

Hermann Elgeti • Marc Ziegenbein (Hg.)

Psychiatrie in Niedersachsen

Band 5

- Psychiatrie im ländlichen Raum
- Forensische Psychiatrie in Niedersachsen
- Die Kontroverse um die Integrierte Versorgung
- Aktuelle Berichte und Stellungnahmen



Hermann Elgeti und Marc Ziegenbein (Hg.)

**Psychiatrie in Niedersachsen –
Jahrbuch 2012**

**Hermann Elgeti und Marc Ziegenbein (Hg.). Psychiatrie in Niedersachsen –
Jahrbuch 2012.**

ISBN 978-3-88414-553-1

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>

1. Auflage 2011

© Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn 2011

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags digitalisiert, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln

Satz: Psychiatrie Verlag, Bonn

Druck: Heimdall Verlagsservice, Rheine

Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Einführung

Psychiatrie in Niedersachsen 2007 bis 2011 – Ein Rückblick im Spiegel der ersten fünf Jahrbücher Hermann Elgeti	10
---	----

1 Psychiatrie im ländlichen Raum

Land in Sicht ?! Bericht über die Fachtagung in Cloppenburg zur Psychiatrie im ländlichen Raum Maria Vogel	22
--	----

Zugänge barrierefrei gestalten!

Ausgestaltung psychiatrischer Hilfen im ländlichen Raum am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns Ingmar Steinhart und Andreas Speck	25
--	----

Wie gestaltet der Landkreis Cloppenburg Psychiatrie im ländlichen Raum?

Jürgen Heinke und Hildegard Wübben-Siefer	31
---	----

Das Modellprojekt »Zukunftsregionen Gesundheit« – eine Chance für die psychiatrische Versorgung im ländlichen Raum

Britta Richter	39
----------------	----

2 Forensische Psychiatrie in Niedersachsen

Vorschläge zu einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im Strafvollzug in Niedersachsen Andreas Tänzer	46
---	----

Fünf Jahre Forensische Institutsambulanzen in Niedersachsen – Zeit für eine Zwischenbilanz

Martin Schöningh und Andreas Tänzer	52
-------------------------------------	----

Zwang und Gewalt in der Psychiatrie aus der Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen

Christian Harig	58
-----------------	----

Zwangsmedikation in der Psychiatrie aus der Sicht einer Betreuungsrichterin	62
Annette Loer	
3 Die Kontroverse um die Integrierte Versorgung	
Qualität durch Wettbewerb? – Zur Integrierten Versorgung seelisch schwer erkrankter Menschen in Niedersachsen	68
Clemens Firnenburg	
Innovative psychiatrische Versorgungsstrukturen mit ambulantem Schwerpunkt	77
Matthias Walle	
Stellungnahme der Chefärztinnen/Chefärzte und Ärztlichen Direktor(innen)en der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Niedersachsen zum Projekt der integrierten Versorgung schizophrener Patienten durch die I3G in Niedersachsen	84
Kompetenztafeln Vernetzte Versorgung – ein innovativer Ansatz zur Beforschung integrierter Versorgungsmodelle in der Psychiatrie	88
Christian Koch, Jörn Moock und Wulf Rössler	
Öffentliche Stellungnahme des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen zum Selektivvertrag der AOK-Niedersachsen mit der I3G GmbH zur Integrierten Versorgung gemäß § 140 a – d SGB V für Versicherte mit der Diagnose Schizophrenie	95
Risiken und Nebenwirkungen ernst nehmen!	
Ein Kommentar zum AOK-Selektivvertrag zur Integrierten Versorgung für Schizophrenie aus Sicht der Ärztekammer Niedersachsen	98
Karsten Scholz	
Kritikpunkte zur Umsetzung des AOK-Selektivvertrages in der Stadt Delmenhorst	100
Iphigenie Brandenbusch	
Erwartungen und erste Erfahrungen zur Integrierten Versorgung in Wolfsburg	102
Anke Scholz	

Entwicklung der Integrierten Versorgung im Landkreis Peine	
Ansgar Piel	105
Erfahrungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes im Landkreis Harburg bei der Umsetzung des IV-Selektivvertrages der AOK Niedersachsen durch IVP-Networks/Care4S	
Folke Sumfleth	108
»Drei unter einem Dach« – Das IV-Konzept von TU Braunschweig, BKK Salzgitter und Salzgitter-AG für Mitarbeiter mit psychischen Problemen	
Anja Grocholewski	110
Das Regionale Psychiatriebudget – Erfahrungen aus einem Modellprojekt im Kreis Steinburg	
Arno Deister	116
4 Aktuelle Berichte und Stellungnahmen	
Zwischen Herausforderung und Routine – Aus der Arbeit des Psychiatrie-Ausschusses	
Andreas Spengler und Eberhard Höfer	126
Wie viel Spezialangebote braucht die Gemeindepsychiatrie vor Ort? – Das Beispiel gerontopsychiatrischer Hilfen	
Hermann Elgeti	132
Psychiatrische Institutsambulanzen – eine aktuelle Standortbestimmung	
Andreas Spengler	135
Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen – Zusammenfassung für die Jahre 2006 bis 2010	
Hermann Elgeti	143
Loccumer Thesen zur Neugestaltung der Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen in Niedersachsen	
	156
DELKip– ein Projekt für Kinder psychisch kranker Eltern in Delmenhorst	
Iphigenie Brandenbusch	159

5 Dokumente, Daten und Adressen

Adressenliste des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen	162
Geschäftsordnung des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen	164
Dokumentationsempfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen für die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen (2004)	167
Liste der psychiatrischen Kliniken für Erwachsene in Niedersachsen (Stand: Dezember 2011)	175
Liste der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen (Stand: Dezember 2011)	180
Liste der Sozialpsychiatrischen Dienste nach §§ 4 ff. NPsychKG in Niedersachsen (Stand: Dezember 2011)	183
Tabellen zur Sozialstruktur der Kommunen und zu den dort vorgehaltenen Hilfsangeboten	187
Einladung zum 5. Niedersächsischen Aktionstag für seelische Gesundheit am 10. Oktober 2012 in Hameln	192

Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen – Zusammenfassung für die Jahre 2006 bis 2010

Hermann Elgeti

Einführung

Im Jahrbuch 2011 »Psychiatrie in Niedersachsen« habe ich die Motive und das Konzept einer regionalen Psychiatrieberichterstattung für Niedersachsen und die Bemühungen um ihren Aufbau seit 1999 beschrieben.¹ Das dort skizzierte EDV-Programm zur Eingabe und Auswertung der entsprechenden Daten steht erstmals für das Berichtsjahr 2011 zur Verfügung. Konzeption und Realisierung des Projekts erfolgten in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe »regionale Vernetzung« des Landesfachbeirats Psychiatrie (LFB Psych) durch deren Geschäftsstelle in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule und der Fachhochschule Hannover. Die Finanzierung gelang mithilfe des Sachkostenbudgets des LFB Psych, das auch für die Nutzung des Moduls zur Landespsychiatrieberichterstattung zur Verfügung steht. Das EDV-Programm enthält zusätzlich Module zur kommunalen Psychiatrieberichterstattung und zur personenzentrierten Hilfeplanung, für die bei Inanspruchnahme allerdings eine Nutzungsgebühr erhoben wird.

Im Anhang dieses Bandes finden sich wie in den Vorjahren die Ergebnistabellen für die einzelnen Angebotsformen, sortiert nach Kommunen. Für das Berichtsjahr 2010 beteiligten sich 39 der insgesamt 45 Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) an der Datenerhebung nach den Dokumentationsempfehlungen des Landesfachbeirats Psychiatrie für die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen. Von 40 SpDi konnten die – meist vollständig ausgefüllten – Blätter 28–30 der Jahresberichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA) ausgewertet werden. 28 SpDi lieferten die zusätzlich erbetenen Zahlen für die in ihrer Kommune belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen (Tabelle 5 im Anhang).

1 ELGETI H (2011): Auf dem Weg zu einem sozialpsychiatrischen Informationsmanagement für Niedersachsen. In: ELGETI (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2011. Bonn: Psychiatrie Verlag; 153–164.

Aus dem niedersächsischen Krankenhausplan wurden die Angaben zu den stationären und tagesklinischen Platzkapazitäten der psychiatrischen Krankenhäuser entnommen (Tabelle 2 im Anhang). Von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) kamen Angaben zu den in einer Praxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum niedergelassenen bzw. angestellten psychiatrischen Fachärzten und Psychotherapeuten (Tabelle 3 im Anhang). Das Niedersächsische Landesamt für Soziales (NLS) lieferte Daten zum Standort und zur Platzkapazität der Wohn-, Werk- und Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen (Tabelle 4 im Anhang). Die Zahlen zu den Einwohnern der Landkreise und kreisfreien Städte, differenziert nach den drei Altersstufen unter 18 Jahren, 18 bis unter 65 Jahren und ab 65 Jahren stammen vom Niedersächsischen Landesamt für Statistik. Für die Zahl der Arbeitslosen veröffentlicht die Agentur für Arbeit seit 2010 keinen Jahresdurchschnitt mehr, in die Auswertungen zur Sozialstruktur der Kommunen fließt jetzt der entsprechende Wert für den Monat Dezember ein (Tabelle 1 im Anhang).

Zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste

Das Leistungsspektrum der SpDi in Niedersachsen ist vergleichsweise breit angelegt und hat sich seit dem Berichtsjahr 2006, dem Beginn der Datenerhebung, nur wenig verändert (Tabelle 1). Praktisch alle Dienste verfügen über Sprechstunden und eine Notfallbereitschaft für Hausbesuche an allen fünf Werktagen während einer Öffnungszeiten von mindestens vier Stunden. Gleiches gilt für Begutachtungen zu Zwangseinweisungen gemäß § 12 NPsychKG sowie im Rahmen anderer Gesetze wie Bundessozialhilfegesetz (SGB XII), Kinderjugendhilfegesetz (SGB VIII) und Betreuungsgesetz (BtG). Auch die Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes gemäß § 8 NPsychKG und die Erstellung Sozialpsychiatrischer Pläne gemäß § 9 NPsychKG gehört fast überall zum Alltag. Zugenommen hat die Zahl der SpDi, die Konferenzen zur Planung von Eingliederungshilfen gemäß § 53 SGB XII organisieren. Gleichbleibend hoch ist die Zahl derjenigen SpDi, die an sonstigen aufwendigen dienstübergreifenden Fallbesprechungen teilnehmen. Zumindest seit 2007 hat die Bedeutung der allgemeinen amtsärztlichen Begutachtung abgenommen. Unverändert über 20 % der SpDi müssen die für sie problematische Funktion der Ordnungsbehörde ihrer Kommune bei Zwangseinweisungen nach § 18 NPsychKG wahrnehmen, und über eine Behandlungsermächtigung gemäß § 11 NPsychKG verfügt leider weiterhin nur eine kleine Minderheit.

Große Unterschiede gibt es bei den Personalressourcen, die den einzelnen SpDi zur Bewältigung ihrer vielfältigen Aufgaben zur Verfügung gestellt werden. Fast überall erscheint die Anzahl der Fachkräfte angesichts der quantitativ und qualitativ immer anspruchsvolleren Arbeit zu gering und hat im niedersäch-

Tab. 1: Leistungsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) 2006 – 2010

2006	2007	2008	2009	2010	Berichtsjahr
20	27	32	36	39	Anzahl der Fragebögen mit Angaben
100 %	96 %	94 %	95 %	100 %	Sprechstunden (Mindest-Öffnungszeiten: 5 Wochentage je 4 Stunden)
95 %	89 %	91 %	90 %	95 %	sofortige Notfall-Hausbesuche (Mindest-Bereitschaft: 5 Wochentage je 4 Stunden)
20 %	19 %	18 %	15 %	15 %	medizinische Behandlung (Behandlungsermächtigung gem. § 11 NPsychKG)
100 %	100 %	97 %	97 %	92 %	Durchführung von Begutachtungen gemäß § 12 NPsychKG
25 %	22 %	21 %	23 %	23 %	Ordnungsbehörde bei Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG
100 %	100 %	94 %	85 %	97 %	Erstellung von Gutachten im Rahmen BSHG, KJHG, BtG o. Ä.
65 %	67 %	79 %	79 %	85 %	Organisation Hilfeplankonferenzen bei Eingliederungshilfen
85 %	85 %	79 %	79 %	87 %	Teilnahme an sonstigen aufwendigen dienstübergreifenden Fallbesprechungen
50 %	78 %	70 %	64 %	64 %	Teilnahme an der allgemeinen amtsärztlichen Begutachtung
95 %	100 %	91 %	92 %	97 %	Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbunds gemäß § 8 NPsychKG
90 %	85 %	85 %	85 %	90 %	Erstellung des Sozialpsychiatrischen Plans gemäß § 9 NPsychKG

sischen Durchschnitt seit 2006 nicht zugenommen. Bezieht man das eingesetzte Fachpersonal (ohne Verwaltungskräfte) in Vollzeitkraftanteilen (VK) auf die Einwohnerzahl der entsprechenden Kommune, so ergibt sich ab 2007 landesweit ein Durchschnittswert von unter 4,0 Fachkräften (Abbildung 1). Auffällig ist eine schlechter werdende Personalausstattung mit ansteigender Einwohnerzahl der kreisfreien Städte bzw. Landkreise, die sich an der Landespsychiatrieberichterstattung beteiligt haben.

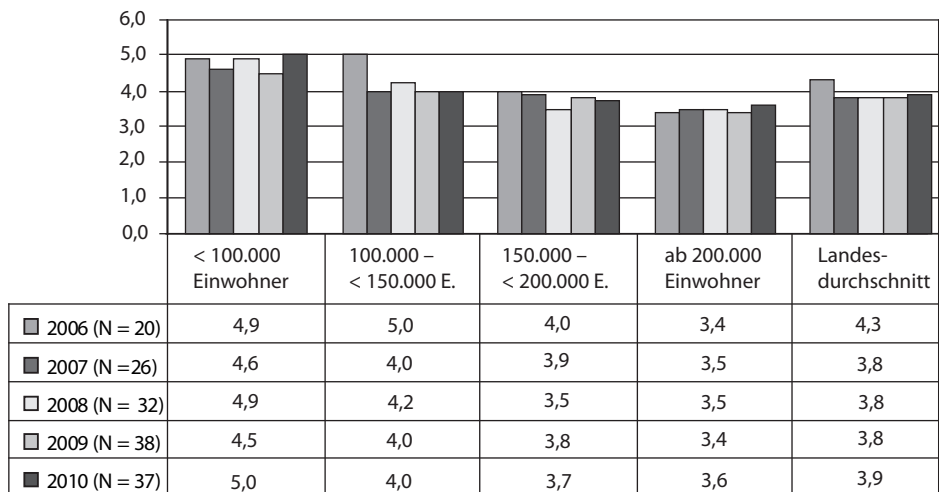


Abb. 1: Fachkräfte im SpDi nach Größe der Kommune (VK pro 100.000 Einw.)

Ein Anhaltspunkt für die zunehmende Belastung der SpDi in der Einzelfallarbeit ist die ansteigende Zahl dokumentierter Patienten pro Vollzeitkraft des eingesetzten Fachpersonals. Hierzu gibt es – für eine allerdings geringere Zahl an Kommunen – bereits seit 2004 Auswertungen des Niedersächsischen Lan-

desgesundheitsamts (NLGA) nach den Angaben auf den Blättern 28 bis 30 der Jahresberichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden. Sie dokumentieren den Trend zu einer höheren Fallzahlbelastung (*Caseload*) in ähnlicher Weise wie die eigenen Auswertungsergebnisse (Tabelle 2). Bemerkenswert sind hier die relativ höheren Werte für die Kommunen, in denen der eigene SpDi alle Aufgaben selbst erfüllt, also z. B. die Sorge für die suchtkranken Menschen nicht an einen externen Dienst abgegeben wurde.

Tab. 2: Fallzahlbelastung in den SpDi (Patienten pro Vollkraft Fachpersonal)

	Berichtsjahr	alle teilnehmenden SpDi		davon selbst alle Aufgaben	
		Anzahl SpDi	Caseload	Anzahl SpDi	Caseload
Auswertung des NLGA	2004	20	102	12	118
	2005	19	121	11	152
	2006	13	138	8	184
	2007	14	160	9	197
	2008	11	168	7	195
	2009	13	196	9	231
	2010	21	149	5	176
eigene Auswertung	2006	25	143	7	187
	2008	30	150	10	175
	2009	38	169	9	202
	2010	34	183	9	208

Zur Arbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund

Nach den Vorgaben des NPsychKG von 1997 haben alle Landkreise und kreisfreien Städte einen Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) gegründet und den SpDi beauftragt, seine Geschäftsführung zu übernehmen. Alle Anbieter von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sind zur Zusammenarbeit eingeladen und sollen dort Änderungen ihres Leistungsspektrums sowie die Planung neuer Angebote bekannt machen. Auch der Sozialpsychiatrische Plan (SpP) ist vom SpDi im Benehmen mit dem SpV zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben. In der Regel arbeiten neben der Vollversammlung noch mehrere Fachgruppen, in denen die beteiligten Dienste und Einrichtungen ihre Tätigkeit koordinieren und sich für eine Verbesserung der Versorgung engagieren. Die Teilnahme von Vertretern der Kommunalverwaltungen und insbesondere der Kommunalparlamente ist leider nicht die Regel und hat in den letzten Jahren eher weiter abgenommen (Tabelle 3).

Die Lebendigkeit und Wirksamkeit des SpV ist in den einzelnen Kommunen sehr unterschiedlich, abhängig von der Anzahl der aktiv teilnehmenden Personen und Organisationen, ihrer Fähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation. Im Durchschnitt sind fünf Fachgruppen eingerichtet, und die Vollversammlung tagt ein- bis zweimal pro Jahr (Tabelle 4). Eine Sonderrolle hat der SpV der Region

Tab. 3: Teilnahme an der Gremienarbeit des SpV 2006 – 2010

2006	2007	2008	2009	2010	Berichtsjahr
23	27	32	36	39	Anzahl der Fragebögen mit Angaben
100 %	100 %	97 %	100 %	97 %	im Einzugsgebiet tätige Leistungserbringer
91 %	96 %	81 %	94 %	94 %	Leistungsträger für die Finanzierung der Hilfen
59 %	75 %	71 %	65 %	67 %	Selbsthilfeinitiativen der psychisch Kranken
64 %	61 %	48 %	62 %	53 %	Selbsthilfeinitiativen der Angehörigen
50 %	43 %	45 %	26 %	33 %	Vertreter aus dem Kommunalparlament
95 %	82 %	84 %	85 %	78 %	Vertreter aus der Kommunalverwaltung
86 %	86 %	84 %	74 %	72 %	sonstige Mitglieder des SpV

Hannover, die 1,1 Millionen Einwohner in elf Versorgungssektoren umfasst, für die jeweils eine dezentrale Beratungsstelle des SpDi zuständig ist. Die Vollversammlung tagt hier monatlich, in jedem Sektor koordiniert eine sogenannte Sektor-Arbeitsgemeinschaft die Hilfsangebote vor Ort, während sich insgesamt 21 Fachgruppen auf Regionsebene um spezielle Fragestellungen kümmern.

Tab. 4: Zahlen zur Gremienarbeit im SpV 2006 – 2010 (ohne Region Hannover)

2006	2007	2008	2009	2010	Berichtsjahr	
22	27	29	35	38	Anzahl der Fragebögen	
5 %	26 %	10 %	26 %	21 %	keine	
86 %	70 %	86 %	63 %	66 %	1 bis 2	Vollversammlungen
9 %	4 %	4 %	11 %	13 %	3 bis 4	
1,5	1,0	1,2	1,3	1,4	Durchschnitt	
19	27	29	35	38	Anzahl der Fragebögen	
4,0	5,5	4,3	4,8	5,2	Durchschnitt	regelmäßig tagende Fachgruppen

Die Forderung des NPsychKG nach regelmäßiger Fortschreibung des SpP wird inzwischen ernster genommen, allerdings gab es 2010 immer noch sechs Kommunen, deren SpP mindestens fünf Jahre alt war (Tabelle 5). Der Durchschnittswert für das Alter des zuletzt veröffentlichten SpP stieg zunächst von 1,4 Jahre (2006) auf 3,2 Jahre (2008) an, um dann wieder bis auf 2,3 Jahre (2010) abzusinken. Hier ist zu vermuten, dass sich zunächst eher SpDi mit vergleichsweise aktiven SpV an der Datenerhebung beteiligt haben, die Werte für Niedersachsen also damals noch nicht repräsentativ waren. Die Erstellung und Fortschreibung des SpP ist eine Dienstaufgabe, die für die SpDi mit einem nicht geringen Arbeitsaufwand verbunden ist, und ihre Erfüllung wird bei drängenden anderen Pflichten eher mal aufgeschoben. Ähnliches gilt für die Tätigkeiten im Rahmen der Geschäftsführung des SpV, wofür pro SpDi nach Selbstauskunft im Durchschnitt 0,3 VK zur Verfügung stehen – ohne die Region Hannover, wo es 2010 1,8 VK waren. Das entspricht einem Arbeitszeitbudget im SpDi von 0,2 VK pro 100.000 Einwohner.

Tab. 5: Angaben zur Aktualität des Sozialpsychiatrischen Plans 2006-2010

2006	2007	2008	2009	2010	Berichtsjahr
23	26	30	36	35	Anzahl der Fragebögen mit Angaben
9	6	8	14	15	gerade aktuell oder im Berichtsjahr veröffentlicht
8	12	6	5	8	zuletzt 1 bis 2 Jahre vor Berichtsjahr erschienen
5	3	9	9	6	zuletzt 3 bis 4 Jahre vor Berichtsjahr erschienen
1	5	9	8	6	letzte Fortschreibung mindestens 5 Jahre alt
1,4	2,2	3,2	2,8	2,3	Durchschnitt

Zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung

Daten der Kassenärztlichen Versorgung Niedersachsen (KVN) zu den in der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eingesetzten Personalressourcen wurden in die Landespsychiatrieberichterstattung erstmals für das Jahr 2010 einbezogen. Die KVN übermittelte – nach Kommunen aufgeschlüsselt – die Zahl der in einer Praxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum zugelassenen bzw. angestellten psychiatrischen Fachärzte und Psychotherapeuten (Tabelle 3 im Anhang dieses Bandes). Angegeben ist die Summe der sogenannten Anrechnungsfaktoren, die dem jeweiligen Beschäftigungsumfang entsprechen und mit Vollzeitkraft-Anteilen (VZK) aus dem Angestelltenbereich vergleichbar sind.

Keine Informationen gab es leider zur Anzahl der pro Jahr – oder noch besser: pro Quartal – psychiatrisch behandelten Patienten. Die Arbeitszeiten dürften sich je nach Einzelfall stark unterscheiden, ebenso die Anteile, die für Begutachtungen und die Behandlung von privat versicherten Patienten eingesetzt werden. Bei den Nervenärzten muss man zusätzlich eine mehr oder weniger große Anzahl neurologischer Behandlungsfälle berücksichtigen. Aus all diesen Gründen lässt sich aus den verfügbaren fachärztlichen Personalressourcen die Zahl psychiatrisch behandelter gesetzlich krankenversicherter Patienten nur ungenau abschätzen.

Bei den Fachärzten wird unterschieden nach Nervenärzten (bzw. Doppelfachärzten für Neurologie und Psychiatrie), nach solchen für Psychiatrie sowie denen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), jeweils ggf. mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Die von diesen Fachärzten für psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne eingesetzten Ressourcen tauchen hier nicht auf, sondern unter den ärztlichen Psychotherapeuten (siehe unten). Auffallend ist, dass es in Niedersachsen sehr viel weniger Psychiater (91,6 VZK) als Nervenärzte (194,1 VZK) gibt und jene inzwischen sogar gegenüber den Kinder- und Jugendpsychiatern (110,0 VZK) in der Minderheit sind. Rechnet man alle drei Facharztgruppen zusammen und bezieht die Summe auf die Einwohnerzahl, ergeben sich zwischen

den Kommunen große Unterschiede. Bei einem landesweiten Durchschnitt von 5,0 VZK pro 100.000 Einwohner schwanken die Werte von 0,6 im Landkreis Osterode und 13,3 in der Stadt Oldenburg. Generell steigt der Wert mit zunehmender Siedlungsdichte (gemessen als Einwohnerzahl pro Hektar Gebietsfläche) der Kommune an (Abbildung 2).

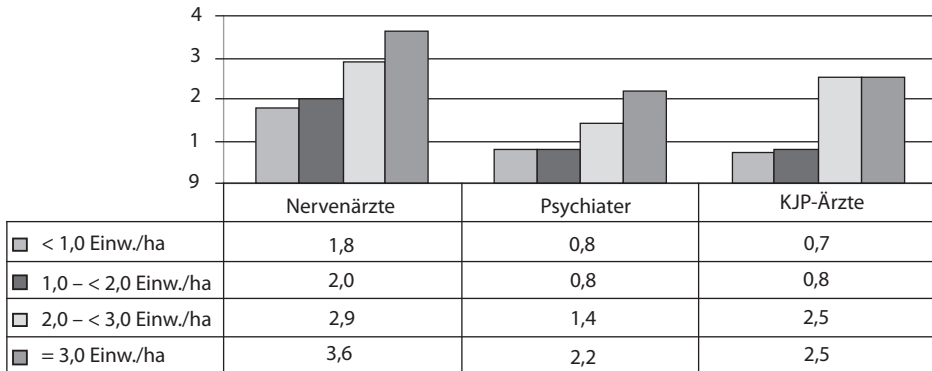


Abb. 2: Psychiatrische Fachärzte im KVN-System nach Siedlungsdichte 2010

Bei den im KVN-System tätigen Psychotherapeuten unterscheidet man zwischen ärztlichen (PTÄ; 398,6 VZK), psychologischen (PTP; 1003,9 VZK) und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (PT-KJP; 297,1 VZK). Zusammen sind das 21,5 VZK pro 100.000 Einwohner, 4,3-mal so viel wie bei den psychiatrischen Fachärzten. Da Psychotherapeuten allerdings pro Patient sehr viel mehr Therapiezeit von den Krankenkassen bezahlt bekommen, dürften die psychotherapeutisch behandelten Patienten dennoch deutlich weniger sein als die psychiatrisch behandelten. Auch die psychotherapeutischen Ressourcen sind ungleichmäßig verteilt mit einer starken Bevorzugung der größeren Städte gegenüber ländlichen Regionen (Abbildung 3).

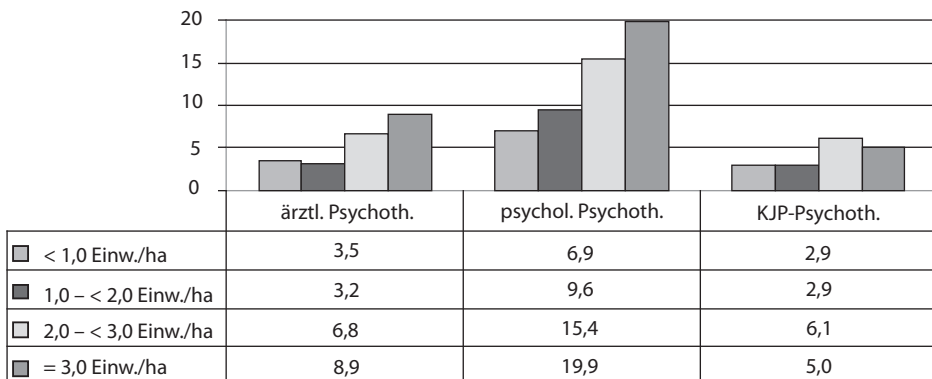


Abb. 3: Psychotherapeuten im KVN-System nach Siedlungsdichte 2010

Zur teil- und vollstationären psychiatrischen Behandlung

Die Möglichkeiten einer wohnortnahen psychiatrischen Krankenhausbehandlung sind in Niedersachsen noch nicht überall gegeben. In den ehemaligen Regierungsbezirken Weser-Ems und Lüneburg war man bei der dafür notwendigen Verkleinerung der Landeskrankenhäuser vergleichsweise erfolgreich. So entstanden immerhin in Emden und Wilhelmshaven, Norden und Nordhorn, Uelzen (früher: Häcklingen), Stade und Walsrode Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit einem Einzugsgebiet von jeweils unter 200.000 Einwohnern (Tabelle 2 im Anhang). In den übrigen Landesteilen werden diese Kriterien nur von der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (dort seit 1972) erfüllt.

Bei einem Vergleich der vier ehemaligen Regierungsbezirke wird der Landkreis Celle dem Bezirk Hannover zugerechnet, da das hier zuständige Klinikum Warendorff in der Region Hannover liegt und dort weitere Einzugsgebiete hat. Einbezogen wurden nur die Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie, soweit sie 2010 eine regionale Versorgungsverpflichtung nach § 15 NPsychKG übernommen hatten. Darunter befinden sich auch die erst in den letzten Jahren beauftragten Kliniken in Rinteln und an der Universität Göttingen. Unberücksichtigt blieben – neben den Kliniken für Psychosomatische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie – also die Kapazitäten von drei Kliniken, die im Krankenhausplan der Erwachsenenpsychiatrie zugerechnet werden: Das sind die Clemens-August-Klinik in Vechta (2010: 107 Betten und 16 TK-Plätze), das Krankenhaus Ginsterhof in Rosengarten/Landkreis Harburg (2010: 65 Betten und 20 TK-Plätze) sowie das Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn in Rosdorf/Landkreis Göttingen (112 Betten).

Bei den vollstationären Kapazitäten zeigt sich im Verlauf der letzten fünf Jahre von 2006 bis 2010 landesweit bei leicht sinkender Einwohnerzahl ein geringfügiger Anstieg der Bettenmessziffer (Anzahl Betten pro 100.000 Einwohner) von 53,5 auf 55,2 (Tabelle 6). In Bezirken mit größerer Siedlungsdichte, höherer Arbeitslosigkeit und bevölkerungsstärkeren Einzugsgebieten ist die Bettenmessziffer vergleichsweise höher. Besonders ungünstig ist die Entwicklung im Bezirk Braunschweig, obwohl dort die genannten Einflussfaktoren weniger ausgeprägt sind als im Bezirk Hannover mit seiner deutlich niedrigeren Bettenmessziffer.

Größere Veränderungen als im vollstationären Bereich weisen die Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie bei den tagesklinischen Kapazitäten auf. Diese erhöhten sich in den Bezirken Braunschweig und Hannover Jahr für Jahr in nennenswertem Umfang, in den Bezirken Weser-Ems und Lüneburg dagegen erst seit Kurzem. Für 2011 wurde bereits ein weiterer Ausbau der Kapazitäten genehmigt (Abbildung 4). Die regionale Platzziffer für Tageskliniken in der Erwachsenen-

Tab. 6: Einzugsgebiete der Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie nach Bezirk*

Bezirk	Einwohner 2010 (in Tsd.)	Siedlungsdichte (Einw./ha)	Einwohner pro Klinik (in Tsd.)	Arbeitslose 2010	Betten pro 100.000 Einwohner	
					2006	2010
Weser-Ems	2.480	1,7	310	5,3%	49	50
Lüneburg -Celle	1.514	1,1	252	5,1%	37	39
Hannover +Celle	2.317	2,2	331	6,5%	56	57
Braunschweig	1.609	2,0	322	6,1%	71	76
Niedersachsen	7.918	1,7	305	5,8%	53,5	55,2

*) nur Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung nach § 15 NPpsychKG (einschließlich Burghofklinik Rinteln und Universität Göttingen)

psychiatrie betrug 2010 landesweit 11,9 Plätze pro 100.000 Einwohner und machte 18 % der insgesamt zur Verfügung stehenden voll- und teilstationären Behandlungsplätze aus. Der Anteil der Tagesklinikplätze an der Gesamtkapazität der psychiatrischen Kliniken betrug 2010 im Bezirk Lüneburg (ohne Landkreis Celle) – bei sehr geringer Anzahl an Betten! – stolze 23 %. Im Bezirk Hannover (zuzüglich Landkreis Celle) lag der entsprechende Wert bei 20 %, während der Bezirk Braunschweig, auch bedingt durch die dort hohe Bettenkapazität, nur auf einen Anteil von 15 % kommt. Schlusslicht ist der Bezirk Weser-Ems mit einem Anteil von 14 %.

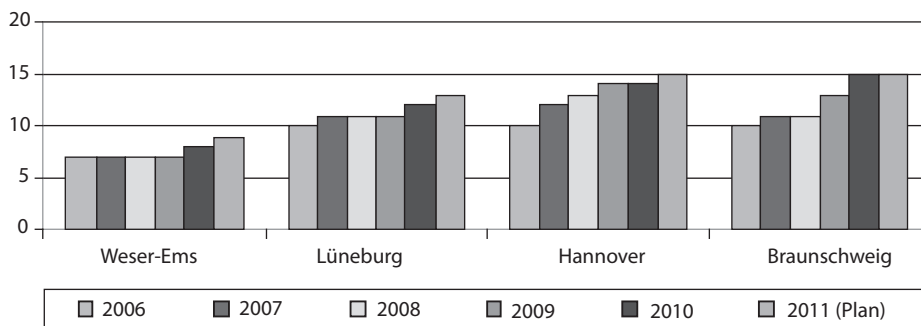


Abb. 4: Tagesklinische Plätze pro 100.000 Einwohner nach Bezirk 2006 – 2011

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ist das teil- und vollstationäre Behandlungsangebot im Bezirk Weser-Ems am besten ausgebaut, während in den Bezirken Lüneburg und Braunschweig die Not am größten ist (Tabelle 7). Seit 2006 blieb die Anzahl verfügbarer Betten praktisch unverändert, während es bei den – sicherlich nicht ausreichend vorhandenen – Tagesklinikplätzen einen geringfügigen Zuwachs gab. Zur ungleichen Verteilung der Kapazitäten in den vier Bezirken kommt hinzu, dass es bei den Kliniken in der KJP insgesamt weniger Standorte gibt, was zusätzliche Probleme im Hinblick auf eine wohnortnahe Behandlung schafft. Der größte Mangel an tagesklinischen Kapazitäten wurde 2011 etwas gelindert, indem – hier noch nicht eingerech-

net – zusätzliche Angebote in den Städten Braunschweig und Celle mit jeweils zwölf Plätzen genehmigt wurden.

Tab. 7: Platzkapazität in den Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bezirk	Einwohner		Zahl Betten (KL)/TK-Plätze				Platzziffer/100.000 E.			
	2006	2010	2006		2010		2006		2010	
	in Tausend		KL	TK	KL	TK	KL	TK	KL	TK
Weser-Ems	2.478	2.480	233	46	233	66	9,4	1,9	9,4	2,7
Lüneburg -Celle	1.521	1.514	76	22	76	40	5,0	1,4	5,0	2,6
Hannover +Celle	2.342	2.317	191	34	196	35	8,2	1,5	8,5	1,5
Braunschweig	1.641	1.609	106	5	106	15	6,5	0,3	6,6	0,9
Niedersachsen	7.983	7.918	606	107	611	156	7,6	1,3	7,7	2,0

Weitere dezentrale Tageskliniken insbesondere im ländlichen Raum sind erforderlich und sollten in jedem Falle mit einer Institutsambulanz der Klinik kombiniert werden. Nur so werden sich angesichts des vermutlich weiter ansteigenden Bedarfs an psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen unwillkommene Erweiterungen der Bettenkapazität begrenzen lassen. Denn gerade auf dem Lande ist der Mangel an Fachkräften in der kassenärztlichen Versorgung schon jetzt spürbar, und an die derzeit diskutierten neuen Versorgungskonzepte und Steuerungsmechanismen sollte man kurzfristig nicht zu hohe Erwartungen knüpfen.²

Leider stehen für die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) der Kliniken bis jetzt keine nach Einzugsgebieten aufgeschlüsselten Daten zum Fachpersonal und zur Anzahl der dort behandelten Patienten zur Verfügung. Andreas Spengler (siehe dazu seinen entsprechenden Beitrag in diesem Band) schätzt die Zahl der Behandlungsfälle pro Quartal für das Jahr 2010 landesweit auf 140.000, das wären bei einer angenommenen Behandlungsdauer von 2,5 Quartalen pro Jahr etwa elf Patienten pro 1.000 Einwohner.

Auch für die ambulanten psychiatrischen Pflegedienste gibt es noch keine verfügbaren Daten zum eingesetzten Fachpersonal und zur Anzahl der betreuten Patienten. Sie könnten in der Zukunft eine sehr viel größere Rolle bei der Behandlung chronisch und schwer erkrankter Menschen spielen, wenn nicht der auch dort bereits jetzt spürbare Fachkräftemangel das verhindert. Die Soziotherapie führt in Niedersachsen weiterhin ein Schattendasein, weil die Krankenkassen hohe Zulassungshürden aufgebaut haben und die Dienste nur unzureichend finanzieren.

2 Siehe die Beiträge zum Themenschwerpunkt »Die Kontroverse um die Integrierte Versorgung« in diesem Band.

Zu den komplementären psychiatrischen Hilfen

Die Landespsychiatrieberichterstattung umfasst neben den bisher geschilderten Behandlungsangeboten auch Angaben zur Platzkapazität in Wohn-, Werk- und Tagesstätten der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen (siehe Tabellen 4 und 5 in der Anlage). Die vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales (NLS) gelieferten Zahlen geben jedoch aus mehreren Gründen noch kein vollständiges Bild zur Inanspruchnahme teil- und vollstationärer Hilfen im komplementären Bereich:

- Viele psychisch erkrankte Heimbewohner werden in allgemeinen Alten- und Pflegeheimen betreut und sind bisher nicht erfasst.
- Eine unbekannte Anzahl psychisch erkrankter Heimbewohner wird in Einrichtungen weit entfernt von ihrem letzten Wohnort betreut, auch jenseits der Grenzen des eigenen Bundeslandes.
- Auch Werkstätten für geistig oder körperlich behinderte Menschen betreuen nicht selten seelisch behinderte Menschen, oft sogar in gesonderten Abteilungen. Sie sind in der Statistik des NLS aber nicht enthalten.
- Einige auffällige Veränderungen beim Umfang des Angebots erwecken den Eindruck, dass das NLS im Laufe der letzten Jahre einige Fehler im Datenmaterial bereinigt hat.

Sehr große regionale Unterschiede gibt es bei der Platzkapazität von Wohnstätten (Tabelle 8). Einige Kommunen haben überhaupt keine Möglichkeit der Betreuung in einem psychiatrischen Wohnheim, so die Stadt Wolfsburg sowie die Landkreise Osterholz, Wittmund und Oldenburg. In den Landkreisen Wolfenbüttel und Leer stehen nur Heimplätze für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke zur Verfügung. In anderen Kommunen dagegen werden pro 100.000 Einwohner mehr als 150 Plätze in Wohnstätten für seelisch behinderte Menschen vorgehalten, so in der Stadt Osnabrück (168) sowie den Landkreisen Osterode (295), Schaumburg (197), Nienburg (173), Holzminden (163) und Celle (151). Hier ist es dem Land als überörtlichem Sozialhilfeträger bisher offensichtlich nicht gelungen, Ungleichheiten in der Versorgung abzubauen und bessere Rahmenbedingungen für eine wohnortnahe Betreuung schwer und chronisch psychisch erkrankter Menschen zu schaffen.

Die Platzkapazität der Werk- und Tagesstätten konnte erstmals für das Berichtsjahr 2008 in die Landespsychiatrieberichterstattung einbezogen werden. Bei den Werkstätten sind sieben Kommunen ohne ein vom NLS ausgewiesenes Angebot: die Stadt Wilhelmshaven sowie die Landkreise Oldenburg, Wittmund, Vechta, Uelzen, Osterholz und Goslar. Die regionalen Platzziffern schwanken ansonsten zwischen zwölf Plätzen pro 100.000 Einwohner im Landkreis Cuxhaven und 192 in der Stadt Emden. Sehr viel gleichmäßiger ist die regionale

Verteilung bei der teilstationären Eingliederungshilfe in Tagesstätten: Hier sind nur die Landkreise Friesland, Oldenburg, Vechta und Goslar ohne jedes Angebot; die höchste Kapazität hat hier der Landkreis Lüchow-Dannenberg mit 61 Plätzen pro 100.000 Einwohnern.

Tab. 8: Platzkapazität in Wohn-, Werk- und Tagesstätten der Psychiatrie

Bezirk	Platzkapazität pro 100.000 Einwohner								
	Wohnstätten			Werkstätten			Tagesstätten		
	2006	2010	2011	2008	2010	2011	2008	2010	2011
Weser-Ems	50	60	64	57	57	65	12	13	14
Lüneburg-Celle	51	48	48	24	16	32	13	12	14
Hannover+Celle	107	122	133	24	27	32	13	16	17
Braunschweig	51	69	74	48	45	48	13	15	18
Niedersachsen	67	78	83	39	38	46	13	14	16

Erstmals für das Berichtsjahr 2008 wurde von den Sozialpsychiatrischen Diensten auch die Zahl der belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen erfragt (siehe Tabelle 5 in der Anlage). Bisher konnten nur für 51 % bzw. 64 % aller Kommunen entsprechende Daten ausgewertet werden (Tabelle 9). Die auf dieser Grundlage berechneten regionalen Inanspruchnahmeziffern in den vier Bezirken bilden daher die tatsächliche Situation auf dieser Versorgungsebene unter Umständen noch nicht genau ab.

Tab. 9: Daten zu den belegten Plätzen im ambulant betreuten Wohnen

Bezirk	Anzahl Kommunen				belegte Plätze pro 100.000 Einwohner		
	alle	mit Daten			2008	2009	2010
		2008	2009	2010			
Weser-Ems	16	50%	38%	50%	91	102	96
Lüneburg-Celle	10	70%	40%	80%	72	79	83
Hannover+Celle	8	75%	63%	63%	92	106	107
Braunschweig	11	73%	73%	73%	104	182	162
Niedersachsen	45	64%	51%	64%	91	125	113

Örtlich schwankt die Inanspruchnahmeziffer (belegte Plätze pro 100.000 Einwohner) bei den teilnehmenden Kommunen zwischen 7 im Landkreis Wittmund und 365 in der Stadt Emden. Diese Unterschiede können ganz verschiedene Ursachen haben. So sinkt der Bedarf, wenn die chronisch und schwer psychisch erkrankten Mitbürger in heimatferne Wohn- und Pflegeheime abgeschoben werden. Er steigt in Städten, bei hoher Arbeitslosigkeit und im Zuge erfolgreicher Bemühungen um eine sozialpsychiatrische Ausrichtung der Betreuung mit ambulanter Schwerpunktsetzung. Auch dieses Hilfsangebot ist in ländlichen Räumen sehr viel weniger verbreitet als in den Städten (Abbildung 5). Im landesweiten Durchschnitt waren pro 100.000 Einwohner 2008 91 Plätze, 2009 126 und 2010 113 Plätze belegt.

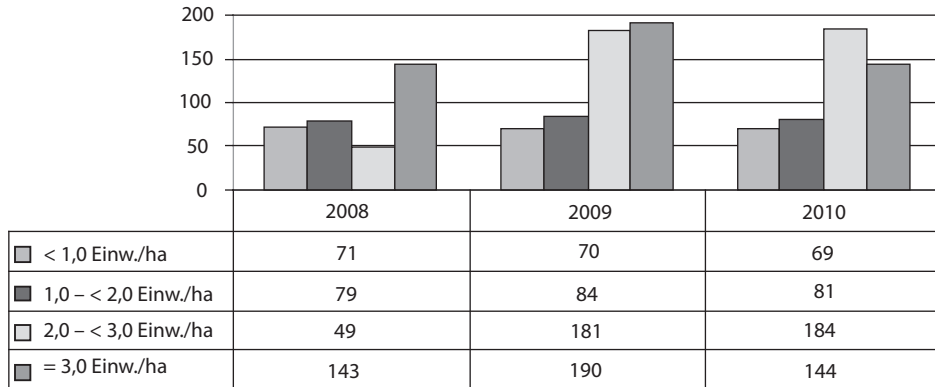


Abb. 5: Inanspruchnahme ambulant betreuten Wohnens nach Siedlungsdichte*

*) belegte Plätze pro 100.000 Einwohner; ohne Region Hannover mit 1,1 Mio. Einwohnern in 11 Sektoren, einer Siedlungsdichte 4,9 Einw./ha und einer Inanspruchnahmeziffer für ambulant betreutes Wohnen von 97 (2008), 118 (2009) bzw. 120 (2010)

Möglich ist neben einer Unterversorgung hier oder Überversorgung da auch eine – sicherlich nicht selten vorkommende – Fehlversorgung. Ambulant betreutes Wohnen auf Kosten der Eingliederungshilfe kommt nämlich auch dort zum Zuge, wo es einen Mangel an aufsuchender Behandlung gibt. Die müsste eigentlich vorrangig durch niedergelassene Fachärzte und ambulante Pflegedienste sichergestellt werden. Falls das nicht klappt, liegt die Zuständigkeit in zweiter Linie bei den dafür eingerichteten psychiatrischen Institutsambulanzen. Nachrangig müssten nach dem Prinzip der Subsidiarität schließlich die SpDi einspringen. Wenn von diesen Diensten niemand die erforderliche aufsuchende Hilfe leisten kann, wird unter Umständen notgedrungen ambulant betreutes Wohnen bewilligt, weil die betroffenen Menschen ansonsten stationär in eine Klinik bzw. ein Heim eingewiesen werden müssten.

Am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens wird deutlich, wie wichtig eine sorgfältige Interpretation der Versorgungsdaten ist. Einerseits müssen alle Teilbereiche der Versorgung und die Situation in vergleichbaren Regionen mit in den Blick genommen werden. Andererseits ist zu erkunden, wie das Zusammenspiel und die wechselseitigen Einflüsse zwischen diesen Teilbereichen vor dem Hintergrund der spezifischen Traditionen, Strukturen und handelnden Personen in der einzelnen Region vor Ort funktionieren. Insofern können Daten bei der Qualitätsentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen die dazu erforderlichen Dialoge und Diskurse unterstützen, aber sie dürfen diese nie dominieren oder gar ersetzen.

Anschrift des Autors:

Dr. Hermann Elgeti

*Medizinische Hochschule Hannover, Sozialpsychiatrische Poliklinik List
Podbielskistraße 158, 30177 Hannover, elgeti.bermann@mh-hannover.de*