitation
s.	siehe
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppe
Sic	sic erat scriptum – so stand es geschrieben
SiT	Suchthilfe in Thüringen
Sog.	sogenannte
SPDI	Sozialpsychiatrischer Dienst
St.	Sankt
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
ST-RL	Soziotherapie-Richtlinie
TH	Thüringen
ThürGDG	Thüringer Gesundheitsdienstgesetz/Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
ThürGIG	Thüringer Gesetz zur Inklusion und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen
ThürPsychKG	Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliches
UN	United Nations (Vereinte Nationen)

VDEK	Verband der Ersatzkassen e.V.
Vgl.	vergleiche
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
§	Paragraph

15 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (eigene Abbildung Quelle: Jacobi et al. 2016) 22
Abbildung 2: Anteil der Erwachsenen mit Diagnose einer psychischen Störung an allen gesetzlich Versicherten in Prozent. Quelle: Robert Koch Institut 2025, eigene Abbildung . 23
Abbildung 3: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versichertenjahre in Erfurt 2021-2025 (Quelle: AOK PLUS Gesundheitsberichte 2021-2025) 24
Abbildung 4: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versichertenjahre in Erfurt im Thüringer und bundesweiten Vergleich (Quelle: AOK PLUS Gesundheitsberichte 2021-2025)..... 25
Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre in Erfurt 2021-2025 (Quelle: AOK PLUS Gesundheitsberichte 2021-2025) 26
Abbildung 6: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versichertenjahre im Bereich Psyche im Vergleich 2021-2025 (Quelle: AOK PLUS Gesundheitsberichte 2021-2025) 26
Abbildung 7: Überblick Gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur (eigene Abbildung angelehnt an Erfurter Psychiatrie- und Suchtwegweiser)..... 33
Abbildung 8: Entwicklung des Versorgungsgrades mit Nervenärztinnen und –ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Erfurt 2018 2025 (Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform, Datenhalter: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar) 37
Abbildung 9: Versorgungsgrade im Bereich Nervenärztinnen – und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Thüringen 2024 (Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar)..... 38
Abbildung 10: Größe der ärztlichen Fachgruppe Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie in Erfurt 2015 bis 2024 zum Stichtag 31.12. (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026)), eigene Abbildung. 38
Abbildung 11: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen in Erfurt 2015 bis 2024, (Quelle: Gesundheitsplattform Thüringen, Indikator 08.013 (eigene Darstellung)) 40
Abbildung 12: Einwohner je Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Erfurt und Thüringen im Vergleich 2015-2024 (Quelle:Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform, 2026, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar)..... 40
Abbildung 13 Verteilung der Kassensitze für die ambulante Versorgung Erwachsener in der Landeshauptstadt Erfurt 2024 Psychotherapie nach Ortsteil. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026) 43
Abbildung 14 Verteilung der Kassensitze für die ambulante Versorgung Erwachsener in der Landeshauptstadt Erfurt 2024 Fachgruppe Nervenheilkunde, Psychiatrie, Neurologie nach Ortsteil. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026)..... 44
Abbildung 15: Fallzahlen im Bereich Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwerte der Quartale. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar, (eigene Abbildung). 45
Abbildung 16: Fallzahl je Ärztin/Arzt im Bereich Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwerte der Quartale).Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung. 45

Abbildung 17: Entwicklung der Fallzahlen im Bereich Psychotherapie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwert der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 46
Abbildung 18: Entwicklung der Fallzahl je Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwert der Quartale), Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 46
Abbildung 19: Anteil von Diagnosen aus dem Bereich psychischer Störungen in Hausarztpraxen in Erfurt (2015-2025) (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung) 48
Abbildung 20: Verteilung der Diagnosen für Psychische-und Verhaltensstörungen in der Fachgruppe Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 50
Abbildung 21: Verteilung der Diagnosen für Psychische und Verhaltensstörungen bei ärztlichen Psychotherapeuten in Erfurt. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 51
Abbildung 22: Verteilung der Diagnosen für Psychische und verhaltensstörungen bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Erfurt. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 52
Abbildung 23: Anzahl gemeldeter Patientinnen und Patienten sowie substituierender Ärztinnen und Ärzte in Thüringen 2021-2025 Quelle: Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022-2026..... 56
Abbildung 24: Anzahl der Fälle in der ambulanten substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger in Erfurt 2015-2024 (Mittelwert der Fälle je Quartal, gerundet), Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung. 56
Abbildung 25: Verteilung der Versorgungsbereiche der Kliniken nach Postleitzahlen..... 59
Abbildung 26: Altersverteilung Klientinnen und Klienten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege 2024 in Erfurt; Quelle: Evaluation gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz, 2025 66
Abbildung 27 Kontakte zu Besucherinnen und Besuchern der Begegnungsstätte für psychisch Erkrankte und deren Angehörige vom Christophoruswerk Erfurt; Quelle: (Christophoruswerk Erfurt gGmbH, 2026)..... 74
Abbildung 28: Schnittstelle Fachberatung und Selbsthilfe; Quelle: (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020)..... 76
Abbildung 29: Schnittstelle Beratungsstelle zwischen Versorgungsform Ambulant und Stationär; Quelle: (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020)..... 76
Abbildung 30: Schnittstelle Beratungsstelle zwischen Behandlungsform Entgiftung und Entwöhnung; Quelle: (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020) 76
Abbildung 31: Schnittstelle Beratungsstelle zwischen Behandlungsbereichen Therapie und Nachsorge; Quelle: (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020)..... 77
Abbildung 32: Gesamtzahl der Anhörungen zur Unterbringung nach ThürPsychKG 2003 bis 2025 vom SPDI Erfurt; Quelle: (Landeshaupstadt Erfurt, Sozialpsychiatrischer Dienst, 2025) 81
Abbildung 33: Querschnittsbereiche der Versorgung im Gesundheitswesen; Quelle: (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020, S. 29)..... 84
Abbildung 34: System der Rehabilitation für Menschen mit psychischer Erkrankung mit Leistungsgruppen und die sich daraus ergebenden Leistungsansprüche; Quelle: eigenes Schaubild..... 86

Abbildung 35: Altersverteilung in einer Erfurter WfbM im Jahr 2024; Quelle: (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) 91
Abbildung 36: Altersverteilung der Besucherinnen und Besucher von tagesstrukturierenden Angeboten in 2024 in Erfurt; Quelle: (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) ... 98
Abbildung 37: Entwicklung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche in den Jahren 2020-2024; Quelle: (Jugendamt Erfurt, 2025) 105
Abbildung 38: Behandlungsfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwert der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 106
Abbildung 39: Behandlungsfälle je Ärztin/Therapeut in der Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Erfurt 2015 bis 2024 (Mittelwert der Quartale). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 106
Abbildung 40: Häufigste Diagnosen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie in Erfurt 2015 bis 2024 in Prozent. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 108
Abbildung 41: häufigste Diagnosen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapie 2015-2025 (in Prozent). Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung. 109
Abbildung 42: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024 Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 114
Abbildung 43: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (F11): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024 Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 115
Abbildung 44: Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024 Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 115
Abbildung 45: Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika (F13): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024 Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 116
Abbildung 46: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024 Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 117
Abbildung 47: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17): Behandlungsfälle in den Fachgruppen 2015 bis 2024 Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 117
Abbildung 48: Altersverteilung betreuter Personen in 2024 vom Erfurter Erwachsenen-Streetwork; Quelle: (Landeshauptstadt Erfurt, 2024) 127
Abbildung 49: Wohnstatus der betreuten Personen in Obdachlosigkeit in den Jahren 2022 – 2024 in Prozent der Erwachsenenstreetworker; Quelle: (Landeshauptstadt Erfurt, 2024) 129
Abbildung 50: Anteil Substanzabhängigkeit im Streetwork der Jahre 2022 – 2024 in Prozent; Quelle: (Stadtverwaltung Erfurt, 2024) 130

16 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht aller Rehabilitations- bzw. Leistungsträger mit der Zuordnung von Leistungsgruppen; Quelle: (BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2020, S. 35) 15
Tabelle 2: ICD-10-GM Version 2023, Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); Quelle: (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022) 21
Tabelle 3: Verteilung der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen in Erfurt in den Ortsteilen und Planungsräumen 2024 41
Tabelle 4: Ziele der substitutionsgestützten Behandlung lt. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger; Quelle: (Bundesärztekammer, 2023, S. 7) 54
Tabelle 5: Fallzahlen in der ambulanten Substitutionsbehandlung je Quartal. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar (2026), eigene Abbildung 57
Tabelle 6: Fünf häufigsten Diagnosen nach ICD-10 im Jahr 2024 im HELIOS Klinikum Erfurt. Quelle: Referenzbericht „HELIOS Klinikum Erfurt" 2024, (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a, S. 1492) 60
Tabelle 7: Fallzahlen vollstationär und teilstationär der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vom HELIOS Klinikum Erfurt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a) 61
Tabelle 8: Entwicklung der Betten- und Platzzahlen Fachabteilung „Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik" vom HELIOS Klinikum Erfurt; Quelle: (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023; Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2020; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a) 61
Tabelle 9: Fünf häufigsten Diagnosen nach ICD-10 im Jahr 2024 im HELIOS Klinikum – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Quelle: Referenzbericht HELIOS Klinikum Erfurt 2024, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), S. 1507 61
Tabelle 10: Fünf häufigsten Diagnose nach ICD-10 im Jahr 2024 im Katholischen Krankenhaus St. Johann Nepomuk Erfurt Quelle: Referenzbericht „Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt" 2024, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), S. 595 62
Tabelle 11: Fallzahlen vollstationär der Fachabteilungen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik vom HELIOS Klinikum Erfurt und Katholisches Krankenhaus (KKH) St. Johann Nepomuk Erfurt, Quelle: Referenzberichte des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) „Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt" 2013 – 2024, und „HELIOS Klinikum Erfurt" 2013 – 2024 63
Tabelle 12: Fallzahlen teilstationär Fachabteilungen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik vom HELIOS Klinikum Erfurt und Katholisches Krankenhaus (KKH) St. Johann Nepomuk Erfurt, Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss Referenzberichte „ Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt" 2015 – 2024 und Referenzberichte „HELIOS Klinikum Erfurt" 2013 – 2024 63
Tabelle 13: Entwicklung der Betten- und Platzzahlen Fachabteilungen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik vom HELIOS Klinikum Erfurt und Katholisches Krankenhaus

(KKH) St. Johann Nepomuk Erfurt, Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss Referenzberichte „Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt“ 2015 – 2024 und Referenzberichte „HELIOS Klinikum Erfurt“ 2013 – 2024 *7. Thüringer Krankenhausplan 2020, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF) 64
Tabelle 14: Quelle: Gesundheitsamt Erfurt, eigene Berechnung von 100 Prozent Bettenauslastung, 365 Tage, 68 Betten Helios und 118 Betten KKH 64
Tabelle 15: allgemeine Funktionen eines Selbsthilfeausschusses; Quelle (Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe, 2026) 71
Tabelle 16: exemplarische Übersicht der Erfurter Beratungsstellen mit der Zielgruppe „ Menschen mit psychischer Erkrankung, von Erkrankung bedrohten Personen, deren Angehörigen und Fachkräften“ 77
Tabelle 17: Statistik zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Landeshauptstadt Erfurt; Quelle: (Landeshauptstadt Erfurt, Sozialpsychiatrischer Dienst, 2024; Landeshaupstadt Erfurt, Sozialpsychiatrischer Dienst, 2025)..... 80
Tabelle 18: Übersicht Erfurter Suchtberatungsstellen, Quelle: (Landeshauptstadt Erfurt, 2026)..... 82
Tabelle 19: Finanzierungsquellen von verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen; Quelle: (Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, 2025) 90
Tabelle 20: Geschlecht der durch Streetwork betreuten Personen 2022 bis 2024; Quelle: (Landeshaupstadt Erfurt, 2026) 128
Tabelle 21 Maßnahmenplan mit kommunaler Beteiligung (Stand 2023) 155