

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Landespsychiatrieplan Niedersachsen -Zusammenfassung-



Niedersachsen

Landespsychiatrieplan Niedersachsen

Zusammenfassung

im Auftrag des

Niedersächsischen Ministeriums für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung (MS)

FOGS/ceus consulting

Bearbeitet von:

Prof. Dr. Rudolf Schmid
Martina Schu
Dr. Heinz Jaschke
Hans Oliva

Köln, im April 2016

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

psychische Erkrankungen können jeden Menschen treffen. Als niedersächsische Sozial- und Gesundheitsministerin ist es mir daher ein besonderes Anliegen, ein umfassendes Angebot der Hilfen bereit zu stellen. Dazu gehören insbesondere wohnortnahe Behandlungs- und Beratungsangebote in den Kommunen.

Wichtig ist es darüber hinaus aber auch zu erkennen, welche Faktoren psychische Erkrankungen begünstigen und daraus Präventionsangebote zu entwickeln. Neben den betroffenen Menschen selbst, brauchen auch Angehörige und Freunde Hilfe und Beratung. Gerade bei psychischen Störungen sind Unkenntnis, aber auch Vorurteile und Ängste, oft noch weit verbreitet. Hier müssen wir ansetzen, zum einen durch vermehrte Information, zum anderen indem wir Familien und Kontaktpersonen in die Lage versetzen, zu unterstützen ohne selbst überfordert zu werden.

Voraussetzung dafür ist auch eine bessere Vernetzung der Angebotsstrukturen, der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie von Kommunen, Krankenkassen und Verbänden. Um hier Verbesserungen und Initiativen auf den Weg zu bringen, brauchen wir konkrete Grundlagen und Daten, wie sie der Landespsychiatrieplan liefert. Daher danke ich den Expertinnen und Experten, die an der Erstellung dieses Planes beteiligt waren. Allen Leserinnen und Lesern wünsche ich eine interessante und engagierte Mitarbeit inspirierende Lektüre.

Ihre
Cornelia Rundt
Niedersächsische Ministerin für
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	AUFTRAG, ZIELE UND RAHMENSETZUNG	1
1.1	Niedersachsen: Bevölkerungsstruktur und Entwicklung	4
1.2	Entwicklung psychischer Erkrankungen und Konsequenzen	5
2	ETHISCH-FACHLICHE GRUNDSÄTZE FÜR DIE PSYCHIATRIE IN NIEDERSACHSEN	8
3	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN, STRATEGIE UND ENTWICKLUNGSSCHRITTE	11
3.1	Partizipation und Selbsthilfe	11
3.2	Versorgung von Kindern und Jugendlichen	12
3.3	Erwachsene psychisch kranke Menschen	15
3.4	Psychische Erkrankungen im Alter	20
3.5	Suchtkranke und psychiatrische Versorgung	24
3.6	Maßregelvollzug	25
3.7	Planung, Steuerung und Koordination	26
4	DIE NÄCHSTEN SCHRITTE – PRIORITÄRE ENTWICKLUNGSFELDER UND WEITERES VORGEHEN	31
	GLOSSAR	37

1 Auftrag, Ziele und Rahmensetzung

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert: Wahrnehmung und Stellung des psychisch kranken Menschen in der Gesellschaft haben sich verbessert. Entscheidende konzeptionelle Bezugspunkte und Anstöße stellten hierfür die „Psychiatrie-Enquête“ (1975) und die „Empfehlungen der Expertenkommission“ (1988) dar sowie – für Niedersachsen – die „Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen“ des Niedersächsischen Sozialministeriums (1993). Vieles ist integraler Bestandteil einer Regelversorgung geworden, z. B. Tagesklinik, Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst; ein deutliches Wachstum bei reformgewollten Einrichtungen ist festzustellen. Die ambulante Versorgung durch niedergelassene, psychiatrisch, psychosomatisch und psychotherapeutisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche, durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten hat sich erheblich ausgeweitet. Gesetzliche Änderungen und die Reform der (früheren) Unterbringungs- bzw. heute Psychisch-Kranken-Gesetze in allen Bundesländern haben die Fortschritte ebenfalls befördert.

Veränderte Bedarfslagen, sich wandelnde Herausforderungen, fortentwickelte Konzepte, Rolle und Bedeutung der Teilhabe sowie die demografische Entwicklung erfordern jedoch, das Erreichte einer kritischen Prüfung zu unterziehen sowie Prioritäten für die nächsten Jahre zu setzen.

Vor dem Hintergrund des über Jahre erfolgten Ausbaus des psychiatrischen Versorgungssystems werden heute qualitätsbezogene Aspekte deutlicher hervorgehoben. Es geht um die bedarfsbezogene Passgenauigkeit der Angebote und Leistungen – gerade auch in Krisensituationen, um die Vernetzung der Hilfesysteme sowie ihre Steuerung und Optimierung auf örtlicher, regionaler und Landesebene. Zeitgemäße sozialpolitische und sozial-ethische Vorgaben zu Inklusion, Lebensweltbezug, Patientenorientierung, Partizipation, Diversity u. a. m. sind zu berücksichtigen. Funktionalität und bedarfsgerechte Systemoptimierung für die Versorgung psychisch kranker Menschen rücken in den Mittelpunkt der Betrachtung, auch als Ausdruck einer gesundheitspolitischen Orientierung, wie und mit welchen Mitteln unter begrenzten Ressourcen und gesellschaftlichen Rahmensetzungen die betroffenen Menschen behandelt, beraten, unterstützt und reintegriert werden können – auch im Sinne des Erhalts und der Förderung ihrer Eigenkräfte und Selbstbestimmung sowie ihrer Lebensqualität. Zweifelsohne haben sich bezogen auf diese Themen und Ziele in den letzten Jahren gesetzliche Veränderungen auf Bundes- und Länderebene herbeiführen lassen, die die Möglichkeiten des psychiatrischen Versorgungshandelns erweitert haben. Dennoch ist zu konstatieren, dass die für psychisch kranke Menschen insbesondere angezeigten, nämlich integrativen und Sektoren übergreifenden Maßnahmen das Stadium von Modellvorhaben oder von Ansätzen im Rahmen der Integrierten Versorgung noch nicht verlassen haben; die aktuellen Gegebenheiten und bereichsinternen (finanziellen) Anreizsetzungen erschweren nach wie vor die Bildung von Leistungsbündeln und eine bereichsübergreifende Hilfeplanung. Die Unterstützung innovativer Ansätze ist hier auch in Zukunft angezeigt und in der weiteren Entwicklung aufzugreifen.

Die Landesregierung Niedersachsen hat in ihrer Koalitionsvereinbarung vom Februar 2013 festgelegt: „Zur dringend notwendigen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung wird die rot-grüne Koalition einen Landespsychiatrieplan mit Beteiligung des Landesfachbeirats und des Psychiatrie-Ausschusses vorlegen. Dieser Plan wird sich nach den Prinzipien einer gemeindenahen Psychiatrie und dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ ausrichten“ (Koalitionsvereinbarung 2013, S. 30).

In Erfüllung dieses Regierungsauftrags hat das zuständige Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) im Jahr 2014 die „Erstellung eines

Landespsychiatrieplans Niedersachsen“ ausgeschrieben und nach einem öffentlichen Vergabeverfahren im Juli 2014 die Bietergemeinschaft Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheitswesen mbH – FOGS/ceus consulting, beide in Köln ansässig, beauftragt.

Unter Berücksichtigung der Vorgaben der Leistungsbeschreibung wurde der Landespsychiatrieplan in Abstimmung mit dem MS und unter enger Beratung mit der durch Sozialministerin Cornelia Rundt dazu berufenen „Fachkommission Landespsychiatrieplanung“ erstellt. Mitglieder der Fachkommission waren (in alphabetischer Reihenfolge):

- Wolfram Beins, Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen
- Prof. Dr. med. Stefan Bleich, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
- Dr. Thomas Brieden, Karl-Jaspers-Klinik, Psychiatrieverbund. Oldenburger Land gGmbH, Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
- Gertrud Corman-Bergau, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Prof. Dr. Detlef E. Dietrich, Burghof-Klinik
- Elisabeth Eicke, Amtsgericht Hannover, Vormundschaftsgericht,
- Prof. Dr. Michael Eink, Hochschule Hannover, Fachbereich Soziale Arbeit
- Dr. Hermann Elgeti, Geschäftsstelle LFBPN, Geschäftsführung der Fachkommission
- Clemens Firnenburg, MDK Niedersachsen, RDC Hannover
- Wiebke Flotho, Alice-Salomon-Schule, Berufsfachschule Ergotherapie
- Dr. Gabriele Frei, Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Christian Harig, LPEN – Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V.
- Frau Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke, Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin
- Jörn Heinecke, Asklepios Fachklinikum Göttingen, Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V., Landesverband Niedersachsen-Bremen
- Herr Homeyer-Broßat, AfB – Arbeitskreis der freiberuflichen rechtlichen Betreuer/innen, Berufsbetreuer/innen e. V.
- Eva Küpers, bürgerschaftliches Engagement
- Andreas Landmann, Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und Besuchskommissionen
- Herr Andreas Lemli, Lobetalarbeit e. V.
- Klaus Malchau, Sozialpsychiatrischer Dienst Landkreis Schaumburg
- Michael Marx, Fachzentrum Eingliederungshilfe Bethel im Norden
- Prof. Dr. Jürgen-H. Mauthe, Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen
- Dr. Norbert Mayer-Amberg, Berufsverband Deutscher Nervenärzte Niedersachsen
- Dr. Alexander Naumann, Psychiatrisches Klinikum Lüneburg gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

- Dr. Peter Orzessek, Sozialpsychiatrischer Dienst Stadt Oldenburg
- Dr. Ibrahim Özkan, Asklepios Fachklinikum Göttingen, Psychiatrische Institutsambulanz
- Ansgar Piel, Sozialpsychiatrischer Dienst Landkreis Peine
- Dr. Peter Schlegel, Sozialpsychiatrischer Dienst Landkreis Harburg
- Dr. med. Dipl. Biol. Jürgen Seifert, Lukas-Werk Gesundheitsdienste GmbH, Fachklinik Erlengrund, Suchtrehabilitation
- Dr. Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
- Prof. Dr. med. Carsten Spitzer, Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, Psychosomatik, Psychotherapie
- Andreas Tänzer, KRH Psychiatrie GmbH Wunstorf, Maßregelvollzug
- Annette Theißing, beta-REHA des Vereins für betreuendes Wohnen und Tagesstrukturierung psychisch Gesundender e. V.
- Marlis Wiedemann, AANB – Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen Psychisch Kranken in Niedersachsen und Bremen
- Prof. Dr. Marc Ziegenbein, KRH Psychiatrie GmbH Wunstorf und Langenhagen.

An den Sitzungen der Fachkommission nahmen regelmäßig das Psychiatrierreferat des MS teil sowie ab Oktober 2014 von FOGS und ceus consulting.

Der „Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung“ gem. § 30 NPsychKG und der „Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen“ (LFBPN) wurden regelmäßig über den Arbeitsfortgang unterrichtet. Die Darstellungen beruhen zudem auf der Auswertung umfangreicher Materialien und Daten sowie auf einer beträchtlichen Fülle von in Niedersachsen geführten Gesprächen der Auftragnehmer mit Vertreterinnen und Vertretern von Einrichtungen, Institutionen, Verbänden und Körperschaften.

Die folgenden Ausführungen enthalten in den einzelnen Abschnitten jeweils gebündelt die wichtigsten Ergebnisse, Aussagen und Empfehlungen bzw. die Eckpunkte des Landespsychiatrieplans – im Sinne einer Zusammenfassung. Stand, Entwicklung und Rahmensetzungen für die psychiatrische Versorgung, die den Hintergrund für die hier getroffenen Aussagen und Handlungsempfehlungen darstellen, sind ausführlich im Berichtsband zum Landespsychiatrieplan dargestellt (s. Internetseite des MS).

Bezugsjahr für den Landespsychiatrieplan ist nach Abstimmung mit dem Auftraggeber das Jahr 2013. Soweit vorliegend wurden aktuellere Daten einbezogen. Der Landespsychiatrieplan wurde zwischen Mitte 2014 und Anfang 2016 erarbeitet und in der abgestimmten Endfassung (Zusammenfassung und Berichtsband) im April 2016 vorgelegt.

Mit Blick auf den fünf- bis zehnjährigen Umsetzungs- und Prognosehorizont des Landespsychiatrieplans gilt schließlich, dass sich nicht alle Vorschläge in kurzer Frist umsetzen lassen. Der Landespsychiatrieplan setzt vielmehr einen zukunftsorientierten Rahmen, der schrittweise zu erfüllen ist.

FOGS und ceus consulting bedanken sich bei der Fachkommission für die Unterstützung der Landespsychiatrieplanerstellung und die jederzeit konstruktive Diskussion. In gleicher Weise geht der Dank an den Psychiatrie-Ausschuss, den LFBPN sowie an alle Gesprächspartnerinnen und -partner, die bereitwilligst terminlich und für substanzielle Informationen zur Verfügung standen.

1.1 Niedersachsen: Bevölkerungsstruktur und Entwicklung

Niedersachsen ist mit einer Fläche von rund 47.000 qkm nach Bayern das zweitgrößte Flächenland Deutschlands. Mit knapp 7,8 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern (2013) liegt Niedersachsen auf Platz vier der Länder Deutschlands und stellt 9,6 % der Bundesbevölkerung. Niedersachsen umfasst 46 kommunale Gebietskörperschaften: 37 Landkreise (LK), acht kreisfreie Städte und die Region Hannover. Für den gegebenen Sachzusammenhang sind folgende Erkenntnisse von Bedeutung:

- Was die Altersverteilung betrifft, weicht Niedersachsen bezüglich der Altersgruppe 65 Jahre und älter zwar nicht vom Bundesdurchschnitt ab, jedoch bei den Altersgruppen darunter: Der Anteil der Bevölkerung unter 20 Jahre ist in Niedersachsen insgesamt höher als im Bundesgebiet, der Anteil der 20- bis 64-Jährigen jedoch leicht geringer. In den niedersächsischen Gebietskörperschaften mit Bevölkerungszuwachs ist dabei in der Tendenz auch mit einem jüngeren Bevölkerungsanteil zu rechnen.
- In Niedersachsen haben 17,5 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, damit liegt Niedersachsen etwas über dem Bundesdurchschnitt von 15,7 %. Es gibt große Unterschiede zwischen 5,9 % im LK Osterholz und 32,1 % in der Stadt Wolfsburg. Tendenziell leben in industrialisierten Gebieten und Städten sowie in wachsenden Gebietskörperschaften höhere Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund. Es ist davon auszugehen, dass sich die prozentualen Anteile für die Jahre 2015 ff. aufgrund der steigenden Zahlen an Flüchtlingen und Asylsuchenden verändern werden.
- Die Prognose der Bevölkerungsentwicklung geht von einem weiteren Rückgang der Bevölkerung in Niedersachsen auf 7,7 Mio. (-0,9 % zu 2013) im Jahr 2020 und auf knapp 7,5 Mio. im Jahr 2030 aus (-4,1 % zu 2013). Abgesehen von sich aktuell anbahnenden Veränderungen ist allerdings der Trend schon derzeit nicht einheitlich: Während LK Grafschaft Bentheim, LK Cloppenburg, Stadt Oldenburg, LK Vechta, LK Lüneburg und Stadt Braunschweig bis 2030 wachsen werden, werden bspw. für Stadt Wilhelmshaven, LK Friesland, LK Aurich, LK Wesermarsch, LK Cuxhaven, LK Lüchow-Dannenberg, LK Heidekreis, LK Holzminden, LK Helmstedt, LK Osterode, Stadt Salzgitter deutliche Rückgänge prognostiziert.
- Zur Prognose der Altersstruktur: In Niedersachsen wächst der Anteil der älteren Bevölkerung bis 2025 auf ein gutes Viertel der Landesbevölkerung (25,2 %), während der Anteil der unter 20-Jährigen auf 16,8 % absinkt, der Trend verstärkt sich in den Folgejahren noch. Niedersachsen wird „älter“, zugleich ist die junge Bevölkerung in der Zahl rückläufig. Kompensatorische Faktoren (u. a. durch den Zugang jüngerer Flüchtlinge) werden sich nur mittel- bis langfristig auswirken. Wieder zeigen sich deutliche Unterschiede: Im Jahr 2031 werden im LK Cloppenburg 20,1 % Personen unter 20 Jahren alt sein, aber nur 12,3 % im LK Goslar. Für den LK Vechta werden im Jahr 2031 21,2 % Personen über 65 Jahre erwartet, im LK Lüchow-Dannenberg 39,3 %.
- Die Heranziehung von für das Land vorliegenden sozioökonomischen und wirtschaftsbezogenen Analysen und Prognosen weist für Niedersachsen „starke“ Gebiete und Regionen in der Mitte (Region Hannover), z. T. im Nordwesten, in den Gebieten Richtung Hamburg gelegen, in den Städten Braunschweig, Wolfsburg und Göttingen auf. Strukturschwächere Gebiete zeigen sich in Ostfriesland, im Nordosten (z. B. LK Lüchow-Dannenberg), in der nördlichen Mitte des Landes (z. B. LK Heidekreis), im Südwesten und in Südniedersachsen. Natürlich sind je nach Indikator auch gegenläufige Tendenzen vorhanden: So weisen gerade die Küstenregionen, die Lüneburger

Heide, der Harz und das Weserbergland beim Tourismus die höchsten Zahlen im Land auf, die auf wirtschaftliche Kompensationseffekte verweisen. In der Gesamtsicht bleibt jedoch bestehen, dass die Wirtschaftskraft und Sozialstruktur im Land sehr unterschiedlich verteilt ist.

- Mit dieser Verteilung korrelieren wiederum Altersstruktur und die Versorgung: Die strukturschwächeren Gebiete haben eine weniger junge Bevölkerung, hingegen überdurchschnittliche Anteile an der Bevölkerung 65 Jahre alt und älter. In diesen Gebieten zeigen sich des Weiteren Tendenzen zu einer künftig unterdurchschnittlichen Ausstattung mit Leistungsanbietern im Gesundheitswesen. Das in der Antrags- und ersten Förderphase befindliche, modellhafte Konzept des Landes zu „Gesundheitsregionen Niedersachsen“, mit dem kommunal basierte Formen der Entwicklung und Steuerung von Bausteinen der gesundheitlichen Versorgung erprobt werden sollen, kann hier eine durchaus produktive Rolle spielen. Die psychiatrische Versorgung sollte dabei als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung genuin mit bedacht sein bzw. in die konzeptionellen Überlegungen und Ideenfindungen einbezogen werden können. Mit Blick auf neu sich etablierende Möglichkeiten ist schließlich auch daran zu denken, z. B. Notrufsysteme und telemedizinische Ansätze in Gebieten mit sich ausdünnender Infrastruktur bzw. für die ältere Bevölkerung generell zu erproben. Mit Blick auf die heutige ältere Generation mag dies noch mit Hürden mangels Erfahrung verbunden sein. Für die nächste ältere Generationen dürfte die Erfahrung mit und die Nutzung von EDV-gestützten Hilfen diese Hürden senken helfen; bspw. wird auch in Heimen ein Internetanschluss seitens der Interessenten zunehmend nachgefragt.

1.2 Entwicklung psychischer Erkrankungen und Konsequenzen

Neben dem einleitenden Blick auf demografische und sozio-strukturelle Gegebenheiten im Land ist es angezeigt, die Entwicklung und die Verteilung psychischer Erkrankungen kurz zu skizzieren. Aussagen dazu beruhen weitgehend auf bundesweiten Studien; epidemiologisch repräsentative Studien für das Land Niedersachsen liegen zwar i. e. S. nicht vor; die Erkenntnisse der Studien etc. können jedoch übertragen werden:

- Epidemiologische Untersuchungen geben Anhaltspunkte, dass in der Gesamtbevölkerung bezogen auf einen Einjahreszeitraum Erwachsene zu ca. 27 % bis 32 % eine psychische Störung aufweisen, bei Kindern und Jugendlichen sind 15 % bis 21 % anzunehmen, für Personen ab 65 Jahre 20 % bis 25 %. Verteilung und Ausprägung psychischer Störungen variieren in Abhängigkeit von Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund.
- Es gibt keine wissenschaftlichen Belege, dass psychische Störungen und Erkrankungen in den letzten Jahren an sich häufiger geworden sind. Diese Aussage widerspricht nur scheinbar den Befunden, dass z. B. diverse neurotische Störungen, Depression, Lebenskrisen wie z. B. Burn-Out heute häufiger auftreten. Zutreffend ist, dass sich mit einem gewachsenen Angebot auch die Inanspruchnahme erhöht hat. Zudem ist die Wahrnehmung gegenüber psychischen Beeinträchtigungen in der Gesellschaft und die Bereitschaft, sich mit diesen Problemen an Behandlungs- und Beratungsinstanzen zu wenden, gestiegen.
- Eine Ableitung des „benötigten, faktischen“ Behandlungsbedarfs für kranke Personen aus epidemiologischen Erkenntnissen ist weder linear möglich, noch gibt es hierzu allgemein konsenterte Konzepte. Die Einschätzung, welcher Behandlungsbedarf

gegeben ist, muss außerdem die Situation und die Perspektive der betroffenen Person einbeziehen sowie deren Akzeptanz der Behandlung, das Vorhandensein eines geeigneten Verfahrens und den Krankheitsverlauf.

- Die Datenlage ist insbesondere zu einzelnen Betroffenenengruppen noch verbesserungsbedürftig, das betrifft insbesondere die Gruppe der Jugendlichen und jungen Heranwachsenden, die Bedarfslagen chronisch psychisch und suchtkrank Menschen, Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Zusammenhänge mit sozialer Lage, Behinderung in Verbindung mit psychischer Erkrankung sowie – angesichts der demografischen Entwicklung – die Aufklärung zur Thematik: psychische Erkrankung und demenzielle Entwicklung in der Altersgruppe 65 Jahre und älter. Analoges gilt auch für die sich verändernde Situation im Kontext Migration und Flüchtlinge, mögliche Behandlungsbedarfe können hier aktuell nur sehr rudimentär abgeschätzt werden.

All dies unterstreicht, dass zur Beantwortung von Versorgungsfragen zwar epidemiologische Zahlen orientierend herangezogen werden können, dass jedoch vor allem die jeweilige konkrete örtliche Situation zum Ausgangspunkt genommen werden muss. Sie bedarf vor allem der Beurteilung und Bewertung hinsichtlich der aktuell eingeschätzten Bedarfslage, unter Heranziehung regionaler und lokaler Ist-/Soll- sowie entsprechender Stärken- und Schwächen-Analysen vor Ort dahingehend, ob das jeweilige Versorgungssystem (noch) den vorhandenen oder sich wandelnden Bedarfslagen entsprechen kann oder welche Veränderungen ggf. schrittweise angezeigt sind.

Konsequenzen und Rahmensetzungen

Hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung kann Niedersachsen auf eine deutlich positive Entwicklung aufbauen. Deren Weiterentwicklung muss jedoch die aufgezeigten bevölkerungsstrukturbezogenen und sozio-ökonomischen Unterschiede zwischen den Gebietskörperschaften im Land in die planerischen und steuernden Überlegungen notwendig einbeziehen, weil z. B. Altersstruktur und höherer Versorgungsbedarf auf der einen Seite und Ausstattung mit Gesundheitseinrichtungen auf der anderen Seite mit regional-strukturellen Gegebenheiten zusammenhängen. Auf Zusammenhänge von Versorgungsbedarfen mit Sozial-/Beschäftigungsstruktur sowie Migration wird überdies hingewiesen.

Das heißt, die *Strategie* für die kommenden Jahre kann nicht (mehr) lauten, flächendeckend nach gleichem Muster zu agieren, vielmehr müssen *bedarfsgerechte Lösungen für die einzelnen örtlichen Gegebenheiten entwickelt werden*. Deshalb ist es wichtig, dass die Gebietskörperschaften einerseits die Verpflichtung sehen und andererseits die Steuerungsmöglichkeiten haben, die psychiatrische Versorgung zusammen mit den Leistungsträgern und Leistungserbringern vor Ort zu koordinieren und zu optimieren – je nach Ausgangslage und auch im Sinne der Daseinsfürsorge für die betroffenen Menschen. Für manche Aufgaben in kommunaler oder freier Trägerschaft, die in einer Gebietskörperschaft nicht allein (mehr) vorgehalten werden (können), sollten überkommunale Lösungen angezeigt sein und entwickelt werden. Der Dialog benachbarter kommunaler Gebietskörperschaften sollte im gegebenen Fall dazu wechselseitig gesucht und datengestützt befördert werden. Mit Blick auf die psychiatrische Versorgung könnten z. B. gemeinsame Treffen von benachbarten Sozialpsychiatrischen Verbänden im gegebenen Fall erkenntnisfördernd wirken.

Was die Rolle des Landes betrifft, so hat dieses zwar nicht auf jedem Gebiet die gesetzliche Zuständigkeit und Kompetenz (in der Krankenhausplanung besteht sie, bei der Kasernenärztlichen Bedarfsplanung nicht, gegenüber den Trägern ist das Prinzip der Subsidiari-

tät zu berücksichtigen) und vielfach lassen bundesgesetzlich gegebene Regelungen Rechtskreise übergreifende Maßnahmen zunächst nicht zu. Dennoch kann das Land – z. B. auf Basis des NPsychKG – rahmensetzend und konzeptionell befördernd bezogen auf die Aktivitäten der Gebietskörperschaften auf dem Feld der Versorgung psychisch kranker Menschen in der Kommune wirken, bspw. im Hinblick auf Struktur und Aufgabenwahrnehmung Sozialpsychiatrischer Verbände und Dienste, auf die Gestaltung, Standards und Qualität der sozialpsychiatrischen Pläne sowie hinsichtlich Aufbau und Förderung einer Landespsychiatrieberichterstattung mit differenzierten Daten für die Ebene der Gebietskörperschaften.

Für das Land sind als rahmen- und gesetzgebende Körperschaft schließlich noch folgende Aspekte zu thematisieren:

- Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung wird, wie das Gesundheitswesen generell, davon abhängen, dass *qualifiziertes Fachpersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung* steht. Damit sind Fragen der Personalentwicklung und -akquisition genauso tangiert wie die Notwendigkeit, für qualifizierte, zukunftsorientierte Aus- und Weiterbildung zu sorgen und die psychiatrische Versorgung als Betätigungsfeld (auch finanziell) attraktiv zu halten. Letzteres tangiert einerseits die „Werbung“ für medizinische, pflegerische, therapeutische etc. Berufe als auch Gestaltungsfragen im Rahmen der Tarifpartnerschaften unter Einschluss der kommunalen Träger.
- Die Rolle von *Forschung und Lehre* ist in mehrfacher Hinsicht zu unterstreichen: Nicht nur die Ergebnisse zum Landespsychiatrieplan zeigen auf, dass im Hinblick auf Bedarf und Nachfrage verschiedentlich noch erhebliche Wissenslücken bestehen, die auf weiteren Forschungsbedarf bundesweit und im Land verweisen. Dies betrifft auch den Forschungsbedarf zum Thema *Frühintervention*, z. B. die Sammlung von Erkenntnissen, mit welchen Methoden und Maßnahmen bereits bei ersten Anzeichen eingegriffen werden kann, um dem Ausbruch oder der Verschlimmerung einer psychischen Störung wirksam zu begegnen.
- Des Weiteren sind Fragen zu beantworten, welches Personal an welcher Stelle mit welcher Qualifikation benötigt wird und folglich aus- und weitergebildet werden muss. Der *Bedarf an Forschungs- und Lehrkapazität* ist folglich ebenfalls zu prüfen. Der Aspekt der *Versorgungsforschung* schließlich findet dadurch Unterstützung als z. B. mit Blick auf zu versorgende Gruppen noch Erkenntnislücken bestehen, welchen Betroffenen mit welchen Maßnahmen effektiv und effizient – auch im Sinne der Rehabilitation – geholfen werden kann.
- Während der Arbeit am Landespsychiatrieplan (2014/2015) hat sich der *Zuzug von Flüchtlingen* in hochdynamischer Weise entwickelt, die Bewältigung dieses Themas betrifft Land und Kommunen. In welcher Weise sich diese Entwicklung speziell auf die psychiatrische Versorgung auswirken wird, ist derzeit kaum abschätzbar. Die ethisch-fachlichen Grundsätze zum Landespsychiatrieplan enthalten dennoch dazu erste Empfehlungen.

2 Ethisch-fachliche Grundsätze für die Psychiatrie in Niedersachsen

Die psychiatrische Versorgung in Niedersachsen und in den kommunalen Gebietskörperschaften hat sich durch das Engagement der beteiligten Verbände, Einrichtungen, Praxen, Berufsgruppen und Fachpersonen trotz noch zu lösender Probleme dynamisch verändert. Die Gestaltung war geprägt von dem Willen, reformerische Ansätze möglichst flächendeckend umzusetzen. Dennoch würden eine bloße Fortschreibung und ein schlicht weiterer Ausbau der Kapazitäten nicht (mehr) den heutigen und künftigen Anforderungen gerecht. Die Sicht auf die Stellung des psychisch kranken Menschen hat sich weiter entwickelt. Befördert durch internationale Regelwerke (UN-Behindertenrechtskonvention, EU-Vorgaben zur psychischen Gesundheit) und durch Bundesgesetze sind Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion zu Maßstäben geworden. Folglich haben auch rechtliche Aspekte, Aufklärung, Patienten-Information und Beschwerdewesen deutlich mehr Gewicht bekommen. Damit verbundene ethische Aspekte beeinflussen wiederum Qualifikation, Einstellung und Haltung des Fachpersonals. Die betroffene Person ist als Subjekt zu sehen, mit Fähigkeiten und Stärken, die es zu erhalten bzw. zu fördern gilt. Des Weiteren sind die Anforderungen an Qualität und Qualitätssicherung stetig gestiegen, Interdisziplinarität der Leistungserbringung ist angesichts komplexer Aufgabenstellung das Gebot der Stunde. Mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen wird zunehmend eine effektive und effiziente Leistungserbringung gefordert. Dies führt auch dazu, nicht undifferenziert in die Breite wirkende Hilfe-Module bereitzustellen, sondern diese insbesondere auf die schwer und langfristig oder überdauernd von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen zu konzentrieren.

Die Antworten auf diese nur skizzenhaft gezeichneten Anforderungen lauten einerseits Funktionalität, Kooperation, Vernetzung, Optimierung der Organisation, Hilfeplanung, bereichsübergreifende Koordination und Steuerung. Andererseits sollen diese Ziele nicht nur fachsystemintern aufgegriffen werden; ihre Umsetzung verlangt gerade bei psychischen Erkrankungen die Partizipation der Betroffenen und den Einbezug der Angehörigen, also den Dialog.

Von daher war es konsequent, *ethisch-fachliche Grundsätze* als Basis der Landespsychiatrieplanung zu formulieren. Diese Grundsätze umfassen einerseits zeitgemäße Standards für sowie Erwartungen und Forderungen an das System, an die dort beschäftigten, beteiligten und betroffenen Personen; andererseits stellen sie auch eine Selbstverpflichtung des Systems und der in ihm aktiven Personen dar, entsprechend dieser Grundsätze zu handeln und sich demgemäß zu verhalten.

Die ethisch-fachlichen Grundsätze beziehen sich auf Punkte, die im Berichtsband zum Landespsychiatrieplan ausführlich enthalten sind. In dieser Zusammenfassung werden sie mit Ausnahme der Präambel, die die prinzipielle Sichtweise und Haltung spiegelt, nur gekürzt wiedergegeben:

Präambel

- Der Landespsychiatrieplan für Niedersachsen nimmt das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen in den Blick. Psychische Erkrankungen können über die gesamte Lebensspanne hinweg auftreten; insofern kommt den einzelnen Lebensstadien und den Übergängen zwischen den Altersstufen konzeptionell wesentliche Bedeutung zu. Mit Blick auf die Zukunft der Gesellschaft erfährt dabei die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher besondere Aufmerksamkeit.

- Psychische Gesundheit ist ein entscheidendes Gut der Gesellschaft und steht in Wechselwirkung mit Wohlstand, Gerechtigkeit, Zufriedenheit und Solidarität. Das psychiatrische Versorgungssystem ist integraler Teil der Infrastruktur. Hilfen, Interventionen, Maßnahmen und die Förderung der Eigenkräfte werden bedarfsgerecht, wohnortnah, funktional gestuft angeboten und kooperativ (weiter-) entwickelt.
- Psychische Erkrankung ist Teil der menschlichen Existenz. Sie äußert sich in vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit, Seele, Leib und Umwelt. Der psychiatrische und psychotherapeutische Wissens- und Erfahrungshorizont umfasst daher natur-, sozial- und geisteswissenschaftliche, kulturelle, medizinische und psychologische Erkenntnisse und Verfahren, die interdisziplinär zusammengefügt werden.
- Psychiatrie und Psychotherapie achten die Vielfalt menschlichen Seins und ermöglichen allen Betroffenen einen leichten Zugang zu Hilfe. Zugänge, Hilfen und Maßnahmen sind zielgruppenbezogen gestaltet. Sie orientieren sich an den Ressourcen der Betroffenen und fördern diese.
- Zugänge, Hilfen und Maßnahmen berücksichtigen Kultur, Gender, Lebenslage und Alter der Betroffenen ebenso wie sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Verschiedene Lebensformen und Lebensstile werden gleichberechtigt geachtet und berücksichtigt. Das psychiatrische Versorgungssystem ist auch für Betroffene zugänglich, die weitere Beeinträchtigungen im Sinne einer körperlichen, geistigen, Lern- oder Sinnes-Behinderung aufweisen und berücksichtigt ihre besonderen Bedarfe. Flüchtlinge werden in besonderer Weise dabei unterstützt, Zugang und adäquate Hilfe zu bekommen.
- Zum Versorgungssystem gehören psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Hilfen zu Vorbeugung und Behandlung sowie zur Verwirklichung von Teilhabe. Zu den Aufgaben gehören auch Koordination und Steuerung der individuell benötigten Hilfen. Die Qualität der Versorgung schwerstbetroffener psychisch kranker Menschen in allen Altersstufen ist der Maßstab für das psychiatrische Versorgungssystem.
- Psychiatrie steht im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle, dies gilt auch für den Notfall und Krisenintervention. Für jede Intervention, ob mit oder ohne Freiheitsentziehung, Zwangsmaßnahmen, Unterbringung oder unterbringungsähnlichen Maßnahmen, gilt als erster Grundsatz: Sie darf nicht schaden und muss Selbstbestimmung und Würde der Patientin und des Patienten achten. Behandlung erfolgt immer so kurz wie möglich, aber auch so umfassend wie nötig. Dabei kommt der Suizidprophylaxe im Behandlungsalltag, aber auch in Krisensituationen besondere Bedeutung zu; entsprechende Gefahrenmomente sollten in hohem Maße vorbeugende Aufmerksamkeit finden.
- Psychiatrie setzt sich deshalb zur unveränderbaren ethischen Norm, in Haltung und Aufgabenwahrnehmung immer für Selbstbestimmung, Menschenwürde, volle Teilhabe und gleichberechtigtes Miteinander einzutreten. Selbsthilfe wird auf allen Ebenen als wichtiger Partner unterstützt.
- Handeln im psychiatrischen Versorgungssystem ist Teil der Daseinsfürsorge und insofern Teil des (kommunalen) Gemeinwesens. Der Dialog zwischen den Beteiligten im Sozialraum, in den Netzwerken, die Akzeptanz der Bürgerinnen und Bürger gegenüber psychischen Erkrankungen und ihren Erscheinungsformen, Beteiligung und Ehrenamtlichkeit werden ebenso wie das Selbsthilfeengagement von Betroffenen, von psychiatriee erfahrenen Personen, ihren Angehörigen einschließlich dialogischer Ansätze gefördert.

- Der Landespsychiatrieplan knüpft an die Entwicklung und Dynamik psychiatrischer Hilfen und die Forschung in Niedersachsen in den letzten Jahrzehnten an und fördert kontinuierlich den wissenschaftlichen Fortschritt. Die Lehr- und Ausbildungskapazitäten sichern langfristig die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von allen weiteren Fachberufen und Fachkräften für die psychiatrische Versorgung.

Grundrechte der Patientinnen und Patienten

- Psychisch Kranke haben die gleichen Grundrechte und bürgerlichen Rechte wie alle anderen Menschen. Psychiatrie beachtet und wahrt mit dem Postulat der Humanität die Grundrechte der Menschen, ihre Selbstbestimmung und ihre Würde. Es gilt der Grundsatz der Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch Erkrankten.
- Der Landespsychiatrieplan orientiert sich an der UN-Behindertenrechtskonvention und der UN-Kinderrechtskonvention und setzt Artikel 35 der Charta der Grundrechte der EU um, nach der jeder Mensch das Recht auf Zugang zum Gesundheitswesen und ein hohes Gesundheitsschutzniveau hat.
- Auch der ältere und hochaltrige Mensch, der von psychischer Erkrankung und von kognitiv-psychischen Veränderungen betroffen ist, erfährt Behandlung und Betreuung in Würde und voller Achtung seiner Rechte. Der Verbleib an seinem Lebensort hat so lange wie möglich Vorrang vor Institutionalisierung. Angehörige und Netzwerke bedürfen dazu der Beratung, Förderung und Unterstützung.

Personenzentrierte, integrative und partizipative Versorgung

Psychiatrische Versorgung fokussiert aktuell – im Einklang mit Vorgaben der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung – auf die Weiterentwicklung der Qualität unter den Leitlinien von Personenzentrierung, Inklusion und Partizipation. Planung und Angebot von Hilfen müssen sich daran messen lassen, ob und wie sie diesen Maßstäben Geltung verschaffen.

Funktionale Ausrichtung (Abstufung) der Hilfen – Zugänge

Wirksame Versorgung, Hilfen und Maßnahmen setzen ein fachlich fundiertes, koordiniertes und auf den Einzelfall abgestimmtes, funktionales Vorgehen voraus. Dies betrifft verschiedene Ebenen der Intervention.

Qualitätssicherung, personelle Ressourcen und Fachlichkeit

Wichtig ist die Definition von grundlegenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien der Versorgung und ihrer Dienste. Qualität wird zudem durch kompetent Handelnde gewährleistet, deshalb ist Aus-, Fort- und Weiterbildung, beständige Reflexion des eigenen Handelns, von Vorurteilen, anderer Kulturen und Lebensformen und Instrumentalisierungsversuchen sowie der eigenen Handlungsfähigkeit und Bedingtheit notwendig – auch mit Betroffenen und Angehörigen – und wird durch entsprechende Anreize gestärkt. Die Psychiatrie bleibt bei Personalausstattung und -rekrutierung attraktiv.

Planung, Steuerung und ihre Grundlagen

Psychische Erkrankung wirkt sich auf seelische, körperliche und soziale Seiten des davon betroffenen Menschen und in seiner Umwelt aus. Hilfen und Maßnahmen erfordern i. d. R. mehrdimensionale Handlungsansätze auf verschiedenen Ebenen. Dies verlangt ein hohes Maß an Planung und Steuerung auf individueller Ebene, auf Ebene der Einrichtungen und Dienste sowie auf der Ebene des Versorgungssystems. Dies setzt Kompetenz und Fachlichkeit, Orientierung an Qualifikations- und Qualitätsmaßstäben und die Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen voraus.

Versorgung von Flüchtlingen

Vorbeugung, Erkennung und fachgerechte Behandlung psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen stellen Kernerfordernisse dar. Eine prinzipielle Neuorientierung ist jedoch nicht notwendig, da bereits vielfältige migrationsbezogene Erfahrungen bestehen, auf die aufgebaut werden kann. Grundlage für Planungen des Versorgungssystems bieten die „Sonnenberger Leitlinien“ aus dem Jahr 2002. Dem bürgerschaftlichen Engagement kommt gerade nach der unmittelbaren Ankunft eine besondere Bedeutung zu. Helferinnen und Helfer sind, ebenso wie das Fachpersonal, im Umgang mit den Flüchtlingen durch Schulungen zu unterstützen.

3 Handlungsempfehlungen, Strategie und Entwicklungsschritte

Den ethisch-fachlichen Grundsätzen kommt für die Landespsychiatrieplanung, bei den Strategien zur Versorgungsgestaltung und bei deren Weiterentwicklung übergreifende Bedeutung zu. Sie bilden zugleich den Bezugsrahmen für die aus der Analyse und Bewertung der Versorgungssituation abgeleiteten Handlungsempfehlungen.

3.1 Partizipation und Selbsthilfe

Mit Blick auf partizipativ zu gestaltende Weiterentwicklungen der Psychiatrie in den nächsten Jahren wird in Anlehnung an die „Magdeburger Thesen“ empfohlen:

- Selbsthilfe ist (weiterhin) an den relevanten Gremien in Land und Kommunen, bei Gesetzesentwicklung/-veränderung im psychiatrischen Bereich und der Weiterentwicklung von Versorgung verbindlich zu beteiligen. Dabei sollten die Möglichkeiten der Beteiligung von Selbsthilfepersonen verbessert werden.
- Generell soll trialogisches Handeln ausgebaut und weiterentwickelt werden. Um die Möglichkeiten der Betroffenen und Angehörigen, sich zu organisieren und zu beteiligen zu stärken, sollten gezielt Empowermentangebote implementiert, die Beteiligung an Gremien, Kommissionen o. ä. finanziell angemessen entschädigt und Selbsthilfeorganisationen umfangreicher gefördert werden.
- In jeder Kommune sollte eine unabhängige Beschwerdestelle eingerichtet werden, die im Einzelfall unterstützt, Rechtsberatung leistet und die Erfahrungen systematisch in die Weiterentwicklung der Versorgung einbringt.
- Selbsthilfe soll stärker Gegenstand von Forschung sein und Betroffene, Angehörige und ihre Selbsthilfeorganisationen sollen bei Forschung mitwirken/beteiligt werden.

- Betroffene und Angehörige sollen insbesondere intensiv bei der Entwicklung von Maßnahmen und Modellen zur Verringerung von Zwang einbezogen werden; empfohlen wird die Erprobung eines Modells, in dem Entscheidungen über Zwangsbehandlungen einem trialogisch besetzten Gremium obliegen.
- Peer-Beratung verbessert nachweislich den Behandlungserfolg sowie Befinden und Ressourcen von Angehörigen. Deshalb wird empfohlen, ausgebildete Genesungsbegleitung verstärkt in die Teams ambulanter, teil- und vollstationärer Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen der psychiatrischen Versorgung zu integrieren sowie Peer-Beratung zu fördern. EX-IN-Ausbildung soll (auch finanziell, durch SGB II) unterstützt werden.
- Mit Blick auf die Bedeutung von Selbsthilfe im Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen und den Beitrag der Angehörigen dabei wird empfohlen, Selbsthilfe flächendeckend zu fördern. In allen Kommunen des Landes sollten Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung stehen.
- Hilfen sind grundsätzlich auf Selbsthilfefreundlichkeit zu verpflichten: Betroffene sollten durch Behandelnde zeitnah nach Auftreten einer Störung Ratgeber, Selbsthilfemanuale und andere Informationsmaterialien bzw. Hinweise darauf erhalten sowie über Selbsthilfegruppen informiert und aktiv zur Teilnahme ermuntert werden. Selbsthilfe sollte Gelegenheit bekommen, regelmäßig vor Ort über ihre Angebote zu informieren und Interessierte zu beraten.
- Selbstbestimmung und Würde der Betroffenen sind in allen Bereichen der Versorgung zu achten. Es gilt, adäquate Beteiligungsformen auszubauen. Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen sollten stärker genutzt bzw. behandlerseitig empfohlen werden.
- Auch Angehörige brauchen Wissen, Beratung und Unterstützung. Empfohlen werden ebenfalls aktive Vergabe von Aufklärungsmaterialien zu Erkrankung und Hilfemöglichkeiten, die Empfehlung zum Besuch von Selbsthilfegruppen, ein aktiver und wertschätzender Einbezug durch Behandlungspersonen sowie vielfältige und bedarfsbezogene Entlastungsangebote, bspw. niedrighschwellige Betreuungsangebote auch für jüngere psychisch kranke Menschen. Neben Eltern und Partnerinnen/Partnern sind bspw. auch Geschwistern und Kindern von Betroffenen aufgrund ihrer spezifischen Belastung Unterstützungsangebote zu unterbreiten.

3.2 Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die Erkenntnisse zu den Institutionen der Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher in Niedersachsen verweisen darauf, dass weniger ein globaler weiterer quantitativer Ausbau, sondern eine Orientierung auf Schwerpunktgruppen und -themen für die Zukunft erforderlich ist. Viele Hinweise deuten darauf hin, dass sich das Diagnosespektrum verschoben hat, dass eine andere Fallschwere und -qualität in den Behandlungsinstitutionen zu verzeichnen ist, dass die Problemstellungen insbesondere bezogen auf Jugendliche ab einem Alter von 14 oder 15 Jahren zunehmen bzw. dass sich diese in den Bereich junger Erwachsener fortsetzen. Auf das im Kindes- und Jugendalter sich dynamisch wandelnde Internet-Nutzungsverhalten mit teilweise negativen psychischen Auswirkungen („mobbing“, suchthafte Nutzung) sei nur verwiesen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind überdies Fächer mit vielen Schnittstellen zu anderen Hilfebereichen (Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Erwachsenenpsychiatrie, öffentlicher Gesundheitsdienst), zu den Systemen der Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe, zum (Aus-)Bildungswesen und

Arbeits-/Beschäftigungsbereich. Das heißt, die *Strategie* muss sich hier im Kern auf Folgendes ausrichten:

- Zur Vermeidung längerer Erkrankung und insbesondere angesichts der Entwicklung von Krankheitsverläufen mit Ausschluss aus der Schule, fehlendem Schulabschluss und zunehmend beobachteten Krankschreibungen und Chronifizierungen aufgrund psychischer Erkrankungen von Minderjährigen muss Prävention, Früherkennung und Frühintervention verstärktes Gewicht zugemessen werden. Hier sind Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Schul- und Bildungssystem, Jugendhilfe sowie das Hausarztssystem gemeinsam aufgerufen, Fehlentwicklungen und Störungen frühzeitig zu erkennen, Verläufe gelingender Genesung und Stärkung frühzeitig anzubahnen und Verschlimmerung zu verhindern.
- Die Belange spezifischer Gruppen von betroffenen und belasteten Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten, einschließlich suchtbezogener Probleme, sind frühzeitiger, deutlicher und konturierter in den Blick zu nehmen, um Folgewirkungen früh zu minimieren.
- Die Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Kinder- und Jugendmedizin, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe sowie mit Bildungseinrichtungen und Jobcentern ist zu fördern, diese Bereiche sind enger insbesondere vor Ort zu verzahnen.
- Die Beschulungssituation von stationär und teilstationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen ist in Kooperation mit den kultusministeriellen Stellen zu verbessern, ebenso die Kooperation der Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Schulen vor Ort. Dem kommt auch unter den Aspekten Prävention und Inklusion besondere Bedeutung zu.
- In Anbetracht sich verändernder Bedarfslagen sind entsprechende aufsuchende, familienorientierte und krisenorientierte Ansätze zu ermöglichen und auszubauen.

Grundsätzlich sollte die Haltung bestehen, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aktiv zu fördern, inklusiv zu arbeiten, sich zunehmend mobil und aufsuchend aufzustellen, also Home Treatment mehr Raum zu geben. Bei Maßnahmen, die sich aufgrund sinkender Bevölkerungs- oder Kinderzahlen nicht für eine einzelne Gebietskörperschaft allein darstellen lassen, sollten *überkommunale Lösungen* gesucht werden. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen macht nicht an (Kreis-)Grenzen Halt.

Ambulanter und stationärer Bereich

- Förderung der Niederlassung durch die KVN nach den Richtlinien der Bedarfsplanung von Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in bisher noch unterbesetzten bzw. nicht gesperrten Gebieten
- Sicherung und Weiterentwicklung der „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“, um die Anreize zu interdisziplinär gestützter Arbeit der Praxen auch in Zukunft zu erhalten
- Einrichtung dezentraler Institutsambulanzen nur in bisher unterversorgten Gebieten (ggf. in Verbindung mit dezentralen Tageskliniken) unter Berücksichtigung der Kasernenärztlichen Bedarfsplanung.
- Festgestellt wurde, dass die regionale Verteilung von Behandlungseinrichtungen in einzelnen, wenigen Gebieten noch unterdurchschnittlich ist. Hier sollte im Rahmen der Krankenhausplanung und nach deren Maßstäben (Bedarf, Auslastung etc.) das

Kriterium ‚Erreichbarkeit einer stationären oder teilstationären Einrichtung innerhalb eines Zeitraums von 30 bis 45 Minuten‘ nochmals geprüft werden.

- Der vergleichsweise hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen mit einer Diagnose aus dem ICD-Bereich: „Psychische und Verhaltensstörungen“, der sich in nicht-psychiatrischen Einrichtungen findet, verlangt Aufklärung und neutrale Bewertung, auch hinsichtlich der Ursachen und der Konsequenzen für den fachspezifischen Bettenbedarf.

Vernetzung und Kooperation fördern

Aufgrund der veränderten *Bedarfslage*, der Notwendigkeit von Kooperation und durch die Zunahme im Bereich Migration und unbegleiteter Kinder/Jugendlicher sollte das sozialpsychiatrische Handeln und die Arbeit der *Sozialpsychiatrischen Verbände* vor Ort sich *stärker und verbindlich auf die Problemstellungen von Kindern und Jugendlichen, ihrer Familien sowie von jungen Erwachsenen* ausrichten:

- Im Bedarfsfall verbindliche, qualifizierte Kooperation der SpDi und der Beratungseinrichtungen für Familien und Kinder/Jugendliche mit den Institutionen und Praxen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie sowie Festlegung dieser Kooperation als fallbezogen verbindliche Koordinationsaufgabe im Sozialpsychiatrischen Verbund.
- Verbindliche Festlegung der Zuständigkeit und von Anlaufstellen im Fall von Krisen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien; koordinierend-verbindliche Festlegung der Kooperation der Dienste (Klinik, Praxen) mit Jugendamt und pädiatrischen, kinder- und jugendmedizinischen Facheinrichtungen und -praxen.
- Öffnung der Sozialpsychiatrischen Verbände und der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Fachinstitutionen für Anliegen der Kindergärten und Schulen, der Erziehungshilfe im Rahmen der Prävention und Information zu Problemstellungen bei psychischer Erkrankung einerseits und zur Förderung seelischer Gesundheit in der Entwicklung Kinder und Jugendlicher andererseits.
- Verbesserung der Zusammenarbeit von SpDi, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Jugend- und Eingliederungshilfe zur Verminderung und Verkürzung stationärer Aufenthalte von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden: Kooperation und Steuerung sowie Auslotung aller Möglichkeiten, bspw. nach §§ 28 und 29 SGB II (Bildung und Teilhabe) oder § 16a SGB II (psychosoziale Betreuung).

Maßnahmen im Rahmen von Jugendhilfe und Heimversorgung (SGB VIII)

Verbindliche Kooperation zwischen Jugendämtern, Kliniken und kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Fachpraxen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, fallbezogen und fallübergreifend insbesondere bei Heimunterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Verpflichtung der Heimträger zur Zusammenarbeit und Beratung/Supervision durch kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Fachinstitutionen und Praxen.

Maßnahmen an der Schnittstelle Jugendliche/junge Erwachsene

Festlegung der Versorgungszuständigkeit der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bis zu einem Alter von 18 Jahren bei manifester psychischer Haupterkrankung und Möglichkeit der Behandlung bis zum Alter von 21 Jahren im begründeten Einzelfall. Verbindliches Case Management im Übergangsbereich von 18 bis 21 Jahren zwischen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kliniken für erwachsene psychisch kranke Menschen.

Maßnahmen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche

Über gegenseitige Beratungsdienste und Schulungsmaßnahmen soll die Sensibilität und die Kompetenz für den Umgang mit geistig behinderten Menschen in der Regelversorgung verbessert werden. Zudem soll (durch den Sozialpsychiatrischen Verbund) eine Anlauf- und Clearingstelle eingerichtet werden, in der kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Fachdienste qualifizierte Beratung und Hilfen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche bzw. ihre Bezugs- oder Betreuungspersonen leisten. Hierzu sind Standards der Kommunikation an den Schnittstellen Behindertenhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu entwickeln.

3.3 Erwachsene psychisch kranke Menschen

Im Hinblick auf psychisch kranke und seelisch behinderte Erwachsene sollten in Niedersachsen – ausgehend von den jeweiligen regionalen und kommunalen Notwendigkeiten, Gegebenheiten – in den nächsten fünf bis zehn Jahren folgende Empfehlungen schrittweise umgesetzt werden:

Prävention und Frühintervention

Zur Vermeidung (längerer) Erkrankung und insbesondere angesichts der Entwicklung von Krankentagen und Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen muss der Früherkennung und der Frühintervention – auch bzgl. des Zusammenwirkens von psychischen und suchtbefragten Störungen – verstärktes Gewicht zugemessen werden. Krankheitsverschlimmerung und Chronifizierung ist auch deshalb zu vermindern, um sozial desintegrierende Krankheitsfolgen zu verhindern. Dazu müssen verschiedene Wege beschritten werden:

- Vermeidung von Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrisch fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch geeignete Maßnahmen.
- Entwicklung von Maßnahmen (bspw. curriculare Anpassungen) zur Qualifizierung von Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, um Sensibilität für sich entwickelnde psychische Erkrankungen zu gewährleisten. Dazu sollte eine Evaluation erfolgen. Aufgrund der Verbindung zur ärztlichen Ausbildung wird eine Verortung der Evaluation an medizinischen Hochschulen empfohlen, ggf. in Kooperation mit der ÄKN.
- Förderung von Maßnahmen am Arbeitsplatz im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.
- Überall dort, wo psychisch kranke Personen betreut werden, die Kinder haben und mit ihnen zusammenleben, sollen diese in ihrer Elternfunktion wahrgenommen, an-

gesprächen und unterstützt werden, inkl. der je notwendigen Kooperation mit anderen Diensten. Zudem sollen die Facheinrichtungen und Dienste für Erwachsene für die Problemstellungen der Kinder ihrer psychisch kranken Klientel sensibilisiert werden. Im Bedarfsfall erfolgen fallbezogen (sekundär-)präventiv orientierte Kontakte mit der Jugendhilfe, z. B. für kinderschutzbezogene oder familienzentrierte/-therapeutische Maßnahmen.

Stationäre und teilstationäre Versorgung

- Zwar weist Niedersachsen mit Stand Ende 2013 bezogen auf die Gesamtbettenzahl gegenüber dem Bundesgebiet eine etwas unterdurchschnittliche Ausstattung auf, doch hat die psychiatrisch-stationäre und -teilstationäre Versorgung bezogen auf die Betten- und Platzzahl in den letzten Jahren stetig zugenommen. Gemäß Ausweis im Niedersächsischen Krankenhausplan zum 01.01.2015 beträgt die Zahl der psychiatrischen (PSY) Betten 5.065, die der psychosomatischen (PSM) Betten 838; dies bedeutet gegenüber 2012 einen Anstieg um 15,5 % (PSY) bzw. 31,9 % (PSM). Für den teilstationären Bereich lauten die Zahlen zum 01.01.2015 zu PSY: 1.253 Plätze (+17,2 %), zu PSM: 154 (+108 %). Mit Blick auf die kommenden Jahre ist die weitere Entwicklung der Betten- und Platzzahlen im Rahmen der Krankenhausplanung eingehend zu prüfen, hier werden u. a. zwei Sachthemen Bedeutung entfalten: zum einen die Reform der Finanzierung der psychiatrisch-stationären Versorgung auf Bundesebene, zum anderen der Verlauf der weiteren Diskussion zu den psychosomatischen Betten auf Landesebene:
- Unter Bezugnahme auf die bisherigen gesetzlichen Festlegungen zur Einführung eines tagespauschalierten Finanzierungssystem „PEPP“ bis zum Jahr 2017 sind am 18. Februar 2016 auf Bundesebene wesentliche Änderungsvorschläge konsentiert worden. Die weitere Ausgestaltung der stationären Versorgung wird davon – je nach Umsetzung der Änderungen – nicht unbeeinflusst bleiben, z. B. weil die stationäre Versorgung deutlich an regionalstrukturelle Gegebenheiten, an Qualitätsvorgaben und auch an stationersetzende Möglichkeiten wie Hometreatment gebunden werden soll. Dies wird mittelfristig die Zahl der Betten (und teilstationären Plätze) und ihre Verteilung beeinflussen, ohne dass jetzt schon exakte Abschätzungen möglich sind. Aktuell kann jedoch empfohlen werden, die Dezentralisierung fortzusetzen, um die Erreichbarkeit (weiter) zu verbessern. Dabei soll jedoch gelten: Weitere tagesklinische Angebote im Rahmen der Krankenhausplanung oder psychiatrische Institutsambulanzen sollten nur dort zugelassen bzw. etabliert werden, wo lokal explizit nachgewiesener Bedarf besteht. Die dezentralen Einrichtungen sollten, wenn neu zu schaffen, zugunsten ihrer Effizienz eine funktionale Größenordnung haben.
- Die Diskussion zu Psychosomatik ist auf Landesebene seit Jahren kontroversen und bis jetzt von einerseits unterstützenden, andererseits kritischen Auffassungen gekennzeichnet. Eine abschließende Lösung kann auch hier nicht geboten werden. Die psychosomatischen Betten/Plätze sind im Krankenhausplan des Landes verankert und folglich wären Änderungen nur im Rahmen des Krankenhausrechts möglich. Für die weitere Entwicklung wird empfohlen, diese kriteriengeleitet zu verfolgen: Die Notwendigkeit künftig beantragter psychosomatischer Betten/Plätze sollte eingehend im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung geprüft werden; eine bloße Umwidmung bisher anderweitig betriebener Betten ist kein Bedarfskriterium. Die Einrichtung psychosomatischer Betten sollte des Weiteren an fachliche Kriterien gebunden sein: Nachweis der Fachlichkeit psychosomatischer Versorgung bezogen auf strukturelle und qualifikatorische Voraussetzungen, Einbindung psychosomatischer Betten

in die somatische und/oder psychiatrische Versorgung, d. h. möglichst keine stand-alone-Lösungen, sondern in jedem Fall mindestens nachgewiesene und enge Kooperation und Vernetzung mit dem somatisch und/oder psychiatrischen Bereich.

Ambulante Versorgung

- Auf der kommunalen Ebene und durch die KVN sollten vorsorgende Aktivitäten eingeleitet bzw. fortgesetzt werden, um absehbare ambulante psychiatrisch-fachärztliche und psychotherapeutische Versorgungslücken zu mindern. Abgesehen von der Heranziehung der bisherigen bedarfsplanerischen Verfahren sollten auch innovative Organisationslösungen gefördert (und zugelassen) werden, z. B. Organisationsformen der Kooperation fachärztlicher Praxen und psychotherapeutischer Angebote, wie sie auf Bundesebene (KBV) bereits im Rahmen eines Vertragsentwurfs zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten zur optimierten Bewältigung von krisenhaften Entwicklungen vorgeschlagen werden. Zudem sollte die Entwicklung einer „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ (SPV) für Erwachsene geprüft werden. Sie böte in Analogie zur SPV für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich die Möglichkeit einer vertraglich begründeten interdisziplinären Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, therapeutischer, pflegerischer und sozialpädagogischer Akteure. Die kassenärztliche Bedarfsplanung sollte solche Innovationen durch entsprechende Anpassung ihrer Instrumente in Kooperation mit den Leistungsträgern unterstützen.
- Die sich jetzt auch über die Reform der Finanzierung psychiatrisch-stationärer Versorgung konkret abzeichnende Möglichkeit, Hometreatment für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen zu etablieren und sie in deren häuslichen Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen, sollte offensiv genutzt werden.
- Mit Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) und Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten (NBEA) verfügt Niedersachsen über zwei wichtige und im Bundesdurchschnitt betrachtet gut ausgebaute Angebotsbausteine zur Umsetzung einer ambulanten, sozialraum- und teilhabeorientierten Versorgung, durch die zudem Angehörige entlastet werden. Bei der APP sollten zügig regionale Lücken geschlossen und Zugangshürden gesenkt werden, Dokumentation und Qualitätssicherung sollten verbessert werden und APP-Strukturen in die landesweite Berichterstattung einfließen. NBEA soll verstärkt auch jüngeren Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu Gute kommen. Geprüft gute Erkenntnisse und Verfahrensbestandteile aus den IV-Modellen sollen in die Regelversorgung integriert werden.

Verbesserung der personenzentrierten Behandlungs-/Betreuungsorganisation

Grundsätzlich gilt für die psychiatrische Versorgung von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen oder alten Menschen, dass die Hilfen die je spezifische Situation ihrer Klientel beachten und berücksichtigen sowie Zugänge, Beratung, Betreuung und Behandlung entsprechend gestalten. Um den Diensten für zwei herausgehobene bedeutsame Aspekte Standards an die Hand zu geben, wird die Erarbeitung von Leitlinien für eine diversitätsgerechte psychiatrische Versorgung bzw. von zwei separaten Leitlinien für eine gendergerechte und für eine kultursensible Versorgung angeraten. Unter Maßgabe der übergreifenden Zielsetzung der Personenzentrierung, die an verschiedenen Stellen im Landespsychiatrieplan ihren konkreten Niederschlag findet, sei darüber hinaus noch unterstrichen:

- Empfohlen wird die Etablierung gemeindepsychiatrischer, teambasierter, multiprofessioneller, ambulanter, aufsuchender Behandlungsangebote in definierten Regionen im Rahmen von GPZ. Den SpDi kommt hierbei eine herausgehobene Rolle zu. Zur Einführung sollten Modellprojekte mit zwei Schwerpunkten in ausgewählten Regionen des Landes Niedersachsen aufgelegt und evaluiert werden: (1) Organisation dauerhafter krankenhausersetzender Behandlung und Betreuung und (2) Organisation von Krankenhausanschlussbehandlung/-betreuung/-pflege.
- Für die Gruppe psychisch schwer erkrankter bzw. beeinträchtigter Menschen mit komplexem Hilfebedarf sollen leistungsrechtsübergreifende (SGB II, SGB V, SGB IX, SGB XI, SGB XII) Hilfearrangements sowie Fallmanagement in der Zuständigkeit der Kommunen eingeführt werden.
- Die Hilfen in Krisen müssen verbessert werden. Diese Angebote müssen – insbesondere auch abends/nachts und am Wochenende – über verbindliche Krisendienstregelungen sichergestellt werden. Dabei sind neben den SpDi weitere Akteure einzubeziehen, auch die niedergelassenen Praxen durch Notfallsprechstunden und kurzfristige Clearingmöglichkeiten. Schließlich sollten verstärkt verschiedene Alternativen zur Klinik erprobt werden, die auch Peers bzw. Selbsthilfe einbeziehen, wie bspw. Weglaufhäuser, Krisenpensionen o. ä. Gegebenenfalls sind kommunenübergreifende Lösungen zu erarbeiten. Krisenhilfe ist in den Kommunen zu organisieren und vom Land zu unterstützen und in der Umsetzung zu überprüfen.
- Geistig behinderte Menschen mit psychischen Problemen haben Anspruch auf bedarfsgerechte psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Um ihre derzeit defizitäre Versorgung zu verbessern, wird angeregt, das bereits erarbeitete Konzept „Kompetenzteams für intelligenzgeminderte Behinderte mit psychischen Erkrankungen“, jedoch ergänzt um offenere Zugangsmöglichkeiten, zügig umzusetzen. Damit und durch weitere Maßnahmen soll zunehmend mehr Sensibilität und Qualifikation für den Umgang mit geistig behinderten Menschen in der Regelversorgung geschaffen werden.

Aufgabenwahrnehmung der Sozialpsychiatrischen Dienste sichern

- Der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und die Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrischen Dienste sind für die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung in den Regionen des Landes von großer Bedeutung. Angesichts der absehbar noch wachsenden Probleme in der Personalgewinnung der SpDi sollten dazu ggf. flexible Lösungen (unter Wahrung der fachlichen Unabhängigkeit) in Kombination/Koordination mit Psychiatrischen Institutsambulanzen, stationären Anbietern und/oder anderen Akteuren, z. B. niedergelassenen Facharztpraxen im Versorgungssystem der Region/Kommune geprüft werden. Unter bestimmten Gegebenheiten kann auch die KV-Ermächtigung einer Ärztin bzw. eines Arztes des SpDi zur Behandlung eine Lösung darstellen.
- Es wird empfohlen, dass Land und Kommunen gemeinsam Standards für die SpDi erarbeiten. Die personelle Ausstattung der Dienste sollte dann diesen und ihren jeweiligen spezifischen Aufgaben entsprechend ausgelegt sein. Eine grundlegende Funktionsbeschreibung der SpDi, an der sich die Kommunen in Niedersachsen orientieren sollten, umfasst (mindestens) folgende Aufgabenfelder:
 - Niederschwellige Beratung und Betreuung.
 - Krisenintervention und Zwangseinweisung

- Planung und Koordination von Einzelfallhilfen für Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen.
- Netzwerkarbeit und Steuerung im SpV, mit dem Auftrag, für eine Vernetzung der verschiedenen (teils konkurrierenden) Akteure zu sorgen.

Das Prinzip der „Konnexität Land – kommunale Ebene“ steht der Erarbeitung von Standards nicht entgegen. Die Auffassung, solche Aufgaben erst dann aufzugreifen, wenn genügend finanzielle Mittel bereitgestellt würden, widerspricht dem hier grundsätzlich vertretenen Gedanken der Optimierung der Funktionalität. Standards zu diskutieren umfasst auch die Prüfung, welche Aufgaben prioritär zu verfolgen sind und welche nachrangig, und wie die Prozesse und Abläufe besser organisiert werden können. Mindestens sollte die vorab verlangte Klärung der finanziellen Aspekte solchen Überlegungen und Prüfungen nicht von vornherein entgegenstehen.

Reduzierung von Zwangsmaßnahmen

- Empfohlen wird, die regelhafte Einführung eines Registers zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Psychiatrieberichterstattung.
- Empfohlen wird, innovative Ansätze zur weitestgehenden Vermeidung von Zwangsbehandlung im psychiatrischen Hilfesystem zu erproben und zu implementieren. Neben Verbesserungen im Bereich Krisenintervention und dem Aufbau alternativer Angebote (Soteria, Weglaufhäuser, Rückzugsräume etc.) gehören dazu bspw. die trialogische Ausrichtung des diesbezüglichen innerklinischen Entscheidungsprozederes und der Einsatz bzw. die Empfehlung von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen.
- Des Weiteren soll die Versorgungsrealität seelisch behinderter Menschen in geschlossenen Wohneinrichtungen in Niedersachsen empirisch und konzeptionell untersucht werden und darauf basierend Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden („Heim-Enquête“).

Weiterentwicklung der Teilhabe

- Im Sinne der UN-BRK sowie dem im SGB XII verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollte in den nächsten Jahren der in Niedersachsen bisher beschrittene Weg der Ambulantisierung zielgruppen- und bedarfsspezifisch (z. B. für jüngere, verhaltensauffällige und ältere psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen) fortgesetzt werden.
- Die vorliegenden Überlegungen zu Standards für das Ambulant Betreute Wohnen sollten von den dafür zuständigen Akteuren (vor allem Kommunen und Leistungsanbieter) eingeführt bzw. umgesetzt werden.
- Träger größerer stationärer Wohneinrichtungen sollten die bereits begonnenen Dezentralisierungsbemühungen intensivieren.
- Zu fordern ist mehr Engagement/Unterstützung für den Erhalt von Arbeitsplätzen, Prävention von Arbeitsplatz-Verlust und betriebliches Wiedereingliederungsmanagement (finanziert über Krankenkassen und Rentenversicherung). Schon aus der Klinik heraus sollten Patientinnen und Patienten auf Wunsch Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes bekommen.

- Leitlinie der Maßnahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung und Rehabilitation von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen sollte zukünftig sein: „first place, then train“. International bereits erfolgreich erprobte Strategien, wie z. B. „Individual Placement and Support System“ sollten im Rahmen von Modellprojekten auch in Niedersachsen erprobt werden.
- In Zukunft sollte für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen das Budget für Arbeit bekannter gemacht und verstärkt zur Finanzierung des Minderleistungsausgleichs und zur kontinuierlichen Unterstützung/Assistenz zur Verfügung gestellt werden, um eine dauerhafte Beschäftigung von Menschen dieses Personenkreises auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen.
- Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen (insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung) sollte eingehend geprüft werden, ob der in den letzten Jahren in Niedersachsen eingeschlagene Weg, die Zahl der Integrationsprojekte sukzessive zu erhöhen, fortgesetzt wird. In vergleichbarer Form sollten auch Zuverdienst-Projekte vermehrt gefördert werden.
- Für Menschen, die nicht in der WfbM arbeiten möchten, sind verstärkt andere und unterstützte Arbeitsmöglichkeiten zu fördern/zu schaffen.
- In den WfbM sollte das Angebot (weiter) diversifiziert und externe (begleitete) Praktika, wirtschaftsnahe Arbeitsplätze sowie ausgelagerte (Einzel-/Gruppen-)Arbeitsplätze ausgebaut werden, um den Übergang eines größeren Teils von Werkstatt-Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Zudem sollte die Stellung der Werkstatt-Räte in den WfbM durch die zuständigen Akteure gestärkt werden.
- Die bestehende Möglichkeit zu Teilzeitarbeit in WfbM sollte auch Werkstatt-Beschäftigten entsprechend ihrer Vorstellungen ermöglicht werden.
- Mit Blick auf die Zielgruppe der älteren, aus WfbM oder anderen Arbeits- und Beschäftigungskontexten ausscheidenden Personen sollten in Niedersachsen – gemeinsam mit Leistungsanbietern und Leistungsträgern – konzeptionelle Vorstellungen und Angebote entwickelt werden, die künftig eine Teilhabe dieses Personenkreises am gesellschaftlichen Leben unterstützen können.

Inklusion bezieht sich – neben den beiden „großen“ Bereichen Wohnen und Arbeit – auch auf die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen der Gesellschaft, d. h. sie zielt auch auf Erholung, Freizeit und Sport. Deshalb sollte das kreative Potenzial der Menschen mit Behinderungen und spezifische kulturelle oder sprachliche Identitäten (wie die Gebärdensprache) gefördert und eine inklusive Nutzung von Kultur-, Freizeit- und Sportangebote für Menschen mit Behinderungen unterstützt werden, wobei auf erprobte Maßnahmen zurückgegriffen werden kann.

3.4 Psychische Erkrankungen im Alter

Was für ältere Menschen im Rahmen des Landespsychiatrieplans zu analysieren und zu empfehlen ist, verlangt von vornherein eine Differenzierung zwischen alt gewordenen psychisch kranken Menschen, im Alter psychisch krank werdenden Menschen, im Alter aufgrund von vaskulären und organischen Prozessen psychisch veränderte, von Demenz – in ihrer vielfältigen Erscheinung – betroffenen Menschen und von Menschen mit geistiger Behinderung, die alt geworden sind und bei denen auch psychische Störungen auftreten

(können), da hier unterschiedliche Bedarfslagen bestehen. Für kaum eine dieser Gruppen stehen bereits vollständig belastbare Basis- und Inanspruchnahmezahlen zur Verfügung. Quantitative und qualitative Aussagen, welche Gruppen in welchem Umfang welche Leistungen und von wem mit welcher Qualifikation benötigen, können folglich nur begrenzt getroffen werden.

Dazu kommt gerade bei älteren Menschen eine beträchtliche Breite der Inanspruchnahme verschiedenster gesundheitlicher, sozialer Instanzen und Institutionen, deren Nachverfolgung und Darstellung z. B. komplexer Forschungsdesigns bedürfte. Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass das Versorgungssystem für ältere Betroffene – im Vergleich z. B. zu anderen psychiatrischen Bereichen – das am wenigstens ausdifferenzierte ist. Zudem fehlen systematisierte Überblicke bezogen auf die o. g. Bedarfsgruppen.

Die grundsätzlichen Strategien und Entwicklungsarbeiten müssen folglich hier lauten:

- Nicht jeder psychisch kranke Ältere bedarf einer gerontopsychiatrischen stationären Behandlung, nicht jede Person mit Demenz einer Heimunterbringung. Andererseits ist zu klären, in welchen Einrichtungen und von wem heute betroffene Ältere versorgt werden, um ggf. optimalere Formen zu finden. Das heißt, die Zielsetzung muss lauten: *Erarbeitung einer differenzierten Datenlage und darauf aufbauend Zumesung qualifizierter Leistungen für die unterschiedlichen Bedarfsgruppen*. Die Gesundheitsberichterstattung bzw. eine künftig systematische Psychiatrieberichterstattung muss darauf ausgerichtet werden, den quantitativen Umfang und den qualitativen Bedarf zur Versorgung älterer Betroffener deutlicher als bisher zu bestimmen.
- Die mit der Versorgung der älteren Bevölkerung befassten Bereiche der Medizin und Pflege, Allgemeinkrankenhäuser, hausärztliche Versorgung, Pflegeeinrichtungen sollen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem *enger kooperieren und sich (fallbezogen) verknüpfen*. Die in Niedersachsen für diese Systeme zuständigen (ministeriellen) Instanzen sollten zu Themenkreisen „Psychische Erkrankung im Alter“ und „Demenz“ spezifische Kooperationsformen und bereichsübergreifende Konzepte entwickeln. Im Bereich der Krankenhausplanung gilt dies für Innere Medizin, Neurologie, Geriatrie und Psychiatrie in Sonderheit. Eine nur bereichsinterne Planung verfehlt angesichts der demografischen Entwicklung das Ziel bedarfsgerechter und zugleich bewältigbarer Versorgungsleistungen für ältere Betroffene.
- Insbesondere die Altersdemenz muss als *gesamtgesellschaftliche Aufgabe* begriffen werden, deren zwangsläufig interdisziplinäre Bewältigung mehreren Leistungsträgern obliegt. Diese Auffassung ist zu schärfen und zu kommunizieren auch mit Blick auf Demenz im kommunalen Sozialraum. Selbsthilfestrukturen (z. B. der Alzheimer Gesellschaft) sollten dabei Beachtung finden.
- Das *Wissen und Kenntnisse über die Belange alter, psychisch kranker und dementer Personen* muss in allen Bereichen und bei Aus- und Weiterbildung und bei den Angehörigen vertieft werden. Dies dient auch der Funktionalität von Einrichtungen.

Die differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Bedarfe der Älteren und ihrer Angehörigen ist Voraussetzung, um diesen auch mit geeigneten Mitteln gerecht zu werden sowie Angehörige zu entlasten. Das heißt, Information dazu, Qualifizierung und Vernetzung der mit älteren Betroffenen befassten Einrichtungen, Diensten, Praxen und des in diesen tätigen Personals. Die Umsetzung von Inklusion und Partizipation erfordert überdies, dass professionelle Kompetenzen im Sozialraum Wirkung entfalten, dass bürgerschaftliche Initiativen gefördert werden, dass die Kompetenzen der Betroffenen und ihrer Angehörigen gestärkt und Beruf und Pflege für die pflegenden Angehörigen besser vereinbar werden. Würde, Rechte und Wertschätzung der älteren betroffenen Person erfor-

dem eine Haltung, die die ältere Person auch ihren eigenen Wert bewahren lässt, was für deren Befindlichkeit, Orientierung und Genesung von großer Bedeutung ist. Der Verbleib am selbst gewählten Ort und in eigener Häuslichkeit muss auch für den in seinem Lebensvollzug psychisch gestörten und/oder demenziell erkrankten Menschen Ziel bleiben, solange dies nicht für seine eigene Gesundheit oder für die seiner betreuenden Angehörigen zum Nachteil wird. Dabei kann es sinnvoll sein, rechtzeitig eine Wohnform zu finden, die gleichermaßen dem Erkrankten durch fachliche Betreuung professionell Tätiger sowie den Angehörigen durch Entlastung Vorteile bringt.

Die (Geronto-)Psychiatrie stellt einen wichtigen und zentralen Bestandteil der Versorgung dar. Ihre Rolle und ihre Bedeutung kann sie jedoch nur dann effektiv entfalten, wenn ihre Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsleistungen flankiert werden durch weitere Versorgungsträger. Wichtig sind flexibel umsetzbare Konzepte, bei denen psychiatrische, somatische (insbesondere hausärztliche), psychotherapeutische, ergotherapeutische, pflegende, sozialintegrative und beratende Instanzen vor Ort koordiniert zusammenwirken. Zu einzelnen Bereichen wird empfohlen:

Stationäre Versorgung

- Der Kenntnisstand über die einzelnen Leistungen der psychiatrischen Kliniken für die Versorgung über 65-jähriger Personen ist zu vertiefen. Auf Basis des jetzigen Kenntnisstandes wird der Ausweis von eigenständigen gerontopsychiatrischen Abteilungen nicht unmittelbar empfohlen; dies kann jedoch Resultat landesweit gewonnener Erkenntnisse zum Stand der Versorgung Älterer werden.
- Geriatrische Betten sind im Landeskrankenhausplan nicht ausgewiesen. Nach aller Erfahrung liegen jedoch bei einem Teil der geriatrisch-internistischen und -neurologischen Fälle auch psychische Beeinträchtigungen bzw. psychiatrisch relevante Problemstellungen vor. Empfohlen wird, dass die Krankenhausplanung Kenntnisse zur Diagnosenstruktur Älterer in Kliniken bündelt, um die Fachlichkeit des Geschehens transparenter zu gestalten. Die fallbezogene konsiliarische Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken sollte zum Qualitätsmerkmal erhoben werden.
- Zwar sind die Kliniken bereits mit einer Fülle von Aufgaben konfrontiert, dennoch: Der Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten steigt stetig, die somatischen Kliniken sind zunehmend mit Erscheinungen dementieller Veränderungen konfrontiert. Verschiedentlich ist die Aufgabenstellung „Demenzbeauftragte/r“ in Kliniken als organisationsinterne, individuelle Aufgabenübernahme bereits in Angriff genommen bzw. etabliert, eine Ausweitung dieser geschulten „Demenzbeauftragte“ wird empfohlen. Diese Beauftragten sollen in Zusammenarbeit mit psychiatrischen, ambulanten oder stationären Facheinrichtungen geeignete, der Patientenstruktur der Klinik schrittweise entsprechende Lösungen entwickeln, das Klinikpersonal informieren und schulen o. ä. Für größere Krankenhäuser kann auch die Einrichtung einer kleinen Spezialstation für eine akut kranke oder verunfallte, kognitiv eingeschränkte Klientel hilfreich sein.

Versorgung im Heimbereich nach SGB XI/XII

- Kooperationsverträge von Heimeinrichtungen mit niedergelassenen, psychiatrischen Fachärztinnen und -ärzten oder Institutsambulanzen sollten Standard sein. Gemäß § 119b SGB V können mehrere Pflegeeinrichtungen eine Ärztin/einen Arzt auch an-

stellen, die/der zur Behandlung ermächtigt werden kann. Alternativ kann Heimen ein Konsiliar- und Liaisondienst durch psychiatrische Fachkliniken angeboten werden.

- Heime sollten speziell auf demente Personen ausgerichtete Einheiten mit entsprechender Konzeption und Fachlichkeit einrichten (z. B. sog. „Böhm-Bereiche“ mit spezifischen organisatorischen und personellen Voraussetzungen). Die „eingestreuete“ Versorgung dementer Personen in Heimen sollte nur verfolgt werden, wenn geeignete Konzepte vorliegen, die die räumliche Organisation etc. berücksichtigen.
- Besondere Beachtung sollten auch alt gewordene chronisch psychisch Erkrankte finden, die nicht selten vorzeitig somatisch gealtert sind. Ebenso bedarf es vermehrt spezieller Konzepte für alt gewordene Personen mit chronischer Sucht/Abhängigkeit.
- Der geistig behinderte alte Mensch soll im Falle einer interkurrenten akuten psychischen Störung oder Erkrankung Zugang zu ambulanter oder stationärer psychiatrischer Versorgung haben.

Ambulante Versorgung

- Der ambulante Bereich ist i. d. R. erste Anlaufstelle für Betroffene und ihre Angehörigen. Er muss sich folglich für die Belange des alten Menschen öffnen (können), insbesondere bei krisenhaften Entwicklungen:
- Gerontopsychiatrische Fachkompetenz muss sich dazu in die allgemeinversorgungsorientierten Dienste (Praxen, Kliniken, Heime, Beratungsstellen, Seniorenhilfe) und in die Fachdienste (z. B. SpDi) integrieren und dort verbindlich „gehört“ werden. Einrichtungen und Dienste sollten sich für die Belange der Angehörigen öffnen. Die diesbezüglichen Initiativen „Caritas Forum Demenz“ (Hannover) und das „Kompetenz-Netzwerk gerontopsychiatrische Beratung Südostniedersachsen“ in Braunschweig sind weiter zu fördern.
- Die Ambulante Psychiatrische Pflege APP in Niedersachsen sollte einen Anteil der betreuten Älteren in Höhe 20 % bis 25 % anstreben, allerdings mit Vorhaltung entsprechender gerontopsychiatrischer Kompetenz.
- Allgemein-/Hausärztinnen und -ärzte sowie andere somatische Facharztgruppen sind als erste Anlaufstelle für die Weichenstellung wichtig. Arbeitsbelastung und mangelndes Wissen im Umgang mit z. B. dementen oder wahnhaften Patientinnen und Patienten erschweren Entscheidungen. Fachdienste sollten deshalb mit der haus- (und fach-)ärztlichen Versorgung zusammenarbeiten und diese unterstützen. Dafür beispielhafte Projekte wie „FIDEM“ sollten fortgesetzt und dabei auch APP in den Blick genommen werden.
- Die ungleiche Verteilung der älteren Bevölkerung im Land und ein stärkeres Anwachsen des Anteils der über 65-Jährigen in einzelnen Landkreisen bedarf der Beachtung, Gesundheitseinrichtungen sollten in allen Regionen erreichbar sein; dafür wird es in Zukunft auch innovativer Modelle bedürfen. Hilfreich wäre es hierfür sicherlich, wenn sich das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ mit seinen örtlichen Initiativen verschiedentlich auf die Versorgung Älterer ausrichtet würde. Die Förder- und zuwendungsbezogenen Informationen sollten hierfür motivieren.

3.5 Suchtkranke und psychiatrische Versorgung

Substanzkonsumstörungen und Suchterkrankungen und (andere) psychische Erkrankungen überschneiden sich in vielfältiger Weise, Doppeldiagnosen sind die Regel. Die Versorgung der Menschen mit Sucht- und psychischen Problemen erfolgt jedoch im Wesentlichen in zwei verschiedenen Systemen, die aufgrund unterschiedlicher Traditionen, Leistungsträger und Finanzierungsformen nur begrenzt aufeinander abgestimmt sind. Die Regularien widersprechen z. T. medizinisch und psychologisch sinnvollen Behandlungskomplexen. Dem System Suchthilfe mangelt es zum Teil an einer systematischen Verankerung psychiatrischer Expertise und in der Psychiatrie ist eine angemessene Wahrnehmung und Behandlung von Suchtproblemen bei psychischen Erkrankungen nicht immer die Regel. Bei den in merklichen Anteilen in somatischen Kliniken auftretenden Suchtdiagnosen bleibt unklar, inwieweit hier mindestens konsiliarisch kompetente Beratung erfolgt. Insbesondere für Kinder und Jugendliche mit Substanzkonsumstörungen sowie für die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten, oft wohnungslosen Suchtkranken, deren psychiatrische Komorbidität zumeist unstrittig ist, muss konstatiert werden, dass sie kaum adäquate Hilfe bekommen. Generell fehlt es an aufsuchender Hilfe und an einer entsprechenden Allokation von Mitteln.

Die Fachkommission beklagt die Segmentierung in ambulant und stationär und die unterschiedlichen Strukturen und Finanzierungsformen in den beiden „Hauptversorgungssystemen“, sodass diese wenig aufeinander abgestimmt arbeiten. Mangelnde Versorgung wird konstatiert für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigkeitskranke, jüngere Konsumierende, Kinder von Suchtkranken, Ältere, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit kognitiven Einschränkungen, mit Traumatisierungen, Menschen in Heimen und Wohnungslose. Kritisiert wird zudem die z. T. noch vorhandene Segmentierung innerhalb der Suchthilfe in Hilfen für von legalen bzw. von illegalen Substanzen Abhängige. Positiv ist zu konstatieren, dass die Problemstellungen erkannt werden, die Fachlichkeit zum Thema Sucht entwickelt sich dynamisch bspw. im Bereich ärztlicher Fortbildung.

Bezüglich Sucht und Psychiatrie steht weniger Ausbau an, sondern ein Mehr an Funktionalität, Steuerung, Vernetzung, Haltung und Qualifikation. Empfohlen wird:

- Verbesserung von Fachlichkeit durch Kooperation zwischen den beteiligten Versorgungssystemen auf Augenhöhe: Suchthilfe (und Substitutionsbehandlung) braucht mehr Verständnis von psychischen Erkrankungen und umgekehrt brauchen Psychiatrie und Psychotherapie mehr Suchtkompetenz.
- Verbesserung von Früherkennung und -intervention sowie der Versorgung von explizit psychiatrisch/psychotherapeutisch behandlungsbedürftig suchtkranken Personen, vor allem bei Kinder-, Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, aber auch in (psychiatrischen und psychosomatischen) Krankenhäusern und in der Suchthilfe. Stärkere Berücksichtigung von Erscheinungsformen und Zusammenhängen zwischen Sucht und psychischen sowie Traumafolge-Störungen in (allgemein-) medizinischen und pflegerischen Ausbildungen.
- Für Kinder und Jugendliche gilt es, die Risiken eines frühen, exzessiven Konsumverhaltens für die Entwicklung bzw. die Wechselwirkung zwischen Konsum, Traumata, Entwicklungs- und psychischen Störungen integriert zu betrachten und zu behandeln.
- Suchtassoziiertem psychiatrischem/psychotherapeutischem Behandlungsbedarf ist je nach Geschlecht, Herkunft, Alter, Behinderung und sozialer Lage unterschiedlich zu begegnen.

- Bei Doppeldiagnosen ist eine angemessene, d. h. regelhaft integrierte und intensivere Sucht- und psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung in ausreichender Dauer sicherzustellen, unabhängig davon, welches das sog. „primäre“ Problem ist. Die krankheitsauslösende oder -verschlimmernde Bedeutung von Abhängigkeit ist verstärkt in Anamnese und Behandlungsplanung in der Psychiatrie zu beachten.
- Chronisch mehrfachbeeinträchtigt Suchtkranke sind i. d. R. auch psychiatrisch/psychotherapeutisch behandlungsbedürftig – hier ist Fachbehandlung sicherzustellen, ggf. auch durch den SpDi, durch die Förderung der Aufnahmebereitschaft im niedergelassenen Bereich und vor allem durch den Einbezug psychiatrisch/psychotherapeutischer Kompetenz in Sucht- und Wohnungslosenhilfe und im Heimbereich.
- Auf die Bedarfe der inzwischen quantitativ gewachsenen Gruppe der alt gewordenen abhängigen Personen ist u. a. durch adäquate Wohnformen einzugehen, ebenfalls unter Sicherstellung von notwendiger psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung und ggf. fachgerechter Substitution.
- Verbindliche strukturelle Vernetzung sollte das fallbezogene Zusammenwirken ergänzen. Hierfür sind Konsiliar- auch Liaisondienste zwischen Suchthilfe und Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie sowie systemübergreifend wirkendes Case Management im Rahmen der Regelversorgung einzurichten, eine verlässliche Erreichbarkeit der Systeme für das je andere sicherzustellen sowie geeignete Foren für regionale und landesweite Kooperation auf institutioneller Ebene zu fördern. Suchthilfe und psychiatrische/psychotherapeutische Suchtbehandlung sollten verbindlich im SpV oder im Rahmen regionaler Suchthilfenetzwerke mitarbeiten und in andere Versorgungsbereiche hineinwirken.
- Verbesserung von Datenlage und Planung. Ausbau von Qualitätssicherung und Wirksamkeitsprüfung der Hilfeleistungen für sucht- und psychisch kranke Menschen. Dabei sollte landesweit und über die Hilfesysteme vergleichbar Bericht erstattet werden. Datenlage und Berichterstattung zu Suchtbehandlung in der Psychiatrie (und zu Suchtmedizin in der Somatik) sollten verbessert werden.

3.6 Maßregelvollzug

Zur weiteren Entwicklung der forensischen Versorgung in Niedersachsen sind folgende Handlungsfelder im Rahmen der Umsetzung des Landespsychiatrieplans von vorrangiger Bedeutung:

- Insgesamt müssen künftig verstärkt Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen den Handlungsträgern im Maßregelvollzug (MRV) in Niedersachsen konzipiert und durchgeführt werden. Hierbei ist das MS als Organisator und in seiner Rolle als Aufsichtsinstanz in besonderer Weise gefragt.
- Präventionsmaßnahmen sollten landesweit, angepasst an die örtlichen Gegebenheiten, etabliert und nachhaltig durchgeführt werden. In der Umsetzung sollte dabei an im Land bereits praktizierte gute Beispiele (z. B. die „Fachgruppe Forensik – Prävention und Nachsorge für psychisch Kranke im Maßregelvollzug“ in der Region Hannover) angeknüpft und ähnliche Lösungen in anderen Regionen Niedersachsens entwickelt werden. Dabei sind auch kommunenübergreifende Lösungen ins Auge zu fassen.
- Die Verhältnismäßigkeitsbetrachtung gewinnt im Rahmen der Vollstreckung der Unterbringung gem. § 63 StGB zukünftig erheblich an Gewicht. Dies wird die Spruchpraxis der Gerichte verändern. Es ist absehbar, dass es vermehrt zu Entlassungen von

Patientinnen und Patienten aus dem MRV kommen wird, deren Therapie nicht beendet/abgeschlossen wurde. Die Folgesysteme der Versorgung/Betreuung (z. B. Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege) sind auf die Übernahme solcher nicht „aus-therapierter“ Patientinnen und Patienten bisher nicht vorbereitet. Dieses Thema sollte im Rahmen einer vom Land initiierten Projektgruppe unmittelbar und mit Nachdruck angegangen werden.

- Die Weiterbetreuung und Eingliederung ehemaliger forensischer Patientinnen und Patienten (insbesondere von Sexualstraftätern und Menschen mit geistiger Behinderung) im Anschluss an eine MRV-Behandlung sind nach wie vor schwierig, weil entsprechende Wohnangebote fehlen. Trotz bestehender finanzieller Anreize, solche Plätze zu schaffen, finden sich nicht ausreichend Anbieter, die Interesse haben, auf diesem Feld tätig zu werden. Hier müssen – initiiert durch das Land – zukünftig tragfähige Lösungswege entwickelt werden.
- Arbeitsmöglichkeiten für ehemalige MRV-Patientinnen und -Patienten müssen künftig bereitgestellt werden, da es nur wenige Träger im geschützten Arbeitsbereich und Firmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt, die bereit sind, ehemalige MRV-Patientinnen und -Patienten zu beschäftigen. Hier muss thematisiert werden, welche Lösungen denkbar sind und welche (fördernde) Rolle das Land bei der Konzeption und Umsetzung spielen kann/sollte.
- Die Zusammenarbeit zwischen Forensischen Ambulanzen, stationären forensischen Bereichen und den örtlichen Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. Sozialpsychiatrischen Verbänden muss künftig intensiviert werden. Dabei sind auch Liaison-Dienste als Lösung zu prüfen. Dadurch können Teile der vorgenannten Handlungsfelder in regionen-/kommunenspezifischen Lösungen (integrativ) umgesetzt werden.

3.7 Planung, Steuerung und Koordination

Planung, Steuerung und Koordination sind nach heutiger Sicht elementare und nicht verzichtbare Bestandteile. Auch sind sie zentral für die Funktionalität und den qualitätsgesicherten Fortbestand des Systems, für den strategischen Erfolg in der Weiterentwicklung des Systems entscheidend.

Mit Blick auf das psychiatrische Versorgungssystem bedeutet

- *Planen*: Konzeptgesteuertes, vorausschauendes Handeln für die Herstellung und Bereitstellung von Strukturen, Ressourcen, Angeboten und Möglichkeiten, um dadurch inhaltliche Ziele kurz-, mittel- und langfristig zu erreichen.
- *Steuern*: Proaktives Gestalten und Überwachen des Ressourceneinsatzes unter den Maßgaben der Ziel- und Bedarfsgerechtigkeit sowie der Funktionalität, Effektivität und Effizienz.
- *Koordination*: Praxisorientierte Verknüpfung und Vernetzung der im System handelnden Leistungsträger, Einrichtungen, Dienste und Berufsgruppen. Förderung der Zusammenarbeit unter diesen Akteuren und mit den betroffenen psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen.

Die dazu formulierten Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Themen und Ebenen: Planungs- und Zuständigkeitsgebiete; Landesebene; kommunale, örtliche Ebene; Zusammenarbeit der Leistungsträger und Leistungserbringer; fachliche Einbindung, ge-

meinsame Beratung und Perspektiventwicklung im Land; Transparenz, Berichterstattung und Evaluation.

Auch für Planung, Steuerung und Koordination gelten übergreifende *Leitlinien* sowie *Maßstäbe und Standards*:

- Einhaltung von Recht sowie Qualität der Leistungserbringung und ihrer Organisation unter Orientierung an landesweit geltenden ethisch-fachlichen Grundsätzen des Landespsychiatrieplans
- Einbindung und Förderung von Selbsthilfe, dialogisches Handeln
- Erhalt der Trägervielfalt
- Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit von erforderlicher Zusammenarbeit und Koordination der beteiligten Einrichtungen, Praxen, Dienste und Berufsgruppen
- Erreichbarkeit von Einrichtungen, Diensten und Praxen in gemessener Frist, insbesondere bei Krisen und Notfällen
- Sozialraumorientierung und Förderung bürgerschaftlichen Engagements im Rahmen inklusiver Ansätze.

Im Einzelnen:

Planungs- und Zuständigkeitsgebiete

Planungs-, Zuständigkeits- und Steuerungseinheit für die psychiatrische Versorgung bleiben die kommunalen Gebietskörperschaften im Land. Die kommunalen Steuerungs- und Koordinationsinstanzen (Sozialpsychiatrischer Verbund, Sozialpsychiatrischer Dienst) sind zu stärken, durch Information über ihre Aufgaben intern/extern sowie über ihre Rolle in der Gemeinde und ihres „Ansehens“ als Einrichtungen der Daseinsfürsorge.

Nicht in jeder Kommune können alle Versorgungsleistungen vorgehalten werden. Zur Erfüllung von Standards sowie zur Verfügbarkeit von Leistungen ist die Kooperation mit benachbarten Gebietskörperschaften angezeigt, vor allem bei Themen, die z. T. nur überregionalen Lösungen zugeführt werden können (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Landesebene

Der Landesebene obliegt die grundsätzliche Zielvorgabe für die Gestaltung und Sicherstellung des Systems der psychiatrischen Versorgung für die betroffenen Menschen. Das Land muss auch künftig die Gestaltungskraft haben, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, Aufsichtsfunktionen erfüllen und die Grade der Zielerreichung überprüfen. Dies hat – abgesehen von der Gestaltungs- und Überwachungsfunktion auf politischer Ebene sowie durch Gremien – ministeriell-organisatorisch zur Folge:

- Das für die psychiatrische Versorgung zuständige Referat im Gesundheitsministerium muss über eine ausreichend differenzierte, fachliche und aufsichtsbezogene Kapazität und Kompetenz verfügen. Es bedarf jedoch zusätzlich und explizit einer Erweiterung seiner Kompetenz bezogen auf: Planung, Kenntnisse der nachhaltigen Organisation und Steuerung von psychiatrisch-versorgungsstrukturellen Gegebenheiten, Controlling, Strategie zur Zielerreichung.
- Die themenbezogene Zusammenarbeit zwischen dem Psychiatrie-Referat und den für gesundheitliche, soziale und sozialrechtliche Belange anderen ministeriellen Instanzen sollte – unbeschadet ihrer je eigenen Zuständigkeiten – verbindlich strukturiert

und vertieft werden. Dies betrifft insbesondere die Krankenhausplanung und die Suchthilfe sowie die Senioren-, die Behinderten- und die Jugendhilfe, das Landesjugendamt, vor allem bei den Themen Psychosomatische Versorgung, Versorgung älterer und psychisch kranker Menschen in Geriatrie und Psychiatrie, Versorgung psychisch gestörter und kranker Kinder und Jugendliche, suchtkranke Menschen.

Kommunale, örtliche Ebene

Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsfunktionen auf Basis NPsychKG sind zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften unterschiedlich ausgeprägt. Zur Umsetzung der Vorstellungen und Ziele des Landespsychiatrieplans wird empfohlen:

- Sozialpsychiatrischer Verbund (SpV) und funktionsfähiger Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) sind unverzichtbare Bestandteile kommunaler Verantwortung für psychisch kranke Menschen aller Altersstufen. Geschäftsordnende Regelungen sollten die Zuständigkeit, die Aufgabenwahrnehmung und die Beteiligung am Sozialpsychiatrischen Verbund verbindlich regeln.
- Das Land sollte die Rahmenvorgaben für Sozialpsychiatrische Pläne weiterentwickeln. Impulssetzend sollten die kommunalen Gebietskörperschaften aufgefordert werden, die Sozialpsychiatrischen Pläne, sofern nicht zuletzt aus dem Jahr 2013 stammend, zu revidieren. Dies sollte mit einschließen, dass pro Kommune die wesentlichsten Handlungsbedarfe sowie Wege und Hürden zu ihrer Bewältigung benannt werden.
- Die Sozialpsychiatrischen Verbände sollten sich auf die prioritär erkannten Handlungsbedarfe konzentrieren. Dies gilt zum einen insbesondere für chronisch psychisch kranke Menschen und für das Thema Krisen und Notfälle – in Zusammenarbeit mit Angehörigen, Betreuungspersonen, Selbsthilfe u. a. Die Arbeit an rechtskreisübergreifende Hilfe-/Teilhabepanung sollte an Einzelfällen ansetzen, daraus gewonnene Erkenntnisse den Transfer auf andere Gebiete ermöglichen. Der hierzu im Land bereits durchgeführte Modellversuch zur Erprobung einer neuen Aufgabenverteilung zwischen dem überörtlichen Träger und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe wird insgesamt positiv beurteilt und sollte in repräsentativ ausgewählten Kommunen fortgesetzt werden, unter konzeptmäßiger Einbindung der Leistungsträger. Schließlich sollten die Themenfelder zu betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie der älteren Bevölkerung – in Zusammenarbeit mit Jugendamt und Sozialamt – kurzfristig vor Ort stärker aufgegriffen werden. Die bisher vorliegenden Sozialpsychiatrischen Pläne verweisen vor allem dort auf wachsende Problemstellungen.
- Zur Versorgung psychisch kranker Personen vor Ort in Form eines „Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ)“ liegen diverse erprobungswerte konzeptionelle Vorschläge im Land und in der Fachwelt vor. Wesentliche Kriterien für den Aufbau solcher Zentren sind: Nachhaltige Organisation, Erreichbarkeit, verbindliche Kooperation der zusammengeschlossenen Einrichtungen, multiprofessionelle mobile Teams, einrichtungsübergreifende Hilfe-/Teilhabepanung, Niedrigschwelligkeit, verbindlicher Krisendienst, fachliche Servicefunktion der Zentren für andere Einrichtungen. Es wird vorgeschlagen, dass das Land die modellhafte Entwicklung von GPZ im Sinne eines Entwicklungsprojekts fördert, verschiedene Modelle erprobt und begleitet. Dabei sollte geprüft werden, in welcher Weise sich die Kassen und Rentenversicherung an der modellhaften Erprobung der Koordinationsleistungen der GPZ beteiligen können, wobei festzuhalten ist, dass es nicht um die Verlagerung von Finanzie-

rungszuständigkeiten geht, sondern um die zeitbegrenzte Erprobung von (Steuerungs-)Modellen, die Erkenntnisse für alle Leistungsträger bringen können.

- Die aktuelle Funktionalität der Sozialpsychiatrischen Dienste ist zu überprüfen. Es wird empfohlen, dass das Land eine entsprechende Recherche bei den Kommunen initiiert. Zum Beispiel ist die fachärztliche Leitung des SpDi für diesen konstitutiv, hier zeigen sich bereits heute Besetzungsprobleme. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die SpDi als kommunale Instanz für Leitung und Personal attraktiv bleibt.
- Bei der Umsetzung der Zielplanung im Bereich der Eingliederungshilfe durch die Kommunen sollten landesweit einheitliche Standards gelten. Als notwendige Voraussetzungen einer guten Fallsteuerung sind deshalb zu schaffen: (Weiter-)Qualifikation der Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner in den Methoden des Fallmanagements und ausreichende Stellenausstattung in den Sozialverwaltungen (angemessene Caseloads). Die in den Zielplanungsprozessen gewonnenen fallbezogenen Informationen sollen zudem systematisch als Input für die örtliche Sozialplanung und, ggf. eine kommunenübergreifende, Angebotsentwicklung genutzt werden.

Zusammenarbeit der Akteure, Verbände und Instanzen, die für die Struktur der Versorgung im Land maßgeblich sind

In Niedersachsen sind verschiedene Gremien im Rahmen psychiatrischer Versorgung tätig, auf gesetzlicher, korporativer oder freiwilliger Basis. Engagement ist dadurch belegt, ein gewisses „Nebeneinander“ aber auch. Zudem wurden verschiedene Entwicklungen sektorintern vorangetrieben, ohne dass ihre landesweite Bedeutung (vorab) dem Austausch bzw. gemeinsamer Evaluation zugeführt wurde. Dies betraf z. B. Vorhaben im Rahmen der Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V, Kriterien für Auf- und Ausbau psychosomatischer Versorgung, das Zusammenspiel von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe u. a. Dies verweist, unabhängig von der Frage, ob Konsens bestehen muss oder nicht, in jedem Fall auf einen gewissen Grad wechselseitig gegebener Informationsdefizite, unzureichendem Austausch zu Bewertungsmaßstäben u. a. m.

Deshalb ist für die Zukunft zu empfehlen, dass auf Landesebene bei den beteiligten Akteuren und Instanzen Bewusstsein und Bereitschaft gefördert werden, in vorab geplanten, jeweils sachgerecht besetzten Zusammenkünften wesentlicher Akteure im Land (Sozial- und Gesundheitsministerium, Psychiatriereferat, Kassen, Kassenärztliche Vereinigung, Rentenversicherung, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe sowie jeweilige Spitzenverbände), neue, sektorübergreifende, innovative, interdisziplinäre Problemstellungen konsens- und lösungsorientiert im Vorwege aufzugreifen. Die Zuständigkeit bestehender gesetzlicher Instanzen und Gremien wird dadurch in keiner Weise in Frage gestellt, noch werden neue Gremien geschaffen, es geht schlicht um (ggf. anlassbezogenen) optimierten Austausch zu Versorgungsaspekten derjenigen schwerer betroffenen Gruppen, die ein hohes Maß an interdisziplinärer Kooperation und Koordination benötigen. Die Landesebene muss hier selbst „vorleben“, was von der kommunalen, örtlichen Ebene an Koordinationsleistung z. B. durch Einbeziehung aller Beteiligten im SpV zu Recht verlangt wird.

Fachliche Einbindung, Beratung und Perspektiventwicklung

Gemäß § 30 NPsychKG ist ein „Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung“ eingerichtet. Dieser berichtet dem Landtag (jährlich) sowie dem zuständigen Ministerium regelmäßig und vermittelt Erkenntnisse und Anregungen zur psychiatrischen Versorgung u. a. auf Basis der von *Besuchskommissionen* übermittelten Ergebnisse der

Besuche in den psychiatrischen Versorgungseinrichtungen. Künftig wird zusätzlich eine Besuchskommission für die Belange von Kindern und Jugendlichen in entsprechenden Einrichtungen etabliert. Der bisher durch das MS berufene „Landesfachbeirat für Psychiatrie Niedersachsen“ LFBPN soll im novellierten NPsychKG in § 29 als „Landesfachbeirat Psychiatrie“ verankert werden und zwar gemäß Gesetzentwurf „zur Beratung in Bezug auf fachliche Standards und die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch Kranke“. Zu Psychiatrie-Ausschuss und Landesfachbeirat wird empfohlen:

- Den außerstationären Einrichtungen bzw. der Heimversorgung sowie den per Gesetz dort untergebrachten Personen sollte durch die Besuchskommissionen in den nächsten Jahren besonderes Gewicht beigemessen werden. Die Ergebnisse der Besuchskommissionen sollten insbesondere dazu mehr als bisher in einem regelhaften, iterativen Prozess Auswertung erfahren und Handlungs-Konsequenzen zeitigen.
- Die Zuständigkeit der Besetzung des Landesfachbeirats Psychiatrie liegt beim MS, zur Besetzung wird empfohlen: Im Landesfachbeirat sollten grundsätzlich die Leistungsträger und Leistungsanbieter der verschiedenen Versorgungsbereiche (ambulant, stationär usw.) und dabei die jeweiligen Alters- und Betroffenengruppen sowie auch Vertreterinnen und Vertreter der Pflege/APP, Eingliederung sowie der Selbsthilfe- und Betroffenenverbände im Land vertreten sein als ständige Mitglieder oder auch themenbezogen kooptiert. Zu prüfen wäre, inwieweit auch die juristische bzw. jurisdiktive Seite wegen der wachsenden Bedeutung der Rechtsthematik vertreten sein sollte. Eine Geschäftsordnung sollte u. a. festlegen, dass dem Landesfachbeirat einerseits die Beratung zu übergreifenden, mehrjährigen Entwicklungen ebenso obliegt wie die Beratung zu aktuellen Sachfragen. Zu den Aufgaben des Landesfachbeirats sollte ebenfalls gehören, mindestens jährlich die erfolgte Entwicklung mit Blick auf die fortschreitende Psychiatrieplanung im Land zu bewerten und dazu jeweils Empfehlungen gegenüber dem zuständigen MS auszusprechen.

Transparenz, Berichterstattung und Evaluation

Voraussetzung für eine effektive und effiziente Planung, Steuerung und Koordination auf Landes- und kommunaler Ebene ist eine regelmäßige Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung auf Landesebene nach vorgegeben Standards, auch mit dem Ziel der Information und datenbezogenen Unterstützung der Analysen und Maßnahmen vor Ort.

Diese „Landespsychiatrieberichterstattung“ ist geschäftsmäßig beim Psychiatriereferat des Landes anzusiedeln bzw. in den Vorgaben und Standards dort zu verantworten. Sicherzustellen ist, dass eine Psychiatrieberichterstattung die Daten enthält, die für die Weiterentwicklung der Versorgung von Belang sind. Dies betrifft zum einen die Erfassung der Angebotsstrukturen und ihrer Ausstattung sowie der Inanspruchnahme, altersdifferenziert, diagnostisch unterteilt und nach Herkunft. Zum andern ist ein System fortzuschreiben bzw. weiter zu entwickeln, das die Versorgungslage in den einzelnen Gebietskörperschaften und den jeweils angrenzenden Gebieten abbilden kann. Die Psychiatrieberichterstattung sollte sich zukünftig auch auf die Erfassung freiheitsbeschränkender Maßnahmen beziehen. Das Ziel ist, Daten auf und für die Landesebene zu Planungs- und Evaluationszwecken zu verknüpfen; bereits vorhandenes Datenmaterial sollte möglichst genutzt werden, um Belastungen durch weitere Erhebungen in Grenzen zu halten bzw. zu vermeiden.

Es wird empfohlen, dass im künftigen Landesfachbeirat zügig ein Konzept zur Landespsychiatrieberichterstattung erarbeitet wird, inkl. der Prioritätensetzung für erste Schritte zur Umsetzung. Die Diskussion dazu sollte auch folgende Themen einschließen: Register für Unterbringungen und Zwangsbehandlungen, Daten zur Versorgung in Heimen.

4 Die nächsten Schritte – Prioritäre Entwicklungsfelder und weiteres Vorgehen

Die Ausschreibung zum Landespsychiatrieplan verlangte auch die „Skizzierung vordringlicher Entwicklungsprojekte, die gemeinsam mit dafür erforderlichen Kooperationspartnern ab 2016 umgesetzt werden sollten“. Während der Erarbeitung des Landespsychiatrieplans wurden folglich von der Fachkommission Vorschläge und Empfehlungen zu Entwicklungsprojekten eingebracht. Zuvor hatte auch schon der LFBPN seinerseits vordringliche Vorschläge verabschiedet. Angesichts der Fülle und Gleichrangigkeit der eingereichten Vorschläge (ca. 80), die z. T. tief in einzelne Handlungsfelder hineinreichen und grundlegendehaltungsfragen berühren, wurde in der Fachkommission mehrfach über Prioritätensetzungen diskutiert. Schließlich haben diese Diskussionen ergeben, dass zunächst in einzelnen Feldern noch Lösungsvorschläge zu vertiefen sind – ggf. in Zusammenarbeit des künftig vorgesehenen Landesfachbeirats mit dem Ministerium, bevor eine Liste förderungswürdiger einzelner Projekte vorgelegt werden kann.

Konsentiert wurde deshalb, hier jene Entwicklungsfelder zu benennen, die erstens breite Zustimmung gefunden haben und die zweitens auch aus Sicht des externen Auftragnehmers für die Beförderung integrativer, sektorübergreifender, funktionaler und fortschrittsorientierter Ansätze und ihrer Steuerung Priorität haben. Schließlich werden Hinweise gegeben zum Verfahren der Umsetzung künftiger Projekte. Die folgenden Ausführungen greifen auf das bisher Vorgelegte zurück und beschreiben in Stichworten, welche Felder vorrangig sind und welche Schritte darin als nächste zu gehen sind:

1. Partizipation und Selbsthilfe fördern

Ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen sollte in der nächsten Dekade darin liegen, die Aussagen zu Partizipation und Beteiligung von psychisch kranken Menschen und von Angehörigen umzusetzen. Es geht um die Entwicklung einer Haltung, die gleiche „Augenhöhe“ meint, um die Etablierung gemeinsamer Behandlungsentscheidungen usw. Ein wichtiges Zeichen dafür ist die Selbsthilfefreundlichkeit von Hilfen. Empfohlen wird deshalb, in einer trialogisch besetzten Kommission Standards für ambulante und stationäre Hilfen zu erarbeiten und diese zu implementieren. Unabhängige und (mind.) trialogisch besetzte Beschwerdestelle sollten in allen Städten und Landkreisen trägerübergreifend Mitwirkung fördern und zur Qualität der regionalen Versorgung beitragen.

Des Weiteren sollten die Selbstvertretungsmöglichkeiten Betroffener gezielt gefördert werden, bspw. durch Empowermentschulungen, Schulungen zu Moderation, Planung, Evaluation etc. sowie Informationen und Beratung/Schulung zu Patientenrechten. Diese Elemente sollen im Wesentlichen als Peer-to-Peer-Ansätze durch Selbsthilfeorganisationen bzw. Betroffene durchgeführt werden.

Trialogisch orientierte Hilfesysteme benötigen sehr viel persönlichen Einsatz in Gremien, in der Besuchskommission u. ä. Die Wertschätzung dafür sollte auch durch eine angemessene Aufwandsentschädigung Ausdruck finden. Und generell sollten Interessenvertretungen und Organisationen der Selbsthilfe sowie die Implementierung von Standards der Selbsthilfefreundlichkeit oder von Fortbildungsangeboten Gegenstand von landesweiten oder kommunalen Initiativen und Förderung sein.

2. *Integrative Planung und optimierte, bereichsübergreifende Steuerung*

Ein Gesamtblick lässt erkennen, dass Niedersachsen auf einer guten Entwicklung und ausdifferenzierten Versorgungsstruktur aufbauen kann. Allerdings sind die Ausstattungsniveaus im Land unterschiedlich, diesbezügliche Diskrepanzen werden sich aufgrund der Bevölkerungs- und sozioökonomischen Entwicklung noch verstärken. Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung liegt angesichts sich verändernder Anforderungen, Bedarfslagen und Rahmensetzungen vor allem in höherer Funktionalität, Vernetzung, Kooperation und bedarfsorientierter Steuerung, die einerseits bereits gegebene Möglichkeiten zu integrativen Vorhaben proaktiv aufgreift andererseits innovative Ansätze befördert.

Für den Erfolg landesweiter und lokaler Entwicklung ist also eine optimierte, proaktive Planung und Steuerung notwendig. Die diesbezüglichen Kapazitäten des Landes sind zu stärken. Um den örtlich unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, ist auch die lokale Steuerungskompetenz auszubauen. Voraussetzungen hierfür sind adäquate personelle Ressourcen, fachliche Kompetenzen und eine systematische Verknüpfung von fallbezogener und Sozialplanung/Angebotsentwicklung. Eine weitere Voraussetzung ist die Weiterentwicklung und Umsetzung einer Landespsychiatrieberichterstattung mit den für Planung und Steuerung relevanten Daten.

Die für die Psychiatrie relevanten Schnittstellen mit Jugendhilfe, Seniorenhilfe, Behindertenhilfe, Krankenhausplanung, Sozialversicherung etc. sollen auf ministerieller Ebene künftig eine verstärkte Koordination erfahren.

3. *Gemeindepsychiatrische Zentren mit multiprofessionellen, ambulant-aufsuchenden Teams mit Krisenhilfe*

In der Fachwelt und in der Fachkommission besteht der Vorschlag, die sozialpsychiatrischen, multiprofessionellen ambulanten und aufsuchenden Behandlungsangebote als Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) aufzubauen – unter Anpassung an die je örtlichen Gegebenheiten. Dazu gibt es mehrere Gestaltungsvorschläge, die jeweils verschiedene Kern-Institutionen in den Mittelpunkt stellen (SpDi bzw. seine entsprechende Weiterentwicklung, Institutsambulanz, Tagesklinik, von der Klinik ausgehende Konstruktionen usw.). Es ist derzeit offen, welche Strategie die besten Erfolge zeitigt. Deshalb wird empfohlen, einen Modellversuch zu konzipieren, in dem verschiedene Modelle erprobt werden. Evaluativ sollte dann aufgezeigt werden, welche Struktur mit welchem Zuschnitt unter welchen Rahmenbedingungen (Gegebenheiten der Versorgungsregion) zum Transfer empfohlen werden kann. Die Konzipierung sollte bestehende gute Erfahrungen, auch im Kontext von IV, aufnehmen. Hometreatment sollte dabei als Regelversorgung zur Verfügung stehen. Kriterien für Modellvorhaben sind, dass die Kernakteure der ambulanten Versorgung (Praxen, SpDi, Institutsambulanz und PIA sowie APP) beteiligt werden, Kooperationen mit einer Klinik sowie mit weiteren Akteuren (bspw. ergänztherapeutische und niedrigschwellige Unterstützungssysteme) bestehen, GPZ und regionale Hilfeplanung verknüpft und Teilhabeorientierung umgesetzt wird. In Deutschland gibt es andernorts bereits Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen von GPZ, die – auch hinsichtlich ihrer Finanzierung – berücksichtigt werden sollten.

4. *Zwangmaßnahmen mindern*

Empfohlen wird, ein verpflichtendes Register zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Landespsychiatrieberichterstattung einzuführen sowie ein laufendes Monitoring der Ergebnisse in Land und Kommunen und den zuständigen Gremien.

Aufbauend auf der Analyse dieser Ergebnisse sind die Verfahren für geschlossene Unterbringung und Zwangsbehandlung – auch im Heimbereich zu evaluieren. Empfohlen werden enge Auflagen und detaillierte Protokollierung, systematische Betrachtung durch die Besuchskommissionen sowie trialogisch besetzte Entscheidungsgremien, außerdem die Erprobung innovativer Ansätze zwangsvermeidender Behandlung, darunter eine stärkere Nutzung bzw. Empfehlung von Patientenverfügungen.

Für den Heimbereich erscheint eine Heim-Enquête sinnvoll.

5. *Versorgung von Kindern und Jugendlichen*

Vorrang hat die Optimierung der Versorgung von Gruppen, die nach heutiger Erkenntnis einen zunehmenden und komplexen Bedarf haben: Jugendliche ab 14 Jahren, Kinder und Jugendliche aus sozial prekären Verhältnissen und Heranwachsende. Adoleszenten sollen eine angemessene Versorgung erhalten und im Übergangsbereich Kinder/Jugendliche zu Erwachsenen soll verbindliches Case Management sichergestellt werden.

Die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie insbesondere mit der Jugendhilfe ist zu verbessern. Die verbindliche fallbezogene und übergreifende Vernetzung von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und den Institutionen der Jugendhilfe, der Familienhilfe u. ä. mit der Festlegung verbindlicher Anlaufstellen im Fall von Krisen ist auszubauen.

Die Situation der Bildung und Beschulung in stationären und teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Zusammenarbeit dieser mit Schulen und Kultuseinrichtungen sollte verbessert werden.

Die Lücken in der Versorgung sollten dort geschlossen werden, wo die Erreichbarkeit im Behandlungs- und Notfall zumutbare Grenzen übersteigt.

6. *Früherkennung – Frühintervention*

Angesichts der Entwicklung von Krankentagen und Frühverrentungen aufgrund chronifizierter psychischer Erkrankungen muss der Früherkennung und der Frühintervention – auch bzgl. des Zusammenwirkens von psychischen und suchtbezogenen Störungen – verstärktes Gewicht zugemessen werden. Frühintervention ist zur Verhinderung von Krankheitsverschlimmerung und Chronifizierung auszubauen, auch um sozial desintegrierende Krankheitsfolgen zu verhindern/zu mildern. Dazu sollen:

- sich Maßnahmen auf eine Vermeidung von Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrisch fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen richten.
- Maßnahmen der Qualifizierung von Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Kinder- und Jugendärztinnen und –ärzten entwickelt, evaluiert und regelhaft umgesetzt werden, um die Sensibilität für sich entwickelnde psychische Erkrankungen zu gewährleisten. Aufgrund der Verbindung zur ärztlichen Ausbildung wird eine Verortung der Evaluation an medizinischen Hochschulen empfohlen.

- Ergänzend sollten gezielt Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements am Arbeitsplatz gefördert werden.

7. *Versorgung Älterer*

Die Versorgung älterer Personen mit psychischen Erkrankungen zeigt sich im Vergleich zu anderen psychiatrischen Versorgungsbereichen in der konzeptionellen Durchdringung, Struktur und Qualität besonders entwicklungsbedürftig. Die Erkenntnisse zu den Versorgungsbedarfen verschiedener Gruppen Älterer sind schmal und verbesserungsbedürftig. Versorgungskonzepte zu demenziellen Entwicklungen und psychischen Erkrankungen im Alter sind uneinheitlich. Es bedarf hierzu einer vertieften Aufarbeitung der Problemstellungen u. a. entlang der im Landespsychiatrieplan konsentierten Vorschläge.

8. *Maßregelvollzug*

Zukünftig müssen verstärkt Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen den Handlungsträgern im Maßregelvollzug konzipiert und durchgeführt werden. Hierbei ist das Ministerium als Organisations- und Aufsichtsinstanz in besonderer Weise gefordert. Präventionsmaßnahmen sollen landesweit an die örtlichen Gegebenheiten angepasst und nachhaltig etabliert werden. Die Verhältnismäßigkeitsbetrachtung gewinnt im Rahmen der Vollstreckung der Unterbringung gem. § 63 StGB zukünftig erheblich an Gewicht und wird die Spruchpraxis der Gerichte verändern. Dieses Thema soll im Rahmen einer vom Land initiierten Projektgruppe unmittelbar und mit Nachdruck angegangen werden.

Zum Verfahren

Die o. g. Entwicklungsfelder erfordern im Fall der Umsetzung in (Modell-)Projekte entsprechende Verfahren und Instrumente des Projektmanagements. Werden Modellvorhaben konzipiert und ausgeschrieben, wird empfohlen bei der Auswahl konkreter *Entwicklungsprojekte* folgende Kriterien anzulegen:

- ordnen sich in die Gesamtzielsetzung ein und haben direkten Bezug auf die fachlich-ethischen Grundwerte des Landespsychiatrieplans
- stoßen in besonderer Weise Entwicklung an
- wirken „in die Fläche“
- wirken nachhaltig in die Zukunft
- sind modellbildend und übertragbar
- fördern Erkenntnisgewinn zu besonders betroffenen Gruppen
- fördern Erkenntnisgewinn zu Planung und Steuerung
- partizipative Beteiligung von Betroffenen bzw. Angehörigen von Planung bis Auswertung/Bewertung.

Die Verantwortung für die Umsetzung des Landespsychiatrieplans und insbesondere dessen nächster Schritte, die Entwicklungsprojekte und die Auswahl von Modellvorhaben liegt im Psychiatriereferat. Hierfür sollen dort zügig ausreichend personelle Kapazitäten bereitgestellt werden – mit Entscheidungs- bzw. Vorlagekompetenz. Die Fachkraft/-

kräfte sollen über adäquate Qualifikation und Erfahrung verfügen, um Monitoring der Umsetzung zu übernehmen, die Einzelprojekte zu beobachten und zu evaluieren bzw. diese zu koordinieren. Bei der Diskussion von Monitoringergebnissen und der Ableitung von Konsequenzen für das Land einschließlich Fortschreibung der Landespsychiatrieplanung soll der Landesfachbeirat eingebunden werden.

Glossar

AANB	Angehörige psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V.
AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
CMA	Chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige
EW	Einwohner
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
ICD/ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
IV	Integrierte Versorgung
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
LFBPN	Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen
LK	Landkreis
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MRV	Maßregelvollzug
MS	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
N	Anzahl
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NAAPPF	Niedersächsische Arbeitsgemeinschaft Ambulante Psychiatrische Pflege
NBA	Niedrigschwellige Betreuungsangebote
NBEA	Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (ab 01.01.2015)
Nds.	Niedersachsen
NLS	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
NPsychKG	Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
SGB I	Sozialgesetzbuch Erster Teil – Allgemeiner Teil

Glossar

SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Rentenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SpV	Sozialpsychiatrischer Verbund
StGB	Strafgesetzbuch
TK	Tagesklinik
UN-BRK	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WfbM	Werkstatt/Werkstätten für behinderte Menschen



Herausgeber:
Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

Titelfoto: VikY/Shutterstock.com

Stand: April 2016