

Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen im Aufbau – erste Ergebnisse für das Berichtsjahr 2006

Hermann Elgeti

Einleitung

Eine landesweit einheitliche Erhebung wichtiger Daten hilft den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) bei der *Erstellung und Fortschreibung Sozialpsychiatrischer Pläne* (SpP) gemäß § 9 NPsychKG für ihre Gebietskörperschaft. Auf Bitte mehrerer SpDi hat der Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFB Psych) bereits 1999 einen entsprechenden Datensatz für die regionale Psychiatrieberichterstattung (PBE) entwickelt. Anschließend wurde der Datensatz mit dem Datenschutzbeauftragten und dem Landkreistag abgestimmt und 2004 den SpDi in den Landkreisen und kreisfreien Städten zur Anwendung empfohlen (siehe S. 180 ff. in diesem Band). Das Ministerium für Soziales, Jugend, Familie und Frauen (MS) erklärte sich bereit, die eingehenden Datensätze auszuwerten und die Ergebnisse zurückzumelden. Dieses Angebot wurde zunächst allerdings kaum in Anspruch genommen.

Mit der Reorganisation der Arbeit des LFB Psych nach einem Wechsel in der Geschäftsführung Anfang 2007 wurde von hier aus unter *Nutzung verschiedener Datenquellen* ein neuer Anlauf zum Aufbau einer Landes-PBE genommen. Bis Anfang September 2007 hatten die SpDi aus 22 der insgesamt 45 Landkreise (LK), kreisfreien Städte bzw. der Region Hannover der Geschäftsstelle des LFB Psych Datensätze geschickt. Außerdem stellte das Psychiatrierferat des MS den Krankenhausplan 2007 und das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (NLS) eine Liste der Wohnheimplätze für primär seelisch behinderte Menschen (ohne chronisch Mehrfachgeschädigte) zur Verfügung. Das Landesamt für Statistik übersandte eine Liste mit den Einwohnerzahlen nach Altersgruppen, die Bundesagentur für Arbeit die Arbeitslosenzahlen. All diese Daten sind Grundlage für den folgenden ersten Auswertungsbericht, der sich an der für die PBE der Region Hannover entwickelten Darstellung (siehe den entsprechenden Werkstattbericht des Autors ab Seite 132 in diesem Jahrbuch) orientiert.

Sozialstruktur der Einzugsgebiete

Die Sozialstruktur eines Einzugsgebietes beeinflusst in unterschiedlicher Weise den *Bedarf an sozialpsychiatrischen Hilfen*. Das liegt nicht nur an der ungleichen Verteilung von allgemeinen medizinischen und sozialen Diensten, die bei ausreichender Verfügbarkeit gelegentlich psychiatrische Hilfen ersetzen können. Auch die Häufigkeit von akuten psychischen Krisen mit besonderem Hilfebedarf sowie von schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen variiert mit der sozialen Lage der Bevölkerung. Generell müssen spezielle wohnortnahe Hilfen für diese Zielgruppen in städtischen Verdichtungsräumen und in Gebieten mit vergleichsweise hoher Arbeitslosigkeit stärker ausgebaut sein. In gering besiedelten ländlichen Gebieten benötigt ein ambulant-aufsuchender Dienst wie der SpDi relativ mehr Fachkräfte, da seine Hilfeleistung oft mit langen Fahrzeiten verbunden ist (Außensprechstunden, Hausbesuche).

Niedersachsen ist mit rund 8 Millionen Einwohnern auf knapp 48 000 qkm eines der großen Flächenländer in Deutschland. Die *Siedlungsdichte* liegt im Durchschnitt bei 168 Einwohnern pro qkm bzw. knapp 1,7 Einwohnern pro Hektar (E./ha). Sie schwankt zwischen 0,4 E./ha im LK Lüchow-Dannenberg und 15,4 E./ha in der Stadt Osnabrück, wenn man von der Landeshauptstadt Hannover (25,3 E./ha) absieht, die zur Region Hannover gehört (4,9 E./ha). Um Einzugsgebiete mit ähnlicher Siedlungsdichte leichter vergleichen zu können, wurde eine Gruppierung nach der Zahl von Einwohnern pro Hektar gebildet (Tabelle 1).

Tabelle 1: Indikator Siedlungsdichte des Einzugsgebietes (Daten von 2006)

Merkmalsausprägung	Einwohner pro Hektar	Beschreibung des Einzugsgebietes	Landkreise, kreisfreie Städte und Großstadtregionen in Niedersachsen
1	unter 1,0 %	LK ohne Städte > 40 000 E.	Wittmund, Lüchow-Dannenberg, Nienburg, Rotenburg/Wümme, Soltau-Fallingb., Uelzen
2	1,0 % bis unter 3,0 %	LK ohne Städte > 40 000 E.	Leer, Friesland, Aurich, Ammerland, Cloppenburg, Oldenburg, Wesermarsch, Vechta, Osterholz, Verden, Harburg, Schaumburg, Holzminde, Northeim, Osterode, Gifhorn, Helmstedt
2,5	1,0 % bis unter 3,0 %	LK mit Städten > 40 000 E.	Cuxhaven, Bentheim, Emsland, Osnabrück, Stade, Lüneburg, Celle, Hameln-Pyrmont, Goslar, Hildesheim, Göttingen, Wolfenbüttel, Peine
3	mindestens 3,0 %	kreisfreie Städte	Emden, Wilhelmshaven, Osnabrück, Oldenburg, Delmenhorst, Salzgitter, Wolfsburg, Braunschweig
4		Großstadtregionen	Region Hannover

Den vergleichsweise höchsten *Anteil von Arbeitslosen* unter den 18- bis unter 65-jährigen Einwohnern hat bei den kreisfreien Städten Delmenhorst (12,8 %) und bei den Landkreisen Lüchow-Dannenberg (11,5 %). Am besten steht hier der Landkreis Vechta (5,4 %) und bei den kreisfreien Städten die Stadt Osnabrück (8,1 %) da. Generell ist die Arbeitslosigkeit der Einwohner im Norden und Nordwesten

Niedersachsens (Bezirke Lüneburg und Weser-Ems mit je 7,9 %) deutlich geringer als im Süden und Südosten (8,5 % im Bezirk Hannover und 9,3 % im Bezirk Braunschweig). Der Durchschnittswert für Niedersachsen lag 2006 bei 8,5 %. Zu Vergleichszwecken wurden die Landkreise und kreisfreien Städte nach der Höhe ihrer Arbeitslosigkeit einer von vier Gruppen zugeordnet (Tabelle 2).

Für den Zehnjahreszeitraum von 1996 bis 2005 verzeichnet Niedersachsen einen *Anstieg der Einwohnerzahl* um 3 %. Den größten prozentualen Zuwachs hatten die Stadt Lüneburg (12 %) sowie die Landkreise Harburg, Ammerland, Oldenburg und Vechta (jeweils 11 %). Dagegen verlor im selben Zeitraum die Stadt Salzgitter 8 %, die Stadt Wilhelmshaven und der LK Osterode am Harz jeweils 7 % sowie der LK Holzminden 6 % der Einwohner.

Im Hinblick auf die *Altersstruktur der Bevölkerung* liegt der Anteil von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren landesweit bei 19 %, für die älteren Menschen ab 65 Jahren liegt er bei 20 %. In den dünn besiedelten ländlichen Gebieten leben in der Regel vergleichsweise mehr jüngere und weniger ältere Menschen als in den großen kreisfreien Städten. Die relativ meisten jungen Menschen leben in den Landkreisen Cloppenburg (24 %) und Vechta (23 %), während beim Altenanteil die Landkreise Goslar, Osterode am Harz und Lüchow-Dannenberg mit 25 % die Führung haben.

Tabelle 2: Indikator Arbeitslosigkeit im Einzugsgebiet (Daten von 2006)

Merkmalsausprägung	Arbeitslose je 100 Einw. 18 bis < 65 J.	Landkreise, kreisfreie Städte und Großstadregionen in Niedersachsen
1	unter 5,0	(nicht besetzt)
2	5,0 bis unter 7,5	Landkreise Bentheim, Emsland, Osnabrück, Oldenburg, Ammerland, Vechta, Cloppenburg, Osterholz, Rotenburg/Wümme, Verden, Harburg, und Diepholz
3	7,5 bis unter 10,0	Landkreise Leer, Friesland, Aurich, , Northeim, Wesermarsch, Wittmund, Uelzen, Cuxhaven, Lüneburg, Schaumburg, Soltau-Fallingb., Nienburg, Stade, Celle, Holzminden, Hildesheim, Göttingen, Gifhorn, Helmstedt, Wolfenbüttel, Peine, Goslar, die Städte Osnabrück, Oldenburg, Wolfsburg, Braunschweig sowie die Region Hannover
4	10,0 und mehr	Landkreise Lüchow-Dannenberg, Hameln-Pyrmont, Osterode und die Städte Salzgitter, Emden, Wilhelmshaven und Delmenhorst

Zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste

Die nachfolgenden Aussagen beruhen auf den Angaben von maximal 22 der 45 Kommunen und sind deshalb für Niedersachsen *nicht repräsentativ*. Auch sind einige Unvollständigkeiten und Ungenauigkeiten in Rechnung zu stellen, die zu Beginn einer kontinuierlichen Berichterstattung oft vorkommen. Sobald die SpDi der Kommunen eine Landes-PBE für ihre Arbeit in den Sozialpsychiatrischen

Verbänden (SpV) als nützlich ansehen, werden sie sich stärker daran beteiligen, und die Datenqualität wird steigen.

Das *Einzugsgebiet*, für das ein SpDi zuständig ist, umfasst durchschnittlich 158 000 Einwohner, in gering besiedelten ländlichen Gebieten und städtischen Verdichtungsräumen liegt die Einwohnerzahl niedriger. Eine Sonderstellung hat die Region Hannover als einzige Großstadtregion in Niedersachsen mit knapp 1,2 Mio. Einwohnern; hier ist das Gebiet in elf Sektoren aufgeteilt, für die jeweils eine Beratungsstelle des SpDi zuständig ist.

Der *Träger der SpDi-Aufgaben* gemäß §§ 4 ff. NPsychKG ist zu 75 % die zuständige kommunale Gebietskörperschaft (in 16 von 20 Kommunen ohne die Region Hannover), dabei haben 69 % dieser Kommunen (elf von 16) die Aufgaben der Suchtkrankenhilfe an andere Träger delegiert. In vier Landkreisen (Celle, Uelzen, Lüchow-Dannenberg, Soltau-Fallingb.) wurden die SpDi-Aufgaben komplett an einen externen Träger übergeben. Die Region Hannover hat für zwei der elf Sektoren ihres Gebietes die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) beauftragt. Diese Aufgaben hat die MHH-Psychiatrie in ihre beiden Polikliniken integriert, deren Teams auch Funktionen einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ausüben. Eine weitere hannoversche Besonderheit liegt darin, dass der SpDi der Region eine eigene Beratungsstelle für Kinder-Jugend-Psychiatrie betreibt.

Das *Leistungsspektrum des SpDi* umfasst immer oder meistens

- Sprechstunden im Dienst mit Öffnungszeiten ≥ 4 Stunden an fünf Wochentagen (100 %);
- sofortige Notfall-Hausbesuche in dieser Zeit (95 %);
- Durchführung von Begutachtungen (100 %) gemäß NPsychKG zur Frage von Unterbringungen, im Rahmen von Kinderjugendhilfegesetz (SGB VIII), Bundessozialhilfegesetz (SGB XII), Betreuungsgesetz und anderer Gesetze;
- Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes gemäß § 8 NPsychKG (95%),
- Erstellung eines Sozialpsychiatrischen Plans gemäß § 9 NPsychKG (90 %), wobei die letzte Erstellung bei der Mehrzahl der SpDi nicht länger als zwei Jahre zurückliegt (viermal 2007, je dreimal 2006 und 2005, je dreimal 2004 und 2003, je einmal 2002 und 2001);
- Teilnahme an aufwendigen dienstübergreifenden Fallbesprechungen (85 %).

Darüber hinaus organisieren fast zwei Drittel (65 %) der SpDi Konferenzen zur Planung von Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII, und die Hälfte (50 %) beteiligt sich an der allgemeinen amtsärztlichen Begutachtung. Seltener ist die fachlich kritikwürdige Übernahme von Funktionen einer Ordnungsbehörde bei Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG (25 %) und die vom § 11 NPsychKG empfohlene subsidiäre Übernahme von medizinischer Behandlung im Rahmen einer Behandlungsermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung (20 %).

Gerade wenn man die subsidiäre Zuständigkeit bei unzureichend verfügbaren, eigentlich vorrangig zuständigen Diensten in Betracht zieht, muss man sich angesichts seiner umfangreichen Aufgaben die Frage stellen: *Hat der SpDi genügend Personal?* Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) gemäß § 118 SGB V sind ganz überwiegend noch auf dem Gelände der Klinik platziert, bilden oft kein eigenes Team und machen dann auch kaum Hausbesuche. Sie übernehmen bisher an vielen Orten noch nicht die ihnen eigentlich vom Gesetzgeber zugeordnete Aufgabe eines ambulant-aufsuchenden Dienstes, der dann vom SpDi alleine gestellt werden muss. Aufschlussreich ist der Vergleich zwischen den Personalressourcen des SpDi und des Dienstes, dem die Kommune gemäß § 10 Abs. 3 NPsychKG die Aufgaben der Suchtkrankenhilfe übertragen hat. In den fünf Landkreisen, die sowohl den Personalumfang ihres eigenen SpDi meldeten wie denjenigen der externen Suchtberatungsstelle, sind diese sogar besser ausgestattet (Tabelle 3).

Tabelle 3: Übertragung von SpDi-Aufgaben und Fachpersonal-Einsatz (2006)

Übertragung von Aufgaben gemäß § 10 Abs. 3 NPsychKG	Anzahl der SpDi	Fachpersonal pro 100 000 Einw.		Sozialstruktur der Einzugsgebiete	
		eigener Dienst	externer Dienst	Siedlungsdichte	Arbeitslosigkeit
alles übertragen	4		5,3	1,4	3,3
nur Suchtkrankenhilfe					
mit Angaben	5	3,3	3,9	2,2	2,8
ohne Angaben	6	4,0	?	2,6	3,0
nichts übertragen	5	3,5		2,3	3,0
unbekannt	1			2,0	3,0
Region Hannover					
SpDi der Region	9	3,9		4	3,0
SpDi MHH (mit PIA)	2		10,7		

Aktuelle *Bedarfszahlen zu den Personalressourcen im SpDi*, die für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind, wurden bisher nicht ermittelt. Eine Expertenkommission der Bundesregierung hatte 1988 Anhaltswerte auf Basis zahlreicher Modellprojekte veröffentlicht, die im Gefolge der Psychiatrie-Enquete des Bundestages von 1975 gefördert worden waren.¹ Bereits damals wurden für einen ambulant-aufsuchenden Dienst mit Kontaktstelle an Fachkräften auf dem Land 6,7 und in der Stadt 9,3 Vollzeitstellen pro 100 000 Einwohner als bedarfsgerecht angesehen. Zusätzliche Kräfte waren für die ambulante Suchtkrankenhilfe, für ein Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ) und für eine Beratungsstelle der Kinder-Jugend-Psychiatrie vorgesehen. Man muss allerdings davon ausgehen, dass der Personalbedarf angesichts der deutlich verschlechter-

1 BMJFFG (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Eigendruck 1988.

ten sozialen Lage der Betroffenen und ihres Umfeldes in den letzten 20 Jahren angestiegen ist.

Beispiele für die erforderlichen Ressourcen in einigermaßen funktionierenden Diensten sind selten. Ebenso wie in Frankreich und Italien werden auch im Vereinigten Königreich die Funktionen einer PIA und eines SpDi integriert ausgeübt, und zwar von sogenannten Community Mental Health Centers (CMHC). Sie verfügten 1987 im Durchschnitt über knapp 16 Fachkraft-Vollzeitanteile (VK) pro 100 000 Einwohner.² Einen solch integrierten Dienst bilden z. B. die beiden Polikliniken der MHH-Psychiatrie für ein Einzugsgebiet von 63 000 bzw. 77 000 Einwohnern.³ Auf 100 000 Einwohner hochgerechnet sind dies (ohne Arbeitstherapie, Abhängigenambulanz und Spezialsprechstunden) 10,7 VK Fachkräfte und 2,5 VK Verwaltungskräfte. Dabei ist zu bedenken, dass die Integration der Funktionen SpDi und PIA mit geringeren Ausgaben für die Kommunen verbunden ist, da sich Synergieeffekte erzielen lassen und die notwendigen Hilfen häufiger über die PIA-Funktion zulasten der vorrangig zuständigen Krankenversicherung erbracht wird. Vor diesem Hintergrund sind die Kennzahlen zur Personalausstattung der SpDi zu sehen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Kennzahlen der Arbeit im SpDi nach Siedlungsdichte des Einzugsgebietes

Siedlungs- dichte	Einzugsgebiete mit Daten	durchschnittliche Einwohnerzahl	Fachkräfte/100 000 E.	Patienten/100 000 E.
1	Lüchow-Dannenberg, Uelzen, Nienburg, Soltau-Fallingb.ostel	104 000	4,9	9,4
2	Cloppenburg, Ammerland, Wesermarsch, Gifhorn	128 000	2,9	3,6
2,5	Peine, Celle, Stade, Goslar, Göttingen, Hameln, Emsland, Wolfenbüttel, Hildesheim,	201 000	3,5	4,3
3	Delmenhorst, Braunschweig, Wolfsburg	147 000	5,2	9,0
4	Hannover Region (9 Sekt.)*	114 000	3,9	5,7
4	Hannover MHH (2 Sekt.)*	70 000	10,7	7,8

*) Datenquelle: Psychiatrieberichterstattung Region Hannover (Datenblatt A + B) Berichtsjahr 2006; für MHH mit PIA, ohne Ergotherapie, Abhängigenambulanz und Spezialsprechstunden

Zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Verbände

Gemäß § 8 NPsychKG bildete jeder Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt bis Ende 1998 einen Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) für die Koordination der Anbieter von Hilfen für psychisch kranke Menschen. Die Geschäftsführung

- 2 SAYCE L et al. (1991): The development of Community Mental Health Centres in the U.K. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 26: 14–20
- 3 ELGETI H (2003): Ermutigung für integriert arbeitende Dienste – Sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen im gemeindepsychiatrischen Verbund bringen nicht nur psychisch Kranken Nutzen. Kerbe 21 (1): 15–17

liegt beim SpDi, der hierfür einen Personalaufwand von durchschnittlich 29 % einer Vollkraft einsetzt (ohne Region Hannover). Bei allen 22 Teilnehmern an der Befragung gibt es regelmäßig Einladungen und Protokolle zu den Plenarversammlungen des Verbundes. An der *Gremienarbeit* sind regelhaft Mitglieder aus den Bereichen Leistungserbringer (100 %), Kommunalverwaltung (95 %) und Kostenträger (91 %) beteiligt. Nicht so häufig vertreten sind Selbsthilfeinitiativen der psychisch kranken Menschen (59 %) und ihrer Angehörigen (64 %) sowie Mitglieder des Kommunalparlamentes (50 %). Lässt man bei der Berechnung der Durchschnittswerte die SpV in Göttingen und Hannover außen vor, so tagten die Plenarversammlungen im Jahre 2006 1,4-mal, zusätzlich waren pro Verbund 3,3 Fachgruppen bzw. Ausschüsse aktiv.

In *Göttingen* ist das Gesundheitsamt der Stadt für das Gebiet des gesamten Landkreises zuständig. Der SpV im LK Göttingen hielt im Jahre 2006 zwei Plenarversammlungen ab, daneben existierten zwölf Fachgruppen bzw. Ausschüsse. Auch in *Hannover* wurde vor der Regionsbildung 2001 bereits ein gemeinsamer SpV der Landeshauptstadt und des in ihrem Umland gelegenen Landkreises gegründet. Der SpDi der Region hat für das Jahr 2006 zur Koordination des großen SpV (60 Einrichtungen mit 192 verschiedenen Hilfsangeboten) den Einsatz von zwei Vollkräften angegeben. Hier wurden zwölf Plenarversammlungen abgehalten, daneben waren elf Fachgruppen bzw. Ausschüsse tätig. Nur in Göttingen und in Hannover sind zur Erstellung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans gemäß § 9 NPsychKG statistische Jahresberichte der Einrichtungsträger nach den vom Landesfachbeirat empfohlenen Datenblättern A–C eingeführt. Der LK und die Stadt *Osnabrück* haben im Zuge der Zusammenlegung ihrer Gesundheitsämter zum 1.1.2005 einen gemeinsamen SpDi gebildet, nahmen aber an der Datenerhebung bisher nicht teil.

Betten und Tagesklinikplätze in der Allgemeinpsychiatrie

Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden hat 2003⁴ und erneut 2007⁵ betont, dass beim Vergleich der Verfügbarkeit und Struktur von Hilfsangeboten *Stadt-Land-Unterschiede* berücksichtigt werden müssen. Dies betrifft nicht nur Stadtstaaten im Verhältnis zu Flächenländern, sondern auch Großstädte und Ballungsräume im Vergleich zu umliegenden ländlichen

4 Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg.): Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren (2003). www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_76&cid=76_8.2

5 Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg.): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven (2007) www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf

Gebieten. Man vermutet, dass städtische Regionen eher vernetzte Hilfsstrukturen aufweisen und teilweise auch überregionale Versorgung übernehmen. Für die städtischen Regionen wird eine höhere Dichte von Krankenhausbetten und Tagesklinikplätzen registriert, ebenso bei der vertragsärztlichen Versorgung und beim ambulant betreuten Wohnen. Dagegen sei die Verteilung von Institutsambulanzen in Stadt und Land ungefähr gleich, während sich im ländlichen Bereich eine höhere Dichte bei den Heimplätzen zeige.

Unter der Sammelbezeichnung »städtische Psychiatrie« mit einer erwartbar größeren Versorgungsdichte werden in dem gerade zitierten Bericht neben den drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen weitere neun Großstädte zusammengefasst, darunter aus Niedersachsen Hannover. In diesem Bundesland hat es in den letzten 15 Jahren im Bereich der allgemeinspsychiatrischen Kliniken eine *regional ungleichmäßige Entwicklung* gegeben. Einige Reformvorschläge der niedersächsischen Fachkommission Psychiatrie von 1993⁶ wurden umgesetzt: So gründete man an drei Allgemeinkrankenhäusern in Rotenburg/Wümme, Twistringen (LK Diepholz) und Walsrode psychiatrische Fachabteilungen; bestehende Fachabteilungen wurden zwecks Übernahme von Versorgungsverpflichtungen nach § 15 NPsychKG ausgebaut; etliche Tageskliniken entstanden dort, wo sie bisher fehlten. Eine Auswertung der Zahlen des Krankenhausplans 2007 zeigt, dass der Bezirk Lüneburg, der die geringste Siedlungsdichte und die niedrigste Arbeitslosigkeit hat, am meisten fortgeschritten ist (Tabelle 5).

Tabelle 5: Klinikplätze in der Allgemeinspsychiatrie nach Bezirk zum 1.1.2007

Sozialstruktur im Bezirk		Bezirk	Einwohner	Summe Plätze in Klinik und Tagesklinik	Anteil der Plätze in Tagesklinik	Klinikziffer (Plätze/100 000 E.)
Siedlungsdichte	Arbeitslosigkeit					
1,7	7,9 %	Weser-Ems	2 478 000	1497	11 %	60
1,1	7,9 %	Lüneburg (- LK Celle)	1 521 000	810	22 %	53
2,2	8,5 %	Hannover (+ LK Celle)	2 342 000	1552	15 %	66
2,0	9,3 %	Braunschweig	1 641 000	1455	11 %	89
1,7	8,5 %	Niedersachsen	7 983 000	5294	14 %	66

Der Landkreis Celle wird hierbei dem Bezirk Hannover zugeschlagen, weil er zum Einzugsgebiet des Klinikum Wahrenedorff gehört, das in der Region Hannover liegt und auch dort an der Pflichtversorgung teilnimmt. Im Bezirk Lüneburg ist die Anzahl von teil- und vollstationären Plätzen pro 100 000 Einwohner des Einzugsgebietes (Klinikziffer) vergleichsweise am niedrigsten, verbunden mit dem

6 Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.): Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen – Bericht der Fachkommission Psychiatrie. Eigendruck ohne Jahrgang (1993)

höchsten Anteil an Tagesklinikplätzen. Nur noch zwei Landkreise werden vom NLKH Lüneburg versorgt, das seine Größe von allen Landeskrankenhäusern am stärksten (um 54 %) reduziert hat, nämlich von 597 auf 214 Betten bei einer Aufstockung der Tagesklinikplätze von zwölf auf 64.

Die Forderung nach einer *Gleichstellung der psychisch kranken mit körperlich kranken Menschen* beinhaltet auch den Anspruch auf eine wohnortnahe stationäre Behandlung, die möglichst in Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern erfolgen sollte. Die aktuellen Zahlen zeigen, dass Niedersachsen noch ein gutes Stück davon entfernt ist, diese Forderung zu erfüllen (Tabelle 6). In den Bezirken Weser-Ems und Lüneburg hat sich die Zahl solcher Fachabteilungen in den letzten 15 Jahren deutlicher erhöht und die Zahl der Plätze pro Klinik (inkl. Tagesklinikplätze) stärker reduziert, verbunden mit überschaubareren Einzugsgebieten. Die Bezirke Hannover und Braunschweig haben hier noch einen großen Nachholbedarf.

Tabelle 6: Art der Kliniken und Größe ihrer Einzugsgebiete nach Bezirk zum 1.1.2007

Bezirk	Anzahl Kliniken		Anteil Fachabteilungen	Anzahl Plätze pro Klinik	Einwohner pro Einzugsgebiet der Klinik
	nach § 15 NPsychKG	sonstige Fachkliniken			
Weser-Ems	8	1	67 %	166	310 000
Lüneburg (- LK Celle)	6	1	71 %	135	253 000
Hannover (+ LK Celle)	6	1*	29 %	222	390 000
Braunschweig	4	2	33 %	239	410 000
Niedersachsen	24	5	52 %	183	333 000

*) Burghofklinik Rinteln, hat seit September 2007 einen regionalen Versorgungsauftrag.

Wohnheimplätze für seelisch behinderte Menschen

Seit der Psychiatrie-Enquete gilt auch für psychisch kranke Menschen der Grundsatz »ambulant vor stationär«, der nach wie vor nicht überall verwirklicht ist. Die sogenannte Enthospitalisierung war vielfach nur eine *Umbospitalisierung aus Kliniken in Heime*. Mit dem Abbau der Betten in den großen Landeskrankenhäusern und dem Aufbau psychiatrischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern konzentrierte man sich in den Kliniken auf die stationäre Akutbehandlung. Während die Anzahl der pro Jahr behandelten psychisch kranken Menschen anstieg, sank ihre durchschnittliche Verweildauer, nicht selten verknüpft mit jährlich mehrfachen Aufnahmen ein und desselben Patienten. Nur noch selten gibt es ununterbrochene stationäre Behandlungen von über einem Jahr. Trotz

Ausbau von ambulanten und teilstationären Hilfen entstanden immer mehr Wohn- und Pflegeheime für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Daneben entwickelten sich Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke und psychisch Alterskranke. Ein gesondertes Problem bilden Patienten, die längerfristig unter geschlossenen Bedingungen behandelt und betreut werden müssen und für die ein Heim gesucht wird, weil die Klinik sie nicht mehr so lange behandeln will oder darf. Darüber hinaus werden auch weiterhin viele primär psychisch kranke Menschen in allgemeinen Alten- und Pflegeheimen untergebracht oder leben in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Es gibt *einige unbeantwortete Fragen*, deren Klärung wichtig wäre für die Zeichnung eines realistischen Bildes zum Ausmaß der Heimbetreuung in Niedersachsen:

- Wie viele psychisch kranke Menschen sind in Heimen insgesamt untergebracht?
- Woher kommen die Menschen, die wohnortfern in einem Heim untergebracht werden?
- Lässt sich ein Zusammenhang feststellen zwischen häufiger Unterbringung in entfernt gelegenen Pflegeheimen auf der einen Seite und fehlenden wohnortnahen Hilfen?
- Sinkt in Einzugsgebieten mit genügend Wohnheimplätzen im Verbund mit anderen wohnortnahen Hilfen der Gesamtbedarf an stationären Versorgungsangeboten?

Vom niedersächsischen Landesamt für Soziales wurde eine aktuelle Liste zur Verfügung gestellt, die aber nur Heime enthält, die im Sinne des § 53 SGB XII primär für seelisch behinderte Menschen (ohne chronisch Mehrfachgeschädigte) anerkannt sind (Tabelle 7). Die Zahlen sind mit Vorsicht zu interpretieren, da alle anderen angesprochenen Formen der Heimbetreuung für diese Zielgruppe hier nicht erfasst sind. Das gilt auch für diejenigen psychisch Kranken, die im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII in Heimen betreut werden, die als psychiatrisches Pflegeheim gemäß SGB XI anerkannt wurden. Die *regionalen Ungleichgewichte in der Verfügbarkeit von Wohnheimplätzen* sind tatsächlich größer, als es in der Tabelle zum Ausdruck kommt. So verfügen die Landkreise Oldenburg, Wittmund und Wolfenbüttel sowie die Stadt Wolfsburg auf ihrem Gebiet über keinen einzigen Wohnheimplatz für seelisch behinderte Menschen. Am höchsten ist die entsprechende bevölkerungsbezogene Ziffer (Plätze pro 100 000 Einwohner) in der Region Hannover: Sie beträgt im Einzugsgebiet der MHH 139 und in demjenigen des Klinikum Warendorff (inkl. LK Celle) 229 Plätze. Ohne Steuerung werden sich die bestehenden Ungleichheiten eher weiter verstärken. Denn die Vermittlung von Patienten in wohnortferne Einrichtungen

mangels eines ausreichenden Angebotes vor Ort kaschiert diesen Mangel und führt zum weiteren Ausbau von Platzkapazitäten dort, wo es schon mehr als genug gibt.

Tabelle 7: Plätze in Wohnheimen für seelisch behinderte Menschen (2006)

Bezirk	Einwohner	Zahl der Plätze in Wohnheimen	Wohnheimplätze pro 100 000 Einw. im Einzugsgebiet der Klinik		
			Minimum	Durchschnitt	Maximum
Weser-Ems	2 478 000	1246	31	50	77
Lüneburg (– LK Celle)	1 521 000	777	33	51	67
Hannover (+ LK Celle)	2 342 000	2541	32	108	229
Braunschweig	1 641 000	829	39	51	67
Niedersachsen	7 983 000	5393		68	

Anschrift des Autors

*Dr. med. Hermann Elgeti
Medizinische Hochschule Hannover
Sozialpsychiatrische Poliklinik
Podbielskistraße 158
30177 Hannover
elgeti.hermann@mh-hannover.de*