

Bericht zum
Landespsychiatrieplan Niedersachsen

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 Mai 2016

Inhaltsverzeichnis

Kap.		Seite
1	AUFTRAG, ZIELSETZUNG, UMSETZUNG	1
2	RAHMENBEDINGUNGEN IM LAND NIEDERSACHSEN	9
2.1	Demografische Entwicklung der Bevölkerung und Sozialstruktur	9
2.2	Psychische Erkrankungen: Epidemiologie, Morbidität und Inanspruchnahme	25
2.2.1	Zur Ist-Situation	25
2.2.2	Zur Bewertung der epidemiologischen Daten und der Inanspruchnahme – Schlussfolgerungen	40
2.3	Rahmensetzung aus gesetzlicher Perspektive	43
3	KURZER ÜBERBLICK ZUR ENTWICKLUNG DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IN NIEDERSACHSEN BIS HEUTE	53
4	ETHISCH-FACHLICHE GRUNDSÄTZE FÜR DIE PSYCHIATRIE IN NIEDERSACHSEN	57
5	BESTANDSAUFNAHME UND BEWERTUNG	69
5.1	Vorbemerkung zu Datenquellen und zum Aufbau der Darstellungen	69
5.2	Partizipation und Selbsthilfe	70
5.2.1	Ist-Situation	70
5.2.2	Handlungsempfehlungen	75
5.3	Kinder und Jugendliche	78
5.3.1	Angebotsspektrum	78
5.3.2	Ambulanter Bereich	79
5.3.3	Teilstationäre und stationäre Behandlung	85
5.3.4	Sozialpsychiatrischer Dienst	96
5.3.5	Beratende und komplementäre Dienste – Einrichtungen und Leistungen der Jugendhilfe	96
5.3.6	Zwischenbewertung	99
5.3.7	Vorrangige Handlungsfelder/-empfehlungen zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher	103
5.4	Erwachsene	108
5.4.1	Angebotsspektrum	108
5.4.2	Ambulanter Bereich	109
5.4.3	Teilstationäre und stationäre Behandlung	131
5.4.4	Teilhabe: Wohnen, Beschäftigung und Arbeit sowie niedrigschwellige Betreuung	142
5.4.5	Vorrangige Handlungsfelder/-empfehlungen zur Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Erwachsener	154
5.5	Der ältere Mensch: Konzept und Bedarfe	161
5.5.1	Angebotsspektrum	164
5.5.2	Ambulante Behandlung von älteren Menschen mit psychischen Störungen	164
5.5.3	Stationäre Behandlung älterer Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen	166

5.5.4	Komplementäre, pflegende und beratende Angebote, Dienste und Einrichtungen	171
5.5.5	Zwischenbewertung	175
5.5.6	Vorrangige Handlungsfelder und -empfehlungen zur Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen und kognitiven Einschränkungen	176
5.6	Versorgung suchtkranker Menschen mit psychischen Störungen	183
5.6.1	Ambulante Hilfen	186
5.6.2	Stationäre Behandlung	187
5.6.3	Zwischenbewertung	189
5.6.4	Handlungsempfehlungen	192
5.7	Maßregelvollzug: Ist-Situation und vorrangige Handlungsfelder/-empfehlungen im Bereich der forensischen Psychiatrie	195
5.7.1	Personenkreise	195
5.7.2	Ist-Situation	195
5.7.3	Vorrangige Handlungsfelder/-empfehlungen im Rahmen des Maßregelvollzugs	199
6	PLANUNG, STEUERUNG, KOORDINATION	201
6.1	Zur Einordnung der Maßnahmen und Empfehlungen	201
6.2	Vorrangige Handlungsfelder und strategische Maßnahmen zu Planung, Steuerung und Koordination	206
	LITERATURVERZEICHNIS	213
	GLOSSAR	225

Tabellenverzeichnis

<u>Tab.</u>		<u>Seite</u>
Tab. 1:	Bevölkerungsentwicklung, Bevölkerungsprognose und Bevölkerungsdichte (Bevölkerung/qkm) in den kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen	10
Tab. 2:	Altersverteilung der Bevölkerung und Anteil Migrationshintergrund in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen in Prozent (Stand: 2011)	14
Tab. 3:	Altersprognose der Bevölkerung für 2025 in Niedersachsen und der Bundesrepublik	16
Tab. 4:	Arbeitslosenquote insgesamt und darin nach SGB II in den kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen (Stand: jeweils Dezember)	18
Tab. 5:	Leistungsberechtigte nach dem SGB XII nach Wohnort absolut und je 10.000 EW (Stand: 31. Dezember 2012)	20
Tab. 6:	Rentenzugänge aufgrund von verminderter Erwerbsfähigkeit wegen psychischer und Verhaltensstörungen absolut und je 100.000 aktiv Versicherte	21
Tab. 7:	Diagnosedaten der Krankenhäuser nach ausgewählten Diagnosen absolut	27
Tab. 8:	Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische (PT) Behandlungskapazitäten für Kinder und Jugendliche im Jahr 2013	79
Tab. 9:	Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgungskapazitäten für Kinder und Jugendliche im Jahr 2013 (Anzahl der Vollzeitäquivalente je 100 Tsd. Einwohner bis 18 Jahre)	80
Tab. 10:	Die kommunalen Gebietskörperschaften mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsdichten: Ambulante Fachärztliche und Psychotherapeutische Versorgungskapazitäten für Kinder und Jugendliche im Jahr 2013	81
Tab. 11:	Häufigste Diagnosen mit Fallzahlen des 4. Quartals 2013: Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	83
Tab. 12:	Häufigste Diagnosen mit Fallzahlen des 4. Quartals 2013: Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen/-therapeuten	83
Tab. 13:	Stationäre und teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Betten/Plätze am 1. Januar 2014 nach Krankenhausplan 2014 (betriebene Kapazitäten)	85
Tab. 14:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 nach Lebensphase und Geschlecht	88
Tab. 15:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-99 der Kinder- und Jugendlichen bis 20 Jahre, F-Diagnose und Alter	89
Tab. 16:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 der Kinder- und Jugendlichen bis 18 Jahre, F-Diagnose und Behandlungsort	91
Tab. 17:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 der Adoleszenten 18 bis 20 Jahre, F-Diagnose und Behandlungsort	92

Tab.		Seite
Tab. 18:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 der Kinder- und Jugendlichen bis 18 Jahre, F-Diagnose behandelt innerhalb oder außerhalb Niedersachsens	93
Tab. 19:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 der Kinder- und Jugendlichen 18-20 Jahre, F-Diagnose behandelt innerhalb oder außerhalb Niedersachsens	94
Tab. 20:	Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungskapazitäten für Erwachsene im Jahr 2013	110
Tab. 21:	Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungskapazitäten für Erwachsene im Jahr 2013	110
Tab. 22:	Kommunale Gebietskörperschaften mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsdichten: Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgungskapazitäten für Erwachsene im Jahr 2013	111
Tab. 23:	Fachkräfte (in Vollzeitstellen-Äquivalenten) der niedersächsischen SpDi in den Jahren 2012 und 2013	117
Tab. 24:	Häufigste Diagnosen nach Facharzt-/therapeutengruppen: Die sieben häufigsten Diagnosen mit Fallzahlen des 4. Quartals 2013	119
Tab. 25:	Klientinnen und Klienten der SpDi in den Jahren 2012 und 2013 je Tsd. EW	121
Tab. 26:	Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner der kommunalen Gebietskörperschaften, Inanspruchnahme und weitere Kennziffern der SpDi (2013)	121
Tab. 27:	Urbane Verdichtung, Inanspruchnahme und weitere Kennziffern der SpDi (2013)	122
Tab. 28:	Arbeitslosenquote, Inanspruchnahme und weitere Kennziffern der SpDi (2013)	122
Tab. 29:	Entwicklung der Betten/Platzzahlen lt. der Krankenhauspläne in den Jahren 2012, 2013 und 2014	132
Tab. 30:	Anteil der teilstationären Versorgungskapazitäten an der Gesamtbehandlungskapazität (teil- und vollstationär) (in %) in den Jahren 2012, 2013 und 2014	132
Tab. 31:	Stationäre und teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Betten/Plätze für Erwachsene am 01.01.2014 nach Krankenhausplan 2014 (betriebene Kapazitäten)	133
Tab. 32:	Stationäre und teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Betten/Plätze für Erwachsene je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre am 1. Januar 2014 nach Krankenhausplan 2014 (betriebene Kapazitäten)	134
Tab. 33:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 18 bis 64 Jahre	136
Tab. 34:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 ab 18 Jahre nach Altersgruppen und Geschlecht	136
Tab. 35:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 nach Alter und Art der behandelnden Fachabteilungen	137
Tab. 36:	Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, F-Diagnose und Behandlungsort	138

<u>Tab.</u>	<u>Seite</u>
Tab. 37: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, F-Diagnose und Art der behandelnden Fachabteilungen Jahre)	139
Tab. 38: Stationäre Wohnheimplätze für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen sowie chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige im Jahr 2013*	144
Tab. 39: Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Wohnhilfen sowie WfbM durch leistungsberechtigte Personen im Jahr 2013 im Rahmen der Eingliederungshilfe	146
Tab. 40: Leistungsberechtigte psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Jahr 2013 (je Tsd. EW ab 18 Jahre) im Rahmen der Eingliederungshilfe	146
Tab. 41: Platzzahlen WfbM und Tagesstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Jahr 2013	148
Tab. 42: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, Altersstufen ab 65 Jahren	166
Tab. 43: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, nach Altersgruppen (18 bis 64 und ab 65 Jahren) und Geschlecht	167
Tab. 44: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, nach Alter und Art der behandelnden Fachabteilung (Erwachsene 65 und älter)	167
Tab. 45: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, ab 65 Jahre, F-Diagnose und Behandlungsort	168
Tab. 46: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, ab 65 Jahren, nach Art der behandelnden Fachabteilung	169
Tab. 47: Fälle nach ICD F10–F19 (Personen mit Wohnsitz in Niedersachsen) nach Art der behandelnden Fachabteilungen in und außerhalb Niedersachsens (2013)	187
Tab. 48: Altersverteilung der Suchtpatientinnen und -patienten mit Wohnsitz in Niedersachsen (Anzahl der Fälle) nach Art der behandelnden Fachabteilung in und außerhalb Niedersachsens	188
Tab. 49: Wohnort der Suchtpatientinnen und -patienten mit Wohnsitz in Niedersachsen (Anzahl der Fälle) nach Art der behandelnden Fachabteilung in und außerhalb Niedersachsens	188

Abbildungsverzeichnis

<u>Abb.</u>	<u>Seite</u>
Abb. 1: Stationäre Einrichtungen und Tageskliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	86

1 Auftrag, Zielsetzung, Umsetzung

In den letzten gut vier Jahrzehnten hat sich die psychiatrische Versorgung in Deutschland von Grund auf verändert. Stellung und Akzeptanz des psychisch kranken Menschen in der Gesellschaft haben sich verbessert. Stationäre und außerstationäre Behandlung und Betreuung konnten weiterentwickelt werden. 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“ (Niedersächsisches Sozialministerium, 1993). Vieles, was ursprünglich und zunächst noch modellhaft erprobt worden war, ist im Laufe der Zeit zum integralen Bestandteil einer Regelversorgung geworden (z. B. Tagesklinik, Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst). Spätestens ab 1980/1990 kann ein deutliches Wachstum der reformgewollten und -gestützten Dienste und Einrichtungen konstatiert werden. Die einschlägige ambulante Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten hat sich von der Angebotsseite erheblich ausgeweitet. Gesetzliche Änderungen und die Reform der (früheren) Unterbringungs- bzw. heute Psychisch-Kranken-Gesetze in allen Bundesländern haben die Fortschritte ebenfalls erheblich vorangetrieben.

Dennoch beinhalten auch Jahrzehnte der Reform und der in dieser Zeit erfolgte massive Auf- und Ausbau der Versorgung auch den Auftrag, das Erreichte zu erhalten und immer wieder kritischer Prüfung zu unterziehen sowie Handlungsprioritäten für die nächsten Jahre herauszuarbeiten. Neue Herausforderungen fordern neue Lösungen und so gilt es, angesichts sich wandelnder Bedarfslagen, sich verändernder Konzepte (z. B. „Teilhabe“, „Inklusion“) sowie angesichts der demografischen Entwicklung das System der Versorgung wieder daraufhin zu überprüfen, ob es in seinen Merkmalen, Komponenten, seiner Dynamik und vor allem in seiner Wirkung den Belangen psychisch kranker Menschen entspricht, in diesem Sinne effektiv und effizient aufgestellt und damit auch „zukunfts-fest“ ist.

Denn Gegenwart und Zukunft sind von anderen Akzentsetzungen und Herausforderungen gekennzeichnet. Zwar werden komplexer gewordenen Bedarfslagen, z. B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen auch künftig durch Ausbau-fördernde Impulse zu begegnen sein. In einer übergreifenden Betrachtung rücken nun jedoch gegenüber dem quantitativen Ausbau qualitätsbezogene Fragen deutlich in den Vordergrund. Die tägliche Funktionalität des Systems wird erwartet, verbunden mit Fragen nach der bedarfsbezogenen „Passgenauigkeit“ der Angebote und Leistungen gerade in Krisensituationen, nach den Schnittstellen und der Koordination zwischen den Hilfesystemen sowie ihrer Steuerung und Optimierung auf örtlicher und regionaler Ebene. Zudem ergeben sich Fragen, die sich auf die Umsetzung von Anforderungen beziehen, wie sie sich aus zeitgemäßen sozialpolitischen und sozialetischen Vorgaben zu Inklusion, Lebensweltbezug, Patientenorientierung, Partizipation, Diversity u. a. m. beziehen. Zweifelsohne haben sich bezogen auf diese Themen und Ziele in den letzten Jahren gesetzliche Veränderungen auf Bundes- und Länderebene herbeiführen lassen, die die Möglichkeiten für psychiatrisches Versorgungshandeln erweitert haben. Dennoch ist zu konstatieren, dass die für psychisch kranke Menschen insbesondere angezeigten, integrativen und sektorübergreifenden Maßnahmen das Stadium von Modellvorhaben oder von Ansätzen im Rahmen Integrierter Versorgung noch nicht verlassen haben, die aktuellen Gegebenheiten und bereichsinternen (finanziellen) Anreizsetzungen erschweren nach wie vor die Bildung von Leistungsbündeln und bereichsübergreifender Hilfeplanung. Die Unterstützung innovativer Ansätze ist hier auch in Zukunft erforderlich und in der weiteren Entwicklung aufzugreifen.

Die Erarbeitung von Aussagen zu diesen Aspekten und damit verknüpften Fragen verlangt folglich eine etwas andere Herangehensweise, um die Gegebenheiten zu verbessern: Welchen, die Funktionalität des Systems fördernden Zielsetzungen soll prioritär gefolgt werden, wie sind die Grundlagen der Erkenntnisse hierfür beschaffen, wo bestehen vor allem Schwachstellen, mit welchen organisatorischen Mitteln und welcher Strategie sollen diese beseitigt werden, wie und durch wen soll lokal/überregional gesteuert werden? Kurz: Funktionalität und bedarfsgerechte Systemoptimierung für die Versorgung psychisch kranker Menschen rücken in den Mittelpunkt der Betrachtung. Jedoch nicht als Selbstzweck, sondern als Ausdruck einer gesundheitspolitischen Orientierung, wie und mit welchen Mitteln unter begrenzten Ressourcen und entsprechenden gesellschaftlichen Rahmensetzungen die betroffenen Menschen behandelt, beraten, unterstützt und reintegriert werden können – insbesondere auch im Sinne des Erhalts und der Förderung ihrer Eigenkräfte und Selbstbestimmung sowie ihrer Lebensqualität.

Die Landesregierung Niedersachsen hat in der Koalitionsvereinbarung vom Februar 2013 deutlich gemacht, dass verschiedene Entwicklungen im Gesundheitswesen einer Evaluation bedürfen und entsprechende Leitgedanken dazu formuliert. Insbesondere hat sie 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 Umsetzung dieses Regierungsauftrags hat das zuständige Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) in der ersten Jahreshälfte 2014 die „Erstellung eines Landespsychiatrieplans Niedersachsen“ ausgeschrieben. Auf Basis eines öffentlichen Vergabeverfahrens wurde der Zuschlag für die Erstellung des Landespsychiatrieplans der Bietergemeinschaft FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH und ceus consulting im Juli 2014 erteilt. Beide Institute sind in Köln angesiedelt und können langjährige einschlägige Erfahrungen auf dem Gebiet psychiatrischer Versorgung und angrenzender Bereiche, ihrer Planung, Strukturierung und Evaluation insbesondere auch im öffentlichen Auftrag nachweisen.

Maßgeblich für das Angebot der Bietergemeinschaft FOGS/ceus consulting und für die Erstellung des Landespsychiatrieplans sind die Festlegungen, die in der „Leistungsbeschreibung“ zur Ausschreibung des Landespsychiatrieplans seitens des Auftraggebers erfolgten, u. a.:

- „Der Landespsychiatrieplan soll die ambulanten, teil- und vollstationären Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen aller Altersgruppen berücksichtigen. Einzubeziehen sind Aspekte der Inklusion und der Vorbeugung von psychischen Störungen ebenso wie die Selbsthilfe der Betroffenen und ihrer Angehörigen, die Krisenintervention, Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe und Pflege, die Schnittstellen zur somatischen Medizin und sozialen Arbeit, die Koordination und Steuerung des Hilfesystems“ (Leistungsbeschreibung, S. 2).
- „Der Landespsychiatrieplan soll auf Grundlage der im Koalitionsvertrag vom Februar 2013 dazu getroffenen Aussagen erstellt und auf einen Zeitraum von zehn Jahren angelegt werden“ (ebenda).
- „Es wird die Erstellung einer qualitativ und quantitativ umfassenden Bewertung des Versorgungsangebots für Menschen mit psychischen Störungen erwartet. Die bestehende Versorgungslage im ambulanten, stationären und komplementären Bereich soll ausführlich beschrieben werden“ (Leistungsbeschreibung, S. 3 f.).

„Dabei sollen insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- a) Herausstellung der ethisch-fachlichen Grundwerte bei der Hilfeleistung für psychisch erkrankte Menschen mit diesbezüglich allgemeinen Zielen,
- b) Beschreibung der Kernaufgaben und Funktionen der Psychiatrie und ihrer einzelnen Teilgebiete in einem sinnvoll abgestuften Hilfesystem,
- c) Bestandsanalyse des gegenwärtigen Hilfesystems und die Zusammenfassung des Entwicklungsstands mit den wichtigsten Stärken und Schwächen,
- d) Darstellung der Rahmenbedingungen und Herausforderungen für das psychiatrische Arbeiten in den nächsten zehn Jahren,
- e) Empfehlung zu strategischen Eckpfeilern der Landesregierung für die Weiterentwicklung des Hilfesystems,
- f) Skizzierung vordringlicher Entwicklungsprojekte, die gemeinsam mit dafür erforderlichen Kooperationspartnern ab 2016 umgesetzt werden sollten,
- g) Aussagen zu den Grundsätzen der Umsetzung der Entwicklungsprojekte, zur Planung und Evaluation, Koordination und Steuerung des Hilfesystems“ (ebd., S. 4).

Gem. Leistungsbeschreibung soll der Landespsychiatrieplan in enger Abstimmung mit dem MS und der Fachkommission „Landespsychiatrieplanung“ erstellt werden. Zudem sollen der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung gemäß § 30 NPsychKG und der Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN) regelmäßig über Arbeitsfortgang und Zwischenergebnisse unterrichtet werden sowie Gelegenheit zur Stellungnahme haben.

In Umsetzung und Ergänzung bzw. Präzisierung des Auftrags zur Erstellung des Landespsychiatrieplans wurden in den vertragsbezogenen Gesprächen mit dem MS sowie in Abstimmung mit der Fachkommission außerdem im Einzelnen noch festgehalten:

- Die Bietergemeinschaft FOGS/ceus consulting ist gem. Leistungsbeschreibung nicht mit einer gesonderten Bestandserhebung beauftragt, sondern mit einer Bestandsanalyse des gegenwärtigen Hilfesystems. Heranzuziehen sind deshalb bereits vorhandene Daten, Materialien, erfolgte Evaluationen u. a. m. im Sinne einer Sekundäranalyse. Das MS stellt hierzu umfassende Unterlagen bereit bzw. unterstützt die Datenlieferung durch andere Institutionen. Ebenso unterstützen die Fachkommission und der Landesfachbeirat sowie der Psychiatrie-Ausschuss die Datenbereitstellung. Der Verzicht auf eine gesonderte Datenerhebung begründet sich durch die Fülle in und für Niedersachsen bereits vorhandenen Materials zum Stand der psychiatrischen Versorgung.
- Festgelegt wurde, dass sich der Landespsychiatrieplan auf das Ausgangsjahr 2013 beziehen soll, da für dieses Jahr die Daten vollständig vorliegen. Selbstverständlich werden, soweit vorhanden, auch neuere Trends, Entwicklungen und Erkenntnisse in die Erstellung des Landespsychiatrieplans einbezogen.
- Bei Arbeitsaufnahme der Bietergemeinschaft im Sommer 2014 hatte die für den Landespsychiatrieplan berufene Fachkommission bereits drei Sitzungen durchgeführt. FOGS/ceus consulting haben ihre Vorstellungen zur Erarbeitung des Landespsychiatrieplans sowie zum Arbeitsprogramm und zur Zusammenarbeit mit der Kommission erst ab der vierten Sitzung der Fachkommission nach der Sommerpause am 15. Oktober 2014 einbringen können. Es wurde konsentiert, dass die in den vo-

rausgegangenen Sitzungen der Fachkommission erarbeiteten Ergebnisse in die Arbeit am Landespsychiatrieplan integriert werden.

- Konsentiert wurde ebenfalls, dass sich der Landespsychiatrieplan in der Darstellung an Lebensstufen und an Gruppen von Betroffenen orientieren soll, d. h. die Analyse und Bewertung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, erwachsener und älterer Menschen bestimmt im Kern die Abfolge der Kapitel und Kapitelabschnitte, gefolgt von Ausführungen zur psychiatrischen Versorgung suchtkranker Menschen sowie zur Situation und Maßnahmen im Maßregelvollzug. Diesem Ordnungsprinzip nachgeordnet ist die Darstellung nach ambulanter, stationärer etc. Versorgung. Die Begründungen hierfür liegen in der Entscheidung, die von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und die Bewertung der für sie bereit stehenden Versorgungsbausteine und ihrer Funktionalität daran auszurichten. Welche Planungs- und Steuerungserfordernisse dafür gegeben sind bzw. sein sollten, wird in einem weiteren Kapitel dargestellt.
- Konsentiert wurde allerdings auch, dass der Landespsychiatrieplan keine Aussagen enthält, die die interne ärztliche, therapeutische, pflegerische, kaufmännische usw. Organisation, Steuerung und Führung der Einrichtungen, Dienste und Praxen betreffen. Für deren Ausgestaltung sowie für die Haltung der Berufsgruppen und Professionen werden jedoch in den „Ethisch-fachlichen Grundsätzen des Landespsychiatrieplans“ (s. Kapitel 4) Rahmensetzungen formuliert.
- Der Auftrag definiert, dass zunächst ein Entwurf des Landespsychiatrieplans vorzulegen ist. Dieser ist dann an die einschlägig beteiligten Institutionen, Verbände etc. im Land mit der Möglichkeit zur Stellungnahme zu versenden. Deren Stellungnahmen sind in den endgültigen Bericht einzuarbeiten. Der Zeitplan hierfür wurde mit dem MS und der Fachkommission zwischenzeitlich dahingehend aktualisiert, dass der Entwurf des Landespsychiatrieplans zum Jahresbeginn 2016 vorzulegen ist, die Endfassung des Landespsychiatrieplans soll im März 2016 erstellt werden.

Mit erfolgter Arbeitsaufnahme zum Landespsychiatrieplan im Spätsommer 2014 hat die Bietergemeinschaft FOGS/ceus consulting unmittelbar mit der Auswertung bereitgestellter, sehr umfangreicher Materialien begonnen bzw. weitere einschlägige Materialien und Daten zusammengestellt. Sie hat auftragsgemäß an allen Sitzungen der Fachkommission zum Landespsychiatrieplan sowie an Sitzungen des Landesfachbeirats und des Psychiatrie-Ausschusses teilgenommen; ebenso fanden regelmäßige Gespräche mit dem MS zu diversen Anliegen und Themenstellungen der Auftragsbearbeitung statt. Anders als zunächst geplant, wurden im Verlauf der Erarbeitung eine Vielzahl von Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern von Einrichtungen, Institutionen, Verbänden sowie mit Fachleuten geführt. Dies begründete sich einerseits mit dem beträchtlichen Interesse, auf das die Erarbeitung stieß und andererseits fördert ein früher Einbezug die Akzeptanz der Neuplanung. Alle Gremiensitzungen, Gespräche und Termine wurden dokumentiert und ihre Ergebnisse fanden Eingang in die Erstellung des Landespsychiatrieplans.

Fachkommission Landespsychiatrieplanung

Die „Fachkommission Landespsychiatrieplanung“ wurde von Sozialministerin Cornelia Rundt berufen, ihre Mitglieder waren (in alphabetischer Reihenfolge):

- Wolfram Beins, LFBPN
- 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 und Geschäftsführung der Fachkommission
- Clemens Firnenburg, MDK Niedersachsen, RDC Hannover
- Wiebke Flotho, Ergotherapie
- Dr. Gabriele Frei, Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Christian Harig, LAG Psychiatrie-Erfahrene
- 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, Arbeitskreis der freiberuflichen rechtlichen Betreuer/innen, Berufsbetreuer/Innen
- Eva Küpers, bürgerschaftliches Engagement
- Andreas Landmann, NPsychKG-Ausschuss
- Herr Andreas Lemli, Lobetalarbeit e. V.
- Klaus Malchau, Sozialpsychiatrischer Dienst Landkreis Schaumburg
- Michael Marx, Fachzentrum Eingliederungshilfe
- Prof. Dr. Jürgen-H. Mauthe, LFBPN
- 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
- 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 Vertreterinnen und Vertreter des Psychiatriereferats im MS teil, FOGS und ceus consulting waren ab Oktober 2015 beteiligt.

FOGS und ceus consulting bedanken sich bei der Fachkommission für die Unterstützung bei der Erstellung des Landespsychiatrieplans und für die jederzeit konstruktive Diskussion. Zudem gilt Dank dem Landesfachbeirat Psychiatrie, dem Psychiatrie-Ausschuss sowie allen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern in Institutionen, Verbänden und Einrichtungen, die uns bereitwillig Auskunft gaben.

Vorbemerkung zu Aufbau und Ausrichtung des Landespsychiatrieplans

Bei der Erarbeitung des Landespsychiatrieplans sind auch die maßgeblichen Rahmensetzungen zu beachten, darunter insbesondere demografische und sozio-strukturelle Entwicklungen. Besondere Bedeutung kommt Aussagen zu Stand und Entwicklung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung sowie zur Inanspruchnahme zu. Ebenso werden sozialrechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigt. Dieser auftragsgemäßen Aufgabenstellung widmet sich insbesondere das Kapitel 2. Die vergleichsweise ausführliche Darstellung zu demografischen, sozio-strukturellen und morbiditätsbezogenen Aspekten begründet sich in der hier vertretenen Auffassung, dass sachgerechte Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung insbesondere auch die jeweils vor Ort und regional gegebenen Bedingungen berücksichtigen sollte.

Stand und Entwicklung bei den vorgenannten Themen, die Darstellung zu Gesetzen und damit verknüpften Sachfragen bilden dann den Hintergrund für die im Folgenden getroffenen Aussagen und Handlungsempfehlungen. Dabei ist zu unterstreichen, dass, mit Blick auf den fünf- bis zehnjährigen Umsetzungs- und Prognosehorizont des Landespsychiatrieplans, Feststellungen zum Veränderungsbedarf, aber vor allem entsprechende Vorschläge und Empfehlungen sich nicht in kurzer Frist umsetzen lassen. Der Landespsychiatrieplan setzt mit den in ihm enthaltenen Ergebnissen, konsentierten Grundsätzen und Empfehlungen vielmehr einen zukunftsorientierten Rahmen, den es schrittweise zu erfüllen gilt.

An dieser Stelle sei schließlich vermerkt, dass Aussagen etc. zum psychiatrischen Versorgungssystem als solchem in nicht unerheblichem Maße Themen berühren, die z. T. weit über Fachkontext, Zuständigkeit und die Regelungstatbestände eines Landespsychiatrieplans hinaus gehen, diesen Kontext, weil von übergreifender Bedeutung, dennoch tangieren; insbesondere sind hier zu nennen:

- Die Achtung und Wahrung der Rechte, der Selbstbestimmung und der Würde der Menschen sind für die Ausrichtung des Landespsychiatrieplans konstitutiv bzw. in diesem Sinne enthalten. Insbesondere die ethisch-fachlichen Grundsätze enthalten hier entsprechende Klarstellungen und Ausführungen, unter Einschluss des Aspekts Diversity und diversitätsgerechte Ausgestaltung der Versorgung. Dies schließt zugleich die Begegnung der behandelnden und betreuenden Personen mit Angehörigen ein (trialogisches Prinzip).
- Der Landespsychiatrieplan zielt auf die Weiterentwicklung des psychiatrischen/psychotherapeutischen Systems und damit darauf, in welchen Strukturen psychische Erkrankungen behandelt, gelindert, geheilt werden sollen und wie ihre Folgen möglichst eingegrenzt bleiben. Dies schließt die Aspekte von Sekundär- und Tertiärprävention ebenso mit ein wie Maßnahmen der Frühintervention. Der Bereich der Primärprävention wird im Folgenden nicht diskutiert, da dies aufgrund der hohen und auftragsgemäß auch nicht untersuchten Komplexität dieses Themas nur plakativen Appelcharakter haben könnte.
- Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung wird, wie das Gesundheitswesen generell, davon abhängen, dass in allen Bereichen und Sektoren (ärztlich, therapeutisch, pflegerisch etc., ambulant und stationär) genügend qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung steht. Damit sind Fragen der Personalentwicklung und -akquisition genauso tangiert wie die Notwendigkeit, für Aus- und Weiterbildung die jeweils notwendigen Entwicklungsmaßnahmen zu treffen. Dies betrifft auch den Aspekt, die psychiatrische Versorgung – und benachbarte, aber eng verknüpfte Bereiche wie Seniorenhilfe, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe etc. – unter Einbezug der Gestaltungsmöglichkeiten der jeweiligen Tarifpartner als Betätigungsfeld attraktiv zu halten.
- Die Rolle von Forschung und Lehre ist in mehrfacher Hinsicht zu unterstreichen: Nicht nur die Ergebnisse im Rahmen des Landespsychiatrieplans zeigen auf, dass im Hinblick auf Bedarf und Nachfrage verschiedentlich noch erhebliche Lücken bestehen, die auf weiteren Forschungsbedarf bundesweit und im Land verweisen. Das betrifft auch die Frühintervention und 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 die Fragen, welches Personal an welcher Stelle mit welcher Qualifikation benötigt wird, noch keinesfalls abschließend beantwortet. Dies erzeugt die Notwendigkeit, permanent den Bedarf an Forschungs- und Lehrkapazität zu prüfen. Die Bedeutung der Versorgungsforschung schließlich wird noch dadurch unterstrichen, dass z. B. mit Blick auf zu versorgende Gruppen vielfach Erkenntnislücken bestehen, welchen Betroffenen mit welchen Maßnahmen effektiv und effizient geholfen werden kann.
- Während der Arbeit am Landespsychiatrieplan (2014/2015) hat sich der Zuzug von Flüchtlingen in hochdynamischer Weise entwickelt. In welcher Weise sich diese Entwicklung auf die psychiatrische Versorgung auswirken wird, ist derzeit kaum abschätzbar. MS, Fachkommission und Auftragnehmer haben sich dennoch darauf verständigt, in den ethisch-fachlichen Grundsätzen zum Landespsychiatrieplan Aussagen zum Thema im Sinne von ersten Empfehlungen darzustellen.

2 Rahmenbedingungen im Land Niedersachsen

2.1 Demografische Entwicklung der Bevölkerung und Sozialstruktur¹

Niedersachsen ist mit einer Fläche von rund 47.000 qkm das zweitgrößte Flächenland nach Bayern. Gelegen im Nordwesten von Deutschland teilt sich das Land nicht nur eine Grenze mit den Niederlanden, sondern auch mit acht weiteren Bundesländern, wovon Bremen von Niedersachsen umschlossen ist. Zwischen der Nordsee und Ostfriesland im Norden und dem Harz im Südosten, zwischen dem Emsland und der Elbe erstreckt sich eine im Norden des Landes weitgehend ebene Fläche, während Mitte und Süden hügeliger sind, von den nördlichen Mittelgebirgen Deutschlands gekennzeichnet. Mit knapp 7,8 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern (2013) liegt Niedersachsen nach Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg auf Platz vier der einwohnerstärksten Länder Deutschlands; auf Niedersachsen entfallen 9,6 % der Bundesbevölkerung. Aufgrund der Größe des Landes ergibt sich jedoch eine eher geringe Bevölkerungsdichte, die im Ländervergleich im letzten Viertel anzusiedeln ist (167 EW/qkm). Die Landeshauptstadt Hannover ist mit rd. einer halben Millionen Einwohnerinnen und Einwohner auch gleichzeitig die größte Stadt Niedersachsens.

Niedersachsen gliedert sich in vier ehemalige Bezirke²: Weser-Ems, Lüneburg (ohne Celle), Hannover (zuzüglich Landkreis Celle) und Braunschweig. Diese unterteilen sich wiederum in insgesamt 37 Landkreise, acht kreisfreie Städte und die Region Hannover, im Folgenden als kommunale Gebietskörperschaften bezeichnet.

Die folgende Tabelle zeigt die Bevölkerungsentwicklung seit 2003, den Stand für das Jahr 2013 sowie die Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2030 für die Gebietskörperschaften, die Bezirke und das Land:

¹ Die im Kapitel 2.1 verwendeten Angaben und Tabellen beziehen sich auf den im Herbst 2015 verfügbaren Stand. Stichproben im November z. B. zum Thema Bevölkerungsentwicklung haben ergeben, dass sich – mit Ausnahme des Themas Flüchtlinge – keine wesentlichen Änderungen gegenüber dem Dargestellten ergeben haben.

² Da die statistischen Angaben vielfach auf die (früheren) Regierungs-Bezirke rekurren, wird die Beschreibung nach Bezirken, wo angezeigt, übernommen.

Tab. 1: Bevölkerungsentwicklung, Bevölkerungsprognose und Bevölkerungsdichte (Bevölkerung/qkm) in den kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen

kommunale Gebietskörperschaft	Bevölkerungsstand am 31.12.					Bevölkerungsprognose**			Dichte*** EW/qkm
	2003*	2008*	2011	2012	2013	2020	2025	2030	
Stadt Emden	51.445	51.562	49.848	49.751	49.790	51.281	51.070	50.811	443,1
LK Leer	164.540	164.947	163.991	164.202	164.792	160.403	157.176	152.684	151,7
Stadt Wilhelmshaven	84.586	81.411	76.926	76.545	75.728	74.875	72.213	69.365	708,3
LK Friesland	101.657	100.307	97.857	97.327	97.093	92.989	89.070	84.745	159,7
LK Aurich	189.652	189.381	186.713	186.673	187.058	187.933	185.904	182.224	145,3
Grafschaft Bentheim	132.975	135.508	133.400	133.652	133.678	139.442	140.539	140.612	136,3
LK Emsland	307.734	313.824	311.634	312.855	313.689	327.980	332.634	334.618	108,8
Stadt Osnabrück	165.517	163.286	154.513	155.625	156.315	159.748	158.399	157.928	1304,9
LK Osnabrück	358.041	358.236	350.418	350.444	350.302	346.717	340.605	333.912	165,1
LK Ammerland	114.524	117.102	117.951	118.489	118.865	117.747	117.141	115.819	163,2
LK Cloppenburg	153.283	157.268	159.290	160.033	160.176	167.996	172.957	176.967	112,9
LK Oldenburg	124.564	125.943	125.265	125.413	125.778	126.348	126.032	125.111	118,3
Stadt Oldenburg	158.340	163.286	157.706	158.658	159.610	164.880	166.916	168.463	1549,8
LK Wesermarsch	94.242	91.968	89.527	89.126	88.831	86.909	84.253	81.136	108,1
LK Vechta	130.471	134.506	132.752	133.462	134.188	148.333	154.848	160.724	165,1
LK Wittmund	57.672	57.492	56.572	56.362	56.400	55.680	54.557	53.013	85,9
Stadt Delmenhorst	75.986	74.751	73.364	73.588	74.052	71.697	69.843	67.540	1187,5
Weser-Ems	2.465.229	2.477.771	2.437.727	2.442.205	2.446.345	2.480.958	2.474.157	2.455.672	163,4

kommunale Gebietskörperschaft	Bevölkerungsstand am 31.12.					Bevölkerungsprognose**			Dichte*** EW/qkm
	2003*	2008*	2011	2012	2013	2020	2025	2030	
LK Cuxhaven	206.545	202.124	198.115	197.433	196.607	185.084	177.198	169.797	95,5
LK Harburg	238.385	244.640	239.269	240.548	242.871	251.327	252.569	251.327	195,1
LK Lüchow-Dannenberg	51.624	49.965	49.082	48.928	48.670	45.160	42.638	39.807	39,9
LK Lüneburg	173.164	176.512	174.685	175.640	176.727	179.696	180.542	180.888	133,5
LK Osterholz	112.502	112.486	110.842	110.816	110.882	113.551	113.631	112.927	170,4
LK Rotenburg	164.360	164.603	162.182	161.780	161.308	163.981	163.400	162.558	77,9
LK Heidekreis	142.740	140.792	136.072	135.772	136.251	131.916	127.778	123.826	72,7
LK Stade	195.098	196.891	195.606	195.779	196.516	195.334	194.462	193.017	155,2
LK Uelzen	97.324	94.940	93.284	92.801	92.356	88.352	85.156	81.783	63,5
LK Verden	134.027	133.560	131.936	132.129	132.459	128.688	125.722	122.360	168,1
Lüneburg	1.698.434	1.696.643	1.667.127	1.667.332	1.670.199	1.650.952	1.624.848	1.593.802	107,8
LK Diepholz	214.786	214.379	209.745	209.671	209.955	209.030	206.069	201.899	105,6
LK Hameln-Pyrmont	161.259	156.398	149.513	148.532	147.755	146.211	141.669	137.206	185,6
LK Hildesheim	292.358	286.663	276.383	275.330	274.519	268.455	260.594	252.794	227,6
LK Holzminden	79.715	75.092	73.155	72.459	71.877	67.225	63.836	60.467	103,8
LK Nienburg	126.032	123.881	121.390	120.225	119.848	118.281	115.730	113.054	85,7
LK Schaumburg	166.283	162.971	157.026	156.039	155.599	148.901	142.671	137.004	230,3
Region Hannover	1.126.724	1.129.797	1.106.219	1.112.675	1.119.526	1.128.355	1.126.957	1.123.690	488,7
LK Celle	182.665	180.130	176.054	175.706	175.552	167.863	161.752	155.512	113,6
Hannover	2.167.157	2.149.181	2.093.431	2.094.931	2.099.079	2.086.458	2.057.526	2.026.114	232

kommunale Gebietskörperschaft	Bevölkerungsstand am 31.12.					Bevölkerungsprognose**			Dichte*** EW/qkm
	2003*	2008*	2011	2012	2013	2020	2025	2030	
LK Göttingen	264.285	259.902	248.025	247.988	248.249	247.716	242.715	239.091	222,2
LK Gifhorn	174.696	173.765	170.865	171.015	171.475	162.724	118.631	150.586	109,7
LK Goslar	153.825	146.187	139.575	138.655	137.833	127.163	120.314	110.330	142,8
LK Helmstedt	98.732	94.870	90.919	90.391	90.423	82.230	76.324	70.676	134,2
LK Northeim	148.451	142.321	136.516	135.418	134.661	123.975	115.602	107.527	106,3
LK Osterode	83.375	79.355	76.172	75.245	74.367	69.732	65.344	60.933	116,9
LK Peine	134.356	132.613	130.165	130.047	130.147	124.418	120.284	116.112	243,3
LK Wolfenbüttel	127.220	123.663	120.425	120.117	119.900	112.648	107.496	102.209	165,9
Stadt Braunschweig	245.076	246.012	243.829	245.798	247.227	250.740	254.269	258.165	1286,5
Stadt Salzgitter	109.855	104.423	98.588	98.095	98.197	89.714	82.771	75.801	438,5
Stadt Wolfsburg	122.724	120.538	120.889	121.758	122.457	112.893	108.976	104.953	600,1
Braunschweig	1.662.595	1.623.649	1.575.968	1.574.936	1.574.936	1.503.953	1.449.213	1.396.383	194,4
Niedersachsen	7.993.415	7.947.244	7.774.253	7.778.995	7.790.559	7.722.321	7.605.744	7.471.971	163,6
Bundesrepublik (in Millionen)	82,53	82,00	81,374	81,232	81,060	79,914	78,790	77,350	226

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2014.

* Daten vom 1. Januar 2004 und 1. Januar 2009.

** Basis der Vorausberechnung 1. Januar 2009.

*** Stand 31. Dezember 2013.

Bevölkerungsentwicklung 2003 bis 2013 und Bevölkerungsdichte: Die Bevölkerung in Niedersachsen hat von 2003 bis 2013 um knapp 203.000 Personen abgenommen (- 2,5 %). Niedersachsen folgt damit grob dem Trend, der auch für Deutschland für diese Zeitspanne kennzeichnend ist bzw. war.

In allen vier ehemaligen Bezirken, Weser-Ems, Lüneburg, Hannover und Braunschweig sind die Bevölkerungszahlen in den letzten zehn Jahren ebenfalls gesunken. Allerdings sind Unterschiede zu verzeichnen: Die Bezirke Weser-Ems und Lüneburg erweisen sich in der Summe mit geringeren Rückgängen weniger betroffen als die Bezirke Hannover und Braunschweig. Weser-Ems profitierte von 2003 bis 2013 von Zuwächsen im Westen und Nordwesten des Bezirks, Lüneburg von Zuwächsen im Umfeld von Hamburg (Hamburg und Stade); dennoch weisen beide Bezirke auch Rückgänge im gleichen Zeitraum auf: Aurich, Wilhelmshaven und Wesermarsch sind hier zu nennen, für den Bezirk Lüneburg: Uelzen, Heidekreis, Lüchow-Dannenberg. Die Bezirke Hannover und Braunschweig zeigen sich stärker betroffen mit einem Rückgang von über 68.000 (- 5,3 %) und knapp 88.000 (- 3,1 %) Einwohnerinnen und Einwohner. Im Bezirk Braunschweig schlagen die Rückgänge in Goslar, Helmstedt, Salzgitter, Osterode, Wolfenbüttel besonders zu Buche; nur Braunschweig, Göttingen und Wolfsburg weisen für den Zeitraum 2003 bis 2013 Zuwächse auf. Im Bezirk Hannover verteilt sich der Bevölkerungsrückgang auf alle Gebietskörperschaften.

Wie erwartet, finden sich die höchsten Bevölkerungsdichten in den Städten. Insbesondere die Städte Osnabrück, Oldenburg, Delmenhorst und Braunschweig haben mit über 1.000 EW/qkm die höchste Dichte. Am schwächsten besiedelt ist der Landkreis Lüchow-Dannenberg mit 41 EW/qkm.

Altersverteilung: Tab. 2 vermittelt die Ergebnisse zur Altersverteilung in den ehemaligen Bezirken und Gebietskörperschaften. Im Überblick betrachtet 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. Diese Aussage gilt dem Trend nach auch für die Bezirke Weser-Ems und Lüneburg. Hier spiegelt sich das bereits bei der Bevölkerungsentwicklung seit 2003 bis 2013 gezeichnete Bild: Gerade in den vorgenannten kommunalen Gebietskörperschaften mit Bevölkerungszuwachs ist in der Tendenz auch mit einem jüngeren Bevölkerungsanteil zu rechnen. Die Bezirke Hannover und Braunschweig weisen gegenüber dem Bundesdurchschnitt leicht höhere Anteile bei der älteren Bevölkerung auf. Innerhalb der Bezirke zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede: Mit Ausnahme weniger Städte (z. B. Oldenburg, Osnabrück) weisen die Städte i. d. R. höhere Anteile an der älteren Bevölkerung auf, ebenso gilt dies für die Mehrzahl der Landkreise in den Bezirken Braunschweig und Hannover.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund: In Niedersachsen haben 17,5 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, damit liegt Niedersachsen zum Stand 2011 über dem Bundesdurchschnitt von 15,7 % (s. Tab. 2). Zum Erhebungszeitpunkt gibt es große regionale und örtliche Unterschiede: Der niedrigste Wert ist im Landkreis Osterholz zu verzeichnen (5,9 %), der höchste Wert in Wolfsburg (32,1 %) gefolgt von Salzgitter mit 24,8 %. Erkennbar ist ein Trend, dass in den Verdichtungsräumen, industrialisierten Gebieten und Städten sowie in bevölkerungswachsenden Gebietskörperschaften grundsätzlich höhere Anteile an Bevölkerung mit Migrationshintergrund bisher aufgetreten sind.

Allerdings ist davon auszugehen, dass sich die berichteten Verhältnisse für die Jahre 2014, aber insbesondere für die Jahre 2015 ff. aufgrund der steigenden Zahlen an *Flüchtlingen und Asylsuchenden* noch deutlich ändern könnten. Umfassende Zählungen liegen

(noch) nicht vor, zumal davon auszugehen ist, dass ein gewisser Teil der Flüchtlinge sich (noch) unregistriert im Land aufhält. Unter Bezugnahme auf Angaben des Bundesinnenministeriums geht man in den Medien von einer im Easy-System erfassten Zahl von 758.473 Asylsuchenden aus, die bis Ende Oktober 2015 nach Deutschland gekommen sind.³ Geht man davon aus, dass allein im Jahr 2015 für Deutschland eine Zahl von bis zu einer Million Flüchtlingen erwartet wird, so würden rein rechnerisch auf Niedersachsen bis zu 96.000 Personen entfallen. Die (Verteilungs-)Wege der Flüchtlinge und Asylsuchenden im Bundesgebiet sind jedoch derzeit kaum zu erfassen, ebenso ist offen, wieviel an Nachzügen von Familienangehörigen noch erfolgt. Aussagen zu demografischen Folgen der Flüchtlingsströme sind folglich jetzt kaum möglich, ebenso wenig wie Aussagen zum exakten Hilfebedarf im Einzelnen (es werden jedoch dazu bereichsübergreifende Leitlinien in Kapitel 4 formuliert, s. u.). Sicher ist nur, dass der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen steigen wird, wo und in welchen Gebietskörperschaften vor allem ist derzeit noch nicht absehbar.

Tab. 2: *Altersverteilung der Bevölkerung und Anteil Migrationshintergrund in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen in Prozent (Stand: 2011)*

kommunale Gebietskörperschaft	Alter			Anteil Menschen mit Migrationshintergrund in Prozent 2011
	unter 20 Jahre	20 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	
Stadt Emden	19,9	59,9	20,2	13,2
LK Leer	22,5	58,1	19,3	13,2
Stadt Wilhelmshaven	16,9	58,8	24,3	13,2
LK Friesland	21,1	56,5	22,4	6,1
LK Aurich	22,4	57,7	19,9	7,4
Grafschaft Bentheim	23,4	57,8	18,8	25,1
LK Emsland	23,5	59,2	17,3	21,1
Stadt Osnabrück	17,0	63,1	19,8	26,6
LK Osnabrück	22,9	58,2	18,9	21,4
LK Ammerland	22,1	57,8	20,2	14,2
Stadt Delmenhorst	20,1	59,0	20,9	25,1
LK Oldenburg	22,2	58,9	18,8	9,1
Stadt Oldenburg	18,3	63,3	18,4	17,5
LK Wesermarsch	21,7	57,0	21,3	16,2
LK Vechta	24,7	60,1	15,2	26,3
LK Wittmund	21,6	57,6	20,8	6,1
LK Cloppenburg	26,1	58,0	15,9	25,6
Weser-Ems	22,0	59,0	19,0	18,2
LK Cuxhaven	20,3	57,1	22,6	13,6
LK Harburg	20,9	58,7	20,4	12,0
LK Lüchow-Dannenberg	19,4	55,0	25,5	13,5

³ Vgl. zum Beispiel Süddeutsche Zeitung vom 5./6. Dezember 2015, S. 1.

kommunale Gebietskörperschaft	Alter			Anteil Menschen mit Migrationshintergrund in Prozent 2011
	unter 20 Jahre	20 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	
LK Lüneburg	20,7	60,9	18,5	10,1
LK Osterholz	21,0	58,5	20,5	5,9
LK Rotenburg	22,7	58,4	18,9	13,6
LK Heidekreis	21,3	57,7	21,0	14,1
LK Stade	21,9	59,1	19,0	12,3
LK Uelzen	19,8	56,0	24,2	13,5
LK Verden	21,5	59,0	19,4	17,9
Lüneburg	21,1	58,3	20,6	12,9
LK Diepholz	21,0	58,5	20,6	13,1
LK Hameln-Pyrmont	19,4	56,4	24,2	15,0
LK Hildesheim	19,7	58,3	22,0	17,0
LK Holzminden	19,3	55,9	24,8	9,6
LK Nienburg	21,5	57,8	20,7	18,2
LK Schaumburg	20,0	57,2	22,8	17,2
Region Hannover	18,5	60,6	20,9	23,9
LK Celle	21,1	57,3	21,6	15,3
Hannover	19,3	59,2	21,5	20,0
LK Göttingen	18,3	62,8	19,0	20,5
LK Gifhorn	22,8	59,1	18,1	20,5
LK Goslar	17,0	56,9	26,0	13,5
LK Helmstedt	19,3	58,3	22,5	9,7
LK Northeim	19,4	57,1	23,6	10,6
LK Osterode	18,1	55,8	26,1	11,1
LK Peine	21,3	58,1	20,6	17,3
LK Wolfenbüttel	20,1	58,1	21,8	16,9
Stadt Braunschweig	16,8	61,9	21,3	21,5
Stadt Salzgitter	19,6	57,4	23,0	24,8
Stadt Wolfsburg	17,9	58,4	23,7	32,1
Braunschweig	19,0	59,2	21,8	17,9
Niedersachsen	20,5	58,9	20,6	17,5
Bundesrepublik	18,8	60,7	20,6	15,7

Quellen: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2014; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2014; Statistisches Bundesamt, 2014.

Prognose der Bevölkerungsentwicklung: Derzeit (vgl. Tab. 1) wird von einem weiteren Rückgang der Bevölkerung in Niedersachsen (wie im Bundesgebiet auch) auf 7,722 Mio. im Jahr 2020, auf 7,606 Mio. im Jahr 2025 und auf 7,472 Mio. im Jahr 2030 ausgegan-

gen; dies entspricht prozentualen Rückgängen gegenüber 2013 in Höhe von 0,9 % bzw. 2,3 % bzw. 4,1 %. Es sei darauf verwiesen, dass diese Prognosen von den Annahmen abhängig sind, auf denen sie beruhen und die vor allem – derzeit aber noch kaum kalkulierbar – beeinflusst werden dürften von den Zugängen durch Flüchtlinge und Asylbewerber ab 2014 ff. Grundsätzlich dürfte sich aber auch dadurch die Annahme im Kern nicht ändern, dass die Bevölkerung in Niedersachsen in den kommenden Jahren (vorerst) weiter abnimmt. Gleichwohl gilt, dass sich eine Abnahme von Bevölkerungszahlen nicht gradlinig in einem abnehmenden Bedarf an psychiatrischen Hilfen fortsetzt, jedenfalls nicht dort, wo vor allem gesunde jüngere Menschen eine Region verlassen.

Komplexer zeigen sich hingegen die Verhältnisse zur Bevölkerungsprognose auf einzelnen Stadt- und Landkreisebenen: Kommunale Gebietskörperschaften mit sogar (leichten) Zunahmen bis 2030 (Grafschaft Bentheim, Landkreis [LK] Cloppenburg, Stadt Oldenburg, LK Vechta, LK Lüneburg und Stadt Braunschweig) stehen solche gegenüber, die z. T. starke Abnahmen zu verzeichnen haben werden: Dazu zählen Wilhelmshaven, LK Friesland, LK Aurich, LK Wesermarsch, Cuxhaven, Lüchow-Dannenberg, Heidekreis, LK Holzminden, LK Helmstedt, LK Osterode, Salzgitter.

Tab. 3: Altersprognose der Bevölkerung für 2025 in Niedersachsen und der Bundesrepublik

kommunale Gebietskörperschaft	Alter		
	unter 20 Jahre	20 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Niedersachsen	16,8	57,9	25,2
Bundesrepublik	16,9	57,5	25,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014.

Prognose der Altersstruktur: Tabelle 3 zeigt die Prognose der Altersverteilung für das Land Niedersachsen im Vergleich zum Bundesgebiet für das Jahr 2025. Es zeigen sich kaum Unterschiede. Für Niedersachsen wächst der Anteil der älteren Bevölkerung auf ein gutes Viertel der Landesbevölkerung (25,2 %) während der Anteil der unter 20-Jährigen auf 16,8 % absinkt. Damit spiegelt die Tabelle das bekannte Bild, dass auch das Land Niedersachsen „älter“ wird, während die junge Bevölkerung abnimmt. Diese Entwicklung wird – gegebene Verhältnisse fortgeschrieben – auch für die kommenden Jahre anhalten, da kompensatorische Faktoren (auch der Zugang jüngerer Flüchtlinge) auf diesem Feld nur mittel- bis langfristig wirken.

Für den Stand 1. Januar 2031 werden für Niedersachsen prognostiziert (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie, 2011):

- Anteil der Personen unter 20 Jahre: 16,7 %
- Anteil der Personen über 65 Jahre: 29,0 %.

Wie bei der Bevölkerungsentwicklung zeigen sich allerdings auch in der künftigen Altersverteilung deutliche Unterschiede im Land – die Nennung der jeweils fünf Gebietskörperschaften mit höchsten bzw. niedrigsten Werten hierzu ergibt:

Anteile der Personen unter 20 Jahre im Jahr 2031 (je drei Höchst-/Niedrigstwerte):

- Cloppenburg 20,1 %
- Vechta 19,5 %
- Grafschaft Bentheim 18,4 %
- [...]

■ Northeim	13,4 %
■ Lüchow-Dannenberg	12,4 %
■ Goslar	12,3 %.

Anteile der Personen über 65 Jahre im Jahr 2031 (je drei Niedrigst-/Höchstwerte):

■ Vechta	21,2 %
■ Cloppenburg	22,4 %
■ Braunschweig, Stadt	23,2 %
■ [...]	
■ Northeim	36,8 %
■ Goslar	38,2 %
■ Lüchow-Dannenberg	39,3 %.

Die Ergebnisse verweisen auf die vielfach diskutierten Probleme im Südosten des Landes. Selbstverständlich sind dies Prognosen unter bestimmten Annahmen: Es wird gerade angesichts solcher Zahlen auch Gegenstrategien geben (bzw. gibt es bereits Landesförderprogramme für strukturschwächere Gebiete), Annahmen z. B. zu Zu- und Abwanderung, zu Geburtenziffern werden sich ändern, nicht zuletzt mit Blick auf den Zustrom von Flüchtlingen. Allerdings steht hier ein Prognosezeitraum von „nur“ gut zehn bis 15 Jahren zur Debatte, sodass wohl davon auszugehen ist, dass den aufgezeigten Tendenzen vorerst Wahrscheinlichkeit zukommt und Änderungen sich erst mittelfristig auswirken werden.

Weitere Einblicke und Anhaltspunkte in die Sozialstruktur des Landes Niedersachsen liefern – im gegebenen Kontext – die Angaben zu *Arbeitslosenzahlen*, zu *Leistungsberechtigten* und zur *Erwerbsminderung*:

Arbeitslosigkeit (s. Tab. 4): Die Gesamt-Arbeitslosenquote schwankt (Stand: Dezember 2013) in den kommunalen Gebietskörperschaften zwischen 3,7 % (LK Emsland) und 12,1 % (Stadt Wilhelmshaven). Die Quoten nach SGB II liegen zum selben Zeitpunkt zwischen 1,6 und 9,6 %. Aus dem Zeitverlauf 2011 bis 2013 lässt sich ablesen, dass lediglich in elf Kreisen und Städten der Anteil der Personen, die SGB II beziehen, gestiegen ist. In allen anderen Gebieten ist der Anteil gesunken. Ein Vergleich zwischen Bevölkerungsaufbau und -entwicklung 2003 bis 2013 und Arbeitslosenquote zeigt in schwacher Tendenz, dass die Quoten dort niedriger sind, wo auch die Bevölkerung gewachsen ist bzw. höhere Anteile Jüngerer aufweist. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich für die *Leistungsberechtigten von Hilfen nach dem SGB XII* (s. Tab. 5).

Für den Geltungsbereich des SGB XII liegt die Anzahl der Leistungsberechtigten von Hilfen zum Lebensunterhalt weit unter der Anzahl der Leistungsberechtigten von Grundversicherung im Alter und bei Erwerbslosigkeit.

Tab. 4: Arbeitslosenquote insgesamt und darin nach SGB II in den kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen (Stand: jeweils Dezember)

kommunale Gebietskörper- schaft	Arbeitslosenquote insgesamt in Prozent			Davon: Leistungsberechtigte nach SGB II, in Prozent		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Stadt Emden	9,6	8,4	9,5	6,7	6,0	6,4
LK Leer	6,5	6,4	6,7	3,8	3,2	3,5
Stadt Wilhelmshaven	12,4	12,0	12,1	10,4	9,6	9,6
LK Friesland	6,7	6,8	6,4	4,2	4,1	3,7
LK Aurich	8,2	8,6	8,5	5,2	5,4	5,1
Grafschaft Bentheim	4,3	4,5	4,5	2,9	2,7	2,8
LK Emsland	3,3	3,7	3,7	1,7	1,8	1,6
Stadt Osnabrück	7,7	7,7	7,8	5,6	5,6	5,6
LK Osnabrück	3,6	3,7	3,9	1,9	1,8	1,9
LK Ammerland	4,7	4,4	4,8	2,3	2,1	2,1
Stadt Delmenhorst	9,8	10,6	10,5	7,9	8,3	8,3
LK Oldenburg	4,6	4,1	4,6	2,6	2,2	2,6
Stadt Oldenburg	8,1	7,9	8,1	6,3	6,1	6,2
LK Wesermarsch	7,2	7,5	7,4	5,4	5,3	5,2
LK Vechta	3,7	3,8	4,0	2,1	2,1	2,3
LK Wittmund	8,1	8,4	8,4	4,3	4,2	4,2
LK Cloppenburg	5,3	5,4	5,8	3,0	3,1	3,4
Weser-Ems*	-	-	-	-	-	-
LK Cuxhaven	6,1	6,2	6,1	4,0	4,0	3,8
LK Harburg	4,7	4,7	4,7	2,9	2,8	2,6
LK Lüchow-Dannenberg	10,0	10,2	10,9	7,5	7,3	7,6
LK Lüneburg	5,8	6,3	6,3	4,2	4,4	4,4
LK Osterholz	3,9	4,1	4,5	2,4	2,4	2,6
LK Rotenburg	4,3	4,3	4,4	2,6	2,5	2,4
LK Heidekreis	6,9	6,8	6,8	4,5	4,2	4,1
LK Stade	6,3	6,1	5,9	4,4	4,1	4,0
LK Uelzen	7,0	7,0	7,1	4,7	4,5	4,7
LK Verden	5,6	5,5	5,4	3,8	3,4	3,4
Lüneburg*	-	-	-	-	-	-

kommunale Gebietskörper- schaft	Arbeitslosenquote insgesamt in Prozent			Davon: Leistungsberechtigte nach SGB II, in Prozent		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
LK Diepholz	4,5	4,5	4,5	2,7	2,7	2,7
LK Hameln-Pyrmont	7,7	7,6	8,0	5,3	5,2	5,7
LK Hildesheim	7,2	7,6	7,3	5,2	5,2	5,1
LK Holzminden	7,9	8,6	7,8	5,6	5,8	5,3
LK Nienburg	5,6	5,9	6,0	3,6	3,7	3,9
LK Schaumburg	7,4	6,9	6,8	5,2	4,5	4,6
Region Hannover	7,9	8,0	7,8	6,1	6,1	5,9
LK Celle	7,7	7,4	7,5	5,8	5,4	5,4
Hannover*	-	-	-	-	-	-
LK Göttingen	5,9	6,1	6,6	3,6	3,7	4,3
LK Gifhorn	5,3	4,9	4,9	3,7	3,4	3,3
LK Goslar	8,9	9,2	8,4	6,7	6,8	6,1
LK Helmstedt	7,5	7,4	7,0	6,0	5,9	5,5
LK Northeim	6,7	7,1	6,9	4,6	4,6	4,7
LK Osterode	9,0	7,5	7,3	6,7	5,3	5,1
LK Peine	6,2	5,4	6,2	4,4	3,3	3,8
LK Wolfenbüttel	6,0	6,1	6,1	4,2	4,2	4,2
Stadt Braunschweig	7,5	7,1	6,9	5,8	5,4	5,1
Stadt Salzgitter	8,3	8,8	9,4	6,5	6,6	7,4
Stadt Wolfsburg	4,9	4,8	4,7	3,8	3,5	3,4
Braunschweig*	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	6,4	6,4	6,5	4,5	4,3	4,3
Bundesrepublik	6,6	6,7	6,7	4,7	4,5	4,5

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik, 2014.

* Die Bundesagentur für Arbeit stellt keine Daten für die vier ehemaligen Bezirke bereit.

Tab. 5: Leistungsberechtigte nach dem SGB XII nach Wohnort absolut und je 10.000 EW
(Stand: 31. Dezember 2012)

kommunale Gebietskörperschaft	SGB XII		
	Kapitel 3*	Kapitel 4*	Kapitel 5-9*
Stadt Emden	253 (51)	843 (196)	1.040**
LK Leer	624 (38)	1.919 (143)	2.271
Stadt Wilhelmshaven	628 (82)	1.570 (225)	1.827
LK Friesland	373 (38)	961 (117)	1.088
LK Aurich	612 (33)	1.963 (128)	2.462
Grafschaft Bentheim	404 (30)	1.274 (117)	1.782
LK Emsland	929 (30)	2.912 (115)	4.262
Stadt Osnabrück	771 (50)	3.035 (216)	3.047
LK Osnabrück	1.431 (41)	3.247 (113)	5.530
LK Ammerland	515 (44)	1.074 (110)	1.327
Stadt Delmenhorst	526 (72)	1.318 (212)	1.384
LK Oldenburg	529 (42)	1.055 (101)	1.524
Stadt Oldenburg	810 (51)	2.126 (155)	2.601
LK Wesermarsch	610 (68)	1.206 (163)	1.405
LK Vechta	449 (34)	1.084 (100)	1.938
LK Wittmund	192 (34)	660 (141)	713
LK Cloppenburg	612 (38)	1.473 (118)	2.635
Weser-Ems	10.268 (42)	27.720 (137)	36.836
LK Cuxhaven	526 (27)	1.878 (114)	2.144
LK Harburg	751 (31)	2.142 (105)	1.624
LK Lüchow-Dannenberg	278 (57)	634 (154)	715
LK Lüneburg	1.158 (66)	2.054 (140)	2.638
LK Osterholz	408 (37)	874 (95)	990
LK Rotenburg	1.189 (73)	1.460 (110)	2.986
LK Heidekreis	549 (40)	1.421 (125)	2.046
LK Stade	550 (28)	2.029 (126)	1.734
LK Uelzen	489 (52)	1.120 (144)	1.355
LK Verden	403 (31)	1.246(114)	1.493
Lüneburg	7.572 (45)	17.258 (124)	20.880
LK Diepholz	715 (34)	2.243 (127)	3.099
LK Hameln-Pyrmont	842 (56)	2.242 (175)	2.552
LK Hildesheim	2.323 (84)	3.965 (169)	4.729
LK Holzminden	357 (49)	1.103 (182)	1.070
LK Nienburg	687 (57)	1.548 (154)	2.359
LK Schaumburg	751 (48)	1.902 (143)	2.660

kommunale Gebietskörperschaft	SGB XII		
	Kapitel 3*	Kapitel 4*	Kapitel 5-9*
Region Hannover	6.188 (57)	17.939 (188)	13.903
LK Celle	1.271 (72)	2.400 (164)	3.155
Hannover	11.863(57)	30.942 (173)	30.372
LK Göttingen	1.423 (57)	3.374 (154)	3.474
LK Gifhorn	685 (40)	1.320 (94)	2.100
LK Goslar	888 (64)	2.096 (171)	2.613
LK Helmstedt	356 (39)	1.035 (133)	1.347
LK Northeim	452 (33)	1.629 (141)	1.985
LK Osterode	556 (73)	1.032 (159)	1.769
LK Peine	439 (34)	1.380 (129)	1.905
LK Wolfenbüttel	876 (73)	1.363 (135)	2.518
Stadt Braunschweig	853 (35)	3.590 (167)	3.345
Stadt Salzgitter	466 (47)	1.477 (174)	1.431
Stadt Wolfsburg	212 (18)	1.083 (104)	1.164
Braunschweig	7.206 (46)	19.379 (143)	23.651
Niedersachsen	36.909 (47)	95.299 (145)	111.739
Bundesrepublik	112.585 (14)	899.846 (111)	1.057.209

Quellen: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2014, Statistisches Bundesamt, 2014.

* Kapitel 3: Hilfen zum Lebensunterhalt; Kapitel 4: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung; Kapitel 5: Hilfen zur Gesundheit; Kapitel 6: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen; Kapitel 7: Hilfe zur Pflege; Kapitel 8: Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten; Kapitel 9: Hilfe in anderen Lebenslagen.

** Anteile im Original nicht angegeben.

Von Interesse ist schließlich, in welchen Größenordnungen im Land Rentenzugänge aufgrund *Erwerbsminderung wegen psychischer Erkrankungen* stattfinden (s. Tabelle 6):

Tab. 6: *Rentenzugänge aufgrund von verminderter Erwerbsfähigkeit wegen psychischer und Verhaltensstörungen absolut und je 100.000 aktiv Versicherte*

kommunale Gebietskörperschaft	F00 bis F99		
	2011	2012	2013
Niedersachsen	7.205 (193,7)	7.389 (198,1)	7.573 (*)
Bundesrepublik	72.543 (186,4)	73.785 (189,2)	74.059 (*)

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014.

* Bevölkerungsbezogene Daten nicht vorhanden.

Betrachtet man die Anzahl der Personen, die eine Erwerbsminderungsrente aufgrund von psychischen Ursachen beantragt haben, setzt sich sowohl auf Bundesebene als auch in Niedersachsen eine Tendenz allein für die Jahre 2011 bis 2013 fort, die bereits in den Vorjahren bestand, nämlich eine stetige Zunahme der Erwerbsminderung aufgrund psychischer Ursachen: In Niedersachsen gab es im Jahr 2013 368 mehr Rentenzugänge wegen psychischer und Verhaltensstörungen als 2011, das entspricht einem Zuwachs von

5,1 %.⁴ Insgesamt betrachtet ist dieser Zuwachs leicht höher als im Bundesgebiet für 2011 bis 2013 (2,1 %). Detailanalysen zeigen überdies, dass im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern psychisch bedingte Störungen inzwischen den höchsten Anteil ausmachen: In 39,8 % der Anträge auf Erwerbsminderung ist dies der Grund. Bei dem Großteil der Störungen handelt es sich wiederum um affektive Störungen, so machen diese im Jahr 2011 in Deutschland rund 41 % aller Anträge auf Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankung aus. Wesentliche Trendwenden sind auch in den letzten Jahren bei Erwerbsminderung aufgrund von psychischer Erkrankung (noch) nicht zu erkennen.

Sozio-ökonomische Betrachtung: Für das Land Niedersachsen und seine Regionen liegt eine „Stärken-Schwächen-Analyse“ im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei aus dem Jahr 2014 vor.⁵ Sie zeigt anhand einer Fülle von Indikatoren auf Ebene der ehemaligen Bezirke und kommunalen Gebietskörperschaften, welche Wirtschafts- und Beschäftigungspotenziale wie verteilt vorliegen, sie analysiert die wirtschaftliche Entwicklung bis in die Gegenwart, die Haushalts- und Finanzdaten, die Bevölkerungsentwicklung, den Arbeitsmarkt, Daten zum Tourismus, zu Forschung, Entwicklung und Bildung u. a. m. Zwar enthält das Gutachten keine zusammenfassende Aussage zu den sehr detailreichen Ergebnissen, diese kann und soll auch hier nicht versucht werden. Dennoch decken sich die Erkenntnisse aus dem sozio-ökonomischen Gutachten mit den bereits oben berichteten Tendenzen: Niedersachsen weist „starke“ Gebiete und Regionen in der Mitte (Region Hannover), z. T. im Nordwesten, in den Gebieten Richtung Hamburg gelegen, in Braunschweig, Wolfsburg und Stadt Göttingen auf. Strukturschwächere Gebiete zeigen sich in Ostfriesland, im Nordosten (z. B. Lüchow-Dannenberg), in der nördlichen Mitte des Landes (z. B. Heidekreis), im Südwesten und in Südostniedersachsen. Natürlich zeigen sich je nach Indikator auch gegenläufige Tendenzen: So weisen gerade die Küstenregionen, die Lüneburger Heide, der Harz und das Weserbergland bspw. beim Tourismus die höchsten Zahlen im Land auf, die auf wirtschaftliche Kompensationseffekte verweisen. In der Gesamtsicht bleibt jedoch bestehen, dass die Wirtschaftskraft im Land sehr unterschiedlich verteilt ist. Welche Folgen dies für die gesundheitliche und psychiatrische Versorgung haben kann, wird noch zu diskutieren sein.

Das Bild wird abgerundet durch eine „Wohnungsmarktbeobachtung 2014/2015“ durch die NBank.⁶ Folgende Erkenntnisse sind nennenswert:

- Die Zahl der Haushalte nimmt in Niedersachsen bis 2035 insgesamt um 1 % zu (2013 = jeweils 100 gesetzt; 2035 = 101). Dieser Zuwachs beruht jedoch wesentlich auf der Zunahme von 1- bis 2-Personenhaushalten (2035 = 108 bzw. 2035 = 106), während die Zahl der 3- und Mehrpersonenhaushalte sinkt (3-Personenhaushalte auf 90, 4- und Mehrpersonenhaushalte auf 82). Dies bedeutet z. B., dass das innerfamiliäre Unterstützungspotenzial geringer wird (vgl. NBank, o. J., S. 119).
- Auch hier zeigen sich wieder deutliche regionale Schwankungen: Während die Zahl der Haushalte in der Mehrzahl der Städte (Ausnahmen: z. B. Wilhelmshaven) und in einigen bevölkerungsbezogen wachsenden Landkreisen (z. B. Harburg, Cloppenburg, Vechta) insgesamt zunimmt, gibt es einige Regionen/Landkreise mit deutlichem

⁴ Von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig wird berichtet, dass die Frühverrentung wegen psychischer Probleme mit im Mittel 46 Jahren stattfindet.

⁵ Cordes, A., Gehrke, B., Haaren-Giebel F., Reinhold, M. & Schasse, U. (2014). *Stärken-Schwächen-Analyse (SWOT) für das Land Niedersachsen und seine Regionen*. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei. Hannover: Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsförderung.

⁶ NBank. (o. J.). *Generationengerechtes Wohnen in Niedersachsen – Perspektive 2035. Wohnungsmarktbeobachtung 2014/2015*. Hannover.

Rückgang: Osterode auf 75, Holzminden auf 81, Helmstedt und Northeim auf 82 (vgl. ebd.).

- „Auf mittlere Sicht wird sich das Gefälle zwischen den größeren Städten im Land und den meisten ländlichen Regionen verschärfen. Vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten und gute Infrastrukturen machen große Städte attraktiv für Zuzüge insbesondere von jungen Menschen und Familien. [...] Herausforderungen sind der Ausbau der Bildungs- und Betreuungsinfrastrukturen, die Integration von Migrantenfamilien sowie das ausreichende Angebot an familiengerechtem Wohnraum“ (NBank, o. J., S. 7).
- „[...] steigt die Zahl derer, die in eine kleinere, barrierearme Wohnung ziehen möchten. Dies lässt sich jedoch nur realisieren, wenn nicht nur geeignete Wohnungen verfügbar sind, sondern auch die finanziellen Mittel [...]. Gefragt sind innovative Lösungen“ (ebd.).
- „In Südniedersachsen, aber auch im Nordwesten des Landes und Teilen des Küstenlandes werden mit den Bevölkerungszahlen [...] auch die Haushaltszahlen stark abnehmen [...]. Leerstände sind vorgezeichnet“ (ebd.).
- „Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen haben gerade in den wachsenden Großstädten immer häufiger Schwierigkeiten, bezahlbaren Wohnraum zu finden [...]. Die derzeit stark steigende Zahl von Flüchtlingen verschärft die Situation [...]. Wichtige Instrumente zur Sicherung bezahlbaren Wohnraums sind die Wohnraumförderung des Landes und das Wohngeld“ (ebd.).

Zusammenfassung:

- In allen vier ehemaligen Bezirken Niedersachsens jeweils bzw. in Niedersachsen insgesamt sank die Bevölkerung um 2,5 % in den Jahren 2003 bis 2013. Die Bezirke Braunschweig und Hannover waren dabei überdurchschnittlich betroffen.
- Die Abnahme der derzeit knapp 7,8 Mio. starken Bevölkerung setzt sich nach heutiger Prognose fort: bis 2025 um weitere 2,3 % und bis 2030 um 4,1 %.
- Die Altersstruktur Niedersachsens weist aktuell auf: unter 20 Jahren 20,5 %, 65 Jahre und älter: 20,6 %.
- Ein weiterer Anstieg der über 64-Jährigen und ein Rückgang der unter 20-Jährigen sind zu erwarten, im Jahr 2031 liegen die jeweiligen Anteile bei 29,0 % bzw. bei 16,7 %.
- Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund liegt für Niedersachsen insgesamt bei 17,5 %. Er wird auch aufgrund des Zugangs von Flüchtlingen voraussichtlich steigen; allerdings sind quantitative Aussagen dazu derzeit kaum möglich, auch dazu nicht, welche Gebiete davon besonders tangiert sein werden.
- Der Anteil der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und SGB III (Arbeitsförderung) liegt für Niedersachsen im Jahr 2013 bei 4,3 % bzw. bei 6,5 % an der Gesamtbevölkerung, jeweils um 0,2 % unter den Anteilen für das Bundesgebiet. Aufgrund der Arbeitsmarktentwicklung ist in etwa drei Viertel der Gebietskörperschaften der Wert in den letzten drei Jahren bezogen auf SGB II gesunken – allerdings nicht bezogen auf die Teilgruppe chronisch psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger.

- Auf dem Gebiet des SGB XII (Eingliederungshilfe) wird die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am häufigsten in Anspruch genommen. Danach folgt die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.
- Die Anzahl der Rentenzugänge bei Erwerbsminderung wird steigen. Psychische Störungen sind mit knapp 40 % die häufigste Ursache für eine Erwerbsminderungsrente (davon rund zwei Fünftel affektive Störungen).

Diese Aussagen treffen für Niedersachsen *insgesamt* zu.

Sehr *entscheidend für die Bewertung* ist jedoch, dass all diese Daten auf Ebene der einzelnen Gebietskörperschaften (Kreisfreie Städte, Region Hannover, Landkreise) auch mit Blick auf zukunftsrelevante Indikatoren z. T. *erheblich unterschiedlich ausfallen*. Die aktuelle und künftige Altersverteilung korreliert in gewissen Grenzen mit der genannten Einteilung: Die strukturschwächeren Gebiete weisen jetzt und in Zukunft geringere Anteile an junger Bevölkerung auf, hingegen überdurchschnittliche Anteile an der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter. Wohlgermerkt: Dies sind Aussagen zum Status quo und Prognosen auf Basis derzeitiger Annahmen und bedeutet nicht, dass gegensteuernde, potenzialfördernde Maßnahmen nicht auch in diesen Gebieten ihre Wirkung entfalten können. Für die nähere Zukunft ist jedoch eine differenzierte Betrachtung der strukturell z. T. deutlich unterschiedlichen Gebiete im Land angezeigt. Vorweg genommen seien dazu zwei Aspekte:

- Nach aller bisherigen Erfahrung korreliert der Ausbaugrad der Gesundheitsversorgung in zunehmend deutlicherem Maße mit der Regionalstruktur. Die zur Allgemeinversorgung beitragenden Arztpraxen und Krankenhäuser werden nach heutiger Sicht in den strukturschwächeren, bevölkerungsärmeren Regionen in der Zahl abnehmen. Da psychisch kranke Menschen diese Allgemeinversorgung ebenfalls benötigen, wird in die Betrachtung zum Landespsychiatrieplan einzubeziehen sein, wie sich diese Allgemeinversorgung entwickelt und ggf. welche Kompensationen zu diskutieren sind. Wie dem Kapitel 5 zur Ist-Aufnahme der Versorgung zu entnehmen ist, zeigt sich in der Tendenz bereits heute in strukturschwächeren Gebieten Niedersachsens eine unterdurchschnittliche Ausstattung mit Leistungsanbietern im Gesundheitswesen. Unter diesem Aspekt ist z. B. zu klären, welche ggf. kompensatorische Rolle das in der Antrags- und ersten Förderphase befindliche, sinnvolle und modellhafte Konzept „Gesundheitsregionen Niedersachsen“⁷ spielen kann und wird. Hier sollen kommunal basierte Maßnahmen gefördert werden, die dem Erhalt, der Entwicklung und der Steuerung von Versorgungsbausteinen vor Ort dienen. Ebenso, in welcher Art und Weise bzgl. der Versorgung psychisch kranker Menschen steuernd – und bezogen auf welches Gebiet (örtliche Ebene, Stadt-/Landkreisebene, regionale Ebene) – eingegriffen werden kann und muss. Das heißt, die in diesem Kapitel aufgezeigte soziostrukturell-ökonomische Unterschiedlichkeit der Gebiete in Niedersachsen verlangt auch eine entsprechend differenzierte Planung, Steuerung und Koordination der Versorgung.
- Die soziostrukturellen und wirtschaftskraftbezogenen Unterschiede innerhalb der Gebiete in Niedersachsen lassen die Frage virulent werden, ob hier Zusammenhänge zu Entstehung und Zahl psychischer Erkrankungen bestehen, d. h. einzelne Gebiete deshalb mehr oder weniger davon betroffen sind. Zweifelsohne verweisen sozialmedizinische Untersuchungen darauf, dass psychische Erkrankungen schichtspezifisch

⁷ Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.). (2014). *Gesundheitsregionen Niedersachsen – Leitfaden*. Hannover: LGA & AFS.

unterschiedliche Ausprägungen annehmen, dass sie mit Arbeitslosigkeit korrelieren, dass sie zu Erwerbsminderung führen können u. ä. Der Umkehrschluss, dass Regionen mit bestimmtem Altersaufbau, mit höherer Arbeitslosigkeit, mit höherer Anzahl von Ein-Personenhaushalten o. ä. *zwingend* zu höheren psychischen Morbiditätsraten führen, kann allerdings nicht in gleicher Weise gezogen werden: So kann z. B. auch in stark verdichteten Regionen mit hoher Wirtschaftskraft die persönliche Belastung einzelner Beschäftigter subjektiv höher empfunden werden als in ländlichen Gebieten (mit entsprechenden Auswirkungen: Stress, Depression, Suchtmittelgebrauch), die Anonymität der Städte kann ein Übriges dazu beitragen. So verzeichnen z. B. die Ergebnisse von Jacobi u. a. einen „Trend zu höheren Raten in Großstädten“ (> 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner)⁸. Auch zieht der in Städten meist höhere Ausbaugrad therapeutischer Institutionen direkt oder indirekt ein höheres Maß an Inanspruchnahme und diagnostisch festgestellter Morbidität nach sich. Dies alles bedenkend ist Zurückhaltung geboten, nur aufgrund regional-struktureller Gegebenheiten und mit einfachen Schlüssen auf die Ursache für bestimmte, höhere oder niedrigere Prävalenzen und Inzidenzen für psychische Erkrankungen zu schließen. Gleichwohl bestehen in Zusammenhang mit bestimmten manifest gewordenen soziostrukturellen Ausprägungen frühzeitige Handlungsbedarfe: Sozialpräventive Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen und Krisen sollten in jedem Fall ergriffen werden, wo z. B. (Jugend-)Arbeitslosigkeit gegeben ist, wo prekäre Sozial- und Wohnverhältnisse bestehen, wo hohe Anteile älterer Menschen in Ein-Personen-Haushalten leben u. a. m.

2.2 Psychische Erkrankungen: Epidemiologie, Morbidität und Inanspruchnahme

2.2.1 Zur Ist-Situation

Im Mittelpunkt der Reform und strukturellen (Re-)Organisation der psychiatrischen Versorgung stand und steht die von psychischer Erkrankung betroffene Person. Folglich ist ein Blick auf den Stand, die Entwicklung und die Verteilung psychischer Erkrankungen erforderlich. Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass sich die Aussagen jeweils auf bundesweite Studien beziehen; epidemiologische Studien nach dem Maßstab „state of the art“ allein für das Land Niedersachsen liegen nicht vor. Zur Einordnung zunächst ein Blick auf Stand und Entwicklung *somatischer* Erkrankungen:

Der säkulare, langfristige *Wandel im Krankheitsspektrum* in den letzten ca. 100 Jahren verweist aufgrund der Fortschritte in der Ernährung, der Medizin und Hygiene, aufgrund gesundheitsorientierter Lebensstile auf ein nahezu völliges Zurückdrängen der durch früher mangelnde Hygiene, verseuchtes Wasser u. ä. bedingten infektiösen Erkrankungen (Cholera, Typhus usw.), hingegen auf ein Anwachsen von Muskel-, Skelett-, Herz-Kreislauf-, Atemwegs-, Magen-Darm-, Krebs- und auch psychischer Erkrankungen, mit zugleich Tendenzen zur Chronifizierung. Die Ursachen hierfür sind vielfältiger Natur, bei einzelnen Erkrankungen spielen sicher auch z. B. einseitige Ernährung, Rauchen, Bewegungsarmut, Alkoholmissbrauch, aber auch Umgang mit Stress als Prädiktor für einzelne Erkrankungen eine gewisse Rolle. Vor den Herausforderungen dieser sog. heutigen großen Volkskrankheiten steht die Gesellschaft jetzt und voraussichtlich künftig, sie nehmen

⁸ Vgl. Jacobi, F., Höfler, M. & Strehle, J. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77-87.

auch seit Jahrzehnten die vorderen Ränge z. B. in der Krankenhausstatistik ein: Von 18,8 Mio. stationären Krankheitsfällen in Deutschland insgesamt im Jahr 2013 entfallen 10,5 Mio. Fälle (56,1 %) auf diese großen Volkskrankheiten. 1,2 Mio. Fälle aus den 18,8 Mio. entfallen auf psychische Erkrankungen, dies entspricht 6,4 %.⁹

Das Krankheitsspektrum für das Land Niedersachsen – gemessen an stationären Fällen für die Jahre 2010 bis 2012 – zeigt die folgende Tabelle. Sie belegt auch für dieses Land die Dominanz der heutigen Schwerpunkterkrankungen („Volkskrankheiten“), die geringe Bedeutung infektiöser Erkrankungen und den Anteil, den psychische Erkrankungen einnehmen (sechster Platz gemessen an der Häufigkeit):

⁹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2015). *Statistisches Jahrbuch 2014*. Wiesbaden.

Tab. 7: Diagnosedaten der Krankenhäuser nach ausgewählten Diagnosen absolut

Diagnose (ICD-10)	Niedersachsen		
	2010	2011	2012
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	48.587	50.455	50.992
C00-D48 Neubildungen	144.412	144.109	144.070
D50-D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	11.772	11.816	12.175
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	44.054	43.243	44.111
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	105.604	107.772	110.785
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	56.567	58.525	60.299
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	24.839	23.718	23.070
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	14.516	14.694	14.128
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	244.549	250.621	258.309
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	104.390	108.538	107.385
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystem	165.496	169.942	172.529
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	22.838	23.926	24.689
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	151.484	153.915	155.168
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystem	88.166	91.521	92.432
P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	15.127	14.329	14.935
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	7.786	7553	7.289
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	74.908	79.448	85.796
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	174.969	172.578	170.716
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	55.594	54.662	53.940

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014.

Für die weitere Zukunft wird ein *alterskorrelierter Anstieg dieser Erkrankungen* vorausgesagt, z. B. für Krebserkrankungen ein Anstieg um 26 %, für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen um 23 % bis zum Jahr 2030.¹⁰

Verwiesen sei aber relativierend darauf, dass diese auch manchmal als „Krankheitslast“ bezeichneten Gegebenheiten keinesfalls immer die negative Assoziation dieser Bezeich-

¹⁰ Vgl. Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung IGSF (Hrsg.). (2011). *Sechs Entwicklungslinien für Gesundheit und Pflege*, Kiel: IGSF. S. 29 f.

nung verdienen. Dass im erreichten höheren Alter mehr Störungen und Krankheiten auftreten können, ist eine altbekannte Tatsache. Zu vergessen ist allerdings nicht, dass es zunächst als erheblicher Gewinn betrachtet werden muss, ein Mehr an Lebensjahren überhaupt erreicht zu haben, die Lebenserwartung ist insbesondere im letzten Jahrhundert deutlich gestiegen (von im Schnitt ca. 46 Jahren in den Jahren 1900/1910 auf gut 80 Jahre im Jahr 2000¹¹). Auf die Eindämmung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sei ebenfalls verwiesen. Die Korrelation zwischen höherem Alter und Krankheit ist auch nicht so ausgeprägt, als dass nicht auch im höheren Lebensalter vielfach gesunde Jahre verbracht werden können. Das Robert Koch-Institut (RKI) verweist z. B. nach einer Analyse von stationären Diagnosedaten für die Jahre 2000 bis 2010 darauf, „dass es einerseits Krankheiten gibt, bei denen die demografische Alterung zu einem starken Anstieg der Krankenhausbehandlungen geführt hat (z. B. Herzschwäche oder Prostatakrebs). Andererseits hat sie bei Krankheiten wie unspezifischen Rückenschmerzen [...] nur leichte Anstiege der Behandlungszahlen nach sich gezogen. Daneben gibt es Krankheiten, bei denen die Behandlungszahlen trotz demografischer Alterung gesunken sind. Das sind z. B. ischämische Herzkrankheiten“.¹² Schlussfolgernd: „Auch wenn mit zunehmendem Alter physiologische Veränderungen eintreten, die mit einem höheren Risiko für die Ausbildung von Erkrankungen einhergehen, lässt sich die Gesundheit älterer Menschen auf vielfältige Weise positiv beeinflussen. Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können Krankheiten vermieden, hinausgezögert und ihre Folgen reduziert werden. Präventive Maßnahmen tragen damit auch zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit im höheren Lebensalter bei“ (ebenda, S. 6). Ein entsprechend differenzierter Blick ist deshalb auch für das Gebiet der psychischen Erkrankungen notwendig und hilfreich.

Zur Epidemiologie, Zahl und Verteilung psychischer Erkrankungen und Störungen

Die Verfasser der Psychiatrie-Enquête gingen 1975 davon aus, dass ca. ein Drittel der Bevölkerung mindestens einmal im Leben eine (ambulant oder stationär) behandlungsbedürftige Episode psychischer Erkrankung durchlaufen würde, dies beruhte damals z. T. noch auf Schätzungen und einer geringen Zahl von Untersuchungen. Die Heranziehung von einschlägigen Studien und Erkenntnissen aus den letzten Jahren bis in die Gegenwart ergibt – in Kürze – folgendes Bild:¹³

Kinder und Jugendliche

Ihle und Esser fassen in einem Übersichtsartikel bereits im Jahr 2002 die Ergebnisse von insgesamt 19 nationalen und internationalen Untersuchungen zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wie folgt zusammen: „Der Median der Periodenprävalenzraten [...] betrug 18 %, wobei ca. drei Viertel der Prävalenzraten zwischen

¹¹ Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 43.

¹² Nowossadeck, E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *GBE kompakt* (2/2012). Berlin: RKI. S. 4 f.

¹³ Die Darstellung beruht insbesondere auf folgenden Veröffentlichungen:
Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34, 1, 16-28.
Hapke, U., von der Lippe, E., Busch, M. & Lange, C. (2012). Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (41). Berlin: RKI.
Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 4, 357-376.

15 und 22 % lagen. Damit sind psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen“.¹⁴ Barkmann & Schulte-Markwort kommen in ihrem Literaturüberblick aus dem Jahr 2004 auf eine mittlere Prävalenzrate von 17,2 %.¹⁵

Aktuell für Deutschland von Bedeutung sind die Arbeiten des RKI, die unter den Kurzbezeichnungen KiGGS bzw. BELLA durchgeführt wurden (Basiserhebung in den Jahren 2003 bis 2006 bzw. 2004 bis 2007). KiGGS widmet sich der Untersuchung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, BELLA bezeichnet das Untersuchungs-Modul Psychische Gesundheit innerhalb KiGGS mit mehreren Messpunkten. Beide Untersuchungen wurden in den Folgejahren fortgesetzt, so fand in den Jahren 2009 bis 2012 eine weitere Befragungswelle zu KiGGS statt. Für BELLA wurden die Untersuchungen nach der Basiserhebung 2005 bis 2008 (2-Jahre-follow-up) und 2009 bis 2012 (6-Jahre-follow-up) fortgeführt, in denen diverse Merkmale zu psychischer Gesundheit, Beeinträchtigungen, Inanspruchnahme etc., ausgehend von den in der ersten BELLA-Welle bereits befragten Studienteilnehmenden (N = 2.863) im weiteren Verlauf untersucht werden. Folgende Ergebnisse sind im gegebenen Kontext von Bedeutung:

- Die KiGGS-Befragung von 2009 bis 2012 mit den Schwerpunkten: körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Ca. 16 % der Kinder und Jugendlichen wiesen nach Angaben der Eltern ein chronisches Gesundheitsproblem auf; 3,2 % waren krankheitsbedingt eingeschränkt, Dinge zu tun, die Gleichaltrige tun können. Die Auffälligkeitsrate bei psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren lag bei 20,2 % (Jungen: 23,4 %; Mädchen: 16,9 %). Bei 12,4 % der betroffenen Kinder und Jugendlichen waren zusätzlich massive Beeinträchtigungen im sozialen und familiären Alltag zu verzeichnen.¹⁶
- Die vertieften Untersuchungen in den BELLA follow-up-Studien ergaben: Unter den Kindern und Heranwachsenden, die an allen Messpunkten teilnahmen (n = 1.255), zeigten rd. 10 % klinisch signifikante psychische Probleme. In einem Zeitraum von sechs Jahren zeigten 74,3 % keine Auffälligkeiten, 15,5 % hatten sich erholt („remitted“). 2,9 % wiesen durchgehende, 7,3 % akute oder wiederkehrende Probleme auf. Insgesamt ist die relative Wahrscheinlichkeit, dass im Alter zwischen 7 und 12 psychische Probleme auftreten, am höchsten, ebenso im Alter ab 19. Die Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen erfolgt bei 33 % der Befragten mit akuten oder wiederkehrenden Problemen und bei 63,9 % mit persistierenden Problemen.¹⁷
- In einer Sekundäranalyse von 33 internationalen Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen finden Barkmann und Schulte-Markwort eine mittlere Prävalenzrate von 17,6 %. Diese Rate variiert jedoch zwischen den Studien, abhängig u. a. von der Falldefinition und von den eingesetzten Erhebungsinstrumenten.¹⁸

¹⁴ Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169, S. 159.

¹⁵ Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 6, 278-287.

¹⁶ Vgl. www.kiggs-studie.de (aufgerufen zuletzt am 24.06.2015) und Vortrag Robert Koch-Institut beim 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zu „Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“, München, 4. bis 7. März 2015.

¹⁷ Vgl. Ravens-Sieberer u. a. (2014). The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 6, 695-703.

¹⁸ Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioral disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66, 194-203.

Alle Studien zusammen genommen lassen, bei Widersprüchlichkeiten im Einzelnen, eine „Auffälligkeitsrate“ von 15 % bis 21 % bei Kinder- und Jugendlichen als belegbar erscheinen, allerdings ist unter methodischen Aspekten darauf hinzuweisen, dass z. B. die Ergebnisse der BELLA-Studie auch auf Befragungen der Eltern und deren Wahrnehmung beruhen.

Erwachsene Bevölkerung

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) geht in ihrer Schrift „Psychiatrie 2020“ davon aus, dass „32,1 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren in einer 12-Monats-Prävalenz die Kriterien einer psychischen Erkrankung [erfüllen]. Am häufigsten treten darunter Angststörungen (12,6 %), somatoforme Störungen (11 %), depressive Störungen (8,8 %) und Alkoholabhängigkeit (6,3 %) auf“.¹⁹

Die Auswertung verschiedener Studien auf EU-Ebene²⁰ ergibt für verschiedene psychogene Erkrankungen innerhalb eines 12-Monatszeitraums Prävalenzraten (Erkrankungsraten) von beispielsweise

- 4,8 % bis 8,0 % der Bevölkerung für Depression
- 0,2 % bis 4,8 % für Alkoholabhängigkeit
- 0,8 bis 2,2 % für Angststörungen
- 0,5 % bis 1,1 % für Zwangsstörungen usw.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass die Wahrscheinlichkeit, von irgendeiner psychischen oder Verhaltensstörung in einem 12-Monatszeitraum betroffen zu werden, bei Erwachsenen bei 27 % liegt.²¹

Bestätigt wird diese Zahl durch die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)“, referiert durch Jacobi u. a. im Jahr 2014, bei der sie feststellten, dass bei etwa einem Drittel der Frauen und gut einem Fünftel der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren „in den vergangenen 12 Monaten zumindest zeitweise mindestens eine psychische Störung vor[lag ...]. Die Gesamtprävalenz beträgt 27,7 %. Häufigste Störungen sind Angststörungen (15,3 %), affektive Störungen (9,3 %) und Störungen durch Substanzgebrauch (5,7 %, ohne illegale Drogen). In etwa 40 – 50 % der Fälle waren mehrere Diagnosen zu verzeichnen. [...] Die Prävalenzen unterscheiden sich stark hinsichtlich des Geschlechts (mit Ausnahme von Substanzstörungen häufiger bei Frauen), des Alters (höhere Prävalenz bei jüngeren und niedrigere Prävalenz bei Älteren) und des sozioökonomischen Status (höhere Prävalenz bei niedriger

¹⁹ Schneider, F., Falkai, P. & Maier, W. (2011). *Psychiatrie 2020 plus*. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 2, unter Bezug auf Wittchen H.U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt*, 44, 993-1000.

²⁰ Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34, 1, 16-28. S. 17.

²¹ Psychische und Verhaltensstörungen werden hier und im Folgenden klassifiziert nach dem Diagnoseschlüssel der „International Classification of Diseases, 10. Revision – ICD-10“, darin werden mit den Codes F00 bis F99 alle psychischen Erkrankungen gruppiert bzw. klassifiziert.

sozialer Schicht) [...]. Regional zeigen sich bei psychotischen und affektiven Störungen höhere Raten in Großstädten".²²

Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter

Vorausgeschickt werden muss, dass die Datenbasis zu psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter – mit Ausnahme von Aussagen zu Demenz – vergleichsweise schmal ist. Dazu kommen wissenschaftlich-konzeptionelle Fragen, inwieweit psychische Störungen im Alter gesondert, d. h. je „für sich“ auftreten oder Ergebnis von allgemeinen Alterungsprozessen sind, d. h. ein allgemeiner „Lebensrückzug“ zu konstatieren und zu akzeptieren ist, auch verbunden mit Einschränkungen in der kognitiven und emotionalen Leistungsfähigkeit insbesondere in den Altersstufen ab 75 und 80 Jahren. Denn je nach Betrachtung sind unterschiedliche Hilfesysteme zuständig oder präventive Maßnahmen nötig. Für die „Demenz“ gilt Ähnliches, wobei dieser Begriff selbst bereits unterschiedliche Ursachen und Erscheinungsformen umfasst: Handelt es sich um cerebrale Veränderungs- und Abbauprozesse im Sinne von „Alterserscheinungen“ oder (in jedem Fall?) um „Krankheit“ mit z. B. auch psychiatrischem Hilfebedarf? Verbindliche Aussagen sind zwar im Einzelfall möglich, flächendeckende Aussagen darauf aufzubauen ist jedoch schwierig.

Bei der analytischen Aufbereitung zu den Erscheinungsformen psychischer Veränderungen im Alter ist es hilfreich, drei Gruppen zu unterscheiden:

- bereits früher psychisch erkrankte Menschen, die jetzt alt geworden sind
- Menschen, die erst im Alter von psychischer Erkrankung betroffen sind (z. B. Depression, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit, Wahn, delirante Zustände z. B. nach Unfällen, permanente Schlafstörungen, Ängste)
- Menschen, die aufgrund degenerativer, vaskulärer oder hirnorganischer Veränderungen kognitive Einschränkungen oder demenzielle Entwicklungen erfahren.

Die Gruppen sind nicht trennscharf voneinander abzugrenzen. Schwerpunktmäßig lassen sich jeweils folgende Aussagen treffen:

- Alt gewordene psychisch erkrankte Menschen sind im System i. d. R. bereits früher bekannt und versorgt worden. Ganz überwiegend leben sie noch zu Hause, falls dort noch Versorgung geleistet werden kann oder in Heimen oder, bei Behandlungsbedürftigkeit, in psychiatrischen Kliniken. Der Anteil der alt gewordenen psychisch erkrankten Menschen an der Gesamtbevölkerung dürfte unter einem Prozent liegen.
- Menschen, die im Alter von psychischen Erkrankungen betroffen sind bzw. werden: Jacobi u. a. berichten, bezogen auf eine 12-Monatsprävalenz, von einem Anteil von 20,3 % der Bevölkerung im Alter von 65 bis 79 Jahren (d. h. Betroffenheit von mindestens einer psychischen Störung im Jahr).²³ Das bestätigen zunächst auch ältere Studien, bei denen zusammenfassend davon ausgegangen wird, dass „etwa ein Vier-

²² Jacobi, F., Höfler, M. & Strehle, J. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77-87.

²³ Jacobi, F., Höfler, M. & Strehle, J. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77-87. S. 82.

tel der Altenbevölkerung an einer psychischen Krankheit leidet.“²⁴ Allerdings sind in dieser Aussage die kognitiven und hirnganischen Veränderungen auch zusammengefasst; die Prozentsätze für einzelne Erkrankungen wie Depression, Sucht u. a. liegen jeweils deutlich unter 20 % bzw. im einstelligen Prozentbereich. Zu unterscheiden sind hier außerdem, da sind sich alle Autoren einig, die Altersstufen bis 75, bis 80 Jahre und darüber. „Etwa ein Viertel der über 64-Jährigen leidet an einer psychischen Störung. Trotz der altersabhängigen Zunahme von Demenzerkrankungen ist jedoch die psychiatrische Gesamtmorbidität in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen nicht höher als in jüngeren Altersgruppen“.²⁵ Jenseits der 80 Jahre nehmen psychische Veränderungen und Störungen dann aber dynamisch zu, sodass aufgrund des generell steigenden Anteils der über 80-Jährigen an der Bevölkerung der größere Handlungsbedarf hier liegen dürfte.

Ein dynamisches Wachstum ist aufgrund der demografischen Entwicklung jedoch insbesondere für die dritte Gruppe der kognitiven Veränderungen und Demenzen aufgrund vaskulärer und hirnganischer Veränderungen anzunehmen. Die Studie des Robert Koch-Instituts zur Altersdemenz aus dem Jahr 2005 geht von einer Million daran erkrankter Personen aus.²⁶ Das Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung IGSF prognostiziert bis zum Jahr 2030 einen Anstieg auf 1,6 Mio.²⁷ Ein Anstieg wird eintreten, welche Größenordnungen er allerdings faktisch erreicht, ist nicht linear oder nur einfach alterskorreliert abzuleiten. So verweist z. B. eine größer angelegte Studie aus England mit Zeitvergleich 1989 bis 1994 und 2008 bis 2011 im Ergebnis sogar auf eine deutliche Reduktion in der Prävalenz der Demenzerkrankungen (–24 % in den untersuchten Populationen). Die Autoren verweisen darauf, dass später im 20. Jahrhundert geborene, heute ältere geringere Gesundheitsrisiken und anderes Gesundheitsverhalten aufweisen. Dies scheint Demenz auch „aufschieben“ zu können. Dem widerspricht nicht, dass dennoch im Untersuchungszeitraum ein Anstieg der Prävalenz von Demenz in „care settings“ von 56 % auf 70 % erfolgt ist.²⁸ Das heißt, die mit dem längeren gesunden Alter immer später erfolgende Betreuungsnotwendigkeit oder die Heimunterbringung ist dann mit einem gehäuftem Auftreten von Einschränkungen, eben auch der Demenz, konfrontiert.

Eine aktuelle Studie spricht davon, dass in Deutschland „gegenwärtig etwa 1,5 Mio. Demenzerkrankte“ leben; „zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Jahr für Jahr treten 300.000 Neuerkrankungen auf“, ohne Therapiedurchbruch soll sich die Zahl der Betroffenen bis zum Jahr 2050 auf etwa 3 Mio. erhöhen.²⁹ Für Niedersachsen wird für das Jahr 2012 von einer Gesamtzahl von 144.300 betroffenen Personen ausgegangen, davon 85 % 75 Jahre und älter.³⁰

-
- 24 Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 55.
 - 25 Kruse, A., Gaber, E. u. a. (2002). *Gesundheit im Alter*. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (10). Berlin: RKI. S. 18.
 - 26 Vgl. Weyerer, S. (2005). Altersdemenz. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (28). Berlin: RKI. S. 7.
 - 27 Vgl. Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung IGSF (Hrsg.). (2011). *Sechs Entwicklungslinien für Gesundheit und Pflege*. Kiel: IGSF. S. 30.
 - 28 Matthews, F.E. u. a. (2013). A two decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Aging Study I and II. *The Lancet*, 382, 1405-1412.
 - 29 Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (Hrsg.). (2014). *Das Wichtigste – Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen* (1). Berlin. S. 1.
 - 30 Ebenda, S. 3.

Allerdings ist nochmal festzuhalten, dass der undifferenzierte Gebrauch des Begriffs „Demenz“ verdeckt, dass es auch Beeinträchtigungen „milderer“ Grades aufgrund vaskulärer Veränderungen gibt, die besser mit „kognitiven Einschränkungen“ oder als „Mild Cognitive Impairments MCI“ bezeichnet werden sollten (d. h. subjektiv empfundene und objektiv bestätigte Gedächtnisverluste, verzögerte Wiedergabe, Bewältigung von Alltagsaktivitäten ist jedoch nicht beeinträchtigt). Je nach Abgrenzung ergibt sich in der Literatur dann ein Verhältnis von „schwerer“ Demenz zu MCI von zwei Drittel zu einem Drittel bis zu 80 % zu 20 %. Eine Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung verweist auf einen Betroffenheitsgrad (Prävalenz) von schwerer Demenz in der Altenbevölkerung ab 75 Jahre in Höhe von 12,4 % bis 17,4 %. Bei jeder fünften Person (19,3 %) in dieser Altersgruppe wurden leichtere Beeinträchtigungen gemäß MCI festgestellt.³¹ Diese Unterscheidung ist auch deshalb von Bedeutung, da der Hilfebedarf unterschiedlich ist.

Geschlechterbezogene Unterschiede

Auf allen Altersstufen und in allen Lebensphasen manifestieren sich geschlechterbezogene Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Störungen, Erkrankungen und Krankheitsverläufe. Dies gilt für somatische Erkrankungen in gleicher Weise wie für psychische Störungen und Erkrankungen. So zeigen z. B. die Verteilungen der 20 häufigsten Hauptdiagnosen vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten bei diversen somatischen Erkrankungen z. T. gravierende Unterschiede.³²

Bezogen auf psychische Störungen und Erkrankungen lässt sich insbesondere festhalten: Die o. g. KiGGS-Studie verweist auf Auffälligkeitsraten von 23,4 % bei Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren und von 16,9 % bei Mädchen. Im Detail gibt es dabei Tendenzen, dass Mädchen allerdings, wenn sie betroffen sind, längere Verlaufsphasen aufweisen.³³ In ihren Ergebnissen verweisen KiGGS- und BELLA-Studie außerdem darauf, dass bei den Auffälligkeitsraten Zusammenhänge mit Familienstruktur, sozialer Schicht und Migrationsstatus bestehen.

Bei den Altersgruppen von 18 bis 79 Jahre zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezogen auf die durchschnittlichen 12-Monats-Prävalenzraten vor allem bei „Störung durch Substanzgebrauch“ (F1 nach ICD-10): Frauen 13,9 %, Männer 19,4 %; bei „Affektiven Störungen“ (F3): Frauen 12,4 %, Männer 6,1 %; bei „Angststörung“ (F40/F41): Frauen 21,3 %, Männer: 6,1 %; bei „Somatoformen Störungen“ (F45): Frauen 5,2 %, Männer 1,7 %.³⁴ Zusammenfassend halten Jacobi u. a. bezogen auf das Gesamtspektrum der psychischen Störungen fest: „In den 12 Monaten vor der Untersuchung erfüllte etwa jede dritte Frau (33,3 %) und etwa jeder vierte bis fünfte Mann (22,0 %) die Kriterien für mindestens eine der aufgeführten Diagnosen (ohne Nikotinabhängigkeit)“.³⁵ Bereits diese Daten verweisen auf ein geschlechtsspezifisch differenzierendes Konzipieren und Umsetzen psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Hilfe. Bezogen auf die Altersgruppen ab 65 Jahren lassen sich die Erkenntnisse aus der Literatur zwar dahingehend zusammenfassen, dass Depression, Schlafstörung, Medikamentenge-

³¹ Luck, T. u. a. (2011). Leichte kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen. Eine Bevölkerungsperspektive: Ergebnisse der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+). *Arzteblatt Sachsen*, 8, 426-431.

³² Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Daten des Gesundheitswesens 2015*. Berlin, S. 22.

³³ Ravens-Sieberer u. a. (2014). The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 6, 695-703.

³⁴ Vgl. Jacobi, F. u. a. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85, 77-87, S. 80.

³⁵ Ebenda., S. 81.

brauch in der Tendenz bei Frauen häufiger auftreten; allerdings bedürfte es mit Blick auf die durchschnittlich höhere Lebenserwartung von Frauen für genauere Aussagen altersstandardisierter Untersuchungen.

Bezogen auf die erwerbstätige Bevölkerung enthält der jüngst vorgelegte „DAK Gesundheitsreport 2016“, der „Gender und Gesundheit“ zum Schwerpunktthema hat, aufschlussreiche Ergebnisse.³⁶ Zwar beziehen sich die Untersuchungen nur auf die DAK-Versicherten, so dass sich die Aussagen nicht linear auf die Gesamtbevölkerung übertragen lassen. Doch verweisen sie ebenso auf deutliche Unterschiede in der Diagnosen-Struktur, aber insbesondere auf die unterschiedliche Wahrnehmung von Krankheit und Störung, Krankheitsverarbeitung usw. zwischen den Geschlechtern: „Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind ein hochkomplexes Phänomen [...]. Der höhere Krankenstand von Frauen ist weniger ein Indikator für objektive Morbidität als für weibliches Gesundheitsverhalten (wie umgekehrt der geringere Krankenstand bei Männern kein Indikator für eine bessere Gesundheit von Männern ist) im Hinblick auf höhere Stresssensibilität, höhere Sensibilität gegenüber körperlichen und psychischen Symptomen, stärkere Befindlichkeitsstörungen, stärker ausgeprägtes präventives Verhalten [...]“.³⁷ Die Unterschiede im Gesundheitsverhalten werden wiederum beeinflusst von sozialen Rollen und Rollenerwartungen, von geschlechtsbezogener Sozialisation und vom Sozialstatus, die sich ihrerseits auf das Inanspruchnahmeverhalten, auf die therapeutische Beziehung und damit auf den Krankheits- und Genesungsverlauf auswirken.

Psychische Erkrankungen bei Migration

Betrachtet man die Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist zunächst eine sehr unterschiedliche Ausgangslage festzustellen: Etwa zwei Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund sind selbst migriert, ein Drittel wurde in Deutschland geboren und verfügt über keine eigene Migrationserfahrung. Sowohl die eigenen oder familiären Migrationsmotive (Studien- und Arbeitsmigration, Flucht und Vertreibung, Familienzusammenführung u. v. m.) als auch die Migrationsbiografien (unterschiedliche Aufenthaltsdauer, in erster, zweiter oder dritter Generation) unterscheiden sich. Mehr als die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Die ausländische Bevölkerung verfügt über unterschiedliche Aufenthaltstitel (von der EU-Staatsbürgerschaft bis hin zur Duldung). Aktuell ist die Situation zudem durch den Zuzug vieler Flüchtlinge gekennzeichnet.

Psychische Erkrankungen können auch Menschen mit Migrationshintergrund betreffen. Und wenngleich keine repräsentativen Daten zur psychischen Belastung von Menschen mit Migrationshintergrund vorliegen, so verweisen verschiedene Studien in Deutschland und im Ausland doch auf eine höhere Belastung in migrantischen Populationen, bspw. bzgl. Depressionen.³⁸ Auch sind der subjektive Gesundheitszustand und die Gesundheitszufriedenheit von Migrantinnen und Migranten niedriger als in der Herkunftsbevölke-

³⁶ DAK (2016). *Gesundheitsreport 2016*. Hamburg: DAK.

³⁷ Ebenda, S. 38.

³⁸ Vgl. z. B. Schuler-Ocak, M., Eichberger, M.C., Penka, S., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 58, 6, 527-532.
Boos-Nünning, U., Siefen, R.G., Kirkcaldy, B., Otyakmaz, B.Ö. & Surall, D. (2002). Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 141/2*. Baden-Baden: Nomos.
Razum, O., Zeeb, H. u. a. (2008). Migration und Gesundheit. In Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit*. Berlin: RKI.
Strobl, R. & Kühnel, W. (2000). *Dazugehörig und ausgegrenzt: Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler*. Weinheim: Juventa.

rung. Flüchtlinge sind in besonderer Weise in Folge von Gewalterfahrung, Bedrohung, Flucht etc. von Posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen. Die Interpretation von Erkrankungsdaten muss jedoch eine Vielzahl von Wirkfaktoren berücksichtigen: demografische und sozioökonomische Faktoren, Rollenzuweisungen durch die Aufnahmegesellschaft sowie spezifische Belastungsfaktoren.

Die Belastungen sind von unterschiedlicher Art, je nachdem, ob die eigene Migration oder die Migration in der Vorgeneration stattgefunden hat. Selbst migrierte Menschen erleben im Zusammenhang mit ihrer Migration i. d. R. Krisen. Sie haben das soziale Umfeld aufgegeben, mussten dies oft tun. Das bedeutet Verlust psychischer Ganzheit und die Anforderung, in einem neuen Sozialisations- und Integrationsprozess diese Ganzheit wiederherzustellen. In psychologischer Perspektive bedeutet Migration oft eine traumatisierende Erfahrung – ggf. zusätzlich zu belastenden Erlebnissen vor der Auswanderung, insbesondere bei Flucht vor Krieg, Gewalt, Verfolgung etc. Für Angehörige der Folgegeneration(en) treffen zwar viele der genannten Belastungsfaktoren nicht oder nur eingeschränkt zu, es kommt jedoch in den Familien wie auch im größeren sozialen Umfeld oft zu einer Konfliktdynamik, die mit den migrationsbedingten Belastungen der ersten Generation und den Schwierigkeiten der Identitätsentwicklung im Spannungsfeld unterschiedlicher Kultureinflüsse im Zusammenhang zu sehen ist.

Der Wechsel von einer Kultur und Gesellschaft in eine andere kann aber auch mit vielen neuen und bereichernden Erfahrungen verbunden sein und Persönlichkeit stärken. Spezifische protektive Faktoren (familiäre Bindungsqualität, kultur-basierte Regeln, Ernährungsgewohnheiten u. ä.) können die Prävalenz von Störungen günstig beeinflussen. Dieser sog. „healthy-migrant-effect“ geht auch damit einher, dass vorrangig junge und gesunde Menschen migrieren oder, im Kontext des Zugangs von Flüchtlingen, Menschen mit einer eher guten Ressourcenausstattung.

Die psychischen Belastungen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und die Möglichkeiten, die Probleme zu überwinden, stehen in einem engen Zusammenhang mit der Bereitstellung adäquater Hilfeangebote. Tatsächlich werden soziale und medizinische/psychiatrische Hilfeangebote von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten aber nur unzureichend in Anspruch genommen – durchgehend weniger als von der übrigen Bevölkerung. Offensichtlich bestehen Zugangsbarrieren, wie bspw. ein kulturabhängig unterschiedliches Krankheitsverständnis, Mangel an Wissen über Hilfsmöglichkeiten und an Vertrauen in deutsche Hilfeangebote oder Sprachbarrieren und weitere Kommunikationsschwierigkeiten.³⁹

Die Datenlage zur *ambulanten* Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und – aktuell – Flüchtlingen ist sehr dünn und beruht weitgehend auf Schätzungen. Eine aktuell publizierte Studie⁴⁰ gibt Anhaltspunkte, in welchen Größenordnungen sich diagnostisch betrachtet der medizinisch-psychiatrische Versorgungsbedarf bei *stationär* behandelten Migrantinnen und Migranten darstellt, die bereits in Deutschland beheimatet sind (93 %) oder hier Asyl suchen (7 %). Ausgewertet wurden dazu Daten der Vitos GmbH (in Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbands Hessen; 12 Kliniken mit 3.500 Betten

³⁹ Vgl. z. B. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.). (o.J.). *Positionspapier*. Berlin: AK Migration und öffentliche Gesundheit – online unter: <https://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragteFuerIntegration/weitereschwerpunkte/gesundheitsundsoziales/node.html> (zuletzt abgerufen am 18.04.2016); Horn, A., Vogt, D., Messer, M. & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. *Bundesgesundheitsbl* 58, 6, 577-583.

⁴⁰ Vgl. Koch, E., Staudt, J. & Gary, A. (2015). Medizinische Versorgung von Migranten – Interkulturelle Öffnung, *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 10, 808-812.

Psychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensische Psychiatrie). Ergebnisse sind demnach u. a.:

- In der Vitos-Studie werden die größten Auffälligkeiten bei Suchterkrankungen festgestellt: „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen [...] werden in der Erwachsenenpsychiatrie deutlich häufiger bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund diagnostiziert. Erklärungen für die hohen Abhängigkeitsraten könnten in kulturell vorgebahnten Problemlösungsstrategien liegen, insbesondere bei russischen Personen.“ Betrachtet man die Ergebnisse weiterer Untersuchungen, so ist die Datenlage zur Prävalenz von Suchtproblemen in verschiedenen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund allerdings nicht eindeutig. Weiteren Hinweisen auf im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöhten Prävalenzen in bestimmten Teilgruppen bzw. zu bestimmten Konsumformen stehen Verweise auf geringere Prävalenzen in anderen Gruppen gegenüber. Methodologische Einwände stellen bisher gewonnene Forschungsergebnisse z. T. grundsätzlich in Frage, da besondere Anforderungen an eine kultursensible Methodik der Datenerhebung zu stellen sind. Czycholl geht davon aus, dass für Menschen mit Migrationshintergrund auf die Gesamtbevölkerung bezogene Schätzungen zunächst einmal einfach hochgerechnet werden können.⁴¹
- Die Vitos-Studie beobachtet des Weiteren, dass bei Menschen ohne Migrationshintergrund Behandlungen aufgrund affektiver Störungen „sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vergleichsweise häufiger [sind].“
- Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in der Gerontopsychiatrie [...] wird sich voraussichtlich in den nächsten Jahren an das Niveau jener ohne Migrationshintergrund angleichen, also steigen.“⁴² Und trotz spezifischer Ausprägungen kommt die Vitos-Studie insg. zu dem Schluss, dass „sich die Profile von Patientinnen und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund [ähneln].“⁴³

Psychische Erkrankungen bei geistig behinderten Personen

Die genaue Ermittlung der Gesamtzahl der Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen und mit geistiger Behinderung im Speziellen erweist sich als schwierig, da es in Deutschland keine lokalen oder nationalen Register⁴⁴ über Menschen mit geistiger Behinderung gibt.⁴⁵ Erste, aber unvollständige Anhaltspunkte geben die Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamtes bzw. der Statistischen Landesämter und die Sozialhilfestatistik, die Daten zu Empfängerinnen und Empfängern von Eingliederungs-

⁴¹ Vgl. Czycholl, D. (2005). Zugangsbarrieren in der Suchthilfe: z. B. für Aussiedler. In Arbeiterwohlfahrt Bundesverband; Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hrsg.), *Sucht, Migration, Hilfe: Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe und zur Kooperation von Migrationsdiensten und Suchthilfe. Ein Manual* (S. 93 – 109). Geesthacht: Neuland.

⁴² Koch, E., Staudt, J. & Gary, A. (2015). Medizinische Versorgung von Migranten – Interkulturelle Öffnung. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 10, 808-812. S. 811.

⁴³ Ebenda, S. 812.

⁴⁴ In Schweden und den Niederlanden gibt es solche Register.

⁴⁵ Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). *Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht*. Stuttgart: KVIS.

hilfe für behinderte Menschen enthält.⁴⁶ In Deutschland leben demnach 7,5 Mio. schwerbehinderte Menschen (alle Altersgruppen), das entspricht 9,4 % der Bevölkerung. Die Mehrzahl (62 %) ist körperbehindert, auf „geistig-seelische“ Behinderungen entfallen 11 % (entspricht 830 Tsd. Personen), auf „cerebrale Störungen“ 9 % (679 Tsd.). Über die Hälfte aller schwerbehinderten Menschen ist älter als 65 Jahre (54,2 %). Die relativ größte Gruppe (31 %) davon ist älter als 75 Jahre.⁴⁷ Eine prozentuale Umrechnung ergibt für Niedersachsen eine Zahl von knapp 80.000 geistig-seelisch schwerbehinderte Personen und 65.000 mit cerebralen Störungen. Betrachtet man die Schätzzahlen zu geistiger Behinderung im engeren Sinn, so leben in Deutschland, je nach Schätzung, etwa 500.000⁴⁸ bis 800.000⁴⁹ Betroffene, die Mehrzahl davon gilt als leicht geistig behindert (über 80 %).

Genaue Angaben zur Lebenserwartung von Menschen mit (geistigen) Behinderungen in Deutschland liegen nicht vor. Doch zeigen Ergebnisse internationaler Studien, wie auch die jüngste deutsche Studie von Dieckmann & Metzler, dass die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung generell gestiegen ist und dass sich für einige Personengruppen – insbesondere bei den Menschen mit leichter bis mittlerer Behinderung – die Lebenserwartung in zunehmendem Maße an die der Gesamtbevölkerung angleicht.⁵⁰ Schätzungen nach wird sich bis zum Jahr 2030 die Anzahl der Personen mit geistiger Behinderung, die 60 Jahre und älter sind, mehr als vervierfachen. Die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren wird sich bis 2030 sogar verzehnfachen.⁵¹ Dieser Zuwachs in der Gruppe älterer Menschen mit Behinderungen stellt in Deutschland eine historisch neue Entwicklung dar. Die Euthanasie-Morde während des Nationalsozialismus haben Menschen mit Behinderungen systematisch ausgelöscht, sodass ältere Menschen mit geistiger Behinderung als größere Personengruppe erstmals seit Mitte der 1990er Jahre in Erscheinung treten bzw. die nach dem Krieg geborenen Personen mit Behinderungen seit dem Jahr 2010 erstmals in größerer Zahl das Rentenalter erreichen. Zudem steigt die Lebenserwartung durch den medizinischen Fortschritt und die insgesamt verbesserte medizinische, therapeutische und soziale Versorgung sowie allgemein bessere Lebensbedin-

⁴⁶ In der Schwerbehindertenstatistik werden nur die Personen erfasst, die bei den Versorgungsämtern einen Antrag auf Anerkennung ihrer Behinderung gestellt haben. Zudem sind nur Personen dokumentiert, bei denen der Grad der Behinderung bei mindesten 50 oder mehr liegt. Personen, die von einer Behinderung bedroht sind, sowie Personen mit einem Behinderungsgrad von unter 50 sind nicht erfasst. Die Leistungsempfängerstatistik erfasst nur die Personen mit einer Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Über die Personen, die in Wohnpflegeheimen leben, sowie die Ruheständler der WfbM, die eigenständig oder bei Angehörigen wohnen und keine Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen, können keine Angaben gemacht werden.

⁴⁷ Alle Angaben: Statistisches Bundesamt (2015). Pressemitteilung Nr. 266 vom 29. Juli 2014 und Statistisches Jahrbuch.

⁴⁸ Seidel, M. (2009). *Psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung – Warum bedarf es geeigneter Angebote?* Vortrag beim 5. Hauptstadtsymposium der DGPPN am 17. Juni 2009 in Berlin.

⁴⁹ DGPPN, Referat Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (o. J.). *Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“*. Bielefeld: DGPPN.

⁵⁰ Bittles, A., Glasson, E. (2004). Clinical, social, and ethical implications of changing life expectancy in Down Syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46, 282-286.

Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). *Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht*. Stuttgart: KVJS.

Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H. & Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 591-599.

Tyrer, F., Smith, L. & McGrother, C. (2007). Mortality in adults with moderate to profound intellectual disability: a population-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 7, 520-527.

⁵¹ Dieckmann, F. u. a. (2010). *Vorausschätzungen der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Forschungsbericht*. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Katholische Fachhochschule NRW.

gungen.⁵² Die Lebenserwartung geistig behinderter Menschen liegt deshalb mittlerweile bei 70 bis 73 Jahren für Frauen und 65 bis 70 Jahren für Männer.⁵³

Mit Blick auf psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen zeigen die wenigen Studien eine große Bandbreite von Ergebnissen: Zwischen mindestens 10 % und über 30 % aller Menschen mit geistigen Behinderungen haben demnach zusätzlich eine psychische Störung, die häufig schon in der Kindheit beginnt und bis in das Erwachsenenalter bestehen bleibt.⁵⁴ Das Störungsspektrum umfasst sämtliche Erkrankungsbilder des ICD-10 mit einer Häufung atypischer schizophrener oder affektiver Psychosen, wobei Symptomatik und Verlauf sich deutlich anders als bei nicht behinderten Betroffenen zeigen können. Eine neuere Studie stellte bei geistig behinderten Kindern in Indien ca. 50-mal häufiger eine schizophrene Psychose fest als bei gleichaltrigen normal intelligenten Kindern.⁵⁵ Zudem zeigen bei bis zu etwa 60 % der Menschen mit geistigen Behinderungen (schwere) Verhaltensauffälligkeiten oder herausforderndes Verhalten.⁵⁶

Als Ursachen für die höhere Belastung werden v. a. diskutiert: Hirnschädigungen, behinderungsbezogene Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung, negative Wirkungen von Pharmakotherapie, schwierige Sozialisation und Stigmatisierungserfahrungen sowie geringere persönliche Kompensationsmöglichkeiten und beeinträchtigte Selbstwahrnehmung und eingeschränktes Ausdrucksvermögen (Underreporting). Hinzu kommt eine i. d. R. verspätete Diagnostik.

Ähnliches gilt für das Thema geistige Behinderung und Demenz: Der Zusammenhang von geistiger Behinderung und Demenz ist u. a. aufgrund der großen Heterogenität der Gruppe und Schwierigkeiten der Diagnosestellung bisher noch wenig erforscht. Während einige Autoren über dieselbe Prävalenzrate für Menschen ohne und mit geistiger Behinderung (mit Ausnahme der Gruppe mit Down-Syndrom) berichten, kommen andere zu dem Ergebnis, dass Menschen mit geistiger Behinderung zwei- bis dreimal häufiger an Demenz erkranken.⁵⁷ Erfahrungsgemäß verlaufen demenzielle Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung z. T. anders als bei Menschen ohne Behinderung und eine Abgrenzung oder Diagnostik ist schwieriger. Von Demenz betroffen sind vor allem Personen mit Down-Syndrom. Die Krankheit beginnt früh, 20 bis 30 Jahre früher als in

⁵² Vgl. z. B. Schwarte, N. (Hrsg.). (2009). *Qualität 60 Plus: Konzepte, fachliche Standards und Qualitätsentwicklung der Hilfen für ältere Menschen mit Behinderung*. Bielefeld: Bethel-Verlag.

⁵³ Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). *Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht*. Stuttgart: KVIS.

⁵⁴ Vgl. z. B. Seidel, M., 2009 (s. o.); DGPPN, o. J. (s. o.); Henricke, K. (Hrsg.). (2011). *Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen – Herausforderungen für die Praxis*. Berlin: DGSGB sowie weitere Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

⁵⁵ Lakhan, R. (2013). The coexistence of psychiatric disorders and intellectual disability in children aged 3 – 18 years in the Barwani District, India. *ISRN Psychiatry*. Online unter: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/875873/> (zuletzt abgerufen am 14.04.2016).

⁵⁶ Deb, S., Thomas, M. & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behavior disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res*, 45, 506–514;

Diefenbacher, A. & Voß, T. (2007). Psychische Störungen und schwere Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen. Berlin: Kassenärztliche Vereinigung. Online:

https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/09/60_medizin/kvbr.html (zuletzt abgerufen am 19.04.2016);

Cooper, S.A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*, 190, 27–35;

Deb, S., Kwok, H., Bertelli, M., Salvador-Carulla, L., Bradley, E., Torr, J. & Barnhill, J. for the Guideline Development Group of the WPA Section on Psychiatry of intellectual disability (2009). International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry*, 8, 181–186.

⁵⁷ Vgl. Gusset-Bährer, S. (2012). *Demenz bei geistiger Behinderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 39.

der Allgemeinbevölkerung, und verläuft schnell.⁵⁸ Auch wenn keine zuverlässigen Zahlen zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung vorliegen, so werden in der Behindertenhilfe doch zunehmend demenzielle Entwicklungen wahrgenommen, insbesondere fällt der Verlust von Fähigkeiten auf. Gleichzeitig sind Fachwissen und praktische Erfahrungen im Umgang mit älteren Menschen mit (geistiger) Behinderung und Demenz bisher eher gering und es existieren nur wenige zielgruppen-spezifische Angebote.⁵⁹

Für die Abschätzung des Hilfebedarfs ist es wichtig, zwischen primären psychischen Störungen, demenziellen Entwicklungen und Verhaltensauffälligkeiten zu unterscheiden, da erstere psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach sich zieht bzw. ziehen sollte, letzteres aber eher Änderungen im Setting oder im Umgang. Allerdings können Verhaltensauffälligkeiten auch Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein und beide Aspekte vielfältig ineinander verwoben auftreten.

Die Diagnostik einer psychischen Störung geht, ebenso wie deren Behandlung, mit besonderen Anforderungen einher. Vielfach werden Anzeichen als behinderungsbedingt eingestuft (Diagnostic Overshadow). Und selbst wenn Behandlungspersonen sich auf die besondere Art der Kommunikation einlassen und über Kenntnisse zu Erscheinungsbild und Verlauf psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung verfügen sowie geeignete spezifische Diagnostikverfahren⁶⁰ einsetzen, ist eine Befragung der Betroffenen oft aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit nur begrenzt möglich. Deshalb ist Diagnostik regelhaft langwierig und nur unter Einbezug des Umfelds möglich (mit ggf. vorhandenen subjektiven Interpretationen oder settingbestimmten Aspekten, ggf. sogar Overreporting).

Behandlung ist ebenfalls zeitaufwändig, erfordert oftmals Hausbesuche und die Unterstützung durch andere Hilfesysteme. Bei der Behandlung ist einfache Sprache wichtig und ggf. unterstützte Kommunikation, die Patientinnen und Patienten können nicht im gleichen Maß mitarbeiten wie nichtbehinderte Menschen; zudem sind andere Wirkmechanismen und Nebenwirkungen von medikamentöser Therapie zu berücksichtigen.⁶¹ Für die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit geistigen Behinderungen gibt es zunehmend Belege⁶², gleichwohl wird sie selten durchgeführt. Sofern Therapie stattfindet, muss sie ebenfalls eine andere Gestaltung wählen (kürzere Therapieeinheiten, einfachere Sprache, direkteres Vorgehen, Einbezug von Bezugspersonen etc.)

Auch wenn diese kurze Anmerkungen schon darauf verweisen, dass das Regelsystem immer wieder damit überfordert sein wird, Menschen mit geistigen Behinderungen adäquat zu versorgen, besteht mit Verweis, z. B. auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) der Anspruch, auch diese besondere Zielgruppe angemessen zu versorgen. Dies ist im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16.07.2015 mit der Einführung des § 119c zu Medizinischen Behandlungszentren berücksichtigt worden.

⁵⁸ Vgl. Müller, S.V. & Wolff, C. (2012). Demenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer Befragung. *Teilhabe*, 4, 51, 155–160.

⁵⁹ Ebd.

⁶⁰ Bspw. Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. & First, M. (Hrsg.) (2007). *Diagnostic Manual – Intellectual Disability DM-ID*. Kingston, N.Y.: NADD press.

⁶¹ Vgl. u. a. Seidel, (2009). Psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung – Warum bedarf es geeigneter Angebote? Vortrag beim 5. Hauptstadtsymposium der DGPPN am 17. Juni 2009 in Berlin.

⁶² Vgl. z. B. Prout, H.T. & Browning, B.K. (2011). Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: a review of effectiveness research. *Advances Ment Health Intell Disabil*, 5, 53–59.

2.2.2 Zur Bewertung der epidemiologischen Daten und der Inanspruchnahme – Schlussfolgerungen

Was ist aus den bisher beschriebenen Daten zu entnehmen? Die Frage der Umsetzung auf empirisch-wissenschaftlicher Grundlage erhobener Daten zur Morbiditätslage der Bevölkerung verknüpft sich naturgemäß schnell mit der Frage, welcher planerische Behandlungsbedarf sich daraus ableitet. Abstrakt betrachtet ist diese Frage berechtigt, konkret ist sie bisher keiner allgemein akzeptierten Lösung zugeführt, weder im Bereich der allgemeinen Wirtschaftsgüter noch bei gesundheitsbezogenen Bedarfen. Verantwortlich hierfür ist einerseits die Komplexität von Krankheitsbildern, insbesondere psychischer Erkrankungen, die einfache Antworten, welche Interventionen in welcher Größenordnung bei welchen Bedarfsgruppen erfolgversprechend sind und was folglich institutionell wo und wie exakt vorzuhalten wäre, kaum zulassen. Andererseits gibt es nicht „den“ einheitlich akzeptierten Bedarfsbegriff; der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Jahresgutachten 2000 „Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung im Rahmen der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung – Herleitung grundlegender Begriffe“ darauf verwiesen, dass z. B. subjektiver, objektiver, von Experten definierter und vom Angebot induzierter Bedarf zu unterscheiden seien. Ebenso zeigte er auf, dass z. B. die kassenärztliche Bedarfsplanung einerseits, die Krankenhausbedarfsplanung andererseits von unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen zur Bestimmung des Bedarfs ausgehen. Schließlich unterliegt die Umsetzung bedarfsbezogener Indikatoren auch gesetzlichen und politischen Einflussnahmen, z. B. ziehen konjunkturell schwache Jahre nicht selten finanz- oder ressourcenbezogene Rahmensetzungen bzw. Begrenzungen nach sich. Eine weitere Diskussion übersteigt allerdings den Rahmen eines Landespsychiatrieplans weit und aus den genannten Gründen bliebe sie mit Blick auf dieses hochkomplexe Thema auch ergebnisoffen. Was jedoch geleistet werden kann ist, zumindest Hinweise zu geben, welche vorsichtigen Schlüsse aus dem präsentierten epidemiologischen Material gezogen werden können und welche Faktoren die Umsetzung dieser Erkenntnisse in die Bedarfsplanung gleich welcher Art beeinflussen. Es ist dann den einzelnen Institutionen, den Körperschaften und der Landesebene überlassen bzw. diesen de facto gesetzlich zugewiesen, auf Basis dieser Erkenntnisse die jeweilige Bedarfsplanung zu betreiben. Was also kann aus dem epidemiologischen Kenntnisstand geschlossen werden?

- Er gibt zunächst und übergreifend *Anhaltspunkte*, mit welchen Raten – unter den Erhebungsbedingungen der jeweiligen Studien – bei psychischen Störungen und Auffälligkeiten bezogen auf die jeweilige Grundgesamtheit zu rechnen ist, d. h.: Epidemiologische Untersuchungen verweisen darauf, dass in der erwachsenen Gesamtbevölkerung ca. 27 % bis 32 % eine psychische Störung bezogen auf einen Einjahreszeitraum aufweisen, für Kinder und Jugendliche werden diesbezüglich 15 % bis 21,9 %⁶³ bzw. 20,2 % genannt, für Personen ab 65 Jahre in der Summe betrachtet 20 % bis 25 %.
- *Es gibt keine 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. Epidemiologisch betrachtet ist mindestens nicht methodisch exakt geklärt (z. B. mangels Zeitreihen-Studien), ob dies auf ein faktisches, „reales“ Anwachsen hindeutet oder Folge eines deutlich gewachsenen

⁶³ Siehe auch KIGGS-Studie 2003 bis 2006: Hölling, H. u. a. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 5/6, 2007, 784-793.

Behandlungsangebots ist. Das Steigen der „Inanspruchnahme-Prävalenz“ ist jedoch nicht zwangsläufig ein hinreichender Beleg für eine tiefgreifende Veränderung der „echten Prävalenz“. Möglicherweise wächst die Akzeptanz für psychische Beeinträchtigungen in der Gesellschaft und die Bereitschaft, sich mit diesen Problemen an Behandlungs- und Beratungsinstanzen zu wenden. Bezogen auf die Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in Kliniken in den Jahren 2003 bis 2012 ziehen Plener u. a. folgendes Fazit: „In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass der Anteil der aufgrund einer F-Diagnose in einem Krankenhaus behandelten Kinder in den 10 Jahren zwischen 2003 und 2012 zugenommen hat. Angesichts der gleichbleibenden Rate psychischer Auffälligkeiten in der Allgemeinbevölkerung spricht dies für einen Trend im Sinne einer gesteigerten Wahrnehmung und besserer Behandlungsoptionen“.⁶⁴

- *Eine Ableitung des „benötigten, faktischen“ Behandlungsbedarfs für kranke Personen aus epidemiologischen Erkenntnissen ist weder linear möglich noch gibt es hierzu allgemein konsenterte Konzepte.* Heinz fasst nach einer theoretischen Auseinandersetzung mit Krankheit vs. Störung und zu medizinischen und lebensweltlichen Aspekten psychischen Leidens zusammen: „Eine Person sollte jedoch nur dann als krank gelten, wenn sich aus dieser Organfunktionsstörung ein Schaden für die Person ergibt. Hierzu zählt das individuelle Leiden an der Störung der Funktionsfähigkeit [...] oder die Beeinträchtigung der für die soziale Teilhabe relevanten alltäglichen Fähigkeiten [...]. Über solche Erkrankungen hinaus gibt es eine Vielzahl von Leidenszuständen, die objektiviert und klassifiziert werden können, ohne dass sie eine Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionsfähigkeiten beinhalten und die mit dem gebräuchlichen Begriff der ‘Störung’ bezeichnet werden können“.⁶⁵ Jacobi und Barnikol ziehen zur Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf folgendes Fazit: „Bei der Frage des Behandlungsbedarfs (sowohl individuell als auch auf aggregierter nationaler oder regionaler Ebene) gibt es keine festen Grenzen: Weder stehen für psychische Störungen universal akzeptierte, biologisch oder psychopathologisch klar definierbare Marker zur Verfügung [...] noch existieren allgemeingültige Grenzen für krankheitswertiges Leiden und Beeinträchtigung [...]. Es bleibt weiterhin den fachkundigen Ärztinnen und Ärzten überlassen, die diagnostischen Kategoriensysteme als positive Stütze bei der Diagnostik als lernende, intelligente Methode anzuwenden und nicht als nominalen Diagnostikmantel der Therapiegrundlage einzusetzen“⁶⁶. Eine weitere Facette zum Kontext Diagnose und Behandlungsbedarf liefert z. B. empirisch gestützt der „Gesundheitsreport 2014“ der Barmer GEK mit dem Schwerpunkt Psychische Gesundheit im Erwerbsleben: „Psychische Erkrankungen zeigten sich im ‘Gesundheitsreport 2014’ erstmals rückläufig. Im Jahr 2013 waren insgesamt 30 Prozent der Versicherten betroffen. Sechs Prozent waren arbeitsunfähig gemeldet, ein Prozent der Erwerbspersonen musste wegen einer entsprechenden Diagnose im Krankenhaus behandelt werden“.⁶⁷ Allerdings ist auch festzuhalten, dass wenn Krankenbehandlung erforderlich wird, sie bei psychischen Erkrankungen inzwischen zu den längsten durchschnittlichen Fehlzeiten (45 Tage) aller Erkrankungen führt (s. ebenda). Das belegt bei 1,2 Mio. Krankenhausfällen aufgrund psychi-

⁶⁴ Plener, P.L. u. a. (2015). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern. *Nervenheilkunde*, 34, 1-2, S. 18-23.

⁶⁵ Heinz, A. (2015). Krankheit vs. Störung. Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. *Der Nervenarzt*, 86, 36-41, S. 38.

⁶⁶ Jacobi, F. & Barnikol, U.B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 86, 42-50, S. 49 f.

⁶⁷ Uhlich, R. (2015). Psychische Gesundheit im Format 30-6-1. Der "Gesundheitsreport 2014" der Barmer GEK. *report psychologie*, 40, 2, 70-71. S. 70.

scher Erkrankung im Jahr 2013 im Bundesgebiet u. a. doch den deutlichen Handlungsbedarf mit Blick auf die psychiatrische Versorgung.

- *Unbestritten ist, dass sich Erkrankungsursachen, -arten und -verläufe zwischen den Geschlechtern unterscheiden, so dass ein differenzierendes Vorgehen institutionell und individuell Bestandteil von Versorgung sein muss:* Sowohl im somatischen Bereich, z. B. hinsichtlich der unterschiedlichen Verteilung von Krebsarten auf die Geschlechter als auch insbesondere im Bereich psychischer Erkrankungen sind Unterschiede hinsichtlich Krankheitswahrnehmung und -akzeptanz, Störanfälligkeit, emotionaler Verarbeitung und Krankheitsverlauf offenkundig und bedürfen unterschiedlicher therapeutischer Vorgehensweisen sowie gendersensibler Gestaltung der Beziehung zwischen allen Beteiligten.
- *Die Einschätzung, welcher Behandlungsbedarf aus epidemiologischen Studien zu Erkrankungs-, Störungs- und Auffälligkeitsraten resultiert, muss des Weiteren die Perspektive der betroffenen Person einbeziehen:* Einsicht in die subjektive Behandlungsbedürftigkeit, Wille und Bereitschaft dazu, Einstellung und Akzeptanz von Behandlung, Vorhandensein eines Angebots, geeignete Verfahren, Krankheitsverlauf (wie manche somatische Erkrankung unterliegen auch psychische Erkrankungen der Spontan-Remission über die Zeit), sodass auch in der Fachliteratur davon ausgegangen wird, dass eine faktische Inanspruchnahme von Behandlungen nur bei einem Teil der diagnostisch eingegrenzten Betroffenen gegeben sein dürfte: Die bereits zitierte BELLA-Studie verweist z. B. darauf, dass auch bei persistierenden Problemen dennoch keine „100 %-Inanspruchnahme“ erfolgt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Leitenden Klinikärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie geht davon aus, „dass die Inanspruchnahme-Rate weiterhin um mindestens 50 % niedriger ausfällt als aufgrund der Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erwarten wäre.“⁶⁸

Fazit: Vorliegende epidemiologische Studien können zwar eine (bundesweite) Orientierung bieten. Die Datenlage ist jedoch insbesondere zu betroffenen Gruppen innerhalb der Bevölkerung ab 65 Jahren noch verbesserungsbedürftig. Analoges gilt auch für die sich hochdynamisch verändernde Situation im Kontext Migration und Flüchtlinge, Behandlungsbedarfe können hier nur sehr rudimentär abgeschätzt werden, angenommen wird, dass sie sich erst in Zukunft genauer manifestieren würden. Bundesweite Daten können außerdem, sofern vorhanden, nur begrenzt auf die lokale Lage heruntergebrochen werden.

In vertretbaren Grenzen und wissenschaftlich fundiert ist es also nur schwer möglich, von epidemiologisch ermittelten Prävalenzziffern unmittelbar auf Behandlungsbedarfe und Behandlungsinanspruchnahme zu schließen, weshalb von einer „automatischen“, abstrakten und unreflektierten Umrechnung dieser Ziffern auf Bevölkerungsanteile und Einrichtungsbedarfe für die Psychiatrieplanung hier auch Abstand genommen wird.

Der zur Behebung von Versorgungsproblemen einzuschlagende Weg kann folglich zwar epidemiologische Raten berücksichtigen, muss jedoch die jeweilige konkrete örtliche, regionale und landesweite Situation zum Ausgangspunkt nehmen, sie bedarf vor allem der Beurteilung und Bewertung hinsichtlich der aktuellen Bedarfslage. Das „Design“ der zukünftigen Versorgung sollte von auf dieser Basis erkannten Problemstellungen und Defi-

⁶⁸ Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. und Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V. (Hrsg.). (2009). *Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland*. S. 7.

ziten ausgehen, auf regionalen oder lokalen Ist-/Soll-Analysen sowie auf Stärken- und Schwächen-Analyse (SWOT) beruhen.

2.3 Rahmensetzung aus gesetzlicher Perspektive

Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen dürfte der Leistungsbereich innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens sein, der die meisten Gesetze, Verordnungen und Vorschriften zu berücksichtigen hat und die meisten Schnittstellen zu diversen anderen Systemen aufweist. Zugleich ist er der Bereich, der nach wie vor kritische Stimmen dahingehend laut werden lässt, dass den Belangen psychisch kranker Menschen deshalb nicht optimal geholfen werden kann, weil bereichsintern fixierte, zu einander rechtlich abgegrenzte Leistungsbereiche den leistungs-, bereichs- und sektorübergreifend notwendigen Hilfen für psychisch kranke Menschen entgegen stehen, integrativ angebotene Maßnahmen verhindern bzw. finanziell dafür keine Basis schaffen und insgesamt immer wieder Anlass zu falschen Anreizsetzungen und Fehlsteuerung bieten. Zweifelsohne besteht die Kritik in Ansehung der individuellen Bedarfslage insbesondere bei schwer und chronisch betroffenen Menschen zu Recht, andererseits ist anzuerkennen, dass sich gerade in den letzten Jahren diverse Veränderungen ergeben haben, die beanspruchen, in der genannten Richtung schrittweise Verbesserungen herbeizuführen. Ziel dieses Kapitels ist es, diese Veränderungen und aktuellen gesetzlichen Rahmenvorgaben einer jeweils kurzen Darstellung und Bewertung zu unterziehen, um die heute gegebenen Möglichkeiten realistisch und sachgerecht einschätzen zu können.

Wie einleitend vermerkt tangiert der hochkomplexe Leistungsbereich Psychiatrie eine beträchtliche Fülle von Gesetzen und Vorschriften: Es geht oft nicht nur um Behandlung gem. SGB V, sondern vielfach (im Anschluss) um Rehabilitation und/oder Frühberentung (SGB VI), Betreuung, Hilfe, Unterstützung und Eingliederung (SGB XII) sind häufig angezeigt, Pflege (SGB XI) kann erforderlich werden, die Schnittstellen zur Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sind erheblich von Belang usw. Bezogen auf Arbeitssuche und Arbeitsförderung sind SGB II und SGB III wichtig. Zugleich ist die betroffene Person in ihren Persönlichkeitsrechten zu schützen, Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuchs entfalten hier ihre Wirkung, ebenso z. B. das Patientenrechtegesetz, abgeleitet u. a. aus dem Verbraucherschutz-Interesse, das die Europäische Union erheblich fördert und zur Durchsetzung gebracht hat. Dort, wo die Person in Obhut gegeben wird oder der Betreuung bedarf, sind die einschlägigen Gesetze und Vorschriften des Betreuungs- und Vormundschaftsrechts zu berücksichtigen. Wird der psychisch kranke Mensch straffällig, gelten besondere Paragraphen im Strafgesetzbuch und forensische Regeln, bei Zwang, Unterbringung zum Schutz der Person oder der Gesellschaft die Psychisch-Kranken-Gesetze. Internationale und nationale ethische Maßstabsetzungen haben den Blick auf die „Behinderung“ in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert, Aspekte der „Teilhabe“ und der „Inklusion“ haben erheblich an Beachtung gewonnen – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gestaltung von Wohnraum, Hilfen, Einrichtungen und öffentlichen Räumen unter Berücksichtigung des SGB IX, Rehabilitation/Teilhabe behinderter Menschen sowie Wohn- und Teilhabegesetze.

Ebenso zu berücksichtigen sind jeweilige (anstehende) Modifikationen und Ergänzungen der Gesundheits- und Sozialgesetze, z. B. im Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes KHG die Umsetzung eines neuen pauschalierten Entgeltsystems ab 2017 für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), gesetzliche Veränderungen zur Pflegeversicherung SGB XI (z. B. Pflege neuordnungsgesetz, Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (im Zuge der Arbeit am Pflegestär-

kungsgesetz), Überlegungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe (SGB XII), Folgen der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderungen, (laufend) Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), der Gesundheitsministerkonferenz u. a. m. Des Weiteren sind die einschlägigen landesgesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen sowie – was Niedersachsen betrifft – das soeben neugefasste Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz sowie das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPpsychKG; derzeit in Überarbeitung) einzubeziehen.

Damit wird offenkundig, dass Reform- und Entwicklungsansätze in der Versorgung psychisch kranker Menschen eines sehr weiten Blickwinkels, eines Durch- und Umsetzungswillens, einer längerfristigen Perspektive sowie der Beharrlichkeit bedürfen. Die Versorgung psychisch kranker Menschen in allen Altersstufen setzt zwangsläufig eine integrative Hilfestruktur und Arbeitsweise voraus, denn psychische Erkrankung tangiert vielfach seelische, körperliche, intellektuelle, personale, familiäre, tätigkeitsbezogene und soziale Aspekte gleichermaßen. Das in sich hochdifferenziert gegliederte, für viele Aufgabenstellungen erfolgreich wirkende Sozialleistungssystem steht jedoch – vorsichtig ausgedrückt – integrativer Leistungserbringung, dort wo sie nötig ist, (noch) verschiedentlich entgegen und ist im Kern sektor- und bereichsbezogen aufgestellt. Die Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung hat zwar erhebliche Fortschritte gemacht und die Ausgaben für psychisch Kranke sind stetig gestiegen. Doch ist die Ressourcenbereitstellung, z. B. für die bereichsübergreifenden Steuerungs- und Unterstützungserfordernisse, die sozialrechtskreisübergreifende Behandlung und Hilfen-Koordinierung auf der Individualebene (Case Management) und zwischen den Diensten und Einrichtungen, nach wie vor mit Hürden konfrontiert. Auch die Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V hat zwar vielfach Impulse gesetzt. Gesicherte in die Fläche übertragbare Erfolge sind jedoch noch wenig erkennbar. Es mangelt weiterhin an dauerhaften Instrumenten der Regelfinanzierung bereichsübergreifender Ansätze, insbesondere dort, wo die Versorgung psychisch kranker Menschen sie heute erfordern würde.

Psychiatrische Planung geschieht folglich in einem immer wieder sich neu justierenden und neu zu justierenden Spannungsfeld:

- Einerseits muss sie anerkennen, dass nach heutiger Sicht die gegebene Realität nur langfristig transformierbar ist, wobei Vorschläge zur Veränderung des Systems nur dann i. d. R. fruchten, wenn sie die Akzeptanz für die weitere Zukunft durch die Träger und Financiers des gegebenen Systems finden.
- Andererseits ist der Psychiatrie und ihrer Planung geradezu auferlegt, immer wieder Grenzen des gegenwärtigen Systems in konstruktiver Weise zu benennen und Vorschläge, Modelle oder Projekte zu unterbreiten, die diese Grenzen zu überwinden versuchen, durch Rechtskreise übergreifendes Denken und Handeln. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass sich auf diesem Weg durchaus Erfolge erzielen lassen.

Und die Grundlagen hierfür beginnen sich ebenfalls zu verbessern: Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)“ vom 23. Juli 2015 wurde der § 92a in das SGB V eingefügt. Auf dieser Grundlage werden neue sektorübergreifende Versorgungsformen gefördert, sofern sie „hinreichendes Potential aufweisen“, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Ausführungsbestimmungen dazu sind in § 92b SGB V niedergelegt; Erfahrungen hierzu liegen noch nicht vor.

Der § 64b SGB V sieht seit 2012 „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen [vor], die auf eine Verbesserung der Patientenversor-

gung oder der sektorübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Bundesland soll „unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden“ (vgl. § 64b SGB V, Satz 1 und 2). Mit Stand 30. Juni 2015 sind in den Bundesländern 13 Modellversuche gemeldet, für Niedersachsen an der Psychiatrischen Klinik in Lüneburg.⁶⁹ Hier sollen stationäre Patientinnen und Patienten auch ohne gesonderte Abrechnung tagesklinische und (instituts-)ambulante Behandlung als Gesamtmodul erhalten, d. h. die betroffene Person soll in den Settings Behandlung erfahren, die dem Stand des Krankheitsverlaufs am besten entspricht. Das Setting soll auch das häusliche Umfeld mit einschließen können, bei ambulanter Behandlung durch die Klinik. Der Modellversuch in Lüneburg hat im Jahr 2014 begonnen. Er ist in der Anlage vergleichbar mit den Modellen des „Regionalen Psychiatriebudgets“, wie sie an mehreren Kliniken in Deutschland durchgeführt werden (z. B. Psychiatrische Klinik am Klinikum Itzehoe in Schleswig-Holstein; Kinder- und jugendpsychiatrische Klinik in Nordhausen, Thüringen).⁷⁰

Als weiteres Beispiel auf Landesebene im Sinne auch möglicher Unterstützung reformerischer, innovativer Vorhaben kann an dieser Stelle der Erlass der Staatskanzlei Niedersachsen vom 22. Juni 2015 genannt werden: *„Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen im Rahmen des Programms 'Soziale Innovation'“*. Gefördert werden demnach u. a. „Verbesserung und Ausweitung von erschwinglichen, nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen zur Sicherung der Daseinsvorsorge, insbesondere durch Ansätze zur Bewältigung von gesellschaftlichen Herausforderungen, vor allem in den Bereichen Kinder, Jugend, Migration, ältere und alte Menschen, Menschen mit Behinderung sowie sozial Benachteiligte, durch fach- bzw. sektorenübergreifende Ansätze [...]“.

Eine spezielle Einflussnahme auf die konkrete Gestaltung der Versorgung wird des Weiteren von folgenden Gegebenheiten ausgehen:

- Psychisch kranke Menschen bedürfen der Krankenbehandlung (SGB V). Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährleistet diese Behandlung auf Basis vor allem des in hohem Maß konjunkturabhängigen Beitragsaufkommens. Vorangegangene gute konjunkturelle Jahre ließen die Einnahmen der GKV steigen, den stärkeren Anstieg wies jedoch die Aufgabenseite aus, sodass im 1. Halbjahr 2015 bereits ein Defizit der GKV von ca. 1 Mrd. Euro konstatiert werden musste. Individuelle Zusatzbeiträge werden ab 2016 erhoben; droht ein konjunktureller Abschwung, werden Leistungseinschränkungen (wieder) unvermeidlich werden. Für die kommenden Jahre sind somit die sich daraus ergebenden Handlungsspielräume sehr genau zu beobachten, zumal es in Niedersachsen, wie in Kapitel 2.1 aufgezeigt, wirtschaftsstrukturell betrachtet sehr unterschiedliche Gebiete gibt, die vom konjunkturellen Geschehen (und damit mittelbar auch z. B. hinsichtlich des Gewerbesteueraufkommens der kommunalen Gebietskörperschaften) ebenfalls unterschiedlich affiziert werden.
- Die Einführung eines tages- und leistungspauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) auf Basis § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde über die letzten Jahre in der Fachwelt und auch zwischen Bund und Ländern z. T. sehr kritisch diskutiert. Befürchtet wurde, dass ein tagespauschalisiertes und auch

⁶⁹ Gemeinsame Presseinformation der Krankenkassen vom 30. Juni 2015. Pressestelle AOK-Bundesverband Berlin. www.aok-bv.de.

⁷⁰ Deister, A. & Stab, M. (2013). Finanzierungsmodelle. In W. Rössler & W. Kahwohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.

in der Behandlungsextension zeitlich begrenztes Finanzierungssystem den Belangen psychisch kranker Menschen nicht gerecht würde. Unterstützt von Ländern, darunter Niedersachsen, haben Fachwelt und Fachverbände konstant auf notwendige Veränderungen hingewiesen. Im Ergebnis verständigte man sich am 18. Februar 2016 im Rahmen eines „Strukturierten Dialogs“ mit dem zuständigen Bundesgesundheitsminister auf ein deutlich anderes Vorgehen: Bedarfs- und leistungsgerechte, krankenhauserorientierte Budgets sollen künftig die Basis bilden, mit denen die Kliniken flexibel auf individuelle, stationäre, teilstationäre (und institutsambulante) Behandlungsbedarfe im regionalen Kontext reagieren können. Hier wird u. a. der Grundgedanke der sog. „Regionalbudgets“ aufgegriffen, wie er in einigen Kliniken (z. B. Klinikum Itzehoe/Schleswig-Holstein für die Erwachsenenpsychiatrie, Klinikum Nordhausen/Thüringen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie) bereits als mit den Kassen konsentierter Modellversuch seit Jahren umgesetzt wird. Wesentliche Bestandteile des Ergebnisses vom 18. Februar 2016 sind des Weiteren: Personalmindestvorgaben sollen sich an der Psych-PV orientieren, die Versorgungsqualität wird Maßstab, die Kalkulationsgrundlagen sollen auf den regional-empirischen Versorgungsgegebenheiten beruhen, Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch die Möglichkeit komplexer Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld durch Home-Treatment. Der am 18. Februar 2016 erreichte Konsens wurde in der Fachöffentlichkeit sehr positiv aufgenommen, da dadurch deutliche Verbesserungen in den Strukturgegebenheiten und Möglichkeiten vor Ort erwartet werden, wenngleich eine Fülle von Arbeiten und Klärungen diesbezüglich jetzt noch anstehen, sodass die geplante Umsetzung der vorgesehenen Regelungen noch im Jahr 2017 erheblicher Anstrengung von allen Seiten bedarf. Festzuhalten ist jedoch, dass die Erkenntnisse und Empfehlungen im Rahmen dieses Landespsychiatrieplans mit den jetzt zur Frage der künftigen Finanzierung stationärer Psychiatrie am 18. Februar 2016 erreichten Veränderungen vielfach kongruent sind, so z. B. dass die örtlich-regionale Situation und Perspektive sowie Qualitätsmerkmale einen deutlichen Stellenwert bei der Versorgungsplanung haben soll.

- Die Hervorhebung der Qualität als Merkmal der Krankenhausversorgung und Kriterium für die Krankenhausplanung erfolgt auch mit dem Krankenhausstrukturgesetz – KHSG vom 1. Januar 2016, dessen Auswirkungen auf die Landespsychiatrieplanung zu Beginn des Jahres 2016 noch nicht abgeschätzt werden können.
- Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 hat angesichts sich abzeichnender Verschiebungen in den regionalstrukturellen Gegebenheiten, wie sie sich auch für Niedersachsen erkennen lassen (s. Kapitel 2.1), die Möglichkeiten u. a. für den Erhalt von Mindeststandards in der Versorgung geweitet. Diese betreffen z. B. flexiblere Versorgungsstrukturen auf dem Land, Anreize für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in strukturschwachen Gebieten, Rahmensetzungen für den Arztberuf auch mit dem Ziel des Erhalts der hausärztlichen Versorgung. Dazu sind durch das GKV-VStG Regeln für Änderungen der Kassenärztlichen Bedarfsplanung gesetzt worden, die eine zielgenauere Bedarfsplanung ermöglichen sollen (Abbau von Überkapazitäten in den Metropolregionen, Vermeidung von Unterversorgung auf dem Land). Es ist noch zu früh, um Erfolge dieses Gesetzes absehen zu können, die Vorschriften gehen jedoch in eine Richtung, die angesichts der sich auch für Niedersachsen abzeichnenden Veränderung der ambulanten fachärztlichen und fachpsychiatrischen Versorgung in die Diskussion mit einzubeziehen sind.
- Der Entwurf des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II – inzwischen verabschiedet) sieht ab dem Jahr 2017 die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor,

der u. a. statt bisher drei Pflegestufen dann fünf Pflegegrade vorsieht. Ein geändertes Begutachtungsverfahren soll dann gewährleisten, dass Demenz sowie geistige und psychische Einschränkungen ebenfalls neben den körperlichen Einschränkungen Berücksichtigung finden. Auswirkungen und Umsetzungen dazu sind derzeit nur bedingt abzusehen, dem Grunde nach kann daraus eine erhebliche Verbesserung auch für Aufgabenstellungen innerhalb der psychiatrischen Versorgung erfolgen, die gemäß Gesetz leistungsbezogen bereits ab 1. Januar 2016 greifen kann.

- Der Bundestag hat am 18. Juni 2015 das Präventionsgesetz verabschiedet. Es sieht diverse Verbesserungen auf diesem Gebiet vor, verpflichtet u. a. die Krankenkassen und Pflegekassen zu Präventionsprogrammen in Schulen, Kindertagesstätten, Betrieben und Pflegeeinrichtungen. Die Mittel für Präventionsaufgaben werden bei den gesetzlichen Krankenkassen generell erhöht. Um dem Selbsthilfegedanken im Gesundheitswesen stärkere Bedeutung zu verschaffen, sollen Selbsthilfegruppen künftig verstärkt durch die Krankenkassen gefördert werden.
- Patientenfürsprecherin/Patientenfürsprecher: Mit Datum vom 22. Juli 2015 wurde die Einführung dieser Instanz für die Wahrnehmung der Rechte und Belange der Betroffenen durch Aufnahme in das Niedersächsische Krankenhausgesetz (dort § 16) für jedes Krankenhaus verfügt.

Neben den auf die Behandlung und Pflege ausgerichteten Rahmensetzungen spielt die Umsetzung einer auf alle Lebensbereiche bezogenen, *gleichberechtigten Teilhabe psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen* eine immer größere Rolle für die Weiterentwicklung psychiatrischer und psycho-sozialer Versorgungsstrukturen.⁷¹ Dabei leitet sich das Recht auf Teilhabe u. a. aus dem Diskriminierungsverbot (Artikel 3 Abs. 3) des Grundgesetzes ab. Ein weiterer „Meilenstein“ auf dem Weg zur (rechtlichen) Gleichstellung von Menschen mit Behinderung stellt das am 1. Mai 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) dar. Außerdem wurde im Jahr 2006 das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz vorgelegt, das Menschen im Arbeitsleben und Zivilrechtsverkehr nicht nur aufgrund einer Behinderung, sondern auch aufgrund der Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, des Alters oder der sexuellen Identität vor Benachteiligungen schützt. Darüber hinaus sind folgende wesentliche gesetzliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen:

- Mit dem SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (2001) wurde in der Bundesrepublik Deutschland der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt. Danach sollen die Hilfen für Menschen mit geistiger, körperlicher und psychischer Behinderung sowie für suchtkranke Personen ausdrücklich darauf ausgerichtet sein „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die persönliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (SGB IX § 4 Abs. 1 Ziff. 4). Zudem wurde mit dem SGB IX auch das persönliche Budget (§ 17) als neue Form der Inanspruchnahme von Dienstleistungen eingeführt. Danach können – auf Antrag – Teilhabeleistungen auch durch ein persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein (möglichst) selbstständiges Leben zu gewährleisten.

⁷¹ Vgl. Schädler, J. u. a. (2008). *Selbstständiges Wohnen behinderter Menschen - Individuelle Hilfen aus einer Hand*. Abschlussbericht der ZPE-Forschungsgruppe an der Universität Siegen zum IH-NRW-Projekt im Auftrag des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen. Siegen, Düsseldorf: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste. S. 256 ff.

- Der Gesetzgeber hat des Weiteren im SGB IX und SGB XII seinen Willen zum Ausdruck gebracht, die Leistungserbringung am Bedarf des Einzelfalls zu orientieren; Leistungsanbieter und Leistungsträger sollen abgestimmte und maßgeschneiderte Hilfen zur Verfügung stellen. Der damit gewünschte prinzipielle Wechsel von einer angebots- zu einer personenzentrierten Versorgung setzt ein hohes Maß an lokal/regional orientierter Zusammenarbeit der Akteure sowie die fallbezogene Vernetzung von Hilfeangeboten mit reibungslosen Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen voraus. Gemeindeintegrierte bzw. wohnortnahe Behandlungs- und Betreuungsangebote sollen ermöglichen, dass gewünschte bzw. erforderliche Hilfen „zum Bürger kommen“ und nicht umgekehrt.

Ausgehend vom Selbstbestimmungsrecht und der Eigenverantwortung der Menschen mit Behinderung wurde in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Vorschlägen für die Weiterentwicklung der im SGB XII geregelten Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Sechstes Kapitel) entwickelt.⁷² So haben in den Jahren 2009 und 2010 die Arbeits- und Sozialministerkonferenzen (ASMK) die Bundesregierung gebeten, die „Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und zur besseren Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben“ umzusetzen und den Entwurf eines Reformgesetzes zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vorzulegen. Nachfolgend sollen einige zentrale „Eckpunkte“ dieser Beschlüsse zusammenfassend dargestellt werden:

- Die für Menschen mit Behinderung erforderliche Versorgung und Teilhabeleistung soll in Zukunft nicht mehr an die Wohnform gebunden werden, in der sie leben.
- Im Sinne eines Gesamtkonzepts der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen soll künftig die Trennung der Versorgungsformen ambulant, teilstationär und stationär zu Gunsten einer Durchlässigkeit der Versorgungsformen überwunden werden.
- In diesem Sinn soll ein flexibles und durchlässiges Hilfesystem geschaffen werden, in dem die erforderlichen Maßnahmen an der Lebenssituation der behinderten Menschen anknüpfen und Übergänge zwischen den verschiedenen Hilfeangeboten möglich sind.
- Zur Umsetzung dieses grundlegenden Wandels in der Behindertenhilfe muss die ambulante Versorgung gestärkt werden, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Menschen mit Behinderung zu gewährleisten.
- Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, Menschen mit Behinderung eine größere Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.
- Den Trägern der Sozialhilfe soll die Steuerung der Teilhabeleistung obliegen, und

⁷² Vgl. u. a. Deutscher Verein (2007). Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe. *NDV*, 7, S. 245ff.
Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2009). Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII. In Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.), *Beschlüsse der 86. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden, München: BStMAS.
Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2010). *Beschlüsse der 87. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 20./21. Oktober 2010 in Wiesbaden. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.
Schädler, J. & Rohrman A. (2007). Zuständigkeitsregelungen und Reformperspektiven für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen. *NDV*, 89, 6, S. 229ff.
Deutscher Verein (2009). Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. *NDV*, 7, S. 253ff.

zwar von der Bedarfsfeststellung bis zur Wirkungskontrolle.

- Das Leistungsspektrum zur Teilhabe am Arbeitsleben soll ebenfalls von einer einrichtungsbezogenen auf eine personenzentrierte Leistung ausgerichtet werden. Hierzu sollen – in Ergänzung zur Werkstatt für behinderte Menschen – alternative Angebotsformen geschaffen werden.
- Die Leistungsberechtigten haben neben den behinderungsbedingten Teilhabeleistungen bei Bedarf auch Anspruch auf existenzsichernde Leistungen (Lebensunterhalt und Wohnen). Dabei bedürfen diese Leistungen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung einer neuen Zuordnung.⁷³

Ausgelöst durch die (bundesweite) Diskussion wurden im Verlauf der letzten Jahre verschiedene Modelle und Konzepte entwickelt, die auf eine *(stärkere) Personenzentrierung und bedarfsgerechtere Gestaltung der Hilfen* sowie auf neue Zuständigkeits- und Finanzierungssystematiken in der Eingliederungshilfe (und anderer Kapitel des SGB XII) zielen. In den dazu (bisher) in Deutschland durchgeführten Modellprojekten wurden vor allem folgende vier Kernelemente intensiv bearbeitet: die Bündelung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe entweder auf der örtlichen („Kommunalisierung“) oder der überörtlichen Ebene („Hochzonung“), die *Individuelle (bzw. Integrierte) Teilhabeplanung* (THP, ITP), die Organisation von *Hilfeplan-/Teilhabekonferenzen* (HPK, TPK) sowie die Möglichkeiten einer einheitlichen, personenzentrierten zeitbasierten Vergütungssystematik.

Ausgehend von der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD (2013) auf Bundesebene wird derzeit – anknüpfend an die oben dargestellten Überlegungen – eine Reform der Eingliederungshilfe mit dem Ziel vorbereitet, ein modernes Teilhaberecht zu entwickeln, das dem Ansatz der Personenzentrierung verpflichtet ist.⁷⁴

Inzwischen hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) den Referentenentwurf eines „*Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen*“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vorgelegt.⁷⁵ Anknüpfend an die spezifischen Aufgaben- und Fragestellungen des Versorgungsforschungsauftrags des LZG.NRW ist aus dem Referentenentwurf des BMAS vor allem auf folgende leistungs- und verfahrensbezogene Regelungsinhalte hinzuweisen:

- Gem. § 25 Abs. 2 BTHG (Teil 1, Kapitel 5) sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften entsprechend § 88 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB X bilden.
- Entsprechend § 32 fördert das BMAS zur Stärkung der Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung.

⁷³ Vgl. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2009). Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII. In Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.), *Beschlüsse der 86. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden. München: BStMAS. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2010). *Beschlüsse der 87. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 20./21. Oktober 2010 in Wiesbaden. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.

⁷⁴ Vgl. zum aktuellen Stand des Reformprozesses Bundesteilhabegesetz u. a.: Deutscher Verein (2015). Positionen und Wirkungen des Deutschen Vereins im Prozess der Reform der Eingliederungshilfe. *NDV*, 3, S. 123ff.

⁷⁵ Vgl. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2016). Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) (Bearbeitungsstand: 26. April 2016).

- Nach § 95 (Teil 2, Kapitel 1) haben die Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag)
- Gem. § 96 Abs. 1 arbeiten die Träger der Eingliederungshilfe mit den Leistungsanbietern und anderen Stellen, deren Aufgabe die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen betrifft, zusammen.
- Nach § 106 Abs. 1 (Kapitel 2) werden die Leistungsberechtigten, auf ihren Wunsch auch im Beisein einer Person ihres Vertrauens, vom Träger der Eingliederungshilfe beraten und, soweit erforderlich, unterstützt. Gem. § 103 Abs. 2 bezieht sich die Beratung u. a. auf (1) die persönliche Situation, den Bedarf, die eigenen Kräfte und Mittel sowie die mögliche Stärkung der Selbsthilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft einschließlich eines gesellschaftlichen Engagements, (2) den Leistungen nach diesem Teil einschließlich des Zugangs zum Leistungssystem und (3) Leistungen anderer Leistungsträger. Im Rahmen der Beratung und Unterstützung sind die Leistungsberechtigten gem. § 106 Abs. 4 auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege sowie von Angehörigen rechtsberatender Berufe und von sonstigen Stellen hinzuweisen.
- Entsprechend § 117 (Kapitel 7) führen die Träger der Eingliederungshilfe ein Gesamtplanverfahren durch, das folgende Maßstäbe zu beachten hat:
 - Beteiligung der Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten beginnend mit der Beratung
 - Dokumentation der Wünsche der Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen
 - Beachtung der Kriterien a) transparent, b) trägerübergreifend, c) interdisziplinär, d) konsensorientiert, e) individuell, f) umweltbezogen, g) sozialraumorientiert und h) zielorientiert
 - Ermittlung des individuellen Bedarfs
 - Durchführung einer Gesamtplankonferenz
 - Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer in einer Gesamtplankonferenz unter Beteiligung betroffener Leistungsträger.
- Der Träger der Eingliederungshilfe hat gem. § 118 Abs. 1 die Leistungen (nach den Kapiteln 3 bis 6) unter Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfs erfolgt durch ein Instrument, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert. Dabei hat das Instrument eine Beschreibung u. a. folgender Lebensbereiche vorzusehen: Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung und Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.
- Gem. § 119 Abs. 1 kann mit Zustimmung der Leistungsberechtigten der Träger der Eingliederungshilfe eine Gesamtplankonferenz durchführen, um die Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 sicherzustellen. Von dem Vorschlag auf Durchführung einer Gesamtplankonferenz kann abgewichen werden, wenn der Träger der Eingliederungshilfe den maßgeblichen Sachverhalt schriftlich ermitteln kann oder der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistungen steht.
- Nach § 121 Abs. 1 stellt der Träger der Eingliederungshilfe unverzüglich nach der Feststellung der Leistungen einen Gesamtplan insbesondere zur Durchführung der

einzelnen Leistungen oder einer Einzelleistung auf. Gem. Abs. 2 dient der Gesamtplan der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses.

- Gem. § 122 kann der Träger der Eingliederungshilfe mit dem Leistungsberechtigten eine Teilhabezielvereinbarung zur Umsetzung der Mindestinhalte des Gesamtplans oder von Teilen davon abschließen.⁷⁶

Von großer Bedeutung für die Gestaltung der Versorgung und die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter mit Blick auf Menschen mit Beeinträchtigungen ist die im Jahr 2009 von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK). Die Behindertenrechtskonvention konkretisiert vor dem Hintergrund spezieller Bedürfnisse und Lebenslagen die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderung. Dabei verfolgt die UN-BRK ein grundsätzlich neues Leitbild: die Inklusion. Ziel ist es, das Menschen mit und ohne Behinderung in allen Lebensbereichen (Erziehung und Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Wohnen, Kultur/Sport/Freizeit, Gesundheit und Pflege, Schutz der Persönlichkeitsrechte, Partizipation und Interessenvertretung, Mobilität und Barrierefreiheit sowie barrierefreie Kommunikation und Information) selbstbestimmt und gleichberechtigt (zusammen-)leben. Allgemeine Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention sind (s. Artikel 3 und 25 Abs. d):

- Achtung der Würde, Autonomie, Selbstbestimmung
- Nichtdiskriminierung
- volle Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft
- Achtung der Unterschiedlichkeit und Akzeptanz der Vielfalt
- Chancengleichheit
- Barrierefreiheit
- Gleichberechtigung von Mann und Frau
- Achtung vor sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderung und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Die UN-Behindertenrechtskonvention betont – im Sinne dieser Grundsätze – den Grundgedanken der vollen und wirksamen gesellschaftlichen Teilhabe. Insoweit wirkt die UN-Behindertenrechtskonvention sowohl auf der gesellschaftlichen als auch auf der persönlichen Ebene.⁷⁷

In ähnlicher Weise wie die UN-Behindertenrechtskonvention stellt auch die UN-Kinderrechtskonvention einen wichtigen Rahmen für die Psychiatrie in Niedersachsen dar. Mit Blick auf seelisch kranke sowie für teilhabebeeinträchtigte und behinderte Kinder und Jugendliche sind neben den grundsätzlichen Ausführungen (bspw. zu Rechten auf Ruhe, Freizeit, Bildung, Unterhalt, soziale Sicherheit, Meinungs- und Religionsfreiheit, Schutz von Privatsphäre und Ehre, Verbot von Diskriminierung) für eine Behandlung insbesondere diese Punkte handlungsleitend:

- Recht auf Gesundheit und Behandlung
- Behandlung, Förderung und Teilhabe behinderter Kinder

⁷⁶ Vgl. ebenda, insbesondere die Seiten 63 bis 77.

⁷⁷ Vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.). (2009). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Bonn: BMAS.

- Sicherung von Betreuungs- und Behandlungsstandards
- Verbot rechtswidriger freiheitsentziehender Maßnahmen.

Die UN-Kinderrechtskonvention stellt Flüchtlingskinder unter besonderen Schutz und verlangt für sie angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe. Mit Blick auf unbegleitete Flüchtlinge weist die Konvention darauf hin, diesen denselben Schutz zu gewähren wie jedem anderen Kind, das aus irgendeinem Grund dauernd oder vorübergehend aus seiner familiären Umgebung herausgelöst ist.

3 Kurzer Überblick zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen bis heute

Bereits vor Jahrzehnten (1970/1980) haben in Niedersachsen verschiedenen Orts (z. B. in Hannover, Göttingen, Tiefenbrunn, Wunstorf, Lüneburg) entwickelte Konzepte und Modelle bundesweite Beachtung für Reformen der Versorgung psychisch kranker Menschen gefunden. Optimierungsinitiativen im Land hielten an und eine Bündelung der Erkenntnisse zu dem Anfang der 1990er Jahre erreichten Stand der Versorgung erfolgte in einem Bericht der von 1990 bis 1992 tätigen, vom Sozialministerium eingesetzten „Fachkommission Psychiatrie“. Diese legte ihre „Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen“ im Jahr 1993 vor. Sie umfassten wesentliche, schrittweise realisierte Impulse zu Struktur und Aufbau gemeindespsychiatrischer Versorgung im Land. Ein „Jahrbuch Psychiatrie“ berichtet als Buchreihe seit Jahren über die Entwicklung in Niedersachsen, einen ausführlichen Überblick über 20 Jahre Psychiatriereform in Niedersachsen in den Jahren 1993 bis 2012 liefert Band 6 aus dieser Reihe aus dem Jahr 2013.⁷⁸ Aufgrund dieser ausführlichen, auch im bundesweiten Vergleich sehr gründlichen, und deshalb hervorzuhebenden Dokumentation der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen in den letzten Jahren begrenzt sich die folgende Schilderung auf die wesentlichen Eckpunkte dazu.

Die Reformansätze in Niedersachsen fanden auch ihren Niederschlag in der Einrichtung von Kommissionen, die den Fortgang der Entwicklung fachlich begleiten und überwachen sollten. Eingerichtet wurde, nach Vorlage der Empfehlungen durch die damalige Fachkommission Psychiatrie (1993) und konzipiert als deren inhaltlicher Sachwalter, ein „Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN)“; er wurde 2007 neu strukturiert mit einer neu formierten Geschäftsstelle und einem ehrenamtlichen Doppelvorsitz. Der LFBPN hat über die Jahre eine Fülle von Initiativen anstoßen und begleiten können. Zwar wurde selbstkritisch festgehalten, dass die „Einflussnahme auf die Entwicklungsprozesse“ nicht überall gelingen konnte, dennoch habe er „in einigen Bereichen wichtige Impulse setzen können und an der Versorgungsgestaltung mitgewirkt.“⁷⁹ Eine Fortführung bzw. dann gesetzliche Verankerung des Landesfachbeirats ist gemäß Entwurf des zu novellierenden NPsychKG (dort mit § 29) ab 2016 vorgesehen. Bereits im NPsychKG von 1978 wurde der „Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung“ (Psychiatrie-Ausschuss) dort in § 30 verankert. Dieser Ausschuss bildet gem. Gesetz Besuchskommissionen, die mindestens einmal jährlich die Kliniken und Einrichtungen besuchen sollen. Ungewöhnlich und positiv zu bewerten ist, dass die niedersächsischen Besuchskommissionen alle Arten von ambulanten und stationären Einrichtungen in den Blick nehmen, in denen (u. a.) psychisch kranke Menschen betreut werden.

Psychiatrie-Ausschuss und Besuchskommissionen haben in einer Vielzahl von Terminen und Sitzungen die Entwicklung im Land kontinuierlich seit Jahrzehnten kritisch begleitet und Vorschläge zur Verbesserung und Veränderung eingebracht. Insbesondere hervorzuheben ist die Orientierung des Psychiatrie-Ausschusses und der Besuchskommissionen an den Rechten und Belangen der Betroffenen. Die Novellierung des NPsychKG schreibt den Psychiatrie-Ausschuss und die Besuchskommissionen weiter fest. Für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird 2016 eine eigene Besuchskommission eingerichtet. Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie selbst ist seit etwa zwei Jahrzehnten als regelmäßig tagendes Gremium der „Niedersächsische Arbeitskreis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ tätig,

⁷⁸ Vgl. Elgeti, H. & Ziegenbein, M. (Hrsg.). (2013). *Psychiatrie in Niedersachsen*. Band 6. Köln: Psychiatrie-Verlag.

⁷⁹ Ebenda, S. 97 f.

als gegenüber dem zuständigen Ministerium empfehlendes Gremium als auch die fachliche Entwicklung initiiierende und begleitende Instanz.

Der seit 1993 erreichte Stand und die Umsetzung der Empfehlungen wurden im Jahr 2012 einer erneuten Evaluation durch den LFBPN und weiteren Fachleuten unterzogen. Dabei wurden die erheblichen Fortschritte im quantitativen und qualitativen Ausbau und in der Struktur der psychiatrischen Versorgung gewürdigt (wie bspw.: stärkere Binnendifferenzierung für die Belange spezifischer Gruppen, Aufbau ambulanter psychiatrischer Pflege, z. T. in Verbindung mit IV-Versorgungsmodellen; stärkere Berücksichtigung der Rechte psychisch kranker Menschen; gemeindepsychiatrische Orientierung; Aufbau und gesetzliche Verankerung der Sozialpsychiatrischen Verbünde; Stärkung der Selbsthilfe und des dialogischen Ansatzes). Die Einschätzungen (s. die einzelnen Beiträge in Elgeti & Ziegenbein, 2013) sowie die Arbeit der Fachgremien (LFBPN, Psychiatrie-Ausschuss, Besuchskommissionen, Niedersächsischer Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie) verwiesen jedoch ebenso auf Defizite. Insbesondere wurden genannt: Nach wie vor kein flächendeckendes System krankenhausersetzender ambulanter Behandlungsstrukturen, fehlende Behandlungsmöglichkeiten in Krisensituationen, regionalstrukturelle Ungleichheiten (bessere Versorgung in Städten), unterschiedliche Versorgungsgrade von betroffenen Gruppen, unzureichende Berücksichtigung von Diversität, ungleiche Verteilungen bzgl. Unterbringungen nach dem PsychKG und von Zwangsbehandlungen (insgesamt zu viele), Strukturprobleme auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs und der Forensik (schlechte Unterbringungsbedingungen). Kritisch wurde verschiedentlich auch die zwischenzeitlich erfolgte Privatisierung der Landesfachkrankenhäuser gesehen. In einer Zukunftswerkstatt im Jahr 2012 wurden diverse weitere Kritikpunkte zusammengefasst: „Mangel- und Fehlsteuerung der Versorgung durch Politik und Kostenträger; Ungerechtigkeiten in der Versorgung und Fachkräftemangel; Fehlhaltungen und handwerkliche Mängel in der Behandlung“ und neue Impulse folglich auf verschiedenen Ebenen und in diversen Bereichen gefordert. Der Auftrag zu einem Landespsychiatrieplan ist so gesehen mittelbare Folge dieser Evaluation und direkte Folge der Koalitionsvereinbarung aus dem Jahr 2013, die die noch erkannten Defizite veränderungsorientiert aufgegriffen hat (s. Kapitel 1).

Insgesamt betrachtet weist das Land Niedersachsen ebenso wie seine kommunalen Gebietskörperschaften aufgrund des Engagements der beteiligten Organisationen, Verbände, Einrichtungen, Praxen, Berufsgruppen sowie Fachleuten trotz aller noch verbleibenden Problemstellungen eine seit Jahren dynamische Entwicklung in der Gestaltung der psychiatrischen Versorgung und damit verknüpfter Bereiche auf. Damit ist eine gute Ausgangsbasis für nächste Schritte im Rahmen eines Landespsychiatrieplans mit Prognosehorizont bis 2020 und 2025 gegeben. Wie sich diese Ausgangsbasis aus kommunaler Ebene darstellt, zeigt u. a. auch folgendes Ergebnis:

Zu Beginn der Arbeitsaufnahme zum Landespsychiatrieplan durch FOGS/ceus consulting in der zweiten Jahreshälfte 2014 wurde zum Einstieg in den Landespsychiatrieplan und zur Erfassung und Abbildung der kommunalen Sicht im Herbst 2014 eine *Auswertung der Sozialpsychiatrischen Pläne* der kommunalen Gebietskörperschaften vorgenommen. Diese Auswertung zeigte auf, dass zwar für alle Städte und Landkreise Pläne vorliegen, in einigen Gebieten für Städte und Umland zusammengefasst (Osnabrück, Region Hannover, Stadt Göttingen). Allerdings verwiesen die Erstellungsdaten auf eine größere Spannweite: Die Pläne stammen aus den Jahren 2002 bis 2014, d. h. in einigen Gebietskörperschaften wurden seither Entwicklungen jedenfalls nicht mehr mit diesen Plänen dokumentiert. Umfang und Detaillierungsgrad sind überdies sehr unterschiedlich, einerseits sind einige Pläne sehr umfangreich (über 100 Textseiten) einschließlich Verzeichnissen von Einrichtungen und Hilfen, aktuell liegen andererseits von vier Kommunen nur

Adress-Verzeichnisse vor. Ein sehr geringer Teil von Plänen liegt nur in Teilausschnitten vor bzw. befindet sich in Bearbeitung. Von allen Plänen waren bezogen auf das Bezugsjahr für diesen Landespsychiatrieplan (= Jahr 2013) 30 % älter als fünf Jahre (also vor 2008 erstellt). Aus diesem Sachverhalt ergeben sich zunächst Indizien, dass die Entwicklung im Land uneinheitlich verlief, mindestens was deren Abbildung in regelmäßig fortgeschriebenen Plänen betrifft, was wiederum gewisse Rückschlüsse auf die Steuerungsdichte vor Ort zulässt. Es besteht allerdings kaum einen Zusammenhang zwischen der Qualität/dem Umfang der Pläne mit der demografischen und wirtschaftsstrukturellen Lage der Gebietskörperschaft (s. Kapitel 2.1), lediglich die Pläne im Norden/Nordwesten des Landes (Emden, Leer, Wilhelmshaven, Friesland, Aurich) sind alle älteren Datums.

Die Auswertung von 31 Plänen, die seit 2008 erstellt wurden, bestätigt die für das Land insgesamt geltenden Einschätzungen: Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den kommunalen Gebietskörperschaften wird als weithin zufriedenstellend bis gut bezeichnet. Generell wurde von Fortschritte gegenüber früheren Jahren berichtet. Sozialpsychiatrische Verbünde existieren in unterschiedlichem Ausbaugrad, die Sozialpsychiatrischen Dienste sind die gesetzlich bestimmte Koordinationsinstanz, jedoch z. T. mit unzureichender (personeller) Ausstattung.

Weitere Erkenntnisse aus der Auswertung der Sozialpsychiatrischen Pläne werden in den jeweiligen Kapiteln aufgegriffen.

Um das kurz skizzierte Bild zur Entwicklung und Ausgangssituation in Niedersachsen abzurunden, seien abschließend noch zwei Themenstellungen benannt, zu denen im Land *bis heute unterschiedliche Auffassungen* bestehen, ohne dass im Rahmen des Landespsychiatrieplans dazu ein abschließend bewertendes Urteil möglich ist – gemeint sind die Themenfelder *Psychosomatik* und *Integrierte Versorgung*:

Im Rahmen der *Krankenhausplanung* gemäß Landeskrankenhausgesetz hat sich in den letzten Jahren eine weitere Untergliederung der stationären Versorgung manifestiert: Zusätzlich zur Planung stationärer und teilstationärer Kapazitäten für die Erwachsenenpsychiatrie sowie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt diese seit einigen Jahren auch für stationäre und teilstationäre Kapazitäten für das Gebiet der *Psychosomatik*.⁸⁰ Begründet wird dies u. a. mit der Bereitstellung entsprechender Weiterbildungskapazitäten für Ärztinnen und Ärzte auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin sowie mit veränderten, psychosomatischen Behandlungsbedarfen. Zum 1. Januar 2015 weist der Krankenhausplan des Landes Niedersachsen in Summe folgende Kapazitäten aus:

■ Psychiatrie (PSY)	5.065 Betten	1.253 tagesklinische Plätze
■ Psychosom. Med. (PSM)	838 Betten	154 tagesklinische Plätze
■ Kinder-/Jugendpsych. (KJP)	687 Betten	293 tagesklinische Plätze.

Niedersachsen weist im Ländervergleich eine unterdurchschnittliche Bettenzahl auf. Die (jüngst) verfügbaren Statistiken zum 31. Dezember 2013 (Betten auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner) berichten für Niedersachsen eine Bettenmessziffer von 5,43 und für das Bundesgebiet von 6,21. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass die Betten- und Platzzahlen in den Fächern PSY, PSM und KJP in Niedersachsen seit Jahren stetig gewachsen sind (s. dazu im Einzelnen die Abschnitte zur stationären und teilstationären

⁸⁰ Siehe Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2009, 2010). *Konzept über die künftige Versorgungsstruktur und Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen in den Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie (PSY); Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM)*. Teil I – Analyse (November 2009) und Teil II – Versorgungsplanung (April 2010). Hannover.

Versorgung für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene in diesem Bericht). An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass die Existenz und die Zunahme psychosomatischer Plan-Betten seit Jahren kritisch diskutiert wird, insbesondere zwischen Niedersächsischer Krankenhausgesellschaft NKG und den Leistungsträgern der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehen erhebliche Differenzen in der Beurteilung, einerseits hinsichtlich der Belege zum Bedarf überhaupt, andererseits mit Blick auf die unterschiedlich beurteilte Zuordnung zum psychiatrischen Versorgungssystem. Die aktuell erfassten psychosomatischen Betten sind krankenhaushausplanerisch verankert, gleichwohl ist die Diskussion dazu nicht abgeschlossen. Ein Ausweg kann darin gesehen, den Ausweis (künftiger) psychosomatischer Plan-Betten nur anhand klar vorab definierter bedarfs-, struktur- und qualitätsbezogener Kriterien zu ermöglichen – und weitere Klärungen dazu im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zur Krankenhausplanung herbeizuführen.

Integrierte Versorgung (IV) nach § 140a SGB V: Mehrere Kassen im Land Niedersachsen (aber auch in Bremen, Thüringen u. a.) haben mit dem niedergelassenen Bereich und unter Berücksichtigung von Fachdiensten (Ambulante Psychiatrische Pflege, s. u.) Integrierte Versorgungsverträge geschlossen. Ziel ist u. a., durch verbesserte ambulante Behandlung für bestimmte Patientengruppen stationäre Versorgung zu vermeiden. Die Entwicklung der IV-Verträge in Niedersachsen hat verschiedene Stufen genommen; die Beurteilung von Absicht und Erfolg der IV-Versorgung fällt unterschiedlich aus. Es ist derzeit jedoch mangels des Zugangs zu aktuellen Evaluationsberichten kaum möglich, sich ein datengestütztes, nachvollziehbares Bild für die IV-Modelle im Land zu machen, insofern müssen sich weitere Ausführungen dazu in sehr engen Grenzen halten.

4 Ethisch-fachliche Grundsätze für die Psychiatrie in Niedersachsen

Die kurz aufgezeigte Entwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen hinsichtlich der Konzepte, der Struktur und des Ausbaugrads unterstreicht das hohe Engagement aller Beteiligten und die Dynamik, die diese Entwicklung beförderte. Sie war geprägt von dem Willen, die reformerischen Ansätze möglichst flächendeckend umzusetzen, was unbenommen noch bestehender Defizite vielfach Erfolg hatte. Dennoch wird erkannt, dass die bloße Fortschreibung des Bestehenden und ein schlicht weiterer Ausbau der Kapazitäten nicht (mehr) den heutigen und künftigen Anforderungen gerecht würden. Die Sicht auf die Stellung des psychisch kranken Menschen hat sich weiter entwickelt. Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion sind zu Maßstäben geworden, befördert durch internationale Entwicklungen (bspw. die UN-Behindertenrechtskonvention) und durch die Weiterentwicklung der Bundesgesetze wie z. B. zur Eingliederungshilfe (SGB XII), durch das Patientenrechtegesetz, durch Neufassungen der Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder u. a. m. Rechtliche Aspekte, Aufklärung oder Patienten-Information haben deutlich mehr Gewicht bekommen. Ethisch damit ebenfalls verbundene Aspekte beeinflussen die Qualifikation, Einstellung und die Haltung des Fachpersonals. Die betroffene Person ist als Subjekt zu sehen, mit Fähigkeiten und Stärken, die es zu erhalten und wieder zu fördern gilt. Des Weiteren sind die Anforderungen an Qualität und Qualitätssicherung stetig gestiegen. Die Interdisziplinarität der Leistungserbringung ist angesichts komplexer Aufgabenstellung heute Gebot der Stunde. Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung werden mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen zunehmend gefordert. Gerade dies führt auch dazu, nicht undifferenziert in die Breite wirkende Hilfe-Module bereitzustellen, sondern diese insbesondere auf die schwer und längerfristig oder überdauernd von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen zu konzentrieren.

Die Antworten auf diese nur skizzenhaft beschriebenen Anforderungen lauten Funktionalität, Kooperation, Vernetzung, Optimierung der Organisation, Hilfe-/Teilhabeplanung, bereichsübergreifende Koordination und Steuerung. Jedoch sollen diese Ziele nicht nur fachsystemintern aufgegriffen werden; ihre Umsetzung verlangt gerade bei psychischen Erkrankungen den Einbezug der Angehörigen, der Selbsthilfe und den Trialog.

Auf dem Hintergrund solcher Entwicklungen und Herausforderungen in den Kernbereichen der Versorgung bedarf es der erneuten Verständigung, welche Orientierung und welche Bezugnahmen auf übergeordnete Überlegungen die tägliche Leistungserbringung und ihre Organisation leiten können und sollen. Unter Maßgabe der Vielfältigkeit der Herausforderungen kann es dabei nicht nur um fachliche und strukturelle Aspekte gehen, sondern der Blick auf die Rechte des psychisch erkrankten Menschen und sein Recht auf Teilhabe verlangen auch die Erörterung ethischer Werte und Grundsätze. Von daher ist es konsequent, ethisch-fachliche Grundsätze als Basis der Landespsychiatrieplanung zu formulieren.

Dieses Unterfangen ist durchaus vergleichbar mit der Entwicklung „Nationaler Gesundheitsziele“ auf Bundesebene – als Leitlinien für die Struktur und Ausrichtung des Gesundheitssystems allgemein. Auch diese schließen Ziele ein, die für den hier gegebenen Kontext von Bedeutung sind: „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz“, „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“, „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ und „Gesund älter werden“. Das Bundesministerium für Gesundheit erläutert und unterstreicht dabei: „Es ist wichtig und notwendig [...] unter den verschiedenen Akteuren einen Konsens über die Ausrichtung der Gesundheitsziele zu schaffen. Chancengleichheit und angemessene Erreichbarkeit aller Bevölkerungsschichten und -gruppen im Gesundheitsbereich sind dabei ein wichtiges An-

liegen. Die Gesundheitsziele verfolgen daher einen umfassenden Ansatz zur Verbesserung von Gesundheit, der präventive Maßnahmen ebenso wie die Früherkennung von Krankheiten und eine verbesserte Versorgung im Krankheitsfall einschließt. Ein weiterer wichtiger gesundheitspolitischer Aspekt ist die Stärkung der Selbsthilfe sowie der Eigenverantwortung und Stellung der Patientin und des Patienten im Gesundheitswesen.“⁸¹

Einschlägig mit Blick auf psychische Erkrankungen legt auf internationaler bzw. EU-Ebene der „European Mental Health Action Plan 2013–2020“ sieben übergreifende Ziele fest, die auf nationaler Ebene schrittweise umzusetzen sein werden. Die für den Landespsychiatrieplan Niedersachsen nachfolgend wiedergegebenen Grundsätze können durchaus den Anspruch erheben, bereits in die Richtung dieses Aktionsplans zu gehen, wenn dessen sieben Ziele⁸² heißen:

- Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind
- Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden
- Psychosoziale Angebote sollen gemäß dem Bedarf in der Gemeinschaft zugänglich, fachkundig und bezahlbar zur Verfügung stehen
- Menschen haben ein Recht auf respektvolle, sichere und wirksame Behandlung
- Gesundheitssysteme bieten allen eine gute physische und psychische Versorgung
Systeme für die psychische Gesundheit funktionieren in gut koordinierter Partnerschaft mit anderen Sektoren
- Leitung und Leistung im Bereich der psychischen Gesundheit werden durch solide Tatsachen und Kenntnisse vorangebracht.

Für die nationale Ebene haben schließlich die „Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie“ in Herausgeberschaft der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)“ in den letzten Jahren erhebliche Bedeutung. Insbesondere sind mit Blick auf die auch hier im Vordergrund stehenden, von psychischer Erkrankung schwer beeinträchtigten Menschen die „S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ hervorzuheben.⁸³ Diese enthalten einerseits Grundsätze zur Behandlung von und zum Umgang mit psychisch kranken Menschen, andererseits Empfehlungen zu Struktur, Qualität und Organisation von Hilfen für im Schweregrad ausgeprägte Erkrankungszustände. Auf sie wird hier wiederholt Bezug genommen.

Vor diesem Hintergrund wurden die ethisch-fachlichen Grundsätze zum Landespsychiatrieplan erarbeitet. In der Sitzung der Fachkommission am 10. Juni 2015 wurden diese Grundsätze konsentiert.

Im Nachgang und in weiteren Sitzungen der Fachkommission wurden verschiedentlich noch Vertiefungen oder Ergänzungen im Kontext der „Grundsätze“ zu unterschiedlichen Themen gewünscht, diese betreffen Gender/Diversity, Forschung und Suizidprophylaxe.

⁸¹ Bundesministerium für Gesundheit. Entwicklung nationaler Gesundheitsziele.
<http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/gesundheitsziele.html> (zuletzt aufgerufen am 18.08.2015).

⁸² Wiedergegeben nach der deutschen Übersetzung: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (o. J.). *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit Plan. 63. Tagung, Cesme, 16. bis 19. September 2013*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

⁸³ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (Hrsg.). (2013). *S3-Praxisleitlinien: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Die Ausführungen dazu wurden im folgenden Text zu den Grundsätzen an entsprechender Stelle noch ergänzt.

Besondere Aufmerksamkeit erhielt auch das im Jahr 2015 erheblich an Bedeutung gewinnende Thema Flüchtlinge: Die Fachkommission war sich einig, dass die noch zahlenmäßig ungeklärte Lage, die Schwierigkeiten der Einschätzung des Hilfebedarfs, der unterschiedliche (Asyl-)Rechtsstatus u. a. m. zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Grundlage bieten würden, konkrete Versorgungsempfehlungen dahingehend auszusprechen, welche Leistung an welcher Stelle in welcher Quantität angeboten werden solle und müsse. Folglich wären konkrete Vorgaben auf Basis von Ist-Soll-Vergleichen in den Kapiteln des Landespsychiatrieplans zu den Versorgungsbereichen verfrüht bzw. ohne klare Erkenntnis verfehlt. Gleichwohl besteht aus ethischen Gründen die Aufforderung zu Hilfe und Handeln. Die Fachkommission hat sich dafür entschieden, dazu eine Empfehlung zu konsentieren, die in allen Bereichen und bei allen einschlägigen Anlässen oder Bedarfslagen Beachtung finden sollte. Es ist deshalb konsequent, diese als allgemeine Empfehlung auch dem Kapitel zu den ethischen Grundsätzen zuzuordnen (s. u.).

Diese Grundsätze bilden den Bezugs- und Bewertungsrahmen für den Landespsychiatrieplan und seine Bausteine und stellen Leitlinien für das künftige Handeln im psychiatrischen System auf allen beteiligten Ebenen dar. Diese Grundsätze umfassen einerseits zeitgemäße Standards für sowie Forderungen an das System, an die dort beschäftigten, beteiligten und betroffenen Personen; andererseits stellen sie auch eine Selbstverpflichtung des Systems und der in ihm Tätigen dar, entsprechend dieser Grundsätze zu handeln und sich demgemäß zu verhalten.

Ethisch-fachliche Grundsätze für den Landespsychiatrieplan

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 und Seele, Leib, 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, Alter, Gender und Lebenslage der Betroffenen sowie sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Verschiedene Lebensformen und Lebensstile werden gleichberechtigt geachtet und berücksichtigt. Das psychiatrische Versorgungssystem ist auch für Betroffene, die weitere Beeinträchtigungen im Sinne einer körperlichen, geistigen, Lern- oder Sinnes-Behinderung aufweisen, zugänglich und berücksichtigt ihre besonderen Bedarfe. Flüchtlinge werden in adäquater Weise dabei unterstützt, Zugang und bedarfsgerechte Hilfe zu bekommen.
- Zum Versorgungssystem gehören psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Hilfen zu Vorbeugung, Behandlung und 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 die Krisenintervention. Für jede Intervention, ob mit oder ohne Freiheitsentziehung, Zwangsmaßnahmen, Unterbringung oder unterbringungsähnlichen Maßnahmen, gilt als erster Grundsatz: Sie darf nicht schaden und muss die Selbstbestimmung und die 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 Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie weiteren 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:
 - Die UN-Behindertenrechtskonvention will den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten von Menschen mit Behinderungen fördern, schützen und gewährleisten und die Achtung ihrer Würde unterstützen (Artikel 1). Dies beinhaltet ihre Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, ihre volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft, die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und ihre Akzeptanz als Teil der menschlichen Vielfalt (Artikel 3). Ziel ist die Inklusion und die Verbesserung der Versorgung; dies umfasst das gesamte Spektrum von präventiven Maßnahmen bis zu umfassenden Maßnahmen der Fürsorge und Verantwortungsübernahme.
 - Die UN-Kinderrechtskonvention gilt auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere die folgenden Punkte sind auch für seelisch kranke Kinder sowie für teilhabebeeinträchtigte und behinderte Kinder und Jugendliche handlungsleitend: Diskriminierungsverbot, Wohl des Kindes, Recht auf Meinungsbildung und -äußerung, Schutz von Privatsphäre und Ehre, Förderung und Rechte behinderter Kinder, Recht auf Gesundheit und Behandlung, Sicherung von Behandlungsstandards bei Unterbringung, Recht auf Bildung, Verbot rechtswidriger freiheitsentziehender und unterbringungsähnlicher Maßnahmen.
- Der Landespsychiatrieplan 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. Damit auch lesbische Frauen, schwule Männer sowie bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen (LSBTTI) psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen und sie dort kompetente Beratung und Behandlung finden, ist eine vorurteilsfreie Haltung von Mitarbeitenden des Gesundheitswesens sowie Wissen um die besonderen Bedürfnisse von LSBTTI-Personen notwendig. Das Land wirkt darauf hin, bei beruflicher Aus- und Weiterbildung sowie Qualifikation für genderspezifische sowie LSBTTI-Belange zu sensibilisieren.
- 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.
- Psychiatrie respektiert die Autonomie und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten – in allen Altersstufen, sowie ihren Willen, ihre Kräfte und sie fördert Eigenverantwortung, Eigeninitiative und Ressourcen ihrer Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer lebensweltlichen Werte.
- Behandlung geschieht grundsätzlich im Auftrag der Patientinnen und Patienten, dazu gehören unverzichtbar Aufklärung über Diagnostik sowie Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten, die Beachtung der Ziele der Patientinnen und Patienten, das Aufzeigen von Wahlmöglichkeiten und eine gemeinsame Entscheidung über das Vorgehen.
- Wenn nötig, übernimmt Psychiatrie Verantwortung für Patientinnen und Patienten in Notsituationen. Dann ggf. notwendig werdende Einschränkungen von Grundrechten/Selbstbestimmung geschehen nur sorgfältig begründet und dürfen nur dann erfolgen, wenn alle Hilfemöglichkeiten zuvor ausgeschöpft wurden und die Selbstbestimmung nicht mehr gegeben ist. Eine Einschränkung von Grundrechten kann nur

im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben erfolgen und darf im Rahmen einer Unterbringung zur Behandlung oder einer Behandlung gegen den Willen der Patientin oder des Patienten bzw. eines Maßregelvollzugs nur dann angewendet werden, wenn und solange sie zu ihrem bzw. seinem Wohl bzw. zum Schutz anderer Personen erforderlich ist und die Patientin oder der Patient die Notwendigkeit der Behandlung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Zuvor muss versucht werden, sie oder ihn von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen, die zum eigenen Wohl erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden von sich oder anderen Personen abzuwenden. Zudem muss der zu erwartende Nutzen der Behandlung die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen. Die Betroffenen erhalten zwingend Aufklärung über und Zugang zu Beschwerdemöglichkeiten.

- Ebenso wird die spezifische Gesetzgebung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche und die Zuständigkeit der Familiengerichte sowohl für unterbringungsähnliche, für freiheitsentziehende als auch für Maßnahmen nach den Landesunterbringungsgesetzen beachtet und kontrolliert.
- Für den Fall einer unvermeidlichen Einschränkung von Grundrechten ebenso wie bei der Zuspitzung krisenhafter Situationen bestehen klare Regeln zur Begrenzung und Bewältigung, dies betrifft insbesondere: Gewaltprävention, Deeskalation, Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sowie die transparente Dokumentation von Zwangsmaßnahmen – und zur Kontrolle eine effektive Aufsicht.

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. Auf diesem Hintergrund stellt der Landespsychiatrieplan folgende Anforderungen an das Versorgungssystem:

- Verantwortung für Erreichung und Zugänglichkeit: in vielfältigem Sinn erreichbar und zugänglich gestaltete Angebote, auch für schwer und komplex Erkrankte und im Krisenfall.
- Personenzentrierung: Handeln im Auftrag und Partizipation an den Entscheidungen, Orientierung an gemeinsam ermittelten Zielen, Case Management, Qualitätssicherung und Evaluation.
- Multiprofessionelles und multimodales Handeln auf Basis eines Konzepts, das den psychisch kranken Menschen in seiner Gesamtheit, seine Ressourcen und Ziele berücksichtigt und unter Einbezug von Betroffenenexpertise.
- Wirkungsorientiertes Handeln auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und fachlicher Leitlinien.
- Träger und Hilfesystem übergreifende Vernetzung von Angeboten/Hilfen in den Bereichen: Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe, Nachsorge, Begleitung, Krisenintervention.
- Sozialräumliche Orientierung: Der Landespsychiatrieplan setzt sich zugunsten des Prinzips der Inklusion sozialraumintegrierte, wohnortnahe und arbeitsplatzbezogene abgestufte Versorgungs-/Hilfeangebote zum Ziel. Für neue bzw. für die Wiederer-

langung von Gemeinschaftserfahrungen, für soziales Lernen sowie für Einfeldung und den Verbleib im Milieu sind entsprechende sozialraumorientierte Konzepte entwickelt.

- Aufmerksamkeit haben Gesundheitsförderung und Primärprävention in den Sozialräumen sowie geeignete Maßnahmen zur Früherkennung und Rückfallvorbeugung bei psychischen Gefährdungen und Erkrankungen. Dies umfasst auch die Förderung des betrieblichen Engagements für Prävention (seelische Gesundheit am Arbeitsplatz), den Erhalt von Arbeit und Wiedereingliederung.
- Partizipation und Inklusion realisieren sich (auch) durch Förderung verschiedener Formen von (unabhängiger) Selbsthilfe, von Peer-to-Peer-Beratung und der Beteiligung von Selbsthilfe an politischen Gestaltungsprozessen und der Entwicklung von Versorgung sowie unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten.
- Angehörige bzw. das soziale Umfeld werden in Abstimmung mit der Patientin bzw. dem Patienten als Partnerin/Partner in die Behandlungsprozesse einbezogen. Das Engagement von Angehörigen bei der Versorgung wird wertgeschätzt und die Angehörigen durch geeignete Angebote informiert und entlastet. Sie erhalten die Möglichkeit, an der Entwicklung des Versorgungssystems mitzuwirken.

Besondere Akzente werden bei der Gestaltung der Versorgung für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern gesetzt, ihre Entwicklung wird generell und speziell im Falle psychischer Störungen und Erkrankungen besonders beachtet. Hierfür sind folgende Leitideen maßgeblich:

- Kindgerechte Aufklärung: Dem Kind wird in kindgerechter Form ein Maximum an Information, Mitsprache und Entscheidungsrecht gewährt, auch wenn die Sorgeberechtigten die Entscheidung innehaben und sich ggf. gegen den vom Kind geäußerten Willen entscheiden können und dies tun.
- Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erfolgt auf spezifischen Stationen und Settings; im Regelfall ist eine Behandlung mit Erwachsenen zusammen nicht möglich. Die besonderen Bedarfe von Adoleszenten und Jungerwachsenen werden beachtet.
- An den Schnittstellen zur Erwachsenenpsychiatrie werden prozessförderliche Übergänge systematisch gestaltet.
- Das Recht auf Bildung beinhaltet die Beschulungs-, Praktikums- und Beschäftigungsmöglichkeit in adäquater, entwicklungsorientierter und angemessener Form für psychiatrisch behandelte Kinder und Jugendliche.
- Behandlung wird in der Regel mit einem Maximum an Kontakt zu den Familien, den Freunden und der Peergroup umgesetzt, nach Möglichkeit bleibt das Kind in der Familie.
- Institutionen der Versorgung, insbesondere freiheitsentziehende, unterbringungsähnliche Maßnahmen und der Jugendstrafvollzug sind altersadäquat ausgestattet, bieten entwicklungsorientierte Angebote und schützen die Kinder und Jugendlichen vor Traumatisierung.

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:

- Beziehungs- und Behandlungskontinuität: Die Beziehung zum hilfebedürftigen Menschen steht in allen Altersstufen im Zentrum psychiatrischen Handelns, ihre therapeutische Gestaltung ist eine ständig neue Herausforderung. Es gilt, immer im Dialog zu bleiben und die im Einzelfall richtige Balance von Tun und Lassen, von Nähe und Distanz zu finden.
- Die Hilfen und Maßnahmen kommen im Wesentlichen im Sozialraum, abgestuft und je nach Schweregrad der Erkrankung in bedarfsgerechtem und erforderlichem Maß zum Einsatz. Die Hilfen sind zur Schwere der Störung kongruent in Kapazität und Kompetenz gestaltet und ausgestattet. Für Not- und Krisenfälle sind in allen Versorgungsgebieten Einrichtungen und Maßnahmen einer qualifizierten Krisenintervention erreichbar.
- Psychisch kranken Menschen mit komplexen Problemlagen stehen spezialisierte Fachdienste zur Verfügung – erreichbar an zentralen Stellen platziert. Sie bieten den Fachdiensten der Regelversorgung Konsiliar- und Liaisonfunktionen.
- Psychische Erkrankungen treten in den verschiedensten Kontexten auf, oft in Kombination mit körperlichen Krankheiten und sozialen Notlagen. Eine wohnortnahe, bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung gerade von schwer und mehrfach beeinträchtigten Menschen gelingt nur in einem über den Bereich der Psychiatrie hinaus abgestimmten System. Deshalb kooperieren Psychiatrie und Psychotherapie mit der allgemeinmedizinischen, somatischen Versorgung und mit allen weiteren relevanten sozialen Fachdiensten und der sozialen Infrastruktur.
- Im Einklang auch mit den Rechtsprinzipien für kranke und behinderte Menschen sowie mit dem Prinzip der Inklusion realisiert sich eine funktionale Versorgung vor allem durch einfache, adäquate und niedrighschwellige Zugänge – auch für Menschen in institutionellen Lebenskontexten. Dies bedeutet u. a. Barrierefreiheit, Wunsch und Wahlrecht, aufsuchende Beratung, Behandlung und Begleitung, definierte Pflicht- und Regelversorgung und klare Notfallregelungen. Das Versorgungssystem fühlt sich verantwortlich für die Erreichung der hilfebedürftigen Menschen, auch und insbesondere der schwer Beeinträchtigten.

Qualitätssicherung, personelle Ressourcen und Fachlichkeit

Qualität sicherstellen und nachweisen hat im Rahmen der Versorgung zunehmend Bedeutung gewonnen. Im Prozess der Landespsychiatrieplanung wird darauf geachtet, dass die Psychiatrie im Land an diesen Entwicklungen offensiv partizipiert. Wichtig ist die Definition von grundlegenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien der Versorgung und ihrer Dienste.

- Qualität in der Psychiatrie und Psychotherapie wird soweit möglich durch wirksame, evidenzbasierte und in wissenschaftlich anerkannten Leitlinien komprimierte transparente Diagnostik- und Behandlungsansätze gewährleistet sowie durch die Berücksichtigung der Vielfalt der Klientel bei der Gestaltung von Zugängen und Behandlung.

- Qualität bemisst sich am Nutzen für und an der Ausrichtung an Betroffenen und an ihrer Verschiedenheit, deshalb werden Werte und Erfahrungen der Betroffenen regelmäßig bei der Bewertung von Qualität und der Definition von Standards berücksichtigt. Versorgungsqualität wird über so definierte, angemessene und auf Ziele bezogene Qualitätskriterien gefördert, die periodisch aktualisiert und überprüft werden. Die Qualität von Leistungen wird dokumentiert, evaluiert und ist transparent.
- Verantwortung für Qualitätssicherung und -prüfung liegt bei Land, Kommunen, Trägern und Leitungen von Angeboten und Diensten. Leistungsträger sichern eine für die Aufgaben und Standards adäquate Ausstattung.
- Psychiatrieberichteinstellung nimmt Qualitätsaspekte auf und fördert Evaluation (auch zur Umsetzung des Landespsychiatrieplans).

Die Qualität der Versorgung wird schließlich durch kompetent Handelnde gewährleistet. Deshalb ist ihre substanzielle Aus-, Fort- und Weiterbildung, die beständige Reflexion des eigenen Handelns, von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken, anderen Kulturen und Lebensformen und Instrumentalisierungsversuchen sowie der eigenen Handlungsfähigkeit und Bedingtheit notwendig und wird durch entsprechende Anreize gestärkt. Absehbar ist, dass die demografische Entwicklung sich auch auf der Anbieterseite auswirken wird. Deshalb bleibt die Psychiatrie bei Personalausstattung und -rekrutierung attraktiv. Wer in der Psychiatrie tätig ist, benötigt häufig neben der jeweiligen Grundqualifikation eine auf das Arbeitsfeld ausgerichtete Zusatzausbildung. Dies bedeutet insbesondere:

- Sicherstellung der Ausbildung (Nachwuchsförderung) – staatliche Anerkennung und Unterstützung
- Sicherung von Fort- und Weiterbildung, staatliche Anerkennung und Unterstützung
- Förderung der Weiterbildung von Betroffenen und Einbezug von Genesungsbegleitung
- Anreize im System zu Fort- und Weiterbildung und zur Weiterentwicklung der Berufsqualifikation
- Personalmarketing: Entwicklung von Konzepten und Verfahren zur Personalsuche, Personalgewinnung und Personalbindung.

Für Weiterentwicklung und Qualität von Prävention, Diagnostik und Therapie wird Forschung gefördert. Forschung braucht, wie auch die Lehre, Unabhängigkeit und Freiheit.

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.

- Ein bedarfsgerecht geplantes, ausgestaltetes und implementiertes Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen beinhaltet die erforderlichen Hilfeangebote in ausreichendem Ausmaß und mit Zuständigkeit für ein definiertes Einzugsgebiet.

- Regelhafte Einzugs- bzw. Planungsgebiete sind die kommunalen Gebietskörperschaften, zugleich „Gesundheitsregionen“.
- Die kommunalen Gebietskörperschaften und psychiatrischen Planungsgebiete können sich je nach Bevölkerungszahl und Größe weiter in geeignete Planungsräume unterteilen, um Erreichbarkeit besser zu gewährleisten. Ebenso können sie sich zu gebietskörperschaft-übergreifenden Versorgungsregionen zusammenschließen, wo dies z. B. zur Gewährleistung von Spezialdiensten angezeigt ist.
- Für eine landesweit ausgewogene und zugleich ressourcenorientierte Versorgung der Bürger und Bürgerinnen sind Information und Transparenz gesichert. Auf Landesebene sind für die kommunale und landesweite periodisch fortzuschreibende Psychiatrieberichterstattung und -planung steuerungsrelevante Daten definiert, die je aktuell bereitgestellt werden.
- Die Akteure der Psychiatrieberichterstattung und der allgemeinen Gesundheitsberichterstattung tragen zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung auch dafür Sorge, dass frühzeitig Daten zur Entwicklung der Versorgungseinrichtungen vorliegen, mittels derer eine bedarfsgerecht diversifizierte ambulante Versorgungslandschaft gesichert werden kann (vertragsärztlich allgemeine und psychiatrische-psychotherapeutische Versorgung in Praxen, Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten etc.).
- Die Krankenhausplanung erfolgt für alle Altersgruppen in enger Vernetzung mit der psychiatrischen Planung. Im Besonderen betrifft diese Vernetzung die Kinder- und Jugendmedizin und die Kinder- und Jugendpsychiatrie, das Gebiet der Suchterkrankungen, die psychosomatischen Krankheitsbilder sowie die internistisch-geriatrische und neurologische Versorgung.
- Zwischen den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere der stationären sowie der Erwachsenenpsychiatrie (Transition) ist auf kommunaler Ebene eine erhöhte wechselseitige Transparenz und Kooperation sichergestellt.
- Die politisch verantwortliche Landesebene trägt dafür Sorge, dass entsprechende Rahmenbedingungen auf Landesebene für das psychiatrische Versorgungssystem durch Gesetze, Erlasse, Verordnungen vorhanden sind bzw. geschaffen werden. Das betrifft auch die Fach- und Rechtsaufsicht, insbesondere bzgl. Zwangsbehandlung und geschlossener Unterbringung.
- Die den Landeswillen umsetzende und überwachende Organisationseinheit ist das Psychiatriereferat in Kooperation mit den gesetzlich festgelegten Ausschüssen und Fachgremien. Die künftige Struktur und Organisation dieser Landesinstanz trägt den gestiegenen Anforderungen an Steuerung, Koordination, Supervision und Ressourcenorientierung Rechnung und fördert die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Instanzen und der Leistungsträger.
- Über geeignete Gremien ist die Mitwirkung aller relevanten Akteure der psychiatrischen Versorgung, von Betroffenen und Angehörigen sichergestellt – in allen psychiatrischen Feldern vom Kindesalter über das Erwachsenenalter bis hin zum hohen Alter. Besuchskommissionen übernehmen in der Gremienstruktur wichtige Aufgaben und repräsentieren auch die Betroffenen- und Angehörigenseite. Für den Kinder- und Jugendbereich und den Maßregelvollzug bestehen spezifische und mit adäquater Fachlichkeit ausgestattete Besuchskommissionen.

- Kommunale Ebene: Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste als kommunale Fachdienste für die Sicherung und Steuerung der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Sie organisieren, vermitteln oder übernehmen in ihren Kernaufgaben die niedrigschwellige Beratung und Betreuung, die Krisenintervention, die Planung und Koordination von Einzelfallhilfen, die Netzwerkarbeit und Steuerung im kommunalen Kontext sowie Aufgaben des psychiatrischen Beschwerdemanagements für die Kommune. Sozialpsychiatrische Dienste sind zur psychiatrischen Behandlung ermächtigt. Die sozialpsychiatrische Planung auf Ebene der Kommunen ist unverzichtbarer Bestandteil der allgemeinen Daseinsfürsorge.

Für die Versorgungsplanung in allen Bereichen sollen für die jeweilige *psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen* folgende Grundsätze gelten:

- Vorbeugung, Erkennung und fachgerechte Behandlung psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen stellen Kern-Erfordernisse dar.
- Hierbei ist festzustellen, dass keine völlige Neuorientierung notwendig ist, sondern dass migrationsbezogene Erfahrungen, Wissen und Expertise im Hinblick auf aktuelle Herausforderungen bestehen. 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 und unterstützt eine erste Orientierung der Flüchtlinge. Um diesen Helfern, ebenso wie dem Fachpersonal, mehr Sicherheit im Umgang mit den Flüchtlingen zu geben, sollten Schulungen mit entsprechenden Schwerpunkten durchgeführt werden (z. B. über das „Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V.“).
- Unabdingbar für Vorbeugung und Bewältigung von psychischen Störungen und Krisen sind stabile äußere Rahmenbedingungen (gesicherter Aufenthaltsstatus, eine angemessene Unterkunft- bzw. Wohnsituation, Kontakt sowie Beschäftigungsmöglichkeiten).

5 Bestandsaufnahme und Bewertung

5.1 Vorbemerkung zu Datenquellen und zum Aufbau der Darstellungen

Die folgenden Abschnitte in Kap. 5 enthalten jeweils eine Darstellung zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungssituation in Niedersachsen, verbunden mit jeweiligen Bewertungen und Handlungsempfehlungen. Die Abfolge orientiert sich, nach einer Betrachtung von Partizipation und Selbsthilfe, an Lebensphasen und beschreibt die einschlägige Versorgungssituation für von psychischen Störungen und Erkrankungen betroffene Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen ab 65 Jahren. Die weiter nachfolgenden Abschnitte widmen sich dann einschlägigen Themen des Maßregelvollzugs, der psychiatrischen Versorgung suchtkranker Menschen sowie der Planung und Steuerung des Systems.

Die Darstellungen beziehen sich, wie bereits einleitend erwähnt, i. d. R. jeweils auf das Jahr 2013. In Einzelfällen liegen Angaben für dieses Jahr (noch) nicht vor, dies findet dann Erwähnung, ebenso falls Daten aus den Jahren 2014 oder 2015 ergänzend eingefügt und interpretiert werden, wenn diese bei Abfassung des Berichts vorhanden waren.

Die einzelnen Abschnitte fußen auf einer Fülle von bereits vorhandenen bzw. bereitgestellten Datenquellen und Materialien, d. h. die Darstellungen und Aussagen beruhen wesentlich auf sekundäranalytischen Auswertungen. Eigene, repräsentativ orientierte Erhebungen wurden angesichts der auf die Datenmenge bezogen umfänglichen Ausgangslage abstimmungsgemäß nicht durchgeführt. Im Sinne der Präzisierung der jeweiligen Sachthemen wurden jedoch in einer großen Zahl von Terminen und Sitzungen mit Gremien sowie Sachverständigen weitere Materialien durch FOGS/ceus consulting gesammelt und durch viele Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern diverser Institutionen, mit Expertinnen und Experten und insbesondere mit der Fachkommission sowie mit dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen und dem Psychiatrie-Ausschuss gemäß NPsychKG validiert. Zusammengefasst betrachtet beruhen die Grundlagen der Auswertungen und Aussagen im Landespsychiatrieplan bzw. in diesem Dokument auf folgenden sechs Hauptgruppen an Quellen und Materialien:

- Materialien, bereitgestellt durch den Auftraggeber MS zu diversen psychiatrierelevanten Themen, Konzepten und Entwicklungen im Land, darunter z. B. alle vorliegenden Sozialpsychiatrischen Pläne der kommunalen Gebietskörperschaften.
- Datenbereitstellung der Statistik führenden Ämter und Institutionen im Land Niedersachsen, z. B. des Landesamts für Statistik Niedersachsen, Dezernat 23, des Landesjugendamts sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) zur ambulanten Versorgung.
- Datenbereitstellung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in Absprache mit den kommunalen Spitzenverbänden: „Daten aus dem Nds. Kennzahlenvergleich in der Eingliederungshilfe“.
- Auswertung der Berichtsreihe „Psychiatrie in Niedersachsen“ (hrsg. von Elgeti u. a.; bis zum Jahr 2015 in sieben Bänden) mit jeweils Themen, Berichterstattung und Daten-Material zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen in den letzten beiden Jahrzehnten.
- Dokumentation und Auswertung aller Gremiensitzungen sowie vom Auftragnehmer FOGS/ceus consulting geführten Fachgespräche mit Expertinnen und Experten einschließlich von diesen bereitgestellter Unterlagen etc. im Zuge der Erarbeitung des Landespsychiatrieplans.

- Vertiefende Recherchen in der Fachliteratur zu Themen der psychiatrischen Versorgung durch den Auftragnehmer.

Vorab ist schließlich darauf hinzuweisen, dass sich die Darstellungen in der Beschreibung der Versorgungssituation i. d. R. einerseits an den Einteilungen nach Bezirken und kommunalen Gebietskörperschaften, andererseits an den tradierten Einteilungen und Klassifizierungen orientieren, die das Gesundheitswesen generell kennzeichnen: ambulante, stationäre usw. Behandlung, Versorgung durch Heime etc. Diese Orientierung ist sozusagen zwangsläufige Folge der statistischen Aufarbeitung durch Ämter, Verbände und Instanzen, die sich dieser Kategorisierungen seit Jahren bedienen bzw. sie entsprechend fortzuschreiben, durchaus im Sinne je eigener, gesetzlicher Zuständigkeit für bestimmte fachliche Aufgabenstellungen. Dass unter Maßgabe integrativer Ansätze, die die Psychiatrie vermehrt verfolgen will und soll, diese tradierten, sektorbezogenen Kategorisierungen den Blick auf diese Ansätze in gewisser Weise „partikularisierend/separierend“ verstellen, wird verschiedentlich kritisch gesehen. Im Sinne der Lesbarkeit und der Nachvollziehbarkeit werden jedoch die bisherigen Einteilungen bzw. Datenstrukturen übernommen. Eine Änderung kann hier eine künftige „Landespsychiatrieberichterstattung“ herbeiführen, mit dem Ziel, vorhandene statistische Daten integrativ zu bündeln, worauf an entsprechender Stelle noch einzugehen sein wird.

5.2 Partizipation und Selbsthilfe

5.2.1 Ist-Situation

Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche Bedeutung in der Behandlung von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zu. Es existiert kaum ein einheitliches Verständnis von Selbsthilfe, vielmehr werden eine Vielzahl von Handlungsformen und Akteuren dazu gezählt. Die S3-Leitlinie zu psychischen Störungen definiert Selbsthilfe mit Verweis auf Borgetto (2004) so: „Unter Selbsthilfe werden alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungsformen verstanden, die sich auf die Bewältigung eines gesundheitlichen oder sozialen Problems durch die jeweils Betroffenen beziehen. Selbsthilfe beruht vor allem auf Erfahrungswissen, kann aber auch Fachwissen einschließen.“⁸⁴ Im Unterschied zu einem Selbsthilfebegriff, der auch das Selbststudium von Ratgebern einschließt, beschäftigt sich dieses Kapitel ausschließlich mit Selbsthilfe i. S. von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen sowie der professionellen Unterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfebüros.

Obgleich die Wirksamkeit von Selbsthilfe nicht als ausreichend belegt gelten kann, ist sie mittlerweile unumstritten als wichtiger Teil des psychiatrischen Systems anerkannt. Auch verweisen Ergebnisse der wenigen Forschungsprojekte zu Selbsthilfe auf positive Wirkungsmechanismen: „beispielsweise das Modelllernen, die Selbsterforschung, die gegenseitige emotionale Unterstützung und die Erweiterung von Wissen. [...] Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit psychischen Erkrankungen – dies zeigen vor allem US-amerikanische Studien – haben positive Auswirkungen auf die Dauer von Krankenhausaufenthalten, auf die Häufigkeit von Re-Hospitalisierungen und auf die Fähigkeit, das Alltagsleben ohne Kontakt zum professionellen Versorgungssystem

⁸⁴ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 148.
Borgetto B. (2004). *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber, S. 14.

aufrechtzuerhalten. Zudem verbessern sich die Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung, das Sicherheits- und Selbstwertgefühl und die Zufriedenheit mit der Gesundheit und dem Leben insgesamt. Mit der Dauer und Intensität der Teilnahme an Selbsthilfegruppen bzw. der Mitgliedschaft in Selbsthilfeorganisationen scheint die Stärke dieser Effekte zuzunehmen⁸⁵. Weiter wird ausgeführt, dass die Kombination von Selbsthilfegruppen und gemeindenahen psychiatrischen Dienste „zu einer deutlichen Verbesserung des Genesungsprozesses (recovery) bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenien, affektive Störungen u. a.) im Vergleich zu den Patienten, die keine Selbsthilfe in Anspruch nahmen“ geführt hat⁸⁶. In einer anderen Studie „konnten die stationären Behandlungstage in dieser Gruppe gesenkt werden. Es zeigte sich eine Tendenz, dass in der Gruppe der Selbsthilfenutzer die Zufriedenheit hinsichtlich Ausbildung und beruflicher Tätigkeit anstieg und im Gegensatz zur Kontrollgruppe die wahrgenommenen Probleme in Anzahl und Schwere stabil blieben; während die Personen der Kontrollgruppe eine Zunahme von Problemen angaben“⁸⁷.

„Die Effektivität von Angehörigen-Selbsthilfegruppen wurde im Rahmen der Münsteraner Familienstudie untersucht. Die Studie zeigte zum einen, dass sich Angehörige von schwer psychisch kranken schizophrenen männlichen Patienten mit einem hohen Niveau sog. expressed-emotion-Verhaltens eher einer Selbsthilfegruppe anschlossen. In einem 2-Jahres-Zeitraum schienen sich die Patienten der Experimentalgruppe besser zu entwickeln als die Patienten der Kontrollgruppe (Angehörige ohne Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe). Obwohl die Ausprägung von expressed emotion bei den Angehörigen in der Experimentalgruppe unverändert blieb, wurden dennoch eine Zunahme an sozialen Kontakten und eine Verringerung physischer Beschwerden unter den Angehörigen beschrieben.“⁸⁸

Mit Blick auf die Hinweise aus der Forschung empfiehlt die S3-Leitlinie neben der Selbstmanagementförderung, der Zur-Verfügung-Stellung von geeigneten Ratgebern und Selbsthilfemanualen auch, Patientinnen und Patienten über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen zu informieren und sie zur Teilnahme daran zu ermuntern sowie Peer-Beratung einzusetzen.⁸⁹

Über psychische Störungen/Themen hinaus wurde ganz generell mit dem am 18. Juni 2015 verabschiedeten „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz – PräVG) Selbsthilfe deutlich gestärkt. Das PräVG hat vor allem zu Änderungen im SGB V (§ 20a bis d, Prävention und Selbsthilfe) geführt, insbesondere werden die Leistungen der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung nun mehr als verdoppelt. Für die Versicherten sind statt 3,09 Euro jährlich nun 7,00 Euro pro Person aufzubringen. Allein die Selbsthilfe wird mit zusätzlichen 30 Mio. Euro gestärkt: Sind bis inkl. 2015 0,64 Euro pro versicherter Person für Selbsthilfeförderung zur Verfügung gestellt worden, so müssen die Krankenkassen diese Summe ab 2016 auf 1,05 Euro

⁸⁵ S3-Leitlinie, S. 154 mit Verweis auf Borgetto, B. (2007). Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. *Public Health Forum*, 15,2, 6-8.

⁸⁶ S3-Leitlinie, S. 154 mit Verweis auf Segal, S.P., Silverman, C.J. & Temkin, T.L. (2010). Self-help and community mental health agency outcomes: A recoveryfocused randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 61, 9, 905-10.

⁸⁷ S3-Leitlinie, S. 154 mit Verweis auf Burti, L. u. a. (2005). Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome? A study in an Italian Community-Based Psychiatric Service. *Community Mental Health Journal*, 41, 6, 705-20.

⁸⁸ S3-Leitlinie, S. 155 mit Verweis auf Schulze-Mönking, H. (1994). Self-help groups for families of schizophrenic patients: formation, development and therapeutic impact. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 3, 149-54.

⁸⁹ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 148 ff.

pro Person fast verdoppeln. Für Niedersachsen bedeutet dies, dass die kassenübergreifende Fördersumme von bisher knapp 5 Millionen Euro auf rd. 8,2 Millionen Euro im Jahr 2016 steigen wird. Die Krankenkassen stellen damit den größten Fördertopf für gesundheitsbezogene Selbsthilfe zur Verfügung.

Eine neue Form, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Umfeld der Pflege zu fördern, bietet § 45d Absatz 2 SGB XI. Die neue Regelung schreibt vor, dass die Pflegekassen die Selbsthilfe mit 0,10 Euro je versicherter Person unterstützen. Die privaten Pflegeversicherer beteiligen sich daran mit zehn Prozent des Fördervolumens, zudem sind die Mittel durch die Länder um einen Zuschuss in jeweils gleicher Höhe für die einzelne Fördermaßnahme zu ergänzen.⁹⁰

Niedersachsen fördert themenübergreifend (Stand: 2013) Selbsthilfe und Maßnahmen mit Selbsthilfebezug mit rd. 3,7 Mio. Euro. Darin enthalten sind auf der Grundlage einer eigenen Förderrichtlinie gewährte 150.000 Euro für niedrigschwellige Betreuungsangebote (vgl. Kap. 5.4, u. a. von den Alzheimer Gesellschaften vorgehalten) sowie über 1 Mio. Euro für Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KIBIS).⁹¹ Die Förderung der verschiedenen Selbsthilfeelemente obliegt auf der Grundlage verschiedener gesetzlicher Grundlagen mehreren Referaten im MS. Das Fördervolumen übertrifft damit, bezogen auf die jeweilige Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner, die Ausgaben der meisten Bundesländer, darunter aller anderen Flächenländer.⁹² Weitere Förderungen durch die Kommunen, die sich hier z. T. ebenfalls eher stark engagieren, kommen hinzu.

Kernakteure der Selbsthilfe sind vor Ort und bezogen auf konkrete Themen eine Vielzahl an Selbsthilfegruppen. Es handelt sich dabei auch um Einzelpersonen und/oder (z. T. häufig wechselnde) Gruppierungen mit einem unterschiedlichen, z. T. geringen Institutionalierungsgrad. Eine laufende Registrierung der eigenen Arbeit ist weder in einer verbindlichen Form für alle fest verankert noch von allen gewünscht. Die Gruppenarbeit ist z. T. extrem dynamisch, Neugründungen wechseln sich mit der Einstellung von Gruppen ab. Viele, aber nicht alle Selbsthilfegruppen haben sich themenbezogen zu überregionalen Selbsthilfeverbänden zusammengeschlossen. Schätzungen gehen davon aus, dass in Niedersachsen etwa 270.000 Personen in mehr als 7.000 Selbsthilfegruppen⁹³ aktiv sind, wie viele davon auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und Angehörige entfallen, ist derzeit nicht bekannt. Aus Nordrhein-Westfalen weiß man, dass etwa 9 % der Gruppen psychische Themen berühren, bezieht man diesen Wert auf Niedersachsen, so wäre von etwa gut 600 Selbsthilfegruppen Betroffener oder Angehöriger im Kontext psychischer Belastungen, Störungen oder Erkrankungen auszugehen. Die Erfahrungen in NRW verweisen zudem darauf, dass sich eher Betroffene mit leichteren psychischen Störungen oder in Lebenskrisen in Selbsthilfegruppen zusammenfinden, zumindest haben die Selbsthilfekontaktstellen in NRW kaum Kontakt zu Gruppen von Psychiatrieerfahrenen. Demgegenüber engagieren sich in Angehörigengruppen verstärkt Personen mit schwerer betroffenen psychisch kranken Angehörigen. Wahrscheinlich ist, dass in Niedersachsen, wie auch andernorts, die Selbsthilfe zu psychischen Themen dynamisch wächst. Selbsthilfe im psychiatrischen Setting entstammt oft klinischen Initiativen und wird z. T. zunächst angeleitet.

⁹⁰ Hundertmark-Mayser, J. & Helms, U. (2014). *Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013*. NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick. Berlin: NAKOS. S. 40ff.

⁹¹ Dazu kommen Mittel im gleichen Umfang von der Pflegeversicherung.

⁹² Ebd., S. 18.

⁹³ Vgl. FreiwilligenServer Niedersachsen. Selbsthilfegruppen in Niedersachsen.
<http://www.freiwilligenserver.de/index.cfm?uuid=18EC1F4BA435420FB4A2149E2E8D474E> (zuletzt aufgerufen am 29.12. 2015).

In der überwiegenden Zahl der niedersächsischen Kommunen arbeiten zudem – als professionelle Struktur – Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KIBIS), die sowohl nachfragenden Einzelpersonen als auch örtlichen Selbsthilfegruppen Unterstützung bieten und i. d. R. die regionalen Akteure kennen. Manche Kommunen in Niedersachsen verfügen nicht über KIBIS und z. T. sind die Wege für interessierte Personen sehr weit. Die Arbeit der bestehenden 34 KIBIS und der neun im Aufbau befindlichen Selbsthilfe-Kontaktstellen wird koordiniert und unterstützt durch das ebenfalls landes- und kassengeforderte Selbsthilfe-Büro Niedersachsen in Trägerschaft der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.⁹⁴ Über das Selbsthilfe-Büro können u. a. Selbsthilfegruppen und -verbände gesucht werden. Allerdings fehlen in den meisten KIBIS Sprachkompetenzen, um auch Personen mit Migrationshintergrund und schlechten Deutschkenntnissen zu helfen.

In Niedersachsen arbeiten unter Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen mindestens acht unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie, z. T. unter dem Dach des SpV, z. T. als eigener Verein. Die trialogisch besetzten Beschwerdestellen unterstützen psychisch kranke und meist auch suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen bei Beschwerden, Anregungen und Fragen im Zusammenhang mit Behandlung, Betreuung, Unterbringung und behördlichen Angelegenheiten. Neben der persönlichen Unterstützung ihrer Nutzenden leisten sie einen wichtigen Beitrag für die Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Versorgung.

Als Selbsthilfeorganisationen in Niedersachsen sind, z. T. mit Zuständigkeit über Niedersachsen hinaus, zunächst die beiden übergeordnet tätigen Selbsthilfeverbände der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V. (AANB) und der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V. (LPEN) zu nennen. Die AANB begann 1987 mit ihrer Arbeit, der Verein wurde dann 1989 registriert. Schon einige Jahre vor dem LPEN wurde der Verein Psychiatrie Erfahrener Hannover gegründet (VPE). Der LPEN hat derzeit 18 Mitgliedsgruppen⁹⁵, darunter der VPE. Hinzu kommen weitere vier Landesverbände: Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS), intakt-Norddeutscher Verband der Selbsthilfe bei sozialen Ängsten e. V., Landesverband der Selbsthilfe Soziale Phobie Niedersachsen-Bremen und Sachsen-Anhalt e. V. (VSSP) und Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e. V.⁹⁶

Selbsthilfeorganisationen sind i. d. R. die ersten, die um ihre Mitwirkung gebeten werden, wenn Betroffene und Angehörige an der Versorgungsgestaltung beteiligt werden. Die WHO betont die Bedeutung ihres Einbezugs: „Die Beteiligung von Nutzern psychiatrischer Dienste und ihrer Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil des Reformprozesses. Es ist nachgewiesen, dass die aktive Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Familien die Qualität der Versorgung und der Dienste verbessert. Sie sollten ebenso an der Entwicklung und Durchführung von Ausbildungen beteiligt werden, um Mitarbeitern in der Psychiatrie ein besseres Verständnis ihrer Bedarfe zu vermitteln.“⁹⁷ Und tatsächlich beteiligt sich die Selbsthilfe Betroffener und Angehöriger in Niedersachsen zunehmend an der Versorgung und ihrer Weiterentwicklung: Schon Anfang der 1990er Jahre wurde ein Mitglied des VPE in den LFBPN und seit 2003 in der Selbsthilfe engagierte

⁹⁴ Vgl. dazu Jahresbericht 2014 des Selbsthilfe-Büros Niedersachsen.

⁹⁵ Vgl. dazu: Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V. <http://www.lpen-online.de/> (zuletzt aufgerufen am 29.12.2015)

⁹⁶ Vgl. Selbsthilfe-Büro Niedersachsen. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. Selbsthilfe-Landesorganisationen in Niedersachsen. <http://www.selbsthilfe-buero.de/index.php?id=146> (zuletzt aufgerufen am 30.12.2015).

⁹⁷ S3-Leitlinie, S. 156, mit Verweis auf World Health Organisation Europe (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: WHO.

Personen in Besuchskommissionen berufen. Seit 2009 arbeitet die Selbsthilfe im Psychiatrieausschuss mit. Die Selbsthilfeorganisationen führen Informationsveranstaltungen durch, beraten Betroffene und vermitteln Kontakte. Auf kommunaler Ebene sind viele Initiativen entstanden wie bspw. das Trialogforum in Peine.⁹⁸ In 78 % der Kommunen beteiligen sich Selbsthilfeakteure an Gremien im Kontext der örtlichen/regionalen SpV.⁹⁹ Auch über die Beratung untereinander (telefonisch, in Gruppen etc.) hinweg, ist Selbsthilfe an Versorgungsleistungen beteiligt: Bspw. ist die Seelhorst-Stiftung zur Unterstützung psychisch Kranker und ihrer Angehörigen Träger des Psychiatrischen/Psychosozialen Krisendienstes der Region Hannover (am Wochenende). Selbsthilfepersonen engagieren sich als Patientenführer, in Beschwerdestellen u. ä.

Die Beteiligung von Selbsthilfe gestaltet sich allerdings nicht einheitlich, sie hängt oft davon ab, ob es engagierte Selbsthilfegruppen vor Ort und Personen mit Zeit gibt. Selbsthilfe muss sich „nebenbei“ und ohne Bezahlung einbringen, während die professionell Helfenden das im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit übernehmen.

Seit etwa 2005 sind an mehreren Orten in Niedersachsen trialogische Initiativen bzw. Psychose-Foren entstanden, z. T. von Kliniken ausgehend, teilweise wurden sie vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) oder von Selbsthilfegruppen initiiert. Trialog bezeichnet eine Form der Begegnung, bei der ein gleichberechtigter Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden stattfindet – es geht um Partizipation und Beteiligungskultur. Durch trialogische Treffen oder Seminare soll allen Seiten ein Perspektivenwechsel ermöglicht werden und so ein besseres Verständnis und ein offeneres Miteinander fördern. Die Themen werden von allen Teilnehmenden gemeinsam jeweils wieder neu festgelegt. Trialog begann im Rahmen der Psychoseseminare¹⁰⁰ in Hamburg und fand bald Verbreitung in der Fachöffentlichkeit und unter den Betroffenen. Durch diese Bewegung werden Betroffene zunehmend als Expertinnen und Experten wahrgenommen und einbezogen. Es entstanden Informationsmaterialien, eine große Antistigma-Kampagne, Veränderungen im Format der Fachtagungen u. v. m. Trialogische Forschung existiert weiterhin kaum, wird aber ebenfalls angestrebt.

Im Jahr 2005 begannen im trialogischen Kontext zwei Projekte: trialogische Beschwerdestellen (DGSP-gefördert¹⁰¹) und die von der EU geförderte Entwicklung eines Curriculums zur Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen (Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie – EX-IN) für die Beschäftigung in psychiatrischen Diensten. Im Rahmen des Projektes haben Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrische Fachkräfte und Auszubildende aus mehreren europäischen Ländern zusammengearbeitet, um eine auf dem Erfahrungswissen der Teilnehmenden basierende spezifische Ausbildung zu entwickeln. Das Curriculum zur EX-IN-Genesungsbegleiter-Ausbildung sieht nunmehr in 242 Stunden elf verschiedene Module vor, darunter z. B. Empowerment, Trialog, Selbsterfahrung, Recovery-

⁹⁸ Siehe Trialog-Forum seelische Gesundheit. <http://trialog-forum-peine.de/> (zuletzt aufgerufen am 30. Dezember 2015).

⁹⁹ Elgeti, H. (2014). Landespsychiatriebericht Niedersachsen – Ergebnisteil und Tabellen für das Berichtsjahr 2013, S. 3.

¹⁰⁰ Psychoseseminar bezeichnet eine Form trialogischer „Gesprächs- und Lernforen für Menschen mit eigener Psychose-Erfahrung, für Angehörige von psychoseerfahrenen Menschen und für Fachkräfte aus der Psychiatrie, die Menschen mit Psychose-Erfahrungen professionell begleiten.“ Siehe Trialog Psychoseseminar. *Was sind Psychoseseminare?* <http://www.trialog-psychoseseminar.de/de/7/Was-sind-Psychoseseminare.html> (zuletzt aufgerufen am 29. Dezember 2015).

¹⁰¹ Vgl. Uebele, G. (2008). *Abschlussbericht des Projekts „Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie*. Projektzeitraum: 1. Mai 2005 bis 30. April 2008. Köln: DGSP.

orientiertes Assessment und Planung, Genesungsbegleitung, Krisenintervention.¹⁰² Seit 2008 werden auf dieser Grundlage Genesungsbegleiterinnen und -begleiter ausgebildet, in Niedersachsen an den Standorten Braunschweig, Göttingen und Hannover. Obgleich die Ausbildung mit ca. 1.600 Euro für viele Betroffene sehr teuer bis unerschwinglich ist, hat sich mittlerweile eine Vielzahl von Personen so ausbilden lassen. Allerdings finden sie noch kaum die angestrebten Anstellungen in psychiatrischen Diensten oder Kliniken im Land. In anderen Ländern ist die Einbeziehung von Betroffenenexpertise z. T. besser implementiert. Utschakowski berichtet bspw. schon 2008 über die Integration von Psychiatrie-Erfahrenen in Home-Treatment-Teams in Großbritannien oder Peer-Angebote in den USA.¹⁰³ U. a. wegen dieser fehlenden Umsetzung, aber auch weil EX-IN weniger generalisierend psychiatriekritisch sind, sondern die psychiatrische Behandlung eher „von innen“ verändern will, sieht der LPEN das EX-IN-Konzept kritisch.

Die verschiedenen Selbsthilfegruppen und -organisationen verfolgen unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte, die von Krankheitsbewältigung bis Psychiatriekritik, über sozial-psychiatrisches Engagement bis hin zu Inklusion und Teilhabe im Sinne der UN-BRK und der Kooperation mit Behindertenverbänden reichen. Auch unterscheiden sich die Interessen von Betroffenen und Angehörigen – letzteren geht es oft stärker um eine bessere Versorgung, vor allem in Krisen und um mehr Wahrnehmung und Würdigung des Beitrags der Angehörigen bis hin zu ihrer Aufklärung und Unterstützung/Entlastung.

5.2.2 Handlungsempfehlungen

Mit Blick auf Weiterentwicklungen der Psychiatrie in den nächsten Jahren kann zunächst an die schon zwölf Jahre alten „Magdeburger Thesen“ erinnert werden, wonach Betroffene und Angehörige zu beteiligen sind „in allen Fragen

- der Planung und strukturellen Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote
- von Gesetzesnovellierungen für den gesamten psychiatrischen Bereich
- der Aus-, Fort und Weiterbildung psychiatrisch Tätiger in allen Arbeitsfeldern
- der psychiatrischen Forschung
- der Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards für eine dialogische Praxis
- der Weiterentwicklung des gesetzlich festgelegten Grundsatzes: „Ambulant vor stationär“ und der Forderung „Selbsthilfe vor Fremdhilfe“.¹⁰⁴

Darauf basierend ist Selbsthilfe Betroffener und von Angehörigen (weiterhin) an den relevanten Gremien in Land und Kommunen zu beteiligen, d. h. verbindliche Mitwirkung in Psychiatrieausschuss und Besuchskommissionen, im neu aufzustellenden Landesfachbeirat sowie in den kommunalen sozialpsychiatrischen Verbänden. Dabei wäre es hilf-

¹⁰² Vgl. EX-IN Curriculum, eingestellt auf <http://www.ex-in-niedersachsen.de/ausbildung/> (zuletzt aufgerufen am 28.12.2015).

¹⁰³ Utschakowski J. (2009). EX-IN-Psychiatrieerfahrung als Kompetenz – Ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen. In Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel & P. Kruckenberg (Hrsg.), *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie*. Tagungsbericht Kassel, 3./4. November 2008 (S. 248 – 254). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

¹⁰⁴ „Magdeburger Thesen zur Dialogischen Psychiatrie“, erarbeitet von Teilnehmenden der DGSP-Tagung „Selbstbestimmt leben – Werkstatt Dialogische Psychiatrie“ vom 27. bis 29. März 2003 in Magdeburg (aufgezeichnet von Jochen Glaubrecht, 17. August 2003).

reich, die praktischen Möglichkeiten der Beteiligung von Selbsthilfe zu verbessern (Sitzungen am Abend oder am Wochenende).

Mit Blick auf die Bedeutung von Selbsthilfe im Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen und den wesentlichen Beitrag, den Angehörige leisten,¹⁰⁵ wird empfohlen, trialogisches Handeln auszubauen und weiterzuentwickeln.

Rechte ohne Ressourcen sind ein grausamer Scherz.¹⁰⁶ Um den zunehmenden Wünsche nach Mitwirkung, der Bedeutung von Partizipation im Rahmen regionaler Qualitätssicherung und den Aufgaben, die jüngst auch im neuen Referentenwurf zum Bundesteilhabegesetz der Selbsthilfe zugeordnet werden (z. B. §§ 32, 39, 131 BTHG) sowie die Rechte auf Beteiligung überhaupt wahrzunehmen, brauchen Betroffene und ihre Selbstvertretungsorganisationen Ressourcen. Dabei geht es um Basisfinanzierungen der Organisationen, verlässliche und verbindliche Förderung von Personal für Geschäftsstellen, Buchhaltung, Förderung von Kommunikationstechnik u. ä. Die Regelungen für finanzielle Förderungen sollten verlässliche Förderung ermöglichen, niedrigschwellig und verständlich sein. Ehrenamtliches Engagement sollte zudem zumindest in Teilen in bezahlte Arbeit überführt werden, zumindest ist der Aufwand für Gremien-Mitarbeit adäquat zu entschädigen.

Betroffenenexpertise und Selbsthilfe sollte stärker Gegenstand von Forschung sein. Dabei sollten Betroffene und Angehörige und ihre Selbsthilfeorganisationen umfassend beteiligt werden: bei der Generierung von Forschungsfragen und -designs, dem Forschungsprozess sowie der Auswertung und Interpretation von Ergebnissen.

Insbesondere sollten Betroffene und Angehörige intensiv bei der Entwicklung von Maßnahmen und Modellen zur Verringerung von Zwang einbezogen werden. Das derzeit in der Novellierung befindliche NPsychKG verortet die Entscheidung zu Zwangsbehandlungen grundsätzlich bei der ärztlichen Leitung. Ergänzend dazu wird hier die im Rahmen des 8. Niedersächsischen Aktionstags am 5. Oktober 2015 in Hildesheim¹⁰⁷ ergangene Anregung unterstützt, dass diese Entscheidungen grundsätzlich in einem trialogisch besetzten Gremium zu treffen sind.

In allen Kommunen des Landes sollten Selbsthilfekontaktstellen implementiert und der Aufbau weiterer Selbsthilfegruppen gefördert, ihre Treffen organisatorisch und durch Bereitstellung von Räumen etc. unterstützt werden. Um die Möglichkeiten der Betroffenen und Angehörigen, sich zu organisieren und zu beteiligen zu stärken, sollten auch gezielt Empowerment-Angebote implementiert werden.

Über alle Bereiche der Versorgung hinweg sind Selbstbestimmung und Würde der Betroffenen zu achten. Hierfür gilt es, weitere adäquate Beteiligungsformen auszubauen. Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen sollten stärker genutzt bzw. behandlerseitig empfohlen werden. In jedem Landkreis und in jeder Stadt sollten unabhängige Beschwerdestellen zur Verfügung stehen/eingerichtet werden, die im Einzelfall unterstützen, Rechtsberatung leisten und die Erfahrungen systematisch in die Weiterentwicklung der Versorgung einbringen.

¹⁰⁵ Hyde verweist darauf, dass Betroffene mit einer eigenen Familie eine bessere Prognose haben. Vgl. S3-Leitlinie, S. 149 und Hyde, J.A. (2001). Bipolar illness and the family. *Psychiatric Quarterly*, 72, 2, 109-18.

¹⁰⁶ Verkürzt nach: Rappaport, J. (1981). In praise of paradox. A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1, 1-25, S. 13. Originaltext: „Having rights but no resources and no services available is a cruel joke.“

¹⁰⁷ AG 2 „An den Grenzen der Selbstbestimmung: Autonomie und Zwang bei der stationären Behandlung gegen ihren Willen untergebrachter Patienten“.

Peer-Beratung verbessert nachweislich Erreichbarkeit und Compliance von Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg¹⁰⁸ sowie Befinden und Ressourcen von Angehörigen. Peer-to-Peer-Beratung soll deshalb – in unterschiedlichen Kontexten – gefördert werden. Um dem anerkannten Modell der EX-IN-Ausbildung zu mehr Geltung zu verhelfen, sollten zum einen Formen gefunden werden, die Ausbildung finanziell zu unterstützen (Anerkennung als berufliche Weiterbildung im Rahmen der Arbeitsförderung¹⁰⁹ und Förderung im Rahmen von SGB II und SGB III, Gewährung von Darlehen o. ä.). Zum anderen sollten über Modellprojekte oder direkte Einstellung Genesungsbegleitung in aufsuchenden Teams in der Gemeinde und im Rahmen klinischer Behandlung eingebunden werden. Die Erfahrungen dabei sind regelhaft in Teambesprechungen und Supervisionen zu reflektieren und zur Behandlungsverbesserung zu nutzen.

Betroffene sollten durch Behandelnde in allen Settings zeitnah nach Auftreten einer Störung Ratgeber, Selbsthilfemanuale und andere Informationsmaterialien bzw. Hinweise darauf erhalten sowie über Selbsthilfegruppen informiert und aktiv zur Teilnahme ermuntert werden.

Angehörige sind erste und wertvolle Unterstützung bei der Versorgung psychisch kranker Menschen. Sie brauchen dafür Wissen und Beratung über Erkrankung und Hilfen sowie Unterstützung. Auch ihnen helfen Informationen, Aufklärungsmaterialien, darüber hinaus sind ein aktiver und wertschätzender Einbezug durch Behandlungspersonen wichtig sowie Beistand und vielfältige und bedarfsbezogene Entlastungsangebote (wie bspw. NBEA). Angehörige sollten durch alle infrage kommenden Akteure (Behandlungs- und Hilfeangebote, Krankenkassen etc.) über Selbsthilfe informiert und zur Teilnahme motiviert werden. Geschwistern und Kindern von Betroffenen sind aufgrund ihrer spezifischen Belastung Unterstützungsangebote¹¹⁰ zu unterbreiten. Über Selbsthilfeangebote ist in allen Einrichtungen sowie in lokalen Zeitungen und Medien zu informieren.

¹⁰⁸ Salyers, M.P., u. a. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46 4, 319-29.

Rummel-Kluge, C., Stiegler-Kotzor, M., Schwarz, C., Hansen, W.P. & Kissling, W. (2008). Peer-counseling in schizophrenia: patients consult patients. *Patient Education Counseling*, 70, 357-62.

¹⁰⁹ Vgl. bspw. EX-IN Ausbildung durch LebensArt in Münster, s. <http://www.ex-in-lebensart.de/ex-in-kurse-von-a-z/> (zuletzt abgerufen am 21.01.2016).

¹¹⁰ Vgl. bspw. Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen: Hogrefe.

5.3 Kinder und Jugendliche

5.3.1 Angebotsspektrum

Das sog. Kernfeld der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher umfasst folgendes Spektrum an Angeboten bzw. Leistungserbringern:

- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Tageskliniken und Institutsambulanzen
- Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Dieses Kernfeld wird erweitert und ergänzt durch

- Die Leistungen, die Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erbringen.
- (quantitativ begrenzte) Angebote für Kinder- und Jugendliche im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen und
- derzeit zwei kommunale kinder- und jugendpsychiatrische Dienste in Hannover und Wolfsburg.

Des Weiteren erhalten Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, Störungen im Entwicklungs- und Erziehungsgeschehen etc. Angebote durch die Jugendhilfe (SGB VIII): Aufenthalte und Unterbringung in Heimen und anderen Wohnangeboten, Beratung, Erziehungshilfen u. a. m. Geistig und mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche erfahren i. d. R. Hilfemaßnahmen über das SGB XII (Eingliederungshilfe), sofern nicht bei Überwiegen einer psychischen Erkrankung und Behinderung die Jugendhilfe zuständig ist.

Für eine problemadäquate Beschreibung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sind schließlich noch Leistungen zu benennen, die durch folgende Praxen bzw. Angebote erbracht werden:

- Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin unter dem Aspekt der Früherkennung, Erstintervention und frühestmöglichen Weichenstellung für eine adäquate Platzierung im Kinder- und Jugendlichen-Hilfesystem.
- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) mit den Charakteristika: „Interdisziplinarität, hoher Anteil an psychotherapeutischen, psychosozialen und rehabilitativen Interventionen, Einbeziehung der Familie in die Therapie als konzeptioneller Schwerpunkt, organmedizinisch orientierte und medizinisch-technische Interventionen nicht im Vordergrund, kindheitslange Betreuung bis ins Jugendalter, Schnittstelle zwischen klinischer Pädiatrie, pädiatrischer Rehabilitation und öffentlichem Gesundheitsdienst, Vernetzung mit nichtärztlichen Diensten in großem Umfang, Erfordernis eines hohen Organisationsaufwands.“¹¹¹

¹¹¹ Siehe Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. Sozialpädiatrische Zentren. <http://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatriische-zentren> (aufgerufen am 5. November 2015).

- Hausärztinnen und Hausärzte dienen vielfach als erste Anlaufstelle bei sich abzeichnenden psychischen bzw. seelischen Problemen im Kindes- und Jugendalter, übernehmen Aufgaben der Grundversorgung und Weiterüberweisung.¹¹²

Belastbare Daten, in welchem Umfang die zuletzt genannten Gruppen der Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrischen Zentren und Hausärztinnen/Hausärzte Leistungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern erbringen, liegen allerdings nicht vor.

5.3.2 Ambulanter Bereich

5.3.2.1 Angebote

Die ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten umfassen am Jahresende 2013 in Niedersachsen insgesamt 135 Vollzeitäquivalente niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in eigenen Praxen und Zweigniederlassungen) und 365 Vollzeitstellen-Äquivalente (VZÄ) für Kinder- und Jugendpsychotherapie.¹¹³

Dabei bestehen erhebliche regionale Diskrepanzen in der Versorgung und damit in den Zugangsmöglichkeiten zum spezialisierten, ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen sowie -psychotherapeutischen Behandlungssystem: Am dichtesten versorgt (gemessen an der Zahl der Einwohner bis 18 Jahre) ist der Bezirk Braunschweig und zwar sowohl bezogen auf Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als auch auf solche der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Der Bezirk Lüneburg hingegen erreicht lediglich knapp 54 % des Versorgungsgrades des Bezirks Braunschweig.

Tab. 8: *Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische (PT) Behandlungskapazitäten für Kinder und Jugendliche im Jahr 2013 (absolute Anzahl der Vollzeitäquivalente)*

ehemalige Bezirke	Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -PT	Kinder- und Jugendlichen-PT	Gesamt
Braunschweig	37	90	127
Hannover (mit Celle)	45	115	160
Lüneburg (ohne Celle)	17	55	72
Weser-Ems	36	106	142
Niedersachsen	135	365	500

Die Verteilung der Praxen auf jeweils 100 Tsd. Einwohner bis 18 Jahre zeigt die folgende Tabelle:

¹¹² Mit Stand 2/2014 weist die KVN für das Land Niedersachsen 5.013 Vollzeitstellenäquivalente für die Fachgruppe „Hausärzte“ aus.

¹¹³ Diese Vollzeitäquivalente verteilen sich derzeit auf 542 Personen (Schreiben der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 17. März 2016).

Tab. 9: Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgungskapazitäten für Kinder und Jugendliche im Jahr 2013 (Anzahl der Vollzeitäquivalente je 100 Tsd. Einwohner bis 18 Jahre)

ehemalige Bezirke	Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -PT	Kinder- und Jugendlichen-PT	Gesamt
Braunschweig	15,0	36,4	51,4
Hannover (mit Celle)	12,1	31,0	43,1
Lüneburg (ohne Celle)	6,6	21,1	27,7
Weser-Ems	8,3	24,2	32,5
Niedersachsen	10,3	27,8	38,1

Die folgende Tabelle zeigt die Landkreise und Städte mit den höchsten (> 10) und niedrigsten (< 3) Versorgungsdichten (gemessen in Vollzeitäquivalenten der Fachberufe je 100 Tsd. Einwohner bis 18 Jahre):

Tab. 10: Die kommunalen Gebietskörperschaften mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsdichten: Ambulante Fachärztliche und Psychotherapeutische Versorgungskapazitäten für Kinder und Jugendliche im Jahr 2013 (Anzahl der Vollzeitäquivalente je 100 Tsd. Einwohner bis 18 Jahre)

kommunale Gebietskörperschaft	Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugend- psychiatrie und -PT	Kinder- und Jugend- lichen-PT	Gesamt
Oldenburg (Stadt)	52,9	50,9	103,8
Göttingen	34,1	79,4	113,5
Osnabrück, Stadt	26,1	68,5	94,6
Wilhelmshaven, Stadt	25,3	27,4	52,7
Braunschweig, Stadt	22,4	46,1	68,5
Helmstedt	21,9	14,6	36,4
Friesland	20,9	22,7	43,6
Lüneburg	19,1	27,1	46,2
Hannover, Stadt/Region	18,3	41,5	59,8
Hildesheim	15,9	21,6	37,6
Northeim	14,3	33,5	47,8
Lüchow-Dannenberg	13,3	13,3	26,6
Salzgitter, Stadt	12,5	46,9	59,4
Wolfsburg, Stadt	10,7	45,7	56,4
[...]			
Stade	2,9	22,9	25,8
Cloppenburg	2,9	20,5	23,4
Delmenhorst, Stadt	2,1	24,5	26,6
Diepholz	2,1	23,8	25,9
Osnabrück, Kreis	1,5	21,4	23
Schaumburg	0	32	32
Osterholz	0	29,3	29,3
Osterode am Harz	0	28	28
Ammerland	0	23,7	23,7
Wittmund	0	20,3	20,3
Wesermarsch	0	19,9	19,9
Vechta	0	18,1	18,1
Heidekreis	0	12,8	12,8
Holz Minden	0	8,9	8,9

In neun kommunalen Gebietskörperschaften findet sich im Jahr 2013 noch keine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, auf der anderen Seite weisen Städte mit einer hohen Zentrumsfunktion, wie Oldenburg, Göttingen und Osnabrück hohe Versorgungsdichten auf, die vom Umland mit genutzt werden (können), wobei jedoch zum Teil ziemliche Fahrzeiten in Kauf genommen werden müssen.

Es wird in den Tabellen auch deutlich, dass eine örtlich niedrige Versorgungsdichte mit kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxen i. d. R. nicht durch eine höhere Dichte von Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen/-therapeuten kompensiert wird. In der Tendenz gilt: Städte/Landkreise mit hoher fachärztlicher Versorgungsdichte haben parallel auch eine hohe psychotherapeutische Versorgungsdichte und umgekehrt.

Bezogen auf das Jahr 2014 hat sich Zahl der Besetzung der kommunalen Gebietskörperschaften mit Fachpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (noch) nicht verändert, es bleibt bei der Vakanz in neun kommunalen Gebietskörperschaften. Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen/-therapeuten finden sich zumindest anteilig weiterhin in allen Gebieten.

Nach Sicht der Kassenärztlichen Bedarfsplanung, die jeweils mehrere Gebietskörperschaften zu insgesamt 13 Bedarfsplanungsgebieten im Land zusammenfasst, verweist die Vakanz bei den fachärztlichen Praxen jedoch auf keine (faktische noch drohende) Unterversorgung im Land, wenngleich die Versorgungsgrade in den einzelnen Planungsbezirken schwanken, von 266,4 % in Göttingen bis zu 60,2 % im Emsland. Acht der überversorgten Planungsbezirke sind folglich für Niederlassungen gesperrt, in fünf nicht gesperrten Planungsbezirken (Bremerhaven-Nds, Emsland, Hamburg-Umland-Süd, Ost-Friesland und Südheide) bestehen Anfang 2015 noch Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung von rechnerisch 0,5 bis 2,5 Praxen pro Planungsbereich.¹¹⁴

Institutsambulanzen:

Mit Stand Jahreswechsel 2014/2015 werden für Niedersachsen 21 Institutsambulanzen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ausgewiesen plus eine Ermächtigung. Die Mehrzahl der Ambulanzen (14) und die zur Behandlung ermächtigte Institution befinden sich am Standort der Klinik, die anderen sieben Institutsambulanzen befinden sich am Standort der „ausgelagerten“ Tagesklinik.¹¹⁵ Damit wird flächenbezogen eine bessere Verteilung der Versorgungskapazitäten geschaffen, für einige (wenige) Gebietskörperschaften wird durch die Platzierung einer ausgelagerten Institutsambulanz die soeben dargestellte (aktuell noch) geringe Ausstattung im niedergelassenen Bereich in gewisser Weise kompensiert. Zwei weitere Institutsambulanzen werden zum genannten Zeitpunkt als noch geplant ausgewiesen (Medizinische Hochschule Hannover und an der Tagesklinik Twistringen).

5.3.2.2 Inanspruchnahme

Obwohl seit Jahren ein Anstieg sowohl der Fallzahlen als auch in der Zahl der behandelnden Praxen, Institutionen und deren Auslastung zu verzeichnen ist, liegen Daten zur Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgungskapazitäten nur eingeschränkt vor. Auf valide Fallzahlen kann hier nur insofern zurückgegriffen werden, wie sie für die Bedarfsplanung der KVN berechnet werden. Für die Bedarfsplanungsfachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie meldet

¹¹⁴ Alle Angaben aus Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen: Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung – Fortschreibung Nr. 01/2015.

¹¹⁵ Laut Angaben des MS, Referat 406, Stand 12. Februar 2015.

die KVN bezogen auf die Quartale 4/2012 – 3/2013 eine Zahl von im Schnitt 319 Fällen pro Quartal/Niederlassung. Eine vergleichbare Zahl für die Kinder- und Jugendpsychotherapie-Praxen liegt nicht vor. Hingegen liegen Zahlen zu den häufigsten Diagnosen vor.

Behandeltes Diagnosespektrum

Die beiden folgenden Tabellen zeigen die sieben häufigsten Diagnosen in der ambulanten Behandlung:

Tab. 11: Häufigste Diagnosen mit Fallzahlen des 4. Quartals 2013: Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

	Diagnose	Fallzahl
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	11.391
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	8.081
F43.2	Anpassungsstörungen	6.580
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	4.421
F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung	3.877
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	1.767
F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.596

Tab. 12: Häufigste Diagnosen mit Fallzahlen des 4. Quartals 2013: Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen/-therapeuten

	Diagnose	Fallzahl
F43.2	Anpassungsstörungen	2.504
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	1.469
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	849
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	829
F32.0	Leichte depressive Episode	661
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	654
F98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	650

Die Gewichtungsetzungen sind erwartungsgemäß und z. T. deutlich unterschiedlich, die Behandlergruppen haben eine zu unterscheidende Klientel; z. B. Anpassungsstörungen und depressive Episoden stehen in den Praxen für Kinder- und Jugendpsychotherapie eher im Vordergrund, in den Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind es eher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen im Sozialverhalten und Entwicklungsstörungen; eine sozialpsychiatrische Intervention findet z. B. dadurch ihre Begründung.

Leistungen und Inanspruchnahme im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die „Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Ju-

gendlichen“ soll deren qualifizierte und interdisziplinäre Behandlung fördern und sichern sowie zur Vermeidung stationärer Aufenthalte beitragen. Unter Leitung der/des Praxisinhaberin/-inhabers sollen dadurch integrative Behandlungskonzepte unter Einbezug verschiedener Heilberufe (z. B. Sozialpädagogik, Heilpädagogik) möglich werden.

In Niedersachsen arbeiteten nach Angaben der KVN (mit Stand 30. November 2013) 93 niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit und unter den Rahmenseetzungen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (dies entspricht ca. 80 % der damals Niedergelassenen).

Sowohl im Bundesgebiet wie im Land werden die Möglichkeiten der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung als positiv und als fortsetzungswürdig beurteilt. Ein Evaluationsbericht auf Bundesebene zur Sozialpsychiatrie-Vereinbarung bietet ausführlich Einblick in die Arbeit und Leistungen von Praxen mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, z. B.: Mit Abstand führen folgende Diagnosen zur Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, nämlich Hyperkinetische Störungen (F90: 34,0 %), emotionale Störungen (F 93: 16,6 %) und Reaktionen auf schwere Belastungen (F43: 14,4 %).¹¹⁶ Der größere Anteil der behandelten Kinder und Jugendlichen ist männlichen Geschlechts (58,6 %) und im Alter zwischen sieben und 14 Jahren. Bei 21,1 % der Kinder und Jugendlichen ist bereits eine ambulante psychiatrische Behandlung dokumentiert, bei 6,4 % eine stationäre.¹¹⁷ Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Angaben der bundesweiten Studie auch auf Niedersachsen übertragen lassen. Exakte Fallzahlen zu Sozialpsychiatrie-Vereinbarung liegen weder bundesweit noch für Niedersachsen vor. Dies ist möglicherweise auch deshalb nicht so von Bedeutung, da nicht die quantitative Leistung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, sondern deren qualitative, integrative, interdisziplinär-verknüpfende Leistung in jeweils patientenbezogen geeignetem Ausmaß im Vordergrund steht.

Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen

Aktuelle Zahlen zur Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Niedersachsen konnten durch die KVN nicht zur Verfügung gestellt werden. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) weist für das Jahr 2014 im Bundesgebiet insgesamt 448 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) aus mit einer Gesamtfallzahl von 2,354 Mio.; das entspricht einer durchschnittlichen Zahl von 5.255 Fällen/Jahr. Für das Jahr 2010 werden bei damals noch 14 kinder- und jugendpsychiatrischen PIA in Niedersachsen insgesamt 28.734 Fälle ausgewiesen, das entspräche einer durchschnittlichen Fallzahl von ca. 2.000 Fällen/Jahr pro kinder- und jugendpsychiatrischer PIA.¹¹⁸ Dem MS liegen für sieben Institutsambulanzen an Kliniken plus fünf Außenstellen für das Jahr 2014 Angaben vor: Eine Institutsambulanz berichtet demnach von 2.531 Behandlungsscheinen bzw. Fällen für 2014, die Angaben der anderen Ambulanzen und Außenstellen schwanken zwischen 58 und 1.865 „Patienten 2014“.¹¹⁹ Eine verlässliche Aussage zur Leistung der Institutsambulanzen ist allerdings auf dieser Grundlage nicht möglich; im Übrigen ist deshalb auch ein zahlenbezogener Vergleich der Leistungen der Institutsambulanzen und der Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht möglich.

¹¹⁶ Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2015). *Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Abschlussbericht 2014*. Köln.

¹¹⁷ Ebenda, S. 5.

¹¹⁸ AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsministerkonferenz. (2012). *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*. Tabellenanhang. Stand: 28. Dezember 2011.

¹¹⁹ Lt. Mitteilung des MS am 21. Dezember 2015.

5.3.3 Teilstationäre und stationäre Behandlung

5.3.3.1 Angebote

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung wird im Jahr 2013 an 15 Klinikstandorten mit insgesamt 657 Betten (Stand: 1. Januar 2014) bereitgestellt. Hinzu kommen 19 Tageskliniken (TK).¹²⁰ Verteilt über die ehemaligen Bezirke ergibt sich folgendes Bild:

- Braunschweig 3 Kliniken und 2 Tageskliniken
- Hannover 4 Kliniken und 6 Tageskliniken
- Lüneburg 2 Kliniken und 4 Tageskliniken
- Weser-Ems 6 Kliniken und 7 Tageskliniken.

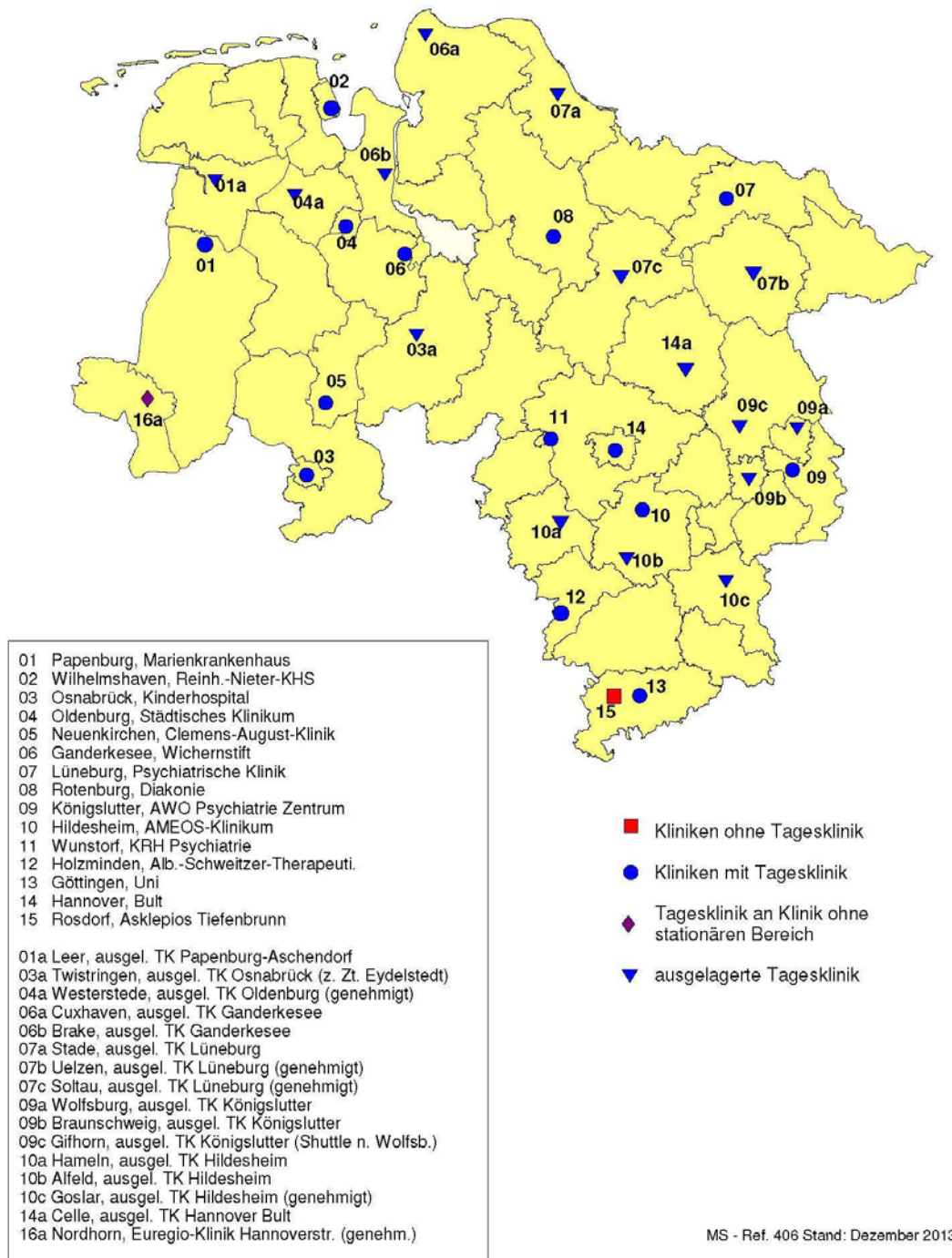
Die Versorgungsdichte mit kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Betten je 100 Tsd. Einwohner (EW) bis 18 Jahre liegt zwischen 31,2 im Bezirk Lüneburg und mit 58,3 fast doppelt so vielen Betten im Bezirk Weser-Ems. Dies ist ein Unterschied von knapp 87 %.

Tab. 13: Stationäre und teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Betten/Plätze am 1. Januar 2014 nach Krankenhausplan 2014 (betriebene Kapazitäten)

ehemalige Bezirke	Anzahl			Je 100 Tsd. EW bis 18 Jahre		
	Betten	TK-Plätze	gesamt	Betten	TK-Plätze	gesamt
Braunschweig	111	42	153	45,0	17,0	62,0
Hannover (mit Celle)	210	75	285	56,7	20,2	76,9
Lüneburg (ohne Celle)	81	52	133	31,2	20,1	51,3
Weser-Ems	255	99	354	58,3	22,6	80,9
Niedersachsen	657	268	925	50,0	20,4	70,4

¹²⁰ Die stationäre und teilstationäre Angebotslandschaft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist seit Jahren in Bewegung. Es kommen/kamen Tageskliniken und spezielle Angebote, z. B. im Bereich Jugendmaßregelvollzug, hinzu. So stellt sich die Lage zum Zeitpunkt der Berichterstellung anders dar als im Referenzjahr des Landespsychiatrieplans 2013.

Abb. 1: Stationäre Einrichtungen und Tageskliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



Die Versorgungsdichte mit Tagesklinikplätzen ist auf der Ebene der ehemaligen Bezirke gleichmäßiger als die Versorgung mit Betten. Sie liegt zwischen 20,1 Plätzen je 100 Tsd. EW bis 18 Jahre im Bezirk Lüneburg und 22,6 im Bezirk Weser-Ems. Dies ist ein Unterschied von (nur) gut 12 %.

Mit einer Bettenmessziffer für kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Kliniken in Höhe von 49,9 pro 100 Tsd. EW < 18 Jahre für das Jahr 2013 liegt Niedersachsen leicht über dem Bundesdurchschnitt in Höhe von 45,5. Die Situation hat

sich bezogen auf diese Betten insoweit verbessert, als die Bettenmessziffer im Jahr 2005 noch bei 39,2 lag und damit unter dem Bundesdurchschnitt von damals 43,2. Am 1. Januar 2005 waren 577 Betten und 94 teilstationäre Plätze für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Niedersachsen ausgewiesen; in den knapp zehn Jahren seither hat sich die Zahl der Betten bis zum 1. Januar 2014 um knapp 14 % erhöht, die der teilstationären Plätze um 285 % (also knapp verdreifacht). Das aktuelle Problem scheint also eher in dem aufgezeigten Ungleichgewicht der Verteilung zu liegen.

Es gibt schließlich mehrere (< 10) Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Niedersachsen, die im stationären Angebot „(Kinder-)Psychosomatik“ ausweisen. Da dies auf Basis einer im Dezember 2015 durchgeführten Internetrecherche weder in Leistung noch Zahl näher qualifiziert werden kann, unterbleibt hier eine weitere Nennung im Einzelnen; kinderpsychosomatische Betten sind außerdem nicht im Krankenhausplan ausgewiesen. Dennoch wird diese Thematik (bundesweit) diskutiert, sodass in den Handlungsempfehlungen (s. u.) dazu eine Aussage getroffen wird.

5.3.3.2 Stationäre Inanspruchnahme

Sowohl in der Fachwelt generell als auch in der Fachkommission zum Landespsychiatrieplan wurde die Frage der Versorgung Adoleszenter/junger Erwachsener im Alter von 18 bis 20/21 Jahren aufgeworfen, da z. B. eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung nicht mit der „Schnittstelle 18“ endet oder sich wandelt, andererseits ein unmittelbarer Wechsel in eine Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie nicht in jedem Fall angezeigt ist. Auch im ambulanten Bereich kann im Einzelfall die Behandlung über das Alter 18 Jahre hinaus erfolgen. Von daher wird diese Gruppe in den folgenden Tabellen mitgeführt; Folgerungen sind zu diskutieren.¹²¹

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 9.150 stationäre Krankenhausaufenthalte von bis zu 18-jährigen Patientinnen/Patienten mit Wohnsitz in Niedersachsen verzeichnet. Nimmt man die Gruppe der 18- bis 20-Jährigen hinzu, steigt die Zahl auf 14.480 (s. Tab. 14). Davon werden 1.792 Patientinnen/Patienten (das entspricht 12,4 %) außerhalb des Landes Niedersachsen behandelt,¹²² ein Aspekt, der unten noch näher zu diskutieren ist. Auf die Gruppe der bis 18-Jährigen entfallen insgesamt gut 242.419 Behandlungstage, das entspricht rund 26,5 Tage/Fall. Weitert man die Analyse um die 18- bis 20-Jährigen aus, werden insgesamt 346.723 Behandlungstage erreicht, auf die Gruppe der 18- bis 20-Jährigen entfallen damit rund 19,6 Behandlungstage/Fall. Unklar ist, ob und wie viele Personen mehrere Behandlungen erhalten, sodass eine personen-individuelle Betrachtung höhere Aufenthaltstage ergeben würde.

¹²¹ Die Einteilung „18-20“ folgt dabei der krankhausstatistisch möglichen; die Gruppe „18-21“ ist nicht herausfilterbar.

¹²² Krankenhausstatistik 2013 (Material KU 414 nach Länderaustausch) Krankenhausfälle mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00–F99.

Tab. 14: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 nach Lebensphase und Geschlecht

Alter	Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene				Gesamt	
	Männlich		weiblich			
	N	in %	N	in %	N	in %
1–14 Jahre	1.652	54,6	1.373	45,4	3.025	100,0
14–17 Jahre	2.327	38,0	3.798	62,0	6.125	100,0
Gesamt-1–17 Jahre	3.979	43,5	5.171	56,5	9.150	100,0
18–20 Jahre	2.704	50,7	2.626	49,3	5.330	100,0
Gesamt	6.683	45,1	7.797	54,9	14.480	100,0

Quelle: Krankenhausstatistik 2013 (Material KU 414 nach Länderaustausch).

Inanspruchnahme der stationären Versorgung nach den Altersgruppen bis 20 Jahre und Diagnosen

In der folgenden Tabelle sind die Krankenhausfälle der Kinder und Jugendlichen in den drei Altersgruppen bis 20 Jahre nach Diagnosen ausgewertet.

Tab. 15: Krankenhaufälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 der Kinder- und Jugendlichen bis 20 Jahre, F-Diagnose und Alter

Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre	1 bis 13 Jahre		14 bis 17 Jahre		18 bis 20 Jahre	
	N	%	N	%	N	%
F01–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störung	14	0,5	12	0,2	34	0,6
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	107	3,5	1.816	29,6	1.831	34,4
F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	8	0,3	126	2,1	294	5,5
F30–F39 Affektive Störungen	184	6,1	1.225	20,0	1.169	21,9
F40–F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	548	18,1	1.218	19,9	1.014	19,0
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	199	6,6	437	7,1	147	2,8
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	15	0,5	100	1,6	690	12,9
F70–F79 Intelligenzstörung	28	0,9	36	0,6	59	1,1
F80–F89 Entwicklungsstörungen	380	12,6	58	0,9	20	0,4
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	1.535	50,7	1.096	17,9	71	1,3
F99–Nicht näher bezeichnete psychische Störung	7	0,2	1	0,0	1	0,0
Niedersachsen	3.025	100,0	6.125	100,0	5.330	100,0

Es wird deutlich, dass sich die Diagnosen-Profile der drei betrachteten Altersgruppen 1 bis 13, 14 bis 17 und 18 bis 20 Jahre erheblich unterscheiden:

- In der Gruppe der 1- bis 13-Jährigen dominieren die Diagnosen „F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend“ (50,7 %) und „F40–F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (18,1 %).
- In der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen dominieren die Diagnosen „F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (29,6 %), „F30–F39 Affektive Störungen“ (20 %) sowie F40–F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (19,9 %).
- In der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen treten die Diagnosen aus dem Spektrum „F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (34,4 %) noch deutlicher in den Vordergrund. Auch die Anteile der Diagnosen „F30–F39 Affektive Störungen“ (21,9 %) sowie „F40–F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (19,0 %) sind hoch.

Vor dem Hintergrund dieser doch deutlichen Unterschiede im Diagnosen-Profil der Kinder bis 14 Jahre und der älteren Jugendlichen, insbesondere ab 18 Jahre, ist der gelegentlich vorgebrachte Vorschlag, die Gruppe der „Adoleszenten“ als „Klientel“ der Kinder-

und Jugendpsychiatrie zu betrachten, zwar zu prüfen, aber eine Entscheidung mit organisatorisch-strukturellen Konsequenzen, nämlich z. B. feste Bettenzuordnungen bereits zu treffen, kann nicht begründet werden. In jeder Hinsicht ist es aber sinnvoll, in jedem Einzelfall zu klären, wo ein Verbleib (Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Erwachsenenpsychiatrie) der/dem jungen Erwachsenen am hilfreichsten ist und dazu die fachliche Kooperation zu implementieren und zu verstetigen.

In welchen Fachabteilungen findet die Inanspruchnahme statt?

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, in welchen Fachabteilungen (Typ der behandelnden Abteilung) die erfassten stationären Behandlungen der diagnostizierten F00 – F99-Erkrankungen stattfinden.

Zwar nicht völlig überraschend, aber im zahlenmäßigen Ausdruck ist doch Folgendes bemerkenswert (s. auch Tab. 16 und Tab. 17): Das Versorgungsprofil der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entspricht zwar diagnostisch betrachtet der Erwartung, erstaunlich ist jedoch, in welchen Größenordnungen F-Diagnosen in „nicht-psychiatrischen“ Abteilungen fallbezogen verzeichnet werden (im Bereich Kinder und Jugendliche zu 42,8 %, bei den Adoleszenten zu 28,3 %). Dies ist ein kritischer Punkt, der in der Zukunft weiter analysiert werden sollte. Denn es ist zu vermuten, dass hier kinder- und jugendmedizinische Abteilungen, neurologische Abteilungen und Innere Medizin ihren Anteil haben und eine F-Diagnose dort immer auch Begleitdiagnose zu einer somatischen Erkrankung sein kann. Wobei auf dieser Daten-Basis hier nicht entscheidbar ist, ob das Vorliegen einer F-(Begleit-)Diagnose z. B. die Überweisung in eine fachpsychiatrische Klinik während oder mit Abschluss der Behandlung gerechtfertigt hätte. Andererseits ist zu fragen, mit welcher Qualifikationsstruktur nicht-fachpsychiatrische Einrichtungen mit dem Aspekt einer F-Diagnose umgehen. Die Kooperation der Einrichtungen hier für die Zukunft zu unterstreichen ist in jedem Fall angezeigt.

Des Weiteren: Das diagnostische Profil bei den Adoleszenten (18 – 20 Jahre) verschiebt sich hingegen in der erwarteten Weise und schwerpunktmäßig in Richtung auf das in Fachabteilungen für Erwachsene vorfindbare Profil. Im Unterschied zu den bis 18-Jährigen werden gut 70 % der Fälle mit F-Diagnosen in Fachabteilungen behandelt. Von Schädigungen durch psychotrope Substanzen betroffene Personen werden jedoch auch hier vielfach in anderen Abteilungen behandelt, da z. B. die Entgiftung im Vordergrund steht.

Tab. 16: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00 – F99 der Kinder- und Jugendlichen bis 18 Jahre, F-Diagnose und Behandlungsort

Kinder- und Jugendliche bis 18 Jahre	Typ der behandelnden Abteilung							
	KJP		Psych/Sucht/PT/PSM		Alle anderen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
F01–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störung	2	7,7	2	7,7	22	84,6	26	100,0
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	82	4,3	60	3,1	1.781	92,6	1.923	100,0
F20–F29 Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	107	79,9	8	6,0	19	14,2	134	100,0
F30–F39 Affektive Störungen	1.268	90,0	67	4,8	74	5,3	1.409	100,0
F40–F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	932	52,8	43	2,4	791	44,8	1.766	100,0
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	172	27,0	47	7,4	417	65,6	636	100,0
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	72	62,6	14	12,2	29	25,2	115	100,0
F70–F79 Intelligenzstörung	45	70,3	1	1,6	18	28,1	64	100,0
F80–F89 Entwicklungsstörungen	86	19,6	1	0,2	351	80,1	438	100,0
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	2.179	82,8	50	1,9	402	15,3	2.631	100,0
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung	-/-	-/-	-/-	-/-	8	100,0	8	100,0
Niedersachsen	4.945	54,0	293	3,2	3.912	42,8	9.150	100,0

Auffällig ist, dass 42,8 % der Kinder und Jugendlichen mit F-Diagnosen in nicht-psychiatrischen Abteilungen behandelt werden. Inwieweit diese dort fehlplatziert sind, kann aufgrund der Datenlage nicht entschieden werden. Zu vermuten ist, dass es sich um F-Diagnosen handelt, die z. B. in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin vergeben werden, ggf. parallel zu einer somatischen Diagnose. Diese „fachexternen“ Behandlungen sind auch im Erwachsenenbereich bekannt mit z. B. F-Diagnosen im Bereich der Inneren Medizin oder der Unfallchirurgie. Ein Urteil lässt sich daraus nicht ableiten, abgesehen von der generellen Empfehlung, dass sich die Behandlungsinstitutionen dazu konsiliarisch verbinden sollten (s. u.).

Tab. 17: Krankenhaufälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00 – F99 der Adoleszenten 18 bis 20 Jahre, F-Diagnose und Behandlungsort

Adoleszente 18–20 Jahre	Typ der behandelnden Abteilung							
	KJP		Psych/Sucht/PT/PSM		Alle anderen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
F01–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störung	-/-	-/-	28	82,4	6	17,6	34	100,0
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	29	1,6	618	33,8	1184	64,7	1.831	100,0
F20–F29 Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	2	0,7	283	96,3	9	3,1	294	100,0
F30–F39 Affektive Störungen	33	2,8	1.106	94,6	30	2,6	1.169	100,0
F40–F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	19	1,9	779	76,8	216	21,3	1.014	100,0
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	-/-	-/-	116	78,9	31	21,1	147	100,0
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4	0,6	667	96,7	19	2,8	690	100,0
F70–F79 Intelligenzstörung	-/-	-/-	56	94,9	3	5,1	59	100,0
F80–F89 Entwicklungsstörungen	-/-	-/-	17	85,0	3	15,0	20	100,0
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	10	14,1	53	74,6	8	11,3	71	100,0
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung	-/-	-/-	-/-	-/-	1	100,0	1	100,0
Niedersachsen	97	1,8	3.723	69,8	1.510	28,3	5.330	100,0

Inanspruchnahme innerhalb und außerhalb Niedersachsens

Im Folgenden wird dargestellt (Tab. 18 und Tab. 19), mit welchen Diagnosen Patientinnen und Patienten bis 18 Jahre und im Alter von 18 bis 20 Jahren mit Wohnsitz in Niedersachsen innerhalb bzw. außerhalb Niedersachsens behandelt werden.

Tab. 18: Krankenhaussfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00 – F99 der Kinder- und Jugendlichen bis 18 Jahre, F-Diagnose behandelt innerhalb oder außerhalb Niedersachsens

Kinder- und Jugendliche bis 18 Jahre	innerhalb Nds.		außerhalb Nds.		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
F01–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störung	22	84,6	4	15,4	26	100,0
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.685	87,6	238	12,4	1923	100,0
F20–F29 Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	122	91,0	12	9,0	134	100,0
F30–F39 Affektive Störungen	1.313	93,2	96	6,8	1.409	100,0
F40–F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1.518	86,0	248	14,0	1.766	100,0
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	556	87,4	80	12,6	636	100,0
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	87	75,7	28	24,3	115	100,0
F70–F79 Intelligenzstörung	49	76,6	15	23,4	64	100,0
F80–F89 Entwicklungsstörungen	324	74,0	114	26,0	438	100,0
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	2.302	87,5	329	12,5	2.631	100,0
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung	6	75,0	2	25,0	8	100,0
Niedersachsen	7.984	87,3	1.166	12,7	9.150	100,0

Tab. 19: Krankenhaussfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 der Kinder- und Jugendlichen 18-20 Jahre, F-Diagnose behandelt innerhalb oder außerhalb Niedersachsens

Adoleszente 18 bis 20 Jahre	innerhalb Nds.		außerhalb Nds.		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
F01-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störung	28	82,4	6	17,6	34	100,0
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.641	89,6	190	10,4	1.831	100,0
F20-F29 Schizophrenie, schizotyp- und wahnhaftige Störungen	282	95,9	12	4,1	294	100,0
F30-F39 Affektive Störungen	1.032	88,3	137	11,7	1.169	100,0
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	884	87,2	130	12,8	1.014	100,0
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	111	75,5	36	24,5	147	100,0
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	600	87,0	90	13,0	690	100,0
F70-F79 Intelligenzstörung	52	88,1	7	11,9	59	100,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	17	85,0	3	15,0	20	100,0
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	56	78,9	15	21,1	71	100,0
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung	1	100,0	-/-	-/-	1	100,0
Niedersachsen	4.704	88,3	626	11,7	5.330	100,0

In der Gesamtbetrachtung der Altersgruppen bis 20 Jahre werden 12,4 % (n = 1.166 + n = 626) der Behandlungen in Kliniken außerhalb Niedersachsens durchgeführt. Zwar sind prozentuale Verteilungen bezogen auf die Diagnosen leicht auffällig (z. B. höhere Anteile bei außerhalb Niedersachsens behandelten Kindern und Jugendlichen bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Intelligenzstörung und Entwicklungsstörungen), die dahinter stehenden absoluten Zahlen sind jedoch nicht so hoch, dass über diese Anzeichen hinaus auf prinzipielle Versorgungsdefizite im Land geschlossen werden müsste.

Unter regionaler Betrachtung liegen die Anteile der außer-niedersächsischen Behandlungen in den ehemaligen Bezirken Weser-Ems, Hannover (mit Celle) und Braunschweig zwischen 8,9 und 9,9 %. Im Bezirk Lüneburg (ohne Celle) beträgt der außer-niedersächsisch behandelte Anteil mehr als ein Viertel (25,3 %). Besonders hohe „Auswanderungsanteile“ weisen folgende Landkreise auf (erklärbar in gewisser Weise auch durch ihre „Grenzlage“):

- LK Osterholz 49,7 %
- LK Cuxhaven 44,5 %
- LK Lüchow-Dannenberg 35,4 %

- LK Verden 28,8 %.
- LK Stade 28,0 %
- LK Harburg 26,5 %.

Außerhalb des ehemaligen Bezirks Lüneburg weist noch der Landkreis Diepholz eine auffällig hohe Quote von Behandlungen seiner Einwohner bis zum Alter von 20 Jahren außerhalb Niedersachsens auf (30,1 %), was auch an der Platzzahl im Landkreis liegen könnte. Trotz dieser Schwankungen ist eine durchschnittliche Zahl von 12,4 % außerhalb Behandler für ein Land, in dem ein anderes gut ausgestattetes Bundesland liegt (Bremen), mit Nachbarschaft zu Hamburg und zu Nordrhein-Westfalen nicht ungewöhnlich oder auffällig.

Die Zahl der aus anderen Bundesländern „einwandernden Behandlungen“ liegt für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen bei $n = 311$ und für die Altersgruppe 18 bis 20 bei $n = 369$, dies entspricht einer Prozentzahl von 5,4 % aller in den niedersächsischen Kliniken Behandelten im Altersbereich bis 20 Jahre. Allerdings gehen auch hier nicht alle Betroffenen mit F-Diagnosen in die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, von den 311 Einwandernden nur 160 (= 51,4 %). Das heißt, in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie „verliert“ Niedersachsen 1.166 Kinder und Jugendliche (12,7 %) an andere Bundesländer und „gewinnt“ 160 (2,0 %). Zweifelsohne ist ein „Saldo“ von ca. -10 % (entsprechend ca. 1.000 Fälle) bedenkenswert, evtl. Gegensteuerungsmaßnahmen dürften allerdings nur langfristig greifen.

Zeitvergleich zur stationären Versorgung 2002 bis 2014

Im Zeitvergleich – es liegen Zahlen aus dem Jahr 2002 für Niedersachsen¹²³ vor – sind folgende Angaben in diesem Kontext und zur Einordnung der gegenwärtigen Situation noch von Interesse und Bedeutung:

- In damals (2002) 537 Betten wurden 5.110 Fälle behandelt, zu Beginn 2014 in 657 (+22 %) Betten 7.984 Fälle (+56 % gegenüber 2002). Abgesehen von dem generellen Anstieg stationärer Behandlungen sind hierfür auch die durch den Verweildauer-rückgang von damals ca. 60 Tagen auf heute ca. 25 bis 30 Tage erweiterte Behandlungskapazitäten verantwortlich.
- Im Jahr 2002 wurden 11,3 % niedersächsischer Kinder und Jugendlicher außerhalb des Landes behandelt; dieser Anteil ist also über zwölf Jahre nahezu konstant geblieben.
- Die Gewichte in der Diagnosen-Struktur (bis 18 Jahre) haben sich von 2002 bis 2014 verschoben: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen von 13,9 % auf 21,0 %; affektive Störungen von 4,3 % auf 15,3 %; hingegen bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen Rückgang von 22,9 % auf 19,3 %, bei verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend von 36,0 % auf 28,8 %. Veränderungen in der diagnostischen Sicht dürften hier ebenso ursächlich sein wie faktische Veränderungen in der Bedarfslage: Zunahme affektiver

¹²³ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. (2005). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP): Versorgungsstruktur und Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen*. Hannover.

Störungen und Gebrauch psychotroper Substanzen im frühen, jugendlichen Stadium.¹²⁴

5.3.4 Sozialpsychiatrischer Dienst

Die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) richten sich grundsätzlich auf alle Altersgruppen der Bevölkerung. In Hannover und Wolfsburg bestehen spezielle kinder- und jugendpsychiatrische Dienste in den SpDi.

Es liegen keine Daten vor, die beschreiben, mit welchen Berufsgruppen und in welchen Anteilen der SpDi nach (Alters-)Gruppen sortiert tätig wird und personale Ressourcen zuzusst. Insofern ist auch nicht bekannt, wie viele Ressourcen die SpDi für die Gruppen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufwenden. Angenommen werden kann jedoch, dass hier geringere Fallzahlen realisiert werden.

Über die Inanspruchnahme der SpDi durch die Altersgruppen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen lässt sich dennoch folgendes sagen:

- In den 40 SpDi, die an der hier zugrundeliegenden Erhebung (2013¹²⁵) im Rahmen der Berichterstattung zu den SpDi teilgenommen haben, wurden insgesamt $n = 834$ in der Altersgruppe bis 18 Jahre gezählt und $n = 4.625$ in der Altersgruppe 18 bis 25 Jahre.
- Die Altersgruppe bis 18 Jahre stellt damit insgesamt 1,8 % der Klientel der SpDi in Niedersachsen. Bei der Interpretation ist allerdings zu berücksichtigen, dass mehr als die Hälfte (ca. 56 %) der $n = 834$ jungen Betroffenen auf die zwei genannten Fachdienste in Hannover und Wolfsburg entfallen, sodass die Befassung aller anderen SpDi mit Kinder- und Jugendlichen-Klientel rein rechnerisch bei Bruchteilen von einem Prozent liegen dürfte.
- Die sieben SpDi mit den absolut höchsten Zahlen aus der Altersgruppe bis 18 Jahre decken 83 % der $n = 834$ ab.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die SpDi in der Fläche des Landes Niedersachsen für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung lediglich eine marginale Rolle spielen (mit den genannten Ausnahmen). Diese Situation ist gegenüber den SpDi nicht zu kritisieren, denn deren „historische“ Aufgabenstellung war nahezu ausschließlich auf Erwachsene ausgerichtet. In welcher Weise künftig eine sozialpsychiatrisch-koordinative Tätigkeit für betroffene Kinder und Jugendliche gestaltet werden soll, ist unter den Handlungsempfehlungen etc. (s. u.) jedoch noch aufzugreifen.

5.3.5 Beratende und komplementäre Dienste – Einrichtungen und Leistungen der Jugendhilfe

Für gefährdete, in ihrer Entwicklung gestörte und von psychischer Erkrankung bedrohte Kinder und Jugendliche gibt es in Niedersachsen neben den oben bereits beschriebenen Praxen, Diensten und Einrichtungen eine breite Palette weiterer Einrichtungen, die Rat,

¹²⁴ Alle zum Vergleich herangezogenen Angaben: s. ebenda, Seiten 20, 22, 26.

¹²⁵ Datenbereitstellung durch H. Elgeti.

Unterstützung und Vermittlung von Hilfen für die Betroffenen, ihre Eltern und Familien bieten:

- „Kinder- und Jugendpsychiatrische Klärungsstellen“ für dringliche stationäre Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen.¹²⁶ Diese Klärungsstellen, eingerichtet an 15 Stellen im Land (mit einer Ausnahme: an Kliniken; und eine in Bremen), haben sich zur Aufgabe gestellt, die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme (im Vorfeld) zu prüfen und zu klären, ob wegen Selbst- oder Fremdgefährdung besondere Sicherheits- und Schutzvorkehrungen, ggf. unter Freiheitsentziehung, angezeigt sind. Damit sind prinzipiell Anlaufstellen in Krisenfällen vorhanden, sinnvollerweise z. T. verbunden mit einer Krisenstation. Aus fachlicher Sicht werden diese Klärungsstellen begrüßt; landesweite Evaluationen über die Klärungsstellen liegen nicht vor.
- Allgemeine Sozialdienste, Familienberatungs- und Erziehungsberatungsstellen, Kindertagesstätten, Mütterberatung, Schulpsychologische Dienste u. a. Nach Expertenmeinung werden diese Einrichtungen in nicht geringer Zahl in Anspruch genommen, Praxen und Kliniken kooperieren in vielfältiger Weise und fallbezogen mit ihnen. Allerdings liegen keine belastbaren, landesweiten Daten vor, in welcher Art und Weise und mit welchem Schweregrad Kinder und Jugendliche mit fachlich umschriebenen bzw. diagnostizierten Störungen und Erkrankungen diese aufsuchen, von wem dorthin vermittelt werden und welche Leistungen hierfür erbracht werden. Es ist zwar nicht Aufgabe eines Landespsychiatrieplans, diese Einrichtungen und Dienste zu untersuchen noch dazu Strukturempfehlungen zu geben. Dennoch wird deutlich unterstrichen, dass die Kooperation der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Fachinstitutionen mit diesen Einrichtungen und Diensten auch in Zukunft fortgesetzt und fallbezogen intensiviert wird, um im wechselseitigen Zusammenwirken, wo jeweils angezeigt, ein Optimum an vernetzten Hilfen für betroffene, psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche anzustreben.
- Gleiches gilt für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit akuten psychischen Krisen und Verhaltensauffälligkeiten: Exakte (Inanspruchnahme-)Zahlen, welche Größenordnung diese Gruppe umfasst, liegen für Niedersachsen nicht vor. Unter Bezugnahme auf die in Kapitel 3 dazu gemachten Angaben dürfte hier eine Zahl von unter 1 % anzunehmen sein, sodass sich für Niedersachsen möglicherweise eine Zahl von rund 6.000 geistig behinderten Kindern und Jugendlichen ergibt, die psychiatrischer Behandlung aufgrund von Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bedürften – in enger Kooperation mit den Fachdiensten der Behindertenhilfe.
- Für eine weitere Gruppe liegen zur Zeit zwar keine genauen Zahlen für Niedersachsen vor, doch für Deutschland wird geschätzt, dass etwa 1,5 Mio. Kinder und Jugendliche in Deutschland bei psychisch kranken Eltern/Elternteilen leben, allein in Niedersachsen leben etwa 7.000 Kinder in Suchtfamilien. Diese Kinder haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen und psychische Störungen, bei etwa einem Drittel aller Kinder psychisch kranker Eltern finden sich anhaltende Störungen. Diese Kinder, insbesondere jene mit erkrankter (alleinerziehender) Mutter, brauchen spezifische Prävention und Hilfe. Folglich ist zu empfehlen, diesem Themenkreis in den Facheinrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie mit zunehmender Aufmerksamkeit zu begegnen: Es sollte regelhaft erhoben werden, ob Patientinnen und Patienten Kinder haben, wie deren Lebenssituation ist, welche Hilfen genutzt

¹²⁶ Vgl. www.ms.niedersachsen.de/Klaerungsstellen_Aktualisierung_2011_-_05.Januar.2012.pdf (abgerufen zuletzt am 17.12.2015).

werden etc. Bei Bedarf sollten kinder- und jugendspezifische Hilfen hinzugezogen werden.

Eine zahlenmäßig gut dokumentierte Ausgangslage ist jedoch für den Bereich der Jugendhilfe gemäß SGB VIII gegeben. Jugendhilfe findet ihren Ausgangspunkt u. a. in präventiven Maßnahmen, in der Bereitstellung von Hilfen und im „Eingriff“ bei Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen, ausgelöst durch nicht nur vorübergehende Erziehungsschwierigkeiten, durch nicht (mehr) von Eltern und Familien zu bewältigende Problemstellungen (auch aufgrund psychischer Störungen etc. bei den Eltern) und bei (psychischen) Erkrankungen und Erkrankungsfolgen von Kindern und Jugendlichen. Damit geben die Daten der Jugendhilfe auch wichtige Hinweise, in welchen Größenordnungen Problemstellungen für Kinder und Jugendliche bestehen, die ein Tätigwerden der Jugendhilfe bis hin zur Herausnahme des Kindes oder Jugendlichen aus dem familiären Kontext erfordern. Gerade hiervon sind in relativ hoher Zahl erziehungsschwierige, von psychischer Erkrankung bedrohte und faktisch davon betroffene Kinder und Jugendliche gemeint, die eine enge Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Jugendhilfe verlangen. Insofern ist ein Blick vor allem auf die teilstationären und stationären Maßnahmen der Jugendhilfe in Niedersachsen angezeigt, die auf einen bereits klar vorhandenen, dokumentierten Hilfebedarf verweisen.

Folgendes kann kurz zur stationären und teilstationären Jugendhilfe (Stand 2014) zusammengefasst berichtet werden:¹²⁷

- Die meisten der 559 Einrichtungen, mit weit überwiegend ein bis fünf Plätzen, werden von freigemeinnützigen und privaten Trägern vorgehalten. Die gesamte (belegte) Platzzahl von 12.293 teilt sich auf in 1.841 teilstationäre und 10.452 vollstationäre Plätze. Die teilstationäre Belegung ist in den letzten Jahren rückläufig.
- 63,4 % aller Betreuten wurden in Wohngruppen betreut. Dies steigt seit Jahren kontinuierlich an, ebenso wie die Unterbringung in Vater/Mutter/Kind-Einrichtungen (innerhalb des letzten Jahres um 16,4 % in 57 Einrichtungen). Bei den Erziehungsstellen (9,2 %) stagnierte die Belegung.¹²⁸
- Von den stationär Betreuten (10.452 in 2014) waren die meisten zwischen 14 und 18 Jahren alt (40,1%), gefolgt von den jungen Volljährigen (18 bis 21 Jahre) mit 16,3 %. Der Anstieg der Unterbringungen der 0- bis 6-Jährigen ist zum Stillstand gekommen, hingegen stieg die Zahl der 6- bis 9-Jährigen und der jungen Volljährigen überproportional.
- Ein hoher Anteil der Betreuten lebte zuvor (31,3 %) bei einem Elternteil. 26,7 % der Kinder und Jugendlichen kamen bereits aus anderen Einrichtungen, 5,9 % allein aus der Psychiatrie. Der Anteil der in niedersächsischen Einrichtungen Betreuten aus anderen (angrenzenden) Bundesländern betrug 28,4 % (und verbleibt seit Jahren auf diesem Niveau). Die stationäre Aufnahme von unbegleiteten minderjährigen Ausländern ist von 2013 auf 2014 um 119,1 % (von 224 auf 515) gestiegen.
- Die jungen Menschen werden immer länger in einer Einrichtung betreut, allein 58 % über ein Jahr lang.

¹²⁷ Alle Angaben aus Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie – Landesjugendamt. (2015). Vollstationäre und teilstationäre Hilfen zur Erziehung – Ausgewählte Ergebnisse zum Stichtag 31. Dezember 2014. Online unter http://www.soziales.niedersachsen.de/download/98816/hilfenzuerziehung-statistische-auswertungen_2014.pdf (zuletzt aufgerufen 30.12.2015).

¹²⁸ Ebenda, S. 5.

- Die Rechtsgrundlagen der Aufnahmen im vollstationären Bereich verteilen sich wie folgt: Der weitaus größte Teil, nämlich gut zwei Drittel (66,9 %) der Aufnahmen entfallen auf den Rechtsgrund „Heimerziehung oder sonstige betreute Wohnform“ nach § 34 SGB VIII. Die nächstgrößeren Gruppen werden auf Basis von § 41 SGB VIII (Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung: 8,3 %), von § 34a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: 8,2 %), von § 19 SGB VIII (Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder: 6,7 %) und von § 35a i. V. m. § 41 SGB VIII (Seelische Behinderung i. V. m. Hilfen für junge Volljährige: 4,9 %) untergebracht. Nach Angaben des Landesjugendamts sind insbesondere die Unterbringungen nach § 19 SGB VIII und nach § 35a i. V. m. § 41 SGB VIII von 2013 auf 2014 gestiegen: +19 % bzw. +46 %.¹²⁹
- Im 10-Jahres-Zeitvergleich 2005 bis 2014 zeigt sich:
 - Die Zahl der Einrichtungen ist um 18,2 % von 473 auf 559 gestiegen.
 - Die Zahl der belegten Plätze um 28,8 % von 9.541 auf 12.293.
 - Die Zahl der Betreuten wuchs um 34,3 % von 7.785 auf 10.452. Unter Annahme nur geringer Mehrfachzählung aufgrund langer Betreuungsdauern befinden sich damit ca. 0,5 % der Kinder/Jugendlichen mit Wohnsitz in Niedersachsen in einer teilstationären oder stationären Einrichtung der Jugendhilfe.

Leistung und Inanspruchnahme von teilstationären und stationären Einrichtungen der Jugendhilfe haben also in den letzten zehn Jahren stetig zugenommen.

5.3.6 Zwischenbewertung

Zunächst zeigen die Zahlen, dass sich das Angebot für psychisch kranke und in ihrer Entwicklung gestörte Kinder und Jugendliche insbesondere in den letzten zehn Jahren in Niedersachsen ausgeweitet hat:

- Die Zahl der Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychotherapie sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen hat deutlich zugenommen. Auch wenn die KVN für den vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich im Land bedarfsplanerisch betrachtet keine Unterversorgung sieht, ist Ungleichverteilung festzustellen: Städtische Gebiete haben eine bessere Ausstattung, in neun kommunalen Gebietskörperschaften fand sich (2013) keine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Praxis. Die kasernenärztliche Bedarfsplanung berücksichtigt (mittelbar), dass die potenziellen Fallzahlen in einwohnerschwächeren Gebieten die ökonomische Sicherung einer Praxis garantieren müssen.
- Die im Jahr 2005 krankenhausplanerisch noch gesehene Notwendigkeit, bei hoher Auslastung der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie weitere Betten bei den Bestandsabteilungen zu genehmigen und insbesondere die teilstationären Plätze zu erweitern¹³⁰, ist umgesetzt worden. Eine Umfrage innerhalb des „Niedersächsischen Arbeitskreises für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ ergab noch vereinzelt Anmerkungen für einzelne Gebiete (z. B. hohe Auslastungen einzelner Kliniken, fehlende TK und Institutsambulanz mancherorts),

¹²⁹ Ebenda, S. 6.

¹³⁰ Vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. (2005). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP)*. Hannover. S. 43.

die im Zuge der Krankenhausplanung zu bearbeiten sind.¹³¹ Gegenüber dem Bundesdurchschnitt liegt die stationäre und teilstationäre Versorgung in Niedersachsen heute leicht über dem Durchschnitt.

- Eine Zunahme in den letzten Jahren verzeichnet auch der stationäre und teilstationäre Bereich der Jugendhilfe hinsichtlich Platzzahl und Zahl der Betreuten. Auffällig ist, dass sich die Betreuungszeiten in der Tendenz verlängern und die Zahlen der betreuten 14- bis 18-Jährigen und der jungen Volljährigen steigen. Auch dies spricht dafür, dem Thema Adoleszenz künftig mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Aus den Darstellungen heraus können folgende Themen und Problemstellungen abgeleitet werden:

- Die empirisch belegte Tatsache, dass ein nicht geringer Teil (und zwar in einem Anteil von 46 %) von Kindern und Jugendlichen mit einer Diagnose „Psychische Störung und Verhaltensstörung“ (F00 bis F99 nach ICD-10) in nicht-kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen aufgenommen ist, bedarf in der Ursache näherer Untersuchung. Es kann zwar auf der gegebenen Datenbasis kein Urteil „fehlplatziert“ daraus abgeleitet werden, da es sich auch um Begleitdiagnosen bei somatischen Erkrankungen handeln kann. Es unterstreicht jedoch die Notwendigkeit, im gegebenen Fall zwischen somatischer und psychiatrischer Institution zu kooperieren, wenn die Notwendigkeit zur Abklärung der psychischen Seite des Geschehens während der Behandlung in z. B. somatischen Abteilungen offenkundig ist oder wird.
- Das gegenüber der Gruppe der Kinder und Jugendlichen doch andere Diagnose-Spektrum im stationären Bereich für Adoleszente (18 bis 20 Jahre) spricht derzeit nicht dafür, diese Altersgruppe generell oder ohne weiteres der (stationären) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zuzuordnen. Unabhängig von der institutionellen Zuordnung zu Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder zum Erwachsenenbereich verlangt diese Gruppe aber künftig in jedem Fall größere Aufmerksamkeit und spezifischere Beachtung. Das kann durch Schaffung von einzelnen Stationen für Adoleszente im klinischen Bereich geschehen, verlangt aber dann eine klare Basis hinsichtlich Konzept, Struktur und Qualifikation. Die im gegebenen, individuellen Fall erforderliche Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Erwachsenenpsychiatrie und anderer Fachdienste ist jedoch unabhängig von künftigen institutionellen Lösungen bereits heute zu fordern.
- Mit dem Anstieg der Betten und teilstationären Plätze sowohl im Klinik- wie im Jugendhilfereich war bzw. ist auch ein Anwachsen der (teil-)stationär behandelten Kinder und Jugendlichen festzustellen. Zwar lässt sich aus den epidemiologischen Ziffern (vgl. Kap. 2.2) ein absoluter Anstieg der Zahl psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nicht belegen, doch haben sich Diagnosen-Spektrum und die Behandlungsanforderungen verändert. Letztlich muss offen bleiben, inwieweit das größere Angebot, die Senkung von Inanspruchnahme-Hürden oder veränderte Schweregrade zum Anstieg der Nachfrage beigetragen haben.

Diese zusammengefasst noch einmal wiedergegebenen Erkenntnisse kennzeichnen die Situation bezogen auf die Kern-Institutionen für betroffene Kinder und Jugendliche in Niedersachsen. Sie verweisen darauf, dass weniger ein weiterer quantitativer Ausbau, als vielmehr eine Orientierung auf Schwerpunktgruppen und -themen für die Zukunft erforderlich ist. Die Hinweise verdichten sich, dass sich das Diagnosen-Spektrum verschoben

¹³¹ Lt. Aussage A. Naumann am 25. November 2015.

hat, dass eine andere Fallschwere und -qualität in den Behandlungsinstitutionen zu verzeichnen ist, dass die Problemstellungen insbesondere bezogen auf Jugendliche ab 14 Jahre zunehmen, dass sich diese in den Bereich junger Erwachsener fortsetzen u. a. m. Auf die teilweise problematischen Formen der Internet-Nutzung und darauf gestützter Kommunikationsmittel sei nur verwiesen. Somit ist auch Niedersachsen von Tendenzen erfasst, wie sie z. B. Fegert als profilierter Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu verschiedenen Aspekten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und unter Bezug auf die Fachliteratur festhält¹³²; dies sei mit Blick auf bereits genannte Zahlen und mit Blick auf Schlussfolgerungen sowie Empfehlungen kurz wiedergegeben:

- „Fast die Hälfte aller psychischen Störungen beginnt in der Pubertät, dreiviertel bis Mitte Zwanzig“.
- Das Risiko für psychische Erkrankungen steigt mit mehreren Belastungen (z. B. hohes Konfliktpotenzial innerhalb der Familien in Verbindung mit Erziehungs- und Schulschwierigkeiten, körperlichen Erkrankungen, seelischer Vulnerabilität).
- Das Diagnosen-Spektrum hat sich in den letzten Jahren verändert: Eine deutliche Zunahme zeigt sich bei Störungen bedingt durch psychotrope Substanzen, bei affektiven Störungen, bei hyperkinetischen Störungen sowie bei Verhaltens-, sozialen und emotionalen Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist (folglich) ein Fach mit vielen Schnittstellen zu anderen Hilfebereichen (Pädiatrie, Allgemeinmedizin, KJP, Erwachsenenpsychiatrie, öffentlicher Gesundheitsdienst), zu den Systemen der Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe sowie zum Bildungswesen (Schulen) und zum Arbeitsmarkt.
- In Deutschland dominieren nach wie vor eine Komm-Struktur und die stationäre Versorgung in Medizin und Jugendhilfe. Es bedarf mehr aufsuchender Behandlungsangebote, mehr integrativer, inklusiver und sektorübergreifender Ansätze, ein Mehr an Home Treatment, Familienunterstützung, Kriseninterventionsmöglichkeiten und ein „Continuum of Care“. „Die schwierigsten Kinder brauchen komplexe Hilfen aus mehreren Systemen“, so Fegert.

An Beispielen der Kooperation zwischen Jugendhilfe (SGB VIII) und Eingliederungshilfe (SGB XII) sowie der Kooperation zwischen Medizin, Klinik, ambulantem Bereich einerseits und Jugendhilfe andererseits sei verdeutlicht, dass es allerdings noch einer Wegstrecke bedarf, um die vielfach fachlicherseits angemahnte Kooperation zu verbessern und zu besser verzahnten Hilfeangeboten zu kommen, für alle Altersgruppen, aber gerade für die „schwierigsten Kinder“:

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit der o. g. Instanzen ist auch deshalb notwendig, um die Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen und Heranwachsenden in stationären Einrichtungen zu verkürzen. Zweifelsohne kann ein längerer Aufenthalt im geschützten Behandlungskontext für einzelne Betroffene von Nutzen sein, mangelnde externe (Arbeits-, Beschäftigungs-) Perspektiven sollten dafür jedoch nicht die Begründung liefern müssen, ebenso nicht, dass längere stationäre Aufenthalte andere Alternativen „ersparen“ helfen; hier ist Kooperation und Steuerung gefragt sowie Auslotung aller Möglichkeiten: So bieten §§ 28 und 29 SGB II explizit Leistungen für Bildung und Teilhabe für Kinder

¹³² Alle folgenden Angaben und Zitate aus Fegert, J.M. (2015). *Trends in der Weiterentwicklung und Versorgungsplanung der KJPP*. Vortrag im Rahmen der Tagung „Versorgungsplanung für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie“ am 30. Juni 2015 an der Medizinischen Hochschule Hannover.

und (arbeitsuchende) Jugendliche und Heranwachsende, die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jobcentern sollte auf dieser Basis gesucht werden; § 16a SGB II unterstützt dazu auch „psychosoziale Betreuung“ im Rahmen kommunaler Eingliederungsleistungen.

Über das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ wurden die Träger der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe zu Leistungsträgern der Rehabilitation für seelisch Behinderte erklärt. Das persönliche Budget wurde als Baustein der Teilhabe eingeführt. Die Praxis hierzu in der Jugendhilfe scheint jedoch noch nicht ausgeprägt zu sein.

Die Eingliederungshilfe ist für Kinder und Jugendliche dann zuständig, wenn intellektuelle oder körperliche Behinderungen im Vordergrund stehen, bei seelischen Behinderungen ist es die Jugendhilfe; dies führt nach wie vor zu laufenden Abgrenzungsfragen. Perspektivisch sollte auch nach dem Willen der Bundesregierung hier eine einheitliche Zuständigkeit der Jugendhilfe für alle Formen von Behinderungen im Kinder- und Jugendalter greifen. Bis dahin bleibt es dabei, dass die befassten Stellen jeweils fallbezogen die Regelungen für die Betroffenen möglichst optimal gestalten sollten, um dem Gedanken der Inklusion Raum zu verschaffen.

Expertengespräche im Rahmen des Landespsychiatrieplans hatten vermittelt, dass die Palette der Aufgabenwahrnehmung und -ausrichtung der 53 Jugendämter in Niedersachsen sehr breit ist, abhängig von den Strukturen, Ressourcen und den handelnden Personen vor Ort. Berichtet wird, dass abhängig von Ort, Konzept und Schwerpunktsetzung die Zusammenarbeit mit dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an einzelnen Standorten bereits sehr gut funktioniere, in anderen Fällen diese jedoch zu wünschen übrig lasse. Eine verstärkt zentralisierte Steuerung durch das Landesjugendamt wird als nur in Grenzen sinnig, um- und durchsetzbar erachtet; eher sollte „gute Praxis“ aus Einzelbeispielen transferiert werden.

Die Problemstellungen sind jedoch erkannt – und folgende Schriftstücke belegen bereits klare Ansätze zur Veränderungsbereitschaft:

Die „Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ“ Berlin hat sich in ihrer Vorstandssitzung am 17./18.09.2015 selbstkritisch, konstruktiv und kooperativ mit den im eigenen System erkannten Hürden, Problemen etc. und dem Verhältnis zur Kinder- und Jugendpsychiatrie befasst.¹³³ Es wird dort u. a. konstatiert, dass die Kooperation insuffizient sei und sie u. a. deshalb „der idealtypischen Grundorientierung auf die Förderung der Selbstwirksamkeit der Klientinnen und Klienten nicht immer gerecht werde“. Gefordert werden Leitlinien zur besseren Zusammenarbeit der Systeme insbesondere gerade für schwierige Fälle oder Situationen (z. B. bei der Notwendigkeit von freiheitserziehenden Maßnahmen). Diese sehr ausführliche Analyse zum Ist und zu Vorschlägen der AGJ hat u. a. bereits zu einer grundsätzlichen Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Fachverbände geführt. Als vorrangig und gemeinsam konstruktiv zu lösende Themenfelder werden aus deren Sicht benannt: „Einbeziehung in die Hilfeplanung, Berücksichtigung der kinder- und jugendpsychiatrischen Expertise im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 35a SGB VIII, die Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses unter Kenntnis der fachlichen Standards der jeweils anderen Seite, der Umgang mit Krisen und freiheitsentziehenden Maßnahmen, der Einbezug der

¹³³ Vorlage zur AGJ-Vorstandssitzung der AGJ am 17./18. September 2015 vom 8. September 2015 (zur Verfügung gestellt durch das MS Niedersachsen).

Eltern bzw. Sorgeberechtigten und der Umgang mit Finanzierungslücken in der Kooperation der Systeme SGB V und SGB VIII.“¹³⁴

Diese Ansätze könnten auch den aus der Praxis und im Zuge der Erarbeitung des Landespsychiatrieplans heraus benannten Problemstellungen abhelfen. So verweist z. B. die Auswertung der kommunalen Sozialpsychiatrischen Pläne darauf, dass für betroffene Kinder und Jugendliche eine bessere Zusammenarbeit der Fachdienste, der Jugendhilfe und der Schulen, schnellere Eingriffsmöglichkeiten bei Krisen sowie Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern erforderlich seien. Für Adoleszente wird die Notwendigkeit gesehen, Verbesserungen beim Übergang von der KJP zur Erwachsenenpsychiatrie (mit Vorschlägen auch zu einem eigenen Adoleszenten-Bereich) sowie eine verbesserte Unterstützung im Bereich Tagesstruktur, Beschäftigung und (der Heranführung an) Arbeit zu schaffen.

Die Fachkommission zur Landespsychiatrieplanung hat bereits in ihren ersten Sitzungen im Frühjahr und Sommer 2014 Stärken-/Schwächen-Analysen durchgeführt und die Ergebnisse bzw. Forderungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wie folgt konsentiert:

- „Regionale Erreichbarkeit: Verbesserte Erreichbarkeit, funktionierende Pflichtversorgung, Etablierung aufsuchender Hilfen, Gemeinde- und Alltagsnähe, fehlende Spezialangebote
- Allgemeine Fachkompetenz: Fachkräftemangel; Lehrstuhl an jeder niedersächsischen Universität; Schnittstellenmanagement
- Spezifischer Zielgruppenbezug: Fehlende spezifische Angebote; Einbezug der Familie und Schule; Hilfe nach individuellem Bedarf; Zuordnungsprobleme, schlimmstenfalls Verschiebebahnhöfe im Jugendhilfe- und Heimbereich zwischen SGB VIII und SGB XII; ökonomische Fehlanreize (z. B. Psychosomatik)
- Inklusion und Partizipation: Konsens Inklusion-Spezialisierung; Schulen und Kindertagesstätten einbinden; Einbezug Kinder in Behandlungsplan; niedrigschwellige Hilfen/Prävention“.

5.3.7 Vorrangige Handlungsfelder/-empfehlungen zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Aus den Analysen der Daten und der Fach-Literatur, in Verbindung mit den für den Landespsychiatrieplan formulierten ethischen Grundsätzen, unter Verarbeitung und Einbeziehung der Gespräche mit Expertinnen und Experten sowie in den Fachgremien leiten sich daraus folgende Handlungsfelder und Empfehlungen ab:

Das Handlungsspektrum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie muss sich auf *veränderte und sich verändernde Bedarfslagen* einstellen. Die Frage, was gebraucht und an Entwicklungsprojekten nötig wird, sollte sich weniger am fortgesetzten Ausbau des Bestehenden – hier ist bereits gute Aufbauarbeit in den letzten Jahren/Jahrzehnten geleistet worden – orientieren, als sich vielmehr entlang der für den Landespsychiatrieplan konsentierten Grundsätze und Leitlinien der Versorgung auf die inter-

¹³⁴ *Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631 BGB; zur Verfügung gestellt durch A. Naumann, Klinik für KJPP in Lüneburg, 2. Dezember 2015.*

ne Optimierung der Prozesse, auf intensivierte, interdisziplinäre, aktiv betriebene Koordination und Kooperation der Fachinstitutionen und Fachdienste, auf eine stärkere Funktionalität insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung (ambulant-stationär, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie und Jugendhilfe, Hilfeinstitutionen und Schule) sowie auf besondere Gruppen und Problemstellungen konzentrieren, die sich als wachsende abzeichnen: Jugendliche ab 14 Jahren, junge Erwachsene, Migration und unbegleitete (Flüchtlings-)Kinder/Jugendliche, Folgen des Gebrauchs psychotroper Substanzen, affektive Störungen, dissoziale Störungen. Die Belange dieser Gruppen sind frühzeitiger, deutlicher und konturierter in den Blick zu nehmen, um Folgewirkungen früh zu minimieren.

Grundsätzlich sollten die Handlungsformen von der Haltung gekennzeichnet sein, die psychische *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aktiv zu fördern*, inklusiv zu arbeiten, sich zunehmend als mobil und aufsuchend darzustellen und speziellen Möglichkeiten wie Home Treatment mehr Raum zu geben.

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* ein verstärktes Gewicht zugemessen werden. Hier sind Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Schul- und Bildungssystem, Jugendhilfe sowie das Hausarztsystem gemeinsam aufgerufen, Fehlentwicklungen und Störungen frühzeitig zu erkennen, Verläufe gelingender Genesung und Stärkung frühzeitig anzubahnen und Verschlimmerung zu verhindern.

Was die flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung und Erreichbarkeit der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie im gegebenen Fall auch junger Erwachsener bis 21 Jahre betrifft, so gibt es Gebiete in Niedersachsen, wo aufgrund regionalstruktureller oder auch zahlenmäßig geringerer oder sinkender Zahlen an Kindern und Jugendlichen ein voller Aufbau oder Ausbau von Facheinrichtungen nicht angezeigt war bzw. ist oder mit einer Niederlassung mit potenziell ausreichenden Fallzahlen nicht zu rechnen ist. Bei allen Maßnahmen, die sich nicht für eine einzelne Gebietskörperschaft allein darstellen lassen, sollten *überkommunale* Lösungen, Vereinbarungen oder Absprachen auf benachbarter kommunaler Ebene und/oder auf Ebene der Sozialpsychiatrischen Verbünde auch künftig gesucht werden. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen macht nicht an Kreisgrenzen Halt. Dazu wird empfohlen:

- Förderung der Niederlassung nach den Richtlinien der Bedarfsplanung von Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in bisher noch unterbesetzten bzw. nicht gesperrten Gebieten. Als Beispiele hierfür sind gemäß des Maßstabs „mindestens eine Praxis pro kommunaler Gebietskörperschaft“ sind mit Stand 2013 insbesondere die kommunalen Gebietskörperschaften Cloppenburg, Wesermarsch, Vechta, Wittmund, Osterholz, Heidekreis, Schaumburg, Holzminden und Osterode zu nennen. Die niedergelassene Ärzteschaft und die KVN sollten prüfen, ob nicht z. B. durch Zweigniederlassungen für die genannten Gebiete eine noch ortsnähere Versorgung erfolgen kann.
- Sicherung und Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für KJP-Praxen, um die Anreize zu interdisziplinär gestützter Arbeit der Praxen auch in Zukunft zu erhalten.
- Einrichtung dezentraler Institutsambulanzen nur in bisher unterversorgten Gebieten (in Verbindung mit dezentralen Tageskliniken) unter Berücksichtigung der Kassen-

ärztlichen Bedarfsplanung bzw. wenn in deren Rahmen eine Lückenschließung im niedergelassenen Bereich nicht gelingt.

- Der Aufbau der stationären Versorgung ist in der Summe betrachtet weitgehend gelungen. Auffällig ist allerdings eine noch regional betrachtet unterschiedliche Verteilung; wo hier vereinzelt noch weiterer Betten- oder Tagesklinikplatzbedarf für die Abdeckung in der Fläche besteht, sollten die Maßnahmen im Rahmen der Krankenhausplanung und nach deren Maßstäben (Bedarf, Auslastung etc.) erfolgen. Ein Kriterium wie Erreichbarkeit einer stationären oder teilstationären Einrichtung innerhalb eines Zeitraums von 30 bis 45 Minuten könnte hier zusätzlich und im Einzelfall unter Berücksichtigung des öffentlichen Personennahverkehrs (Erreichbarkeit durch ÖPNV) herangezogen werden, jedoch im gegebenen Fall zugleich unter Maßgabe der Schaffung funktionsfähiger und nicht zu kleinteiliger Einrichtungen. Inwieweit dabei die Empfehlung des LFBPN, die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung konzeptionell und planerisch auf jeweils Gebiete von 500.000 Einwohnerinnen/Einwohner zu beziehen und darin die Erreichbarkeit zu sichern, kann ebenfalls mit Blick auf bestimmte Regionen als Kriterium noch mitgedacht werden.
- Die Beschulungssituation von stationär und teilstationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen ist in Kooperation mit den kultusministeriellen Stellen zu verbessern, ebenso die Zusammenarbeit der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Schulen vor Ort. Dem kommt auch unter den Aspekten Prävention und Inklusion besondere Bedeutung zu.
- Der vergleichsweise hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen mit einer Diagnose aus dem ICD-Bereich: „Psychische und Verhaltensstörungen“ in nicht-psychiatrischen Einrichtungen verlangt in erster Linie Aufklärung und neutrale Bewertung, auch hinsichtlich der Ursachen und Konsequenzen, was den fachspezifischen Bettenbedarf betrifft. Anzunehmen ist, dass es sich auch um Begleitdiagnosen in somatischen Einrichtungen handelt sowie um z. B. psychosomatische Diagnosen in der Kinder- und Jugendmedizin. Etwaige Folgen der Einrichtung von speziellen stationären Behandlungseinheiten wie kinderpsychosomatischen Betten bedürfen jedoch vorab einer Klärung hinsichtlich der konkreten Bedarfslage sowie hierfür strukturierter, qualitätssichernder Konzepte.

Was das sozialpsychiatrische Handeln und die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Verbünde vor Ort betrifft, so sind diese stärker und verbindlich auf die Problemstellungen von Kindern und Jugendlichen, ihrer Familien sowie von jungen Erwachsenen auszurichten, begründet durch eine sich verändernde Bedarfslage, aber auch durch die Zunahme im Bereich Migration und unbegleiteter Kinder/Jugendlicher. Die Hilfeformen sollten sich auch hier in der Ausrichtung von einer Komm-Struktur zu einer Geh-Struktur und zu aufsuchender Arbeit verlagern, auch im Sinne der Prävention. Diese schließt die Stärkung von Formen des Home Treatments ebenso ein wie aufsuchende Arbeit für suchtgefährdete, suchtkranke und delinquente Jugendliche. Schulen sollten als Ankerorte für präventives Handeln deutlicher in den Blick genommen werden.

Im Einzelnen:

- Ein Schwerpunkt ist zu legen auf die verbindliche, qualifizierte, fallübergreifende und fallbezogene Kooperation von SpDi mit Jugendhilfe und mit den Institutionen und Praxen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie und ihren Praxen sowie Festlegung dieser Kooperation als verbindliche Koordinationsaufgabe im Sozialpsychiatrischen Verbund. Das heißt, in allen Sozialpsychiatrischen Verbünden ist die Verankerung von kin-

der- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Kompetenz über die Geschäftsordnung sicherzustellen.

- Verbindliche Festlegung von Zuständigkeit und Anlaufstellen im Fall von Krisen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbunds; koordinierend-verbindliche Festlegung der Kooperation der Dienste (Klinik, Praxen) mit Jugendamt und pädiatrischen Facheinrichtungen und -praxen. Die 15 Klärungsstellen an Kliniken sind hierbei einzubeziehen.
- Öffnung der Sozialpsychiatrischen Verbünde und der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Fachinstitutionen für Anliegen der Kommunen, der Kindergärten und Schulen, der Erziehungshilfe im Rahmen der Prävention und Information zu Problemstellungen psychischer Erkrankung einerseits und zur Förderung seelischer Gesundheit in der Entwicklung Kinder und Jugendlicher andererseits.
- Formen eigenständiger Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienste in kommunaler Trägerschaft bestehen in Hannover und Wolfsburg. Es kann jedoch nicht empfohlen werden, landesweit in allen Kommunen solche Dienste einzurichten, vielmehr ist der Schwerpunkt auf die in den vorausgegangenen Punkten bereits unterstrichene Förderung der Vernetzung der bestehenden Fachinstitutionen und Fach-Praxen sowie ggf. interkommunaler Lösungen zu legen.
- Verbesserung der Zusammenarbeit der o. g. Instanzen 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 der Jugendhilfe (SGB VIII) und Heimversorgung

Förderung der verbindlichen Kooperation zwischen Jugendämtern, Kliniken und kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Fachpraxen, Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten, fallbezogen und fallübergreifend bei Maßnahmen im Rahmen des SGB VIII, insbesondere bei Heimunterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Sicherung der Verbindlichkeit als Koordinationsaufgabe der Sozialpsychiatrischen Verbünde einerseits und entsprechend bilateralen Regelungen zur Zusammenarbeit Jugendamt – kinder- und jugendpsychiatrischer Fachdienste andererseits.

Verpflichtung der Heimträger zur Zusammenarbeit und Beratung/Supervision durch kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische bzw. kinder- und jugendpsychotherapeutische Fachinstitutionen und Praxen; Festlegung der Zusammenarbeit der Heime mit einschlägigen Fachinstitutionen und Praxen als Qualitäts- und Zulassungsmerkmal einschließlich Regelung zur Finanzierung der Beratungstätigkeit.

Maßnahmen an der Schnittstelle Jugendliche/junge Erwachsene

- Festlegung der Versorgungszuständigkeit der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bis 18 Jahre bei manifester psychischer Haupterkrankung und Fortführung der Behandlung bis zum Alter von 21 Jahren, sofern begründet.
- Verbindliches Case Management im Übergangsbereich bei Jugendlichen im Alter von 18 bis 21 Jahren zwischen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psy-

chotherapie und Kliniken für erwachsene psychisch kranke Menschen im Einzugsbereich.

- Ein reiner Zuständigkeitswechsel mit dem Schnittjahr „18“ wird offensichtlich zunehmend betroffenen Jugendlichen und Heranwachsenden nicht gerecht, die in ihrem Reifegrad nicht in der Lage sind, die Herausforderungen eines erwachsenen, selbstständigeren Lebens zu bewältigen. Es wird empfohlen, dass der vorgenannte verbindliche „Einbau“ kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischer Kompetenz in die Sozialpsychiatrischen Verbünde auch die Tür dafür öffnet, die Lage der jungen Erwachsenen vor Ort systematischer zu analysieren und ggf. Lösungswege zu erarbeiten.

Maßnahmen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche

- Besserer Zugang zu und Behandlung in der kinder- und hausärztlichen Versorgung und in der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als Basisversorgungssysteme durch Sensibilisierung, Abbau von Berührungängsten, Motivation und Kompetenzaufbau (grundständige Ausbildung, Weiterbildungscurricula, Fortbildungen) sowie durch adäquate Finanzierung von Diagnostik und Behandlung, inkl. aufsuchender Arbeit.
- Festlegung einer Anlauf- und Clearingstelle (durch den Sozialpsychiatrischen Verbund), welche kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Fachdienste qualifizierte Beratung und Hilfen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche leisten – ggf. in Verbindung mit dem Konzept „Kompetenzteam“ (vgl. dazu S. 158). Hierzu sind Standards der Kommunikation an den Schnittstellen Behindertenhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu entwickeln.

Maßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern

- Sensibilisierung und Kompetenzaufbau in den psychiatrischen Facheinrichtungen und Diensten im Bereich Erwachsener für ein möglichst frühes Erkennen der Problemstellungen der Kinder von psychisch kranken Eltern(-teilen). Hierzu sollten Fragen nach Kindern und deren Situation in die Standardanamnese aufgenommen werden (Haben Patientinnen und Patienten Kinder? Wie ist deren Lebenssituation? Werden (welche?) Hilfen genutzt? Etc.), gezielte Fortbildung erfolgen und eine entsprechend beauftragte Person in den Einrichtungen definiert werden – am besten mit Schulung zur insofern erfahrenen Fachkraft.
- Psychiatrische Einrichtungen sollten über Leitfäden zum Umgang mit belasteten Familienkonstellationen verfügen. Bei Bedarf sollte Kontakt mit der Jugendhilfe gesucht und bspw. kinderschutzbezogene oder familientherapeutische Maßnahmen oder familienzentrierte Unterstützung organisiert werden.
- Hilfen für familiär belastete Kinder und Jugendliche sollten ausgebaut werden: bspw. durch Patenschaftsmodelle; Standards für die Betreuung substituierter Personen mit Kindern; Psychoedukation und andere Schulungs-/Gesprächs-/Selbsthilfeangebote für Eltern; Öffentlichkeitsarbeit; Netzwerke und Kooperationsvereinbarungen etc.

5.4 Erwachsene

5.4.1 Angebotsspektrum

Die Versorgung psychisch kranker erwachsener Personen (ab 18 Jahre) umfasst im Kern folgende (Angebots-)Bausteine bzw. Dienste und Einrichtungen:

- niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie (mit und ohne Zusatzbezeichnung Psychotherapie)
- niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie (mit und ohne Zusatzbezeichnung Psychotherapie)
- niedergelassene Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Institutsambulanzen und psychiatrische Tageskliniken an Psychiatrischen Kliniken
- Psychiatrische Kliniken mit fachlich-organisatorischen Binnendifferenzierungen auf (Fach-)Abteilungs- bzw. (Fach-)Klinikebene: Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtbehandlung, Psychosomatik, Maßregelvollzug¹³⁵
- psychiatrische Abteilungen an somatischen Kliniken
- Sozialpsychiatrische Dienste in kommunaler Trägerschaft.

Über den o. g. Kernbereich ärztlich-psychiatrischer Behandlungsangebote hinaus sind folgende Hilfen wichtige Bestandteile der Versorgung psychisch kranker Erwachsener:

- Angebote der Ambulanten Psychiatrischen Pflege nach § 37 Abs. 2 SGB V, der Sozialtherapie gem. § 37a SGB V und der Ergotherapie gem. § 125 Abs. 1 SGB V
- Kontakt- und Beratungsangebote von kommunalen Gebietskörperschaften, freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden bzw. freien Trägern
- Angebote im Rahmen der Selbsthilfe¹³⁶
- Selbsthilfeeininformations- und Kontaktstellen.

Darüber hinaus spielen – in Niedersachsen wie bundesweit – stationäre und ambulante (Wohn-)Angebote sowie Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen (u. a. WfbM, Integrationsbetriebe, Zuverdienst-Firmen) eine wichtige Rolle für die Versorgung und Betreuung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen. Ein wesentlicher Teil dieser Maßnahmen wird im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff. SGB XII sowie von weiteren Rehabilitationsträgern (u. a. gem. SGB II, III und VI) gewährt.

Hinzu kommen als ein spezifischer, aber für die Förderung eines Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit sehr hilfreicher Versorgungsbaustein: die sog. Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote (NBEA), die in Niedersachsen nahezu flächendeckend für die Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, darunter auch solchen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere von wohlfahrtsverbandlich organisierten Trägern vorgehalten werden.

Schließlich müssen für eine problemadäquate Beschreibung der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Menschen die Hausärztinnen und Hausärzte berücksichtigt werden, die oftmals als erste Anlaufstelle bei sich abzeichnenden psychischen bzw. seeli-

¹³⁵ Zum Maßregelvollzug s. Kapitel 5.5.

¹³⁶ Zu Selbsthilfe s. Kapitel 5.7.

schen Problemen fungieren und Aufgaben der Grundversorgung sowie Vermittlung/Überweisung an spezialisierte Behandlungsangebote übernehmen.

Mit Stand 2/2013 weist die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)¹³⁷ für das Land Niedersachsen insgesamt 5.013 Vollzeitstellen-Äquivalente (VZÄ) für die Fachgruppe „Hausärzte“ aus. Mehr als ein Fünftel dieser Hausärztinnen und Hausärzte sind 62 Jahre alt und älter. Es besteht insofern in den nächsten drei bis fünf Jahren ähnlich wie in anderen Bundesländern ein erheblicher Nachbesetzungsbedarf. Das ist insofern problematisch, als sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten Niedersachsens schon jetzt nicht alle offenen bzw. vakanten Hausarztstellen zeitnah wiederbesetzt werden können. Bundesweit finden sich weder für hausärztliche noch fachärztliche Praxen ausreichend Nachfolger.

Gemessen an den von der KVN ausgewiesenen Versorgungsgraden ist die Versorgungsdichte in den 99 „Hausärztlichen Planungsbereichen“ sehr unterschiedlich: Sie reicht von Minimalwerten in Harburg-Nord (76,5 %) und Munster (80,2 %) bis zu Maximalwerten in Wunstorf (139,3 %) und Rastede (142,0 %). Ein Drittel der „Hausärztlichen Planungsbereiche“ weist Versorgungsgrade unter 100 % auf. Dabei handelt es sich keineswegs ausschließlich um ländlich geprägte (großflächige) Planungseinheiten; Unterversorgung findet sich z. B. auch in Wolfsburg (84,5 %), Meppen (90,1 %) oder Papenburg (97,8 %).

5.4.2 Ambulanter Bereich

5.4.2.1 Angebote

Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung

Für die ambulante fachärztliche psychiatrische Versorgung der Erwachsenen stehen im Jahr 2013 insgesamt 288 VZÄ¹³⁸ zur Verfügung. Ein Teil davon (n = 195) als Fachärztinnen- bzw. Fachärzte-VZÄ für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie. Die Bezeichnung „Nervenärztin bzw. Nervenarzt“ wird in der Bedarfsplanungsrichtlinie der KVN benutzt (Bedarfsplanungsfachgruppe). Sie umfasst die Qualifikationsrichtungen „Nervenheilkunde“ und „Neurologie und Psychiatrie“. Hinzukommen n = 93 Fachärztinnen- bzw. Fachärzte-VZÄ für Psychiatrie. Die ambulante Versorgung wird des Weiteren durch 1.469 niedergelassene Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten wahrgenommen.

Knapp 15 % der Nervenärzte sind lt. Bedarfsplanungs-Richtlinie der KVN älter als 62 Jahre. Bei den Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten (hier einschließlich der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen bzw. -psychotherapeuten) liegt der Anteil der Altersgruppe älter als 62 Jahre bei knapp 20 %.¹³⁹ Analog zu den Hausärztinnen und Hausärzten ist also auch hier in den nächsten drei bis fünf Jahren sowohl von einem Nachbesetzungsbedarf als auch von Problemen bei der Nachwuchsfindung auszugehen.

¹³⁷ Angaben der KVN Stand: FS 2/2013.

¹³⁸ Bei den Angaben handelt es sich jeweils um die Summe sog. Anrechnungsfaktoren, die sich aus den Bedarfsplanungs-Richtlinien ergeben. Diese entsprechen dem jeweiligen Beschäftigungsumfang und sind mit Vollzeitstellenanteilen/-äquivalenten (VZÄ), wie dies im Angestelltenbereich üblich ist, vergleichbar. Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich (mehr als 90 %) oder überwiegend (50-90 %) psychotherapeutisch tätig sind, werden in ihrer Fachärztegruppe nicht bzw. nur anteilig berücksichtigt. Sie tauchen entsprechend unter den Ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf. Ein/e ausschließlich psychotherapeutisch tätige/r Ärztin bzw. Arzt wird hier mit 1 gezählt, ein/e überwiegend psychotherapeutisch tätige/r Arzt bzw. Ärztin mit 0,7. Die restlichen 0,3 werden in der jeweiligen Fachärztegruppe berücksichtigt.

¹³⁹ Angaben der KVN Stand: FS 2/2013.

Tab. 20: Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungskapazitäten für Erwachsene im Jahr 2013 (Anzahl in VZÄ)

ehemalige Bezirke	fachärztliche Versorgung			psychotherapeutische Versorgung			Gesamt
	FÄ für Nervenheilkunde	FÄ für Psychiatrie	Gesamt	Ärztliche PP	Psychologische PP	Gesamt	
Braunschweig	43	24	67	79	270	349	416
Hannover (mit Celle)	65	34	99	138	281	420	519
Lüneburg (ohne Celle)	23	19	42	72	162	234	276
Weser-Ems	65	16	81	109	358	467	548
Niedersachsen	195	93	288	398	1.071	1.469	1.757

Die regionale fachärztliche Versorgungsdichte (VZÄ der Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde plus der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre) liegt auf der in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Aggregationsebene der ehemaligen Bezirke zwischen 3,4 Fachärztinnen bzw. Fachärzten je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre in der Region Lüneburg und 5,2 in der Region Hannover/Celle. Die psychotherapeutische Versorgungsdichte liegt zwischen 18,9 in der Region Lüneburg und 26,3 in der Region Braunschweig.

Tab. 21: Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungskapazitäten für Erwachsene im Jahr 2013 (Anzahl VZÄ je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre)

ehemalige Bezirke	fachärztliche Versorgung	psychotherapeutische Versorgung	Gesamt
Braunschweig	5,0	26,3	31,3
Hannover (mit Celle)	5,2	22,0	27,2
Lüneburg (ohne Celle)	3,4	18,9	22,3
Weser-Ems	4,0	23,2	27,3
Niedersachsen	4,5	22,7	27,2

Wie Detailanalysen zeigen, bestehen innerhalb der vier ehemaligen Bezirke z. T. gravierende Unterschiede im Hinblick auf die fachärztliche Versorgungsdichte zwischen den jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften:

- Im ehemaligen Bezirk Braunschweig liegt die fachärztliche Versorgungsdichte zwischen 1,3 VZÄ je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre in Gifhorn und 8,5 in Braunschweig. In drei Landkreisen (Gifhorn, Osterode und Peine) besteht lediglich eine Versorgungsdichte von < 3 (was bedeutet, dass [nur] ein/e Facharzt/Fachärztin für mehr als 33.333 EW zur Verfügung steht).
- Im ehemaligen Bezirk Hannover (mit Celle) variiert die fachärztliche Versorgungsdichte zwischen 2,0 in Nienburg (Weser) und 6,6 in Hannover (Stadt und Region). Neben Nienburg weist noch Holzminden mit 2,5 VZÄ je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre eine Versorgungsdichte von < 3 auf.
- Im ehemaligen Bezirk Lüneburg (ohne Celle) schwankt die fachärztliche Versorgungsdichte zwischen 1,3 im Heidekreis und 8,5 in Lüchow-Dannenberg. Vier

kommunale Gebietskörperschaften haben eine Versorgungsdichte von < 3 : Heidekreis (1,3), Stade (1,5), Rotenburg (2,1) und Cuxhaven (2,8).

- Im ehemaligen Bezirk Weser-Ems liegt die fachärztliche Versorgungsdichte zwischen 1,5 in Leer und 11,4 in Oldenburg (Stadt). Fünf kommunale Gebietskörperschaften haben eine Versorgungsdichte von < 3 : Leer (1,5), Wittmund (2,1), Wesermarsch (2,2), Wilhelmshaven (Stadt) (2,9) und Oldenburg (Landkreis) (2,9).

Die nachfolgende Tabelle zeigt diejenigen niedersächsischen kommunalen Gebietskörperschaften mit den höchsten (> 6) und niedrigsten (< 3) fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsdichten.

Tab. 22: *Kommunale Gebietskörperschaften mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsdichten: Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgungskapazitäten für Erwachsene im Jahr 2013 (Anzahl VZÄ je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre)*

kommunale Gebietskörperschaften	fachärztliche Versorgung	psychotherapeutische Versorgung	Gesamt
Stadt Osnabrück	11,4	74,1	85,5
Stadt Braunschweig	8,5	41,3	49,8
LK Lüchow-Dannenberg	8,5	24,3	32,8
Stadt Oldenburg	8,2	48,8	57,0
Stadt Göttingen	7,8	54,9	62,7
Stadt Salzgitter	7,3	32,8	40,1
Region Hannover	6,6	28,3	34,9
[...]			
LK Oldenburg	2,9	19,4	22,3
Stadt Wilhelmshaven	2,9	23,4	26,3
LK Cuxhaven	2,8	10,1	12,9
LK Emsland	2,7	11,4	14,1
LK Holzminden	2,5	10,7	13,2
LK Peine	2,3	15,9	18,2
LK Wesermarsch	2,2	14,4	16,5
LK Wittmund	2,1	15,0	17,2
LK Rotenburg	2,1	13,2	15,3
LK Nienburg	2,0	12,1	14,1
LK Osterode am Harz	1,6	10,2	11,8
LK Stade	1,5	17,9	19,5
LK Leer	1,5	15,6	17,1
LK Gifhorn	1,4	7,1	8,6
LK Heidekreis	1,3	14,2	15,5

Insgesamt wird deutlich, dass eine niedrige örtliche fachärztliche Versorgungsdichte i. d. R. nicht durch eine höhere psychotherapeutische Versorgungsdichte ausgeglichen wird. Generell gilt: kommunale Gebietskörperschaften mit einer hohen fachärztlichen

Versorgungsdichte verfügen parallel dazu auch über eine (sehr) gute psychotherapeutische Versorgung und vice versa.

Laut Aufstellung der KVN¹⁴⁰ zu den *Versorgungsgraden* mit Nervenärztinnen/Nervenärzten in den 44 KVN-Planungsbereichen erreichen bis auf Wolfsburg (mit 79,9 %) alle Planungsbereiche Versorgungsgrade von über 100 % (vier über 200 %). Den Spitzenwert hält mit 285 % der Landkreis Leer. Trotz dieser durchgängig hohen rechnerischen Versorgungsgrade treten zum Teil erhebliche Wartezeiten für Patientinnen und Patienten mit ambulantem fachärztlichen, psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsbedarf auf.¹⁴¹ Frühzeitige therapeutische Interventionen, die Krankheitsverläufe abmildern und möglicherweise sogar Frühverrentung verringern könnten, sind unter diesen Bedingungen nur unzureichend gegeben. Die Diskrepanz zwischen teilweise hohen Versorgungsgraden und der vielerorts empfundenen Mangelsituation hinsichtlich der ambulanten fachärztlichen Versorgung verweisen darauf, dass die Planungsgrundlagen der ambulanten fachärztlichen/nervenärztlichen Versorgungsplanung hinsichtlich der einbezogenen Parameter überprüft werden sollten.

Die Versorgungsgrade, die die KVN für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausweist, zeigen ebenfalls ein erhebliches Spektrum zwischen 82,8% im Landkreis Gifhorn (Minimum) und 417,6 % im Landkreis Göttingen (Maximum). Sechs der 44 Planungsbereiche weisen Versorgungsgrade von weniger als 100 % auf, fünf kommen auf 200 % und mehr. Auch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung treten jedoch Wartezeiten beim Zugang zu Behandlungen auf.

In einzelnen Gesprächen wurde bemängelt, dass eine strukturelle Verschiebung der fachlichen Ausrichtung der psychiatrischen Facharztpraxen hin zu eher psychotherapeutischen Patientengruppen mit „leichteren“ Behandlungsbedarfen stattgefunden habe. In Verbindung hiermit entstanden mehr und mehr psychosomatisch-psychotherapeutische Angebotskapazitäten im ambulanten (und auch im stationären) Bereich. Man könne von einer Konkurrenz zwischen den Fachgebieten Psychiatrie und Psychosomatik um „psychiatrische Fachkompetenz“ sprechen, bei der die psychiatrische Grundversorgung insbesondere von chronisch psychisch kranken Personen unter starken Druck geraten sei.

Die damit aufgeworfene Frage, ob die „richtige“ Person an der „richtigen“ Stelle behandelt wird, ist damit jedoch nicht beantwortet, sie muss noch um folgenden Aspekt der Erkennbarkeit der Störungen und der Behandlungswege erweitert werden: Häufig ist die Hausarztpraxis die erste medizinische Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige, die sie nicht selten aufgrund somatischer Begleiterscheinungen (Schlafstörung, Probleme mit der Ernährung, Medikamentenverordnungen etc.) aufsuchen, die psychische Thematik ist aus diversen Gründen oft nicht der (Haupt-)Anlass. So beschreiben Jacobi u. a. den Kontakt mit dem Gesundheitssystem bezogen auf Erwachsene und Ältere bis 79 Jahre wie folgt: „Nur ein geringer Anteil der Betroffenen mit einer 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung berichtet, im letzten Jahr aufgrund psychischer Probleme in Kontakt mit dem Gesundheitswesen gestanden zu haben [...] zu beachten (ist), (dass) offensichtlich in manchen Fällen kein Kontakt bzw. keine Behandlung wegen psychischer Probleme berichtet wird, obwohl die Betroffenen wahrscheinlich beim Hausarzt [...] mit einer F-Diagnose geführt werden.“¹⁴²

¹⁴⁰ Angaben der KVN Stand: FS 2/2013.

¹⁴¹ Kommission Landespsychiatrieplanung – Materialien für die Bestandsanalyse – Zusammenfassung der Stellungnahmen der Verbände (von H. Elgeti, ergänzte Fassung; Stand: 29. Juli 2014), S. 12.

¹⁴² Jacobi, F. u. a. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85, 77-86. S. 84.

Die eingeschränkte Erkennbarkeit psychischer Erkrankung im ambulanten ärztlichen Bereich wird des Weiteren belegt durch Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage (Bevölkerung ab 18 Jahre, Stichprobe N = 2.011): Befragt nach der „Thematisierung psychischer Probleme beim Arzt“ in den letzten zwölf Monaten antworten 23,6 % mit „ja“. Die jüngeren Altersgruppen bestätigen dies allerdings in höherem Maß, während die Befragten im Alter 65 + nur mit 16,1 % positiv antworten. Die Mehrzahl äußert sich zufrieden mit den in der Arztpraxis gegebenen Empfehlungen. Was die Inanspruchnahme von Psychotherapie betrifft, so äußern sich 13,4 % aller Befragten, dass sie diese bereits einmal in Anspruch genommen hätten, jenseits der Altersstufe 65 liegt der Anteil hier bei nur 7,9 %.¹⁴³

Die Studie bestätigt aber auch, dass „die große Mehrheit der Patienten den Hausarzt als ersten Ansprechpartner für psychische Probleme (84,9 Prozent) [benennt]. Es folgen die Gynäkologen (11,3 Prozent), Orthopäden (4,3 Prozent), Urologen (3,8 Prozent), HNO-Ärzte (1,9 Prozent) und Hautärzte (1,7 Prozent).“ Im Fall der Empfehlung einer Weiterbehandlung erfolgt diese zu 43,4 % zum „Psychologen“, in 13,1% der Fälle zum „Psychiater/Neurologen“ und in 10,9 % zu „sonstigen Fachärzten“. ¹⁴⁴ Ohne diese Verteilung zu bewerten, steht dennoch dahinter die Frage der Qualifikation der „Vermittlungsinstanz“ der ersten Anlaufstelle „Arztpraxis“. Eine Befragung von 185 Allgemeinärzten und hausärztlich tätigen Internisten in Niedersachsen im Kontext Disease Management Programme DMP Depression zeichnet hierzu ein eher skeptisch stimmendes Bild: „61 % wünschten im Rahmen eines möglichen DMP Depression eine konsequente Übertragung ärztlicher Behandlungskompetenz auf nichtärztliche Fallmanager, weil sie sich nicht in der Lage fühlten, die zeitliche DMP-Inanspruchnahme zu leisten [...] 34 % beurteilten ihren Kenntnisstand zur Behandlung von Depressionen als ausreichend, 40 % als unzureichend [...]. Die Kooperation mit Psychiatern bezeichneten 32 % als gestört, die mit psychologischen Psychotherapeuten 47 %“. ¹⁴⁵ Zweifelsohne spielen hier auch unterschiedliche Sichtweisen zwischen den Arzt- und Therapeutengruppen eine Rolle, die Frage, wer unter diesen Umständen steuernd in Richtung einer adäquaten Behandlung eingreifen soll, bleibt gleichwohl offen.

Dass Handlungsbedarf besteht, auch mit Blick auf Wartezeiten und Krisen, hat z. B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung jüngst unterstrichen, indem sie mit Stand vom 17. November 2014 zunächst in Form eines „Arbeitsentwurfs“ eine Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte vorgeschlagen hat: „Vertrag zur Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“, über den die Kooperation der „Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten“ für „Kinder und Jugendliche, Erwachsene und Alterspatienten“ verbessert werden soll durch „bessere Vernetzung und Verzahnung der bestehenden Angebote, einen schnelleren Zugang zu Leistungen der Akutversorgung und für den Aufbau gruppenpsychiatrischer- und psychotherapeutischer Angebote.“ ¹⁴⁶ In der Fachwelt bestehen aber nach wie vor unterschiedliche Sichten, wer hier tatsächlich das Heft in die Hand nehmen soll: Eine Expertenbefragung des IGES im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung hatte u. a. zum Ergebnis: „Bei der Frage, welche Berufsgruppe den Versicherten die erste Empfehlung über eine mögliche Therapie gibt, gingen

¹⁴³ Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2014). Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. *WIdOmonitor*, 11, 1, 1-8

¹⁴⁴ Ebenda, S. 3.

¹⁴⁵ Dickmann, L.M., Dickmann, J.R., Broocks, A. (2012). DMP Depression? Die Hausarztperspektive. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2012, 88/5, 210-217, S. 210.

¹⁴⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). *Anlage zum Bundesmantelvertrag Ärzte. „Vertrag zur Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“ – Arbeitsentwurf vom 17.11.2014*. Berlin: KBV; Bühring, P. (2015). Bessere Versorgung durch strukturierte Zusammenarbeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 112, 4, 120-121.

die Meinungen auseinander. Von einer Gruppe werden alle ärztlichen Berufe (Hausärzte, Psychiater) als geeignet angesehen, von einer anderen die Gruppe der Psychotherapeuten und Psychiater. Mischmodelle sind denkbar [...] Eine Einrichtung gesonderter Beratungsstellen wurde nicht befürwortet. Als mögliche Ausnahme wurden Anlaufstellen für besonders schwere Fälle gesehen.“¹⁴⁷

Auch aus dem Bereich der Rentenversicherung stützen Berichte den Bedarf nach mehr Früherkennung und schnellerer Behandlung: Obgleich es keinen Beleg für einen absoluten Anstieg psychischer Erkrankungen gibt, steigen die Frühverrentungszahlen aufgrund psychischer Störungen (vor allem wegen Depression, Angst- und neurotischen Störungen) beständig an – mit einem Rentenbeginn-Alter von im Mittel 46 Jahren. Dies wird in Zusammenhang gebracht mit mangelnder Früherkennung und langen Wartezeiten zu ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen. Unbehandelt oder spät behandelt drohen schwerere Verläufe. Neben dem Zugangsproblem können Kontextfaktoren problemverstärkend wirken und eine schleichende Desintegration, Entfremdung vom Arbeitsplatz etc. befördern. Um die hohen Frühverrentungszahlen abzubauen, widmen die Rentenversicherungsträger sich intensiv dem Thema und erproben derzeit in einem Pilotprojekt Personen, die aufgrund psychischer Störungen frühverrentet wurden, wieder zurück in Arbeit zu bekommen. Die Lösung sieht man dort jedoch vor allem darin, psychische Probleme und Störungen früher zu identifizieren und schneller in fachspezifische Behandlung zu bringen.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Im Jahr 2014 werden in Niedersachsen insgesamt 63 Psychiatrische Institutsambulanzen für erwachsene Patientinnen und Patienten vorgehalten.¹⁴⁸ Die Anzahl bezieht sich auf die PIA-Standorte bzw. die dezentralen PIA-Organisationseinheiten in der Fläche, die als Behandlungseinheiten der psychiatrischen Kliniken geführt werden. Psychiatrische Kliniken, die für ein flächenmäßig großes Versorgungsgebiet zuständig sind, verfügen über bis zu zehn dezentrale PIA-Standorte. Die Gesamtzahl der Standorte ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen – mit dem Ziel, die Erreichbarkeit ärztlicher psychiatrischer Angebote in den ländlichen Regionen zu verbessern. Der Behandlungsauftrag der PIA ist im § 118 Abs. 1 SGB V¹⁴⁹ klar umrissen: „Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.“ Insofern ist es nicht Aufgabe psychiatrischer Institutsambulanzen, neben ambulanter außerklinischer Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte Angebote im Sinne von Doppelstrukturen aufzubauen. Psychiatrische Institutsambulanzen sind jedoch in Regionen, in denen ambulante psychiatrisch-fachärztliche Unterversorgung besteht, ein unverzichtbarer Bestandteil des psychiatrischen Versorgungssystems.

¹⁴⁷ Neumann, K. & Wolfshütz, A. (2014). *Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen. Ergebnisbericht der Expertenbefragung*. Berlin: IGES Institut. S. 6f.

¹⁴⁸ Quelle: Referat 406 des MS, Daten aus 2014 (ohne Universität Göttingen).

¹⁴⁹ § 118 SGB V Fassung aufgrund des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) m. W. v. 23. Juli 2015.

Die Ausweitung des PIA-Angebots – sollte sie flächendeckend fortgesetzt werden – wird teilweise kritisch gesehen. Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte befürchten einen Verdrängungswettbewerb, Sozialpsychiatrische Dienste sowie Suchthilfeeinrichtungen und Fachkliniken berichten von Beobachtungen, dass in PIA längerfristig behandelte Patientinnen bzw. Patienten rehabilitative Leistungen nicht oder später als möglich in Anspruch nehmen.

Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst ist eine im Geschäfts- und Organisationsplan i. d. R. des Gesundheitsamtes (einer kommunalen Gebietskörperschaft) als Fachgebiet ausgewiesene Organisationseinheit, die fachlich selbstverantwortlich tätig wird. Die Einrichtung des SpDi in einer kommunalen Gebietskörperschaft erfolgt in Niedersachsen auf der Grundlage des § 7 Abs. 1 NPsychKG. Derzeit arbeiten auf dieser gesetzlichen Grundlage im Land insgesamt 45 SpDi, die gem. § 7 Abs. 2 NPsychKG von einer Ärztin oder einem Arzt mit abgeschlossener psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung geleitet werden (sollen).

In vier niedersächsischen Landkreisen (Celle, Uelzen, Lüchow-Dannenberg und Heidekreis) sind die Aufgaben des SpDi (soweit sie nicht die hoheitlichen Aufgaben betreffen) schon seit Jahrzehnten vollumfänglich an Dienste und Einrichtungen freier Träger delegiert. In vielen anderen kommunalen Gebietskörperschaften wurde ein Teil der Aufgaben übertragen, so z. B. in der Hälfte der kommunalen Gebietskörperschaften die Hilfen für suchtkranke Menschen.¹⁵⁰

Übergreifend ist die Arbeit der SpDi in Niedersachsen wie auch in anderen Bundesländern vor allem auf zwei Aufgabenfelder ausgerichtet: Zum einen werden *klientenorientierte Aufgaben* wie die einzelfallbezogene Beratung, Betreuung und Behandlung wahrgenommen. Vorrangig zielt die Arbeit dabei insbesondere auf folgende Gruppen von Klientinnen und Klienten:

- (chronisch) psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, darunter insbesondere von der Regelversorgung nicht erreichte Menschen sowie Menschen in psychischen Krisen
- von einer psychischen Störung/Erkrankung bzw. Behinderung bedrohte Personen
- Angehörige von psychisch kranken oder seelisch behinderten Menschen.

Zum anderen gehören *planerisch-koordinative-steuernde Aufgaben* zur (Weiter-)Entwicklung der regionalen/örtlichen psychiatrischen und psycho-sozialen Versorgungsstrukturen zur Tätigkeit der SpDi. In Niedersachsen ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf die geschäftsführenden Aufgaben im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Verbünde (SpV) hinzuweisen (vgl. hierzu § 8 Abs. 1 und 2 NPsychKG).

Die Breite des wahrgenommenen Aufgabenspektrums der SpDi soll mit der folgenden Zusammenstellung illustriert werden. Sie fußt auf einer Erhebung zur Arbeit der SpDi, die jährlich im Rahmen der Psychiatrieerberichterstattung Niedersachsen stattfindet.¹⁵¹ Da-

¹⁵⁰ Elgeti, H. (2015). Versorgungsregionen verbessern Vergleiche – Auswertungsbericht zur Landespsychiatrieerberichterstattung für das Berichtsjahr 2013. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen* (Bd. 7). Köln: Psychiatrie-Verlag.

¹⁵¹ Elgeti, H. (2014). *Landespsychiatrieerberichterstattung Niedersachsen – Ergebnistelegamm und Tabellen für das Berichtsjahr 2013*. S. 1.

bei wird ein Erhebungsbogen verwendet, der die Aufgaben des SpDi differenziert erfasst. Die Prozentwerte geben den Anteil der SpDi an, die die jeweils aufgeführte Aufgabe im Jahr 2013 wahrgenommen haben. Die Werte beziehen sich auf den Rücklauf von 35 SpDi:

- 100 %: Durchführung von Begutachtungen gem. § 12 NPsychKG
- 97 %: Geschäftsführung Sozialpsychiatrischer Verbund gem. § 8 NPsychKG
- 97 %: Sprechstunden (Mindestöffnungszeit: 5 Wochentage je 4 Stunden)
- 91 %: Notfall-Hausbesuche (Mindestbereitschaft: 5 Wochentage je 4 Stunden)
- 89 %: Erstellung Gutachten im Rahmen von SGB XII, KJHG, BtG o. ä.
- 85 %: Erstellung des Sozialpsychiatrischen Plans gem. § 9 NPsychKG
- 85 %: Teilnahme an sonstigen aufwändigen dienstübergreifenden Fallbesprechungen
- 82 %: Organisation von Konferenzen zur Planung der Eingliederungshilfen gem. § 53 SGB XII
- 68 %: Teilnahme an der allgemeinen amtsärztlichen Begutachtung
- 26 %: Funktion Ordnungsbehörde bei Einweisungen gem. § 18 NPsychKG
- 9 %: med. Behandlung (Behandlungsermächtigung gem. § 11 NPsychKG).

Im Ergebnistelegamm der Landespsychiatrieberichtserstattung aus dem Jahr 2013 wird dazu kommentierend ausgeführt: „Unverändert sind viele Dienste mit Aufgaben abseits ihres im NPsychKG beschriebenen Auftrags tätig, für die sie gesonderte Ressourcen benötigen: Erstellung von Gutachten, z. B. im Rahmen von SGB XII, SGB VIII und Betreuungsgesetz (89 %), Organisation von Hilfeforenzen zur Hilfeplanung (82 %), Teilnahme an der allgemeinen amtsärztlichen Begutachtung (68 %) und die Funktion der Ordnungsbehörde bei Zwangseinweisungen (26 %).“

Wie bereits oben ausgeführt, haben die kommunalen Gebietskörperschaften den gesetzlichen Auftrag, einen SpDi einzurichten und das Personal für die Aufgabenwahrnehmung zur Verfügung zu stellen. Allerdings besteht keine landesweite Vorgabe, wie viele Stellen mit welcher Qualifikation im SpDi vorgehalten werden sollen. Aus diesem Grund ist die personelle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen (sehr) unterschiedlich und wird vielfach als zu gering bewertet.

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, variiert die *Besetzung der SpDi mit Fachkräften* zwischen 3,8 VZÄ-Fachkräfte pro 100 Tsd. EW im ehemaligen Bezirk Weser-Ems bis zu 4,5 im ehemaligen Bezirk Braunschweig. Die Personalkapazitäten, die für die Geschäftsführung der SpV eingesetzt werden, liegen zwischen 0,08 (ehemaliger Bezirk Lüneburg) und 0,18 VZÄ pro 100 Tsd. EW in den ehemaligen Bezirken Braunschweig und Weser-Ems.

Tab. 23: Fachkräfte (in Vollzeitstellen-Äquivalenten) der niedersächsischen SpDi in den Jahren 2012 und 2013

ehemalige Bezirke	Vollzeitstellen-Äquivalente (VZÄ) je 100.000 EW			
	VZÄ-Fachkräfte		davon für Geschäftsführung SpV	
	2012	2013	2012	2013
Braunschweig	4,3	4,5	0,23	0,18
Hannover (mit Celle)	4,1	3,8	0,21	0,15
Lüneburg (ohne Celle)	4,1	3,8	0,07	0,08
Weser-Ems	3,5	3,5	0,19	0,18
Niedersachsen	4,0	3,8	0,18	0,15

Quelle: Jahresstatistik der Unteren Gesundheitsbehörden (Blätter 28-30) der Jahre 2012 bis 2013.

In der Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen wird zur personellen Ausstattung der SpDi zusammenfassend ausgeführt: „Im landesweiten Durchschnitt war gegenüber dem Vorjahr etwas weniger Fachpersonal im Einsatz: 3,8 VZÄ pro 100.000 Einwohner im Jahre 2013 gegenüber 4,0 im Jahre 2012. Größere Kommunen verfügen über vergleichsweise geringere [personelle] Ressourcen: Bei Kommunen unter 100.000 Einwohner sind es 5,1 VZÄ Fachkräfte pro 100.000 Einwohner, bei solchen mit über 200.000 Einwohnern 3,5 VZÄ.“¹⁵²

Aus den Sitzungen der Fachkommission, den Berichten der Besuchskommissionen sowie den Gesprächen im Kontext der Planerstellung lassen sich mit Blick auf die Aufgabenwahrnehmung und die personelle Ausstattung der niedersächsischen SpDi insbesondere folgende (kritische) Einschätzungen zusammenfassend darstellen:

- Schon jetzt kann die Leitung einiger SpDi nicht mehr durch Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung gewährleistet werden. Die Leitungsstellen bleiben z. T. viele Monate unbesetzt. Aufgrund des Ärztemangels ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren noch verstärken wird.
- In vielen regionalen Gebietskörperschaften kann aufgrund der Personalknappheit nicht im erforderlichen Maß Krisenhilfe geleistet werden.
- Deshalb und weil auch andere Tätigkeiten zugenommen haben, wird die derzeit bestehende Personalausstattung in einer größeren Zahl von SpDi als zu gering angesehen.

5.4.2.2 Inanspruchnahme

Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung

Angaben zur Inanspruchnahme der ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsangebote liegen nur sehr eingeschränkt vor. Auf *Fallzahlen* kann nur insofern zurückgegriffen werden, wie sie für die Bedarfsplanung der KVN berechnet werden. Daraus ergibt sich, dass für die Bedarfsplanungsfachgruppen der „Nervenärzte“ (Ärztinnen und Ärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie) und der Psychothera-

¹⁵² Ebenda.

apeutinnen und Psychotherapeuten ganzjährige Zahlen der KVN (und hier bezogen auf die Summe der Quartale 4/2012 bis 3/2013) zur Verfügung stehen. Aus dieser Aufstellung sind in der Summe folgende Fallzahlen für den Zeitraum 4/2012 bis 3/2013 zu entnehmen:

- Nervenärztinnen und Nervenärzte 152.688 Fälle
- Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten: 10.361 Fälle.

Nach Angaben der KVN behandelt eine niedergelassene Nervenärztin bzw. ein Nervenarzt im Quartal durchschnittlich 868 Patientinnen/Patienten. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten behandeln je Quartal im Durchschnitt 59 Personen.

Aufgrund der in mehreren Gesprächen gegebenen Hinweise zu Wartezeiten bei allen Facharzt- und Psychotherapeutengruppen sowohl im Erwachsenen- als auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichen ist in weiten Teilen von einer 100 %igen Auslastung der ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten Niedersachsens auszugehen.

Die KVN hat FOGS/ceus consulting auch eine Auswertung der *häufigsten Diagnosen*, getrennt nach Facharzt- und Psychotherapeutengruppen, zur Verfügung gestellt, die in den nachfolgenden Tabellen zusammengefasst sind.

Tab. 24: Häufigste Diagnosen nach Facharzt-/therapeutengruppen: Die sieben häufigsten Diagnosen mit Fallzahlen des 4. Quartals 2013 (Mehrdiagnosen möglich)

Diagnosen		Fallzahl
Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie		
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	8.009
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	7.164
F43.2	Anpassungsstörungen	6.989
F34.1	Dysthymia	4.885
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	4.833
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	4.575
F20.0	Paranoide Schizophrenie	3.240
Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie		
F34.1	Dysthymia	20.652
G56.0	Karpaltunnelsyndrom	14.322
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	13.802
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	13.483
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	12.406
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	11.362
F43.2	Anpassungsstörungen	10.858
Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten		
F43.2	Anpassungsstörungen	1.793
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	1.386
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	966
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	641
F34.1	Dysthymia	553
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	483
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	445
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten		
F43.2	Anpassungsstörungen	12.955
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	12.374
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	8.008
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	4.286
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	3.873
F32.0	Leichte depressive Episode	3.747
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	3.334

Das Spektrum der sieben häufigsten Diagnosen ist bei den Behandlergruppen in Teilen ähnlich. Es dominieren depressive Störungen/Episoden verschiedener Schweregrade, teilweise gepaart mit „Angststörungen“ und „Anpassungsstörungen“. Ausschließlich bei den

beiden Fachärztegruppen kommen „Schwere Depressionen“ unter den sieben häufigsten Diagnosen vor.

Darüber hinaus fällt auf, dass bei den Fachärztinnen und Fachärzten für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie als sehr häufige Diagnosen „Dysthymia“ (als „leichte“ depressive Störung) und „Karpaltunnelsyndrom“ erfasst wurden, während ausschließlich bei den Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie die Diagnose „Paranoide Schizophrenie“ mit insgesamt 3.240 Fällen unter den häufigsten Nennungen dokumentiert wurden.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Anzahl der erwachsenen Patientinnen und Patienten, die in Psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt werden, ist schwer zu ermitteln. Eine methodische Frage in diesem Zusammenhang besteht darin, ob quartalsbezogen „Fälle“ gezählt werden oder jahresbezogen „Personen“. Zum Teil sind Jahresangaben als summierte Fallzahlen zu verstehen, die eine Person mit zwölfmonatiger Behandlungsdauer viermal zählen. Insofern wird von einzelnen Kliniken in Niedersachsen von einem jährlichen Fallaufkommen von 7.000 und mehr berichtet. Eine solche Zahl sagt jedoch wenig über die Behandlungsdichte bzw. -intensität aus, die eine Patientin bzw. ein Patient in der PIA erfährt. Insofern ist auf Basis der vorliegenden Zahlen der Versorgungsbeitrag des PIA-Systems letztlich nicht belastbar abschätzbar.

Im Bericht der Gesundheitsministerkonferenz¹⁵³ (GMK-Bericht) aus dem Jahr 2012 werden für Niedersachsen für das Jahr 2010 insgesamt 109.712 abgerechnete Fälle in damals noch 32 PIA für Erwachsene genannt. Daraus ergäben sich 3.429 Fälle je PIA und Jahr. Mit 13,86 PIA-Fällen je Tsd. EW lag Niedersachsen im Jahr 2010 leicht unter dem Länderdurchschnitt von 16,47 Fällen, der allerdings stark durch die 124 PIA in Nordrhein-Westfalen mit 25,49 Fälle je Tsd. EW (nach oben) beeinflusst wird.

Sozialpsychiatrische Dienste

Die in Niedersachsen erhobene absolute Zahl der erwachsenen Klientinnen und Klienten zwischen 18 und 64 Jahren in den 35 SpDi, die sich im Jahr 2013 an der Erhebung beteiligt haben, beträgt 40.781 und damit 88,6 % der Klientel dieser SpDi. Allein die Gruppe der 45- bis 64-Jährigen macht knapp 35 % des SpDi-Klientels aus.

¹⁵³ AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsministerkonferenz. (2012). *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*. Tabellenanhang. Stand: 28. Dezember 2011. S. 18.

Tab. 25: Klientinnen und Klienten der SpDi in den Jahren 2012 und 2013 je Tsd. EW

ehemalige Bezirke	dokumentierte Klientinnen und Klienten je Tsd. EW.					
	Anzahl		Anteil Männer in %		Anteil ≥ 65 Jahre in %	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Braunschweig	7,3	8,0	50	53	16	17
Hannover (mit Celle)	8,0	7,8	49	52	13	13
Lüneburg (ohne Celle)	7,6	7,1	53	53	10	10
Weser-Ems	5,1	5,2	49	49	15	15
Niedersachsen	6,9	7,0	50	52	13	15

Quelle: Jahresstatistik der Unteren Gesundheitsbehörden (Blätter 28-30) 2012 bis 2013.

Die bevölkerungsbezogene Zahl der (insgesamt über alle Altersgruppen) dokumentierten Klientinnen und Klienten¹⁵⁴ der SpDi stieg von 6,4 (2010) über 6,5 (2011) und 6,9 (2012) auf 7,0 (2013) je Tsd. EW.

Die Intensität der Inanspruchnahme und weitere Kennziffern der SpDi hängen mit der Größe der kommunalen Gebietskörperschaft und bestimmten strukturellen Merkmalen wie Urbanisierungsgrad und Arbeitslosenquote (als Indikator für soziale Problemlagen) zusammen.

Tab. 26: Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner der kommunalen Gebietskörperschaften, Inanspruchnahme und weitere Kennziffern der SpDi (2013)

EW der komm. Gebietskörperschaften (in Tsd.)	Anzahl SpDi mit Daten	EW im Durchschnitt (in Tsd.)	Inanspruchnahmeziffer (Klienten pro 100 Tsd. EW)	Fachkraftziffer (VZÄ pro 100 Tsd. EW)	Caseload (Klienten pro VZÄ)
<100	10	75	807	4,9	164
100 bis <150	11	130	757	4,5	168
150 bis <200	10	174	580	3,8	153
≥200	8	395	709	3,5	203

In von der Zahl der Einwohnerinnen und Einwohnern her kleineren kommunalen Gebietskörperschaften (unter 200.000 EW) ist die Inanspruchnahme des SpDi relativ höher als in größeren Gebietskörperschaften (807 Klientinnen und Klienten pro 100 Tsd. EW in Gebietskörperschaften unter 100 Tsd. EW bzw. 580 Klientinnen und Klienten in kommunalen Gebietskörperschaften zwischen 150 bis < 200 Tsd. EW). In kommunalen Gebietskörperschaften über 200 Tsd. EW steigt sie wieder an. Die Besetzung mit Fachkräften (in VZÄ je 100 Tsd. EW) sinkt mit der Höhe der EW der jeweiligen Gebietskörperschaften von 4,9 VZÄ in kommunalen Gebietskörperschaften unter 100 Tsd. EW auf 3,5 VZÄ in Kommunen über 200 Tsd. EW.

¹⁵⁴ Bei den Klienten-Daten ist zu berücksichtigen, dass nicht immer vollständig dokumentiert wurde und dass Ein-/Ausschlusskriterien für die Dokumentation (z. B. Klienten- anstatt Fallbezug, mindestens ein persönlicher Kontakt mit der Indexperson im Berichtsjahr, keine reine Angehörigenberatung oder nur Telefonkontakte) u. U. nicht in allen Kommunen gleichermaßen beachtet wurden.

Tab. 27: Urbane Verdichtung, Inanspruchnahme und weitere Kennziffern der SpDi (2013)

urbane Verdichtung (EW pro Hektar Gebietsfläche)	Anzahl SpDi mit Daten	EW im Durchschnitt (in Tsd.)	Inanspruch- nahmeziffer (Klienten pro 100 Tsd. EW)	Fachkraft- ziffer (VZÄ pro 100 Tsd. EW)	Caseload (Klienten pro VZÄ)
< 1,0	7	116	893	4,1	218
1,0 bis < 2,0	20	154	582	3,8	152
2,0 bis < 3,0	5	263	500	3,4	147
≥ 3,0	7	267	941	4,3	219

Die höchste Inanspruchnahme (Klientinnen und Klienten pro 100 Tsd. EW) weisen SpDi in wenig verdichteten, großflächigen, ländlichen Regionen und in hochverdichteten städtischen Zonen auf.

Tab. 28: Arbeitslosenquote, Inanspruchnahme und weitere Kennziffern der SpDi (2013)

Arbeitslosen- quote	Anzahl SpDi mit Daten	EW im Durchschnitt (in Tsd.)	Inanspruch- nahmeziffer (Klienten pro 100 Tsd. EW)	Fachkraft- ziffer (VZÄ pro 100 Tsd. EW)	Caseload (Klienten pro VZÄ)
<5,0%	11	206	525	3,7	142
5,0 bis <6,3%	14	166	760	3,9	193
6,3 bis <7,5%	10	222	784	4,0	196
≥7,5%	4	68	884	5,0	177

SpDi in kommunalen Gebietskörperschaften mit einer geringen Arbeitslosigkeit (< 5%) haben eine relativ geringere Inanspruchnahme-Ziffer (525 pro 100 Tsd. EW) und einen günstigeren Caseload (142 Klientinnen und Klienten pro VZÄ) als Gebietskörperschaften mit hoher Arbeitslosigkeit.

Die Analyse macht zum einen deutlich, dass die SpDi vor allem in Regionen/Gebietskörperschaften mit überdurchschnittlichen sozialen Problemlagen (hohe Arbeitslosigkeit als Indikator) eine wichtige Rolle in der Versorgung der Klientinnen und Klienten spielen. Mit Hilfe der SpDi können in diesen kommunalen Gebietskörperschaften die Zugangsprobleme zum Regelsystem der psychiatrischen Versorgung für eine benachteiligte Klientel abgemildert werden. Zum anderen zeigt sich, dass in großflächigen, ländlichen Regionen, in denen das Regelsystem der Versorgung grobmaschiger ausgelegt ist und wahrscheinlich in Teilen der ambulanten psychiatrischen Versorgung Lücken bestehen, der SpDi mit seinen beratenden und betreuenden Angeboten kompensierend tätig wird.

5.4.2.3 Ambulante Psychiatrische Pflege und weitere (ambulante) Leistungen im SGB V

Das SGB V übernimmt neben der ärztlichen Behandlung auch weitere Leistungen für psychisch kranke Menschen. Hier sind bspw. die Soziotherapie gem. § 37a SGB V und die Ergotherapie gem. § 125 Abs. 1 SGB V zu nennen sowie Ambulante Psychiatrische Pflege. Seitens der Krankenkassen werden in den letzten Jahren verstärkt Innovationen

erprobt, die u. a. Verbesserungen durch eine bessere Abstimmung von Behandlungselementen und Kostenersparnis zum Ziel haben.

Ergotherapie

Während Soziotherapie nach Auskunft der Fachkommission tatsächlich kaum Anwendung findet, kommt der Ergotherapie in der ambulanten und stationären Versorgung hohe Bedeutung zu. Ergotherapie wird psychisch kranken Menschen aller Altersstufen (fach-)ärztlich verordnet, um sie durch angeleitete und angepasste Betätigung zu stabilisieren und gesellschaftliche Teilhabe zu fördern. Das kann sowohl lebenspraktische Kompetenzen betreffen als auch Kompetenzen zur beruflichen Eingliederung oder Wiedereingliederung. Der Heilmittelkatalog der Krankenkassen definiert als mögliche Ziele der Ergotherapie: Verbesserungen bzgl. des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozio-emotionalen Kompetenzen und Interaktionsfähigkeit, der Tagesstrukturierung, der Beziehungsfähigkeit, der Selbstständigkeit in der Selbstversorgung, der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer.

Zur Umsetzung dieser Ziele arbeiten spezifisch ausgebildete Ergotherapie-Fachkräfte regelmäßig, meist in wöchentlichem Abstand, ein bis zwei Stunden mit den psychisch kranken Menschen. Ergotherapie findet an verschiedenen Orten statt, z. B. in Praxen, zu Hause und in Einrichtungen, und kann je nach konkreter Zielsetzung in unterschiedlichen Formen sowohl als Einzelbehandlung als auch als Gruppenbehandlung angewendet werden und kreative Elemente ebenso umfassen wie Alltags- oder Beschäftigungstraining. Im Umgang mit geistig behinderten oder demenziell erkrankten Menschen setzt die Ergotherapie mit Blick auf die differenzierten Zielsetzungen spezifische Methoden ein.

In den letzten Jahren kam es aufgrund der Überschreitung der mit der KV vereinbarten Zielgrößen zur Ergotherapie-Verordnung mehrfach zu Regressforderungen gegenüber niedergelassenen psychiatrischen Praxen. Hierzu wird angeregt, die Zielgrößen zu überprüfen und die Möglichkeit sicherzustellen, Verordnungen entsprechend des individuellen Behandlungsbedarfs auszustellen.

Integrierte Versorgung

Grundlage dieses Versorgungsangebotes ist die seit dem Jahr 2000 bestehende Möglichkeit zur Integrierten Versorgung (IV) nach § 140a SGB V. Bundesweit haben Krankenkassen und Leistungserbringer seither mehrere tausend IV-Verträge geschlossen, auch in Niedersachsen. Mehrere niedersächsische Krankenkassen berichteten im Rahmen von Gesprächen zum Landespsychiatrieplan über IV-Modelle für psychisch Kranke, eine Gesamtübersicht dazu gibt es nicht. Die Modelle sind aus Kassensicht recht vergleichbar, sodass in der Summe viele Versicherte in Niedersachsen auf ein solches Angebot zurückgreifen könnten. Andere Akteure sehen deutliche Unterschiede zwischen den Modellen. Hilfreich wäre eine Offenlegung der verschiedenen IV-Verträge, sodass sowohl Betroffene wie Leistungserbringer als auch Planungsverantwortliche die Regelungen vergleichen könnten.

Die Kassen betrachten IV-Modelle als zentrale Entwicklungen, andere Formen, Versorgung sektorenübergreifend zu steuern. Budgetansätze oder Case Management sind dem eher nachgeordnet. Die AOK Niedersachsen (AOKN) führt derzeit ein Vorhaben nach § 64b SGB V durch (krankenhausersetzende Leistungen durch Home Treatment über die Klinik in der Erwachsenenpsychiatrie in Lüneburg).

Die „Integrierte Versorgung Schizophrenie“ (IVS) der AOK Niedersachsen (AOKN) nimmt im Spektrum der IV-Verträge eine Sonderstellung ein. Zum einen, weil das landesweit ausgerichtete Versorgungskonzept im niedergelassenen Bereich koordiniert wird. Zum anderen, weil hier erstmalig auch ein Pharmaunternehmen in Form eines Tochterunternehmens als Managementgesellschaft beteiligt ist (auch wenn dieser Vertrag der AOK mit der I3G zu Ende des Jahres 2014 gekündigt wurde). Mittlerweile wurde mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) zu Jahresbeginn 2011 darüber hinaus sogar ermöglicht, dass Pharmaunternehmen direkt mit den Krankenkassen IV-Verträge abschließen können.

Die AOKN hat im Oktober 2010 die Integrierte Versorgung Schizophrenie zunächst in Pilotregionen eingeführt, seit Anfang 2013 kann dieses Angebot landesweit von AOK-Versicherten mit Schizophrenie genutzt werden. Das Ziel der IVS ist eine individuell auf die Patientinnen und Patienten abgestimmte und qualitativ verbesserte Versorgung möglichst nah an ihrem Wohnort. In Anlehnung an eine leitlinienorientierte Behandlungsgestaltung können die Eingeschriebenen ein breites Spektrum von ambulanten Behandlungselementen erhalten, darunter bspw. Psychoedukation, Ambulante Psychiatrische Pflege, Ergotherapie, Soziotherapie, Psychotherapie, aufsuchende Behandlung und Angehörigenbetreuung. Eine Bezugstherapieperson soll die Behandlung gesamthaft koordinieren.

Ogleich die IV-Verträge psychisch kranke Menschen gemeindenah versorgen wollen, besteht i. d. R. kaum Austausch oder Mitwirkung im SpV.

Die AOKN bewertete im April 2014 die Effekte der IVS positiv und verwies auf eine höhere Zufriedenheit bei den zwischenzeitlich eingeschlossenen 1.500 Patientinnen und Patienten und auf die Senkung von Krankheitstagen.¹⁵⁵ Andere Kassen gaben ähnliches an, Hinweise auf die angestrebte Kostensenkung gibt es nicht. 2012 wurden die Universität Duisburg-Essen, die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Göttingen und das Kompetenzzentrum für Klinische Studien der Universität Bremen (Federführung Professor Dr. Jürgen Wasem und Professor Dr. Peter Falkai) mit der Evaluation des Modells beauftragt. Bisher sind noch keine Berichte zur Erprobung der IVS in Niedersachsen zugänglich. Gleiches gilt für die meisten niedersächsischen IV-Modelle für psychisch Kranke. Bis zum Vorliegen belastbarer Ergebnisse muss hier auf eine Bewertung verzichtet werden.

IV-Modelle sind ein probates Mittel, neue Möglichkeiten der Versorgung auszuprobieren und zu prüfen, welche Elemente zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen können, auch unter ökonomischen Aspekten. Allerdings bleiben sie Sonderlösungen für bestimmte Gruppen, sind jederzeit kündbar und sichern keinen verbindlichen Anspruch auf eine Versorgungsleistung. Dies bietet nur die Regelversorgung. Der Landespsychiatrieplan orientiert sich an einer Weiterentwicklung der Versorgung für alle Betroffenen im Land Niedersachsen. Deshalb gilt es darauf hinzuwirken, gute Erfahrungen aus den IV-Erprobungen in die Regelversorgung zu implementieren und allen Betroffenen, auch Ersterkrankten und chronisch Kranken, zugänglich zu machen.

¹⁵⁵ Siehe <https://www.aok.de/niedersachsen/presse/Positive-Bilanz-der-Vertragspartner-der-Integrierten-Versorgung-Schizophrenie-%28IVS%29-Apr%2025,%202014/detail/321/lastAction/index/page/1> (zuletzt aufgerufen am 30.12.2015).

Ambulante Psychiatrische Pflege

Ambulante Pflege war lange dem somatischen Bereich vorbehalten und auch nach dem Votum der Expertenkommission (1988), psychische Krankheiten somatischen gleichzustellen, dauerte es noch Jahre, bis Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) aufgebaut wurde. Dabei kann im psychiatrischen Bereich in gleicher Weise die ärztliche ambulante Behandlung ergänzende ambulante und aufsuchende Pflege dazu beitragen, Klinikaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. In Niedersachsen wurde der erste Vertrag zu APP 1994 in Friesland geschlossen.¹⁵⁶ In den Folgejahren wurden zunächst von der Fachgruppe Gerontopsychiatrie des SpV Hannover (fokussiert auf gerontopsychiatrische Pflege), dann von der Niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft Ambulante Psychiatrische Pflege (NAAPPF) des LBPV zusammen mit Kassen und dem Sozialministerium Empfehlungen für APP erarbeitet. Zwischen 1999 und 2001 wurden diese Empfehlungen in einem vom Sozialministerium geförderten Modellprojekt unter Leitung von Gerhard Holler evaluiert, im Jahr 2000 wurde das Modell auf fünf niedersächsische Regionen erweitert, die Kosten der ärztlich verordneten Pflege wurden von AOK, IKK und BKK auf Basis des § 37 Abs. 1, 2 SGB V übernommen. In Hannover konnte dann in den Jahren 2002 – 2004 über das Bundesmodellprogramm „Ambulante gerontopsychiatrische Zentren“ häusliche Krankenpflege für alte Menschen mit psychischen Veränderungen implementiert werden.¹⁵⁷ 2005 wurden dann „die Bundesrahmenrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung ‚Häuslicher Krankenpflege‘ nach § 91 SGB V zum 1. Juli 2005 um die psychiatrische Pflege erweitert und einheitlich geregelt“¹⁵⁸. Auch wenn es im Zuge dessen zunächst nicht gelang, auf Landesebene Rahmenverträge zu vereinbaren, so konnten doch auf der Grundlage des § 140a SGB V Integrierte Versorgungsverträge (IV) abgeschlossen werden.

Arbeitsgrundlage und Voraussetzung zu Gründung und Fortbestehen eines APP-Dienstes ist der Regelvertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege. Darin beschrieben sind die primären Ziele der ambulanten psychiatrischen Pflege als Leistungsangebot. Sie dient der Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung (§ 37 Abs. 1 SGB V, Krankenhausvermeidungspflege) oder zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (§ 37 Abs. 2 SGB V, Sicherungspflege). Im Rahmen der Nachsorge ist APP ein wichtiges Angebot, um Erkrankte in ihrer Häuslichkeit weiter zu stabilisieren und in den Alltag zu inkludieren. APP im Rahmen von IV-Verträgen kann nach § 140a SGB V davon abweichend finanziert werden. In Niedersachsen hat APP im Rahmen der vergleichsweise breiten Umsetzung von IV-Verträgen im Land erheblich Aufschwung bekommen und aktuell wird etwa die Hälfte der APP über verschiedene Vertragskonstruktionen im Rahmen von IV-Verträgen umgesetzt. Die meisten APP-Dienste bieten ambulante Pflege sowohl in IV-Verträgen als auch über die Regelversorgung an. Insgesamt wurde so in Niedersachsen, auch wenn weiterhin einige Regionen kein APP-Angebot haben, das bundesweit umfassendste System von APP aufgebaut.

Der aktuelle Regelungsrahmen für APP besteht in dem Mustervertrag und der Vergütungsvereinbarung von 2007 und deren Konkretisierung Ende 2013 in der „Gemeinsame[n] Empfehlung zur Umsetzung des Vertrages nach § 132a zur häuslichen psychiatri-

¹⁵⁶ Harnau, B. u. a. (2012). *Basiskonzept „Ambulante Psychiatrische Pflege in der Regelversorgung in Niedersachsen“*. Lüneburg: Leuphana Universität.

¹⁵⁷ Holler, G. & Zwadzki, B. (2004). *Häusliche Krankenpflege für kranke alte Menschen mit psychischen Problemen in den von den Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren versorgten Stadtteilen der Landeshauptstadt Hannover. Abschlussbericht*. Hannover: Medizinische Hochschule.

¹⁵⁸ Harnau, B. u. a., ebd., S. 9.

schen Krankenpflege in Niedersachsen“ – erarbeitet von allen Kassen und unter Mitwirkung der NAAPPF des LFBPN¹⁵⁹. Darin enthalten sind aktuell:

- Ziele: Verbesserung der ambulanten Behandlung, Vermeidung/Verkürzung stationärer Aufenthalte bzw. Ersatzbehandlung, wenn stationär nicht möglich ist sowie Unterstützung der ärztlichen Behandlung und Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt
- Zielgruppe definiert durch einen Katalog (schwerer) Diagnosen (darin auch Demenzen, aber Ausschluss von Abhängigkeitsdiagnosen; im Rahmen von IV können je nach Ausrichtung z. T. nur spezifisch eingegrenzte, z. T. mehr Diagnosegruppen behandelt werden)
- definierter Tätigkeitskatalog mit den Hauptaufgaben: Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Pflegebeziehung; Sicherung/Begleitung der medikamentösen Behandlung; psychoedukative Arbeit mit den Versicherten; Hilfen zum angemessenen Umgang mit der Erkrankung; Krisenmanagement und -intervention sowie Suizidprophylaxe, Beziehungspflege, Lotsenfunktion/Case Management
- Qualitätsnormen (Anforderungen an Art und Umfang der Personalausstattung und an Fortbildung sowie einige unbestimmte Empfehlungen zu Adhärenz, Partizipation und Teilhabe), bisher jedoch keine Standards und kaum Anforderungen an Dokumentation
- Erstverordnung: 14 Tage (zur Prüfung/Förderung/Erzielung von Compliance)
- Verordnungsdauer in der Regelversorgung: vier Monate (im Rahmen von IV unterschiedlich, z. T. deutlich weniger begrenzte Dauer)
- flexible Ausgestaltung im Rahmen eines Pflegezeitvolumens von max. 630 Minuten/Woche, pro Woche sind bis zu 14 Einheiten möglich (im Rahmen von IV z. T. begrenzte Kontingente)
- einrichtungsindividuelle Vergütung in der Regelversorgung pro Einsatz: bis zu 38,40 Euro, darin enthalten Vor- und Nachbereitung, Dokumentation; hinzu kommt eine Wegepauschale (in der IV verschiedene und abweichende Regelungen)
- die Vorgaben sehen vor, dass Überschneidungen mit anderen Leistungen zu vermeiden (ABW über die Eingliederungshilfe, Psychotherapie, Pflegeleistungen, Leistungen der Institutsambulanz, Soziotherapie), in begründeten Fällen jedoch zulässig sind.¹⁶⁰

Wie deutlich wird, bestehen im Rahmen der IV-Verträge z. T. andere Einschlusskriterien/Diagnosespektren sowie weniger Beschränkungen bzgl. der Dauer der APP. Übergangsregelungen förderten in den ersten Jahren die Eröffnung eines Dienstes. Die APP-Dienste erfüllen ganz wesentlich die Sicherstellung einer koordinierenden aufsuchenden Versorgung und einer Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit.

Mittlerweile bestehen in Niedersachsen insgesamt 41 APP-Dienste (Stand: März 2015). Viele Dienste bieten weitere Hilfen wie z. B. Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) oder niedrigschwellige Betreuungsangebote an. Der Grad der Versorgung mit APP ist im Land noch (sehr) unterschiedlich, im Westen, Norden und Osten das Landes müssen einzelne

¹⁵⁹ Siehe http://www.caritasforumdemenz.de/pdf/empfehlung_fachkrankenpflege_20131128.pdf (zuletzt aufgerufen am 22.12.2015).

¹⁶⁰ Ausführliche Informationen dazu s. <http://www.caritasforumdemenz.de/informationmaterial.php> (zuletzt aufgerufen am 22.12.2015)

Dienste noch mehrere Landkreise abdecken, in der Mitte des Landes ist eine Häufung der Dienste festzustellen.

Der fachliche Austausch zur APP erfolgt im Wesentlichen im Rahmen der NAAPPF, u. a. bei der jährlichen „Zukunftswerkstatt APP“ – organisiert über das Caritas Forum Demenz (CFD)¹⁶¹ in Hannover in Verbindung mit dem LFBPN. Die NAAPPF befindet sich derzeit in einer Neustrukturierung. Auch zukünftig sollte ein transparenter Austausch und die Beförderung fachlicher Standards über ein Gremium sichergestellt werden, das zudem die Aufgabe haben sollte, APP und weitere Versorgungselemente zu vernetzen (bspw. im neuen Landesfachbeirat).

Die Landesförderung des CFD ordnet diesem u. a. zu, die „Weiterentwicklung der ambulanten psychiatrischen Pflege“ zu fördern. Die Koordination der NAAPPF liegt beim CFD. Diese Verbindung von APP und einer Institution, die den Ausbau bzw. die Qualifizierung gerontopsychiatrischer Versorgung zum Ziel hat, sollte perspektivisch stärker dafür genutzt werden, auch im Rahmen von APP mehr ältere Menschen zu versorgen (s. u.).

Im Herbst/Winter 2014/2015 führte das CFD eine Befragung der APP-Dienste durch, die auch einige Aspekte mit Blick auf den Landespsychiatrieplan enthielt. An der Befragung beteiligten sich 32 der 40 angeschriebenen Dienste.

Die Befragungsergebnisse APP¹⁶² verweisen auf folgende Punkte:

- Die APP-Dienste wurden überwiegend in den letzten zehn Jahren gegründet und entstanden in unterschiedlichen Kontexten, die weiterhin Zielgruppe und Vorgehen prägen. Der überwiegende Anteil der Dienste ist auf dem Hintergrund von SGB-XII-Angeboten entstanden, andere sind Weiterentwicklungen somatischer Pflegedienste oder eines ambulanten gerontopsychiatrischen Zentrums, manche entstammen einer Klinik oder der Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Praxis oder wurden als Modellprojekt gegründet. 28 Dienste der an der Befragung teilnehmenden Dienste nehmen an einer Integrierten Versorgung teil, davon gründete sich ein Teil in den Jahren 2012 ff. aufgrund des neuen IV-Vertrags. 14 Dienste unterhalten niedrigschwellige Betreuungsangebote.
- Die durchschnittliche Zahl von Patientinnen und Patienten pro APP-Dienst ist nicht eindeutig bestimmbar¹⁶³. Deshalb ist die errechnete mittlere Anzahl von 488 je Jahr und Dienst mit Vorsicht zu betrachten. Etwas über die Hälfte der Fälle werden im Rahmen von Integrierter Versorgung betreut. Knapp zwei Drittel (63,8 %) aller betreuten Personen sind weiblichen Geschlechts. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist sehr unterschiedlich, liegt jedoch landesweit bei lediglich ca. 9 %.
- Der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten, für die Altersangaben vorliegen, ist zwischen 30 und 49 Jahre alt, etwa ein Sechstel der betreuten Personen ist 60 Jahre alt und älter. Betreut werden mit gut zwei Fünftel vor allem Personen mit affektiven Störungen, gefolgt von schizophrenen Störungen (etwa ein Fünftel) und neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen (etwa ein Achtel; Angaben von 23 Diensten).

¹⁶¹ Zu den Aufgaben des Caritas Forums Demenz siehe auch Kap. 5.4.4.

¹⁶² Radisch, J. (2015). *Ergebnisse der Befragung der Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienste*. Vortrag bei der 8. Zukunftswerkstatt „Ambulante Psychiatrische Pflege, Integrierte Versorgung in Niedersachsen“ am 3. Juni 2015 in Hannover.

¹⁶³ In der Befragung schwankten die Angaben stark, vermutlich wurden unterschiedliche Bezugsgrößen zugrunde gelegt (Fälle oder Personen? Ausschließlich APP-Fälle oder alle betreuten Personen?).

- Die Befragungsergebnisse geben Hinweise auf Unterschiede zwischen APP-Regelversorgung und APP im Rahmen von IV dahingehend, dass Patientinnen und Patienten in der Regelversorgung hochfrequenter, Personen im Rahmen von IV über einen längeren Zeitraum betreut werden.

Befragt nach Weiterentwicklungsbedarfen im Bereich APP, verweisen die Befragten vor allem darauf, dass die Verordnungsdauer von vier Monaten in der Regelversorgung für viele Fälle zu kurz bemessen ist, bspw. bei gerontopsychiatrischen Fällen. Die Behandlungsdauer sollte fachliche Erkenntnisse und individuelle Situation/Bedarfe berücksichtigen. Die Dienste, die häufig sowohl Regel- als auch IV-Versorgung leisten, bedauern die Schlechterstellung der Regelfälle durch die zeitliche Begrenzung. Die APP-Dienste beschreiben die spezifischen Herausforderungen durch ältere Klientel und fordern, vor allem für Patientinnen und Patienten mit Demenz, den Ausbau der Versorgungsstrukturen (insbesondere von ambulanten Angeboten und von betreuten, flexiblen Wohnformen); mehr/längere/unbefristete APP; Unterstützung und Schulung von Angehörigen sowie Vernetzung.

Zudem regen die Befragten an, APP auch in der Regelversorgung auf alle psychiatrischen Diagnose-Gruppen auszudehnen. Mit Hinweis auf das massive Konsumproblem vieler Patientinnen und Patienten wird insbesondere der Ausschluss von Abhängigkeitsdiagnosen kritisiert. Durch eine bessere Vergütung (auch von Fahrzeiten) und die Aufnahme von Telefonberatung in den Leistungskatalog soll multiprofessionelles Arbeiten verstärkt sowie eine bessere Versorgung noch nicht versorgter Landesteile ermöglicht werden. Schließlich werden Vereinfachungen im Verordnungsprocedere angeregt (insb. für ausschließlich hausärztlich betreute Personen), darunter die in vielen Fällen sinnvolle Kombination von Psychotherapie und APP oder von SGB-XI-Leistungen und spezifischer APP. Auch berichten viele Dienste über (zunehmende) Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu finden.

5.4.2.4 Krisenhilfe

Hilfen in Krisen gehören zu den wichtigsten Bausteinen des psychiatrischen Versorgungssystems. Nur mit verlässlicher Krisenhilfe ist „ambulant vor stationär“ umzusetzen, also „gefürchtete Krankenhausaufenthalte“¹⁶⁴ und vor allem Zwangseinweisungen¹⁶⁵ zu vermeiden. Um in Krisensituationen Hilfe nachfragen zu können, muss sie zum einen überhaupt vorhanden und zum anderen müssen Kontaktdaten und -wege auffindbar sein. Also: „Wo finde ich die Adresse? Wie sind die Dienstzeiten? An wen wende ich mich nachts und am Wochenende?“¹⁶⁶ Krisenhilfen sind sowohl für Betroffene selbst als auch für Angehörige wichtig.

Tatsächlich liegen in den kommunalen Gebietskörperschaften keine validen Daten zu Vorhandensein und Organisation von Krisendiensten, Krisenregelungen und Wahrnehmung von Aufgaben im Zusammenhang mit der Bewältigung psychischer Krisen sowie zu Inanspruchnahme und zur Einleitung von Unterbringungen vor.

¹⁶⁴ Seelhorst, R.M. (2013). Die Lebenssituation der Angehörigen psychisch Kranker. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen*. (Bd. 6, S. 119 – 121). Köln: Psychiatrie-Verlag. S. 119.

¹⁶⁵ Vgl. Harig, C. (2011). Zwang und Gewalt aus der Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen* (Bd. 5, S. 58 – 61). Köln: Psychiatrie-Verlag. S. 60.

¹⁶⁶ Seelhorst, R.M. (2015). Dringliche Fragen von Angehörigen zum Psychiatrieplan für Niedersachsen. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen* (Bd. 7, S. 66 – 68). Köln: Psychiatrie-Verlag. S. 66.

Diversen Berichten zufolge fehlt vielerorts in Niedersachsen ein Krisendienst bzw. haben SpDi zu begrenzte Ressourcen. Insbesondere abends und am Wochenende steht kaum irgendwo eine Instanz (diesseits der Klinik) zur Verfügung. Niedergelassene Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie beteiligen sich i. d. R. nicht an Krisenversorgung und Notfallsprechstunden.

Ein gutes Beispiel stellt(e) hier der „psychosoziale/psychiatrische Krisendienst in der Region Hannover“ dar: Über die Mitwirkung von VPE und AANB wird hier am Wochenende ein (bei Bedarf aufsuchender) Krisendienst (ab Freitagnachmittag) sichergestellt. Die nichtärztlichen Kräfte konnten bis Ende 2014 auf den nervenärztlichen Notdienst der KV zurückgreifen, der dann jedoch eingestellt wurde. Unter Mitwirkung der SpDi wurden mittlerweile auch Krisendienste in Wolfsburg, Gifhorn und Peine aufgebaut, z. T. unter Mitwirkung von niedergelassenen Praxen und sozialen Einrichtungen.

Insbesondere Angehörigengruppen, aber auch Betroffene und Fachleute weisen immer wieder auf den Mangel an Krisenhilfen hin und wünschen sich einen rund um die Uhr zur Verfügung stehenden SpDi sowie ärztliche Bereitschaftsdienste. Auch in der Fachkommission wurde das Fehlen einer zeitnahen Krisenintervention mehrfach bemängelt und die Auswertung der 45 vorliegenden Sozialpsychiatrischen Pläne der Kommunen bestätigen diese Einschätzung noch einmal, denn im überwiegenden Teil der Pläne wird festgestellt, dass

- bessere und schnellere Kriseninterventionsmöglichkeiten geschaffen oder die bestehenden ausgebaut werden müssen
- Krisenbetten und Notfalldienste in der Kommune fehlen oder das bestehende Angebot verbessert werden muss.

Auf dieser Grundlage wird Ambulante Psychiatrische Pflege oft als wichtige Unterstützung empfunden, insbesondere wenn sie im Rahmen der IV-Verträge auch Krisendienste sicherstellt (jedoch ausschließlich für die eigene Klientel) und Patientinnen und Patienten längerfristig zu Hause begleiten kann. Die APP-Regelversorgung sieht hingegen nur vier Monate Betreuungsdauer vor (vgl. Kap. 5.4.2.3).

Ohne empirische Daten zu Krisenhilfe ist die Krisenversorgung kaum zu beurteilen. Problematischer ist jedoch, dass ohne dies die Versorgung auch nicht gesichert und gezielt weiterentwickelt werden kann. Hier sollte Abhilfe geschaffen werden.

5.4.2.5 Zwischenbewertung

Im Folgenden sollen die wichtigsten Analyseergebnisse im Hinblick auf die ambulante Versorgung erwachsener psychisch kranker Personen im Sinne einer Zwischenbewertung zusammengefasst werden:

- Die Versorgungsdichte sowohl bezogen auf psychiatrisch-psychotherapeutisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte als auch auf Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist im Land Niedersachsen auf der Kreis- bzw. Stadtebene sehr unterschiedlich ausgeprägt.
- Laut Aufstellung der KVN und nach deren Kriterien der Bedarfsplanung in den 44 KVN-Planungsbereichen erreichen bis auf einen alle Planungsbereiche Versorgungsgrade von über 100 % (vier über 200 %). Auch die ausgewiesenen Versorgungsgrade für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen ein erhebliches Spektrum

auf, wobei sechs der 44 Planungsbereiche über einen Versorgungsgrad von weniger als 100 % verfügen.

- Trotz der überwiegend hohen (rechnerischen) Versorgungsgrade treten vielfach Wartezeiten für Patientinnen und Patienten auf, die ambulante fachärztliche, psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlungsangebote in Anspruch nehmen wollen. Diese Diskrepanz verweist darauf, dass die Planungsgrundlagen der ambulanten fachärztlichen/nervenärztlichen Versorgungsplanung hinsichtlich der einbezogenen Parameter überprüft werden sollten.
- Es besteht absehbar ein Nachbesetzungsbedarf bei den Praxen und in den SpDi: Knapp 15 % der „Nervenärzte“ (lt. Bedarfsplanungs-Richtlinie der KVN) sind älter als 62 Jahre. Bei den Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten (hier einschließlich der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen bzw. -psychotherapeuten) liegt der Anteil der über 62-Jährigen bei knapp 20 %. Zudem können schon jetzt nicht für alle offenen bzw. vakanten Facharztpraxen Nachfolger gefunden werden.
- Es wird bemängelt, dass sich die fachliche Ausrichtung der psychiatrischen Facharztpraxen hin zu Psychotherapie und Patientengruppen mit „leichteren“ Behandlungsbedarfen verschiebt und schwierige Fälle schwerer Hilfe finden. Zudem nehmen die fachärztlichen und psychologischen Praxen i. d. R. nicht an Notfalldiensten teil.
- Die Rentenversicherung berichtet von einer ständig steigenden Anzahl von Frühverrentungen aufgrund psychischer Störungen (vor allem wegen Depression, Angst- und neurotischen Störungen) mit einem frühen Rentenbeginn von im Mittel 46 Jahren. Dies wird in Zusammenhang gebracht mit mangelnder Früherkennung und langen Wartezeiten zu ambulanten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen.
- Im Erwachsenenbereich besteht derzeit keine Möglichkeit, in den fachärztlichen Praxen auch nicht-ärztliche Leistungen einzubinden, wie bspw. im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich.
- Durch die Ausweitung des PIA-Angebots hat sich die Versorgung in der Fläche im Sinne der Erreichbarkeit (kürzere Wege) verbessert. Ein weiterer Ausbau wird teilweise kritisch gesehen (Verdrängungswettbewerb PIA – niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, starke Patientenbindung durch die PIA führt evtl. zur Behinderung rehabilitativer Leistungen) und sollte durch Standards ergänzt werden.
- Die Sozialpsychiatrischen Dienste übernehmen insbesondere in den Regionen/kommunalen Gebietskörperschaften mit überdurchschnittlichen sozialen Problemlagen (hohe Arbeitslosigkeit als Indikator) eine wichtige Rolle in der Patientenversorgung. Ebenso in großflächigen, ländlichen Regionen, in denen das Regelsystem der Versorgung grobmaschig ausgelegt ist und in bestimmten Teilen der ambulanten psychiatrischen Versorgung Lücken bestehen.
- Insgesamt wird mit Blick auf die SpDi deutlich, dass die Personalausstattung – gemessen an den in den letzten Jahren gewachsenen und z. T. über den im NPsychKG beschriebenen Auftrag hinausgehenden Aufgaben – in vielen Kommunen unzureichend ist. Besonders problematisch ist, dass mehrere SpDi z. T. über Monate ohne ärztliche Leitung auskommen müssen und die Schwierigkeiten, fachlich qualifizierte Ärztinnen und Ärzte für die Leitung der SpDi zu gewinnen, weiter steigen. Gleichwohl müssen verschiedene SpDi fachfremde Aufgaben wahrnehmen.

- Unter Ressourcen- und Personalmangel der SpDi und der Abstinenz der niedergelassenen Praxen bei der psychiatrischen Notfallversorgung leidet insbesondere eine verlässliche zeitnahe, aufsuchende Krisenversorgung, im Falle der SpDi aber auch fallbezogene und fallübergreifende versorgungskoordinierende Leistungen.
- Die in Niedersachsen im Bundesvergleich betrachtet überdurchschnittliche Versorgung im Bereich APP sollte zukünftig weiter ausgebaut werden, insbesondere dort, wo noch Angebote fehlen. Weiterentwicklungsbedarf besteht einerseits bzgl. einheitlicher Standards für Qualität und Dokumentation. Andererseits sollte der Zugang auch für ausschließlich hausärztlich betreute Personen möglich sein und die Behandlungsdauer entsprechend den individuellen Krankheitsverläufen flexibel angepasst werden können.
- Die Erfahrungen aus der Integrierten Versorgung werden kaum in die SpV eingebracht und ebenso wenig für die Gestaltung und Regelungen der Versorgung für alle Betroffenen in Niedersachsen und für die Unterstützung von Angehörigen genutzt.
- Versorgungsdaten aus APP und IV fließen, wie auch zu niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für psychisch Kranke (vgl. 5.4.4.2), unzureichend bis gar nicht in die landesweite Psychiatrieberichterstattung ein. Ebenso fehlen Daten zum Krisengeschehen und zur Krisenversorgung.

5.4.3 Teilstationäre und stationäre Behandlung

5.4.3.1 Angebote

Im Folgenden wird zunächst auf die Gesamtentwicklung der stationären und teilstationären Behandlungskapazitäten (Betten-/Platzzahl) in den letzten drei Jahren eingegangen. Danach werden Behandlungsangebote zum Stichtag 1. Januar 2014 im Detail betrachtet.

Zunächst ist im Stichtagsvergleich der Jahre 2012 bis 2014 festzustellen, dass in allen stationären und teilstationären Behandlungssegmenten ein absolutes Kapazitätswachstum stattgefunden hat. Im Bereich der Psychiatrie (PSY) ist die addierte stationäre und tagesklinische (Gesamt-)Platzkapazität im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 1. Januar 2014 um 5,8 % gestiegen. Im Vergleich dazu ist sie im Bereich der Psychosomatischen Medizin (PSM) sogar um 26,2 % gestiegen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) weisen der stationäre und tagesklinische Behandlungssektor im Zeitraum von 2012 bis 2014 ein Zuwachs von 15,0 % auf.¹⁶⁷

Der größte Teil der (Gesamt-)Kapazitätsausweitung entfällt auf das Wachstum der Plätze in der tagesklinischen Versorgung (TK), wie die Indexentwicklung in Tab. 29 zeigt.

¹⁶⁷ Nachrichtlich sei ergänzt, dass sich gem. Fortschreibung der Krankenhausplanung in Niedersachsen für das Jahr 2015 der Anstieg der Betten und Plätze in den Bereichen PSY, PSM und KJP fortgesetzt hat. Zum 1. Januar 2015 geben die Zahlen folgendes Bild (in Klammern jeweils die prozentualen Anstiege von 2012 bis 2015): PSY 5.065 Betten (+ 15,5 %) und 1.253 teilstationäre Plätze (+ 17,2 %), PSM 838 Betten (+ 31,9 %) und 154 Plätze (+ 108,1 %), KJP 687 Betten (+ 8,2 %) und 293 Plätze (+ 73,4 %). Der hier für die Vorjahre und im Folgenden berichtete Trend setzte sich also auch im letzten Jahr fort.

Tab. 29: Entwicklung der Betten/Platzzahlen lt. der Krankenhauspläne in den Jahren 2012, 2013 und 2014

am 1. Januar ...	Anzahl stationäre Plätze			Anzahl teilstationäre Plätze		
	PSY	PSM	KJP	PSY	PSM	KJP
2014	4.863	774	657	1.186	121	268
2013	4.801	669	657	1.115	116	261
2012	4.651	635	635	1.069	74	169
Index 2012 = 100						
2014	104,6	121,9	103,5	110,9	163,5	158,6
2013	103,2	105,4	103,5	104,3	156,8	154,4
2012	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 30: Anteil der teilstationären Versorgungskapazitäten an der Gesamtbehandlungskapazität (teil- und vollstationär; Angaben in %) in den Jahren 2012, 2013 und 2014

Jahr	PSY (% TK)	PSM (% TK)	KJP (% TK)
2014	19,6	13,5	29,0
2013	18,8	14,8	28,4
2012	18,7	10,4	21,0

Die Versorgungskapazitäten der Tageskliniken haben im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis 1. Januar 2014 sowohl im Bereich der Psychiatrie als auch in der Psychosomatik und besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (deutlich) zugenommen. Dies hat zur Folge, dass der Anteil der TK-Kapazitäten an den Gesamtkapazitäten z. T. deutlich gestiegen ist, vor allem aber in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (von 21 % auf 29 %) und in der Psychosomatik (von 10,4 % auf 13,5 %). Neun der Tageskliniken sind (auch) auf eine gerontopsychiatrische Versorgung¹⁶⁸ spezialisiert und sieben auf eine Suchtbehandlung, teilweise ergänzt durch Spezialsprechstunden in der Institutsambulanz.

Allerdings hat die Kapazitätsausweitung im Bereich der Tageskliniken einen weiteren Ausbau der Anzahl stationärer Behandlungsplätze nicht verhindert: Das klinikgestützte, teilstationäre/stationäre Versorgungssystem hat sich in Niedersachsen als Ganzes ausgeweitet und übernimmt durch die rasante Implementierung dezentraler Psychiatrischer Institutsambulanzen bei gleichzeitig stagnierenden ambulanten ärztlichen Kapazitäten wichtige Funktionen der ambulanten Versorgung, besonders in den ländlichen Regionen.

In Niedersachsen werden psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbetten getrennt im Krankenhausplan ausgewiesen, insofern werden sie auch in der folgenden Darstellung getrennt behandelt.

Insgesamt werden zum 1. Januar 2014 in Niedersachsen 4.863 stationäre psychiatrische Betten an 30 Klinikstandorten vorgehalten. Hinzu kommen 1.186 teilstationäre Plätze in Tageskliniken. Die Klinikstandorte verteilen sich wie folgt auf die vier ehem. Bezirke:

- Braunschweig: sechs Standorte (zwischen 90 und 416 Betten)
- Hannover: acht Standorte (zwischen 32 und 362 Betten)

¹⁶⁸ Drei weitere Tageskliniken planen gerontopsychiatrische Angebote.

- Lüneburg: sieben Standorte (zwischen 65 und 232 Betten)
- Weser-Ems: neun Standorte (zwischen 70 und 406 Betten).

Die Bettenzahl in der Psychosomatik beträgt zum 1. Januar 2014 774 Betten, die sich auf 23 Standorte verteilen. Hinzu kommen 121 teilstationäre Plätze an sieben psychosomatischen Tageskliniken. Die *psychosomatischen* Klinikstandorte, die im Durchschnitt von der Bettenzahl her erheblich kleiner sind als die psychiatrischen Behandlungseinheiten, verteilen sich folgendermaßen auf die ehemaligen Bezirke:

- Braunschweig: vier Standorte (vier an psychiatrischen Kliniken, eine an einer somatischen Klinik)
- Hannover: acht Standorte (drei an psychiatrischen Kliniken, vier an somatischen Kliniken und eine als psychosomatische Spezialeinrichtung)
- Lüneburg: fünf Standorte (drei an psychiatrischen Kliniken, zwei an somatischen Kliniken)
- Weser-Ems: sechs Standorte (drei an psychiatrischen Kliniken, zwei an somatischen Kliniken).

Die psychosomatischen Kliniken/Abteilungen sind mehrheitlich organisatorisch und fachlich an eine Psychiatrische Klinik (n = 13) oder an ein somatisches Krankenhaus (n = 9) angegliedert.

Tab. 31: Stationäre und teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Betten/Plätze für Erwachsene am 01.01.2014 nach Krankenhausplan 2014 (betriebene Kapazitäten)

ehemalige Bezirke	Psychiatrie (Anzahl)		Psychosomatik (Anzahl)		Gesamt (Anzahl)		Gesamt
	Betten	TK-Plätze	Betten	TK-Plätze	Betten	TK-Plätze	
Braunschweig	1.397	268	142	10	1.539	278	1.817
Hannover (mit Celle)	1.363	420	286	99	1.649	519	2.168
Lüneburg (ohne Celle)	704	229	199	0	903	229	1.132
Weser-Ems	1.399	269	147	12	1.546	281	1.827
Niedersachsen	4.863	1.186	774	121	5.637	1.307	6.944

Der Bezug zur Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner (in den relevanten Altersgruppen ab 18 Jahre) macht deutlich, dass die Versorgungsdichte bei psychiatrischen und psychosomatischen Betten regional sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, wie die nachfolgende Tabelle zeigt.

Tab. 32 Stationäre und teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Betten/Plätze für Erwachsene je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre am 1. Januar 2014 nach Krankenhausplan 2014 (betriebsfähige Kapazitäten)

ehemalige Bezirke	Psychiatrie je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre		Psychosomatik je 100 Tsd. EW ab 18 J.		Gesamt		Gesamt
	Betten	TK-Plätze	Betten	TK-Plätze	Betten	TK-Plätze	
Braunschweig	105,2	20,2	10,7	0,8	115,9	20,9	136,8
Hannover (mit Celle)	71,6	22,1	15,0	5,2	86,6	27,3	113,9
Lüneburg (ohne Celle)	57,0	18,5	16,1	0,0	73,1	18,5	91,6
Weser-Ems	69,6	13,4	7,3	0,6	77,0	14,0	91,0
Niedersachsen	75,1	18,3	12,0	1,9	87,0	20,2	107,2

Insgesamt fällt besonders auf, dass die Versorgungsdichte mit psychiatrischen Betten im ehemaligen Bezirk Braunschweig mit 105,2 je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre um 185 % höher liegt als die Versorgungsdichte in der Region Lüneburg mit 57,0 je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre. Dieser gravierende Unterschied ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in der Region Braunschweig zwei große Klinikanbieter (mit überregionaler Ausrichtung) eine Vielzahl stationärer Betten vorhalten. Große regionale Disparitäten bestehen auch im Hinblick auf die Zahl der jeweils vorgehaltenen TK-Plätze zwischen den ehemaligen Bezirken Hannover und Weser-Ems.

Die stationäre psychosomatische Versorgungsdichte liegt zwischen 7,3 je 100 Tsd. EW ab 18 Jahre im ehemaligen Bezirk Weser-Ems und 16,1 in der Region Lüneburg und unterscheidet sich ebenfalls um 120,5 %. Erhebliche Unterschiede können auch hinsichtlich der Zahl der TK-Plätze zwischen dem ehemaligen Bezirk Hannover und den anderen drei Regionen festgestellt werden, wobei der ehemalige Bezirk Lüneburg zum Stichtag 1. Januar 2014 auf überhaupt keine TK-Plätze zurückgreifen konnte.

Anders als hinsichtlich der defizitären Versorgungssituation in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wurde im Rahmen der Gespräche zur Ist-Aufnahme zum Landespsychiatrieplan mit diversen Fachleuten und Fachgremien sowie auch im Rahmen der Sitzungen der Fachkommission an keiner Stelle die Forderung aufgestellt, weitere stationäre psychiatrische Behandlungskapazitäten zu schaffen. Es geht zukünftig vielmehr um Fragen der Strukturierung und der fachlichen Ausdifferenzierung der vorhandenen Kapazitäten in Verbindung mit der Qualität der dort erbrachten stationären Behandlungsleistungen. Diese Einschätzung erfährt Bestätigung durch die auf Bundesebene am 18. Februar 2016 konsentierten Änderungsvorschläge zur (bisher bis zum Jahr 2017) geplanten Einführung eines tagespauschalierten Entgeltsystems („PEPP“). Diese Vorschläge sehen u. a. vor, die stationäre Versorgung eng mit regional-strukturellen Gegebenheiten, Qualitätsaspekten und „stationersetzen“ Möglichkeiten wie Home-Treatment zu verknüpfen. Dies wird mittelfristig sicher die Zahl und Verteilung stationärer und teilstationärer Kapazitäten beeinflussen.

Bei Debatten und Gesprächen über Struktur und Ausgestaltung der stationären Versorgung traten (darauf wurde einleitend in Kapitel 3 bereits hingewiesen) z. T. diametral entgegengesetzte Auffassungen zur grundsätzlichen fachlichen Berechtigung und zum Wachstum der PSM-Kapazitäten zu Tage, die unaufgelöst schon seit Jahren bestehen: Einerseits wird die Entwicklung in Teilen der Fachwelt begrüßt und für die ärztliche Weiterbildung in Psychotherapeutischer Medizin für erforderlich gehalten, andererseits wird

sie als nicht bedarfsnotwendig und für die Gestaltung der psychiatrischen Versorgung als nachteilig angesehen. Kritisiert wird auch, dass einzelne Träger sich auf dem Klagewege PSM-Betten beschafft hätten. Es ist jedoch aus externer Sicht festzuhalten, dass die PSM-Kapazitäten auf früheren bedarfsbezogenen Konzepten und Berechnungen des MS beruhen¹⁶⁹ und diese seit Jahren im Krankenhausplan des Landes Niedersachsen verankert sind. Zu dieser Debatte werden sich schnelle Lösungen deshalb nicht abzeichnen.

5.4.3.2 Inanspruchnahme

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 105.401 Krankenhausaufenthalte von psychisch kranken Menschen ab 18 Jahre mit Wohnsitz in Niedersachsen dokumentiert. Mehr als 90 % der Behandlungen (n = 95.513) wurden an Kliniken im Land Niedersachsen durchgeführt; 9,4 % (n = 9.888) der Behandlungen erfolgten in anderen Bundesländern. Die erfassten Krankenhausaufenthalte ergaben sich erwartungsgemäß aus einer Erkrankung nach dem Diagnosespektrum der F-Diagnosen. Die spezifische Krankenhaushäufigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit F-Diagnosen beläuft sich dabei auf 14,7 Fälle pro Tsd. EW bezogen auf die Gesamtbevölkerung und auf 17,7 Fälle pro Tsd. EW auf die niedersächsische Bevölkerung ab 18 Jahre.

Nach Altersklassen aufgebrochen ergibt sich folgende Verteilung der Krankenhausfälle:

- Erwachsene von 18 bis 64 Jahren: 87.712 Fälle (83,2%); durchschnittliche Verweildauer (VWD) 19,9 Tage
- Menschen ab 65 Jahre: 17.689 Fälle (16,8 %), durchschnittliche VWD 18,9 Tage.

Die Gruppe der „*adoleszenten 18- bis 20-Jährigen*“, die von ihrem spezifischen Behandlungsbedarf und den erforderlichen Behandlungsansätzen und -angeboten her zum Teil in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zum Teil in der Erwachsenenpsychiatrie adäquat zu behandeln und betreuen wären, umfasst 5.330 Personen.

¹⁶⁹ Siehe: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2009, 2010). *Konzept über die künftige Versorgungsstruktur und Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen in den Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie (PSY); Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM)*. Teil I – Analyse (November 2009) und Teil II – Versorgungsplanung (April 2010). Hannover

Tab. 33: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00 - F99 18 bis 64 Jahre

Alter (Jahre)	erwachsene Personen 18 bis 64 Jahre
18 bis 20	5.330
20 bis 24	6.513
25 bis 29	8.050
30 bis 34	8.605
35 bis 39	8.301
40 bis 44	10.499
45 bis 49	13.439
50 bis 54	12.582
55 bis 59	8.518
60 bis 64	5.875
Anzahl Gesamt Fälle	87.712
in % der Fälle	83,2 %
in % der Bevölkerung	76,0 %

Quelle: Krankenhausstatistik 2013 (Material KU 414 nach Länderaustausch).

Gemessen an der Altersverteilung in der Bevölkerung ab 18 Jahre sind die 18- bis 64-jährigen Personen bei den stationären Fällen überrepräsentiert (83,2 % vs. 76,0 %) und die Menschen ab 65 Jahre (n = 17.689) unterrepräsentiert (24,0 % der Bevölkerung vs. 16,8 % der Fälle, vgl. dazu auch Tab. 42, S. 166).

Tab. 34: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00 - F99 ab 18 Jahre nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
erwachsene Personen 18 bis 64 Jahre	50.517	57,6	37.195	42,4	87.712	100,0
Menschen ab 65 Jahre	7.351	41,6	10.338	58,4	17.689	100,0
Niedersachsen	57.868	54,9	47.533	45,1	105.401	100,0

Quelle: Krankenhausstatistik 2013 (Material KU 414 nach Länderaustausch).

In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen dominieren die Männer mit einem Anteil von 57,6 %. In Zusammenhang mit der insgesamt höheren Lebenserwartung der Frauen ist in der Altersgruppe der ab 65-jährigen Personen deren Anteil mit 58,4 % deutlich höher als der der Männer mit 41,6 %.

Behandlungen nach Fachabteilungen

Aus der nachfolgenden Tabelle geht hervor, dass die Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen mit einer F-Diagnose zu knapp einem Viertel (24,3 %) in nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen stattfinden.

Tab. 35: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99 nach Alter und Art der behandelnden Fachabteilungen (Erwachsene 18 bis 64 Jahre)

Alter	Art der behandelnden Fachabteilungen										Gesamt
	Kinder- und Jugendpsychiatrie		Sucht		Psychiatrie und Psychotherapie		Psychotherapeutische Medizin		Nicht-psychiatrische Abteilungen		
	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N
18-20	97	1,8	451	8,5	2.924	54,9	348	6,5	1.510	28,3	5.330
20-24	2	0,0	742	11,4	3.831	58,8	396	6,1	1.542	23,7	6.513
25-29	1	0,0	1.137	14,1	4.890	60,7	506	6,3	1.516	18,8	8.050
30-34	-	-	1.342	15,6	5.175	60,1	419	4,9	1.669	19,4	8.605
35-39	-	-	1.319	15,9	4.805	57,9	406	4,9	1.771	21,3	8.301
40-44	-	-	1.434	13,7	6.034	57,5	554	5,3	2.477	23,6	10.499
45-49	-	-	1.732	12,9	7.616	56,7	718	5,3	3.373	25,1	13.439
50-54	-	-	1.612	12,8	6.963	55,3	675	5,4	3.332	26,5	12.582
55-59	-	-	891	10,5	4.780	56,1	515	6,0	2.332	27,4	8.518
60-64	-	-	466	7,9	3.332	56,7	291	5,0	1.786	30,4	5.875
Summe 18-64	100	0,1	11.126	12,7	50.350	57,4	4.828	5,5	21.308	24,3	87.712

Die Altersgruppe der „Adoleszenten“ (n = 5.330) wird überraschenderweise lediglich zu 1,8 % in den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen (n = 97) behandelt; weit überwiegend erfolgt die Behandlung und Betreuung dieses Personenkreises in psychiatrischen/psychotherapeutischen Fachabteilungen (zu 63,3 %) und in nicht-psychiatrischen Abteilungen (28,8 %); zu den Älteren vgl. Tab. 44, S. 167.

Tab. 36: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, F-Diagnose und Behandlungs-ort (Erwachsene 18 bis 64 Jahre)

Erwachsene 18 bis 64 Jahre	in Nds. behandelte Personen		außerh. Nds. behandelte Personen	
	N	in %	N	In %
F01-F09 Organische, einschließ- lich symptomatischer psychischer Störung	1.296	1,5	152	11,7
F10-F19 Psychische und Verhal- tensstörungen durch psychotrope Substanzen	39.393	44,9	2.334	5,9
F20-F29 Schizophrenie, schizo- type und wahnhafte Störungen	10.776	12,3	526	4,9
F30-F39 Affektive Störungen	19.865	22,6	3.313	16,7
F40-F49 Neurotische, Belas- tungs- und somatoforme Störun- gen	10.729	12,2	1.559	14,5
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	811	0,9	280	34,5
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4.140	4,7	576	13,9
F70-F79 Intelligenzstörungen	446	0,5	18	4,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	80	0,1	7	8,8
F90-F98 Verhaltens- und emotio- nale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	162	0,2	45	27,8
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung	14	0,0	-/-	-/-
Niedersachsen	87.712	100,0	8.810	10,0

Die bei weitem größte Diagnosen-Gruppe entfällt auf F10 – F19 „*psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*“. Ihr Anteil beträgt 44,9 %. Die zweitgrößte Diagnosen-Gruppe bilden die „*affektiven Störungen*“ (F30 – F39) mit 22,6 %. Jeweils gut 12 % entfallen auf die Diagnosen-Gruppen F20 – F29 „*Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen*“ bzw. F40 – F49, „*neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*“.

Insgesamt 10 % (n = 8.810) der stationären Behandlungen der 18- bis 64-Jährigen finden außerhalb Niedersachsens statt. Dieser Anteil ist nach Diagnosen-Gruppen betrachtet sehr unterschiedlich, wie die voranstehende Tabelle zeigt. Der Anteil ist bei der größten Diagnosen-Gruppe „*psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*“ vergleichsweise gering (5,9 %) und bei der anteilmäßig kleinen Diagnosen-Gruppe „*Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren*“ vergleichsweise hoch (34,5 %). Die beiden Diagnosen-Gruppen „*affektive Störungen*“ und „*neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*“ weisen Außen-Behandlungsanteile von 16,7 % bzw. 14,5 % auf, was absolut in der Summe 4.872 Behandlungen entspricht, insgesamt also 55 % aller außerhalb Niedersachsens behandelten stationären Fälle.

Tab. 37: Krankenhaufälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, F-Diagnose und Art der behandelnden Fachabteilungen (Erwachsene 18 bis 64 Jahre)

F-Diagnosen	Art der behandelnden Fachabteilung										Ge- samt (100%)
	Kinder- und Jugend- psychiatrie		Sucht		Psychiatrie und Psychothe- rapie		Psychothe- rapeutische Medizin		Nicht- psychiatri- sche Abtei- lungen		
	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	N	in %	
F01-F09 Organi- sche, einschließlich symptomatischer psychischer Stö- rung	1	0,1	25	1,9	953	73,5	2	0,2	315	24,3	1.296
F10-F19 Psychi- sche und Verhal- tensstörungen durch psychotrope Substanzen	31	0,1	8.798	22,3	14.395	36,5	6	0,0	16.163	41,0	39.393
F20-F29 Schizo- phrenie, schizotype und wahnhaftige Stö- rungen	2	0,0	437	4,1	10.078	93,5	6	0,1	253	2,3	10.776
F30-F39 Affektive Störungen	33	0,2	990	5,0	15.539	78,2	2.510	12,6	793	4,0	19.865
F40-F49 Neuroti- sche, Belastungs- und somatoforme Störungen	19	0,2	339	3,2	5.536	51,6	1.597	14,9	3.238	30,2	10.729
F50-F59 Verhal- tensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Fak- toren	-/-	-/-	7	0,9	104	12,8	445	54,9	255	31,4	811
F60-F69 Persön- lichkeits- und Ver- haltensstörungen	4	0,1	520	12,6	3.150	76,1	250	6,0	216	5,2	4.140
F70-F79 Intelli- genzstörungen	-/-	-/-	5	1,1	434	97,3	2	0,4	5	1,1	446
F80-F89 Entwick- lungsstörungen	-/-	-/-	2	2,5	64	80,0	1	1,3	13	16,3	80
F90-F98 Verhal- tens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	10	6,2	3	1,9	96	59,3	9	5,6	44	27,2	162
F99 Nicht näher be- zeichnete psychi- sche Störung	-/-	-/-	-/-	-/-	1	7,1	-/-	-/-	13	92,9	14
Gesamt	100	0,1	11.126	12,7	50.350	57,4	4.828	5,5	21.308	24,3	87.712

Die prozentuale Verteilung der stationären Behandlungen der psychisch kranken 18- bis 64-jährigen Personen auf die behandelnden (Fach-)Abteilungen zeigt, dass die Fälle der Diagnosen-Gruppe (F20 – F29) „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zu 93,5 % in psychiatrischen Fachabteilungen erfolgen. „affektive Störungen“ werden zu 78,2 % in psychiatrischen Fachabteilungen und zu 12,6 % in Fachabteilungen der psychotherapeutischen Medizin behandelt. Die Behandlung „neurotischer, Belastungs- und so-

matiformer Störungen“ wird mit einem Anteil von 51,2 % in psychiatrischen Fachabteilungen und zu 14,9 % in Fachabteilungen der psychotherapeutischen Medizin durchgeführt. Patientinnen und Patienten mit Suchtdiagnosen werden hauptsächlich in nicht-psychiatrischen/psychotherapeutischen Abteilungen aufgenommen (41,0 %) und zu weniger als einem Viertel (22,3 %) in Suchtfachabteilungen (vgl. dazu auch Kapitel 5.6).

5.4.3.3 Unterbringung nach NPsychKG

Ein Teil der ausgewiesenen stationären Inanspruchnahmen psychiatrischer Kliniken wird durch Zwangseinweisungen (*Unterbringungen*) von Patientinnen und Patienten ausgelöst. Um die Rechtmäßigkeit dieses erheblichen Eingriffs in die persönlichen Freiheitsrechte einer betroffenen Person zu gewährleisten, enthält das NPsychKG ausführliche Vorschriften – wie die Psychisch-Kranken-Gesetze – aller Bundesländer.

Gesetzliche Grundlagen der Unterbringung

Die Unterbringung einer Person ist nur zulässig, wenn von ihr infolge ihrer Krankheit oder Behinderung eine gegenwärtig erhebliche Gefahr für sie selbst oder andere ausgeht und diese Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann. Gesetzliche Grundlage dafür sind die Absätze 1 und 2 des § 14 NPsychKG „(1) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn jemand gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein geeignetes Krankenhaus nach § 15 eingewiesen wird oder dort verbleiben soll. (2) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt auch dann vor, wenn die Einweisung oder der Verbleib ohne Zustimmung der Personensorgeberechtigten oder des Personensorgeberechtigten oder ohne Zustimmung derjenigen Person erfolgt, die zur Betreuung oder Pflege bestellt ist und deren Aufgabenkreis das Aufenthaltsbestimmungsrecht umfasst.“ § 15 NPsychKG gibt in seinen beiden Absätzen vor: „(1) Die Unterbringung wird in Krankenhäusern als Einrichtungen des Landes vollzogen. Das Fachministerium kann den Vollzug der Unterbringung einer juristischen Person des öffentlichen Rechts oder im Wege der Beleihung einer juristischen Person des Privatrechts oder einer Kommanditgesellschaft als Träger einer entsprechenden Einrichtung mit deren Zustimmung durch Verwaltungsakt unter dem Vorbehalt des Widerrufs oder durch öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Recht zur Kündigung übertragen. (2) Die Krankenhäuser nach Absatz 1 müssen personell und sächlich so ausgestattet sein, dass eine auf die unterschiedlichen Anforderungen abgestimmte Behandlung und Betreuung der untergebrachten Personen ermöglicht werden und deren Wiedereingliederung in die Gemeinschaft gefördert wird. Die Voraussetzungen für eine geschlossene Unterbringung, insbesondere im Hinblick auf die notwendigen Sicherheitsvorkehrungen, sowie für eine offene Unterbringung müssen vorliegen.“

Inwieweit die Kliniken, die zum Vollzug von Unterbringungen herangezogen werden, den gesetzlichen Vorgaben genügen, unterliegt (nach § 15a NPsychKG Abs. 2) der Fachaufsicht des Landes: „Die Einrichtungen des Landes und die Träger der übrigen Einrichtungen unterliegen der Fachaufsicht des Fachministeriums. Im Rahmen der Fachaufsicht ist dem Fachministerium insbesondere Auskunft zu erteilen, Einsicht in Akten und sonstige Schriftstücke zu gewähren, Weisungen des Fachministeriums Folge zu leisten sowie dem Fachministerium und insbesondere den Mitgliedern der Besuchskommissionen [§ 30] jederzeit Zugang zu den Räumlichkeiten der Einrichtung zu gewähren.“

*Anzahl der Unterbringungen*¹⁷⁰

In den 26 psychiatrischen Kliniken für Erwachsene wurden im Jahr 2015 nach dem NPsychKG insgesamt 7.587 Unterbringungen vorgenommen. Das macht einen Anteil von 20,7 % an allen Klinikfällen in diesem Zeitraum aus.

Die prozentualen Anteile der Einweisungen nach NPsychKG sind bei den einzelnen psychiatrischen Kliniken sehr unterschiedlich; das Spektrum über die 26 Kliniken reicht von 4 % (Minimum) bis 31 % (Maximum).

In den elf niedersächsischen psychiatrischen Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie, wurden gem. NPsychKG im Jahr 2014 insgesamt 38 Unterbringungen vollzogen.

In einer Sitzung der Fachkommission wurde davon berichtet, dass sich die Anträge auf Unterbringungen (sehr) unterschiedlich über das Land Niedersachsen verteilen. Hohe Unterbringungsraten wurden vor allem im regionalen Umfeld großer psychiatrischer Kliniken beobachtet.

5.4.3.4 Zwischenbewertung

In einer Zwischenbewertung der wesentlichen Aspekte der Analyse der teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung und die Rolle psychiatrischer Kliniken im Hinblick auf den Landespsychiatrieplan ist zusammenfassend festzuhalten:

- Die (Gesamt-)Kapazitäten des teilstationären und stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungssystems – getragen von den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern – haben im Beobachtungszeitraum 2012 bis 2014 in allen Bereichen ebenso wie die Inanspruchnahme zugenommen. Darin manifestiert sich auch ein bundesweiter Trend mit komplexen Ursachen, die Verlagerung der Kapazitäten in den teilstationären Bereich ist gewünscht, andererseits erfolgte dadurch kein erwarteter Abbau der stationären Kapazitäten:
 - Betten: PSY +4,6 %, PSM +21,9 %, KJP +3,5 %
 - TK-Plätze: PSY +10,9 %, PSM +63,5 %, KJP +58,6 %.
- Aus den Beratungen und Gesprächen ergibt sich, dass die künftige Planung die Frage des fachlichen Bedarfs noch stärker gewichten sollte unter Einschluss des Aspekts der internen fachlichen Ausdifferenzierung (Allgemeinpsychiatrie, Sucht, Gerontopsychiatrie etc.).
- Die Diskussion zur Psychosomatik wird auf Landesebene seit Jahren kontrovers zwischen Befürwortern und Kritikern geführt. 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, wie: Nachweis der Fachlichkeit psychosomatischer Versorgung bezogen auf strukturelle und qualifikatorische Voraus-

¹⁷⁰ Angaben MS Referat 406 auf Basis der meldepflichtigen Angaben zu NPsychKG-Fällen lt. Erlass vom 12. Januar 2011.

setzungen, 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 somatischen und/oder psychiatrischen Bereich.

- Die Zugangsschwellen für tagesklinische Behandlungen werden als zu hoch für bestimmte schwierige Gruppen psychisch kranker und suchtkranker Patientinnen und Patienten bewertet. Kritisch wird außerdem gesehen, dass derzeit keine tagesklinischen Plätze für Akutbehandlungen vorgehalten werden.
- In den Sitzungen des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung und in der Arbeit der Besuchskommissionen wird immer wieder im Rahmen der Zuständigkeiten gemäß NPsychKG auf Qualitätsmängel in der stationären psychiatrischen Behandlung hingewiesen. Eine systematische Auswertung und Bewertung der berichteten Mängel und die Befassung damit im Rahmen der Aufsichtsfunktionen des Landes müssen unterstrichen werden.

5.4.4 Teilhabe: Wohnen, Beschäftigung und Arbeit sowie niedrigschwellige Betreuung

In Niedersachsen wie auch in anderen Bundesländern spielen Angebote der Teilhabe eine wesentliche Rolle für die Beratung, Begleitung und Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Zum Angebotsspektrum gehören in „klassischer Weise“ i. d. R. ambulante und stationäre Wohnhilfen (Ambulant Betreutes Wohnen, stationäre Wohnheime) sowie Dienste und Einrichtungen, die auf die berufliche (Wieder-)Eingliederung und Rehabilitation zielen (u. a. Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsbetriebe, Zuverdienst-Projekte). Hinzu kommen Hilfen zur Tagesstrukturierung bzw. -gestaltung für behinderte Menschen (insbesondere Tagesstätten).

Örtliche Träger der Sozialhilfe in Niedersachsen sind gem. § 1 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buchs des Sozialgesetzbuchs (Nds. AG SGB XII) die Landkreise und die kreisfreien Städte sowie die Region Hannover in ihrem gesamten Gebiet. Sie führen die Aufgaben der örtlichen Träger der Sozialhilfe im eigenen Wirkungskreis durch. Das Land als überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist nach § 6 Abs. 2 Nds. AG SGB XII sachlich zuständig:

- für teilstationäre und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach den §§ 53 bis 60 SGB XII sowie der Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 bis 66 SGB XII bis 60 Jahre, wenn diese Leistungen wegen der Behinderung oder des Leidens der Leistungsberechtigten in Verbindung mit den Besonderheiten des Einzelfalls erforderlich sind,
- für die Hilfe zum Besuch einer Hochschule im Rahmen des § 54 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII
- für die Blindenhilfe nach § 72 SGB XII
- bei Leistungsberechtigten mit besonderen sozialen Schwierigkeiten für teilstationäre und stationäre Leistungen nach den §§ 67 bis 69 SGB XII und für die Hilfe zum Lebensunterhalt und für ambulante Leistungen nach den §§ 67 bis 69 SGB XII, wenn die Leistungen dazu bestimmt sind, Nichtsesshafte bei der Überwindung ihrer besonderen sozialen Schwierigkeiten zu helfen
- für die Sozialhilfe für Deutsche im Ausland nach § 24 SGB XII.

Als wesentliche Grundlage für die Erfassung des Teilhabebedarfs sowie von Art und Umfang der Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen im Bereich der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff. SGB XII) dient eine individuelle Hilfe-/Teilhabeplanung – in Niedersachsen als Zielplanung bezeichnet. Diese wird von Mitarbeitenden der örtlichen Träger der Sozialhilfe in enger Zusammenarbeit mit den leistungsberechtigten Personen im Rahmen einer Gesamtplanung erarbeitet, wobei sich die Betreuungsziele und -inhalte an den persönlichen Ressourcen/Fähigkeiten sowie an den Wünschen der Menschen mit Behinderungen orientieren (sollten) (s. dazu im Weiteren Kapitel 5.4.4.3).

Bei der Planung stationärer und teilstationärer Hilfen (in originärer Zuständigkeit des Landes als überörtlichem Trägers der Sozialhilfe) werden die örtlichen Kräfte zur Durchführung der Zielplanung „herangezogen“ (Auftragsverwaltung). Die gleichen Personen sind auch zuständig für die Planung (ambulanter) Leistungen der örtlichen Ebene, womit die Planung gesamthaft in Händen der örtlichen Träger der Sozialhilfe liegt.

Die auf der Grundlage des SGB XII entstehenden Aufwendungen werden von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe und dem Land als überörtlichem Träger der Sozialhilfe gemeinsam (aber nicht gleichgewichtig) getragen; sie werden nach Quotenklassen verteilt.¹⁷¹ Aufwendungen für Hilfen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen in Zuständigkeit der örtlichen Träger der Sozialhilfe bleiben bei der Quotenberechnung zu 50 % unberücksichtigt; die zweite Hälfte der ambulanten Aufwendungen werden dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe zugeschlagen, sodass die Quote des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe (gezielt) zu Gunsten der Kommunen erhöht wird: Eine Kommune mit hohen ambulanten Leistungsausgaben bekommt eine „gute“ Erstattungsquote und damit einen Anreiz zum Ausbau ambulanter Leistungen. Nach diesem Verfahren trägt das Land als überörtlichem Träger der Sozialhilfe letztlich zwischen 66 % und 87 % der Aufwendungen der Eingliederungshilfe.

5.4.4.1 Wohnen

Wohnen ist für alle Menschen ein Grundbedürfnis und ein zentraler Punkt in der Lebensgestaltung. Die UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) erkennt in Artikel 19 das Recht an, seinen Aufenthalts- und Wohnort frei zu wählen. Dies bedeutet auch, dass Menschen mit Behinderungen nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben, sondern (unabhängig von der Art und dem Grad des Unterstützungs- und Hilfebedarfs) eigenständig wählen können, wie und wo sie leben möchten. Dafür sind differenzierte wohnortnahe Unterstützungssysteme notwendig. Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Behinderungen gehört seit längerem zu den zentralen Zielen moderner Sozial- und Behindertenpolitik.

Die Wohnsituation von Menschen mit Behinderungen hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert und weiterentwickelt, wobei sich vor allem in Verbindung mit der Enthospitalisierung und Ambulantisierung unterschiedliche stationäre und ambulante Wohnformen herausgebildet haben. Bis in die 1980er Jahre hinein lebten Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen vorwiegend entweder zu Hause bei ihrer Familie oder ebenso wie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in (großen) stationären Wohneinrichtungen bzw. Anstalten, oft außerhalb der Gemeinde. Die Psychiatriereform (als Folge der Psychiatrie-Enquête von 1975) und parallel dazu verlaufende Entwicklungen für Menschen mit geistigen Behinderungen (z. B. angestoßen durch die Le-

¹⁷¹ A .a. O. § 12 Aufwendungen und Quotierung.

benshilfe)¹⁷² führten zu erheblichen Verbesserungen der Wohnsituation behinderter Menschen: Vor allem in den letzten Jahren hat – bundes- und landesweit – die Bedeutung des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW) stark zugenommen. Zugleich wurden und werden (stationäre) Wohnangebote weiterentwickelt und weitere neue Wohnformen geschaffen.

Stationäre Wohnformen umfassen derzeit (noch) ein Angebotsspektrum, das von vollstationären Wohnheimen bis zu kleineren überschaubareren Wohngemeinschaften und/oder Außenwohngruppen sowie Probe- bzw. Trainingswohnen reicht. Zu ambulanten Wohnformen gehören heute Ambulant Betreute Wohnangebote wie Wohngemeinschaften, Einzel-/Paar- oder Gruppenwohnen sowie unterstütztes Wohnen mit Assistenz zu Hause. Viele dieser Wohnangebote betreffen nicht nur explizit Menschen mit Behinderungen, sondern auch ältere Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf.

Psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen können gegenwärtig in Niedersachsen – ähnlich wie in anderen Bundesländern auch – vor allem auf stationäre und ambulante Wohnhilfen (stationäre Wohnheime und Ambulant Betreutes Wohnen) zurückgreifen.

Stationäre Wohnheime für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen

Wohnheime sind stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und zielen auf die Betreuung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen, die aufgrund ihrer chronischen und vielfältigen Problemlagen einen komplexen (langfristigen) Unterstützungs- und Hilfebedarf haben. Im Vordergrund ihres Angebotsspektrums stehen Hilfen zur Förderung sozialer und alltagsbezogener Kompetenzen in den Bereichen Selbstversorgung, Tagesstrukturierung, Kommunikation und Kontaktfindung. Darüber hinaus halten sie arbeits- und beschäftigungstherapeutische Angebote vor, die einerseits rehabilitativ ausgerichtet sind und andererseits der Tagesstrukturierung dienen.

Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie weist für das Land im Jahr 2013 insgesamt 6.990 Plätze im Bereich stationäres Wohnen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen sowie für „chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige“ (CMA) aus.

Tab. 38: *Stationäre Wohnheimplätze für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen sowie chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige im Jahr 2013**

ehemalige Bezirke	Anzahl stationärer Plätze				Plätze pro Tsd. EW ab 18 J.
	allgemein	CMA	sonstige	Summe	
Braunschweig	1.179	224	0	1.403	1,06
Hannover (mit Celle)	2.549	634	16	3.199	1,68
Lüneburg (ohne Celle)	627	106	0	733	0,81
Weser-Ems	1.397	258	0	1.655	0,82
Niedersachsen	5.752	1.222	16	6.990	1,14

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Stand: 31. Oktober 2013); entnommen aus „Landespsychiatrieberichterstattung – Ergebnistelegamm und Tabellen für das Berichtsjahr 2013, S. 14.

¹⁷² Vgl. u. a. Kräling, K. (2002). Ambulant betreutes Wohnen in der Lebenshilfe – ein Blick zurück. *Fachdienst der Lebenshilfe*, 2, 1-5.

Wie aus der obigen Tabelle hervorgeht, sind die regionalen Unterschiede im Hinblick auf die jeweiligen stationären Platzkapazitäten beträchtlich: Sie reichen von 0,81 Plätzen je Tsd. EW ab 18 Jahren in der Region Lüneburg (vergleichbar mit der Region Weser-Ems) bis zur mehr als der doppelten Relation in der Region Hannover (1,68).

Die größten Heimplatzdichten weisen die drei Landkreise Osterode (3,63), Holzminden (3,28) und Nienburg (3,28) sowie die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven (2,35 Plätze je Tsd. EW ab 18 Jahren) auf. Im Vergleich dazu lassen sich besonders geringe stationäre Platzkapazitäten (in Relation zur Einwohnerzahl) für die Landkreise Wolfenbüttel, Aurich, Northeim, Verden und Leer sowie für die kreisfreie Stadt Osnabrück feststellen (jeweils 0,5 Plätze je Tsd. EW ab 18 Jahren). Im Textteil zur Psychiatrieberichterstattung für das Land Niedersachsen im Jahr 2013 (Seite 3) wird darüber hinaus hervorgehoben, dass „die Stadt Wolfsburg sowie die Landkreise Osterholz, Oldenburg und Wittmund weiterhin über keine (stationären) Wohnangebote“ für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen verfügen.

Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen

Betreute Wohnangebote sind gemeindeintegrierte ambulante Hilfen zur Eingliederung von (i. d. R. erwachsenen) psychisch kranken und seelisch behinderten und/oder suchtkranken Menschen im häuslichen Umfeld. ABW erbringt Unterstützungsleistungen, die – neben der Bearbeitung krankheitsspezifischer Problemstellungen – vor allem im Bereich der Selbstversorgung, der Kommunikation und Kontaktfindung angesiedelt sind. Vorrangiges Ziel der Betreuungsleistungen ist die Befähigung der Klientin/des Klienten zu einer möglichst eigenständigen und selbstbestimmten Lebensführung und deren/dessen vollständige Integration in die Gesellschaft. Ambulant Betreutes Wohnen soll eine Wohnfähigkeit im eigenen Wohnraum ermöglichen, um möglichst längerfristig eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Die Hilfen durch ABW erfolgen i. d. R. im Rahmen regelmäßiger Hausbesuche und damit verbundener (Beratungs-)Gespräche.

Nach einer Erhebung bei den Sozialpsychiatrischen Diensten, die im Rahmen der Landespsychiatrieberichterstattung durchgeführt wurde und an der sich 60 % der SpDi beteiligt haben, verfügte Niedersachsen im Jahr 2013 über (mindestens) 7.717 ABW-Plätze. Im Ergebnis entspricht dies einem Landesdurchschnittswert von 1,19 Plätzen pro Tsd. EW ab 18 Jahren. Auch mit Blick auf Ambulant Betreutes Wohnen zeigt sich, dass zwischen den vier niedersächsischen Regionen erhebliche Unterschiede bestehen: Sie reichen von 1,86 Plätzen pro Tsd. EW ab 18 Jahren in der Region Braunschweig bis zu 0,66 Plätzen in der Region Lüneburg.

Psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und CMA in stationären und ambulanten Wohnhilfen der Eingliederungshilfe

Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie weist für das Land im Jahr 2013 (Stichtag: 31. Dezember) insgesamt 20.416 Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe aus. Davon erhalten 5.627 psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und CMA (allgemeine) stationäre Wohnhilfen nach SGB XII. Stationäre Wohnhilfen für CMA erhalten 868 Personen, womit deutlich wird, dass ein Gutteil der 1.222 Plätze für CMA von Personen aus anderen Bundesländern genutzt werden. Insgesamt 10.194 leistungsberechtigte Personen wurden in ambulanten Wohnangeboten (ABW) betreut.

Tab. 39: Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Wohnhilfen sowie WfbM durch leistungsberechtigte Personen im Jahr 2013 im Rahmen der Eingliederungshilfe

ehemalige Bezirke	Leistungsbe- rechtigte in der EGH Gesamt	davon in ...			
		stationären Wohnhilfen allgemein	stationären Wohnhilfen CMA	ABW	WfbM
Braunschweig	5.423	1.343	163	2.986	1.041
Hannover (mit Celle)	6.223	2.049	265	3.007	1.282
Lüneburg (ohne Celle)	2.239	530	144	1.097	540
Weser-Ems	6.331	1.705	296	3.104	2.003
Niedersachsen	20.416	5.627	868	10.194	4.866

Quelle: Niedersächsischer Kennzahlenvergleich in der Eingliederungshilfe – Daten des Berichtsjahres 2013 (Stichtag 31. Dezember 2013), übermittelt vom Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Abt. 1 – Referat 112.

Entsprechend zur (z. T. sich erheblich unterscheidenden) Verteilung stationärer Wohnplätze (s. o.) ergeben sich auch hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer Wohnhilfen durch die Leistungsberechtigten erhebliche Abweichungen zwischen den vier Regionen. Große Unterschiede bestehen auch mit Blick auf die Inanspruchnahme ambulanter wohnbezogener Hilfen.

Diese ungleiche Verteilung zwischen den Regionen zeigt auch die nachfolgende Tabelle, in der die Zahl der leistungsberechtigten psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen je Tsd. EW ab 18 Jahre in der Eingliederungshilfe zusammengefasst ist:

Tab. 40: Leistungsberechtigte psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Jahr 2013 (je Tsd. EW ab 18 Jahre) im Rahmen der Eingliederungshilfe

ehemalige Bezirke	Leistungs- berechtigte in der EGH Gesamt	davon in ...			
		stationären Wohnhilfen allgemein	stationären Wohnhilfen CMA	ABW	WfbM
Braunschweig	4,08	1,01	0,12	2,25	0,78
Hannover (mit Celle)	3,27	1,08	0,14	1,58	0,67
Lüneburg (ohne Celle)	2,48	0,59	0,16	1,21	0,60
Weser-Ems	3,10	0,85	0,15	1,55	1,00
Niedersachsen	3,27	0,92	0,14	1,66	0,79

Quelle: Niedersächsischer Kennzahlenvergleich in der Eingliederungshilfe – Daten des Berichtsjahres 2013 (Stichtag 31. Dezember 2013), übermittelt vom Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Abt. 1 – Referat 112.

Bezieht man die Zahl der leistungsberechtigten Personen, die ambulante wohnbezogene Hilfen in Anspruch nehmen (10.194 Personen), auf die Gesamtzahl wohnbezogener Inanspruchnahme (16.689 als Summe aus 5.627 + 868 + 10.194) dann errechnet sich ein Verhältnis von ambulanten zu stationären Wohnhilfen von 61,1 zu 38,9 („Grad der Ambulantisierung der Wohnhilfen“).

5.4.4.2 Beschäftigung und Arbeit, Tagesstrukturierung und niedrigschwellige Betreuungsangebote

Arbeit und Beschäftigung haben einen zentralen Stellenwert im Leben aller Menschen – ob mit oder ohne Behinderungen. Die Sicherung des Lebensunterhaltes ist dabei nur eine Seite der Erwerbsarbeit; zugleich fördert sie Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, vermittelt Anerkennung und ist so eine wesentliche Quelle für die gesellschaftliche Teilhabe. Auch und gerade für Menschen mit Behinderungen stellt die Arbeit einen wichtigen Bezugspunkt ihres Lebens dar, der Anerkennung, eine selbstbestimmte Lebensweise und ganz allgemein die Lebensqualität fördert.

Durch die UN-BRK (Artikel 27) wird Menschen mit Behinderungen das gleichberechtigte diskriminierungsfreie Recht auf Arbeit zuerkannt. Mit der Ratifizierung der Konvention haben sich die verschiedenen staatlichen Ebenen dazu verpflichtet, einen inklusiven Arbeitsmarkt zu realisieren, der Menschen mit Behinderungen gleichberechtigte Chancen auf Ausbildung und Beruf gibt. Daran anknüpfend wird es in Zukunft auf Bundes- und Länderebene – wie auch die jeweils erstellten Aktionspläne zeigen – vor allem darum gehen, die Rahmenbedingungen dahingehend zu verändern, dass künftig (mehr) Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen entstehen.

Neben einer Beschäftigung in Unternehmen stellen die WfbM weiterhin die wesentlichste Beschäftigungsmöglichkeit für Menschen dar, „die auf Grund der Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können“.¹⁷³ Gesetzliche Grundlage für die Werkstätten sind insbesondere das SGB IX, die Werkstättenverordnung (WVO) und die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO). Die verschiedenen Aufgaben der Werkstatt sind in § 136 SGB IX beschrieben, wobei sie (auch) den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit entsprechenden Maßnahmen fördern soll. Die Werkstätten zielen mit ihren Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation oder Eingliederungshilfe sowohl auf Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen als auch auf psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen.

Berufliche Teilhabe für Menschen mit Behinderungen findet schon seit vielen Jahren außer in einer Werkstatt auch im Rahmen alternativer Beschäftigungsangebote statt. Bund und Länder fördern deshalb die Beschäftigung (schwer-)behinderter Menschen sowohl in speziellen Integrationsprojekten und/oder -betrieben als auch – im Sinne der Inklusion – durch verschiedene Programme und Maßnahmen in Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarkts (z. B. unterstützte Beschäftigung).

Beschäftigung und Arbeit

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, werden nach Angaben des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie im Jahr 2013 in Niedersachsen insgesamt 3.970 Werkstatt-Plätze (im Arbeitsbereich) für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen vorgehalten. Die Werkstatt-Plätze verteilen sich unterschiedlich zwischen den vier Regionen in Niedersachsen: Während die Regionen Weser-Ems (mit 0,86) erheblich und Braunschweig leicht (0,62) über dem Landesdurchschnitt von 0,61 Werkstatt-Plätzen je Tsd. EW ab 18 Jahren liegen, unterschreiten die Regionen Hannover und Lüneburg mit

¹⁷³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (Hrsg.). (2011). *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Berlin: BMAS. S. 43.

0,44 bzw. 0,46 Werkstatt-Plätzen je Tsd. EW ab 18 Jahren den Landesdurchschnittswert erheblich.

Im Jahr 2013 sind nach den Angaben des Niedersächsischen Landesamts für Soziales, Jugend und Familie insgesamt 4.866 psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen in niedersächsischen WfbM beschäftigt (s. Tab. 39). Auch hier kann festgestellt werden, dass sich die Inanspruchnahme der Werkstätten (bezogen auf je Tsd. EW ab 18 Jahre) zwischen den vier Regionen gravierend unterscheidet (s. Tab. 40).

Tab. 41: *Platzzahlen WfbM und Tagesstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Jahr 2013*

ehemalige Bezirke	Anzahl Plätze Tagesstätten		Anzahl Plätze WfbM*	
	Anzahl	je Tsd. EW ab 18 Jahre	Anzahl	je Tsd. EW ab 18 Jahre
Braunschweig	368	0,28	830	0,62
Hannover (mit Celle)	488	0,26	845	0,44
Lüneburg (ohne Celle)	235	0,19	566	0,46
Weser-Ems	507	0,25	1.729	0,86
Niedersachsen	1.598	0,25	3.970	0,61

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Stand: 31.10.2013); entnommen aus „Landespsychiatrieberichterstattung – Ergebnistelegamm und Tabellen für das Berichtsjahr 2013, S. 14. Die nach Landkreisen/Städten differenzierende Tabelle befindet sich im Anhang.

* Nur Arbeitsbereich in den WfbM für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen.

Auch bei dieser Darstellung ist nicht mit letzter Genauigkeit zu bestimmen, inwieweit die Erhebungen des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie den Status quo in den kreisfreien Städten und Landkreisen vollständig abbilden.

Tagesstrukturierende Angebote

Für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, die nicht in der Lage sind, in einer WfbM oder im Rahmen alternativer Beschäftigungsformen zu arbeiten (s. o.), werden in Niedersachsen wie auch in anderen Bundesländern Tagesstätten vorgehalten. Dort stehen Aspekte wie „Tagesstruktur“, „Stabilisierung“, „Herstellung sozialer Kontakte“ etc. im Vordergrund. Zum Angebotspektrum zählen – entsprechend der genannten Zielsetzungen – u. a. Gruppenangebote mit Blick auf Arbeit und Beschäftigung im kreativen Bereich, z. T. auch Selbstversorgung. Derzeit werden im Land Niedersachsen – wie aus den Zahlen des Niedersächsischen Landesamts für Soziales, Jugend und Familie für das Jahr 2013 hervorgeht (s. Tab. 41) – insgesamt 1.598 Tagesstätten-Plätze für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen vorgehalten. Im Unterschied zu den Werkstatt-Plätzen besteht bei den Tagesstätten-Plätzen – gemessen am Landesdurchschnitt von 0,25 Tagesstätten-Plätzen je Tsd. EW ab 18 Jahre – mit 0,19 (Lüneburg) bis 0,28 (Braunschweig) eine gleichmäßigere Verteilung zwischen den vier niedersächsischen Regionen.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (NBEA)

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (NBA), seit Anfang 2015 Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (NBEA) genannt, spielen seit vielen Jahren in Nieder-

sachsen eine wichtige Rolle für die Versorgung und Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, darunter – wenn auch begrenzt – für solche mit psychischen Erkrankungen.

Die wesentlichen rechtlichen Grundlagen für die NBEA (zunächst NBA) stellen die im Jahr 2002 verabschiedete „Verordnung über die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45b des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs“ (AnerkVO-SGB XI) sowie die erstmalig im Jahr 2004 erlassene „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben nach § 45c SGB XI“ dar, mit der die Anbieter direkt gefördert werden können (2013 erhielten 172 von 370 Anbietern von NBA eine Landesförderung).¹⁷⁴

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote sind Leistungen der Betreuung und Beaufsichtigung, die stundenweise durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer erbracht werden. Das Ziel der Hilfe ist die zumindest temporäre Entlastung pflegender Angehöriger. Durch die Nutzung von NBEA kann zudem eine stationäre Unterbringung oftmals vermieden, zumindest jedoch verzögert werden. Die NBEA können insbesondere von Menschen mit demenziellen und/oder psychischen Erkrankungen sowie von Personen mit einer geistigen Behinderung in Anspruch genommen werden, wenn nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) aufgrund der Erkrankung ein erhöhter Beaufsichtigungs- bzw. Betreuungsbedarf besteht. Die Betreuung kann sowohl in Einzelbetreuung in der Wohnung der Betroffenen als auch alternativ außerhalb der häuslichen Umgebung in einem Gruppensetting erfolgen. Die ehrenamtlichen Kräfte werden in ihrer Tätigkeit durch Fachkräfte angeleitet.¹⁷⁵

Zum Stand 1. Januar 2016 waren nach Angaben des MS insgesamt 428 Leistungsanbieter als niedrigschwelliges Betreuungsangebot bzw. Niedrigschwelliges Betreuungs- und Entlastungsangebot anerkannt. Auch wenn in jedem niedersächsischen Landkreis zumindest ein Angebot vorgehalten wird, stellt sich die Versorgungsstruktur auf der Ebene der kommunalen Gebietskörperschaften doch sehr unterschiedlich dar. NBEA werden von unterschiedlichen, wohlfahrtsverbandlich organisierten Leistungserbringern, vorgehalten, wobei das Spektrum mehrheitlich von i. e. S. pflegerischen Anbietern (ambulante Pflegedienste, Sozialstationen, Tagespflege und Altenpflegeheime) über Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe (z. B. der Lebenshilfen) bis zu Anbietern psychiatrischer Leistungen (Träger psychiatrischer Hilfen, APP, Ambulant Betreutes Wohnen, Vereine zur Betreuung psychisch kranker Personen) und Selbsthilfe (z. B. Alzheimer Gesellschaft) reicht.¹⁷⁶

Aus einem von der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AfS) initiierten Modellprojekt „EWINA – Effekte, Weiterentwicklung und Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten“ (Laufzeit Oktober 2010 bis September 2013)¹⁷⁷ können vor allem folgende Ergebnisse hervorgehoben werden:

¹⁷⁴ Die Richtlinie wurde letztmalig per Runderlass des MS mit Wirkung vom 01.01.2014 in Kraft gesetzt und läuft noch bis zum 31.12.2018.

¹⁷⁵ Siehe: http://www.ms.niedersachsen.de/themen/soziales/pflegeversicherung/niedrigschwellige_betreuungsangebote/niedrigschwellige-betreuungsangebote-mit-landesfoerderung-flaechendeckend-ausgebaut-14158.html (zuletzt aufgerufen am 22.12.2015).

¹⁷⁶ Siehe Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Informationen für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen. <http://www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de/index.cfm?uuid=594F78F0C2975CC8A0743-C0FFBE3DACD> (zuletzt aufgerufen am 22.12.2015).

¹⁷⁷ Vgl. Wolf, B., Ludewig, M. & Brandes, S. (2013). *Werkstatt Handbuch Niedrigschwellige Betreuungsangebote – Zentrale Handlungsfelder und Weiterentwicklungspotentiale*. Endbericht, Hannover: LVG & AfS. Stand: 07.11.2013, insbesondere S. 5 – 7.

- Im Zeitraum von 2007 bis 2012 hat sich die Zahl der Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsangebote um mehr als das Doppelte erhöht.
- Im gleichen Zeitraum hat sich die Anzahl ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer ebenfalls mehr als verdoppelt und liegt bei ca. 10.000 Personen.
- Im Jahr 2011 nahmen rd. 21.100 Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz NBA-Leistungen in Anspruch, wobei z. T. mehrere niedrigschwellige Angebote genutzt wurden.
- Die Zugänge zu den NBA ergeben sich vor allem aus der Beratung Betroffener durch professionelle Anbieter sowie der allgemeinen Informations- und Öffentlichkeitsarbeit der Dienste und Einrichtungen.
- Die Angebote richten sich überwiegend an demenzkranke Pflegebedürftige. Während sich das Angebot für demenzkranke und geistig behinderte Menschen in den letzten Jahren wenig verändert hat, hat sich die Anzahl spezifischer Angebote für psychisch kranke Personen insgesamt erhöht.
- Überproportional häufig werden NBA von Personen unterhalb der Pflegestufen und der Pflegestufe I in Anspruch genommen, wobei die Angebote häufiger von Frauen als von Männern genutzt werden.
- Bei rd. 75 % aller im Rahmen von NBA betreuten Personen besteht bereits zu Beginn der Inanspruchnahme die Diagnose Demenz, wobei ca. die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer zwischen 80 und 89 Jahren alt ist.
- Unter den Nutzenden von NBEA waren z. B. pflegende Ehemänner sowie Migrantinnen und Migranten unterrepräsentiert.

Die Untersuchung zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2011 verweist darauf, dass komplementäre und beratende Angebote im Leistungsspektrum des SGB XI bisher nur von einem Teil der leistungsberechtigten Pflegebedürftigen genutzt werden. So werden Niedrigschwellige Betreuungsangebote lediglich von 22 % der berechtigten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Anspruch genommen.¹⁷⁸

Eine geringe Inanspruchnahme von komplementären Angeboten hängt u. a. mit mangelnden Informationen bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie mit einer geringen Vernetzung unter den Anbietern und den verschiedenen Versorgungsbereichen zusammen. Notwendig sind daher verstärkte Informationen über die Angebote durch MDK, Fachpersonen und Dienste. Insgesamt sollten in Niedersachsen die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote und ihre Nutzung weiter ausgebaut werden, da sie für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und ihre Angehörigen dazu beitragen können, konstitutive Grundsätze pflegerischer und/oder psychiatrischer Versorgung wie gesellschaftliche Teilhabe, Sozialraumorientierung, Partizipation und Inklusion umzusetzen.

¹⁷⁸ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin: BMG, S. 68.

5.4.4.3 Umsetzung personenzentrierter Hilfen durch Umsetzung einer individuellen Gesamt- und Zielplanung

Nicht nur im (teil-)stationären und ambulanten Behandlungssektor, sondern insbesondere im außer-/nachstationären, tagesstrukturierenden, beschäftigungsorientierten und Wohn-Bereich ist die Frage von Bedeutung, was die von psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung betroffenen Menschen längerfristig an Hilfen erhalten sollten, damit nicht nur Besserung und Linderung eintreten, sondern auch Grundsätze wie Integration, Teilhabe und Inklusion personenzentriert ihre Bedeutung entfalten können. Wesentliche Instrumentarien und Steuerungsmöglichkeiten wurden dazu bundesweit im Verlauf der letzten 20 Jahre vorgeschlagen und entwickelt. Im Kern richten sich diese auf eine personenzentrierte Verknüpfung der Maßnahmen und auf deren Koordination in einem Netzwerk bzw. Verbundsystem. Auch im Land Niedersachsen wird der Umsetzung personenzentrierter Hilfen durch individuelle Zielplanung, die gesamthaft in der Hand des örtlichen Trägers liegt, schon seit vielen Jahren eine große Bedeutung zugemessen.

Seit 2009 soll in Niedersachsen die individuelle Zielplanung – so die Handlungsempfehlung der AG 2a zum Quotalen System, die im Auftrag des Gemeinsamen Ausschusses für die Kommunen erstellt wurde – auf Basis des „2. Leitfadens zur individuellen Zielplanung im Rahmen des Gesamtplans für Menschen mit Behinderung“¹⁷⁹ erfolgen. Der Leitfaden soll den „Trägern der Sozialhilfe in der täglichen Praxis eine Hilfestellung bei der Einzelfallsteuerung geben – insbesondere bei der Aufstellung und Fortführung der Planung gem. § 58 SGB XII (Gesamtplan) und anderer Vorschriften.“¹⁸⁰ Die Umsetzung der Zielplanung soll sich an folgenden Grundsätzen orientieren:

1. *Bedarf*: Grundlage der Zielplanung ist der Bedarf der leistungsberechtigten Person; der Bedarf leitet sich ab aus der (drohenden) wesentlichen Einschränkung der Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben und orientiert sich an den individuellen Zielen i. S. der §§ 53 ff. SGB XII. Für die Bedarfsermittlung und -feststellung sind qualifizierte Kenntnisse zur gesundheitlichen Situation, die medizinischen Diagnosen nach ICD 10 ebenso erforderlich wie Einschätzungen zu den damit verbundenen Störungen, konkreten Einschränkungen der Teilhabefähigkeit und den individuell relevanten Kontextfaktoren im Sinne der ICF.
2. *Zielorientierung*: Ausgangs- und Bezugspunkt der Zielplanung ist die Festlegung von Grob- und Feinzielen, die mit den leistungsberechtigten Personen vereinbart werden. Die Bildung der Ziele orientiert sich an den S.M.A.R.T-Kriterien. Im Rahmen der Fortschreibung der Zielplanung werden die vereinbarten Ziele dahingehend überprüft, ob sie erreicht bzw. ob die gewünschten Wirkungen erzielt wurden.
3. *Personenorientierung*: Die leistungsberechtigte Person steht im Mittelpunkt der Zielplanung, d. h., ihre Kompetenzen, Interessen und Ressourcen sind in der Bedarfsermittlung und -feststellung umfassend zu berücksichtigen.
4. *Transparenz*: Der Prozess der Zielplanung ist für alle Beteiligten offen und transparent zu gestalten.

¹⁷⁹ Siehe dazu im Einzelnen Arbeitsgruppe 2a zum Quotalen System Version I/2009, 2. Leitfaden zur individuellen Zielplanung im Rahmen des Gesamtplans für Menschen mit Behinderung – Handlungsempfehlung für kommunale Träger der Sozialhilfe im Land Niedersachsen, erste Veröffentlichung I/2009. Dieser Leitfaden ist von der Arbeitsgruppe auf der Grundlage des damaligen „Leitfadens zur individuellen Hilfeplanung im Rahmen des Gesamtplans für Menschen mit Behinderungen im Land Niedersachsen“ überarbeitet und den Kommunen zur Umsetzung empfohlen worden.

¹⁸⁰ Ebenda, S. 3.

5. *Interdisziplinarität*: In der Zielplanung arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen aus Medizin, Verwaltung, Heil- und Sozialpädagogik sowie Psychologie eng zusammen.
6. *Regionalität*: Eine bedarfsgerechte Hilfestellung setzt ein vielseitiges Angebot auf regionaler Ebene voraus. Deshalb ist es wichtig, die Schaffung passgenauer Angebote auf eine regionale Bedarfs- und Angebotserhebung (Sozialplanung) zu stützen.¹⁸¹

Aus den verschiedenen von FOGS/ceus consulting geführten Gesprächen sowie vorliegenden Materialien ergeben sich Hinweise dafür, dass die Umsetzung der Ziel- und Gesamtplanung nach wie vor in den niedersächsischen Kommunen uneinheitlich erfolgt. Bspw. stellt Landmann u. a. fest, dass „in den vergangenen Jahren die Ermittlung des Hilfebedarfs in Form sogenannter Hilfeplankonferenzen in [...] einzelnen Landkreisen heterogener geworden“ und „zu ungleicher Behandlung von Ansprüchen geführt“ habe.¹⁸² Auch wird die ICF nicht überall angewendet. Aus diesem Grund wird gefordert, zur einheitlichen Umsetzung der Gesamt- und Zielplanung eine landesweite Regelung zu treffen.¹⁸³

Zugleich weist der Evaluationsbericht für die Erprobung einer neuen Aufgabenverteilung zwischen dem überörtlichen Träger und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe in der Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse darauf hin, dass die einheitliche „Einführung einer personenzentrierten Hilfe- oder Zielplanung bei den MVK (Modellversuchskommunen) mit zusätzlichem und qualifiziertem Personal [...] Ursache dafür [ist], dass für die Leistungsberechtigten der individuelle Hilfebedarf ermittelt und passgenaue Hilfen entsprechend der vor Ort bekannten Leistungen [...]“ angeboten werden konnten.¹⁸⁴

5.4.4.4 Zwischenbewertung

Im Verlauf der letzten zwanzig Jahre konnten in Niedersachsen vielfältige und differenzierte Teilhabestrukturen für psychisch kranke und seelisch behinderte Personen geschaffen werden. Vor allem ambulante (Wohn-)Angebote wurden sowohl in ländlichen Regionen als auch in Ballungszentren erheblich ausgebaut, sodass dem gesetzlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ verstärkt Geltung verschafft werden konnte. Im Bereich Arbeit und Beschäftigung konnten die Werkstätten entflochten und auf die spezifischen Bedarfslagen und Interessen psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen ausgerichtet werden.

Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass in Niedersachsen nahezu flächendeckend tagesstrukturierende Angebote (Tagesstätten) vorgehalten werden (s. o.). Zudem wurde das Netz an Kontaktstellen und Selbsthilfe-Treffpunkten erheblich ausgebaut.

Sozialpsychiatrische Verbünde spielen eine wesentliche Rolle für die institutionelle und fallbezogene Vernetzung von Angeboten, die auf die Teilhabe psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen zielen.

¹⁸¹ Vgl. ebenda, S. 6-13.

¹⁸² Landmann, A., Schorse, M. & Wolking, J. (2013). Bereich Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen (B3). In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen* (Jahrbuch 2013, Bd. 6, S. 57 – 66). Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 61.

¹⁸³ Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bietet regelmäßige Schulungen zum Gesamtplan, der auch die Zielplanung umfasst, an. Diese Schulungen werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommunen gut angenommen.

¹⁸⁴ Vgl. Landkreise Emsland, Harburg, Oldenburg, Schaumburg, Diepholz, Hildesheim, Osnabrück und Verden (Hrsg.). (2015). Evaluationsbericht über den Modellversuch für die Erprobung einer neuen Aufgabenverteilung zwischen dem überörtlichen Träger und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe und zukünftige Entwicklungspotentiale.

Gleichwohl wurde aus unterschiedlichen Perspektiven und von verschiedenen Akteuren (vor allem Psychiatrieerfahrene sowie Vertreterinnen und Vertreter der Leistungsanbieter) u. a. auf folgende Schwachstellen/Verbesserungs-/Entwicklungsbedarfe hingewiesen:

- Grundsätzlich wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Personen ein ausreichender Zugang zum allgemeinen Wohnungs- und Arbeitsmarkt fehlt.
- Die Zahl geschlossener Heimplätze (auch außerhalb von Niedersachsen) hätte stark zugenommen.¹⁸⁵
- Nach wie vor wird erheblicher (zusätzlicher) Bedarf an ambulanten (Wohn-)Angeboten gesehen sowie Bedarf nach deren zielgruppen- und bedarfsspezifischer Weiterentwicklung. Vor allem für spezifische Zielgruppen (u. a. ältere psychisch kranke und seelisch behinderte Personen, jüngere Betroffene, verhaltensauffällige psychisch kranke und seelisch behinderte Personen und psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen mit Migrationshintergrund) fehlen (ambulante) Angebote.
- Im Hinblick auf das Ambulant Betreute Wohnen sollte künftig durch die Kommunen (als zuständiger örtlicher Träger der Sozialhilfe) und ihre Spitzenverbände sichergestellt werden, dass adäquate Rahmenbedingungen (u. a. durch eine ausreichende Stellenausstattung, die Qualifizierung der Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner in den Methoden des Fallmanagements) geschaffen und vergleichbare fachliche Standards umgesetzt werden.
- Insbesondere mit Blick auf den Personenkreis der chronisch psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen ist das Angebotsspektrum unzureichend.
- Für ältere, sowohl aus den WfbM aber auch aus anderen Arbeits- und Beschäftigungskontexten ausscheidende, Personen werden künftig verstärkt tagesstrukturierende oder andere Angebote benötigt.
- Bedarf besteht zudem nach (mehr) alternativen Arbeits- und Beschäftigungsangeboten (Integrationsbetriebe/-projekte¹⁸⁶, Zuverdienst-Firmen) für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, mit angemessener finanzieller Ausstattung.
- Die Regelungen zur Kostenteilung zwischen örtlichem und überörtlichem Träger der Sozialhilfe setzen zwar Anreize für den Ausbau ambulanter Hilfen durch die Kommunen, sind in der Handhabung jedoch kompliziert und wenig transparent. Die Verortung der Zielplanung vor Ort und aus einer Hand ist zu begrüßen. Doch verweisen die Unterschiede in der Umsetzung von Hilfebedarfsermittlung und Zielplanung zwischen den Kommunen und die damit einhergehenden ungleichen Lebensverhältnisse der Leistungsberechtigten auf Ressourcen- und Kompetenz-/Qualifikationsprobleme vor Ort sowie generell auf Weiterentwicklungsbedarfe.

Insgesamt müssten mit Blick auf den Personenkreis der psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen die Vernetzung zwischen den einzelnen Versorgungsbausteinen intensiviert und die nach wie vor vorherrschende Institutionszentrierung des Hilfesystems überwunden werden.

¹⁸⁵ Diese Einschätzung resultiert insbesondere aus den Diskussionen in der Fachkommission und aus Hinweisen von Betroffenen und Angehörigen.

¹⁸⁶ Die Anzahl der Integrationsprojekte ist im Land Niedersachsen immerhin von 23 im Jahr 2011 auf 42 im Jahr 2015 gestiegen.

5.4.5 Vorrangige Handlungsfelder/-empfehlungen zur Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Erwachsener

Im Folgenden werden Handlungsfelder benannt, die für die Weiterentwicklung und/oder Stabilisierung des in Niedersachsen erreichten psychiatrischen Versorgungsniveaus für erwachsene psychisch kranke und seelisch behinderte Personen (besonders) relevant sind. Der Landespsychiatrieplan soll umsetzungsorientiert angelegt sein, insofern kann nur eine begrenzte Zahl von Handlungsfeldern mit der notwendigen Intensität und der Aussicht auf Erfolg bearbeitet werden. Dem wird durch die Auswahl und die Begrenzung auf die im Folgenden dargestellten Handlungsfelder Rechnung getragen, die nach und nach mit konkreten Projekten bearbeitet werden sollten.

Die Größe des Landes Niedersachsen mit seinen erheblichen Disparitäten im Versorgungsniveau sowie der Vielgestaltigkeit der kommunalen Landschaft machen es notwendig, die praktischen Ausgestaltungen der Lösungen für jedes Handlungsfeld an die jeweiligen kommunalen Notwendigkeiten, Gegebenheiten, Haltungen und Traditionen anzupassen. Vorgebliche Patentrezepte, die gleichermaßen in allen Regionen des Landes zur Umsetzung übernommen werden können, dürften die Ausnahme bilden. Diese Ausgangslage führt zwangsläufig dazu, die Handlungsfelder eher „funktional“ zu formulieren und sie so strukturell lösungs- bzw. gestaltungsoffen zu halten.

Grundsätzlich gilt für die Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen (ebenso wie für jene von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen), dass ihnen entsprechend ihrer individuellen Verfasstheit als Mann, Frau oder Trans*person, als jüngerem oder älterem Menschen, nach sozialer Lage und Herkunft zu begegnen ist. Sie haben ein Recht auf umfassende Aufklärung und auch unabhängige Beratung. Bei Behandlung und Betreuung sind ihnen je geeignete Formen von Ansprache und Betreuung/Behandlung zu gewähren. Beispielsweise ist das Vorgehen prinzipiell zu erläutern und mit den Betroffenen gemeinsam zu entscheiden. Menschen aus anderen Kulturkreisen muss oftmals sehr viel ausführlicher und häufiger Erläuterung angeboten werden.

Vorrangige Handlungsfelder im Zeitraum der nächsten fünf bis zehn Jahre

a) Prävention und Frühintervention

- Zur Vermeidung (längerer) Erkrankung und insbesondere angesichts der Entwicklung von Krankentagen und Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen muss der Früherkennung und 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. Die Früherkennung psychischer Erkrankungen ist verstärkt in den Blick zu nehmen und zu etablieren (auch am Arbeitsplatz im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und unter Einbeziehung der Hausärztinnen und Hausärzte).
- Die Frühintervention zur Verhinderung von Krankheitsverschlimmerung und Chronifizierung ist zu sichern, auch um sozial desintegrierende Krankheitsfolgen zu verhindern/zu mildern und die sozialstaatlichen Anschlussysteme Gesetzliche Rentenversicherung („Frühverrentung“) und Eingliederungshilfe zu entlasten; geeignete Maßnahmen müssen sich bspw. auf eine Vermeidung von Wartezeiten beim Zugang zu psychiatrisch fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen richten.

- Überall dort, wo psychisch kranke Personen betreut werden, die Kinder haben und mit ihnen zusammenleben, sollen diese in ihrer Elternfunktion wahrgenommen, gesprochen 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.

b) Ausbau und Erhalt ambulanter und tagesklinischer Behandlung und Betreuung

- 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. Dort, wo entsprechender Bedarf besteht, sollten kurze Wege durch den dezentralen Aufbau weiterer tagesklinischer Angebote im Rahmen der Krankenhausplanung und den Aufbau weiterer psychiatrischer Institutsambulanzen in der Fläche fortgesetzt werden. Dabei muss jedoch die lokal bestehende Versorgungssituation berücksichtigt werden, um mögliche Nachteile (Konkurrenz, Doppelstrukturen, falsche Anreize) zu vermeiden.
- Die im Rahmen der Diskussion und aktuell seit dem Ergebnis des Strukturierten Dialogs auf Bundesebene vom 18. Februar 2016 zur veränderten Ausgestaltung des bisher geplanten Entgeltsystems für die stationäre Versorgung („PEPP“) sich abzeichnenden Lösungen, insbesondere die Einführung von Home-Treatment, sollten offensiv umgesetzt werden. Nach diesen Vorstellungen wird die Möglichkeit geschaffen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in deren häuslichen Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen.¹⁸⁷
- Mit APP und 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. Regional vorhandene Lücken der APP sollten zügig geschlossen und Zugangshürden gesenkt werden, Dokumentation und Qualitätssicherung sollten verbessert werden und APP-Strukturen in die landesweite Berichterstattung einfließen. Bzgl. NBEA ist vor allem zu fordern, dass dieses Modell verstärkt

¹⁸⁷ Siehe Krüger, U. (2016). PEPP ist weg – Kurswechsel beim Entgeltsystem, *Psychosoziale Umschau*, 2, 21-22.

auch jüngeren Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu Gute kommt. Geprüft gute Elemente aus den IV-Modellen sollen in die Regelversorgung integriert werden.

c) *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 Kommunen/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 Kommune/Region geprüft werden. Unter bestimmten Gegebenheiten kann auch die KV-Ermächtigung einer Ärztin bzw. eines Arztes des SpDi zur Behandlung eine Lösung darstellen.
- Eine grundlegende Funktionsbeschreibung der Sozialpsychiatrischen Dienste, an der sich die Kommunen in Niedersachsen orientieren sollten, umfasst (mindestens) folgende Aufgabenfelder:¹⁸⁸
 - *Niederschwellige Beratung und Betreuung* für Menschen mit psychischen (und sozialen) Problemen und deren Angehörigen, Vermittlung wohnortnaher Unterstützungsmöglichkeiten sowie längerfristige Betreuung (aufsuchend und ggf. nachgehend) von chronisch und schwer psychisch erkrankten Menschen, die von den Angeboten des Regelsystems nicht (mehr) erreicht werden.
 - *Krisenintervention und Zwangseinweisung* sollen durch den SpDi dann durchgeführt werden, wenn andere (eigentlich vorgesehene) Dienste nicht zuständig bzw. nicht (rechtzeitig) verfügbar sind.
 - *Planung und Koordination von Einzelfallhilfen* für Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen im Rahmen einer Gesamtplanung. SpDi können diese Aufgabe aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz und Unabhängigkeit sowie ihrer differenzierten Kenntnis der Unterstützungsmöglichkeiten im Sozialraum am besten erfüllen.
 - *Netzwerkarbeit und Steuerung im SpV* mit dem Auftrag der Kommune, für eine Vernetzung der verschiedenen (teils konkurrierenden) Akteure und für eine neutrale und übergreifend gesteuerte Angebotsentwicklung zu sorgen.
- Kommunen und Land wird empfohlen, gemeinsam Standards für die SpDi zu erarbeiten. Die personelle Ausstattung der Dienste sollte dann diesen und den jeweiligen spezifischen Aufgaben entsprechend sein.

d) *Verbesserung der personenzentrierten Behandlungs-/Betreuungsorganisation*

Grundsätzlich gilt für die psychiatrische Versorgung – ob von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen oder alten Menschen, dass die Hilfen die je spezifische Situation ihrer Kli-

¹⁸⁸ Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste (2013). Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und Sozialraum-bezogenen Psychiatrie! *sozialpsychiatrische informationen*, 1, 57-58.

entel beachten und berücksichtigen sowie Zugänge, Beratung, Betreuung und Behandlung entsprechend gestalten.

- Um den Diensten Standards für eine angemessene gender- und kulturbezogene Angebotsgestaltung an die Hand zu geben, wird die Erarbeitung von Leitlinien einer diversitätsgerechten psychiatrischen Versorgung bzw. von zwei separaten Leitlinien (für eine gendergerechte und für eine kultursensible Versorgung) angeraten. In diesen Leitlinien sind Fragen der Zugangsgestaltung und von Wahlmöglichkeiten der Klientinnen und Klienten aufzugreifen sowie die förderliche Gestaltung von Räumlichkeiten und Angebot. Zu beachten sind aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Wechselwirkungen zwischen Geschlecht bzw. ethnischer Herkunft und Medikation. Weitere Aussagen sollen adäquater Personal- und Organisationsentwicklung inkl. einer Dokumentation, die eine entsprechende Zielüberprüfung ermöglicht (in den Diensten und in den Regionen/im Land) sowie regionalen Kooperationen und zielgruppengerechter Öffentlichkeitsarbeit gelten.
- 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 Zuständigkeit der Kommunen eingeführt werden. Dies soll durch Angebotsentwicklung zur Beseitigung von Angebotslücken bzw. Zugangsbarrieren flankiert werden.
- In Anlehnung an die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“¹⁸⁹ wird die Etablierung gemeindepsychiatrischer, teambasierter, multiprofessioneller ambulanter Behandlungsangebote in definierten Regionen im Rahmen von Gemeindepsychiatrischen Zentren GPZ empfohlen. Die organisatorische und vertragliche Ausgestaltung muss den jeweiligen örtlichen Anforderungen und Möglichkeiten Rechnung tragen. Die multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams sollen die Betroffenen wohnortnah und aufsuchend behandeln sowie Angehörige unterstützen. Dem SpDi kommt hierbei eine herausgehobene Rolle zu. Ein aufsuchendes Behandlungsangebot soll mindestens dann zeitnah zur Verfügung stehen, wenn Behandlungsabbrüche und andere Krisen drohen. Bei der Umsetzung dieser Organisationsform sollte sich Niedersachsen an bestehenden, erfolgreichen Organisations-/Finanzierungsmodellen Gemeindepsychiatrischer Verbundlösungen für aufsuchende multidisziplinäre Teams orientieren. 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.
- Hilfen in Krisen sind zu verbessern. Dabei sind zum einen in Zusammenhang mit den o. g. Behandlungsangeboten eine umfassende Erreichbarkeit – auch und gerade abends/nachts und am Wochenende – über verbindliche Krisendienstregelungen sicherzustellen. Dabei sind jedoch zum anderen 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. Ggf. sind kommunenübergreifende Lösungen zu erarbeiten. Krisenhilfe ist in den Kommunen zu organisieren und vom Land zu unterstützen und in der Umsetzung zu überprüfen.

¹⁸⁹ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Falkai, P. (Hrsg.). (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 16.

- Geistig behinderte Menschen haben, wie alle Menschen mit psychischen Problemen Anspruch auf bedarfsgerechte psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Um ihre derzeit defizitäre Versorgung zu verbessern, wird angeregt, den Zugang zu und die Behandlung bei Hausärztinnen und Hausärzten und niedergelassener psychiatrischer Versorgung als Basisversorgungssysteme zu qualifizieren. Hierfür sind Sensibilisierung, Abbau von Berührungängsten, Motivation und Kompetenzaufbau (grundständige Ausbildung, Weiterbildungscurricula, Fortbildungen) ebenso notwendig wie eine adäquate Finanzierung von Diagnostik und Behandlung, inkl. aufsuchender Arbeit.
- Das schon vorbereitete Konzept „Kompetenzteams für intelligenzgeminderte Behinderte mit psychischen Erkrankungen“ soll zügig realisiert werden – für alle Altersgruppen. Hierfür sind regional multiprofessionell besetzte Teams mit entsprechendem Fachwissen aufzubauen, die in schwierigen Fällen helfen, eine verbesserte Vernetzung von Einrichtungen fördern sowie Teams fortbilden können. Die Kompetenzteams sollen keine neue Versorgungseinrichtung darstellen, sondern beratend aus ihren jeweiligen Kontexten heraus tätig werden. Der Aufbau der Teams soll örtlich erfolgen, jedoch überregional durch das MS koordiniert werden. Für die Umsetzung wird jedoch angeraten, dass die Kompetenzteams nicht erst nach Nutzung von Regelversorgung tätig werden können, sondern ggf. auch dann, wenn anders keine adäquate Hilfe möglich ist. Zudem sollten die Teams nicht nur durch Institutionen angerufen werden können, sondern auch durch die betroffenen Menschen selbst oder ihre Angehörigen.
- Schließlich wird empfohlen, die Psychotherapie-Richtlinien für geistig behinderte Menschen entlang der Empfehlungen der DGSGB flexibel auszulegen und dabei sowohl aufsuchende als auch krisenbezogene Hilfen zu ermöglichen.¹⁹⁰

e) *Reduzierung von Zwangsmaßnahmen*

- Empfohlen wird die dauerhafte Einführung eines Registers zu Einweisungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Psychiatrieberichterstattung und ein Monitoring der Ergebnisse in Land und Kommunen und den zuständigen Gremien
- Des Weiteren wird empfohlen, innovative Ansätze (Modellprojekte) zur weitest gehenden Vermeidung von Zwangsbehandlung im psychiatrischen Hilfesystem zu implementieren. Neben den u. g. Verbesserungen im Bereich Krisenintervention und dem Aufbau alternativer Angebote (Soteria, Weglaufhäuser etc.) gehören dazu bspw. die – trialogische – Neugestaltung des innerklinischen Entscheidungsprozedere und der Einsatz bzw. die Empfehlung von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen.¹⁹¹
- 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“).

¹⁹⁰ Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (2015). *Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der PT-Richtlinien*. Schreiben an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 16.11.2015.

¹⁹¹ Vgl. dazu u. a. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – DGPPN (Hrsg.). *Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen* – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN vom 23. September 2014.

f) 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 konsequent fortgesetzt werden. Bei der zielgruppen- und bedarfsspezifischen Weiterentwicklung (z. B. für jüngere, verhaltensauffällige und ältere psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen) ambulanter Wohnangebote sollten vor allem folgende Grundsätze berücksichtigt werden:
 - Die Betroffenen sollten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen gemeinde-integrierten Wohnformen haben
 - Wohnen sollte individuellen Wünschen entsprechen und selbstbestimmte Formen der Betreuung ermöglichen
 - Wohnangebote sollen flexibel und durchlässig sein und alters- und lebenssituationsbedingte Veränderungswünsche berücksichtigen
- Die schon vorliegenden Überlegungen¹⁹² zu Standards für Ambulant Betreutes Wohnen sollten zügig von den dafür zuständigen Akteuren (vor allem Kommunen und Leistungsanbieter) eingeführt bzw. umgesetzt werden.
- Träger der größeren stationären Wohneinrichtungen sollten die in den letzten Jahren bereits begonnenen Dezentralisierungsbemühungen intensivieren.
- Zu fordern ist, mehr Engagement/Unterstützung für den Erhalt von Arbeitsplätzen, Prävention von Arbeitsplatz-Verlust und betriebliches Wiedereingliederungs-Management (finanziert über Krankenkassen und Rentenversicherung). Schon aus der Klinik heraus sollten Patientinnen und Patienten auf Wunsch Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes bekommen. Generell sollte die Psychiatrie die arbeitsrechtlichen Möglichkeiten stärker in den Blick nehmen (Fortbildung) und Betroffene dazu beraten und diesbezüglich unterstützen. Notwendig sind hier des Weiteren Anreize für Arbeitgeber und die Qualifizierung von Betriebsräten und Schwerbehindertenvertretungen für das Thema psychische Erkrankung.
- Vorrangige Leitlinie der Maßnahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen sollte zukünftig sein: „first place, then train“. International bereits erfolgreich erprobte Strategien, wie z. B. „Individual Placement und Support System“ sollten auch in Niedersachsen erprobt und auf die hier gegebenen Bedingungen angepasst werden. Hierzu sollten Modellprojekte durchgeführt und erfolgversprechende Wege dauerhaft implementiert werden.
- Künftig sollte für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen das Budget für Arbeit bekannter gemacht und verstärkte 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.¹⁹³
- Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen (insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung) sollte eingehend geprüft werden, ob der in den letzten Jahren in Nieder-

¹⁹² Vgl. dazu im Einzelnen vor allem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, Standards für das ambulant betreute Wohnen – Handreichung für die Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise und kreisfreien Städte Niedersachsens (Entwurf: 25. Februar 2015).

¹⁹³ Vgl. dazu auch Diakonie Deutschland, Gesamtverband der Suchthilfe e. V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Hrsg.). (2015). *Personenzentrierte Unterstützungsleistungen zur Teilhabe für psychisch und suchterkrankte Menschen – Ideen zur Differenzierung, Flexibilisierung und transparenten Steuerung*. Positionspapier der Diakonie Deutschland, des Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe und des Gesamtverband für Suchthilfe.

sachsen eingeschlagene Weg, die Zahl der Integrationsprojekte sukzessive zu erhöhen, fortgesetzt wird. In vergleichbarer Weise sollten auch Zuverdienst-Projekte verstärkt gefördert werden. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund des zukünftig zu erwartenden steigenden Bedarfs an Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen.

- Für Menschen, die nicht in der WfbM arbeiten möchten, sind verstärkt andere bzw. unterstützte Arbeitsmöglichkeiten zu fördern/zu schaffen. Dies setzt allerdings (auch) eine stärkere Bereitschaft privater Unternehmen voraus, Menschen mit Behinderungen zu beschäftigen bzw. entsprechende Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen. Vorhandene Bedenken oder gar Ängste auf Arbeitgeberseite (Arbeitnehmerüberlassung, besonderer Kündigungsschutz) sollten dabei gezielt angesprochen und ausgeräumt sowie Arbeitgeber und Beschäftigte begleitend unterstützt werden.
- 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. Die Stellung der Werkstatt-Räte in den WfbM sollte durch die zuständigen Akteure gestärkt werden.
- Die bestehende Möglichkeit zu Teilzeitarbeit in WfbM sollte auch Werkstatt-Beschäftigten entsprechend ihrer Vorstellungen ermöglicht werden. Zudem sollte Werkstattbeschäftigten, die nach Erreichen der Regelaltersgrenze weiter in der WfbM tätig sein möchten, dieses ermöglicht werden, wenn ein entsprechendes Leistungsvermögen gegeben ist (auch als befristete und ggf. verringerte oder geringfügige Weiterbeschäftigung, in Senioren- oder Entlastungsgruppe).
- Mit Blick auf die Zielgruppe der älteren, aus WfbM oder anderen Beschäftigungskontexten ausscheidenden Personen sollte in Niedersachsen – gemeinsam mit Leistungsanbietern und Leistungsträgern – analysiert werden, welche konzeptionellen Vorstellungen und Angebote künftig eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen können.¹⁹⁴

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.

Artikel 30 der UN-BRK beschreibt dieses Handlungsfeld: Es umfasst sowohl den Zugang zu kulturellem Material in barrierefreien Formaten als auch den barrierefreien Zugang zu „Orten kultureller Darbietungen und Dienstleistungen“.¹⁹⁵ Zudem sollen das kreative Potenzial von 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 Maßnahmen¹⁹⁶ zurückgegriffen werden kann.

¹⁹⁴ Vgl. Schu, M., Kirvel, S. & Oliva, H. (2014). *Tagesstruktur und Tagesgestaltung für ältere Menschen mit Behinderung*. Abschlussbericht für das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie in Rheinland-Pfalz. Köln: FOGS.

¹⁹⁵ Netzwerk Artikel 3 e. V. (Hrsg.). (2010). *Schattenübersetzung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. Berlin: Netzwerk Artikel 3 e. V., S. 29.

¹⁹⁶ Bspw. das Hamburger Projekt Kulturschlüssel. Zu weiteren Initiativen siehe www.inklusionslandkarte.de/IKL/Startseite/Startseite_node.html (zuletzt aufgerufen am 04.01.2016).

5.5 Der ältere Mensch: Konzept und Bedarfe

Die Darstellung und Auseinandersetzung mit der Frage, was für ältere Menschen unter Maßgabe einer Landespsychiatrieplanung zu analysieren und zu empfehlen ist, verlangt zunächst eine nähere Eingrenzung, von wem und von was überhaupt die Rede sein soll und welche Themen und Versorgungsaspekte aufzugreifen sind. Diese Frage ist nicht trivial, im Gegenteil, sie gehört angesichts der demografischen Entwicklung zu den hauptsächlichsten Herausforderungen unserer Gesellschaft. Dies würdigt auch die Koalitionsvereinbarung von 2013, in der der gerontopsychiatrischen Versorgung ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Die Ausführungen nehmen in diesem Landespsychiatrieplan aber auch deshalb viel Raum ein, da die Versorgung(-sbedarfe) psychisch veränderter und psychisch kranker älterer Menschen über die gerontopsychiatrische Versorgung i. e. S. hinaus auch konzeptionell und im Kontext darüber hinausgehender Versorgungsthemen betrachtet werden.

Die demografische Entwicklung, die eine Gesellschaft mit den hier anstehenden Fragen in besonderer Weise konfrontiert, ist hochdynamisch verlaufen: Das 20. Jahrhundert zeitigte die bisher in der Menschheitsgeschichte größten Veränderungen, was die Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und faktischen Entwicklungen betrifft, älter zu werden. Mindestens gilt dies für die westliche Welt und insbesondere auch für Deutschland: Vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung in Deutschland ab Geburt bei Frauen von 48,3 auf 83,3 Jahre, bei Männern von 44,8 auf 78,6 Jahr erhöht. In keinem Jahrhundert zuvor und voraussichtlich auch nicht im 21. Jahrhundert hat sich diese Dynamik, dieser „Sprung“ bei den durchschnittlich gewonnenen Jahren so gezeigt bzw. wird sich so zeigen, wobei der Abstand zwischen den Geschlechtern in der Lebenserwartung – 3,5 bis 4,5 Jahre mehr für Frauen – über 100 Jahre in etwa konstant geblieben ist.

Damit in Verbindung ist es von erheblichem Belang, dass sich die Sozialversicherungssysteme des Gesundheits- und Rentenwesens mit dieser Dynamik weitgehend nicht synchron entwickelt haben: Die Krankenversicherung basiert einnahmebezogen nach wie vor und im Kern auf der Erwerbstätigkeit, obwohl sich das Verhältnis Erwerbstätige zu Rentnerinnen/Rentnern schon seit Jahrzehnten deutlich verändert hat. Eine Pflegeversicherung wurde erst ab 1995 etabliert, die Flexibilisierung bzw. Ausdehnung der Grenze: Rentenbezug ab 65 erfolgte schließlich zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Ohne hier ins Detail gehen zu können, verweisen allein diese Fakten darauf, dass die Fragen, mit welchem Konzept die Gesellschaft dem Alter, der gestiegenen und voraussichtlich weiter steigenden Lebenserwartung begegnet und welche Versorgungsbedarfe konkret welche Gruppen bei insgesamt steigenden Anteilen an chronischen Erkrankungen haben, keinesfalls befriedigend beantwortet sind.

Jedoch muss andererseits sehr deutlich unterstrichen werden, dass die gestiegene Lebenserwartung in hohem Maße mit einem erheblichen, objektiv und subjektiv auch so empfundenen Gewinn an vielfach gesunden Jahren verbunden war und ist. Das Konzept vom Altern und die Sichtweise darauf haben sich folglich geändert. Menschen bleiben heute vielfach bis ins hohe Alter gesund, leistungsfähig, lebensfroh, agil und kompetent. Vom „alten“ Menschen wird heute i. d. R. erst ab dem Alter von 75 bis 80 Jahren gesprochen, ab dem die Einschränkungen im Lebensvollzug – im Schnitt betrachtet – deutlicher in den Vordergrund rücken, wobei die Festlegungen von derartigen Altersgrenzen je nach Kriterien-Wahl hierfür in der Fachdiskussion und in der Statistik schwanken können, folglich erfolgt auch hier keine abschließende Fixierung solcher Grenzen. Eingebürgert haben sich Begriffe wie „junge Alte“, „best ager“, „silver age“ (bis z. B. 80 Jahre) oder generell die Begriffe „Seniorin/Senior“, die vom lateinischen Wortstamm her betrachtet eher auf ein

zeitliches Stufengeschehen verweisen. Das bedeutet aber auch, dass sich das Bild vom Alter ändern muss; Defiziten, die im Alter zwangsläufig auftreten, muss das Bild von erhalten gebliebenen, auch intellektuellen Fähigkeiten („Altersweisheit“) entgegeng gehalten werden. Das betrifft auch z. B. Aspekte der Ausbildung im Bereich Altenpflege.

Welche Entwicklung die einzelnen Menschen ab 65 nehmen, ist allerdings kaum zu prognostizieren, sondern hier greifen höchst individuelle Faktoren und Rahmenbedingungen gesundheitlicher, geschlechtsbezogener, berufsbezogener, schichtspezifischer und ökonomischer Art, deren Risikopotenzial hinsichtlich „gesund oder krank altern“ zwar verschiedentlich bekannt ist; eine Prognose für jeden Einzelfall lässt sich daraus jedoch nicht ableiten.

Das heißt: Die Frage der (gesundheitlichen) „Versorgung“ im Alter setzt keinesfalls mit der Stufe ab 65 ein, noch muss sie in jedem Fall bereits zu diesem Zeitpunkt beantwortet werden: Gesundheitsbezogene Selbstkompetenz und Selbststeuerung sind heute in hohem Maße bei den Älteren gegeben; und eine Vielzahl von Angeboten – vom Freizeit-, Tourismus-, Wellness-, Ernährungs- u. a. m. Bereich richtet sich auf die Prävention und Gesundheitserhaltung ebenso ein wie das „klassische“ Medizinwesen Beratungs- und Behandlungsangebote für Ältere bei drohenden oder faktischen Erkrankungen in zunehmend breiterem Maße bereithält und sich zugleich „geriatriespezifisch“ ausdifferenziert, z. B. durch Einführung einer Facharztbezeichnung: Geriatrie (in bisher drei Bundesländern).

Die Folge ist, dass die Inanspruchnahme der nicht-medizinischen und medizinischen Leistungen in höchst komplexer und individuell hochdifferenzierter Weise verläuft – mit der weiteren Folge, dass die Frage, welche älteren Menschen aus welchen Gründen welche (medizinischen) Leistungen in Anspruch nehmen, nur in sehr begrenzter Weise zu beantworten ist, z. B. gelingt dies gut im stationären Sektor, wo die Anlässe i. d. R. enger umschrieben sind und detaillierte Dokumentationspflicht besteht. Jedoch bereits bei der Inanspruchnahme der ambulanten allgemein- und hausärztlichen Versorgung wird die Datenlage dünner, es liegen – abgesehen von Studien mit zeitlich-räumlich begrenzter Aussagekraft – weder bundes- noch landesweit verwendbare Erkenntnisse vor, wie viele ältere Menschen mit welchen Beschwerden (auch aus Vereinsamung heraus?) und zu welchen Zwecken das ambulante System aufsuchen. Weitet man diese Aussagen auf die Frage des Arzneimittelgebrauchs im Alter aus, wird das Bild noch unschärfer, allerdings mit den Hinweisen, dass gerade hier hoher Aufklärungs- und Änderungsbedarf besteht. Schließlich zeigt höheres Alter nicht selten Erscheinungen der Multimorbidität, die Kenntnis der Inanspruchnahme (nur) einer Institution hat in diesem Fall dann nur begrenzten Erkenntniswert, wenn viele Instanzen involviert sind oder werden müssten. Von daher ist es notwendig, hier noch weitere Untersuchungen vorzunehmen, dazu zwei Beispiele aus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH): Eine noch nicht publizierte Studie untersucht „Patienten mit Altersgebrechlichkeit in der Hausarztpraxis“, u. a. mit den Zielen, „Wahrnehmung von Hausärzten zu Versorgungsbedarf und -situation dieser Patientengruppe“ und „Sichtweise der Patienten, Angehörigen und Hausärzte“ zusammenzuführen, um Ansätze zur Optimierung der Versorgung älterer, gebrechlicher Patientinnen und Patienten im letzten Lebensabschnitt zu entwickeln. Es wird von Interesse sein, die Erkenntnisse hinsichtlich faktischer Versorgungsbedarfe zu diskutieren. Allerdings ist im Hinblick auf die Frage, in welcher Weise sich Erkenntnisse zu psychischen Erkrankungen oder deren Behandlung ergeben, nicht nur hier zunächst Zurückhaltung geboten. Eine Studie ebenfalls aus der MHH (2006 bis 2008, publiziert 2013) zeigt, gemessen an der Erwartung, dass Ältere diverse, darunter auch psychische Probleme haben, ein erstaunliches Ergebnis: Befragt nach den Kontakten mit Praxen von Fachärztinnen und Fachärzten „mindestens einmal jährlich“ nennen die befragten Älteren nahezu alle Facharztgruppen, aber mit Ausnahme des Neurologen keine „psychiatrienahen“, es sei

denn, diese verbergen sich unter der kleinen Restgruppe „andere“ Fachärzte.¹⁹⁷ Inanspruchnahme und epidemiologisch betrachtet höhere Raten an psychischen Beschwerden im Alter stehen hier nicht im Einklang, wie nicht nur dieses Studienergebnis zeigt. Hier besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Was soeben generell bezogen auf den älteren Menschen und die Inanspruchnahme von Leistungen kurz ausgeführt wurde, gilt nun für die spezielle Thematik der psychischen Störungen und Erkrankungen im Alter in analoger Weise: Auch hier ist ein hoher Grad der Differenzierung im Hinblick auf betroffene Gruppen und die für sie bereitzustellenden Angebote mit Blick auf die faktischen Bedarfe zwingend erforderlich. Denn die Ursachen von kognitiven, emotionalen, geistig-seelischen Einschränkungen im Alter sind vielfältig, sie können aus der „Vereinzelung“ im Alter resultieren (z. B. mit Folge depressiver Reaktionen), aus Altersgründen unvermeidbare Folgen von organischen Abbauprozessen im höheren und höchsten Alter sein („Alterserscheinungen“), sie können Folge von Infektionen, traumatischen Ereignissen, Unfällen aber auch von Medikamentengebrauch, von Suchtmitteln sein, und sie können im Alter sich fortsetzende Einschränkungen auf psychischer oder geistiger Ebene sein, die in Kindheit/Jugend und Erwachsenenalter bereits als Störungen und Erkrankungen manifest wurden. Von daher ist es notwendig, trotz gegebener Überschneidungen mindestens folgende Gruppen von Betroffenen zu unterscheiden, die im Kapitel zur Epidemiologie bereits näher beschrieben wurden:

- alt gewordene psychisch kranke Menschen
- im Alter psychisch krank werdende Menschen
- im Alter aufgrund von vaskulären und organischen Prozessen psychisch veränderte, von Demenz – in ihrer vielfältigen Erscheinung – betroffene Menschen
- Menschen mit geistiger Behinderung, die alt geworden sind und bei denen auch psychische Störungen auftreten (können).

Wie unter epidemiologischer, morbiditätsbezogener Betrachtung in Kapitel 2 bereits ausgeführt wurde, muss allerdings festgehalten werden, dass diese Unterscheidung nicht damit einhergeht, für jede dieser Gruppen klare und datenbezogen eindeutige Basis- und Inanspruchnahmezahlen zu haben. Man ist auch hier (noch) vielfach auf Schätzungen angewiesen, sodass quantitative und qualitative Aussagen, welche Gruppen in welchem Umfang welche Leistungen und von wem mit welcher Qualifikation benötigen, nur ansatzweise getroffen werden können. Jedenfalls: Die vertiefte Aufklärung von Daten- und Bedarfslage muss angesichts der Demografie ein wichtiges Thema der Zukunft sein.

Vor diesem Hintergrund dürfte einsichtig sein, dass (nur) eine i. e. S. „Gerontopsychiatrie“ allein nicht die Lösung für alle Versorgungsbedarfe bereithalten kann, denn wie erwähnt geht eine psychische Störung oder Erkrankung im Alter nicht selten mit somatischen Erkrankungen einher, die die Inanspruchnahme psychiatrischer und somatischer Kompetenzen und Institutionen erfordern. Das heißt, bei der Versorgung der betroffenen Gruppen sind mehrere Versorgungssysteme zu beteiligen (und Gesetzeswerke angesprochen). Von diesen Überlegungen und davon, dass nur begrenzt aussagefähige Daten vorliegen, sind die folgenden Darstellungen und Empfehlungen wesentlich bestimmt.

¹⁹⁷ Medizinische Hochschule Hannover. *Patientengerechte Gesundheitsversorgung in der Zukunft – welche Anforderungen stellen die Ältesten an die Gesellschaft?* www.mh-hannover.de/27234.html (aufgerufen am 13. Dezember 2015).

5.5.1 Angebotsspektrum

Für die Versorgung der älteren Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen stehen in Niedersachsen folgende Angebote zur Verfügung:

- Das gesamte psychiatrische Versorgungssystem, das für Erwachsene bereitgehalten wird, steht auch für ältere Menschen prinzipiell offen. Insofern kann an dieser Stelle auf die dazu hier bereits erfolgten Ausführungen verwiesen werden. Sofern für Ältere ab 65 Jahre spezifische Daten vorliegen, werden sie im Folgenden wiedergegeben.
- Aufgrund häufiger Mehrfacherkrankungen des psychisch gestörten alten Menschen und/oder weil somatische Erkrankungen vorübergehend oder dauerhaft im Vordergrund stehen, ist das somatisch orientierte, ambulante und stationäre, klinische Versorgungssystem ebenfalls von erheblicher und z. T. auch ausschlaggebender Bedeutung. Genannt werden können: Allgemein- und hausärztliche Praxen, gesamtes fachärztliches Spektrum, Kliniken insbesondere mit internistischen, chirurgischen, neurologischen und geriatrischen Fachabteilungen.
- Für die Beratung des älteren Menschen und seiner Angehörigen steht in den kommunalen Gebietskörperschaften eine breite Palette von Möglichkeiten zur Verfügung, angefangen von den Beratungsstellen der Kranken- und Rentenversicherung, bezogen auf bestimmte Leistungen, bis hin zu den Diensten der Kommunen und freien Träger für ältere Menschen einschließlich Angeboten zur Essensversorgung, Freizeitgestaltung, Tagesstrukturierung u. a. m.
- Können sich ältere Menschen und ihre Angehörigen nicht mehr selbst helfen oder sind in ihrer Leistungsfähigkeit überfordert, so steht ein breites Spektrum an Hilfen zur Verfügung: Einschlägige Sozialdienste, (Senioren- und) Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften sowie Heime für Seniorinnen und Senioren mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, z. B. hinsichtlich Pflegestufe, Behinderung oder kognitiven Einschränkungen/Demenz. Besonderer Erwähnung bedürfen hier auch die Leistungen und Angebote von Selbsthilfestrukturen wie z. B. der Alzheimer Gesellschaft, überregional und örtlich tätig.

Das Land Niedersachsen verfügt zu all diesen Bereichen über eine breite Palette von Angeboten, die in den letzten Jahren auch stetig erweitert wurde. Unter Maßgabe des Auftrags für einen Landespsychiatrieplan werden Bestandteile dieser Palette im Folgenden jedoch nur insoweit beschrieben, als sie für die Gruppe der psychisch gestörten und kranken älteren Menschen von Bedeutung sind und soweit dazu spezifische Daten für das Land vorliegen.

5.5.2 Ambulante Behandlung von älteren Menschen mit psychischen Störungen

Mit Ausnahme der Gruppe der alt gewordenen psychisch kranken Menschen, die bereits früher fachpsychiatrische Behandlung erfahren haben, meist das Versorgungssystem kennen und in diesem i. d. R. dokumentiert sind, ist die Darstellung zur Versorgungslage aller anderen o. g. Gruppen deutlich schwieriger, z. B. auch im Unterschied zu psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen, für die die Abbildung entsprechender Prävalenz- und Inanspruchnahme-Daten bei diversen Fachinstitutionen mindestens umfänglicher und seit längerem fachspezifisch differenziert gestaltet ist. Im Hinblick auf die Versorgungskonzeptionen für Ältere und hochaltrige Personen „hinkt“ das Gesundheits- und Sozialsystem, und auch das psychiatrische, hinterher: Zu dem Zeitpunkt, als

die Vorstufen der Psychiatriereform sich auch in Deutschland abzeichneten (ab etwa den 1960er Jahren), standen vor allem die Konzeptionen für die Erwachsenen bis zur Berentung im Vordergrund. Dies stand damit in Zusammenhang, dass sich die demografische Entwicklung damals eher theoretisch, als praktisch abzeichnete – auch weil viele psychisch kranke Menschen im Nationalsozialismus umgebracht wurden. Ein gewisser „time-lag“ von praxisgerechten Versorgungsmodellen für Ältere ist die Folge. Und die Entwicklung geht weiter: Für z. B. alt gewordene und vielfach allein lebende drogenabhängige Personen („Junkies“) wächst der Bedarf nach Heimunterbringung bzw. vergleichbarer betreuter Wohnformen. Inwieweit Drogengebrauch im Alter oder andererseits Substitution in Heimen mit bisher bestehenden Heimkonzepten in Deckung gebracht werden kann, ist noch nicht endgültig durchdacht (Analoges gilt aber auch für den gesunden Älteren, der eine perspektivisch erforderliche Heimunterbringung heute mit ganz anderen Erwartungen verbindet: andere, freiere Zeitstruktur, Serviceleistungen, Internetgebrauch usw.).

Im Hinblick auf Bedarf und Angebot für Ältere sind folglich noch viele Fragen offen. Bezogen darauf ist zwar derzeit das Thema „Demenz“ bundesweit wohl noch am besten untersucht, aktuelle bundesweite, detailliertere Studien zu allen psychischen Erkrankungen im Alter liegen – mit Ausnahmen und dann meist begrenzt auf bestimmte Altersstufen jenseits der 65 Jahre¹⁹⁸ – im Unterschied z. B. zur Situation bei Kindern und Jugendlichen nicht vor.

Generell gilt bezogen auf alle Altersgruppen, dass jedoch auch die Frage, an welcher Stelle welche Störung als „psychisch bedingt“ qualifiziert diagnostiziert wird, noch offen ist. Wie bereits in Abschnitt 5.4.2.1 (S. 109) dargestellt, ist auch für den im Alter psychisch krank werdenden und von demenzieller Veränderung betroffenen Menschen die Hausarztpraxis oft erste oder einzige Anlaufstelle. Der an dieser Stelle bereits diskutierte Aspekt der Erkennbarkeit bzw. der Thematisierung lässt offen, inwieweit auch beim älteren Menschen sofort das „Richtige“ erkannt bzw. verordnet wird, erinnert sei z. B. daran, dass gemäß der zitierten Studien (vgl. S. 112) die Inanspruchnahme von Psychotherapie jenseits der Altersstufe 65 bei nur 7,9 % der Befragten liegt. Auf den an dieser Stelle zitierten Vorschlag z. B. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu einem „Vertrag zur Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“, über den die Kooperation der „Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten“ auch für „Alterspatienten“ verbessert werden soll, sei erinnert. Wie auch immer die Lösungen aussehen werden, das Projekt „FIDEM – Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz“ in Niedersachsen zeigt, dass in jedem Fall noch erhebliche Basisarbeit zu leisten ist, um den ambulanten ärztlichen Bereich gerade für die Belange der älteren von psychischer Erkrankung etc. betroffenen Menschen zu öffnen (s. a. unten).

Unter all diesen Umständen verwundert es nicht, dass die Aufbereitung von Zahlen zur ambulanten Versorgung von Älteren nahezu ausschließlich angebotsorientiert ist. So ist bis auf Bruchteile von Vollzeitäquivalenten bekannt, welche Hausarzt- und Facharztgruppe sowie Vertragspsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten in welchem Planungsgebiet tätig sind. Weder eine landesweite (noch bundesweite) veröffentlichte Statistik, welchen Anteil an älteren psychisch kranken Menschen diese Praxen wie oft, mit welcher Diagnose etc. behandeln, liegt jedoch bisher vor bzw. konnte von der KVN zur Verfügung gestellt werden. Dies ist ein hier nicht zu behebendes Manko, was auffordert, zu-

¹⁹⁸ Busch, M.A. u. a. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56, 733-739. (Mit Angaben zu Depression ab 70 Jahren.).

künftig im Rahmen einer Landes-Psychiatrieberichterstattung deutlich mehr Augenmerk darauf zu verwenden.

Allerdings ist das Bild in anderen ambulanten Bereichen nicht zwingend besser: Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen haben ihren Arbeitsschwerpunkt wie bereits aufgezeigt im Handlungsfeld Erwachsene. Nach Auswertung vorliegender Statistiken im Rahmen der Dokumentation der Leistungen der SpDi auf Landesebene ergibt sich ein durchschnittlicher Anteil der Klientel über 65 Jahre in Höhe von 15 %. Aussagen zu Diagnosegruppen und Leistungen finden sich zwar im Einzelfall, aber auch nicht in einer landesweiten Statistik. In den Sozialpsychiatrischen Plänen der Kommunen finden sich jedoch Hinweise zu Notwendigkeiten in der Versorgung Älterer vor Ort; diese werden in der zusammenfassenden Bewertung der Versorgungslage aufgegriffen.

5.5.3 Stationäre Behandlung älterer Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen

Die Datenlage im stationären Bereich bezogen auf ältere Patientinnen und Patienten stellt sich vergleichsweise transparenter dar: Für das Jahr 2013 wurden für Niedersachsen 105.401 Krankenhausfälle mit einer ICD-Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ICD F00-F99) ab 18 Jahre gezählt.

Tab. 42: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, Altersstufen ab 65 Jahren

Alter (Jahre)	Erwachsene ab 65 Jahre
65-69	3.648
70-74	4.364
75-79	3.915
80-84	2.774
85-89	2.096
90-94	778
95 und älter	114
Anzahl Gesamt	17.689
in % der Fälle	16,8
in % der Bevölkerung ab 18 Jahre	24,0

Quelle: Krankenhausstatistik 2013 (Material KU 414 nach Länderaustausch).

Auf die Altersgruppe ab 65 Jahre entfallen 17.689 Fälle (16,8 %), die Mehrzahl davon auf die Altersstufen 65 bis 79 Jahre. Im Alter von 18 bis 64 sind 87.712 der Fälle (83,2 %, vgl. Tab. 33, S. 136).

Das Verhältnis der Geschlechter, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, verändert sich (Tab. 43): Während bei den bis zu 64-Jährigen das männliche Geschlecht dominiert, sind im höheren Alter mehrheitlich Frauen von stationären Aufenthalten absolut und relativ betroffen. Der Aspekt, dass Frauen eine etwas höhere Lebenserwartung haben, spielt dabei statistisch betrachtet auch eine Rolle.

Tab. 43: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, nach Altersgruppen (18 bis 64 und ab 65 Jahren) und Geschlecht

	Erwachsene 18-64 Jahre		ältere/alte Menschen ab 65 Jahren		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Männlich	50.517	57,6	7.351	41,6	57.868	54,9
weiblich	37.195	42,4	10.338	58,4	47.533	46,0
Gesamt	87.712	100,0	17.689	100,0	105.401	100,0

Quelle: Krankenhausstatistik 2013 (Material KU 414 nach Länderaustausch).

Wie bei den anderen Altersgruppen auch ist der Anteil der Älteren, die mit einer F-Diagnose in nicht-psychiatrischen Abteilungen Aufnahme finden, vergleichsweise hoch: Er beträgt 34,2 % (vgl. Tab. 44). Auffällig ist dabei, dass der Anteil der „nicht-psychiatrisch“ Behandelten mit höherem Alter wächst, zu vermuten ist, dass hier die somatischen Erkrankungen so im Vordergrund stehen, dass eine Aufnahme (zunächst?) in eine psychiatrische Fachabteilung nicht angezeigt scheint. In den Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin werden 6,5 % der Älteren behandelt, wobei hier der Anteil jenseits der 65 Jahre bei höheren Altersstufen schnell absinkt.

Tab. 44: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, nach Alter und Art der behandelnden Fachabteilung (Erwachsene 65 und älter)

Alter	Art der behandelnden Fachabteilung								Gesam (100%)
	Sucht		Psychiatrie und Psychotherapie		Psychotherapeu- tische Medizin		Nichtpsychiatr. Abteilungen		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
65-69 J.	203	5,6	2.209	60,6	102	2,8	1.134	31,1	3.648
70-74 J.	122	2,8	2.723	62,4	109	2,5	1.410	32,3	4.364
75-79 J.	45	1,1	2.518	64,3	51	1,3	1.301	33,2	3.915
80-84 J.	8	0,3	1.716	61,9	11	0,4	1.039	37,5	2.774
85-89 J.	6	0,3	1.263	60,3	2	0,1	825	39,4	2.096
90-94 J.	1	0,1	491	63,1	-/-	-/-	286	36,8	778
95 J. u. ä.	-/-	-/-	67	58,8	-/-	-/-	47	41,2	114
Summe 65 J. u. ä.	385	2,2	10.987	62,1	275	6,5	6.042	34,2	17.689

Unterdurchschnittlich – gegenüber den jüngeren Altersgruppen betrachtet – fällt der Anteil von Älteren mit Wohnsitz in Niedersachsen aus, die außerhalb des Landes behandelt werden (s. Tab. 45): Mit einem Anteil von 6,1 % ist der Anteil für ein Land mit mehreren angrenzenden Bundesländern nicht auffällig, und auch diesen Durchschnitts-Prozentsatz übersteigende Zahlen sind aufgrund der Fallzahlen pro Diagnosen-Gruppe nicht von entscheidendem Belang. Die Ursache mag auch darin liegen, dass für Ältere mit Bedarf an stationärer Behandlung „orts- und Angehörigen nähere“ Behandlungsorte gesucht werden.

Tab. 45: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, ab 65 Jahre, F-Diagnose und Behandlungsort

Erwachsene 65 Jahre und älter	in Nds. behandelte Personen		außerh. Nds. behandelte Personen	
	N	in %	N	in %
F01-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störung	6.934	39,2	347	5,0
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2.715	15,3	118	4,3
F20-F29 Schizophrenie, schizo- type und wahnhafte Störungen	1.106	6,3	29	2,6
F30-F39 Affektive Störungen	5.011	28,3	398	7,9
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1.764	10,0	153	8,7
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	85	0,5	23	27,1
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	51	0,3	8	15,7
F70-F79 Intelligenzstörung	6	0,0	0	0,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	2	0,0	0	0,0
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	7	0,0	1	14,3
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung	8	0,0	1	12,5
Niedersachsen	17.689	100,0	1.078	6,1

Auffällig ist jedoch (s. Tab. 46), dass bei den älteren Personen, die in „nicht-psychiatrischen“ Abteilungen Behandlung finden, zwei Diagnosen-Gruppen sowohl absolut wie relativ dominieren: „Psychische und Verhaltensstörungen durch Psychotrope Substanzen (F10-F19)“ und „Neurotische Belastungen und somatoforme Störungen (F40-F49)“ mit 57,7 % bzw. 66,5 % der Fälle. Die Zahlen sind deshalb auffällig, weil es Abteilungen für Sucht gibt, dort jedoch nur ein Bruchteil der Älteren aufgenommen wird; bei den neurotischen und somatoformen Störungen ist zu vermuten, dass es sich (auch) um (Begleit-)Diagnosen in somatischen Abteilungen handelt.

Tab. 46: Krankenhausfälle 2013 mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99, ab 65 Jahren, nach Art der behandelnden Fachabteilung

F-Diagnose	Art der behandelnden Fachabteilung								Ge- samt (100 %) N
	Sucht		Psychiatrie und Psycho- therapie		Psychothera- peutische Medizin		nicht- psychiatri- sche Abtei- lungen		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
F01-F09 Organi- sche, einschließlich symptomatischer psychischer Störung	22	0,3	4.477	64,6	2	0,0	2.433	35,1	6.934
F10-F19 Psychische und Verhaltensstö- rungen durch psy- chotrope Substan- zen	315	11,6	834	30,7	0	0,0	1.566	57,7	2.715
F20-F29 Schizo- phrenie, schizotype und wahnhafte Stö- rungen	5	0,5	979	88,5	0	0,0	122	11,0	1.106
F30-F39 Affektive Störungen	37	0,7	4.157	83,0	172	3,4	645	12,9	5.011
F40-F49 Neuroti- sche, Belastungs- und somatoforme Störungen	6	0,3	499	28,3	86	4,9	1.173	66,5	1.764
F50-F59 Verhaltens- auffälligkeiten mit körperlichen Störun- gen und Faktoren	0	0,0	8	9,4	10	11,8	67	78,8	85
F60-F69 Persönlich- keits- und Verhal- tensstörungen	0	0,0	26	51,0	5	9,8	20	39,2	51
F70-F79 Intelligenz- störung	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	6
F80-F89 Entwick- lungsstörungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Stö- rungen mit Beginn der Kindheit und Ju- gend	0	0,0	1	14,3	0	0,0	6	85,7	7
F99 Nicht näher be- zeichnete psychi- sche Störung	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	8
Gesamt	385	2,2	10.987	62,1	275	1,6	6.042	34,2	17.689

In welchen (psychiatrischen und somatischen) Kliniken die älteren Menschen im Einzelnen behandelt werden, konnte nicht festgestellt werden, da die Krankenhausstatistik keine Zahlen auf Einrichtungsebene ohne Zustimmung der Kliniken veröffentlichen kann. Diese Frage ist deshalb von Belang, da von Interesse wäre, ob für die Behandlung älterer

Menschen mit psychischen Störungen besondere Abteilungen oder Stationen vorgehalten werden. Niedersachsen weist im Krankenhausplan keine Fachabteilungen explizit für „Gerontopsychiatrie“ aus. Eine Zählung auf Basis einer Internetrecherche hat mit Stand November 2015 ergeben, dass 18 von aufgerufenen 37 psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken im Land (also ca. die Hälfte) auf ein gerontopsychiatrisches Angebot (z. B. spezialisierte Station, gerontopsychiatrisches Zentrum o. ä.) verweisen. Eine Zählung oder Addition „gerontopsychiatrischer Betten“ in diesen Häusern war jedoch mangels entsprechender Angaben nicht möglich. Das heißt, ob und wie eine stationäre gerontopsychiatrische Fachabteilung und -behandlung für notwendig gehalten wird und wo sie vorzuhalten wäre, obliegt derzeit der Entscheidung der einzelnen Kliniken und Klinikträger. Dieser Sachstand ist zunächst (nur) zu konstatieren, denn eine Änderung zum jetzigen Zeitpunkt zu fordern, mangelt der Basis: Sie setzte einen Konsens im Land voraus, dass eine abteilungs-gesonderte gerontopsychiatrische Behandlung flächendeckend erforderlich und fachlich notwendig ist und dass zugleich dabei geklärt wird, wie mit dem nicht geringen Anteil von älteren Personen mit F-Diagnosen, die in nicht-psychiatrischen Abteilungen (34,2 %) behandelt werden, steuernd umzugehen ist.

Für die durchgängige Etablierung gerontopsychiatrischer Abteilungen oder Planbetten im Land haben sich im Zuge der Erarbeitung des Landespsychiatrieplans auch keine überzeugenden konzeptionellen Argumente ergeben, sodass auf dem geschilderten Hintergrund eine Empfehlung in dieser Richtung zum jetzigen Zeitpunkt unterbleibt. Die prinzipielle Frage der Einrichtung gerontopsychiatrischer Planbetten muss folglich als Aufgabe oder Entscheidung im Rahmen der weiteren Entwicklung gesehen werden. Dieser Aspekt ist allerdings zu trennen von der Frage, wie mit dem höheren Anteil an F-Diagnosen in (somatischen) Kliniken umzugehen ist. Hier wird die Empfehlung lauten: Engere, fallbezogene Kooperation und ggf. Konsiliar- und Liaisondienst (s. u.).

Die aufgezeigte Tatsache, dass eine nicht geringe Zahl älterer Menschen mit F-Diagnosen in nicht-psychiatrischen Abteilungen behandelt werden, lässt einen Blick auf die Behandlungen Älterer in Kliniken generell angezeigt erscheinen: In Niedersachsen wurden im Jahr 1,7 Mio. Krankenhausfälle gezählt, davon sind knapp 742.000 (43,6 %) älter als 65 Jahre¹⁹⁹ (dieser Anteil entspricht auch dem Bundesdurchschnitt; er wird sich im Bund wie im Land aufgrund der demografischen Entwicklung weiter erhöhen). Auf Ältere mit einer F-Diagnose entfallen davon knapp 2,4 % (17.689 Fälle), was sich deutlich vom Anteil der Fälle in Krankenhäusern mit einer F-Diagnose in den Altersgruppen 0 bis 64 unterscheidet, hier liegt der Anteil im Jahr 2013 nämlich bei 10,1 %. Das heißt, dass im (höheren) Alter bei Krankenhausbehandlungen die somatischen Diagnosen und Behandlungsanlässe offensichtlich im Vordergrund stehen.

Dem steigenden stationären Behandlungsbedarf der älteren Bevölkerung hat das Land Niedersachsen bereits durch ein Geriatrie-Konzept Rechnung getragen: Die Zahl der Betten in den 45 Kliniken im Land, die bereits ein geriatrisches Angebot ausweisen, soll von 1.073 auf 1.355 steigen, die Zahl der Standorte mit einem geriatrischen Angebot um weitere zehn im Land erhöht werden.²⁰⁰

Damit erhält der ältere Mensch ein wachsendes spezifisches Angebot für seine (somatischen) Bedarfe. Es ist aber rein epidemiologisch betrachtet zu vermuten, dass die geriatrischen Betten auch künftig gewisse Anteile von Älteren „bergen“ werden, die psychische

¹⁹⁹ Landesamt für Statistik Niedersachsen (Hrsg.). (2015). *Diagnosedaten der Krankenhäuser in Niedersachsen 2013*. Hannover.

²⁰⁰ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. *Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen*. Niedersächsischer Landtag – 17. Wahlperiode. Drucksache 17/1389 (ausgegeben am 31. März 2014). S. 40/41.

Probleme aufweisen, selbst wenn die somatische Diagnose im Vordergrund steht. Mindestens ist es angezeigt, diese Situation künftig genauer zu beobachten und für den Umgang mit psychischen Störungen im geriatrisch-stationären Bereich entsprechende qualifikatorische und strukturelle Voraussetzungen zu schaffen.

Schließlich sei gerade im klinischen Kontext angemerkt: Das Leben endet – irgendwann, jedoch mit Sicherheit. Nicht allen Menschen ist ein ruhiges Ableben vergönnt. Palliative Versorgung kann dann angezeigt sein, das gilt auch für den im Alter psychisch gestörten und veränderten Menschen. Der Gesetzgeber hat hier sowohl im klinischen Bereich (Palliativmedizin) als auch im ambulanten Bereich (Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung - SAPV gemäß § 37b SGB V) sowie durch Förderung von Hospizen und Palliativstationen fortschrittlichere Verhältnisse geschaffen. Es ist hier nicht Aufgabe, diese Möglichkeiten weiter zu analysieren. Hinzuweisen ist aber darauf, dass sie auch für im Alter psychisch erkrankte Personen in gleichberechtigter Weise offen stehen sollten.

5.5.4 Komplementäre, pflegende und beratende Angebote, Dienste und Einrichtungen

Ist der ältere Mensch, weil schon früher psychisch erkrankt, weil im Alter psychisch krank geworden, weil kognitiv zunehmend eingeschränkt und/oder von demenziellen Veränderungen betroffen, nicht mehr in der Lage, sich selbst zu orientieren und zu versorgen und erzeugen auch Behandlungen keine weiteren Verbesserungen mehr, so ist er i. d. R. auf Hilfe durch Angehörige/Familien, durch ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen der Pflege angewiesen.²⁰¹

Die vorliegenden Statistiken geben nur ansatzweise und mithilfe von Schätzungen Auskunft, in welchen Größenordnungen die hier in Rede stehenden Gruppen älterer Menschen welche Leistungen erhalten. Ein Grund hierfür ist z. B., dass die „Demenz“ bisher für eine Pflegestufenzumessung kein ausschlaggebendes Kriterium war, sodass auch keine Notwendigkeit bestand, entsprechend differenzierte statistische Angaben zu machen. Dies ändert sich mit der Verabschiedung des Pflegestärkungsgesetzes II, mit dem ab dem 1. Januar 2017 körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen erfasst und in die Begutachtung bzw. Entscheidung über Pflegestufen mit einbezogen werden (im Rahmen eines „Neuen Begutachtungsassessments“, wobei der Pflegegrad der Pflegebedürftigkeit in 6 Modulen bewertet wird, die entsprechend gewichtet werden). Das Ausmaß der Selbstständigkeit wird im Ergebnis nach fünf Pflegegraden bewertet, darunter „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“. Es ist davon auszugehen, dass dies schrittweise die Erkenntnislage zu psychischen Problemstellungen prinzipiell verbessern wird.

Zum Stichtag 15.12.2013 zeigt sich für Niedersachsen folgendes Bild:²⁰²

- Es existieren 1.231 *ambulante Pflegedienste*, sie betreuen 67.997 Pflegebedürftige (weit überwiegend älter als 65 Jahre), davon 59,4 % mit Pflegestufe I, 30,6 % mit Pflegestufe II und 10,0 % mit Pflegestufe III. 24,4 % weisen eine eingeschränkte Alltagskompetenz auf; 67,1 % der betreuten Personen sind weiblichen Geschlechts.

²⁰¹ Wobei es auch eine Teilgruppe von älteren Menschen, insbesondere Männer, geben dürfte, die weder Angehörige hat noch Hilfeangebote kennt oder nutzt. Zu diesem Themenbereich liegen allerdings keine zahlenbezogenen Erkenntnisse vor.

²⁰² Alle Angaben: Moshake, O. (2015). Zahl der Pflegebedürftigen nimmt weiter zu – Ergebnisse der Pflegestatistik 2013, *Statistische Monatshefte Niedersachsen* 7/2015.

- In 1.778 *Pflegeheimen* werden 88.891 Pflegebedürftige betreut. Von diesen haben Pflegestufe I 39,0 %, Pflegestufe II 38,0 % und Pflegestufe III 21,0 %. 72,2 % der in Heimen Lebenden sind weiblichen Geschlechts.
- Pflegebedürftige in *häuslicher Pflege*: 199.405, davon 131.408 mit Pflegegeld und 67.997 mit Pflegedienst (s. o.). In häuslicher Pflege verteilen sich die Pflegestufen wie folgt: Pflegestufe I: 67,0 %, II: 26,0 %, III: 7,0 %. Von den 131.408 in häuslicher Pflege mit Pflegegeld haben 27,1 % eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz; 59,0 % sind weiblichen Geschlechts.
- Die Zahl der durch ambulante Pflegedienste betreuten Personen ist von 2001 bis 2013 um 57,7 % gewachsen.
- Die Zahl der in Heimen lebenden Personen ist von 2001 bis 2013 um 34,6 % gestiegen.
- Die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger ist von 2001 bis 2013 um 26,5 % gestiegen.

Daraus lassen sich für Niedersachsen folgende Aussagen ableiten:

- 1,1 % der Bevölkerung lebt in Heimen; 2,6 % wird häuslich gepflegt.
- Die Anstiege in den Zahlen der Betreuten von 2001 bis 2011 spiegeln die Bevölkerungsentwicklung im höher- und hochaltrigen Bereich als Hauptfaktor.
- Der Wunsch, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben, drückt sich auch darin aus, dass der Anstieg der Heimbetreuung geringer ist als der in der häuslichen Betreuung mit ambulantem Pflegedienst.
- In der häuslichen Pflege sind jüngere Betreute noch stärker vertreten, der Altersdurchschnitt steigt bei Inanspruchnahme der Pflegedienste und der Heime an. Das „betreute Alter“ ist mehrheitlich/überwiegend weiblich.
- Der größte Anteil an Betreuten findet sich im häuslichen Umfeld, die Betreuung zu Hause nur auf Basis von Pflegegeld hat darunter wiederum den größten Anteil. Das heißt, auch in Niedersachsen „ist die Familie der größte Pflegedienst“, womit immer auch die Frage verbunden wird, wie diese wichtige Säule der Versorgung durch Entlastung von Angehörigen aufrechterhalten werden kann.

Insgesamt betrachtet hat sich der für die (allgemeine) Pflege Älterer relevante SGB XI-Bereich in Niedersachsen in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet, wie o. g. Zahlen belegen. Dies hat sich offenkundig zumindest dahingehend ausgewirkt, dass die Anstiege in der häuslichen Pflege in den Jahren von 2001 bis 2013 moderat ausgefallen sind.

Mit Blick auf die *Beratung und Vermittlung von Leistungen* wurden außerdem in Niedersachsen im Jahr 2009 sog. *Pflegestützpunkte* (z. T. inzwischen als Senioren- und Pflegestützpunkte tätig) eingerichtet. Sie haben u. a. die Aufgabe, Pflegebedürftige, Angehörige oder sonst interessierte Personen unabhängig und zu möglichen Sozialleistungen zu beraten, des Weiteren Kontakt zu den Pflegekassen gemäß SGB XI herzustellen, auf Dienste und Einrichtungen aufmerksam zu machen und auf die Koordination der Dienste hinzuwirken. Pflegekassen und Kommunen sollen diese Stützpunkte gemeinsam einrichten und tragen. Derzeit (2015) existieren 37 (Senioren- und) Pflegestützpunkte in Niedersachsen.²⁰³

²⁰³ Mündliche Mitteilung in der Fachkommission zum Landespsychiatrieplan am 9. Dezember 2015.

Anzumerken ist, dass seit 1. Januar 2013 Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund Demenz, geistiger oder seelischer Behinderung höheren Betreuungsbedarf haben, Anspruch auf höhere finanzielle Leistungen haben (ab 2015 zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, ab 2017 Entlastungsbetrag nach § 45 b Absatz 1 SGB XI).

Unbenommen davon, dass die Problemstellungen als solche allseits bekannt sind, ist dennoch nicht belastbar zu beantworten, welcher Anteil der Betreuten an psychischen Störungen oder Behinderungen leidet. Das ist den Zahlen nicht zu entnehmen. Es liegen Pflegestufeneinteilungen vor, die bei höheren Pflegestufen und bei höherem Alter auch einen höheren Grad an psychischen Problemstellungen vermuten lassen, exakte Zahlen fehlen. Ähnliches gilt für das Thema: Demenz. Denn hier ist außerdem aus vorgenannten Gründen anzunehmen, dass ein nicht geringer Teil nach wie vor außerhalb des von „Pflegebedürftigkeit“ und „Pflegeversicherung“ definierten SGB XI-Bereichs (familiär) betreut wird. Dies könnte sich durch das PSG II optimiert werden und durch das neue Begutachtungsassessment wird sich die Datenlage bei den Demenzerkrankungen verbessern. Sollte die Schätzung zutreffen, dass etwa 20 % bis 25 % der Älteren innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums von psychischen Störungen betroffen sein können, dann wären dies im Rahmen der Pflegestatistik ca. 55.000 bis 70.000 Personen in Niedersachsen, zuzüglich einer nicht schätzbaren Zahl von Personen mit Demenz außerhalb (bisher) gesetzlich unterstützter Betreuung.

Von daher haben Initiativen und Entwicklungen eine hohe Bedeutung, die sich diesen Problemstellungen im Grundsatz widmen. Bezogen auf Niedersachsen sind hier folgende zu nennen:

Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)

Ausgehend von Arbeiten der Fachgruppe Gerontopsychiatrie des SpV Hannover und ersten Modellerprobungen vor über 15 Jahren haben sich, wie bereits oben dargestellt, in Niedersachsen diverse Träger auf den Weg gemacht, APP als Angebot zu entwickeln. Dabei ging es stets auch um die Versorgung älterer Betroffener, insb. im Rahmen des für die (Weiter-)Entwicklung der APP wichtigen Bundesmodellprogramms „Ambulante gerontopsychiatrische Zentren“, durch das häusliche Krankenpflege für alte Menschen mit psychischen Veränderungen in Hannover implementiert werden konnte. Die erste Evaluation der APP in Niedersachsen aus 2014/2015²⁰⁴ zeigt hinsichtlich der Betreuung von Personen ab 60 Jahren, dass lediglich knapp 18 % der betreuten Personen (für die eine Altersangabe vorliegt) 60 Jahre alt und älter sind, etwa gleich verteilt auf die Altersgruppen 60 bis 69 und 70 Jahre und älter. Die Anteile Älterer schwanken zwischen den einzelnen APP-Diensten erheblich, i. d. R. in Zusammenhang mit der organisatorischen Herkunft und der Ausrichtung des Trägers. Vermutlich liegt dies des Weiteren aber auch daran, dass APP nur bei Vorliegen einer fachärztlichen Diagnostik verordnet werden kann, ältere psychisch Kranke jedoch öfter ausschließlich hausärztliche und seltener fachärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. Die F-Diagnosen für die Personen ab 60 Jahren konzentrieren sich (in dieser Reihenfolge) auf: Affektive Störungen, organische Störungen inkl. Demenz, schizophrene Störungen und Neurosen, Belastungs- und somatoforme Störungen.

²⁰⁴ Radisch, J. (2015). *Ergebnisse der Befragung der Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienste*. Vortrag bei der 8. Zukunftswerkstatt „Ambulante Psychiatrische Pflege, Integrierte Versorgung in Niedersachsen“ am 3. Juni 2015 in Hannover.

Befragt nach den Bedarfen, die für die APP gesehen werden, antworten die Befragten unter der Leitfrage „Demenz“ vor allem mit: „Ausbau der Versorgungsstrukturen, mehr und längerfristige APP, Entlastung und Schulung von Angehörigen“. Unter der Leitfrage „Gerontopsychiatrie“ liegen die Schwerpunkte auf „wachsender Bedarf an gerontopsychiatrischer Nachfrage, mehr an spezifischen Angeboten, Ausbau ambulanter Angebote“. Die Klientel wird als durchaus herausfordernd im Hinblick auf ihre Charakteristika beschrieben. Themen der Zukunft werden in der Vergütung (Stichwort: Personalmangel) und in der bedarfsgerechteren Gestaltung von Verordnungen bzw. Regelungen gesehen (Stichwort: Aufhebung der Befristung).

Dienste zur Beratung und Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung

Auf die Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter und deren Angehörige richten sich das *Caritas Forum Demenz CFD in Hannover* und das *Kompetenznetzwerk Südost-Niedersachsen von ambet e. V. in Braunschweig*. Das Land fördert beide Zentren seit dem Jahr 2004. Gemäß Fördergrundlage arbeiten sie als Informations- und Beratungsstellen für Leistungsanbieter aus dem medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bereich in den Strukturen der sozialpsychiatrischen Verbünde und kommunalen Altenhilfstrukturen sowie in Kooperation mit dem und als Mitglied im Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen. Ziel ist es, regionale Versorgungsstrukturen mit Beratungs-, Unterstützungs-, Qualifizierungs- und Vernetzungsangeboten auf- und auszubauen, die Qualität dieser Angebote zu sichern und sie gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Seit 2014 liegt der förderbezogene Schwerpunkt insbesondere auf dem Aufbau gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene – unter besonderer Berücksichtigung der strukturellen Gegebenheiten ländlicher Gebiete.

Seine aktuellen Aufgabenstellungen sieht das CFD Hannover darin „Arbeit in den Strukturen der Altenhilfe und Sozialpsychiatrischen Verbünde“ zu betreiben, die „Weiterentwicklung der ambulanten (geronto-)psychiatrischen Pflege“ zu fördern, in der „Arbeit mit Betroffenen und deren Angehörigen“. Ziel ist es, die bestehenden Dienste etc. stärker auf die älteren betroffenen Gruppen und ihre Bedarfe auszurichten, durch Beratung der Dienste im Land, Qualifizierung, Schulung, Information, Vernetzung sowie durch Optimierung der Leistungen und Vermittlungsleistungen, die die verschiedenen Dienste und Einrichtungen im Land für Ältere und ihre Angehörigen erbringen. Das CFD ist in seiner Arbeit auf das gesamte Land ausgerichtet, mit Ausnahme Südost-Niedersachsens.

Für das Gebiet Südost-Niedersachsen ist die „*Gerontopsychiatrische Beratung – Kompetenz-Netzwerk Südostniedersachsen*“ in Trägerschaft des Vereins „Ambulante Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen e. V. (ambet)“ in Braunschweig tätig. Vorrangige Ziele der Arbeit sind nach eigenen Angaben, die Altenhilfe- und die sozialpsychiatrischen Strukturen nachhaltig zu vernetzen, Fachwissen zu transferieren, sowie gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen zu stärken und weiterzuentwickeln. Auf der Grundlage des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ kommen dabei der Implementierung einer flächendeckenden, qualitätsgesicherten gerontopsychiatrischen Beratung und Fachberatung besondere Bedeutung zu. Hauptschwerpunkte der Arbeit bilden u. a.: Gemeinwesenarbeit (Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit), Qualifizierung und Wissensvermittlung zu psychischen Erkrankungen älterer und dementer Personen, Stärkung von Handlungskompetenzen der Dienste und Einrichtungen, insb. auch im Hinblick auf die psychosoziale Beratung von Angehörigen.

Ebenfalls wurde das Projekt *FIDEM – Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz* in der ersten Projektphase von ambet getragen (die 2. Phase wird von der LVS & AFS koordiniert).

niert). Nach eigenen Angaben soll durch eine „frühzeitige Diagnostik in der Hausarztpraxis und Vermittlung in Beratungs- und Unterstützungsangebote die Versorgung demenzkranker Menschen und die Gesunderhaltung pflegender Angehöriger verbessert“ werden. Nach anfänglichen Schwierigkeiten, u. a. in der Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen, hat sich inzwischen die Bereitschaft dazu deutlich verbessert, da FIDEM als Vermittlung und Entlastung in den Praxen angesehen wird und somit auch das Zusammenwirken von Praxis, betroffener Person und ihrer Angehörigen optimiert wird.

Die hier kurz beschriebenen Initiativen und Einrichtungen erfahren positive Beurteilung und sollten zukünftig fortgesetzt werden. Dies begründet sich vor allem über deren Beitrag zu einer differenzierten und qualifizierten Sicht auf die Bedarfe des älteren psychisch kranken und insbesondere von demenziellen Prozessen betroffenen Menschen durch Netzwerkarbeit, Schulung, Öffentlichkeitsarbeit. Ebenso von Bedeutung sind die Ziele, den betroffenen Menschen möglichst lange in seiner „gewohnten“ Umgebung zu lassen, jedoch unter Maßgabe einer psychosozialen prozesshaften Beratung und Begleitung von Angehörigen, die neben Unterstützungsangeboten einen wesentlichen Beitrag zur emotionalen Entlastung und zur Stärkung der Handlungskompetenz von Angehörigen leistet. Ansätze dieser Art fördern auch eine quartiersbezogene Befassung mit den Problemstellungen Älterer im Sinne der Daseinsfürsorge.

5.5.5 Zwischenbewertung

Eine Bewertung an dieser Stelle kann sich kurz fassen, da die wesentlichen Problemstellungen bereits in der Darstellung zur Versorgungslage thematisiert wurden: Es zeigt sich, dass die Optimierung der Versorgung für ältere Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen zwar weiterhin – schon allein aufgrund der demografischen Entwicklung – in der Bereitstellung von Einrichtungen und Diensten liegen muss, um dem wachsenden Bedarf dort gerecht zu werden, wo z. B. Versorgung durch Pflegedienste und durch Heime unabdingbar ist. Das Hauptaugenmerk in der Zukunft muss allerdings auf einer differenzierten Betrachtung der sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe der Älteren und ihrer Angehörigen liegen, um diesen auch mit geeigneten Mitteln gerecht zu werden. Dies bedeutet vor allem Information, Qualifizierung, Netzwerkarbeit und Vernetzung der mit älteren Betroffenen befassten Einrichtungen, Diensten, Praxen und des in diesen tätigen Personals. Angesichts der ungleichen Verteilung der älteren Bevölkerung im Land und eines stärkeren Anwachsens des Anteils der über 64-Jährigen in einzelnen Landkreisen ist auf eine gleichmäßig über das Land wirkende Initiative zu achten.

Die Forderungen, die die Fachkommission unter der Überschrift „Gerontopsychiatrie“ aufgestellt hat²⁰⁵, decken sich mit dieser Sicht und präzisieren dazu des Weiteren:

- Die regionale Erreichbarkeit ist auch im Bereich der Versorgung älterer Menschen zu verbessern durch Dezentralisierung der Dienste, durch Kooperationsnetzwerke und durch die Koordination der verschiedenen, verteilten Angebote.
- Die allgemeine Fachkompetenz ist zu steigern durch spezielle Qualifikation bei Hausarztpraxen und Gesundheitsfachberufen, Früherkennung, psychosoziale Beratungsangebote, eine qualifizierte Versorgungsverpflichtung der komplementären Dienste und interdisziplinäre Ansätze in den Kliniken.

²⁰⁵ Sitzungsprotokolle der Fachkommission vom 23. Juli und 13. August 2014.

- Ein spezifischer Zielgruppenbezug ist herzustellen durch personenbezogene Hilfen zu Hause, durch aufsuchende ambulante Angebote und durch eine Infrastruktur, die der Mobilität im Alter gerecht wird.
- Die Umsetzung von Inklusion und Partizipation erfordert, dass professionelle Kompetenzen auf den Sozialraum übertragen werden und dort Wirkung entfalten, dass bürgerschaftliche und sozialräumliche Initiativen gefördert werden, dass die Kompetenzen der Betroffenen und ihrer Angehörigen gestärkt werden und dass sich für die pflegenden Angehörigen die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verbessert.

Zusammenfassend ist schließlich ein Zitat aus der Fachliteratur passend und angezeigt: „Veränderungen in der Mobilität und die Häufigkeit an Komorbidität sowie die im Allgemeinen notwendige Hilfe durch die Familie und professionell Pflegende im persönlichen Alltag unterscheiden (die Älteren) von psychisch Erkrankten im jungen und mittleren Lebensalter. Die Behandlung stellt eine besondere Herausforderung an die interdisziplinäre Medizin mit dem Schwerpunkt Alterserkrankungen und es besteht die Notwendigkeit von multiprofessionellen gerontopsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgungsstrategien, die aufsuchende medizinische und psychosoziale Interventionen einschließen.“²⁰⁶

5.5.6 Vorrangige Handlungsfelder und -empfehlungen zur Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen und kognitiven Einschränkungen

Viele Menschen in Deutschland und Niedersachsen genießen heute ein längeres, gesundes Leben bis ins hohe Alter. Dazu haben sozialpolitische Errungenschaften, ein bis heute funktionierender Generationenvertrag, veränderte, gesundheitsorientierte Lebensstile, Ernährung, Hygiene, medizinischer Fortschritt u. a. m. entscheidend beigetragen. Das Bild vom Altern hat sich verändert, viele Menschen bleiben heute sehr viel länger leistungsfähig, sodass auch eine Auffassung, die im Alter das Defizitäre in den Vordergrund rückt, heute nicht mehr passt. Altersgerechte Versorgung heißt folglich heute, dass die frühere Vorstellung, dass ab einer gewissen Altersstufe das Gehirn nicht mehr plastisch sei, von der Wissenschaft überholt wurde. Selbstkompetenz und Selbststeuerung sind Fähigkeiten, die sich in das Alter fortsetzen, sodass eine Psychotherapie jenseits der 65 Jahre absolut angezeigt sein kann. Altersgerechte Versorgung heißt heute auch, diverse, aus der individuellen Lebensgeschichte heraus gewachsene, komplexere Bedarfslagen zu berücksichtigen, was sich auch in der Ausbildung, z. B. zu medizinischen und pflegenden Berufen, niederschlagen muss. Natürlich bleibt der Abbau von Möglichkeiten im (höheren) Alter nicht aus, Einschränkungen treten zunehmend auf. Die Gesellschaft sieht sich dann insgesamt verpflichtet, ältere oder hochaltrige Personen solidarisch zu unterstützen, sofern diese in fortschreitenden Lebensaltersstufen bzw. im allgemeinen und individuellen Alterungsprozess in ihren Möglichkeiten überfordert sind bzw. sich allein nicht (mehr) helfen können. Diese Solidarität muss angesichts der wachsenden Zahlen auch auf die Gruppe der betreuenden Angehörigen zunehmend und entlastungsbezogen ausgedehnt werden.

Folgende Zielgruppen stehen für den Bereich einer Landespsychiatrieplanung im Mittelpunkt der Betrachtung:

- alt gewordene psychisch kranke Menschen,

²⁰⁶ Holthoff, V. (2015). Innovative Versorgungsstrategien in der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, *Der Nervenarzt*, 86, 4, 468-474. S. 468.

- im Alter psychisch krank werdende Menschen,
- Menschen, die im Alter von überdauernden kognitiven Einschränkungen und von Demenz betroffen sind bzw. getroffen werden,
- alt gewordene geistig behinderte Menschen, bei denen psychische Störungen früher auftraten oder im Alter auf- bzw. dazu treten.

Diese Gruppen sind voneinander allerdings nicht in jeder Hinsicht trennscharf abgrenzbar, das sei an dieser Stelle wiederholt. Ansonsten kann zur Beschreibung dieser Gruppen auf das Kapitel zur Epidemiologie und Morbidität verwiesen werden.

Mindestens für die im Alter psychisch krank werdenden oder von kognitiven Veränderungen sowie von demenziellen Prozessen betroffenen Menschen gilt allgemein, dass die Erscheinungen auf der psychischen Ebene nicht losgelöst von den komplexen Folgen des Alterungsprozesses des Menschen als solchen, insbesondere in den Altersstufen ab 75/80 Jahren betrachtet werden können. Psychische und somatische Aspekte sind nur schwer voneinander abzugrenzen, überdies nimmt Multimorbidität im hohen Alter zu. Dies bedeutet, dass mehrere Instanzen und Zuständigkeiten die Versorgung der hier im Fokus stehenden Bevölkerungsgruppen gewährleisten müssen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Auf Basis des beschriebenen Ist-Zustandes ergeben sich daraus für die Gestaltung der Versorgung älterer und hochaltriger, von psychischen Störungen und Erkrankungen betroffenen Menschen folgende Überlegungen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen:

- Menschliches Leben verläuft in Stufen. Fortschreitendes Älterwerden ist Teil des menschlichen Lebens von Anfang an; dieser Prozess zeitigt für das Individuum und für die Gesellschaft unterschiedliche Auswirkungen, von im Alter lange gesund bleiben bis hin zu Beeinträchtigung, nachlassenden Lebenskräften, -willen und -fähigkeiten bis hin zu Rückzug und Desorientierung. Insbesondere die Altersdemenz – als auch mögliche „Alterserscheinung“ – muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden, deren zwangsläufig interdisziplinäre Bewältigung mehreren Leistungsträgern obliegt.
- Würde, Rechte und Wertschätzung der älteren betroffenen Person bedürfen in Verbindung mit den für den Landespsychiatrieplan formulierten ethisch-fachlichen Grundsätzen besonderer Beachtung, nicht nur im Sinne der Achtung dieser Grundrechte, sondern weil eine Haltung, die die ältere Person auch ihren unveränderten Wert erkennen und bewahren lässt, für deren Befindlichkeit, Orientierung und Genesung von großer Bedeutung ist. Diese Einstellung und das nötige Wissen dazu zu vermitteln, muss auch Lehr-Gegenstand in der Ausbildung bei Gesundheitsfachberufen sein.
- Wie für den gesunden alten Menschen gilt, dass der Verbleib am selbst gewählten Ort und in eigener Häuslichkeit auch für den in seinem Lebensvollzug psychisch gestörten und/oder demenziell erkrankten Menschen Ziel bleiben muss, solange dies nicht für seine eigene Gesundheit oder für die seiner betreuenden Angehörigen zum Nachteil wird.
- Unter diesen Maßgaben erfordert die Versorgung der betroffenen Bevölkerungsgruppen einen breiten Ansatz. Das psychiatrische System allein mit der Lösung der Versorgung für alle o. g. Gruppen umfassend zu betrauen, ginge im Ansatz und unter

den heutigen Gegebenheiten fehl. Zwar müssen psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische Kompetenzen in der Versorgung für alle Gruppen eingebunden und gesichert sein sowie konzeptionell-fachlich altersgerecht gestaltet und geboten werden – als Kern und Legitimation einer „Gerontopsychiatrie“ im engeren Sinn. Jedoch sind insbesondere bei im Alter psychisch krank werdenden und demenziell erkrankten Personen somatische, pflegende, ergotherapeutische, beratende und auf den Erhalt des sozialen Bezugs gerichtete Kompetenzen und Möglichkeiten von vornherein einzubinden oder noch zu schaffen. Neben den Betroffenen selbst muss dabei der Akzent der Hilfen auch auf die Beratung und Entlastung ihrer Angehörigen gelegt werden.

- Entscheidend sind angesichts des prognostisch wachsenden Bedarfs vor allem flächendeckende, jedoch flexibel umsetzbare Konzepte sowie die Zusammenarbeit der Leistungsträger nach SGB V, VI, XI und XII, bei denen bzw. auf deren Basis psychiatrische, somatische (insbesondere hausärztliche), psychotherapeutische, ergotherapeutische, pflegende, sozialintegrative und beratende Instanzen vor Ort koordiniert zusammenwirken, um die betroffenen Menschen möglichst lange in der häuslichen Umgebung versorgen zu können – in Verbindung mit der schrittweisen (Neu-)Gestaltung gemeindebasierter tagesstrukturierender Möglichkeiten und altersgerechter Wohnformen sowie in Verbindung mit der Qualifizierung aller mit den Betroffenen aus älteren Bevölkerungsschichten befasster Professionen.

Ziele

Auf diesem Hintergrund werden folgende Ziele gesetzt:

- Verbleib in selbstgewählter Häuslichkeit so lange wie möglich – jedoch mit Einbindung von psychosozialer prozesshafter Beratung und Unterstützung der Angehörigen, um diese in ihrer Handlungs- und Verarbeitungskompetenz zu stärken und Überforderung zu vermeiden.
- Sozialräumliches Denken und Handeln, das Geschehen in der Gemeinde optimieren; kommunales Bewusstsein und bürgerschaftliches Engagement für Probleme des Alterwerdens und Alt-Seins fördern.
- Konzeption der Hilfen als mobil aufsuchende: „die Institutionen müssen zum Menschen kommen können“.
- Interdisziplinarität der Gesundheitsberufe fördern und Integration der Fachlichkeit und des Fachwissens zu psychischen Störungen und Demenz im Alter in bestehende Dienste einbauen und verankern.
- Niedrigschwelligkeit der Hilfen, einfacher Zugang für Betroffene und ihre Angehörigen zu Beratung etc. Angehörige sind der „größte Pflegedienst der Nation“; sie benötigen Aufklärung, Beratung und Entlastung.
- Versorgung, Betreuung und Beratung sollten sich generell auf hochgradige personelle und prozessuale Kontinuität ausrichten; für den alten Menschen sind Wiedererkennbarkeit und Eingegliedert-Bleiben wichtig, er muss seine Würde und Wertschätzung bewahren können und sich sicher fühlen.
- Prävention frühzeitig, auch auf dem Gebiet des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (ältere Arbeitnehmer in Vorbereitung auf Beendigung der Berufstätigkeit oder auch deren Fortführung in begrenzterem Umfang).

- Der sich auf dem Gebiet der Versorgung Älterer abzeichnende Fachkräftemangel ist in Betracht zu ziehen und Lösungen sind hierfür zu erarbeiten.

Künftige Ausrichtung der Versorgung älterer und hochaltriger Menschen mit psychischen und demenziellen Erkrankungen

Die (Geronto-)Psychiatrie stellt einen wichtigen und zentralen Bestandteil der Versorgung dar. Sie leistet Spezialaufgaben innerhalb einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Versorgung von älteren bzw. hochaltrigen Menschen mit vielfältigem und komplexem Hilfebedarf. Ihre Rolle und ihre Bedeutung kann sie jedoch nur dann effektiv entfalten, wenn ihre Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsleistungen sowie die Selbsthilfe flankiert werden durch die Träger der somatischen Versorgung, der allgemein- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen und ergotherapeutischen ambulanten Versorgung, des Pflege- und Sozialhilfesystems, der Sozialpsychiatrischen Dienste und der kommunalen Daseinsfürsorge (Beratung, Planung, Koordination). Dies bedeutet für die (jedoch perspektivisch zugunsten eines integrativ und funktional ausgerichteten Handelns zu überwindende Einteilung nach) Sektoren:

- Stationäre Versorgung:
 - Die Versorgung älterer Betroffener ist und bleibt Teil der stationären psychiatrischen Versorgung für Erwachsene. Allerdings ist der Kenntnisstand über die – quantitativen und qualitativen, bedarfsbezogenen – Leistungen der psychiatrischen Kliniken für die (gerontopsychiatrische) Versorgung über 64-jähriger Patientinnen und Patienten zu verbreitern und zu vertiefen. Diverse Kliniken im Land weisen auf ihrer Homepage gerontopsychiatrische Stationen oder Leistungen aus, Umfang und Qualität dieser Angebote entziehen sich jedoch empirisch fundierter Bewertung. Der Landeskrankenhausplan sieht keine förmliche Kategorie „gerontopsychiatrisches Planbett“ vor. Auf Basis des jetzigen Kenntnisstandes *kann der Ausweis von eigenständigen gerontopsychiatrischen Abteilungen nicht unmittelbar empfohlen werden*, dies kann jedoch Resultat landesweit gewonnener Erkenntnisse zum Stand dieser Versorgung werden, wenn sich daraus ein Bedarf für krankenhauplanerisch spezifisch abgegrenzte Versorgungseinheiten in Kliniken ergibt (womit der Krankenhausplanungsausschuss zu gegebener Zeit zu befassen wäre).
 - Analoges gilt für den somatischen Bereich: Geriatrische Betten sind im Landeskrankenhausplan nicht ausgewiesen. Die „Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen“ als Anlage zu einer Landtagsdrucksache verweisen auf aktuell 45 akutstationäre klinisch-geriatrische Abteilungen und Leistungen und weitere zehn geplante Angebote. Dies würde zu einer Gesamtbettenzahl von 1.590 geriatrischen Betten führen, wobei sich „inhaltlich qualitative Ausgestaltung und die Größe der geriatrischen Einheiten z. T. erheblich unterscheiden [...] (Es) bleibt allerdings darauf zu achten, dass die vorgesehenen Angebote entsprechende Qualitätsstandards erfüllen“. Die damit benannten Angebote bedeuten zweifelsohne Optimierungen für die (somatische) Versorgung Älterer. Obwohl es nicht Aufgabe ist, hier geriatrische Landeskrankenhausplanung zu betreiben, sei eine Anmerkung angebracht: Nach aller Erfahrung und epidemiologischen Erkenntnissen liegen bei einem gewissen Teil geriatrischer Patientinnen und Patienten auch multimorbide und psychiatrisch relevante Problemstellungen vor. Empfohlen wird, dass die Landeskrankenhausplanung sich spezifische Kenntnisse darüber erarbeitet, in welchen Quantitäten sich welche F-Diagnosen nach ICD-10 in diesen Kliniken finden.

Abgesehen von bereits im Einzelfall gegebenen Kooperationsformen (Konsile) zwischen Somatik und Psychiatrie könnte die Zusammenarbeit geriatrisch-stationärer Angebote mit psychiatrischen Kliniken und alterspsychotherapeutischen Kompetenzen auch zum Qualitätsmerkmal erhoben werden.

- Die somatischen Kliniken sind angesichts des steigenden Anteils älterer Patientinnen und Patienten zunehmend mit der Problemstellung „Demenz“ konfrontiert. Für diese Kliniken/Allgemeinkrankenhäuser können verschiedene Möglichkeiten zu einer Lösung beitragen, die nicht neue Stellen bedeuten, jedoch Wissen nutzen und Organisationsgegebenheiten verbessern helfen: So kann z. B. die verstärkte Etablierung von „Demenzbeauftragten“ empfohlen werden, die es in einigen niedersächsischen Kliniken schon gibt. Eigens geschulte²⁰⁷ Demenzbeauftragte entwickeln ggf. in Zusammenarbeit mit psychiatrischen, ambulanten oder stationären Facheinrichtungen geeignete, der Patientenstruktur der Klinik entsprechende spezifische Lösungen, informieren und schulen das Klinikpersonal o. ä. Entsprechende Fortbildungsmaßnahmen werden z. B. von der Landesvereinigung Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. bereits angeboten. 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

- Empfohlen werden, wo noch nicht gegeben, Verträge von Heimeinrichtungen mit niedergelassenen, psychiatrischen Fachärztinnen und -ärzten oder Institutsambulanzen auf Basis von § 119 b SGB V zu schließen, die dann auch als Qualitätsmerkmal in den Anforderungskatalog von Pflege- sowie Eingliederungshilfe und Heimaufsicht aufgenommen werden sollten. Gemäß § 119 b SGB V können mehrere Pflegeeinrichtungen eine/n Ärztin/Arzt auch anstellen, der zur Behandlung ermächtigt werden kann. Ist auch dies nicht möglich, sollte den Heimen ein Konsiliar- und Liaisondienst durch eine benachbarte psychiatrische Fachklinik angeboten werden.
- Empfohlen wird zudem, in den Heimen speziell auf demente Personen ausgerichtete kleine Einheiten mit entsprechender Konzeption und Fachlichkeit einzurichten (z. B. sog. „Böhm-Bereiche“ mit spezifischen strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen). Die „eingestreute“ Versorgung dementer Personen in Heimen sollte nur verfolgt werden, wenn dazu umsetzungsfähige Konzepte vorliegen, die auch die räumliche Organisation und den entsprechenden Tagesablauf berücksichtigen.
- Angesichts des hohen Anteils weiblicher Bewohnerinnen in Heimen sind genderspezifische Konzepte mehr als bisher angezeigt.
- Der geistig behinderte alte Mensch in einer Heimeinrichtung sollte im Falle einer interkurrenten akuten psychischen Störung oder Erkrankung ggf. begleiteten Zugang zu ambulanter oder stationärer psychiatrischer Versorgung haben. Verbindliche, nachgewiesene Kooperationswege zu psychiatrischen Praxen und Kliniken sollten Qualitätsmerkmale von Heimeinrichtungen für geistig behinderte Menschen sein.
- Die Berücksichtigung altersbezogener Bedarfslagen sowie die Zunahme demenzieller Entwicklungen erfordert eine Veränderung der Kompetenzen in der Behindertenhilfe. Zweifelsohne sind viele Heimeinrichtungen neu entstanden, dies

²⁰⁷ Bspw. bietet die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. eine Fortbildung zur/zum Demenzbeauftragten an.

sagt per se jedoch nichts über die Pflegequalität intern. Auch das Zusammentreffen dort Betreuer mit demenziell oder geistig veränderten Personen kann zu Konflikten führen. Psychiatrische Facheinrichtungen können und sollten hier dazu beitragen, Sensibilität und Aufmerksamkeit für psychiatrisch relevante Entwicklungen und Bedarfe zu schulen und Verhaltenssicherheit im Umgang mit an Demenz Erkrankten zu verbessern. Pädagogische Kenntnisse müssen notwendigerweise um geragogische, altersmedizinische und pflegerische – aber auch um gerontopsychiatrische – Aspekte ergänzt werden. Dies sollte durch gezielte Fort- und Weiterbildung sowie durch eine Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche und Berufsgruppen erreicht werden. Mit Blick auf einen angemessenen Umgang mit Behinderung und Demenz sollte zudem eine Verzahnung von Behindertenhilfe und ergänzender Fachpflege bzw. adäquater Pflegeeinrichtungen etabliert werden.

■ Ambulante Versorgung

Der ambulante Bereich ist in all seinen Ausgestaltungen (Behandlung, Betreuung, Beratung) i. d. R. erste Anlaufstelle für Betroffene und ihre Angehörigen (haus- und allgemeinärztlicher Bereich, soziale Dienste, Beratungsstellen der Kommunen, Selbsthilfe usw.). Die Praxen, Einrichtungen und Dienste müssen sich folglich für die Belange des alten Menschen öffnen (können), insbesondere auch bei krisenhaften Entwicklungen des älteren Menschen. Dem Ziel des Verbleibs in eigener Häuslichkeit so lange wie möglich entspricht eine möglichst breite Palette an Angeboten, da die Ursache für Probleme in der gegebenen Häuslichkeit beim alten Menschen sehr unterschiedlich sein kann. Insofern gilt auch hier, dass „gerontopsychiatrische“ Kompetenz wichtig ist, jedoch Teil eines Gesamtangebots sein soll:

- Die gerontopsychiatrische Fachkompetenz muss sich folglich in die allgemeinversorgungsorientierten Dienste (Kliniken, Heime, Beratungsstellen, Seniorenhilfe) und in die Fachdienste (z. B. SpDi) integrieren. Sie muss allerdings dort verbindlich „gehört“ und eingebunden werden. Die Heranziehung des Wissens der gerontopsychiatrischen Fachkräfte aus Klinik, Ambulanz und Fachdiensten, das dann für die Dienste beratend und auch entlastend wirken kann (z. B. durch Information über Erscheinungsformen, Ausprägungen und Verhaltensweisen bei z. B. Demenz) ist im gegebenen Fall verbindlich zu regeln. Gleiches gilt dafür, dass sich Einrichtungen und Dienste für die Belange der Angehörigen öffnen. Die landesseitig bisher unterstützten Initiativen „Caritas Forum Demenz“ (Hannover) und das „Kompetenz-Netzwerk gerontopsychiatrische Beratung Südostniedersachsen“ in Braunschweig sollten in diesem Kontext weiter gefördert werden, insofern sie sich als initiative und Initiativen fördernde gerontopsychiatrische Beratung und Fachberatung als Teil der kommunalen Daseinsfürsorge verstehen, einen vernetzungsorientierten und qualifizierenden Ansatz verfolgen – ohne Präjudizierung einer bestimmten Trägerstruktur, was die jeweilige Akzeptanz vor Ort befördern hilft.
- In den letzten Jahren hat sich die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) nach § 132a SGB V in Niedersachsen positiv entwickelt. Mit Blick auf von psychischen Störungen etc. betroffene Personen über 60 Jahren kann die APP als sozialraumbezogene Einrichtung zweifelsohne einen wichtigen Beitrag zum Ziel des Verbleibs in der Häuslichkeit leisten. Ein Anteil der betreuten Älteren in einer Größenordnung von 20 % bis 25 % von allen wäre durchgehend anzustreben, allerdings mit Vorhaltung entsprechender gerontopsychiatrischer Kompetenz, so dass es zu begrüßen ist, dass die NAAPPF gerade an einem entsprechenden Konzept arbeitet.

- Allgemein-/Hausärztinnen und -ärzte sowie andere somatische Facharztgruppen sind in hohem Maße erste Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige im Fall psychischer Erkrankung und kognitiver Veränderung im Alter. Sie sind für die weitere Weichenstellung, welche Initiativen zu ergreifen sind, von erheblicher Bedeutung. Arbeitsbelastung, Tätigkeitsschwerpunkte und mangelndes fachliches Wissen im Umgang mit z. B. dementen oder wahnhaften Patientinnen und Patienten erschweren jedoch im Rahmen der hausärztlichen Versorgung qualifizierte Handlungsentscheidungen. Die Zusammenarbeit mit der (fach- und) hausärztlichen Versorgung muss deshalb von den Fachdiensten gesucht und gefunden werden. Das Projekt „FIDEM“ zur Intensivierung der Kooperation der Fachdienste mit den Hausärztinnen und Hausärzten sollte fortgesetzt und auf die mit APP verknüpfte Thematik und Sachverhalte ausgeweitet werden.
- Palliativmedizinische Versorgung soll im ambulanten (SAPV) Bereich ebenso für psychisch kranke Ältere offen stehen wie im stationären Bereich die Palliativmedizin.
- Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 23. Juli 2015 hat durch die Einfügung der §§ 119c und 43b in das SGB V die Möglichkeit geschaffen, „Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbeeinträchtigungen“ (§ 119c) zu etablieren. Diese Zentren müssen ärztlich geleitet und vom Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung zur Behandlung ermächtigt werden. Werden Personen in diesen Zentren behandelt, haben sie gemäß § 43b SGB V dann auch den Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, d. h. auf „psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen“. Zwar ist der Zeitraum seit Erlass des Gesetzes zu kurz, um bereits über Erfahrungen zu berichten. Es erscheint jedoch als angezeigt, solche Zentren in einigen (Groß-)Städten von Niedersachsen zu etablieren.
- Mit Blick auf den demografisch bedingten Anstieg der Anzahl betroffener Menschen sind die beteiligten Berufsgruppen sowohl im Bereich der Ausbildung wie im Bereich der Fort- und Weiterbildung bezüglich der Bedarfslagen älterer Menschen zu qualifizieren. Besseres Wissen zu Problemen des Alters kann bei Berufsgruppen im Übrigen auch zu anderen Einstellungen und zu weniger Burn-Out beitragen.
- Das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ könnte – gerade weil die Bevölkerungsentwicklung bezogen auf die Altersstruktur in Niedersachsen sehr unterschiedlich verlaufen wird (mit deutlich höheren Anteilen der älteren Bevölkerung in bestimmten Gebieten; s. Kap. 2.1) – durch örtliche Initiativen bewirken, dass auch die diversen Versorgungsbelange Älterer einschließlich präventiver Ansätze weiterentwickelt und im Land bereits vorhandenes Wissen und Kompetenzen dazu genutzt werden könnten.
- Bei nicht auszuschließender stärkerer Ausdünnung der Angebotsstruktur in ländlichen Gebieten sollten Modelle der Telemedizin in ihren verschiedenen Formen (einfache Notrufsysteme bis hin zu altersgerecht verstehbaren, zwischen z. B. Praxis und Patientin/Patient „kommunikationsfähigen“ Systemen) intensiver erprobt werden. Auch wenn hier die faktische Erprobungsbasis für Menschen mit psychischen Erkrankungen noch sehr schmal ist, können telemedizinische Möglichkeiten aber für Angehörige sinnvoll sein.
- Die Gesundheitsberichterstattung bzw. eine systematische Landes-Psychiatrie-Berichterstattung muss darauf ausgerichtet werden, den quantitativen Umfang und den qualitativen Bedarf zur Versorgung älterer Betroffener deutlicher als bisher ge-

geben bzw. möglich einzugrenzen, insbesondere den spezifisch psychiatrischen Hilfebedarf näher zu bestimmen. Die Orientierung an den eingangs genannten Bevölkerungsgruppen wird empfohlen.

5.6 Versorgung suchtkranker Menschen mit psychischen Störungen

Der Auftrag zum Landespsychiatrieplan erfordert Ausführungen, in welcher Weise das System der psychiatrischen Versorgung Hilfen für (komorbide) suchtkranke Menschen bietet. Angesichts dessen, dass in Deutschland und Niedersachsen seit Jahrzehnten ein historisch gewachsenes, eigenständiges, beratungs- und rehabilitationsorientiertes Suchthilfesystem existiert, ist dies jedoch kein einfaches Unterfangen. Zweifelsohne hat die Parallelität von Psychiatrie und Suchthilfe ihre Ursachen, doch zeigen Suchterkrankungen und psychische Erkrankungen vielfache Überschneidungen, die sich auch in der Versorgung niederschlagen (müssten). An dieser Stelle kann es nun allerdings nicht darum gehen, dieser komplexen Parallelität umfassend nachzugehen oder das Suchthilfesystem als solches zu bewerten. Vielmehr wird im Folgenden vom Ist-Zustand ausgegangen und skizziert, wie sich die psychiatrische Leistung für suchtkranke Personen darstellt und wie sie sich optimieren lässt.

Suchtprobleme können vielfältiger Natur sein und zeigen angebots-, geschlechter- und kulturbezogene Ausprägungen sowie solche nach sozialer Lage. Neben stoffgebundenen Formen wie Tabak-, Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht können Menschen z. B. auch glücksspiel- oder internetsüchtig sein. Manche Formen nicht stoffgebundenen süchtigen Verhaltens werden eher dem Bereich der psychischen Störungen zugeordnet (Impulskontrollstörung, Zwangsstörung) bzw. ihre Einordnung ist umstritten (schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen, Essstörungen, Kaufzwang, Hypersexualität u. a.). Im gegebenen Rahmen können keine Antworten zu dieser komplexen Fachdiskussion, kategorialen Klärungen oder Bestimmungen gegeben werden, die Ausführungen konzentrieren sich auf die unstrittig beschreibbaren Hauptgruppen und ihre Komorbiditäten.

Der Blick auf Größenordnungen zeigt, dass in Niedersachsen ca. 154.000 Menschen von Alkohol und 130.000 bis 140.000 von Medikamenten abhängig sind, hinzukommen bis zu 26.000 Drogenabhängige²⁰⁸. Untersuchungen verweisen spätestens seit der großen epidemiologischen Studie des National Institute of Mental Health, bei der über 20 Tsd. Personen untersucht wurden²⁰⁹, immer wieder auf große Überschneidungen zwischen Sucht- und (mehreren) anderen psychischen Problemen wie bspw. Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen²¹⁰. Derartige Zusammenhänge zeigen sich schon in Kindheit und Jugend.²¹¹ Etwa die Hälfte (und mehr) der Patientinnen und Patienten auf psy-

208 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Drogen und Sucht. http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5087&article_id=14266&psmand=17 (zuletzt aufgerufen am 02.10.2015).

209 Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z. u. a. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

210 Zimmermann, U.S., Bilger, S. & Mann, K. (2008). Suchtkrankheiten. In F. Schneider & W. Niebling (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis* (S. 301 – 374). Heidelberg: Springer.

211 Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Vorläufersyndrome von Suchtstörungen. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren* (S. 61 – 71). Stuttgart: Schattauer.
Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität von Störungen durch Substanzkonsum. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.

chiatrischen Stationen haben (auch) ein (nicht selten unerkanntes und unbehandeltes) Suchtproblem. Dabei werden mehrere Modelle diskutiert, welche Störung – oft in Zusammenhang mit erlebten Traumata – primär oder sekundär entwickelt wird. Generell gilt, dass beide Diagnosen die Wahrscheinlichkeit steigern, auch die jeweils andere zu entwickeln. Studien berichten über Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit bei – je nach Diagnose – 20 % bis 85 % der psychisch Kranken. Und umgekehrt weisen – je nach Untersuchung – zwischen 50 % und 90 % der Suchtkranken weitere psychische Störungen/Erkrankungen sowie Traumatisierungen auf, die häufig ohne entsprechende fachärztliche Versorgung bleiben.²¹²

Menschen mit suchtbefragten Problemen wenden sich in Niedersachsen, wie überall in Deutschland, an verschiedene Hilfesysteme, an den niedergelassenen Bereich ebenso wie an den Krankenhausbereich, wobei hier offen bzw. unbekannt ist, in welchen Größenordnungen Suchtprobleme z. B. im Allgemeinkrankenhaus offen oder verdeckt behandelt werden; die u. g. Zahl an Suchtdiagnosen in nicht-psychiatrischen Abteilungen verweisen jedenfalls auf keine vernachlässigbaren Größenordnungen.

Was die fachspezifische Behandlung betrifft, so erfolgt ein Großteil der Basisversorgung von stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtkranken durch das Suchthilfe-System (insbesondere durch ambulante Beratung, Begleitung und Behandlung, psychosoziale Begleitung Substituierter, stationäre Rehabilitation, Ambulant Betreutes Wohnen und Wohnheime für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigkeitskranke), die in weiten Teilen freigemeinnützig organisiert ist.

Im Jahr 2013 nahmen rd. 62.000 Menschen die Hilfen der 75 niedersächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen in Anspruch. Ein Teil der Beratungsstellen hat z. T. mehrere Nebenstellen in umliegenden Orten, insgesamt gibt es (einschließlich der Nebenstellen) über 100 ambulante Suchthilfeeinrichtungen.²¹³ Die meisten Suchtberatungsstellen sind von den Trägern der Deutschen Rentenversicherung in Niedersachsen zur Durchführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen anerkannt, Hauptfinanziers sind jedoch die kommunalen Gebietskörperschaften und das Land (überwiegend über freiwillige Zuwendungen). Die Suchthilfe ist etabliert, fachlich differenziert und als teilhabeorientiertes System eng mit dem gesamten Bereich der (medizinischen) Rehabilitation vernetzt. Die Fachstellen sind i. d. R. niedrighschwellig zugänglich, fast alle (93 %) sind Mitglied im sozialpsychiatrischen Verbund, doch lediglich sieben verfügen über einen Krisen-Wochenenddienst. Zwei Drittel der Fachstellen bieten eine geschlechtsspezifische Fachkraftwahl an, internetgestützte Beratungs- und Informationsleistungen werden von gut der Hälfte der Beratungsstellen vorgehalten. Eine kurzfristige Betreuungsmöglichkeit für

-
- 212 Vgl. bspw. Sadowski, H. & Nienstrat, F. (2010). (Hrsg.). *Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
 Marschall, U., Ullrich, W. & Sievers, C. (2009). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. In U. Repschläger (Hrsg.), *BARMER Gesundheitswesen aktuell 2009* (S. 252 – 276). Wuppertal: Barmer.
 Gouzoulis-Mayfrank E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis*. Darmstadt: Steinkopff.
 Berthel, T. (2003). Psychiatrische Komorbidität. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (S. 73 – 78). Wien: Springer.
 Brodbeck, J. (2002). Diagnostik der Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (S. 125 – 140). Bern: Hans Huber.
 Addington, J. & Addington, D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 25, 60-67.
 Kovasznay, B. et al. (1997). Substance Use Disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 195-201.
 Soyka, M. (1995). *Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie*. London: Chapman & Hall.
- 213 Das Tätigkeitsspektrum der „Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“ umfasst auch Suchtprävention, worauf hier jedoch nicht eingegangen wird.

Kinder von Klientinnen und Klienten besteht in 15 % der Fachstellen. Zwei Drittel der Fachstellen unterstützen Selbsthilfegruppen.

Der Suchtselbsthilfe kommt generell große Bedeutung zu: Vielfach sind Selbsthilfegruppen die erste Anlaufstelle für Menschen mit Sucht-, vor allem mit Alkoholproblemen. In Niedersachsen bieten über 750 Suchtselbsthilfegruppen (vor allem im Bereich Alkohol) ortsnahe und unbürokratische Hilfe. Mehr als 7.000 Mitglieder sind in der Selbsthilfe aktiv und weitere ca. 5.500 Personen wurden beraten.²¹⁴ Die Suchtselbsthilfe stellt einen wichtigen Bestandteil der Suchthilfe insgesamt dar und trägt dazu bei, das umfassende Hilfeangebot sicherzustellen.

Suchthilfe und Suchtselbsthilfe werden übergreifend koordiniert durch die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) als zentrale Fachstelle für Suchtprävention und Suchthilfe. Hier sind alle Verbände der freien Wohlfahrtspflege und der Suchtselbsthilfe organisiert. Betroffene und Angehörige finden auf der Webseite der NLS Hinweise und Adressen zu Hilfe- und Behandlungsmöglichkeiten. Die NLS koordiniert zudem die vom MS landesgeförderten Suchtpräventionsfachstellen in Niedersachsen und die Hilfen für Glücksspielsüchtige Personen (finanziert über das Innenministerium).

Das stationäre Angebot der in der NLS zusammengeschlossenen Einrichtungen (also ausschließlich der freigemeinnützigen Träger) umfasst ca. 930 Behandlungsplätze für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige in 17 Fachkliniken und spezialisierten Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser. Hinzu kommen therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige und Adaptionseinrichtungen. In der Regel können Platzzahlen und Konzepte auf den Webseiten der Einrichtungen eingesehen werden. Die NLS verweist auf 357 Behandlungsplätze für Drogenabhängige in neun Fachkliniken (Stand: 2014). Hinzu kommen 23 spezielle Plätze für den tagesklinischen Bereich und 40 für die Adaption sowie 20 Plätze in stationären Jugendhilfemaßnahmen.²¹⁵ Für Alkohol- und Medikamentenabhängige standen 2014 in acht Fachkliniken insgesamt 547 Plätze zur Verfügung. Einzelne Angebote richten sich spezifisch an Frauen und an Eltern mit ihren Kindern sowie – insgesamt jedoch ausbaufähig – auch an Minderjährige. Zum Teil bestehen in sog. Kombinationsmodellen stationär-ambulant verzahnte Angebote. Die Einrichtungen der Suchtrehabilitation haben aufgrund der umfassenden Anforderungen (auch an die Ausstattung mit Fachärzten und psychologischen Psychotherapeuten) seitens der Leistungsträger (insbesondere Deutsche Rentenversicherung) am ehesten Mittel und Kompetenz zur Behandlung psychischer Begleiterkrankungen und dies z. T. in den Einrichtungskonzepten verankert (bspw. gemäß der S3 Leitlinie Alkoholabhängigkeit²¹⁶).

Seitens der NLS wird berichtet, dass in den letzten Jahren im Kontext rückläufiger Nachfrage erhebliche Platzzahlen in Fachkliniken abgebaut wurden (vor allem im Bereich Adaption und insbesondere für Drogenabhängige). Teilweise wurden die Kapazitäten zu Einrichtungen für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Suchtkranke umgewandelt – eine Entwicklung, die zum Ausbau der Wohnheimplätze in Niedersachsen beigetragen haben dürfte. In den in der NLS organisierten 19 Wohnheimen stehen chronisch mehrfachbeeinträchtigt Suchtkranken insgesamt gut 700 Plätze zur Verfügung (Stand 2013), hinzu kommen über 500 weitere Plätze für CMA bei 25 anderen Anbietern (Tab. 38, S. 144).

²¹⁴ Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (2015). *Jahresbericht 2014*. Hannover: NLS.

²¹⁵ Ebd., S. 40.

²¹⁶ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (2015). *S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"*. AWMF-Register Nr. 076-001 vom 28. Februar 2016.

Das Suchthilfesystem wird auch auf ministerieller Ebene eigenständig betreut und geplant: Nachdem der letzte Bericht zu Suchtprävention und Suchthilfe in Niedersachsen aus dem Jahr 2000 stammt, wurde 2014 ein neuer Planungsprozess beschlossen. Mitte 2015 wurde das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) mit einer Studie zu „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ beauftragt, mit der die Datengrundlage für die Neuplanung verbessert werden sollen.²¹⁷ Ergebnisse daraus liegen zum Zeitpunkt der Vorlage des Landespsychiatrieplans noch nicht vor.

5.6.1 Ambulante Hilfen

Mit Blick auf das psychiatrische Versorgungssystem werden ambulante Hilfen für Suchtkranke vor allem von Sozialpsychiatrischen Diensten erbracht – insbesondere für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Suchtkranke. Hier sind eher akute Krisen im Blick und die Betreuung ansonsten nicht behandelter Kranker. In Niedersachsen hat jedoch etwa die Hälfte der kommunalen Gebietskörperschaften die Versorgung Suchtkranker an andere, meist freigemeinnützige Träger delegiert. Krisenhilfen stehen (somit) Suchtkranken eher noch weniger als anderen psychisch Kranken zur Verfügung, auch die Suchthilfe wirkt hieran nur sehr begrenzt mit (s. o.). Zudem hält die Psychiatrie für Suchtkranke durchgängig nicht die gleichen Hilfen zu Tagesgestaltung, Beschäftigungsförderung, Zuversichtsmöglichkeiten u. ä. vor wie für psychisch kranke Personen.

Im Unterschied zur stationären Psychiatrie, wo suchtkranke Personen mit mindestens einem Drittel der Fälle vertreten sind, finden sich diese bei niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten für Psychiatrie eher nur „nachgeordnet“. Dies gilt in noch stärkerem Maße für die ambulante Psychotherapie, trotz inzwischen gesetzlich eingeräumter Behandlungsmöglichkeit.²¹⁸ Eine Untersuchung der BARMER zeigte, „dass nur knapp elf Prozent der ärztlichen und neun Prozent der psychologischen Psychotherapeuten Patienten mit Suchtdiagnosen im Jahr 2008 behandelten. Nur zwei Prozent der Fälle bei ärztlichen Psychotherapeuten und nur knapp anderthalb Prozent der Fälle bei psychologischen Psychotherapeuten betreffen Patienten mit Suchterkrankungen [...]. Nur knapp sechs Prozent der betrachteten Patienten mit ambulant diagnostizierten Komorbiditäten werden nach Entlassung aus stationärer qualifizierter Alkoholentzugsbehandlung psychotherapeutisch weiterbehandelt.“²¹⁹ Dies wird im Bericht der BARMER mit Hinweis auf Wessels (2009)²²⁰ bedauert, da „Katamnese-Erhebungen zeigen, dass sich die Erfolge von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen besser sichern lassen, wenn Patienten unmittelbar nach ihrer Entlassung weiter psychosozial betreut werden“.

Die Substitutionsbehandlung von gut 7.800 Drogenabhängigen (Stand: Juli 2014) obliegt 270 Ärztinnen und Ärzten mit der Fachkunde suchtmmedizinische Grundversorgung oder einer Qualifikation Suchtmedizin. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass etwa ein Drittel dieser Ärztinnen und Ärzte nur einzelne Substituierte betreut. Unter den substituierenden Ärztinnen und Ärzten haben keineswegs alle psychiatrische Fachkompetenz und offenkundig bleiben viele Substituierte, trotz psychischer Störungen und Traumatisierungen,

²¹⁷ Niedersächsischer Landtag, Drucksache 17/1119 vom 15. Januar 2014 und Drs. 17/2016 vom 18. September 2014.

²¹⁸ Marschall, U., Ullrich, W. & Sievers, C. (2009). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. In U. Repschläger (Hrsg.). *BARMER Gesundheitswesen aktuell 2009* (S. 252 – 276). Wuppertal: Barmer.

²¹⁹ Ebd., S. 272.

²²⁰ Wessels, T. (2009). Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen – Ansatzpunkte zur Verbesserung. *Die Krankenversicherung*, Ausgaben 02 und 03, 49-52.

ohne entsprechende fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Die Substitutionsbehandlung droht derzeit überdies wegzubrechen, weil ein Großteil substituierender Ärztinnen und Ärzte in den nächsten fünf Jahren in den Ruhestand geht und gerade auf diesem Feld kaum Nachwuchs gefunden werden kann. Schließlich ist zu erwähnen dass an der Medizinischen Hochschule Hannover im Rahmen eines Bundesmodells²²¹ heroingestützte Behandlung (2002 bis 2006) aufgebaut wurde. Dieses Angebot wurde zwar nicht ausgebaut, steht aber zumindest in der ehemaligen Studienambulanz weiter zur Verfügung: Aktuell werden dort 65 Patientinnen und Patienten diarmorphingestützt behandelt (Stand: Dezember 2015). Die psychosoziale Betreuung dieser Personen und der übrigen Substituierten (PSB) wird durch Fachkräfte der Suchthilfe (i. d. R. der ambulanten Suchtberatung) geleistet, im Jahr 2014 im Umfang von umgerechnet gut 45 Vollzeitstellen. 2014 nutzten mit gut 5.500 Personen rund 70 % der Substituierten PSB.²²²

5.6.2 Stationäre Behandlung

Stationär im Rahmen des SGB V wurden in Niedersachsen im Jahr 2013 44.031 Personen mit einer Suchtdiagnose (nach F10-F19 ICD-10) behandelt (s. Tab. 47), davon mit 32.119 Personen weit überwiegend Männer.

Tab. 47: Fälle nach ICD F10–F19 (Personen mit Wohnsitz in Niedersachsen) nach Art der behandelnden Fachabteilungen in und außerhalb Niedersachsens (2013)

	KJP	Sucht-Fachabt.	PSY-SOM	alle anderen Psy-Fachabt.	nicht-Psy-Fachabt.	Gesamt
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	113	9.139	6	15.263	19.510	44.031

Quelle: Krankenhausstatistik 2013 (Material KU 414 nach Länderaustausch).

Wie die Tabelle zeigt, wurden in psychiatrischen und Sucht-Fachabteilungen 55,4 % aller Fälle mit Abhängigkeitsdiagnosen behandelt (Entzugsbehandlung). Ein mit knapp 45 % nicht geringer Teil der Suchtfälle findet sich jedoch in somatischen Krankenhäusern. Anzunehmen ist, dass die Behandlung hier häufig im Rahmen von Notaufnahmen und (i. d. R. kürzeren) Entgiftungsbehandlungen erfolgt, zudem kann es sich um Aufnahmen in der Chirurgie oder Inneren Medizin handeln, die ursächlich mit der Sucht in Zusammenhang stehen. Inwiefern hier psychiatrische Kompetenz einbezogen wird, ist unbekannt. Untersuchungen verweisen auf die deutliche Überlegenheit und Kosteneffektivität der längeren qualifizierten Entzugsbehandlung.²²³

²²¹ Vgl. Verthein, U., Degkwitz, P. & Haasen, C. (2007). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Abschlussbericht. Baden-Baden: Nomos.

²²² Über die Hälfte der Substituierten in PSB sind über 35 Jahre alt, jüngere Klientel wächst kaum nach. Zwei Drittel der Substituierten befinden sich seit über zwei Jahren in PSB, davon etwa die Hälfte sogar seit über fünf Jahren, ein Arbeitsverhältnis haben lediglich 23 %. Vgl. Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. (Hrsg.). (2015). *Psychosoziale Betreuung Substituierter in Niedersachsen 2014*. Hannover: NLS.

²²³ Mann, K. & Stetter, F. (2002). Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Entwicklung und Evaluation. In K. Mann (Hrsg.), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen* (S. 59 – 73). Lengerich: Pabst. Driessen, M., Veltrup, C., Junghanns, K., Przywara, A. & Dilling, H. (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 5, 463-470.

Der deutliche Schwerpunkt der Inanspruchnahme von Suchtbehandlung liegt in allen Kliniken zusammen betrachtet mit 89,5 % im Bereich der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre, s. Tab. 48).

Tab. 48: Altersverteilung der Suchtpatientinnen und -patienten mit Wohnsitz in Niedersachsen (Anzahl der Fälle) nach Art der behandelnden Fachabteilung in und außerhalb Niedersachsens

	KJP	Sucht-Fachabt.	PSY-SOM	alle anderen Psy-Fachabt.	Nicht Psy-Fachabt.	Gesamt
Ki/Ju bis 17 J.	82	26	0	34	1.781	1.923
Erw. 18–65 J.	31	8.798	6	14.395	16.163	39.393
Ältere ab 65 J.	0	315	0	834	1.566	2.715
Gesamt	113	9.139	6	15.263	19.510	44.031

Quelle: Statistisches Landesamt.

Zum anderen geht aus der Tabelle hervor, dass die Behandlungsorte sich zwischen den Altersgruppen unterschiedlich verteilen: Werden erwachsene Suchtpatientinnen und -patienten zu knapp 60 % in psychiatrischen Settings behandelt, so sind es bei den älteren Personen mit Suchtdiagnosen nur 42,3 %. Betroffene Kinder und Jugendliche werden mit über 90 % in allergrößtem Ausmaß nicht in Fachkontexten behandelt.

Die Behandlungszahlen variieren bezogen auf die (ehemaligen) Regierungsbezirke nicht unerheblich. Tab. 49 zeigt auf, woher die Betroffenen stammen und ob sie in oder außerhalb Niedersachsens behandelt wurden. Welche Faktoren (Ausstattungs-niveau, Steuerung im Bedarfsfall etc.) hier eine Rolle spielen, bedürfte vertiefter Aufklärung.

Tab. 49: Wohnort der Suchtpatientinnen und -patienten mit Wohnsitz in Niedersachsen (Anzahl der Fälle) nach Art der behandelnden Fachabteilung in und außerhalb Niedersachsens

ehemalige Bezirke	KJP	Sucht-Fachabt.	PSY-SOM	alle anderen Psy-Fachabt.	Nicht Psy-Fachabt.	Gesamt
<i>Behandlungsort innerhalb Nds.</i>						
Weser-Ems	11	3.446	1	3.467	6.489	13.414
Lüneburg ohne Celle	12	54	2	3.364	2.089	5.521
Hannover mit Celle	12	2.993	0	3.692	7.018	13.715
Braunschweig	13	2.117	1	3.618	2.942	8.691
Gesamt	48	8.610	4	14.141	18.538	41.341
<i>Behandlungsort außerhalb Nds.</i>						
Weser-Ems	14	274	0	227	206	721
Lüneburg ohne Celle	36	82	0	555	323	996
Hannover mit Celle	13	101	1	235	251	601
Braunschweig	2	72	1	105	192	372
Gesamt	65	529	2	1.122	972	2.690

Quelle: Statistisches Landesamt.

Grundsätzlich findet stationäre Krankenhausbehandlung in Verbindung mit Sucht für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Niedersachsen weit überwiegend in Niedersachsen statt (ca. 95 % der Fälle) – außer im Gebiet des ehemaligen Bezirks Lüneburg, von wo immerhin 15 % der Suchtfälle außerhalb Niedersachsens behandelt werden. Solche Auffälligkeiten setzen sich fort: Bezogen auf Fälle nach Behandlung in sucht-/psychiatrischen und in nicht-psychiatrischen Abteilungen zeigt sich, dass in den ehemaligen Bezirken Lüneburg und Braunschweig je knapp ein Drittel der Suchtfälle im sucht-/psychiatrischen Setting behandelt werden, während ihr Anteil in Weser-Ems nur noch gut und in Hannover knapp die Hälfte (aller Fälle) ausmacht. Erstaunlich ist, dass in den ehemaligen Bezirken Weser Ems, Hannover und Braunschweig je zwischen knapp 22 % und gut 25 % der Suchtfälle in Suchtabteilungen behandelt werden, in Lüneburg hingegen nicht einmal 1 % (Fälle mit Behandlungsort in Niedersachsen). Die psychosomatischen Abteilungen/Kliniken spielen bezogen auf Sucht offensichtlich keine Rolle.

Hinsichtlich der Frage nach explizit suchtbezogenen Angeboten in den psychiatrischen Kliniken ist zunächst zu konstatieren, dass dazu in Niedersachsen keine qualifizierbaren Daten vorliegen. Zwar bewerten Fachleute die Versorgungsmöglichkeiten für Suchtkranke in psychiatrischen Kliniken als „flächendeckend“²²⁴, doch ist zum einen unklar, in wie vielen psychiatrischen Kliniken in Niedersachsen Suchtbehandlung im Kontext einer eigenständigen Abteilung angeboten wird, und zum anderen, in welchem Umfang: Der Krankenhausplan weist Suchtbehandlung weder eigens aus, noch wird der Bereich krankenhausrechtlich separat geplant.

Auch eine (Internet-)Recherche über fünf Quellen²²⁵ zur Fragestellung „Werden dort Suchtbehandlung oder Suchtstationen genannt?“ und Nachrecherchen bei den im Krankenhausplan benannten psychiatrischen Kliniken erbrachte kein klares Bild. Zum einen sind Gültigkeit und Aktualität der Webseiten unklar. Zum anderen weisen die Quellen z. T. verschiedene Einrichtungen aus, Platzzahlen fehlen vielfach und sind auch auf den Webseiten der Kliniken nur ausnahmsweise eingestellt. Auf Basis dieser Recherche bieten 22 psychiatrische Kliniken Suchtkrankenbehandlung an, davon eine spezifisch auch für ältere Suchtkranke. Zwei weitere psychiatrische Kliniken behandeln suchtkranke Kinder und Jugendliche. Sieben der 29 Kliniken mit Tagesklinik halten spezielle tagesklinische Angebote für Suchtkranke vor, die teilweise durch Spezialsprechstunden in der Institutsambulanz ergänzt werden.²²⁶ Der größte Teil der tagesklinischen Versorgung der Suchtpatientinnen und -patienten wird in allgemeinpsychiatrisch ausgerichteten Tageskliniken und Institutsambulanzen durchgeführt (vgl. Kapitel 5.4.3.2). Damit bestätigt sich einerseits die Einschätzung der Fachleute, dass in Niedersachsen diverse Möglichkeiten der Suchtbehandlung existieren, substanzielle planerische, strukturelle und qualitätsbezogene Aussagen für das gesamte Land dazu jedoch fehlen.

5.6.3 Zwischenbewertung

Obleich unter den Fachleuten die Einschätzung besteht, dass Suchtprobleme den gesamten F-Bereich der ICD-10 durchziehen, scheinen die Betroffenen oft nur isolierte Behandlungen eines Teils ihrer Probleme zu erfahren. Die Versorgung von Menschen mit Sucht-

²²⁴ Rabes, M. & Seifert, J. (2013). Hilfen für Menschen mit Suchtkrankheiten. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen. Jahrbuch 2013* (Band 6, S. 82 – 88). Köln: Psychiatrie Verlag.

²²⁵ Krankenhausplan 2014, NLS (Webseite und Jahresbericht 2014), Jameda Verzeichnis Suchtkliniken in Niedersachsen, Übersicht „Suchthilfe in Deutschland“ von Richard Brox (vom Deutschen Orden unterstützte Webseite) und Kurklinikverzeichnis für Niedersachsen.

²²⁶ Abfrage durch das Referat 406 des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

und psychischen Problemen erfolgt im Wesentlichen in zwei verschiedenen Systemen, die aufgrund unterschiedlicher Traditionen, Leistungsträger und Finanzierungsformen nur mäßig aufeinander abgestimmt sind. Die Regularien widersprechen z. T. medizinisch und psychologisch sinnvollen Behandlungskomplexen. Beispielsweise wird die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen auch dadurch erschwert, dass diese in der Klinik z. T. nicht adäquat vercodet werden können. Im niedergelassenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich gelten akute Suchtprobleme nicht selten als Ausschlussgrund für ambulante Therapie, auch hier ist eine sachgerechte Abrechnung spezifischer Behandlung dann nicht möglich. Und auch im Rahmen der in Niedersachsen gut ausgebauten Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) dürfen primär Suchtkranke nicht behandelt werden, Soziotherapie ist für Suchtkranke zwar rechtlich möglich, findet bei ihnen de facto aber noch weniger Anwendung als generell.²²⁷ Dem System Suchthilfe mangelt es, vor allem im ambulanten Bereich, an unmittelbarer psychiatrischer Expertise und in der Psychiatrie sind angemessene Wahrnehmung und Behandlung von (auch) 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.

Zu fragen ist also, ob psychiatrisch behandlungsbedürftige Suchtkranke tatsächlich eine adäquate Behandlung bekommen. Insbesondere für die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten, oft wohnungslosen Suchtkranken, deren psychiatrische Komorbidität zumeist unstrittig ist, muss konstatiert werden, dass sie kaum adäquate Hilfe bekommen. Ein Teil von ihnen lebt dauerhaft im Heim – auch hier oft ohne psychiatrische/psychotherapeutische Begleitung durch ambulant tätige Fachkräfte. Die Versorgung folgt vielfach dem „inverse care law“²²⁸ und steht umgekehrt proportional zu den Bedarfen mindestens bei akuten Krisen. Auch für Kinder und Jugendliche mit Suchtproblemen fehlen vielfach spezifische Angebote.

Generell fehlt es an aufsuchender Hilfe und an einer entsprechenden Allokation von Mitteln. Es fehlt an einem ausreichenden Einbezug psychiatrischer Fachkompetenz in der Suchthilfe bzw. – vor dem Hintergrund unterschiedlicher Finanzierungssysteme, divergierender organisatorisch-institutioneller Rahmenbedingungen sowie der sich z. T. erheblich unterscheidenden Behandlungstraditionen und -dynamiken, Haltungen und (Fach-)Sprachen – an einer sachgerechten Kooperation beider Versorgungssysteme.

Unterschiedliche Versorgungsstrukturen und -angebote im Land bedingen eine ungleiche Versorgung von Betroffenen. Ungünstig ist zudem die z. T. noch vorhandene Segmentierung innerhalb der Suchthilfe in Hilfen für von legalen bzw. von illegalen Substanzen Abhängige. Und wie in vielen anderen Bereichen sind städtische Gebiete besser versorgt als ländliche, wo insbesondere die Weiterbehandlung nach Therapieaufenthalten nicht gesichert ist und vor allem chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigkeitskranke unterversorgt bleiben. Angesichts dieser Lage nimmt es nicht Wunder, dass im Übrigen auch die insgesamt geringe Repräsentanz des Suchtthemas in Forschung und Lehre und im psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgungssystem in den Fachgesprächen beklagt wurde.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärztinnen und -ärzte sowie Kinderärztinnen und -ärzte, sind vielfach erste Anlaufstelle für zunächst somatisch maskierte, aber dann psychisch grundierte Störungen. Fortbildung über Sucht, über die Zusammen-

²²⁷ Hier wirkt sich u. a. aus, dass die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen Sucht als eine Ausschlussdiagnose für Soziotherapie definiert hat.

²²⁸ Hart, J.T. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297, 405-412.

hänge mit psychischen Erkrankungen und Unterstützung von psychiatrischer/psychotherapeutischer und suchtfachlicher Seite sind somit angezeigt. Des Weiteren fehlt es – mit Blick auf Inklusion – insbesondere für die schwer von Sucht und Abhängigkeit betroffenen Personen an Tagesstruktur, Beschäftigung und Arbeit; Alter und Geschlecht werden nicht überall ausreichend berücksichtigt, Angehörige werden z. T. unzureichend in Behandlung einbezogen, gerade sie müssen dort Teil des Behandlungssettings sein, da sie nicht selten die erkrankten Partner oder Angehörigen in ihrer Abhängigkeit „decken“.

Suchtrehabilitation gilt in Niedersachsen zwar als gut ausgebaut, problematisch ist jedoch, dass eine nahtlose Abstimmung zwischen ambulanter Beratung, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung nach wie vor zu selten vollständig gelingt, auch wegen des systembedingten Wechsels der Leistungsträger (pauschal kommunal finanzierte Hilfen, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger etc.). Die fachlich sinnvolle stärkere Ausrichtung der Rehabilitation an Arbeitsintegration, die u. a. im Kontext von BORA²²⁹ entwickelt wurde, wird insbesondere für komorbide Betroffene durch die neuen Bewertungskriterien gefährdet, die zu eindimensional auf tatsächliche Arbeitsintegration (auf den ersten Arbeitsmarkt) fokussieren. Rehabilitation (und psychiatrische Behandlung) ist (sind) mit Substitutionsbehandlung nicht ausreichend verknüpft. Mit Blick auf stationäre Rehabilitation, aber auch auf Wohnheime, wirkt sich erschwerend aus, dass diese, anders als suchtbetogene Hilfen im psychiatrischen Setting, nicht sektoriert erbracht werden und Fachkliniken (deshalb) kaum in sozialpsychiatrischen Verbänden mitwirken.

Die Fachkommission hat in ihrer Stärken-Schwächen-Analyse denn auch die Segmentierung in ambulant und stationär beklagt, die sich durch die unterschiedlichen Strukturen und Finanzierungsformen im Suchtbereich bzw. in den beiden „Hauptversorgungssystemen“ als intern wenig aufeinander abgestimmt zeigt. Zwar wird die Suchthilfe selbst als ausgebaut und differenziert bewertet, doch wird gleichwohl eine Reihe von Problemen konstatiert, angefangen mit der Unterversorgung verschiedener Gruppen: neben den o. g. chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigkeitskranken auch jüngere Konsumierende, Kinder von Suchtkranken, Ältere, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit kognitiven Einschränkungen und/oder mit Traumatisierungen, Menschen in Heimen und Wohnungslose. Zu fragen ist, ob beiden Systemen – Suchthilfe und Psychiatrie – nicht eine bessere systemübergreifende Abstimmung gelingen kann und muss.²³⁰

Die NLS vertritt lediglich die freigemeinnützigen Träger von Suchthilfe, sodass das ganze Spektrum suchtbetogener Hilfen hier weder im Blick sein noch einer fachlichen Koordination unterliegen kann. So sind bspw. weniger als die Hälfte der Anbieter von Wohnplätzen für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige in der NLS vertreten.

Positiv ist allerdings zu konstatieren, dass die Problemstellungen weithin erkannt sind. So entwickelt sich die Fachlichkeit zum Thema Sucht dynamisch, bspw. werden mittlerweile Weiterbildungen der Suchtfachverbände bei der Ärztekammer i. d. R. als ärztliche Fortbildung akkreditiert, sodass deutlich öfter Ärztinnen und Ärzte an diesen Angeboten teilnehmen und damit nebenbei auch praktische Vernetzung gefördert wird. Auch die Ärztekammer bietet suchtbetogene Fortbildungen an. Das Suchtreferat des MS richtet jährlich eine Suchtkonferenz aus, die sich an Mitarbeitende aus verschiedenen Versorgungsbereichen, darunter auch der Psychiatrie, richtet. Trotz eines ausgebauten und ausdifferenzierten Hilfesystems für Suchtkranke zeigen sich dennoch, wie o. g., bzgl. der Versorgung

²²⁹ Empfehlungen zur beruflich orientierte Rehabilitation, gemeinsam von Rentenversicherung und Suchtfachverbänden entwickeltes Konzept, vgl. dazu: Müller-Simon, B. & Weissinger, V. (2015). *Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*. Vortrag bei der BORA-Veranstaltung am 15. April 2015 in Berlin.

²³⁰ Fachkommission zur Erstellung des Landespsychiatrieplans, Protokoll zur Sitzung am 23. Juli 2014.

spezifischer Gruppen kurz benannt und unter der Berücksichtigung von Diversität Entwicklungsbedarfe.

5.6.4 Handlungsempfehlungen

Ursachen und Vorkommen von Suchterkrankungen und die häufigen Überschneidungen mit (weiteren) psychischen bzw. somatischen Erkrankungen sprechen für eine übergreifende Betrachtung und eine Vernetzung der verschiedenen beteiligten Versorgungssysteme. Suchtkranken Menschen mit (weiteren) psychischen Erkrankungen sind die Fachlichkeit und sämtliche Behandlungsmöglichkeiten des psychiatrischen und psychotherapeutischen Systems zu eröffnen. Deshalb und mit Blick auf die o. g. Defizite werden – über die grundsätzlichen Empfehlungen (mehr Patientenorientierung und Partizipation; Verstärkung von Teilhabe, insbesondere bezüglich Arbeit und Beschäftigung etc.) hinaus – im Wesentlichen zwei Punkte empfohlen: Verbesserung von Fachlichkeit durch Kooperation sowie Verbesserung von Datenlage und Planung. Dabei stehen weniger Ausbau und Ausweitung an, sondern ein Mehr an Funktionalität, Steuerung, Vernetzung sowie Haltung und Qualifikation. Im Einzelnen:

- Verbesserung von Früherkennung und -intervention sowie der Versorgung von 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.
- Suchtassoziierter psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlungsbedarf ist je nach Geschlecht, Herkunft, Alter, Behinderung und sozialer Lage unterschiedlich gelagert. Um nicht vielfach Sonder-Versorgung aufzubauen, die ihrerseits stigmatisierend sein könnte, sollte diesen Anforderungen durch Diversity-gerechte Konzepte, sensible Diagnostik und passgenaue Behandlung in den Regelsystemen Rechnung getragen werden. Alters- und behinderungsgerechte sowie kultur- und gendersensible Fachlichkeit sollten durch gezielte Fort- und Weiterbildung, Reflexionsstrukturen und Zusammenarbeit mit geeigneten Fach- und Selbstorganisationen weiterentwickelt werden.
- Mit Blick auf Kinder und Jugendliche gilt es, die Risiken eines frühen und ggf. exzessiven Konsumverhaltens für die Entwicklung bzw. die Wechselwirkung zwischen Konsum, Traumata, Entwicklungs- und psychischen Störungen integriert zu betrachten und zu behandeln (zuvörderst durch die kinderärztliche Praxis als i. d. R. erste Anlaufstelle). Kinder und Jugendliche brauchen in diesem Sinn spezifische Behandlungs- und Entzugsplätze, um in einem geschützten Setting behandelt werden zu können. Bzgl. der spezifischen Gefährdung von Kindern aus psychisch- und suchtbelasteten Familien sollten adäquate Hilfen bereitstehen.
- Doppeldiagnosen gehen i. d. R. bei allen Altersgruppen mit einem ungünstigen Verlauf einher und einer zunehmenden Kumulation von Problemlagen – auch, weil regelmäßig nur ein Teil der Störung(en) behandelt wird. Für Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen ist deshalb eine angemessene, d. h. regelhaft interdisziplinäre Sucht- und psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung in ausreichender Dauer sicherzustellen, dabei ist es zweitrangig, welches das sog. „primäre“ Problem ist. Die krankheitsauslösende oder -verschlimmernde Bedeutung von süchtigem Konsum/Abhängigkeit ist verstärkt in Anamnese und Behandlungsplanung in der Psychiatrie und Psychosomatik zu beachten.

- Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen sollten heimatnah behandelt werden (können). Bei Aufenthalten in stationären (Wohn-)Einrichtungen sind spezifische Konzepte umzusetzen und in der Behandlung sind erprobte psychologische und psychotherapeutische Methoden einzusetzen und Wechselwirkungen mit weiteren Belastungen wie z. B. Traumata, zu berücksichtigen. Empfohlen werden dazu bspw. die im April 2016 vorgelegten „Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation“.²³¹ Ggf. ist die Weiterführung einer leitliniengerechten Substitutionsbehandlung sicherzustellen. In (Teilen) der Suchthilfe muss bei der Behandlung von Doppeldiagnosen ein anderes Verhältnis zu ggf. notwendiger Medikation entwickelt werden. In der Psychiatrie/Psychotherapie ist zu bedenken, dass Abstinenz nicht regelhaft Voraussetzung für Behandlung sein kann. Dafür sollte es Suchtrehabilitation ermöglicht werden, psychisch kranke Patientinnen und Patienten psychiatrisch zu behandeln, ohne dass die ggf. zu verordnende Medikation den – derzeit anders geplanten – Tagessatz belastet. Um Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen und komplexer Erkrankung nicht von Rehabilitation auszuschließen, sollte die Behandlung statt über eine eindimensionale Orientierung an Wiedereingliederungsquoten fachlich angemessen komplex bewertet werden.
- 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 (während und nach dem Aufenthalt). Dieser Einbezug gelingt auch dann besser, wenn Psychiatrie und Psychotherapie kurzfristig zugänglich und ansprechbar sind.
- 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.
- Substitutionsbehandlung sollte in vielfältiger Form (darunter auch Weiterführung und Ausbau von diarmorphingestützter Behandlung unter Senkung von bürokratischen und Ausstattungs-Anforderungen) und unter Einbezug psychiatrischer/psychotherapeutischer Kompetenz und ausreichender PSB sichergestellt werden, für das perspektivische Fehlen von substituierenden Ärztinnen und Ärzten sind Lösungen zu erarbeiten.
- Förderung von Fachlichkeit und Vernetzung zwischen den beteiligten Versorgungssystemen auf Augenhöhe: Suchthilfe (und Substitutionsbehandlung) braucht mehr Verständnis von psychischen Erkrankungen und umgekehrt brauchen Psychiatrie und Psychotherapie mehr Suchtcompetenz. Neben Fort- und Weiterbildung für die Beschäftigten beider Bereiche und komplementärer Hilfen sind für die Verbesserung der Behandlung, die Kompetenzausweitung und die fachliche Verzahnung gemeinsame verbindliche fallbezogene Kooperationsformen zu entwickeln und auszustatten (bspw. fallbezogene Abstimmung und Sicherstellung nahtloser Weiterbehandlung – vor allem bei Setting-Wechseln [bspw. ambulant – stationär] und im Fall von

²³¹ Schlöffel, M., Mittag, O., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., Blahs, A., Buschmann, H., Konitzer, M., Mariolakou, A., Muschalla, B., Orlicek, M., Peter-Höner, S., Rösler, N., Rumpf, H.-J., Sarrazin, D., Schneider, W., Schöneck, D., Widera, T., Wiehn, T. & Worringen, U. (2016). *Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation* (Langfassung). Online unter: www.aqms.de (→ Praxisempfehlungen) (zuletzt aufgerufen am 07.05.2016).

Komorbidität; Case Management; kollegiale Beratung; Co-Beratung – je mit entsprechenden Qualitätsstandards). Sofern die Möglichkeiten einer integrierten Versorgung nach SGB V, § 140 a ff. sich als sinnvoll erweisen, sollten sie auch komorbiden Patientinnen und Patienten eröffnet werden.

- 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 und 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.
- Aufbau und Ausweitung von Kooperation(-strukturen) sollten von Landes- und kommunaler Seite initiiert und koordiniert werden. Grundsätzlich sollten Koordination und Steuerung auf kommunaler Ebene erfolgen (Sozialraumorientierung), je nach Thema/Aufgabe sind größere Strukturen/Netzwerke vorzusehen. Sicherzustellen ist hier die fachlich angemessene Versorgung von Menschen in institutionellen Kontexten/Heimen. Für grundlegende Fragen sind landesweite und trägerunabhängige Abstimmungsstrukturen vorzusehen und Standards zu entwickeln.
- Suchtpsychiatrie und Suchthilfe sollten in dritte Felder hineinwirken wie z. B. in Jugend-, Wohnungslosen- und Eingliederungshilfe sowie in die Umsetzung des SGB II, dort aufsuchend beraten, auch dort Fachlichkeit über Konsiliar- und Liaisondienste stärken etc. Von vorrangiger Bedeutung sind die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit zwischen haus- und kinderärztlicher und fachärztlicher/psychotherapeutischer Versorgung und – nach wie vor – eine wirksame Koordination im Gesamtsystem der beratenden, betreuenden und therapeutischen Angebote. Case-Management-Ansätze sind fachlich solide auszubauen, zudem sind möglicherweise gänzlich neue Angebotsformen für die Gestaltung an den fallkonstellationsbedingt verschiedenen Schnittstellen aufzubauen.
- Erscheinungsformen von und Zusammenhänge zwischen Sucht und (weiteren) psychischen und Traumafolge-Störungen und die Auswirkungen einer familiären Belastung auf die Kinder von psychisch Kranken sollten grundsätzlich stärker in (allgemein-) medizinischen und pflegerischen Ausbildungen berücksichtigt werden. Gute Ansätze gibt es hier in der kinder- und jugendpsychiatrischen Facharztausbildung, in der nun zehn Module Sucht verbindlicher Bestandteil des Curriculums sind. Niedersachsen sollte prüfen, welche Möglichkeiten landesseitig bestehen, auch im somatischen Bereich Suchtmedizin zu verstärken.
- Ausbau von Qualitätssicherung und Wirksamkeitsprüfung der Hilfeleistungen für sucht- und psychisch kranke Menschen. Dabei sollte landesweit und über die Hilfesysteme vergleichbar Bericht erstattet werden. Um zu prüfen, ob und in welchem Umfang Doppelversorgung stattfindet, wäre eine personeneindeutige Codierung behandelter Fälle notwendig, die einen Abgleich mit den im Suchthilfesystem betreuten Fällen ermöglicht. Im Suchtbereich existiert seit Jahren eine landes- und bundesweit einheitlich strukturierte Datenerfassung, die auch auf europäischer Ebene zusammengeführt wird. Deshalb wird angeraten, die psychiatrische Berichterstattung zumindest bzgl. einiger Kerndaten hierzu kompatibel zu gestalten.
- Datenlage und Berichterstattung zu Suchtbehandlung in der Psychiatrie (und zu Suchtmedizin in der Somatik) sollten verbessert werden: Suchtbehandlung sollte im

Krankenhausplan ausgewiesen werden und der Krankenhausplanungsausschuss die Aufgabe erhalten, eine landesweit vergleichbare suchtmmedizinische Versorgung sicherzustellen. Regelhaft sollten die Daten der beiden führenden Hilfesysteme miteinander in Bezug gesetzt werden. Auch im niedergelassenen Bereich sollte die Behandlung Suchtkranker beobachtet und die Daten für Planungsmaßnahmen genutzt werden.

- Im MS sollten die für Psychiatrie und für Suchtkrankenversorgung zuständigen Referate eine verbindliche Kooperationsstruktur aufbauen und diese auch auf mit Suchtfragen beschäftigte Bereiche anderer Ministerien ausdehnen (Inneres – Glücksspielsucht, Justiz – Landespräventionsrat) sowie landesweite Vertretungen, z. B. suchthandelnder psychiatrischer Kliniken, von Fachkliniken oder die NLS einbeziehen. Weitere suchtbetogene Kooperationsstrukturen sollten zwischen Land und Städten und Gemeinden Erfahrungstransfer und kommunenübergreifende Initiativen und Abstimmung fördern.

5.7 Maßregelvollzug: Ist-Situation und vorrangige Handlungsfelder/-empfehlungen im Bereich der forensischen Psychiatrie

5.7.1 Personenkreise

Die Aussagen in diesem Kapitel beziehen sich auf Patientinnen und Patienten, die gem.

- § 63 StGB oder § 64 StGB
- § 126a StPO, § 81 StPO sowie § 453 c StPO

in Einrichtungen des Maßregelvollzugs untergebracht werden.

In einer erweiterten (sekundär- und tertiärpräventiven) Betrachtung sind auch Personen im Blick, für die die Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung erfolgt ist und Personen, die per Erledigung den Maßregelvollzug verlassen haben, ebenso wie „gefährdete“ Personen, die über individuelle betreuungsorientierte Präventionskonzepte dauerhaft von einer Tat abgehalten werden könnten.

5.7.2 Ist-Situation

Die Ist-Situation in der forensischen Psychiatrie in Niedersachsen stellt sich zum Zeitpunkt der Landespsychiatrieplan-Erstellung schlaglichtartig folgendermaßen dar: In Niedersachsen bestehen zehn stationäre forensische Organisationseinheiten (forensische Kliniken und forensische Abteilungen an psychiatrischen Kliniken) mit insgesamt 1.169 regelhaften Behandlungsplätzen („Planbetten“). Die größte Einrichtung befindet sich in Moringen, die zusammen mit ihrer Dependence in Göttingen 370 Behandlungsplätze umfasst. Zwei weitere Einrichtungen verfügen über knapp mehr als 100 Behandlungsplätze. Die restlichen sieben Einrichtungen (darunter sechs privatisierte) weisen Platzzahlen zwischen 63 und 97 auf.

Die Struktur des Maßregelvollzugs in Niedersachsen ist gekennzeichnet durch ein Nebeneinander von sieben forensischen Abteilungen an privaten (beliehenen) psychiatrischen Kliniken mit insgesamt 609 regelhaften Behandlungsplätzen und drei Maßregel-

vollzugszentren mit überregionalem Versorgungsauftrag in Trägerschaft des Landes Niedersachsen mit insgesamt 560 Behandlungsplätzen.

In den privat betriebenen (beliehenen) Einrichtungen bestehen aus rechtlichen Gründen zwangsläufig gemischte Teamstrukturen, die sich aus Landesbediensteten (die zur Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben vor Ort sein müssen) und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der privaten Klinikbetreiber in den privatisierten ehemaligen Landeskliniken zusammensetzen. Es wird von Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und die Arbeitsabläufe behindernden Friktionen im Rahmen dieser Mitarbeiterkonstellation berichtet.²³²

Die bauliche Qualität und die Eignung der vorhandenen Gebäuderessourcen für einen qualitätsorientierten Maßregelvollzug haben sich seit 2007 nicht grundlegend verbessert. Seitdem sind zwei forensische Neubaumaßnahmen umgesetzt worden: Zum einen der Neubau des „Festen Hauses“ in Göttingen (im Jahr 2015 mit nun insgesamt 70, d. h. 38 zusätzlichen Behandlungsplätzen, was die Gesamtzahl der Behandlungsplätze auf 1.207 erhöhte); zum anderen – ebenfalls im Jahr 2015 – der Neubau der Jugend-Forensik in Bad Zwischenahn mit 24 Plätzen, die im Weiteren auch auf die Adoleszenten (bis 24. Jahre) ausgerichtet ist.

Ein Großteil der privaten, beliehenen Forensiken befindet sich in umgewidmeten, ehemals allgemeinspsychiatrisch genutzten Gebäuden auf dem Gelände der jeweiligen psychiatrischen Trägerklinik. Bei einem Teil dieser Einrichtungen (des Altbaubestands) besteht nach wie vor ein Modernisierungsbedarf beim Zimmerangebot (zu wenige Einzel- oder Zweibettzimmer, zu viele Dreibett-Zimmer), der Ausstattung mit zeitgemäßen Nasszellen und (Funktions-)Räumlichkeiten sowie technischen Ausstattungsvoraussetzungen für die Umsetzung moderner, fachlich differenzierter, forensischer Therapiekonzepte.

Es hat sich in den letzten Jahren ein etwa 200 Plätze starker außerklinischer Wohnsektor für längerfristig Beurlaubte entwickelt, in dem Patientinnen und Patienten in Form des Probewohnens außerhalb der Maßregel-Vollzugsklinik auf eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug vorbereitet werden. Dadurch wird der Druck, neue Plätze im stationären Maßregelvollzug zu bauen, abgemildert.

Des Weiteren ist ein flächendeckendes Angebot an Forensischen Ambulanzen entstanden (an jedem Standort einer forensischen Klinik bzw. Abteilung besteht ein Ambulanzangebot), das sich fest etabliert hat.

Der jährlich in 14 Ländern erhobene Kerndatensatz im Maßregelvollzug bildet wichtige Kennziffern der forensischen Patientenversorgung in Niedersachsen im Jahr 2013 ab. Diese stellen sich in der Zusammenschau wie folgt dar:

- Die Anzahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten ist in Niedersachsen (gemessen an der Relation zur Bevölkerungszahl) leicht höher als im Durchschnitt der 14 Kerndatensatz-Länder, insbesondere bei den „64er“-Patientinnen und Patienten.
- Die Unterbringungsauern bis zur Beendigung der Maßregeln sind gemessen an den Länderdurchschnitten unauffällig.
- Die Quote der Beurlaubten im „63er“-Maßregelvollzug (am Stichtag) liegt in Niedersachsen mit an der Spitze der 14 Kerndatensatz-Länder. Dies ist als ein Erfolg der forensischen Ambulanzen zu interpretieren, die bei der Betreuung der Beurlaubten wichtige Aufgaben übernehmen. Sie werden flächendeckend intensiv genutzt.

²³² Tänzer, A. (2013). Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen*. Jahrbuch 2013 (Band 6, S. 92 – 96). Köln: Psychiatrie-Verlag.

- Die Personalrelationen im niedersächsischen Maßregelvollzug liegen (2013) unterhalb des Durchschnitts der 14 Kerndatensatz-Länder. Dies dürfte auch auf die im Rahmen des Privatisierungsprozesses vereinbarte 90 %-Mindesterfüllungsquote bei den Personalvorgaben (PsychPV + Sicherheitszuschlag) für therapeutisches Personal zurückzuführen sein, die heute an den meisten Standorten als zu erreichende Zielquote umdefiniert wird.
- Die Tagesentgelte, die das Land an die forensischen Einrichtungen je Patientin bzw. Patient zahlt, liegen leicht unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Ob dies so bleibt, ist wegen der laufenden Nachverhandlungen und etwaiger zurückreichender Anpassungen zweifelhaft.

In zwei Workshops mit Beteiligten aus den Forensischen Kliniken wurden folgende Punkte als im niedersächsischen Maßregelvollzug zu verbessern bzw. als aktiv zu bearbeiten benannt:

- An allen zehn Standorten sollten vergleichbare therapeutisch-rehabilitative und strukturelle Rahmenbedingungen für den Maßregelvollzug und die Forensischen Ambulanzen hergestellt und aufrechterhalten werden.²³³
- Es wird als dringend notwendig betrachtet, die Kommunikation und fachliche Kooperation zwischen den beteiligten Ebenen und Handlungsträgern am Maßregelvollzug in Niedersachsen zu verbessern, und zwar
 - zwischen MS und MRV-Kliniken und den MRV-Kliniken untereinander
 - durch Nutzung der fachlichen Beratungsmöglichkeiten der Praktiker in den Kliniken durch das MS bei der Formulierung von Erlassen etc.
 - zwischen MS – Justizinstanzen – MRV-Kliniken.

Davon würden alle Beteiligten einen Nutzen haben (mehr Handlungssicherheit, Ausweitung der fachlichen Diskussion über die eigene Klinik hinaus, Verbreitung von Best-Practice-Erfahrungen etc.).

- Fachliche Fragen, die einrichtungsübergreifend diskutiert und vergleichbar gelöst werden sollten, sind z. B.:
 - Ethisch-fachliche Grundsätze in der Forensik
 - Entwicklung eines konzeptionellen Rahmens in Form von Leitfäden für die Behandlung der Patientinnen und Patienten nach § 63 StGB, Hauptdiagnose- bzw. Deliktgruppen (Sexualstraftäterinnen und Sexualstraftäter, Persönlichkeitsgestörte etc.)
 - Entwicklung eines konzeptionellen Rahmens (Leitfäden) für die Behandlung der Patientinnen und Patienten nach § 64 StGB (dies wird auch von Mitgliedern der Besuchskommissionen eingefordert) mit besonderem Augenmerk auf die Folgen der Veränderungen der Klientel in der forensischen Suchtbehandlung (mit zunehmender Gewaltbereitschaft und vermehrten psychiatrischen Ausnahmesituationen) und die notwendigen konzeptionellen und personellen Reaktionen der Einrichtungen auf diese Veränderungsprozesse
 - Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses (vergleichbare Qualitätsdimensionen/-kriterien und Messkonzepte)
 - Standards für Lockerungsverfahren, Behandlungsplanung und Ambulantisierung

²³³ Siehe auch Tänzer, A., a. a. O., S. 95.

- rungsprozesse unter Berücksichtigung der örtlichen Unterschiede
- Entwicklung einer fachlichen Position zur „Notwendigkeit“ von geschlossenen Heimen für (ehemalige) forensische Patientinnen und Patienten
- Strategische Themen, die einrichtungsübergreifend diskutiert und bearbeitet werden sollten, sind:
- Zusammenarbeit und Pflege eines regelmäßigen Informationsaustauschs mit den zuständigen gerichtlichen Organen
 - Belegungsentwicklung/strukturelle Verschiebungen und Folgen für die einzelnen MRV-Standorte
 - Sammlung und Bewertung/Priorisierung der baulichen Sanierungsbedarfe
 - Definition von baulichen Anforderungen – gemeinsame Ideen zu zukunftsweisenden Raumkonzepten und zu baulichen Mindeststandards
 - Beobachtung und Austausch zu (möglichen) Folgen, die die Einführung von PEPP in der stationären Psychiatrie für den Maßregelvollzug zeitigen könnte, und Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten
- Organisations- und Personalfragen, die einrichtungsübergreifend diskutiert und vergleichbar gelöst werden sollten, sind u. a.:
- Strategien und Maßnahmen zur zukünftigen Personalgewinnung für den MRV in Niedersachsen, der vor erheblichen Nachwuchsproblemen steht; eine Entwicklung, die sich in allen Ländern bereits jetzt zeigt. Das Augenmerk ist dabei auf das gesamte Spektrum der ärztlich-therapeutischen Berufsgruppen, der Fachpflege und der Sicherheitsbeauftragten zu richten
 - Durchführung von Personalentwicklungs- und -fördermaßnahmen für die gemischten Teams in den beliebigen Einrichtungen
 - Klärung, inwieweit die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten Leitungsfunktionen in MRV-Organisationseinheiten übernehmen dürfen (Frage der Rechtsstellung); dies könnte den Personalrekrutierungsengpass zumindest teilweise abmildern
 - Einrichtung einer zentralen „spezialisierten“ Stelle für die Befassung mit Verwaltungsgerichtsverfahren und Beschwerdemanagement (Umgang mit „professionalisiertem Beschwerdeverhalten“ von Patientinnen und Patienten und spezialisierten Anwälten)
 - Einmal im Jahr Diskussion und Schlussfolgerungen aus den jährlichen Kerndatensatz-Auswertungen.

Insgesamt wird auf der organisatorischen Ebene vorgeschlagen, dass das MS den Austausch fördert, z. B. durch Organisation von periodischen, themenzentrierten Veranstaltungen, die ergänzend zu den eher formalen Dienstbesprechungen eingeführt werden sollten. Die inhaltliche Ausrichtung der MRV-Politik sollte die *präventiven Aktivitäten* verstärken. Hier sollte weiterhin auf gezielte Ansätze wie z. B. die *Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld* gesetzt werden. Dabei müssen die Vernetzungsmöglichkeiten des MRV mit der Allgemein-Psychiatrie und den weiteren Partnern in den Sozialpsychiatrischen Verbünden gezielt (orientiert an den örtlichen Gegebenheiten) ausgebaut werden. Ein weiteres Thema von erheblicher Bedeutung ist die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für ehemalige forensische Patientinnen und Patienten.

5.7.3 Vorrangige Handlungsfelder/-empfehlungen im Rahmen des Maßregelvollzugs

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

- *Kommunikation und Kooperation:* Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen den Handlungsträgern im MRV in Niedersachsen konzipieren und durchführen. Dabei ist das MS als Organisator und in seiner Rolle als Aufsichtsinstanz in besonderer Weise gefragt.
- *Präventionsmaßnahmen* landesweit, angepasst an die örtlichen Gegebenheiten etablieren und nachhaltig durchführen. Ein Beispiel für eine Lösung im großstädtischen Umfeld ist in der Region Hannover mit der interdisziplinären, multiprofessionellen „Fachgruppe Forensik – Prävention und Nachsorge für psychisch Kranke im Maßregelvollzug“ erfolgreich verwirklicht.²³⁴ Am alle zwei Monate stattfindenden „Runden Tisch“ nehmen neben der regionalen Forensik allgemeinpsychiatrische Kliniken, sozialpsychiatrische Dienste, Institutsambulanzen, ein Arzt aus der JVA, Leistungsanbieter (psychiatrische Wohnheime, WG, WfbM, Rehabilitationsträger), Betreuungsrichterinnen und -richter, rechtliche Betreuungspersonen und Bewährungshelferinnen und -helfer teil. Es werden Kasuistiken von Risikopatientinnen und -patienten mit fremdgefährdenden Aspekten diskutiert und gemeinsam Lösungswege entwickelt, die eine Gewalteskalation und Forensifizierung vermeiden helfen. Mit den Leistungsanbietern werden Probleme der Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patientinnen und -patienten erörtert. Daneben bietet die Fachgruppe ein Forum für Fortbildung und Information zu Themenfeldern rund um die Forensik, Risikomanagement, Versorgungsfragen der von sozialer Ausgrenzung bedrohten schwer und chronisch psychisch Kranken und Wohnungslosen.

Es sollten ähnliche Lösungen in den 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 gem. SGB XII oder der Pflege nach SGB XI) sind auf die Übernahme dieser Patientinnen und Patienten bisher nicht vorbereitet. Dieses Thema sollte im Rahmen einer vom Land initiierten Projektgruppe unmittelbar und mit Nachdruck angegangen werden.
- *Wohnangebote für ehemalige forensische Patientinnen und Patienten:* Die Weiterbetreuung und die Eingliederung von ehemaligen forensischen Patientinnen und Patienten (insbesondere von Sexualstraftätern und Menschen mit geistiger Behinderung im Anschluss an eine MRV-Behandlung ist nach wie vor schwierig, weil entsprechende Wohnangebote fehlen. Trotz der bestehenden finanziellen Anreize, solche Wohnplätze zu schaffen, finden sich nicht genügend Anbieter, die Interesse haben, auf diesem Feld tätig zu werden. Hier müssen zukünftig tragfähige Lösungswege gefunden werden.

²³⁴ Eine Beschreibung der Arbeit der Fachgruppe findet sich in Band 5 der Sozialpsychiatrischen Schriften „Vorwärts nach weit“ – 15 Jahre sozialpsychiatrischer Verbund in der Region Hannover (2013), S. 82 – 87.

- *Arbeitsmöglichkeiten* für ehemalige MRV-Patientinnen und -Patienten, auch unter dem Aspekt des „Perspektive Lebens“ bereitstellen. Es finden sich nur wenige Träger im geschützten Arbeitsbereich und Firmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, 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.
- Zusammenarbeit zwischen Forensischen Ambulanzen, stationären forensischen Bereichen und den örtlichen Sozialpsychiatrischen Diensten bzw. Sozialpsychiatrischen Verbänden intensivieren. Dabei sind auch Liaison-Dienste als Lösung zu prüfen. Dadurch können Teile der vorgenannten Handlungsfelder in regionen-/kommunenspezifischen Lösungen (integrativ) umgesetzt werden.

6 Planung, Steuerung, Koordination

6.1 Zur Einordnung der Maßnahmen und Empfehlungen

In den bisherigen Kapiteln lagen die Akzente auf der Darstellung der Bedarfs- und Versorgungssituation für bestimmte Gruppen sowie auf dabei auftretende Problemstellungen und Handlungsempfehlungen. Diese nahmen verschiedentlich bereits auf planungs-, steuerungs- und koordinationsbezogene Aspekte Bezug, die mit Blick auf die jeweilige Versorgungslage aufzugreifen sind, um bedarfsgerechtere Versorgungsstrukturen und -formen zu entwickeln. Mit Blick auf das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung zeigt sich jedoch, dass aus jedem Teilsektor heraus die Frage entsteht, wie sich die Versorgungsstrukturen insgesamt planen und steuern lassen und Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Versorgungsbausteinen zu reduzieren sind. Dieser bereichsübergreifenden Thematik ist Kapitel 6 gewidmet.

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.

Voraussetzungen für den Erfolg des Handelns auf diesen Gebieten bestehen u. a. darin, dass

- die psychisch kranke Person mit ihren Bedarfen und Belangen, Rechten, Schwächen und Stärken *im Mittelpunkt* steht,
- zu Vorgaben, Maßnahmen und Handlungsergebnissen die notwendige *datenbezogene Transparenz* geschaffen wird einschließlich *evaluativer Maßnahmen und Berichterstattung*
- den Zielen der planenden, steuernden und koordinierenden Maßnahmen entsprechendes *Engagement und Haltung* vorhanden ist und gefördert wird.

In den letzten Jahren wurden die gesetzlichen Vorgaben zur Planung, Steuerung und Koordination der Leistungsträger und -erbringer und deren Verbände etc. deutlich ausgeweitet. Ein Beispiel: Das dritte Kapitel des SGB X ist explizit der Zusammenarbeit der Leistungsträger gewidmet, die gem. § 95 SGB X verpflichtet sind, hinsichtlich Planung und Forschung zu kooperieren. Zudem zielen verschiedene Paragraphen in den Sozialgesetzbüchern auf die Planung und Sicherstellung der jeweils geregelten Leistungen: So legt § 1 Abs. 2 SGB I fest, dass „die zur Erfüllung der [...] Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen“. Angesichts der im Bereich der Psychiatrie gegebenen und gewünschten Trägervielfalt ist § 17 SGB I bedeutsam, da dort in Absatz 3 ausgeführt wird: „In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, dass sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen“. Der zehnte Abschnitt des

SGB V widmet sich der „Weiterentwicklung der Versorgung“ mit u. a. § 64b SGB V „Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen“, die bereichsübergreifendes Handeln ebenfalls ermöglichen soll. Gleiches gilt für die §§ 140a-d SGB V zur „Integrierten Versorgung“. Die Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder betonen die Verpflichtung zur Bereitstellung von Hilfen und die Verantwortung der Kommunen zur Planung, Steuerung und Koordination der Leistungen, so NPsychKG in §§ 5 bzw. §§ 8 bis 10.

Die Fachdiskussion unterstreicht heute deutlich die aktive Gestaltung der Rahmenbedingungen vor Ort, insbesondere für die schwer von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen: „Die so verstandenen Interventionen zielen hauptsächlich darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern. Dies wird entweder durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsfaktoren oder dadurch erreicht, dass soziale und kommunikative Kompetenzen für die Reintegration in den verschiedenen Lebensbereichen vermittelt werden. Psychosoziale Interventionen lassen sich verschiedenen Aggregations-ebenen zuordnen. Einige *Interventionen* sind *auf der Systemebene* angesiedelt, deren Umsetzung durch ein Helfersystem erfolgt (z. B. aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams [...]). Zum anderen gibt es psychosoziale Interventionen, die stärker als *Einzelinterventionen* beurteilt werden können und die an verschiedenen Stellen im Versorgungssystem in Anspruch genommen werden können [...].“²³⁵ Unter System-Interventionen werden benannt: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung, Case Management, Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Wohnangebote für psychisch kranke Menschen. Als Einzelinterventionen werden aufgeführt: psychoedukative Interventionen für Betroffene und Angehörige, Peer-to-Peer-Ansätze und Dialog, Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie. Der Selbsthilfe und verwandten Konzepten wird ebenfalls erhebliche Bedeutung beigemessen.²³⁶

Das heißt: Planung, Steuerung und Koordination sind nach heutiger Sicht elementarer Bestandteil und zentral für die Funktionalität und vor allem Weiterentwicklung des Systems. Fachkommission und Auftragnehmer haben deshalb z. B. in den ethisch-fachlichen Grundsätzen sowie im Bericht generell dazu handlungsorientierte Überlegungen entwickelt, die in diesem Kapitel in Form der folgenden Empfehlungen (Abschnitt 6.2) gebündelt werden.

Die zentrale Stellung von Planung, Steuerung und Koordination wird jedoch noch durch *weitere Aspekte* unterstrichen, die einleitend mit Blick auf weitere Begründung der Handlungsempfehlungen kurz angerissen werden müssen; sie betreffen die Aspekte *Finanzierung psychiatrischer Leistungen* und *regional-strukturelle Gegebenheiten*.

Die Problemstellungen hierzu sind als solche keinesfalls neu. Bereits mit dem reformgewollten Abbau psychiatrischer, damals „gemeindefernen“ Großkrankenhäuser ab den 1970er Jahren und der Rückführung der Patientinnen und Patienten „in die Gemeinde“ erwies es sich – um jetzt beispielhaft nur eine Entwicklungslinie herauszugreifen – als notwendig zu klären, wer wohin auf welcher Grundlage rückgeführt werden sollte. Allerdings wurde die damalige Situation vielfach bestimmt und zunächst auch überformt von dem Neu-Aufbau gemeindenaher Alternativen (zum Wohnen, zur Tagesstruktur, zum

²³⁵ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer. Kurzversion, S. 9. Siehe <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html> (zuletzt aufgerufen am 29. Dezember 2015).

²³⁶ Vgl. ebd.

Verbleib in der Gemeinde überhaupt u. s. w.). Das heißt, die faktisch erfolgte Neu-Platzierung der Betroffenen nach vielfach jahrelangem Verbleib in Großkrankenhäusern war in gewisser Weise Hauptkriterium und weniger die Frage, ob dies auch in jeder Hinsicht bedarfsgerecht abgelaufen sei. Konzepte zur Koordination und Kooperation der damals sukzessive neu entstehenden Angebote wie Tageskliniken, Sozialpsychiatrische Dienste, Kontakt- und Beratungsstellen, psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus usw. wurden zwar bereits von den Verfassern der Psychiatrie-Enquête (1975) formuliert und gefordert, ihre Umsetzung z. B. durch eine kommunale Psychiatrie-Koordination erfolgte jedoch in den Gebietskörperschaften – damals zunächst noch als „Standardversorgungsgebiete“ mit 150 bis 350 Tsd. EW konzipiert – nur vereinzelt.

Diese Situation hat sich geändert, die Anforderungen an Planung, Steuerung und Koordination sind deutlich gewachsen, zumal sich einerseits die Palette der Angebote und der Möglichkeiten erweitert hat und andererseits die Wahlfreiheit des Betroffenen höher gewichtet wird, im Rahmen der Teilhabe und des Selbstbestimmungsrechts Einfluss auf den Behandlungs- und Betreuungsort zu nehmen. Die Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder schreiben wie bereits erwähnt für die kommunale Ebene die Planung, Steuerung und Koordination heute vielfach vor, so auch Niedersachsen mit den §§ 8 bis 10 NPsychKG.

Die nun über Jahrzehnte mit der Weiterentwicklung des psychiatrischen Systems bereits erprobten und in Gesetzen und der Fachdiskussion wie oben dargestellt explizit geforderten Aufgaben der Planung, Steuerung und Koordination haben allerdings deren Schwierigkeitsgrade nicht reduziert, im Gegenteil. Verantwortlich hierfür ist in nicht geringem Maße der Aspekt der Finanzierung psychiatrischer Leistungen: Psychisch kranke Menschen haben, vor allem wenn sie schwer und chronisch erkrankt sind, einen komplexen Behandlungs- und Betreuungsbedarf. Anzuerkennen ist, dass seit der Psychiatrie-Enquête die Versorgungsangebote und -möglichkeiten hierfür erheblich ausgebaut wurden. Auch die Grundlagen der Finanzierung psychiatrischer und damit verknüpfter Leistungen wurden seither grundsätzlich erweitert und verbessert. Zweifelsohne z. T. erst nach jahrelangen Bemühungen umgesetzt, gehören heute Tagesklinik, Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege, ambulant betreutes Wohnen u. v. a. m. zu Regelleistungen innerhalb des SGB V, des SGB XII, ergänzt um spezielle Regelungen innerhalb des SGB XI (Pflege). Die Fachdiskussion war jedoch von Anfang an auch davon geprägt, dass gerade psychisch kranken Menschen integrierte, sektorübergreifende Angebote und Maßnahmen zur Verfügung stehen sollten, finanziert und gesteuert „aus einer Hand“. Dem steht nach wie vor ein gegliedertes, nach Sektoren und Hilfebereichen getrenntes Leistungssystem entgegen, für das die „Trennung ambulant-stationär“ nur ein Beispiel darstellt. Anzuerkennen ist auch hier, dass z. B. im Rahmen des Sozialgesetzbuchs inzwischen eine Fülle von Regelungen aufgenommen worden ist, die die Zusammenarbeit der Leistungsträger fördert. Dennoch sind integrative und sektorübergreifende Ansätze nach wie vor nur vereinzelt oder modellhaft realisiert, z. B. im Rahmen von IV-Verträgen nach § 140a SGB V oder des „Regionalen Psychiatriebudgets“ als Modellversuche von einzelnen Kliniken mit den Kassen oder im Rahmen von Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V. Keineswegs aufgehellt zeigt sich die Situation, wenn die Frage hinsichtlich Arbeit, Beschäftigung, Verdienstmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen ausgeweitet wird. Es zeigt sich z. B. vielmehr eine seit Jahren steigende Zahl von Erwerbsunfähigkeits-Renten aufgrund psychischer Erkrankung. Hier scheinen weder die Vorschriften, die Finanzierungsregelungen noch die Systeme hinreichend ineinander zu greifen. „Das Problem beginnt, wenn die Erkrankung als solche behandelt ist, die Betroffenen finden dann oft keinen Weg zurück und erfahren Desintegration“, so ein Vertreter eines Rentenversicherungsträgers in einem Fachgespräch zum Landespsychiatrieplan. Die Fachkommission selbst hat ihrerseits die „Fragmentierung im System“ be-

klagt, die eine sachgerechte Steuerung verhindere, ebenso den mangelnden Gestaltungswillen und die Dominanz von bereichsinternen und Einzel-Interessen. Schließlich werden unzureichende Maßnahmen der Steuerung und Zusammenarbeit auch für die steigenden Zahlen von Unterbringung und Zwangsmaßnahmen mit verantwortlich gemacht, da die Auffassung besteht, dass durch frühzeitigeres, interdisziplinäres Eingreifen Unterbringung und Zwang vermieden oder begrenzt werden könnten. Gleiches gilt für die Bewältigung von Krisen und Kriseninterventionen, die nicht nur bezogen auf Ausstattungsgegebenheiten, sondern vor allem mit Blick auf die Koordination der Hilfen und des Zusammenwirkens der Beteiligten in diversen Sozialpsychiatrischen Plänen als suboptimal dargestellt wird.

Auf diesem Hintergrund haben Planung, Steuerung und Koordination für ein bedarfsgerechtes psychiatrisches System zusätzlich an Bedeutung gewonnen, und zwar nicht nur dahingehend, die Strukturierung der Angebote und die Verknüpfung der Leistungen ziel führend zu bewirken, sondern es stellt sich die Frage, ob und inwieweit gerade durch eine verstärkte Koordination, Vernetzung und Kooperation der bestehenden Systeme optimierte Verhältnisse herstellbar sind, die für psychisch kranke Menschen bestehende Versorgungslücken überwinden helfen. Natürlich erhöht dies die Anforderungen an die sektorübergreifenden Planungs- und Verknüpfungsleistungen der heute am System professionell Beteiligten, es gilt jedoch, für innovative system- und rechtskreisübergreifende Handlungs- und Finanzierungsmöglichkeiten eine entsprechende, überzeugende Empirie zu schaffen (so lautet z. B. auch die Begründung für Modellvorhaben nach § 64b SGB V). Zudem lohnt überdies die Klärung der in den einzelnen Kapiteln bereits angesprochenen Schnittstellenprobleme, z. B. der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Jugendhilfe, der psychiatrischen Versorgung für Ältere zur Pflege u. a. m. die Mühe. Sie verweisen jedenfalls auch darauf, dass es nach heutiger Sicht weniger daran liegt, dass die je einzelnen Sektoren nicht die jeweils erforderlichen Leistungen bieten, sondern dass die Übergänge zwischen ihnen nicht bruchlos funktionieren, Eingangsvoraussetzungen unterschiedlich interpretiert werden und – im weitesten Sinn – die Kommunikation über die spezifischen Bedarfe psychisch kranker Menschen zwischen den Sektoren unzureichend ausgeprägt ist. Finanzierung, Planung, Steuerung, Koordination und Kooperation mögen auf verschiedenen Seiten stehen, bezogen auf psychisch kranke Menschen stehen sie aber letztlich untrennbar auf einer Medaille. Plädiert wird z. B. dafür, auf kommunaler Ebene die Leistungen der Krankenversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. kommunaler Finanzierungsleistungen (Sozialpsychiatrischer Dienst) enger zu verzahnen bzw. dies modellhaft zu erproben (s. u.). Unterstrichen wird jedoch, dass dies nur funktionieren kann, wenn sich für diese Verzahnung auch vorbereitend und anschließend nachhaltig eine Steuerungs- und Koordinationsinstanz für verantwortlich erklärt bzw. wenn diese das Mandat aller Akteure hat.

Gerade der Zusammenhang von Finanzierung und Steuerung wird zunehmend in der Fachliteratur unter Hinweisen auf Modellvorschläge bzw. -versuche zur bereichs- und sektorübergreifenden Versorgung psychisch kranker Menschen oder zu kliniksubstituierenden Vorhaben (z. B. im Rahmen Integrierter Versorgung) betont.²³⁷ Soweit aufgrund (noch) nicht vorliegender Evaluationsberichte beurteilbar, richten sich auch die in Niedersachsen existenten IV-Modelle darauf, die Steuerung der Patientenversorgung – Stärkung

²³⁷ Vgl. z. B. Steinhart, I., Wienberg, G. & Koch, C. (2014). Es geht doch! Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxiserfahrungen und Finanzierung. *Psychiatrische Praxis*, 41, 454-457.
Steinhart, I. & Wienberg, G. (2014). Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 41, 179-181.
Gaebel, W. u. a. (2015). Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. *Die Psychiatrie*, 12, 118-127.

der ambulanten Versorgung, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen – durch entsprechende Verträge mit Leistungserbringern bzw. finanziell-vertragliche Regelungen auf Basis von § 140a SGB V zu beeinflussen. Abgesehen davon, dass der Gesetzgeber durch das GKV Versorgungsgesetz die Wartezeiten auf Behandlung verkürzen will, mehrten sich mit Blick auf schnellere Behandlung in Krisenfällen und bei akuten psychischen Problemen die Appelle, auch im Sinne von Frühintervention, dass die haus- und fachärztliche sowie fachpsychotherapeutische Versorgung zügiger im Bedarfsfall reagieren sollte. Hier ist z. B. die Initiative der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur strukturierten Zusammenarbeit von Fachärztinnen/Fachärzten untereinander und mit fachpsychotherapeutischen Praxen zu erwähnen, die eine intensivere Kooperation zwischen diesen Berufsgruppen und einer Fallkoordination vorsieht. Als Anreiz ist eine extrabudgetäre Vergütung vorgesehen.²³⁸

Zusammengefasst: Gerade die schon über Jahrzehnte währende Zunahme der Einrichtungen und Behandlungsmöglichkeiten, ihre inhaltliche Diversifikation, der reformbegründete, gesetzlich verfügte Wechsel von der angebots- zur personenzentrierten Versorgung verlangen ein zunehmend höheres Maß an Koordination unter den Leistungsträgern und -erbringern. Das Gleiche gilt für die fallbezogene Vernetzung von Hilfeangeboten mit möglichst reibungslosen, effektiven Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (Hilfe/Teilhabeplanung). Wohnortnahe Behandlungs- und Betreuungsangebote sollen gewährleisten, dass erforderliche Hilfen „zum Bürger kommen“, nicht umgekehrt. Mit diesen Erwartungen, dargestellt in entsprechenden Gesetzen und Vorschriften, sind für Länder, kommunale Gebietskörperschaften, für Träger, Einrichtungen und deren Steuerung wachsende hohe (Management-)Anforderungen gesetzt. Planung, Koordination und Steuerung der psychiatrischen und psychosozialen Hilfen haben zentralen Stellenwert, Funktionalität, Effektivität und Effizienz der Versorgung hängen von deren Gelingen wesentlich ab. Das betrifft zum einen die Planung und Erbringung von Hilfen auf individueller Ebene (Fallsteuerung, Case Management), zum anderen bezieht sich dies auch auf Vereinbarungen, die die Praxen, Dienste, Einrichtungen und ihre Träger in einer Versorgungsregion (kreisfreie Städte, Landkreise, Regionen) treffen sowie auf institutionalisierte Formen der Kooperation (Sozialpsychiatrischer Verbund, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft etc.). Je nachdem, wie dies geleistet wird bzw. wie Vereinbarungen „gelebt“ werden, wird sich Erfolg mehr oder weniger einstellen.

Damit ist schließlich der regional-strukturelle Aspekt angesprochen: Die erfolgte Betrachtung regional-struktureller Gegebenheiten in Niedersachsen verweist darauf, dass die Umsetzung von Planung und Steuerung die lokalen Gegebenheiten flexibel berücksichtigen muss: Stand und Entwicklung des Gesundheitswesens bzw. der psychiatrischen Versorgung verweisen bereits heute – und nicht nur in Niedersachsen – auf Entwicklungen hinsichtlich Versorgungsdichte, regional-örtlicher Ausstattung und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die sich nach aktuellen Prognosen in ihrer Unterschiedlichkeit zwischen einzelnen Landesteilen eher noch verstärken werden (s. Kapitel 2.1). Die Ursachen hierfür sind hochkomplex und die Folge mehrdimensional begründeter demografischer, ökonomischer, beschäftigungsbezogener, wirtschaftsgeografischer, soziologischer, wanderungsbedingter und auch marktbezogen-wettbewerbsbedingter Entwicklungen, die sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Landesteile auswirken.

Gerade um die gegebenen bzw. sich abzeichnenden lokal-regionalen Defizite im Gesundheitswesen und der psychiatrischen Versorgung zu erkennen und mit den beteiligten Instanzen vor Ort und in Zusammenarbeit mit der Landesebene schrittweise zu beheben,

²³⁸ Bühring, P. (2015). Bessere Versorgung durch strukturierte Zusammenarbeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 112, 4, 120-121.

brauchen die Regionen und kommunalen Gebietskörperschaften kompetente, differenzierte und flexible Möglichkeiten zur Eigensteuerung. Dass die Analyse der epidemiologischen Daten, wie in Kapitel 2.2 ausgeführt, überdies nur übergreifende Aussagen zulässt bzw. keine unmittelbare 1:1-Übersetzung auf örtliche Gegebenheiten, unterstützt dieses Argument zusätzlich. Zwar kann z. B. davon ausgegangen werden, dass im höheren Alter demenzielle Erkrankungen wahrscheinlicher werden. In welcher Größenordnung eine Kommune damit rechnen und umgehen muss, hängt jedoch sehr davon ab, wie sich dort der Anteil älterer Personen an der Bevölkerung entwickeln wird, wie die Sozialstruktur beschaffen ist, welche Betreuungsmöglichkeiten vor Ort existieren u. a. m. Das niedersächsische Konzept der „Gesundheitsregionen Niedersachsen“²³⁹ erscheint im Übrigen hier als guter Ansatz, sofern dann die Leistungsträger sowie psychiatrischen und psychosozialen Leistungserbringer vor Ort verbindlich einbezogen werden.

6.2 Vorrangige Handlungsfelder und strategische Maßnahmen zu Planung, Steuerung und Koordination

Die Formulierung von Handlungsempfehlungen auf dem oben beschriebenen Hintergrund erfordert die Bezugnahme auf mehrere Themen und Handlungsebenen:

- Planungs- und Zuständigkeitsgebiete
- Landesebene
- kommunale, örtliche Ebene
- Zusammenarbeit der Leistungsträger und Leistungserbringer
- fachliche Einbindung, Beratung und Perspektiventwicklung
- Transparenz, Berichterstattung und Evaluation.

Wie für die einzelnen Versorgungsbereiche gelten auch für Planung, Steuerung und Koordination grundsätzlich und bei allen Maßnahmen und Umsetzungen übergreifende Maßstäbe und Standards der Qualität, die wie folgt benannt werden:

- Einhaltung von Recht sowie Qualität der Leistungserbringung und ihrer Organisation unter Orientierung an landesweit geltenden ethisch-fachlichen Grundsätzen des Landespsychiatrieplans
- 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 angemessener Frist, insbesondere bei Krisen und Notfällen
- Sozialraumorientierung und Förderung bürgerschaftlichen Engagements im Rahmen inklusiver Ansätze
- Gewährleistung zielgruppenspezifischer Ausrichtung der Angebote (Gender- und Kultursensibilität sowie von Barrierefreiheit für psychisch kranke Menschen mit verschiedenen Behinderungen)

²³⁹ Vgl. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.). (2014). *Gesundheitsregionen Niedersachsen*. Hannover: LVG & AFS.

- Einbindung und Förderung von Selbsthilfe und Selbstvertretung sowie von dialogischem Handeln.

Planungs- und Zuständigkeitsgebiete

Planungs-, Zuständigkeits- und Steuerungseinheit für die psychiatrische Versorgung bleiben die kommunalen Gebietskörperschaften im Land samt ihrer Zuständigkeiten, insbesondere im Rahmen des NPsychKG, des SGB VIII, des SGB IX, des SGB XI und des SGB XII. Die zuständigen kommunalen Steuerungs- und Koordinationsinstanzen (Sozialpsychiatrischer Verbund, Sozialpsychiatrischer Dienst) sind zu stärken,²⁴⁰ auch durch Information über ihre Aufgabenstellung verwaltungsintern und -extern sowie durch Förderung ihrer Rolle in der Gemeinde und ihres „Ansehens“ als Einrichtungen der Daseinsfürsorge.

Nicht in jeder Kommune können alle Versorgungsleistungen vorgehalten werden. Hier wird empfohlen, dass zur Erfüllung von Standards sowie der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Einrichtungen und Leistungen etc. diese nachhaltig und vertraglich fixiert mit benachbarten Gebietskörperschaften kooperieren. Dies betrifft insbesondere Versorgungsbereiche, die in ihrer Problemstellung z. T. nur überregional 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 – in Zusammenarbeit mit den damit befassten Akteuren und Instanzen. Das Land muss, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, folglich auch künftig die Gestaltungskraft erhalten und stärken, 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 braucht die notwendige fachliche und aufsichtsbezogene Kapazität und Kompetenz für Planung, nachhaltige Organisation und Steuerung von psychiatrischen Versorgungsstrukturen und Controlling. Die planenden und proaktiven Gestaltungsmöglichkeiten des für das psychiatrische System zentralen Referats auf Landesebene müssen verstärkt werden.
- Notwendig ist die verbindlich strukturierte und vertiefte Zusammenarbeit zwischen den je zuständigen ministeriellen Instanzen, insbesondere Krankenhausplanung, Seniorenhilfe, Behindertenhilfe, Jugendhilfe und Landesjugendamt sowie Suchthilfe. Dabei geht es um die psychosomatische Versorgung, die Versorgung älterer und psychisch kranker Menschen in Geriatrie und Psychiatrie sowie die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und von suchtkranken Menschen.

²⁴⁰ Verwiesen werden kann in diesem Kontext, weil z. B. für die ältere betroffene Bevölkerung ebenfalls von Belang, auf die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Es sollen u. a. „die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden“ und die „Sozialräume so entwickelt werden können, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können“, s. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/gute-pflege-in-den-kommunen-staerken.html> (zuletzt aufgerufen am 04.01.2016).

- Das Konzept „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ bietet einen guten Rahmen, auch den Bereich der psychiatrischen Versorgung in den Blick zu nehmen. Psychisch kranke Personen haben i. d. R. einen nicht geringen somatischen Behandlungsbedarf. Dünnen die Versorgungsangebote vor Ort aus, verlagern sich die Probleme nur. Zeichnen sich andererseits – wie z. B. im Kapitel zur Versorgung Erwachsener belegt – in der Zukunft mögliche Lücken in der ambulanten fachärztlich-psychiatrischen Versorgung ab, kann im Rahmen des Projekts „Gesundheitsregionen“ frühzeitig darauf hingewirkt werden, hier Lösungen zu finden.

Kommunale, örtliche Ebene

Die Kern-Zuständigkeit, Verantwortung und Funktion kommunaler Gebietskörperschaften ist gemäß NPsychKG festgeschrieben und unabdingbar – vor allem unter der Maßgabe der Daseinsfürsorge. Der Erfüllungsgrad hinsichtlich der Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsfunktionen ist zwischen den Gebietskörperschaften jedoch noch unterschiedlich ausgeprägt, dies betrifft z. B. die Verankerung dieser Funktion innerhalb der örtlichen Verwaltung, die Regelmäßigkeit und Nachhaltigkeit ihrer Aufgabenwahrnehmung, die Erstellung qualifizierter Sozialpsychiatrischer Pläne, die Steuerung der Sozialpsychiatrischen Verbünde, die Verbindlichkeit der zu beteiligenden Einrichtungen und Instanzen sowie der Kooperation vor Ort. 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. Dazu gehört auch, dass die Einrichtungen und Dienste für alle Altersgruppen im SpV regelhaft repräsentiert sind und gehört werden sowie eine Sitzungsfolge vereinbart wird, die die Koordination aller Beteiligten befördert.
- Das Land sollte für künftige Sozialpsychiatrische Pläne die bestehenden Rahmenvorgaben nach Gesichtspunkten weiterentwickeln, die für die örtliche wie für die Landesplanung von Belang sind. Impulssetzend im Rahmen der Aufsicht und Umsetzung des Landespsychiatrieplans werden die kommunalen Gebietskörperschaften aufgefordert, die Sozialpsychiatrischen Pläne, sofern nicht zuletzt für das Jahr 2013 vorliegend, zu aktualisieren. Dies sollte mit einschließen, dass
 - alle kommunalen Gebietskörperschaften den Erfüllungsgrad der vorgenannten Aspekte gegenüber dem Land darstellen und
 - pro Kommune die wesentlichsten Handlungsbedarfe sowie Wege und Hürden zu ihrer Bewältigung benannt werden.
- Die Sozialpsychiatrischen Verbünde und kommunalen einschlägigen Instanzen sollten sich auf die prioritär erkannten Handlungsbedarfe – unter Einbeziehung der jeweils relevanten Akteure – konzentrieren. Dies gilt zum einen insbesondere für chronisch psychisch kranke Menschen – in Zusammenarbeit mit Angehörigen, Betreuungspersonen, Selbsthilfe u. a.; rechtskreisübergreifende Hilfe-/Teilhabeplanung sollte an Einzelfällen ansetzen, daraus gewonnene Erkenntnisse in Steuerung und Transfer auf größere Gruppen von Betroffenen und andere Gebiete übertragen werden (können). Der im Land bereits in drei Gebietskörperschaften durchgeführte Modellversuch zur Erprobung einer neuen Aufgabenverteilung zwischen dem überörtlichen Träger und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe wird insgesamt positiv beur-

teilt und sollte in anhand von Kriterien repräsentativ ausgewählten Kommunen dazu fortgesetzt werden. Positiv wird gesehen, dass die Fortsetzung unter konzeptmäßiger Einbindung von Kassen, Rentenversicherung und Bundesanstalt für Arbeit erfolgen soll. Zum anderen sollten die Themenfelder der 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. Schließlich ist die Zusammenarbeit bei Krisen und Notfällen (mit den möglichst abzuwendenden Folgen von Unterbringung und Zwang) vor Ort regelhaft auf die Agenda zu setzen, da auch hier landesweit Handlungsbedarf gesehen wird.

- Die relevanten kommunalen Instanzen und die Sozialpsychiatrischen Verbünde sollten die Zusammenarbeit der für die Versorgung psychisch kranker Personen relevanten Einrichtungen vor Ort in Form eines „Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ)“ befördern. Wesentliches Kriterium für diese Zentren ist jedoch von vornherein: Nachhaltige Organisation, Erreichbarkeit, verbindliche Kooperation der zusammengeschlossenen Einrichtungen, multiprofessionelle mobile Teams, einrichtungsübergreifende Hilfe-/Teilhabeplanung, Niedrigschwelligkeit, fachliche Servicefunktion der Zentren und ihrer Einrichtungen für andere kommunale Einrichtungen bzw. Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vor Ort. Die nationale und internationale Fachwelt²⁴¹ stützt zunehmend den Ansatz integrierter gemeindepsychiatrischer Hilfeleistung durch multiprofessionell tätige, aufsuchende Teams und Vorhaltung miteinander verbundenen einrichtungsgestützter Hilfen, die in den Kommunen fallbezogen verknüpft werden können (Hilfe-/Teilhabeplanung, Case Management). Es wird vorgeschlagen, dass auf Landesebene die bisherigen Initiativen zu GPZ gebündelt, ausgewertet und konzeptionell aufgearbeitet werden und dass das Land die modellhafte Entwicklung von GPZ im Sinne eines Entwicklungsprojekts fördert und begleitet. Dabei sollte auch geprüft werden, in welcher Weise sich Kassen und Rentenversicherung an den Koordinationsleistungen der GPZ zumindest ebenfalls modellhaft beteiligen könnten; schließlich geht es um ihre Versicherten.
- Die aktuelle Funktionalität der Sozialpsychiatrischen Dienste ist zu überprüfen. Es wird empfohlen, dass das Land eine entsprechende Recherche bei den Kommunen initiiert, z. B. ist die fachärztliche Leitung des SpDi für diesen konstitutiv. Es zeichnet sich ab, dass diese Leitungsfunktion künftig nicht mehr in allen SpDi besetzt werden kann. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass dem SpDi als wichtiger kommunaler Steuerungsinstanz Ansehen und Wirkung verschafft wird, um für Leitung und Personal attraktiv zu bleiben.
- Die Umsetzung der Hilfe- und Gesamtplanung im Bereich der Eingliederungshilfe soll weiterhin integriert und unter Beachtung sozialräumlicher Gegebenheiten auf der kommunalen Ebene erfolgen. Um hierfür landesweit einheitliche Standards zu gewährleisten, sind als Voraussetzungen zu schaffen: (Weiter-)Qualifikation der Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner in den Methoden des Fallmanagements und ausreichende Stellenausstattung in der Sozialverwaltung (angemessene Fallzahlen). Die in den Zielplanungsprozessen gewonnenen fallbezogenen Informationen sollen zudem systematisch als Input für die örtliche Sozialplanung und eine ggf. kommunenübergreifend organisierte Angebotsentwicklung genutzt werden. Ob die Ausgestaltungs Kompetenzen bzgl. der (Weiter-)Entwicklung der ambulanten und stationären Versorgung besser auf *einer* Ebene verortet werden sollten und auf welcher, bleibt einer De-

²⁴¹ Siehe z. B. die in den bereits zitierten S3-Leitlinien der DGPPN zu „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ verarbeitete Literatur.

tailprüfung vorbehalten. Sowohl die zentrale (Landesebene) wie die dezentrale (kommunale Ebene) Bündelung von Zuständigkeiten haben je verschiedene und gewichtige Vor- und Nachteile, die identifiziert, diskutiert und bewertet werden müssen.

- Zumindest für die Gruppe psychisch schwer beeinträchtigter Menschen mit komplexem Hilfebedarf sollen die Möglichkeiten des SGB IX verstärkt genutzt werden, leistungsrechtsübergreifende Hilfearrangements sowie Fallmanagement auf kommunaler Ebene zu koordinieren. In einem Modellprojekt mit unterschiedlich strukturierten Kommunen (Einwohnerzahl, städtisch – ländlich, Anbieterstruktur etc.) könnten hierfür Anwendungsbedingungen und Erfolgsfaktoren erprobt werden.

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

Eine Übersicht zu psychiatrierelevanten Gremien im Land Niedersachsen²⁴² hat erkennen lassen, dass über zwei Dutzend davon existieren, auf gesetzlicher, korporativer oder freiwilliger Basis. Einerseits bestätigt diese Zahl das im Land vorhandene, organisierte Engagement, das sich auf die Belange psychisch kranker Personen richtet und auf die Strukturierung ihrer Versorgung; andererseits ist ein gewisses „Nebeneinander“ nicht auszuschließen bzw. in Einzelfällen offenkundig. So muss es als Defizit bezeichnet werden, dass verschiedene Entwicklungen im Land zwar sektorintern vorangetrieben wurden, allerdings ohne dass ihre landesweite Bedeutung (vorab) hinreichender Konsensfindung und (transparenter) Evaluation zugeführt wird. Dies betrifft z. B. Vorhaben im Rahmen der Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V, Kriterien für Auf- und Ausbau psychosomatischer Versorgung, Konzepte zu Geriatrie und Gerontopsychiatrie, das Zusammenspiel von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe u. a. Es geht hierbei nicht darum, Kritik an diesen Vorhaben zu üben, sie folgen für sich einer jeweils durchaus nachvollziehbaren Logik. Sie verweisen jedoch, unabhängig von der Frage, ob Konsens dazu besteht oder nicht, in jedem Fall auf einen gewissen Grad wechselseitig gegebener Informationsdefizite, unzureichendem Austausch zu Bewertungsmaßstäben u. a. m., vor allem bei Themen, die von landesweiter Bedeutung sind.

- Deshalb ist für die Zukunft zu empfehlen, dass auf Landesebene bei den beteiligten Akteuren und Instanzen ein Bewusstsein und die 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 Landesebene muss hier selbst vorleben (können), was von der kommunalen, örtlichen Ebene an Koordinationsleistung, z. B. durch Einbeziehung aller Beteiligten im SpV, zu Recht verlangt wird. Zweifelsohne ist das Land im Hinblick auf die Planungs- und Vorgabefunktion beschränkt, z. B. was die ambulante Bedarfsplanung betrifft. Dennoch sollte ein Verständnis im Land bestehen oder durch die Arbeit des Psychiatriereferats mittelbar erzeugt werden (können), dass Vorhaben, die Wirkungen auf das psychiatrische System und seine Planung zeitigen, in gemeinsamen Gremien vorab beraten werden.

²⁴² Zur Verfügung gestellt durch das MS am 25. November 2015. Nicht gezählt sind hier die ebenfalls in großer Anzahl vorhandenen Unterstützungsvereine, Selbsthilfegruppen und ehrenamtlichen Initiativen.

- Die Verständigungs- und Koordinationsleistung der Akteure/Instanzen ist auch deshalb zu fordern, weil auch in absehbarer Zukunft nicht mit einer prinzipiellen Reform einschlägiger Gesetze zugunsten einer vollständig Rechtskreise-übergreifenden Hilfe- bzw. Teilhabeplanung (Gesamtplanung) für psychisch kranke Menschen zu rechnen ist. Hier z. B. im Rahmen einzelner Modellprojekte neue rechtskreis-übergreifende Ansätze zu erproben kann der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung sowohl bei Prävention, Therapie und Rehabilitation dienen. Wie bereits erwähnt kann das im Land geplante Modell im Bereich der Eingliederungshilfe für psychisch kranke und seelisch Behinderte hier beispielgebend sein ebenso wie empfohlen wird, ein Zusammenwirken der Kassen und der Kommunen auch im Hinblick auf die sozialpsychiatrische Steuerung und den Koordinationsinstanz vor Ort modellhaft zu erproben.

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. Wesentlich hierfür sind die von den per Gesetz ebenfalls eingerichteten *Besuchskommissionen* gesammelten Berichte und Ergebnisse der Besuche. Der sog. Psychiatrie-Ausschuss bleibt ebenso wie die Besuchskommissionen im Rahmen der Novellierung des NPsychKG erhalten. 2016 nimmt eine Besuchskommission für die Belange von Kindern und Jugendlichen in entsprechenden Versorgungseinrichtungen ihre Arbeit auf. 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“. Dazu 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 Konsequenzen zeitigen.
- Die Zuständigkeit für die Besetzung des Landesfachbeirats Psychiatrie liegt beim MS, empfohlen wird dazu: Im Landesfachbeirat sollten grundsätzlich die Leistungsträger und Leistungsanbieter der verschiedenen Versorgungsbereiche (ambulant, stationär usw.) für alle Alters- und Betroffenenengruppen sowie Vertreterinnen und Vertreter von Pflege/APP und Eingliederung sowie von verschiedenen Selbsthilfe- und Betroffenenverbänden vertreten sein – als ständige Mitglieder oder themenbezogen kooptiert. Aufgrund der hohen Bedeutung der Rechtsthematik ist zudem der Einbezug der juristischen bzw. jurisdiktiven Seite sinnvoll. Eine Geschäftsordnung sollte festlegen, dass dem Landesfachbeirat 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 (auf Basis entsprechender Berichterstattung) und dazu jeweils Empfehlungen gegenüber dem zuständigen MS auszusprechen (s. u.).

Transparenz, Berichterstattung und Evaluation

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

Diese „Landespsychiatriieberichterstattung“ ist geschäftsmäßig beim Psychiatriereferat des Landes anzusiedeln bzw. in den Vorgaben und Standards dort zu verantworten. Die Durchführung kann an andere Instanzen delegiert werden, bspw. das Landesamt für Statistik oder die Gesundheitsberichterstattung des Landes. Ggf. kann eine Erarbeitung von Grundlagen zu Spezialthemen auch extern delegiert werden. Sicherzustellen ist in jedem Fall, 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 und nach Herkunft unterteilt. Zum anderen ist ein System fortzuschreiben bzw. weiterzuentwickeln, das die Versorgungslage in den einzelnen Gebietskörperschaften und den jeweils angrenzenden Gebieten abbilden²⁴³ kann. Schließlich ist in jedem Fall dafür Sorge zu tragen, dass eine Aufhellung und Transparenz dort erfolgt, wo die Datenlage bisher sehr dünn ist, dies betrifft z. B. die Situation heranwachsender und junger Erwachsener (15 bis 21 Jahre), die Versorgung von Migrantinnen und Migranten, die Versorgung älterer Personen mit psychischen Störungen in Allgemeinkrankenhäusern, bei Hausärztinnen und Hausärzten und in Heimen. Die Psychiatrieberichterstattung sollte zukünftig auch regelhaft Anzahl, Art und Fortgang von Unterbringungen und Zwangsbehandlungen, auch in Heimen, betrachten.

Angesichts der Fülle bereits vorhandener Daten wird nicht empfohlen, eine Landespsychiatrieberichterstattung in der ganzen Breite kurzfristig neu zu konzipieren. Bereits dieser Landespsychiatrieplan lässt erkennen, an welchen Stellen besonders Transparenz gefordert ist und wo die Datenlage noch begrenzt ist.

Es wird empfohlen, kurzfristig ein Konzept zur Landespsychiatrieberichterstattung zu erarbeiten – unter Einbezug des künftigen Landesfachbeirats. Dabei ist auch zu entscheiden, welche Akzente bei den ersten Schritten dazu gesetzt werden sollen. Zu den Hauptaufgaben des Landesfachbeirats sollte es zudem gehören, die gesammelten Erkenntnisse regelmäßig (ein bis zwei Jahre) zu bewerten und das MS bzgl. der Weiterentwicklung von Versorgung und Evaluation sowie der Fortschreibung des Landespsychiatrieplans zu beraten.

²⁴³ Hierzu kann bspw. auf die Arbeiten von H. Elgeti im Kontext des LFBPN zurückgegriffen werden, einschließlich des Konzepts zur Abbildung von Versorgungsregionen.

Literaturverzeichnis

Addington, J. & Addington, D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 25, 60-67.

AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden für die Gesundheitsministerkonferenz. (2012). *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*. Tabellenanhang. Stand: 28. Dezember 2011.

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2010). *Beschlüsse der 87. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 20./21. Oktober 2010 in Wiesbaden. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2009). Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII. In Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.), *Beschlüsse der 86. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden, München: BSt-MAS.

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioral disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66, 194-203.

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 6, 278-287.

Bbeauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.). (2009). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Bonn: BMAS.

Berthel, T. (2003). Psychiatrische Komorbidität. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (S. 73 – 78). Wien: Springer.

Bittles, A., Glasson, E. (2004). Clinical, social, and ethical implications of changing life expectancy in Down Syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46, 282-286.

Boos-Nünning, U., Siefen, R.G., Kirkcaldy, B., Otyakmaz, B.Ö. & Surall, D. (2002). Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 141/2*. Baden-Baden: Nomos.

Borgetto B. (2004). *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber.

Brodbeck, J. (2002). Diagnostik der Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (S. 125 – 140). Bern: Hans Huber.

Bühning, P. (2015). Bessere Versorgung durch strukturierte Zusammenarbeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 112, 4, 120-121.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. und Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V. (Hrsg.). (2009). *Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland*.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (Hrsg.). (2011). *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Berlin: BMAS.

Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Daten des Gesundheitswesens 2015*. Berlin: BMG.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011). *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“*. Berlin: BMG.

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.). (o.J.). *Positionspapier*. Berlin: Online unter https://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragteFuerIntegration/weitereschwerpunkte/gesundheitundsoziales/_node.html (zuletzt abgerufen am 18.04.2016).

Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste (2013). Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und Sozialraumbezogenen Psychiatrie! *sozialpsychiatrische informationen*, 1, 57-58.

Busch, M.A. u. a. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56, 733-739.

Cooper, S.A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry*, 190, 27-35.

Cordes, A., Gehrke, B., Haaren-Giebel F., Reinhold, M. & Schasse, U. (2014). *Stärken-Schwächen-Analyse (SWOT) für das Land Niedersachsen und seine Regionen*. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei. Hannover: Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsförderung.

Czycholl, D. (2005). Zugangsbarrieren in der Suchthilfe: z. B. für Aussiedler. In Arbeiterwohlfahrt Bundesverband; Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hrsg.), *Sucht, Migration, Hilfe: Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe und zur Kooperation von Migrationsdiensten und Suchthilfe. Ein Manual* (S. 93 – 109). Geesthacht: Neuland.

DAK (2016). *Gesundheitsreport 2016*. Hamburg: DAK.

Deb, S., Kwok, H., Bertelli, M., Salvador-Carulla, L., Bradley, E., Torr, J. & Barnhill, J. for the Guideline Development Group of the WPA Section on Psychiatry of intellectual disability (2009). International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry*, 8, 181–186.

Deb, S., Thomas, M. & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behavior disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res*, 45, 506–514.

Deister, A. & Stab, M. (2013). Finanzierungsmodelle. In W. Rössler & W. Kahwohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (Hrsg.). (2014). *Das Wichtigste – Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen* (1). Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – DGPPN (Hrsg.). *Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN vom 23. September 2014*. Berlin. Online unter <http://www.dgppn.de/en/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/achtung-der.html>.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – DGPPN & Falkai, P. (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – DGPPN, Referat Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (o. J.). *Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“*. Bielefeld: DGPPN.

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (2015). *Vorschläge der DGSGb zur Überarbeitung der PT-Richtlinien*. Schreiben an den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 16.11.2015.

Deutscher Verein (2015). Positionen und Wirkungen des Deutschen Vereins im Prozess der Reform der Eingliederungshilfe. *NDV*, 3, 123-128.

Deutscher Verein (2009). Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. *NDV*, 7, 253-262.

Deutscher Verein (2007). Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe. *NDV*, 7, 245-255.

Diakonie Deutschland, Gesamtverband der Suchthilfe e. V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Hrsg.). (2015). *Personenzentrierte Unterstützungsleistungen zur Teilhabe für psychisch und suchterkrankte Menschen – Ideen zur Differenzierung, Flexibilisierung und transparenten Steuerung*. Positionspapier der Diakonie Deutschland, des Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe und des Gesamtverband für Suchthilfe.

Dickmann, L.M., Dickmann, J.R. & Broocks, A. (2012). DMP Depression? Die Hausarztperspektive. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2012, 88/5, 210-217.

Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). *Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht*. Stuttgart: KVJS.

Dieckmann, F. u. a. (2010). *Vorausschätzungen der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Forschungsbericht*. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Katholische Fachhochschule NRW.

Diefenbacher, A. & Voß, T. (2007). Psychische Störungen und schwere Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen. Berlin: Kassenärztliche Vereinigung. Online: https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/09/60_medizin/kvbr.html (zuletzt abgerufen am 19.04.2016).

Driessen, M., Veltrup, C., Junghanns, K., Przywara, A. & Dilling, H. (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 5, 463-470.

Elgeti, H. (2015). Versorgungsregionen verbessern Vergleiche – Auswertungsbericht zur Landespsychiatrieberichterstattung für das Berichtsjahr 2013. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen* (Bd. 7). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Elgeti, H. (2014). Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen – Ergebnistelegamm und Tabellen für das Berichtsjahr 2013.

Elgeti, H. & Ziegenbein, M. (Hrsg.). (2013). *Psychiatrie in Niedersachsen*. Band 6. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität von Störungen durch Substanzkonsum. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.

Fegert, J.M. (2015). *Trends in der Weiterentwicklung und Versorgungsplanung der KJPP*. Vortrag im Rahmen der Tagung „Versorgungsplanung für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie“ am 30. Juni 2015 an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. & First, M. (Hrsg.) (2007). *Diagnostic Manual – Intellectual Disability DM-ID*. Kingston, N.Y.: NADD press.

Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung IGSF (Hrsg.). (2011). *Sechs Entwicklungslinien für Gesundheit und Pflege*. Kiel: IGSF.

Gaebel, W. u. a. (2015). Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. *Die Psychiatrie*, 12, 118-127.

Gouzoulis-Mayfrank E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis*. Darmstadt: Steinkopff.

Gusset-Bährer, S. (2012). *Demenz bei geistiger Behinderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hapke, U., von der Lippe, E., Busch, M. & Lange, C. (2012). Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

Harig, C. (2011). Zwang und Gewalt aus der Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen* (Bd. 5, S. 58 – 61). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Harnau, B. u. a. (2012). *Basiskonzept „Ambulante Psychiatrische Pflege in der Regelversorgung in Niedersachsen“*. Lüneburg: Leuphana Universität.

Hart, J.T. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297, 405-412.

Heinz, A. (2015). Krankheit vs. Störung. Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. *Der Nervenarzt*, 86, 36-41.

Hennicke, K. (Hrsg.). (2011). *Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen – Herausforderungen für die Praxis*. Berlin: DGSG.

Hölling, H. u. a. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 5/6, 784-793.

Holler, G. & Zwadzki, B. (2004). *Häusliche Krankenpflege für kranke alte Menschen mit psychischen Problemen in den von den Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren versorgten Stadtteilen der Landeshauptstadt Hannover. Abschlussbericht*. Hannover: Medizinische Hochschule.

Holthoff, V. (2015). Innovative Versorgungsstrategien in der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, *Der Nervenarzt*, 86, 4, 468-474.

Horn, A., Vogt, D., Messer, M. & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. *Bundesgesundheitsblatt* 58, 6, 577-583.

Hundertmark-Mayser, J. & Helms, U. (2014). *Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013*. NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick. Berlin: NAKOS.

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.

Jacobi, F. & Barnikol, U.B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 86, 42-50.

Jacobi, F., Höfler, M. & Strehle, J. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77-87.

Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34, 1, 16-28.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). *Anlage zum Bundesmantelvertrag Ärzte. „Vertrag zur Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“* – Arbeitsentwurf vom 17.11.2014. Berlin: KBV.

Koch, E., Staudt, J. & Gary, A. (2015). Medizinische Versorgung von Migranten – Interkulturelle Öffnung, *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 10, 808-812.

Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Vorläufersyndrome von Suchtstörungen. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren* (S. 61 – 71). Stuttgart: Schattauer.

Kovaszny, B. et al. (1997). Substance Use Disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 195-201.

Kräling, K. (2002). Ambulant betreutes Wohnen in der Lebenshilfe – ein Blick zurück. *Fachdienst der Lebenshilfe*, 2, 1-5.

Krankenhausstatistik 2013 (Material KU 414 nach Länderaustausch) Krankenhausfälle mit Wohnsitz Niedersachsen, ICD F00-F99.

Krüger, U. (2016). PEPP ist weg – Kurswechsel beim Entgeltsystem. *Psychosoziale Umschau*, 2, 21-22.

Kruse, A., Gaber, E. u. a. (2002). *Gesundheit im Alter*. In Robert Koch Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (10). Berlin: RKI.

Lakhan, R. (2013). The coexistence of psychiatric disorders and intellectual disability in children aged 3 – 18 years in the Barwani District, India. *ISRN Psychiatry*. Online unter: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/875873/> (zuletzt abgerufen am 14.04.2016).

Landesamt für Statistik Niedersachsen (Hrsg.). (2015). *Diagnosedaten der Krankenhäuser in Niedersachsen 2013*. Hannover.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.). (2014). *Gesundheitsregionen Niedersachsen – Leitfaden*. Hannover: LGA & AFS.

Landmann, A., Schorse, M. & Wolking, J. (2013). Bereich Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen (B3). In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen* (Jahrbuch 2013, Bd. 6, S. 57 – 66). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Luck, T. u. a. (2011). Leichte kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen. Eine Bevölkerungsperspektive: Ergebnisse der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+). *Ärzteblatt Sachsen*, 8, 426-431.

Mann, K. & Stetter, F. (2002). Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Entwicklung und Evaluation. In K. Mann (Hrsg.), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen* (S. 59 – 73). Lengerich: Pabst.

Marschall, U., Ullrich, W. & Sievers, C. (2009). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. In U. Repschläger (Hrsg.), *BARMER Gesundheitswesen aktuell 2009* (S. 252 – 276). Wuppertal: Barmer.

Matthews, F.E. u. a. (2013). A two decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Aging Study I and II. *The Lancet*, 382, 1405-1412.

Medizinische Hochschule Hannover. *Patientengerechte Gesundheitsversorgung in der Zukunft – welche Anforderungen stellen die Ältesten an die Gesellschaft?* Online unter www.mh-hannover.de/27234.html (aufgerufen am 13. Dezember 2015).

Moshake, O. (2015). Zahl der Pflegebedürftigen nimmt weiter zu – Ergebnisse der Pflegestatistik 2013, *Statistische Monatshefte Niedersachsen* 7/2015.

Müller, S.V. & Wolff, C. (2012). Demenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer Befragung. *Teilhabe*. 4, 51, 155–160.

Müller-Simon, B. & Weissinger, V. (2015). *Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*. Vortrag bei der BORA-Veranstaltung am 15. April 2015 in Berlin.

NBank. (o. J.). *Generationengerechtes Wohnen in Niedersachsen – Perspektive 2035. Wohnungsmarktbeobachtung 2014/2015*. Hannover.

Netzwerk Artikel 3 e. V. (Hrsg.). (2010). *Schattenübersetzung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. Berlin: Netzwerk Artikel 3 e. V.

Neumann, K. & Wolfschütz, A. (2014). *Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen. Ergebnisbericht der Expertenbefragung*. Berlin: IGES Institut.

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie – Landesjugendamt. (2015). Vollstationäre und teilstationäre Hilfen zur Erziehung – Ausgewählte Ergebnisse zum Stichtag 31. Dezember 2014. Online unter http://www.soziales.niedersachsen.de/download/98816/hilfenzurerziehung-statistische-auswertungen_2014.pdf (zuletzt aufgerufen 30.12.2015)

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (2015). *Jahresbericht 2014*. Hannover: NLS.

Niedersächsischer Landtag, Drucksache 17/1119 vom 15. Januar 2014.

Niedersächsischer Landtag, Drucksache 17/2016 vom 18. September 2014.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. *Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen*. Niedersächsischer Landtag – 17. Wahlperiode. Drucksache 17/1389 (ausgegeben am 31. März 2014).

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2009, 2010). *Konzept über die künftige Versorgungsstruktur und Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen in den Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie (PSY); Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM)*. Teil I – Analyse (November 2009) und Teil II – Versorgungsplanung (April 2010). Hannover.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. (2005). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP): Versorgungsstruktur und Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen*. Hannover.

Nowossadeck, E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *GBE kompakt* (2/2012). Berlin: RKI.

Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H. & Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 591-599.

Plener, P.L. u. a. (2015). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern. *Nervenheilkunde*, 34, 1-2, 18-23.

Prout, H.T. & Browning, B.K. (2011). Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: a review of effectiveness research. *Advances Ment Health Intell Disabil*, 5, 53–59.

Rabes, M. & Seifert, J. (2013). Hilfen für Menschen mit Suchtkrankheiten. In H. Elgei & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen. Jahrbuch 2013* (Band 6, S. 82 – 88). Köln: Psychiatrie Verlag.

Radisch, J. (2015). *Ergebnisse der Befragung der Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienste*. Vortrag bei der 8. Zukunftswerkstatt „Ambulante Psychiatrische Pflege, Integrierte Versorgung in Niedersachsen“ am 3. Juni 2015 in Hannover.

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox. A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1, 1-25.

Ravens-Sieberer u. a. (2014). The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 6, 695-703.

Razum, O., Zeeb, H. u. a. (2008). Migration und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit*. Berlin: RKI.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z. u. a. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Rummel-Kluge, C., Stiegler-Kotzor, M., Schwarz, C., Hansen, W.P. & Kissling, W. (2008). Peer-counseling in schizophrenia: patients consult patients. *Patient Education Counseling*, 70, 357-362.

Sadowski, H. & Niestrat, F. (2010). (Hrsg.). *Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Salyers, M.P., u. a. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46, 4, 319-29.

Schädler, J. u. a. (2008). *Selbstständiges Wohnen behinderter Menschen - Individuelle Hilfen aus einer Hand*. Abschlussbericht der ZPE-Forschungsgruppe an der Universität Siegen zum IH-NRW-Projekt im Auftrag des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen. Siegen, Düsseldorf: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Schädler, J. & Rohrmann A. (2007). Zuständigkeitsregelungen und Reformperspektiven für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen. *NDV*, 89, 6, 229-236.

Schlöffel, M., Mittag, O., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., Blahs, A., Buschmann, H., Konitzer, M., Mariolakou, A., Muschalla, B., Orlicek, M., Peter-Höner, S., Rösler, N., Rumpf, H.-J., Sarrazin, D., Schneider, W., Schöneck, D., Widera, T., Wiehn, T. & Worringen, U. (2016). *Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation* (Langfassung). Online unter: www.aqms.de (→ Praxisempfehlungen) (zuletzt aufgerufen am 07.05.2016).

Schneider, F., Falkai, P. & Maier, W. (2011). *Psychiatrie 2020 plus*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Schu, M., Kirvel, S. & Oliva, H. (2014). *Tagesstruktur und Tagesgestaltung für ältere Menschen mit Behinderung*. Abschlussbericht für das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie in Rheinland-Pfalz. Köln: FOGS.

Schuler-Ocak, M., Eichberger, M.C., Penka, S., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 58, 6, 527-532.

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (41). Berlin: RKI.

Schwarte, N. (Hrsg.). (2009). *Qualität 60 Plus: Konzepte, fachliche Standards und Qualitätsentwicklung der Hilfen für ältere Menschen mit Behinderung*. Bielefeld: Bethel-Verlag.

Seelhorst, R.M. (2015). Dringliche Fragen von Angehörigen zum Psychiatrieplan für Niedersachsen. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen* (Bd. 7. S. 66 – 68). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Seelhorst, R.M. (2013). Die Lebenssituation der Angehörigen psychisch Kranker. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen*. (Bd. 6, S. 119 – 121). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Seidel, M. (2009). *Psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung – Warum bedarf es geeigneter Angebote?* Vortrag beim 5. Hauptstadtsymposium der DGPPN am 17. Juni 2009 in Berlin.

Strobl, R. & Kühnel, W. (2000). *Dazugehörig und ausgegrenzt: Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler*. Weinheim: Juventa.

Soyka, M. (1995). *Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie*. London: Chapman & Hall.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2015). *Statistisches Jahrbuch 2014*. Wiesbaden.

Steinhart, I. & Wienberg, G. (2014). Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 41, 179-181.

Steinhart, I., Wienberg, G. & Koch, C. (2014). Es geht doch! Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxiserfahrungen und Finanzierung. *Psychiatrische Praxis*, 41, 454-457.

Tänzer, A. (2013). Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher. In H. Elgeti & M. Ziegenbein (Hrsg.), *Psychiatrie in Niedersachsen*. Jahrbuch 2013 (Band 6, S. 92 – 96). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Tyrer, F., Smith, L. & McGrother, C. (2007). Mortality in adults with moderate to profound intellectual disability: a population-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 7, 520-527.

Uebele, G. (2008). *Abschlussbericht des Projekts „Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie*. Projektzeitraum: 1. Mai 2005 bis 30. April 2008. Köln: DGSP.

Uhlich, R. (2015). Psychische Gesundheit im Format 30-6-1. Der "Gesundheitsreport 2014" der Barmer GEK. *report psychologie*, 40, 2, 70-71.

Utschakowski J. (2009). EX-IN-Psychiatrieerfahrung als Kompetenz – Ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen. In: Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel & P. Kruckenberg (Hrsg.), *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie*. Tagungsbericht Kassel, 3./4. November 2008 (S. 248 – 254). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Verthein, U., Degkwitz, P. & Haasen, C. (2007). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Abschlussbericht. Baden-Baden: Nomos.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (o. J). *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit Plan. 63. Tagung, Cesme, 16. bis 19. September 2013*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

Wessels, T. (2009). Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen – Ansatzpunkte zur Verbesserung. *Die Krankenversicherung*, Ausgaben 02 und 03, 49-52.

Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Weyerer, S. (2005). Altersdemenz. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (28). Berlin: RKI.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2014). Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. *WIdOmonitor*, 11, 1, 1-8.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 4, 357-376.

Wittchen H.U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt*, 44, 993-1000.

Wolf, B., Ludewig, M. & Brandes, S. (2013). *Werkstatt Handbuch Niedrigschwellige Betreuungsangebote – Zentrale Handlungsfelder und Weiterentwicklungspotentiale*. Endbericht, Hannover: LVG & AfS.

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2015). *Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Abschlussbericht 2014*. Köln.

Zimmermann, U.S., Bilger, S. & Mann, K. (2008). Suchtkrankheiten. In F. Schneider & W. Niebling (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis* (S. 301 – 374). Heidelberg: Springer.

Glossar

AANB	Angehörige psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V.
ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
AGJ	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
AMNOG	Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes
AnerkVO-SGB XI	Verordnung über die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45b des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs
AOK/AOKN	Allgemeine Ortskrankenkasse (Niedersachsen)
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BGG	Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen
BKK	Betriebskrankenkassen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BORA	Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
CFD	Caritas Forum Demenz
CMA	Chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige
DGBS	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGSGB	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.
EW	Einwohner
EX-IN	Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
FIDEM	Projekt „Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz“

Glossar

GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
HPK	Hilfeplankonferenz
ICD/ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IGSF	Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung
IKK	Innungskrankenkassen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
ITP	Individuelle (bzw. Integrierte) Teilhabeplanung
IV	Integrierte Versorgung
IVS	Integrierte Versorgung Schizophrenie
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIBIS	Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des RKI
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
LFBPN	Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen
LGA & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
LK	Landkreis
LPEN	Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V.
MCI	Mild Cognitive Impairments
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Glossar

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
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)
NBank	Förderbank des Landes Niedersachsen
Nds.	Niedersachsen
NDV	Nachrichtendienst des Deutschen Vereins
NLS	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
NPsychKG	Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
PSB	Psychosoziale Betreuung Substituierter
PSM	Psychosomatik
PSG/PSG II	(Zweites) Pflegestärkungsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
S3-Leitlinie	Höchste Qualitätsstufe einer medizinischen Leitlinie, die alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen hat.
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung
SGB I	Sozialgesetzbuch Erster Teil – Allgemeiner Teil
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Rentenversicherung

Glossar

SGB VIII	Sozialgesetzbuch Aches 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
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
StGB	Strafgesetzbuch
SWOT	Akronym für Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Gefahren) – Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken-Analyse
THP	Individuelle (bzw. Integrierte) Teilhabeplanung
TK	Tagesklinik
TPK	TeilhabeKonferenz
UN-BRK	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WfbM	Werkstatt/Werkstätten für behinderte Menschen
WMVO	Werkstätten-Mitwirkungsverordnung
WVO	Werkstättenverordnung
VPE	Verein Psychiatrie Erfahrener Hannover e. V.
VSSP	Landesverband der Selbsthilfe Soziale Phobie Niedersachsen-Bremen und Sachsen-Anhalt e. V.
VZÄ	Vollzeitstellen-Äquivalente