

Erhebliche Ungleichheiten zwischen den Versorgungsregionen – Auswertungsbericht zur Landespsychiatrieberichtserstattung für das Berichtsjahr 2014

Hermann Elgeti

Zur Erhebung und Auswertung der Daten

Die Landespsychiatrieberichtserstattung 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 einigen weiteren 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). 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 vorgestellt. Die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2014 werden in Ergänzung des Auswertungsberichts im Anhang dieses Bandes in Tabellenform veröffentlicht. Im Auftrag des MS hat die Geschäftsstelle des LFBPN außerdem ein EDV-Pro-

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

gramm zur N-PBE entwickelt.² Damit soll den SpDi die Eingabe der von ihnen zu liefernden Daten erleichtert werden. Die teilnehmenden Dienste können inzwischen auch direkt im EDV-Programm nach ihren Bedürfnissen Auswertungen vornehmen und diese für die Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans ihrer Kommune nutzen.

Auch die externen Experten, die 2014 vom MS mit der Erstellung des Landespsychiatrieplans Niedersachsen beauftragt wurden, nutzten das umfangreiche und kontinuierlich ausgewertete Datenmaterial der N-PBE. Sie konnten so auf eigene Datenerhebungen weitgehend verzichten. Ihre Evaluation deckt sich mit den hier erläuterten Ungleichheiten zwischen den Versorgungsregionen, und sie empfehlen die kontinuierliche Fortführung der N-PBE als zwingend notwendig.

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. Die Mitwirkung der SpDi ist mangels einer zentralen Erfassung auch bei der Ermittlung der Anzahl der belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen erforderlich. Für das Berichtsjahr 2014 konnten von 41 der insgesamt 45 SpDi Daten ausgewertet werden, allerdings nicht immer vollständig. Das Formular des LFBPN wurde von 40 SpDi ausgefüllt, die Blätter 28–30 des NLGA lagen von 38 Kommunen vor, die Zahl der belegten Plätze im ambulant betreuten Wohnen wurde ebenfalls in 38 Fällen gemeldet.

Bei einigen Zahlen zur fachspezifischen Behandlung psychisch erkrankter Menschen im Leistungsbereich des SGB V kann die N-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. 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). Vier PSY-Kliniken sind nicht an Unterbringungen nach § 15 NPsychKG beteiligt: Krankenhaus Ginsterhof in Rosengarten / Landkreis Harburg, Clemens-August-Klinik in Neuenkirchen/Landkreis Vechta, Niels-

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; S. 202–215

Stensen-Klinik Bramsche/ Landkreis Osnabrück 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 wird.

Zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste

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 er-

schweren 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 Auf dieser Grundlage entwickelt das Netzwerk derzeit fachliche Empfehlungen zu Qualitätsstandards und Personalbedarf, differenziert nach Größe und Sozialstruktur der Kommune sowie Breite und Tiefe der Aufgabenbearbeitung.

Tab. 1: Leistungsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste

		Berichtsjahr					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
		Anzahl der Fragebögen mit Angaben					
Aufgaben des SpDi nach NPsychKG	1	36	39	36	33	36	40
	1	95 %	100 %	100 %	100 %	97 %	100 %
	2	90 %	95 %	97 %	97 %	91 %	92 %
	3	92 %	97 %	100 %	97 %	97 %	98 %
	4	85 %	90 %	86 %	88 %	83 %	85 %
	5	97 %	92 %	100 %	97 %	100 %	95 %
		med. Behandlung (Behandlungs-ermächtigung gemäß § 11 NPsychKG)					
weitere dem SpDi zu- gewiesene Aufgaben	7	15 %	15 %	11 %	9 %	6 %	8 %
	7	85 %	97 %	92 %	88 %	89 %	78 %
	8	79 %	85 %	86 %	85 %	82 %	78 %
	9	79 %	87 %	81 %	85 %	83 %	90 %
	10	64 %	64 %	64 %	61 %	71 %	57 %
	11	23 %	23 %	28 %	27 %	26 %	20 %

Die Zahl der dokumentierten Patienten lag 2014 im landesweiten Durchschnitt mit 7,0 pro 1.000 Einw. etwa auf dem Stand der Vorjahre (2012: 6,9 / 2013: 7,0). Die Anzahl des im SpDi eingesetzten Fachpersonals pro 100.000 Einw. nahm – auch wegen der für 2014 nicht mehr einbezogenen Berufsgruppen »Arztshelferinnen« und »sonstige Beschäftigte« – etwas ab (2012: 4,0 / 2013: 3,9 / 2014: 3,7). Die Fallzahlbelastung (*Caseload*), gemessen als Anzahl der im Jahr mindestens ein Mal persönlich kontaktierten Patientinnen und Patienten pro Vollzeitstelle Fachpersonal, ist hoch. Sie lag 2014 bei 193 (2013: 179), wobei zu berücksichtigen ist, dass sich hier kurzfristige Kriseninterventionen und kontinuierliche Betreuungen mischen. In den Kommunen, die alle SpDi-Aufgaben nach NPsychKG selbst bearbeiten, liegt die *Caseload* mit 218 besonders hoch (2013: 216). Dabei ist folgendes zu bedenken: Das Fachpersonal hat in der

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

Einzelfallhilfe nicht immer einen persönlichen Kontakt mit der Indexperson. Es wird auch tätig in Form ausschließlicher Telefon- und Angehörigen-Beratung, darüber hinaus werden Stellungnahmen nach Aktenlage angefertigt und Verbundarbeit betrieben – alles Aufgaben, die bei der Berechnung der *Caseload* unberücksichtigt bleiben.

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 26 % der Kommunen fand 2014 keine Vollversammlung des Verbunds statt; die durchschnittliche Anzahl der regelmäßig tagenden Fachgruppen bzw. Arbeitskreise lag bei 5,0. 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 Verbünde beteiligten sich 2014 in 69 % der Kommunen auch Selbsthilfeinitiativen der psychisch Kranken und in 62 % solche der Angehörigen, deutlich seltener Mitglieder des Kommunalparlaments (28 %).

Zur fachspezifischen ambulanten Behandlung und Betreuung

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 2014 landesweit bei 99,2 VZÄ, bei den Nervenärzten waren es 182,0 VZÄ. Das Angebot kassenärztlich tätiger Kinder- und Jugendpsychiater stieg in den letzten Jahren deutlich an, 2014 wurden in Niedersachsen 131,0 VZÄ gezählt. Die Zahl der im Rahmen der KVN tätigen Psychotherapeuten (PT) ist gegenüber dem Vorjahr erneut gestiegen und übertraf 2014 diejenige der psychiatrischen Fachärzte (FA; Nervenärzte, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater zusammengenommen) um fast das Fünffache (26,1 gegenüber 5,4 VZÄ pro 100.000 Einw.). Der Anteil psychologischer PT lag 2014 bei 60 %, derjenige ärztlicher PT sowie Kinder- und Jugendlichen-PT jeweils bei 20 %.

Die FA und 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 1). Die ermittelten Werte beziehen sich auf die Anzahl der Vollzeitkraft-Anteile der in Praxis oder Medizinischem Versorgungszentrum zugelassenen bzw. angestellten FA und 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.

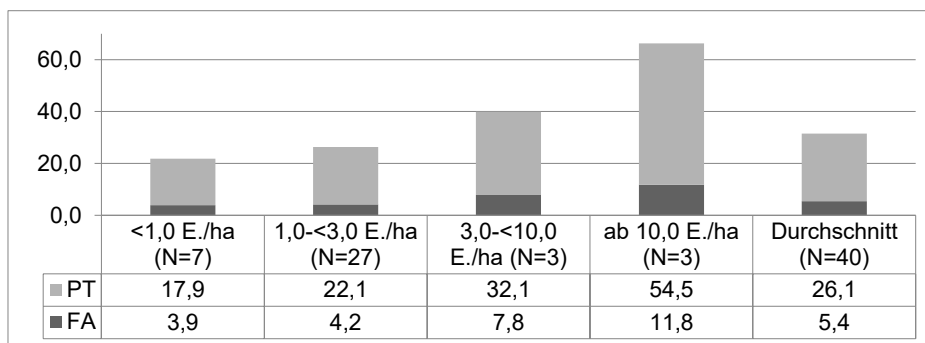


Abb. 1: Verfügbarkeit fachspezifischer Behandlung nach Siedlungsdichte 2014

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 2014 bei 155 belegten Plätzen pro 100.000 Einw. (Abbildung 2). Zehn Landkreise hatten 2014 weniger als 100 belegte Plätze pro 100.000 Einw.: Verden (29 Plätze), Vechta (43), Cloppenburg (52), Grafschaft Bentheim (59), Oldenburg (63), Heidekreis (67), Wittmund (81), Rotenburg/ Wümme (83), Ammerland (91) und Celle (99). Die höchste Inanspruchnahme wiesen die Städte Oldenburg (216 Plätze), Salzgitter (238), Braunschweig (334) und Emden (368) sowie die

Landkreise Lüchow-Dannenberg (201), Hameln-Pyrmont (214), Goslar (224), Osterode (243), Northeim (287) und Göttingen (428) auf.

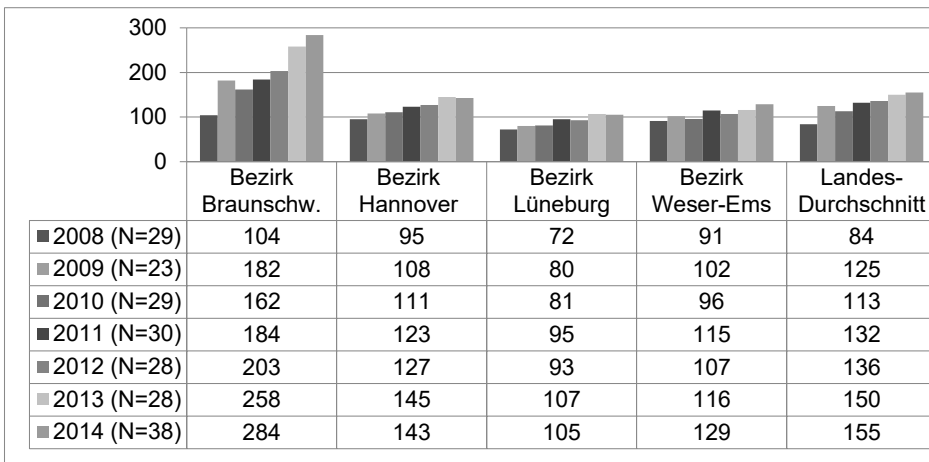


Abb. 2: belegte Plätze im ambulant betreuten Wohnen nach Bezirk; Inanspruchnahme pro 100.000 Einw. nach Angaben der SpDi für ihre jeweilige Kommune

Zur psychiatrischen Klinikbehandlung

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.

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 einer wohnortnahen Versorgung konsequent vorangetrieben wurden, ist die Klinikmessziffer am niedrigsten (Abbildung 3).

In den KJP-Kliniken sind die Unterschiede bei den Messziffern zwischen den vier Bezirken ähnlich groß, haben aber andere Ursachen (die 38 Betten der KJP im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn wurden hier mitgezählt).

Tab. 2: Klinisch-psychiatrische Behandlungskapazitäten 1993 und 2013⁴; *) einschließlich 21 Plätze Nachklinikstatus, **) Einwohner: 1993: 7,6 Mio. / 2013: 7,8 Mio.

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			

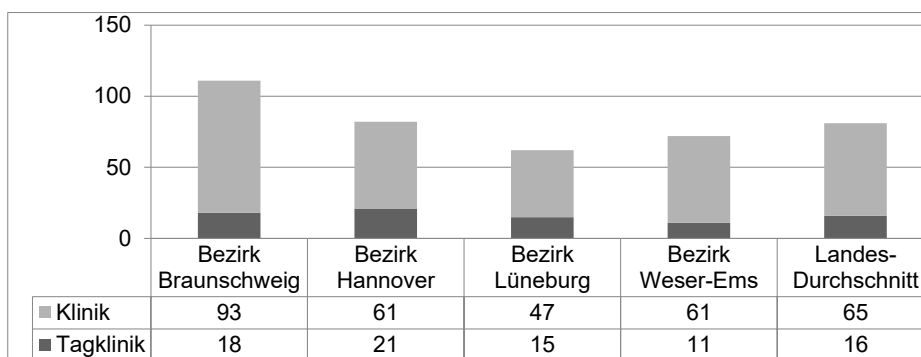


Abb. 3: Messziffern für Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie (Psy) 2014

Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan (1. Januar 2015). Der Landkreis Celle wurde hier dem Bezirk Lüneburg abgezogen und dem Bezirk Hannover zugeschlagen, da er zum Einzugsgebiet des Klinikum Warendorff in der Region Hannover gehört.

Der Bezirk Weser-Ems, der im KJP-Versorgungsbereich vergleichsweise die meisten klinischen und tagesklinischen Kapazitäten hat, ist 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 zeigt die niedrige Klinikmessziffer eher eine Unterversorgung an (Abbildung 4).

4 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.

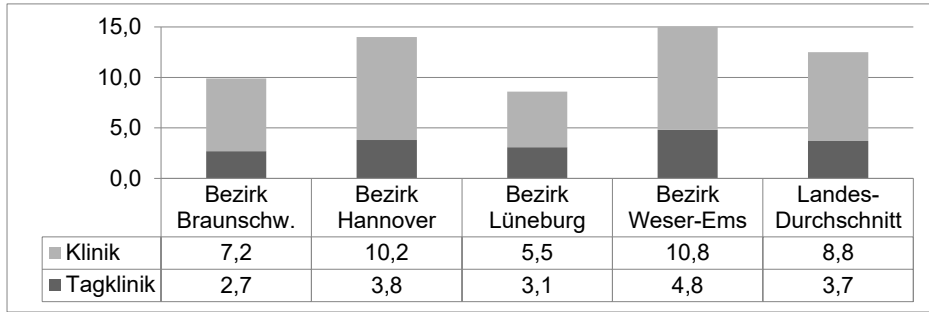


Abb. 4: Messziffern für Kliniken der Kinder- u. Jugendpsychiatrie (KJP) 2014

Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan (1. Januar 2015)

Zur Betreuung in Wohnheimen, Werk- und Tagesstätten

Die Platzkapazität ist in Wohnheimen für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen seit 2010 merkbar angestiegen und lag 2014 im Landesdurchschnitt bei 90 Plätzen pro 100.000 Einw. (Abbildung 5). Im Bezirk Hannover werden besonders viele Heimplätze angeboten; die höchste Platzdichte weist der Landkreis Osterode im Bezirk Braunschweig auf (313), gefolgt von den Landkreisen Nienburg (274) und Holzminden (279) 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.

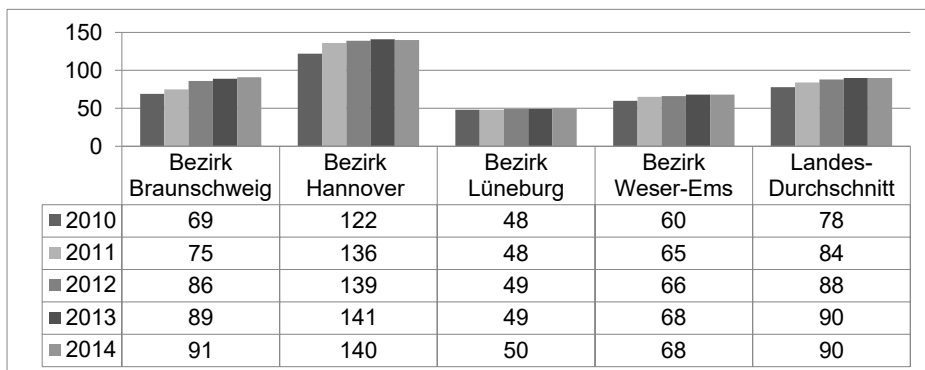


Abb. 5: Wohnheimplätze für seelisch behinderte Menschen nach Bezirk

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 2014 in der Region Hannover nur eine WfbM und eine Platzziffer von 13 pro 100.000 Einwohner, während in der dortigen regionalen Psychiatrieberaterstattung 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 6).

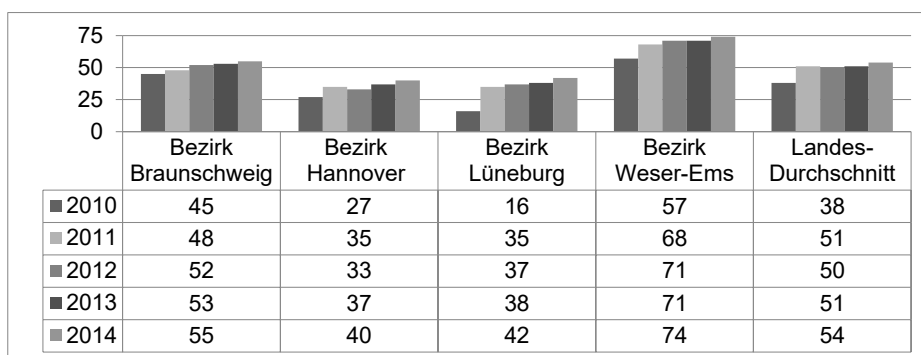


Abb. 6: Werkstattplätze für seelisch behinderte Menschen nach Bezirk

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 Unterschiede zwischen den Bezirken wie das beim ambulant betreuten Wohnen sowie bei den Wohn- und Werkstätten der Fall ist (Abbildung 7). Ohne Tagesstätten waren 2014 noch der Landkreis Oldenburg und die Stadt Salzgitter.

Auswertung der Daten nach Versorgungsregion

Die Darstellung der Ergebnisse zur Landespsychiatrieberaterstattung 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

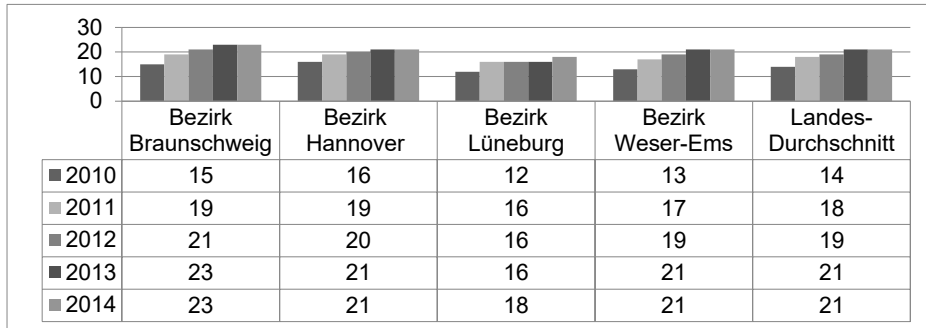


Abb. 7: Plätze in Tagesstätten für seelisch behinderte Menschen nach Bezirk*

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 Inklusion⁵ 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.

Auf Grundlage dieser räumlichen Definition werden nun die Auswertungsergebnisse für das Berichtsjahr 2014 nach Versorgungsregionen dargestellt (Ta-

5 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

belln 3–5). Die Behandlungskapazitäten der psychiatrischen Kliniken werden ausgewiesen als Bettenmessziffer (einschließlich Vergleichswerte des Vorjahrs), 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.

Die einzelnen Versorgungsregionen variieren beim fachspezifischen stationären Behandlungsangebot zwischen 35 und 102 Klinikbetten pro 100.000 Einw. (Faktor 2,9). Ähnlich groß sind die Unterschiede bei den ambulant tätigen Fachärzten (zwischen 2,9 und 7,7 Vollzeitkräfte pro 100.000 Einw. – Faktor 3,0), etwas geringer bei den Psychotherapeuten (zwischen 17,4 und 40,4 pro 100.000 Einw. – Faktor 2,3). Deutlich ungleichmäßiger ist die Lage bei den Eingliederungshilfen für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen: Im teilstationären Bereich

Tab. 3: Sozialstruktur und klinisches Behandlungsangebot 2014 nach Region

Bezirk	Versorgungsregion	Einw.- Zahl	Siedl.- Dichte	Arbeits- lose	Sektor- Größe	Klinikplätze pro 100.000 E.		
						Betten		TK-Plätze
						Tsd.	E./ha	%
Weser- Ems	Küste	633	1,6	6,6	211	47	50	+24%
	Oldenburg	870	1,7	5,2	870	47	49	+20%
	Emsland	450	1,2	3,0	225	36	36	+31%
	Osnabrück	508	2,3	4,4	254	83	87	+11%
Hannover	Hannover	1128	4,9	6,6	282	65	67	+32%
	Hildesheim	494	1,8	6,1	247	54	60	+27%
	Mitte	487	1,2	4,7	244	40	40	+28%
Lüneburg	Elbe-Weser-Dreieck	506	1,3	4,8	253	35	38	+22%
	Heide	607	1,0	5,0	304	36	38	+54%
	Lüneburg	565	1,1	4,7	283	55	54	+34%
Braun- schweig	Braunschweig	985	2,4	5,1	493	67	64	+23%
	Göttingen	595	1,5	5,5	198	102	109	+23%
Niedersachsen		7.827	1,6	5,3	279	58	59	+26%

Tab. 4: ambulantes Behandlungsangebot 2014 nach Region

Region	NA	PSY	KJP	PTÄ	PTP	PT-KJP	FA	PT
	Vollzeitkräfte Fachärzte			Vollzeitkräfte Psychother.			Ziffer pro 100.000 E.	
Küste	11,6	2,8	9,8	23,0	84,6	29,2	3,8	21,6
Oldenburg	22,9	7,6	20,0	44,4	135,8	48,9	5,8	26,3
Emsland	9,0	3,0	3,0	9,5	56,0	20,0	3,3	19,0
Osnabrück	20,5	4,8	7,0	31,2	151,5	22,5	6,4	40,4
Hannover	35,8	20,7	30,0	97,5	180,0	79,3	7,7	31,6
Hildesheim	11,3	9,0	7,0	19,2	53,8	18,0	5,5	18,4
Mitte	8,1	3,6	1,0	18,0	64,1	23,9	2,6	21,8
Elbe-Weser-Dr.	3,3	7,4	4,0	17,2	60,8	20,0	2,9	19,4
Heide	5,8	7,6	5,0	23,9	58,8	23,0	3,0	17,4
Lüneburg	14,3	8,7	10,0	36,6	81,0	20,5	5,8	24,5
Braunschweig	23,0	15,3	17,0	39,9	178,0	48,0	5,6	26,7
Göttingen	16,5	8,9	17,0	46,4	123,5	41,7	7,1	35,5
Niedersachsen	195,0	93,4	135	398,0	1071,1	365,3	5,4	23,5

Tab. 5: Angebot an Eingliederungshilfen 2014 nach Region

Bezirk	Region	Wohnheime	Werkstätten	Tagesstätten	abW
		Plätze pro 100.000 Einw.			
Weser-Ems	Küste	50	59	36	189
	Oldenburg	54	72	19	109
	Emsland	50	68	6	108
	Osnabrück	133	101	20	136
Hannover	Hannover	134	13	23	135
	Hildesheim	110	69	24	182
	Mitte	179	78	19	136
Lüneburg	Elbe-Weser-Dreieck	40	24	18	95
	Heide	72	41	15	72
	Lüneburg	66	51	19	146
Braunschweig	Braunschweig	58	59	22	241
	Göttingen	147	48	25	326
Niedersachsen		90	51	21	150

variieren die Werte pro 100.000 Einw. bei den Tagesstätten um den Faktor 6,0 (zwischen 6 und 36 Plätze), bei den Werkstätten – ohne Berücksichtigung des eindeutig falsch niedrigen Wertes für die Region Hannover – um den Faktor 4,2 (zwischen 24 und 101 Plätze). Die Platzkapazität der Wohnheime liegt zwischen 40 und 147 Plätzen pro 100.000 Einw. (Faktor 3,7), die Anzahl belegter Plätze im ambulant betreuten Wohnen zwischen 72 und 326 pro 100.000 Einw. (Faktor 4,5). Die besondere Sozialstruktur der Regionen liefert hier und da plausible Erklärungsansätze für einige Unterschiede, kann den Eindruck erheblicher Ungleichheiten im Land aber nicht verwischen.

Die Region Elbe-Weser-Dreieck weist fast überall stark unterdurchschnittliche Werte auf. 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 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 bei den ambulanten, teil- und vollstationären Eingliederungshilfen 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.

Eine bedarfsgerechte und wohnortnahe gemeindepsychiatrische Versorgung lässt sich nur im Rahmen eines sinnvoll abgestuften Hilfesystems innerhalb einer Vollversorgungsregion konzipieren. Auf Grundlage eines solchen Konzepts lassen sich die hier erläuterten Ergebnisse zur Landespsychiatrieberichterstattung für eine verstärkte interkommunale Zusammenarbeit nutzen, auch im Hinblick auf die Identifizierung prioritärer Handlungsfelder. Dieser Prozess sollte durch eine entsprechende sozialpolitische Rahmenplanung in den Kommunen und auf Landesebene gefördert werden. Schließlich müssten die Sozialversicherungsträger dafür gewonnen werden, ihre jeweilige Versorgungsplanung in den verschiedenen Rechtskreisen des Sozialgesetzbuches stärker als bisher aufeinander abzustimmen.

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