

Versorgungsregionen verbessern Vergleiche – Auswertungsbericht zur Landespsychiatrieberichterstattung für das Berichtsjahr 2013

Hermann Elgeti

Seit 2007 werden Daten zum Hilfesystem systematisch ausgewertet.

Die Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen (N-PBE) wurde seit 2007 von der Geschäftsstelle des Landesfachbeirats Psychiatrie (LFBPN) schrittweise aufgebaut.¹ Sie umfasst neben Daten zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) auch solche zu unterschiedlichen ambulanten, teil- und vollstationären Hilfen für psychisch erkrankte Menschen. Dabei handelt es sich um psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote nach dem Krankenversicherungsrecht (SGB V) und um Eingliederungshilfen für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen (SGB XII).

Die Daten werden grundsätzlich auf der Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte ausgewertet, im Hinblick auf die Kliniken bilden deren Einzugsgebiete den räumlichen Bezug. Eine zusammenfassende Gruppierung der Ergebnisse ist nicht nur auf der Ebene der ehemaligen Regierungsbezirke möglich. Durch Einbezug von demografischen Daten können die Platzkapazitäten der verschiedenen Angebotsformen auch nach sozialstrukturellen Merkmalen der Kommunen ausgewertet werden. Der Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) liefert die Gebietsfläche sowie die Einwohnerzahl der Kommunen nach Altersgruppen (Stichtag: 31.12. des Berichtsjahres). Allerdings konnte der LSKN bis Redaktionsschluss für 2013 erst vorläufige Zahlen bereitstellen. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) stellt die Arbeitslosenzahlen zur Verfügung, ebenfalls aufgeschlüsselt nach Kommunen; hier finden die Daten für den Monat Dezember des Berichtsjahres Verwendung.

Die Auswertungsergebnisse werden den Leitungen der SpDi auf der jährlichen Dienstbesprechung des Sozialministeriums (MS) als deren Aufsichtsbehörde

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

vorgestellt. Die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2013 werden in Ergänzung des Auswertungsberichts im Anhang dieses Bandes in Tabellenform veröffentlicht. Im Auftrag des MS entwickelte die Geschäftsstelle des LFBPN außerdem ein EDV-Programm zur N-PBE; näheres dazu enthält ein ebenfalls in diesem Band abgedruckter Projektbericht.² Damit soll den SpDi nicht nur die Eingabe der von ihnen zu liefernden Daten erleichtert werden, Ziel ist auch eine bessere Nutzung der Auswertungsergebnisse für die Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans für die einzelnen Kommunen.

Die Datenerhebung ist noch nicht vollständig.

Die SpDi sind nicht nur aufgefordert, das im Anhang dieses Bandes abgedruckte Formular der Dokumentationsempfehlungen des LFBPN auszufüllen. Gebeten wird weiterhin um die Überlassung der ausgefüllten Datenblätter 28 bis 30 des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA) zur Jahresberichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden. Erforderlich ist mangels einer zentralen Erfassung auch die Mitwirkung der SpDi bei der Ermittlung der Anzahl der belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen. Für das Berichtsjahr 2013 konnten zwar von 40 der insgesamt 45 SpDi Daten ausgewertet werden, diese waren aber nicht immer vollständig und können daher noch kein exaktes Abbild der Situation zeichnen. Das Formular des LFBPN wurde von 36 SpDi ausgefüllt, die Blätter 28–30 des NLGA lagen von 40 Kommunen vor, die Zahl der belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen wurde in 27 Fällen gemeldet. Für das Berichtsjahr 2014, das nicht Gegenstand dieses Auswertungsberichtes ist, beteiligten sich bis Ende August 2015 bei den Blättern 28–30 des NLGA 40 SpDi und beim Formular des LFBPN 38, während aus 33 Kommunen die Zahl der belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen vorliegt.

Bei einigen Zahlen zur fachspezifischen Behandlung psychisch erkrankter Menschen im Leistungsbereich des SGB V kann die NI-PBE auf eine zentrale Datensammlung zurückgreifen:

- Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) liefert Daten zu den in ihrem System tätigen psychiatrischen Fachärzten und Psychotherapeuten, allerdings bisher nicht zur Anzahl der von ihnen behandelten Patienten. Außerdem stellt die KVN in einigen Fällen für jeweils zwei benachbarte Kommunen nur kumulierte Daten zur Verfügung: Diepholz und Delmenhorst, Emden und Aurich, Wilhelmshaven und Friesland.

² BOTT OJ, ELGETI H, SCHMIDT S (2015): Entwicklung eines Sozialpsychiatrischen Informationsmanagements für Niedersachsen 2010 bis 2015. In: ELGETI H, ZIEGENBEIN M (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Band 7. Köln: Psychiatrie-Verlag; Seitenangabe ergänzen!

- Der jährlich erscheinende Niedersächsische Krankenhausplan (Stichtag 01.01. des Berichtsjahres) informiert über die Anzahl der Betten und Tagesklinikplätze der Kliniken, gesondert für die Psychosomatik (PSM), Erwachsenenpsychiatrie (Psy) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Drei Psy-Kliniken sind nicht an Unterbringungen nach § 15 NPsychKG beteiligt: Krankenhaus Ginsterhof in Rosengarten / Landkreis Harburg, Clemens-August-Klinik in Neuenkirchen / Landkreis Vechta und Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn in Rosdorf / Landkreis Göttingen. Die PSM-Kliniken waren bisher nicht Gegenstand der Landespsychiatrieberichterstattung.

Die Platzkapazitäten der teil- und vollstationären Angebote der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen werden vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (NLS) übermittelt. So können zusätzlich zur Inanspruchnahme im ambulant betreuten Wohnen gemäß § 53 ff. SGB XII, die von den SpDi gemeldet wird, auch die in den in Wohn-, Werk- und Tagesstätten vorgehaltenen Plätze in die Auswertung mit einbezogen werden. Bei den Platzzahlen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Daten des NLS nicht den Berufsbildungsbereich der WfbM einschließen. Zumindest in einigen Fällen fehlen auch Werkstätten für Menschen mit geistig und / oder körperlichen Behinderungen, die bei sich auch Personen mit seelischen Behinderungen beschäftigen.

Leider konnte eine ganze Reihe von weiteren wichtigen Hilfsangeboten für psychisch erkrankte Menschen bisher noch nicht in die N-PBE einbezogen werden. So fehlen z. B. Angaben zur Anzahl der betreuten Personen und zum Umfang des eingesetzten Fachpersonals in ambulanten psychiatrischen Pflegediensten, in den Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken und in den Suchtfachstellen. Auch die Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) beteiligen sich bisher nicht an der Datenerhebung. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass weiterhin eine unbekannte Anzahl chronisch und schwer psychisch erkrankter Menschen im Alter unter 65 Jahren in allgemeinen Alten- und Pflegeheimen betreut werden.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste leiden unter Personalnot.

Die Aufgaben der SpDi werden im Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) beschrieben. Vier Kommunen in Niedersachsen haben von der im NPsychKG eröffneten Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Aufgaben des SpDi in vollem Umfang vertraglich einer externen Einrichtung zu übertragen: Das sind die Landkreise Celle und Heidekreis, Uelzen und Lüchow-Dannenberg, alle im (ehemaligen Regierungs-) Bezirk

Lüneburg gelegen. Viele andere Kommunen haben diese Aufgaben teilweise übertragen, meist begrenzt auf die Hilfen für suchtkranke Menschen.

Das Leistungsspektrum der SpDi macht deutlich, dass neben den im NPsychKG vorgegebenen Aufgaben häufig auch eine Reihe weiterer Funktionen erfüllt werden sollen, vor allem von den SpDi in Trägerschaft der Kommune (Tabelle 1). Vielfach werden die dafür dann zusätzlich erforderlichen Ressourcen nicht oder nicht in dem erforderlichen Umfang zur Verfügung gestellt. In jedem Fall erschweren die erheblichen Unterschiede zwischen den SpDi beim Umfang ihres offiziellen Auftrags und bei der Art und Intensität der Aufgabenwahrnehmung einen Ressourcenvergleich. Ein 2010 gegründetes Länder- und Träger-übergreifendes Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste hat Ende 2012 fünf Kernaufgaben für SpDi beschrieben.³ Eine Arbeitsgruppe des Netzwerks Nord bemüht sich derzeit, dazu Leistungsstandards mit darauf bezogenen fachlichen Empfehlungen zur Personalausstattung zu entwickeln, um künftig Vergleiche zu erleichtern.⁴

Tab. 1: Leistungsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste

		Berichtsjahr						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
		Anzahl der Fragebögen mit Angaben						
		32	36	39	36	33	36	
Aufgaben des SpDi nach NPsychKG	1	Sprechstunden im Dienst (Mindest-Öffnungszeit: 5 WT je 4 Std.)	94%	95%	100%	100%	100%	97%
	2	sofortige Notfall-Hausbesuche (Mindest-Bereitschaft: 5 WT je 4 Std.)	91%	90%	95%	97%	97%	91%
	3	Geschäftsführung Sozialpsychiatr. Verbund gem. § 8 NPsychKG	91%	92%	97%	100%	97%	97%
	4	Erstellung des Sozialpsychiatrischen Plans gemäß § 9 NPsychKG	85%	85%	90%	86%	88%	83%
	5	Durchführung von Begutachtungen gemäß § 12 NPsychKG	97%	97%	92%	100%	97%	100%
	6	med. Behandlung (Behandlungsermächtigung gemäß § 11 NPsychKG)	18%	15%	15%	11%	9%	6%
weitere dem SpDi zugewiesene Aufgaben	7	Erstellung Gutachten im Rahmen des SGB XII, SGB VIII, BtG o. ä.	94%	85%	97%	92%	88%	89%
	8	Organisation Konferenzen zur Planung Einglied.-Hilfen § 53 SGB XII	79%	79%	85%	86%	85%	82%
	9	Teilnahme an sonst. aufwändigen Dienst-übergreifenden Fallbespr.	79%	79%	87%	81%	85%	83%
	10	Teilnahme an der allgemeinen amtsärztlichen Begutachtung	70%	64%	64%	64%	61%	71%
	11	Funktion Ordnungsbehörde bei Einweisungen gemäß § 18 NPsychKG	21%	23%	23%	28%	27%	26%

3 Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und sozialraumbezogenen Psychiatrie! Thesen des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste. In: ELGETI H, ZIEGENBEIN M (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2013. Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 195–198

4 Materialien dazu stehen auf der Homepage des Netzwerks als Download zur Verfügung: <http://sozialpsychiatrische-dienste.de/dokumentationen-materialien/veranstaltungen-2015/>

Die Zahl der dokumentierten Patienten lag 2013 im landesweiten Durchschnitt mit 7,0 pro 1.000 Einw. etwa auf dem Stand der beiden Vorjahre (2011: 7,2 / 2012: 6,9). Ähnliches gilt für die Anzahl des im SpDi eingesetzten Fachpersonals pro 100.000 Einw. (2011: 3,8 / 2012: 4,0 / 2013: 3,9). Die Fallzahlbelastung (*Caseload*), gemessen als Anzahl der im Jahr mindestens ein Mal persönlich kontaktierten Patientinnen und Patienten pro Vollzeitstelle Fachpersonal, verblieb damit auf einem zu hohen Niveau, selbst wenn man berücksichtigt, dass sich hier kurzfristige Kriseninterventionen und kontinuierliche Betreuungen mischen. Dabei ist folgendes zu bedenken: Das Fachpersonal ist neben der Einzelfallhilfe mit direktem Kontakt zur Indexperson z. B. auch tätig in Form ausschließlicher Telefon- und Angehörigen-Beratung, verfertigt Stellungnahmen nach Aktenlage und betreibt Verbundarbeit– alles Aufgaben, die bei der Berechnung der *Caseload* unberücksichtigt bleiben.

Im Landesdurchschnitt war 2013 eine Vollzeit-Fachkraft für 167 Patientinnen und Patienten zuständig. Die *Caseload* ist dort besonders hoch, wo alle Aufgaben des SpDi (einschließlich Zuständigkeit für Suchtkranke) im Gesundheitsamt angesiedelt sind. Auch in Kommunen mit einer Einwohnerzahl von über 200.000 liegt die Fallzahlbelastung deutlich über dem Durchschnitt, bedingt durch eine vergleichsweise besonders schlechte Personalausstattung (Abbildung 1). Tendenziell ist die Inanspruchnahme des SpDi und in Verbindung damit die Fallzahlbelastung sowohl in gering besiedelten als auch in urban stark verdichteten Gebieten sehr hoch, aber es gibt in jeder Gruppe je nach lokalen Gegebenheiten eine große Streuung der entsprechenden Werte.

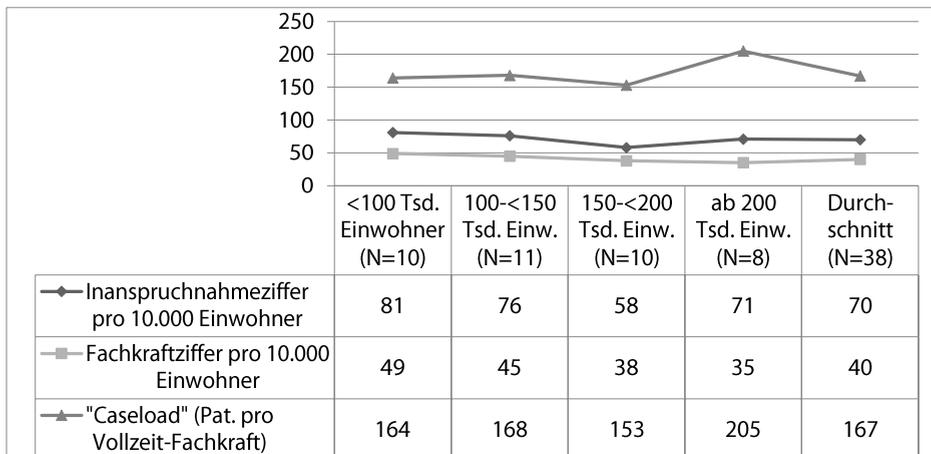


Abbildung 1: Kennzahlen zur SpDi-Fallarbeits nach Größe der Kommune 2013

Unter der Personalnot beim SpDi leidet auch die Arbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund. Inzwischen sind die Sozialpsychiatrischen Pläne in 33 % der Kommunen mindestens fünf Jahre alt. In 28 % der Kommunen fand 2013 keine Vollversammlung des Verbunds statt. Die durchschnittliche Anzahl der regelmäßig tagenden Fachgruppen bzw. Arbeitskreise ging von 5,2 im Jahre 2010 auf 4,8 im Jahre 2013 zurück. Im landesweiten Durchschnitt sind für die Geschäftsführung des Verbunds weniger als 0,2 Vollkräfte pro 100.000 Einwohner der Kommune eingesetzt. An der Gremienarbeit der Verbände beteiligen sich in 75 % der Kommunen auch Selbsthilfeinitiativen der psychisch Kranken, nicht ganz so häufig solche der Angehörigen (56 %), deutlich seltener Mitglieder des Kommunalparlaments (34 %).

Im ländlichen Raum fehlen ambulante Hilfen.

Im KVN-System sind Fachärzte für Psychiatrie (und Psychotherapie) gegenüber Kinder- und Jugendpsychiatern in der Minderheit, vor allem aber gegenüber Nervenärzten, die ja auch oder überwiegend neurologisch erkrankte Patienten behandeln. Gemessen an Vollzeitäquivalenten (VZÄ) lag ihre Verfügbarkeit 2013 landesweit bei 93,3 VZÄ (-5 % gegenüber 2012), bei den Nervenärzten waren es 195,0 VZÄ (+4 %). Das Angebot kassenärztlich tätiger Kinder- und Jugendpsychiater stieg in den letzten Jahren deutlich an, 2013 wurden 135,0 VZÄ (+7 %) in Niedersachsen gezählt. Die Zahl der im Rahmen der KVN tätigen Psychotherapeuten (PT) ist gegenüber dem Vorjahr erneut um 10 % gestiegen und übertraf 2013 diejenige der psychiatrischen Fachärzte (FA; Nervenärzte, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater zusammengenommen) um mehr als das Vierfache (23,5 gegenüber 5,4 VZÄ pro 100.000 Einw.). Der Anteil ärztlicher PT ist mit 22 % gegenüber dem psychologischer PT (58 %) deutlich niedriger, etwas geringer ist der Anteil der Kinder- und Jugendlichen-PT (20 %).

Die Fachärzte (FA) und Psychotherapeuten (PT) konzentrieren sich in kreisfreien Städten (mindestens 3,0 Einw./ha) und dort besonders in den drei urban hochverdichteten Städten Braunschweig, Oldenburg und Osnabrück (mindestens 10 Einw./ha). Die ländlichen (1,0 bis unter 3,0 Einw./ha) und gering besiedelten (unter 1,0 E./ha) Landkreise haben demgegenüber das Nachsehen (Abbildung 2). Die ermittelten Werte beziehen sich auf die Anzahl der Vollzeitkraft-Anteile der in Praxis oder Medizinischem Versorgungszentrum zugelassenen bzw. angestellten Fachärzte (FA) und Psychotherapeuten (PT). Die Stadt Delmenhorst und der Landkreis Diepholz, die Stadt Emden und der Landkreis Aurich sowie die Stadt Wilhelmshaven und der Landkreis Friesland konnten bei dieser Auswertung nicht berücksichtigt werden, da die KVN für diese Kommunen nur zusammengefasste Angaben lieferte.

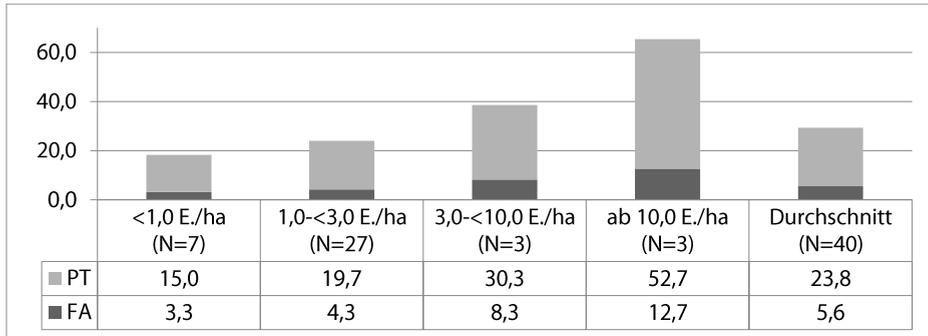


Abb. 2: Verfügbarkeit fachspezifischer Behandlung nach Siedlungsdichte 2013*

*) N=Anzahl der Landkreise bzw. kreisfreien Städte einschließlich Region Hannover (4,9 E./ha); ohne die Städte Emden, Delmenhorst und Wilhelmshaven sowie die Landkreise Aurich, Friesland und Diepholz, da diese von der KVN nicht getrennt ausgewiesen werden

Das ambulant betreute Wohnen (abW) als Leistung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen hat sich seit den 1990er-Jahren vielerorts in Deutschland stark entwickelt. Es soll dazu dienen, einen schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen in seinem gewohnten Lebensumfeld zu unterstützen und seine Teilhabechancen zu verbessern, eine stationäre Eingliederungshilfe zu vermeiden oder zu verkürzen. Mitverantwortlich für den Anstieg der Fallzahlen im abW sind wohl auch Leistungskürzungen im allgemeinen Sozialdienst der Kommunen und die Personalnot in Sozialpsychiatrischen Diensten. Auch sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zu selten dezentralisiert und führen mangels auskömmlicher Finanzierung seitens der Krankenkassen – entgegen ihrem gesetzlichen Auftrag! – kaum aufsuchende Behandlungen durch.

Die Anzahl der belegten Plätze für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen wird von den Kommunen bzw. ihren SpDi erfragt. Nicht alle Kommunen – und nicht immer dieselben – liefern Daten, so schwanken die Ergebnisse etwas zwischen den Berichtsjahren. Das abW-Angebot wurde in den letzten Jahren auch in Niedersachsen deutlich ausgeweitet und ist insbesondere im (ehemaligen Regierungs-) Bezirk Braunschweig sehr verbreitet; der Landesdurchschnitt lag 2013 bei 150 belegten Plätzen pro 100.000 Einw. (Abbildung 3). Deutlich seltener wird abW in weniger dicht besiedelten Gebieten genutzt – vermutlich nicht zuletzt wegen der dort längeren Fahrzeiten: Sieben Landkreise hatten 2013 weniger als 100 belegte Plätze pro 100.000 Einw.: Wittmund (9 Plätze), Oldenburg (43), Heidekreis (53), Emsland (58), Rotenburg/ Wümme (77), Grafschaft Bentheim (83) und Ammerland (91). Die höchste Inanspruchnahme wiesen die Städte Oldenburg (192 Plätze), Braunschweig (279) und Emden (364) sowie die Landkreise Northeim (243) und Göttingen (400) auf.

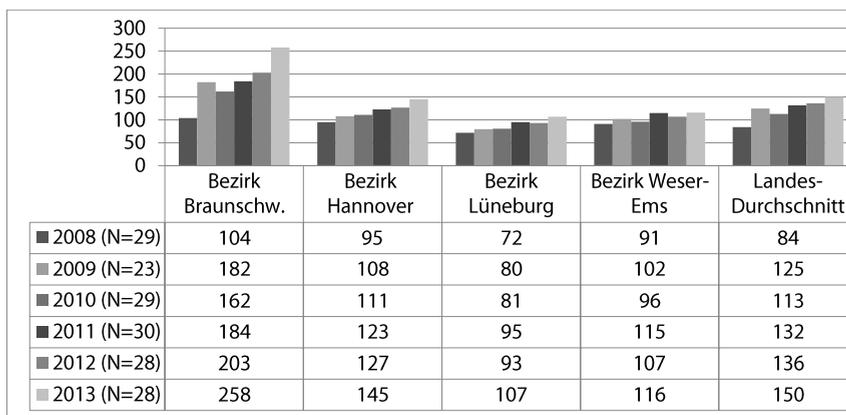


Abb. 3: belegte Plätze im ambulant betreuten Wohnen nach Bezirk*

*) Inanspruchnahme pro 100.000 Einw. nach Angaben der SpDi für ihre jeweilige Kommune

Die Klinikbehandlung muss stärker dezentralisiert werden.

Seit 1993 ist in Niedersachsen eine große Anzahl von Betten in der Psychosomatik (PSM) aufgebaut worden, stark ausgeweitet wurden die Platzkapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (Tabelle 2). Trotz Reduktion der Bettenzahl in der Erwachsenenpsychiatrie (Psy) kam es auch ohne Einrechnung der massiv angestiegenen Kapazitäten im Maßregelvollzug (Forensik) in der Summe zu einem leichten Anstieg der Bettenmessziffer. Außerdem wurden in diesem Zeitraum in allen drei Bereichen viele teilstationäre Behandlungskapazitäten aufgebaut.

Tab. 2: Klinisch-psychiatrische Behandlungskapazitäten 1993 und 2013⁵

Ziffer: Plätze pro 100.000 Einw.**	Jahr	KJP		PSY		PSM		Summe		Forensik		
		N	Ziffer	N	Ziffer	N	Ziffer	N	Δ	N	Ziffer	
bettenführende Abteilungen	1993	14		29		0		43	+53%	7		
	2013	15		30		21		66		10		
Platzkapazität	Klinik	1993	488	6,4	5537	72,9	0		6025	+2%	476	6,3
		2013	657	8,4	4801	61,6	669	8,6	6127		1139	14,6
	Tagesklinik	1993	0		281*	3,7	0		281	+431%		
		2013	261	3,4	1115	14,3	116	1,5	1492			

*) einschließlich 21 Plätze Nachklinikstatus. **) Einwohner: 1993: 7,6 Mio. / 2013: 7,8 Mio.

5 vom Sozialministerium ergänzte Aufstellung unter Nutzung entsprechender Daten aus der Stellungnahme der Krankenkassen (AOK, IKK, Knappschaft, SVLFG, vdek, Verband der Privaten Krankenversicherung) vom 22.05.2014 zur Umfrage bei den Systempartnern in Niedersachsen zur geplanten Erstellung eines Landespsychiatrieplans

Die Behandlungsplätze der Kliniken mit Versorgungspflicht für Unterbringungen nach NPsychKG sind zwischen den vier Bezirken ungleich verteilt. Für die Psy-Kliniken zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit zwischen der Höhe der Klinikmessziffer einerseits und dem Ausmaß der Dezentralisierung klinischer Behandlungsplätze sowie dem Ausbau tagesklinischer Kapazitäten andererseits. Im Bezirk Lüneburg, wo die Reformen seit den 1990er-Jahren in Richtung wohnortnahe Versorgung konsequent vorangetrieben wurden, ist die Klinikmessziffer am niedrigsten, der Anteil der Tagesklinikplätze daran am höchsten (Abbildung 4).

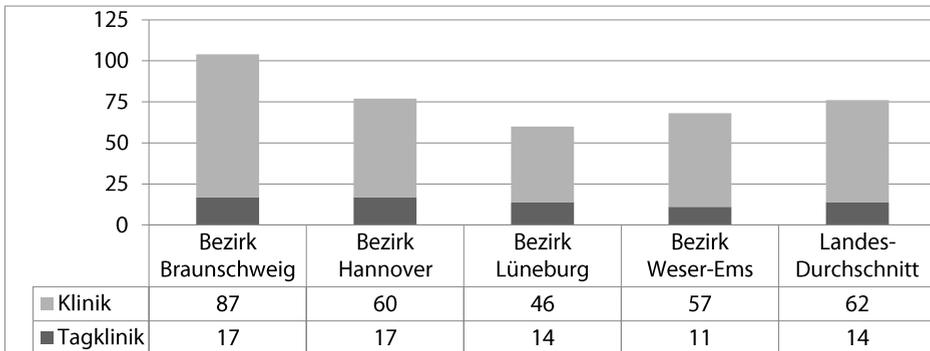


Abb. 4: Messziffern für die Erwachsenenpsychiatrie (Psy) nach Bezirk*

*) Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan (1. Januar 2014). Der Landkreis Celle wurde hier dem Bezirk Lüneburg abgezogen und dem Bezirk Hannover zugeschlagen, da er zum Einzugsgebiet des Klinikum Wahren-dorf in der Region Hannover gehört.

In den KJP-Kliniken sind die Unterschiede bei den Messziffern zwischen den vier Bezirken noch größer, haben aber andere Ursachen (Abbildung 5). So ist der Bezirk Weser-Ems, der im KJP-Versorgungsbereich vergleichsweise die meisten klinischen und tagesklinischen Kapazitäten hat, mit sieben Klinik-Standorten am stärksten dezentralisiert. Dagegen muss der Bezirk Lüneburg, der flächenmäßig sogar noch etwas größer ist als der Bezirk Weser-Ems, mit zwei Standorten auskommen. Hier dürfte die besonders niedrige Klinikmessziffer eine Unterversorgung anzeigen. Im Bezirk Braunschweig fällt die sehr geringe Kapazität an tagesklinischen Plätzen auf.

Wohnheime und Werkstätten sind ungleichmäßig verteilt.

Die Platzkapazität ist in Wohnheimen für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen seit 2010 merkbar angestiegen und lag 2013 im Landesdurchschnitt bei 90 Plätzen pro 100.000 Einw. (Abbildung 6). Im Bezirk Hannover werden besonders viele Heimplätze angeboten; die höchste Platzdichte weist der Landkreis Osterode im Bezirk Braunschweig auf (311), gefolgt von den Landkreisen

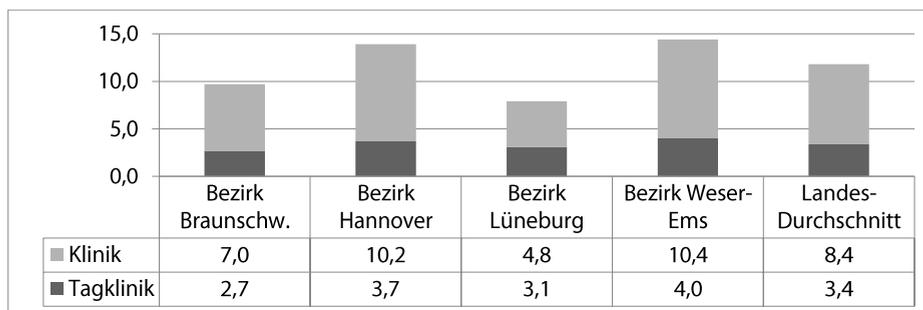


Abb. 5: Messziffern für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) nach Bezirk*

*) Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan (1. Januar 2014)

Nienburg (272) und Holzminden (277) im Bezirk Hannover. Dagegen gibt es in der Stadt Wolfsburg sowie in den Landkreisen Osterholz, Oldenburg und Wittmund überhaupt keine stationäre Wohneinrichtung für seelisch behinderte oder suchtkranke Menschen.

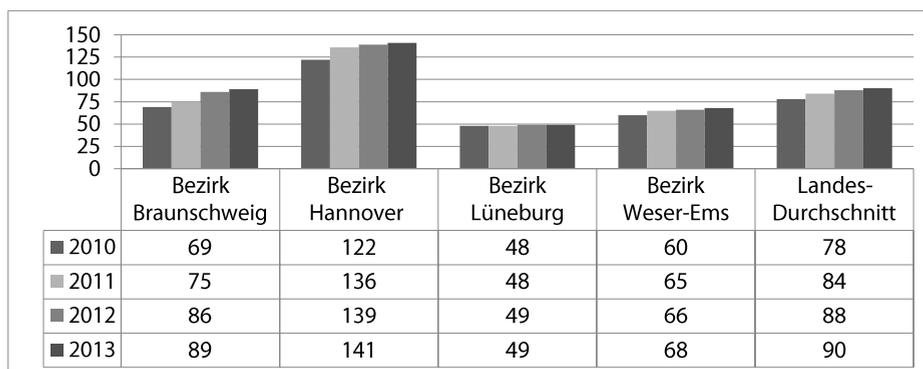


Abb. 6: Wohnheimplätze für seelisch behinderte Menschen nach Bezirk*

*) Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Soziales; Platzkapazität pro 100.000 Einw.; einschl. Wohnheime für chronisch mehrfach Abhängige (CMA)

Die Platzkapazität der Werkstätten (WfbM) für seelisch behinderte Menschen wird in der N-PBE auf die gesamte Einwohnerzahl bezogen und nicht nur auf die Altersgruppe der 18- bis unter 65-jährigen Menschen. Außerdem erfassen die vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales (NLS) übermittelten Daten offensichtlich nicht alle WfbM, in denen seelisch behinderte Menschen beschäftigt werden. So meldete das NLS für das Berichtsjahr 2013 in der Region Hannover nur eine WfbM und eine Platzziffer von 13 pro 100.000 Einwohner, während in der dortigen regionalen Psychiatrieberichterstattung sechs WfbM registriert sind und 2012 eine Platzziffer von 48 gemessen wurde. Nach den Daten des NLS gibt es ein starkes Ungleichgewicht zwischen den einzelnen Bezirken: In den Bezirken

Braunschweig und vor allem Weser-Ems werden wesentlich höhere Platzkapazitäten ausgewiesen als in den Bezirken Hannover und Lüneburg (Abbildung 7).

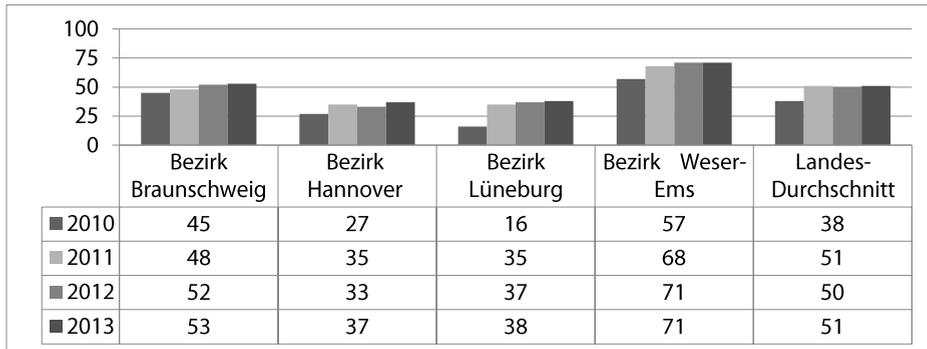


Abb. 7: Werkstattplätze für seelisch behinderte Menschen nach Bezirk*

*) Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Soziales; Platzkapazität pro 100.000 Einw.

Auch das Angebot der Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen wurde in den letzten Jahren ausgeweitet, zeigt dabei aber nicht so große regionale Unterschiede wie das beim ambulant betreuten Wohnen sowie bei den Wohn- und Werkstätten der Fall ist (Abbildung 8). Ohne Tagesstätten waren 2013 noch der Landkreis Oldenburg und die Stadt Salzgitter.

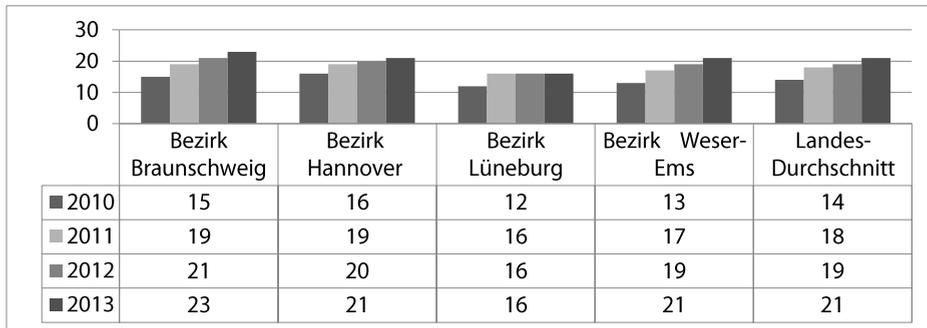


Abb. 8: Plätze in Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen nach Bezirk*

Eine zusätzliche Planungsebene Versorgungsregion erleichtert die Steuerung.

Die bisherige Darstellung der Ergebnisse zur Landespsychiatrieberichterstattung auf der Ebene der ehemaligen Regierungsbezirke hat vielfach erhebliche regionale Unterschiede bei der Verfügbarkeit psychiatrischer Versorgungsangebote aufgezeigt. Eine Betrachtung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte,

wie sie in den Tabellen im Anhang dieses Bandes ermöglicht wird, fördert noch viel stärkere Diskrepanzen zutage. Art und Ausmaß regionaler Ungleichheit beim Versorgungsangebot lässt sich nicht allein auf Unterschiede in der urbanen Verdichtung der Kommunen und sozialen Lage ihrer Bevölkerung zurückführen, auch wenn diese Faktoren den Versorgungsbedarf beeinflussen.

Kommunen haben eine Verantwortungsträgerschaft für die Daseinsvorsorge ihrer Bürgerinnen und Bürger, auch für diejenigen, die psychisch erkrankt sind. Gerade kleine und ländliche Kommunen aber werden auf ihrem eigenen Gebiet nie über alle Dienste zur fachgerechten Hilfe aller Betroffenen mit ihren jeweils besonderen Bedürfnissen verfügen. In § 8 NPsychKG werden die Kommunen deshalb aufgefordert, zur Sicherung einer gemeindenahen Versorgung mit den Sozialpsychiatrischen Verbänden benachbarter Kommunen zusammenzuarbeiten. Auch die Einzugsgebiete der psychiatrischen Kliniken mit Versorgungspflicht für Unterbringungen nach NPsychKG umfassen meist mehrere Kommunen.

Andererseits kommen die ehemaligen Regierungsbezirke schon von ihrer Größe und Bevölkerungszahl als Planungseinheit für die Verwirklichung einer wohnortnahen Vollversorgung in der Psychiatrie nicht infrage. Anknüpfend an einen andernorts skizzierten Vorschlag für ein Regionalmodell sozialer Infrastruktur zur Förderung der Inklusion⁶ wurden deshalb im Vorfeld der Erstellung eines Landespsychiatrieplans 12 Versorgungsregionen zur Koordination der kommunalen sozialpsychiatrischen Planungen definiert und zur Diskussion gestellt (Grafik 1). Wichtige Kriterien bei der Definition waren: Beachtung der Grenzen der Kommunen und Regierungsbezirke, Respektierung gewachsener landsmannschaftlicher Verbindungen, Berücksichtigung der Einzugsgebiete der Kliniken. 500.000 Einwohner dienten als Anhaltspunkt für die Bevölkerungszahl einer Versorgungsregion.

6 ELGETI H (2015): Was bedeuten Inklusion und Sozialraumorientierung für die Sozialpsychiatrie? Sozialpsychiatrische Informationen 45 (2): 19–23



Grafik 1: Definition von 12 Versorgungsregionen in Niedersachsen

Auf Grundlage dieser räumlichen Definition werden nun die Auswertungsergebnisse für das Berichtsjahr 2013 nach Versorgungsregionen dargestellt (Tabellen 3–5). Die Behandlungskapazitäten der psychiatrischen Kliniken werden ausgewiesen als Bettenmessziffer (einschließlich Vergleichswerte von 2002), die zusätzlichen Tagesklinikplätze als Prozentsatz der aufgestellten Betten. Die Angabe der Werte für ganz Niedersachsen ermöglicht die Positionsbestimmung des regionalen Versorgungsangebots im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt. Die Sozialstruktur der Bevölkerung wird mit zwei bewährten Indikatoren erfasst: Die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner pro Hektar zeigt die urbane Verdichtung an, der Anteil der Arbeitslosen an der Altersgruppe zwischen 18 und unter 65 Jahren gibt einen Hinweis auf die soziale Lage der Bevölkerung.

Tab. 3: Sozialstruktur und klinisches Behandlungsangebot 2013 nach Region

Bezirk	Versorgungsregion	Einw.-Zahl	Siedl.-Dichte	Arbeitslose	Sektor-Größe	Klinikplätze pro 100.000 E.		
						Betten		TK-Plätze
		Tsd.	E./ha	%	Tsd.	2002	2013	
Weser-Ems	Küste	631	1,6	6,9	210	39	47	+25%
	Oldenburg	862	1,7	5,4	862	46	47	+19%
	Emsland	447	1,2	3,4	224	35	36	+31%
	Osnabrück	507	2,3	4,5	253	81	83	+10%
Hannover	Hannover	1120	4,9	6,6	280	57	65	+31%
	Hildesheim	494	1,9	6,5	247	49	54	+21%
	Mitte	485	1,2	4,9	243	45	55	+16%
Lüneburg	Elbe-Weser-Dreieck	504	1,3	4,9	252	28	35	+20%
	Heide	606	1,0	5,2	303	34	36	+51%
	Lüneburg	561	1,1	5,1	281	55	55	+27%
Braunschweig	Braunschweig	980	2,4	5,4	490	65	67	+19%
	Göttingen	595	1,5	6,0	198	80	102	+23%
Niedersachsen		7.791	1,6	5,5	289	53	58	+24%

Tab. 4: ambulantes Behandlungsangebot 2013 nach Region

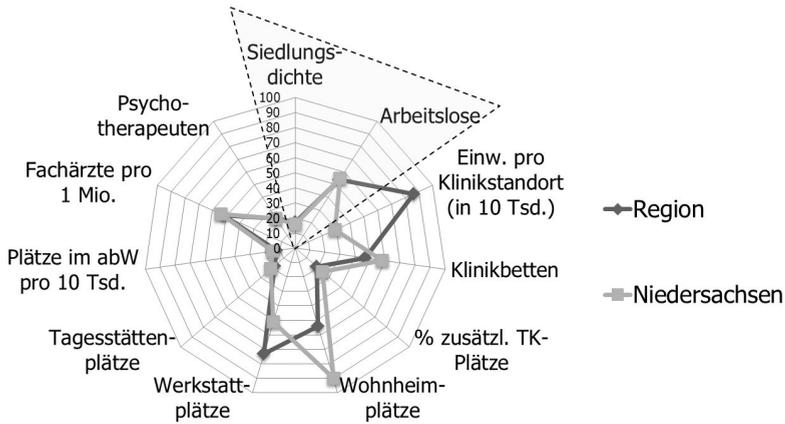
Region	NA	PSY	KJP	PTÄ	PTP	PT-KJP	FA	PT
	Vollzeitkräfte Fachärzte			Vollzeitkräfte Psychother.			Ziffer pro 100.000 E.	
Küste	11,6	2,0	10,0	21,0	76,9	20,5	3,7	18,8
Oldenburg	22,6	7,0	15,3	47,7	111,0	40,5	5,2	23,1
Emsland	9,0	3,0	4,0	7,5	36,5	15,0	3,6	13,2
Osnabrück	21,8	3,8	7,0	32,7	133,8	29,8	6,4	38,7
Hannover	40,0	22,4	33,0	99,5	166,0	75,0	8,5	30,4
Hildesheim	12,3	8,0	9,0	17,7	41,0	16,5	5,9	15,2
Mitte	8,2	3,2	1,7	15,3	57,0	19,5	2,7	18,9
Elbe-Weser-Dr.	4,3	7,4	3,0	19,2	50,3	20,3	2,9	17,8
Heide	8,3	4,6	5,0	24,4	53,5	17,5	2,9	15,8
Lüneburg	14,3	7,7	10,0	34,1	75,5	21,0	5,7	23,3
Braunschweig	24,5	16,3	20,0	33,6	157,0	45,5	6,2	23,8
Göttingen	18,0	8,1	17,0	45,4	112,8	44,3	7,2	34,0
Niedersachsen	195,0	93,4	135	398,0	1071,1	365,3	5,4	23,5

Tab. 5: Angebot an Eingliederungshilfen 2013 nach Region

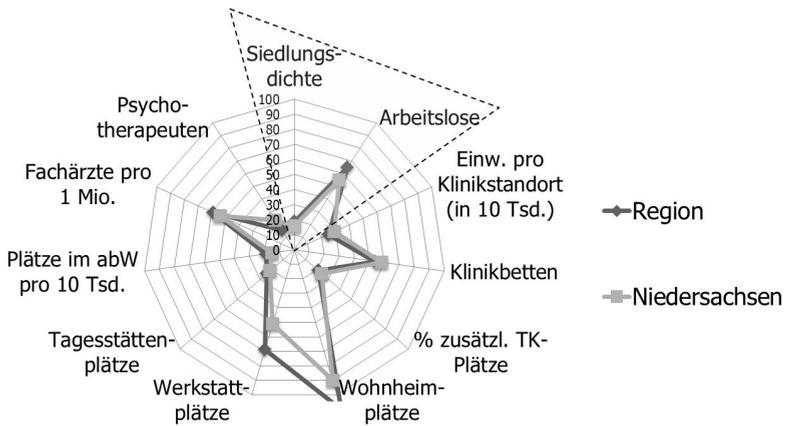
Bezirk	Region	Wohnheime	Werkstätten	Tagesstätten	abW
		Plätze pro 100.000 Einw.			
Weser-Ems	Küste	49	60	35	175
	Oldenburg	54	73	18	125
	Emsland	50	69	7	65
	Osnabrück	131	83	20	129
Hannover	Hannover	136	13	23	140
	Hildesheim	110	69	24	187
	Mitte	179	66	19	129
Lüneburg	Elbe-Weser-Dreieck	37	21	12	?
	Heide	73	39	14	97
	Lüneburg	67	47	19	132
Braunschweig	Braunschweig	54	57	22	200
	Göttingen	147	45	25	320
Niedersachsen		90	51	21	150

Die Besonderheiten einer Versorgungsregion in der Struktur des Hilfesystems für psychisch erkrankte Menschen lassen sich mit einem sogenannten *Radar-Chart* gut veranschaulichen. Die nachfolgenden vier Grafiken zeigen das zum Abschluss dieses Berichts am Beispiel der vier Versorgungsregionen, die in ihren Kennzahlen zur Sozialstruktur der Bevölkerung dem niedersächsischen Durchschnitt am nächsten kommen. Es sind die Regionen Oldenburg, Elbe-Weser-Dreieck, Hildesheim und Göttingen, und sie weisen sowohl untereinander als auch im Vergleich zum Landesdurchschnitt mehr oder weniger deutliche Differenzen auf (Grafiken 2–5). Diese Darstellungen mögen die kommunalen Akteure dazu anregen, bei der Erstellung eines Sozialpsychiatrischen Plans gemäß § 9 NPsychKG verstärkt mit den Nachbarn in ihrer Versorgungsregion zusammenzuarbeiten.

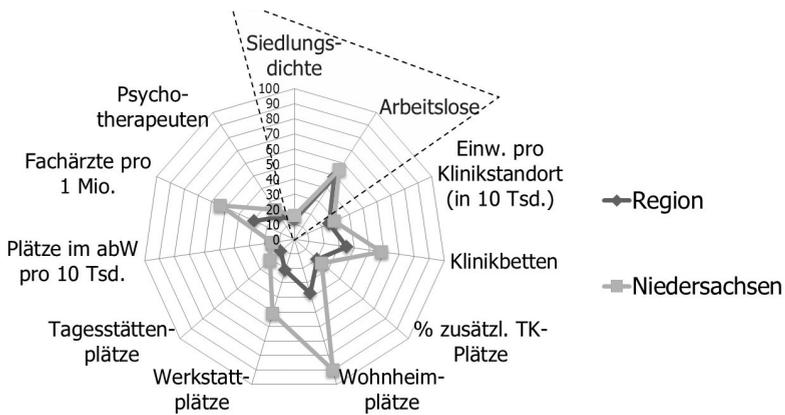
Die Region Elbe-Weser-Dreieck weist fast überall stark unterdurchschnittliche Werte auf, nur zum ambulant betreuten Wohnen kann keine Aussage getroffen werden, weil die Landkreise Cuxhaven, Osterholz und Stade hier keine Daten geliefert haben. Hier sollte bei künftigen Analysen und Konzepten zur Versorgungsplanung auch die benachbarte Stadt Bremerhaven im Bundesland Bremen als Standort wichtiger Hilfsangebote mitgedacht werden. Dagegen verfügt die Region Göttingen über weit überdurchschnittliche Versorgungskapazitäten. Das betrifft sowohl fachärztliche und psychotherapeutische Praxen sowie stationär-klinische Behandlungskapazitäten als auch die ambulante und stationäre Wohnbetreuung über Eingliederungshilfen. Lediglich die teilstationären Angebote in Tageskliniken, Werk- und Tagesstätten liegen in der Region Göttingen nah am



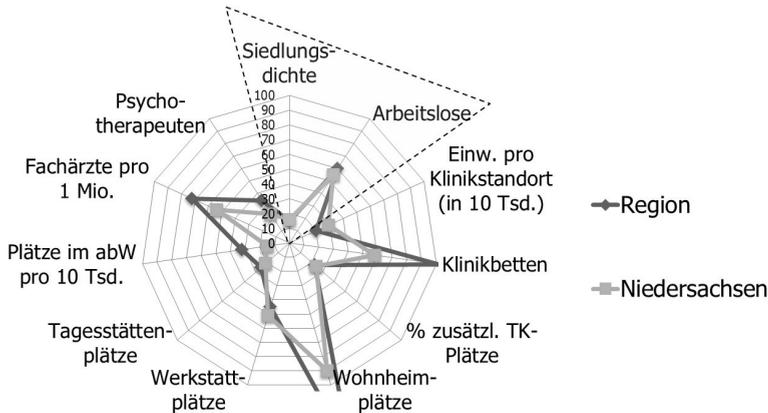
Grafik 2: Versorgungsangebot 2013 in der Region Oldenburg



Grafik 3: Versorgungsangebot 2013 in der Region Hildesheim



Grafik 4: Versorgungsangebot 2013 in der Region Elbe-Weser-Dreieck



Grafik 5: Versorgungsangebot 2013 in der Region Göttingen

landesweiten Durchschnitt. Diese Region bildet den Südzipfel Niedersachsens, und es wäre zu prüfen, wie viele Personen aus den angrenzenden Bundesländern hier psychiatrische Ressourcen nutzen.

In der Region Oldenburg mit ihren rund 862 Tsd. Einwohnern gibt es nur eine Klinik mit Versorgungspflicht für Unterbringungen nach NPsychKG. Dagegen steht landesweit ein Klinikstandort durchschnittlich für 289 Tsd. Einwohner zur Verfügung (Kennzahl Sektorgröße). Beim Tagesklinikangebot und bei der Platzkapazität in Wohnheimen liegt die Region Oldenburg deutlich unter, bei den Werkstätten für seelisch behinderte Menschen über dem Durchschnitt. Die Region Hildesheim schließlich verfügt über vergleichsweise geringe ambulante Psychotherapie-Kapazitäten, während es in der ambulanten, teil- und vollstationären Eingliederungshilfe ein überdurchschnittlich großes Angebot gibt. Das gilt sowohl für das ambulant betreute Wohnen als auch für die Wohnheime und Werkstätten, tendenziell auch für die Tagesstätten.

Anschrift des Autors

Dr. Hermann Elgeti

Geschäftsstelle Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen

Region Hannover – Stabsstelle für Sozialplanung (II.3)

Hildesheimer Straße 20

30169 Hannover

hermann.elgeti@region-hannover.de