



Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Postfach 141, 30001 Hannover



Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Verbände und Institutionen
lt. Verteiler

Bearbeitet von: Frau Hoppe

E-Mail:
Carmen.hoppe@ms.niedersachsen.de

Fax: (05 11) 1 20-994119

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)
406.13-41580/20.8

Durchwahl (0511) 120-
4119

Hannover,
15.12.2014

Landespsychiatrieplan Niedersachsen
Information über den aktuellen Sachstand und das weitere Vorgehen;
mein Schreiben vom 24.03.2014 „Umfrage bei den Systempartnern in Niedersachsen zur
geplanten Erstellung eines LPP“

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Erarbeitungsphase des Landespsychiatrieplans (LPP) wurde mit o.g.
Schreiben nebst Fragebogen den zuständigen Akteuren und Systempartnern im
psychiatrischen Versorgungssystem in Niedersachsen bereits frühzeitig die Möglichkeit zur
Stellungnahme gegeben.

Auf diese Umfrage erreichten uns eine Vielzahl von Rückmeldungen, für die ich Ihnen
danke.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen und Sie über den aktuellen Sachstand und das weitere
Vorgehen in der Erstellungsphase des LPP informieren.

Der LPP soll durch einen außerhalb von Niedersachsen ansässigen Experten erstellt
werden. Als Beratungsfirmen wurden zwischenzeitlich in einem offiziellen Ausschreibungs-

Ausgezeichnet mit dem



Dienstgebäude
Hinrich-Wilhelm-
Kopf-Platz 2
30159 Hannover



Behinderten-
parkplatz
am Eingang

Telefon
(05 11) 120-0

Telefax
(05 11) 120-4296 Allgemein
(05 11) 120-5999 Abt. Soziales und Pflege
(05 11) 120-3096 Abt. Frauen u. Gleichstellung
(05 11) 120-3092 Abt. Migration u. Generationen
(05 11) 120-4295 Abt. Gesundheit u. Prävention
(05 11) 120-3095 Abt. Städtebau u. Wohnen

Bankverbindung
Nord/LB (BLZ 250 500 00) Konto 106 021 322
IBAN DE52250500000106021322
BIC NOLADE2HXXX

E-Mail
Poststelle@ms.niedersachsen.de

verfahren die FOGS GmbH und ceus consulting GmbH aus Köln als Bietergemeinschaft ausgewählt.

Diese hat bereits im September ihre Arbeit aufgenommen. Zurzeit werden der Bietergemeinschaft seitens der vom Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) eingerichteten Fachkommission „Landespsychiatrieplanung“ und vom MS umfangreiches Datenmaterial zugeliefert.

Neben der Durchsicht des Datenmaterials sind die Mitarbeiter der Firmen derzeit dabei mit verschiedenen Gremien und Institutionen Kontakt aufzunehmen, um mit diesen in Austausch zu kommen.

Auch Ihre Stellungnahmen aus der Umfrage wurden der Fachkommission sowie dem Experten als Materialien für die Bestandsanalyse bereits zur Verfügung gestellt. Eine Zusammenfassung der Stellungnahmen übersende ich Ihnen hiermit in der Anlage zur Kenntnis.

Im November 2015 soll ein Entwurf des LPP vorgelegt werden.

Diese Entwurfsfassung wird Ihnen dann mit der Gelegenheit zur Stellungnahme zugehen.

Die Endfassung des LPP soll dann im Februar 2016 vorgelegt werden, so dass ab März 2016 mit der Umsetzung erster Empfehlungen aus dem LPP begonnen werden kann.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrage


Dr. Kersting

Anlage

Kommission Landespsychiatrieplanung – Materialien für die Bestandsanalyse
Zusammenfassung der Stellungnahmen der Verbände
 (von H. Elgeti, ergänzte Fassung; Stand: 29.07.2014)

Um bei der Erstellung des Landespsychiatrieplans (LPP) wichtige auf diesem Feld tätige Verbände frühzeitig zu beteiligen, startete das Sozialministerium (MS) Ende März 2014 eine Umfrage mit folgendem Wortlaut:

Landespsychiatrieplan Niedersachsen (LPP); Umfrage bei den Systempartnern in Niedersachsen zur geplanten Erstellung eines LPP

*Sehr geehrte Damen und Herren,
 der Koalitionsvertrag der die jetzige Landesregierung bildenden Parteien vom Februar 2013 sieht die Erstellung eines Landespsychiatrieplans Niedersachsen (LPP) vor. Der LPP 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. Im Rahmen der Erarbeitungsphase wird den zuständigen Akteuren und Systempartnern im psychiatrischen Versorgungssystem in Niedersachsen bereits frühzeitig die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben. Daher bitte ich Sie, sich für Ihr jeweiliges Teilgebiet anhand des beigefügten Fragebogens zur geplanten Erstellung eines Landespsychiatrieplans Niedersachsen bis zum 16. Mai 2014 zu erklären. Ferner bitte ich zu kennzeichnen, für welche Kernaufgabe der Psychiatrie Sie eine Aussage treffen möchten. Voraussichtlich im 3. Quartal 2015 wird Ihnen dann Gelegenheit gegeben werden, sich zum Entwurf des LPP zu äußern. Der Fragebogen kann Ihnen auch in elektronischer Form zugesandt werden.*

Der Fragebogen erlaubte eine genauere Kennzeichnung des Gegenstandsbereichs der Antworten (Kasten 1) und umfasste folgende drei Fragen:

- **Blick zurück:** Was hat sich in der niedersächsischen Psychiatrie in den letzten 20 Jahren seit dem Bericht der Fachkommission Psychiatrie von 1993 in dem oben angekreuzten Themenfeld getan u. welche Erfolge sind erreicht worden?
- **Blick nach vorn:** Vor welchen Herausforderungen steht die niedersächsische Psychiatrie in dem oben angekreuzten Themenfeld in den nächsten zehn Jahren?
- **Vorschlag zum Vorgehen:** Wer sollte was tun, um diesen Herausforderungen erfolgversprechend zu begegnen?

Kasten 1: Kennzeichnung von Teilgebieten / Kernaufgaben auf dem Formular

Themenfeld der Stellungnahme (bitte ankreuzen)	
Teilgebiet der Psychiatrie	Kernaufgabe der Psychiatrie
<input type="checkbox"/> 1 allgemeine Psychiatrie	<input type="checkbox"/> A Gesundheitsförderung und Prävention
<input type="checkbox"/> 2 Psychosomatik/Psychotherapie	<input type="checkbox"/> B Regelversorgung und Notfallhilfe
<input type="checkbox"/> 3 Suchtmedizin / Suchthilfe	<input type="checkbox"/> C Rehabilitation und Integration
<input type="checkbox"/> 4 Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/> D Pflege und Langzeitbetreuung
<input type="checkbox"/> 5 Gerontopsychiatrie	<input type="checkbox"/> E Koordination, Planung und Evaluation
<input type="checkbox"/> 6 forensische Psychiatrie	
<input type="checkbox"/> 7 Psychiatrie bei Menschen mit Migrationshintergrund	
<input type="checkbox"/> 8 Psychiatrie bei Menschen mit mentaler Behinderung	

Die Umfrage ging an 27 Adressaten, und nach einer auf Wunsch gewährten Fristverlängerung trafen bis zum 30. Juni 2014 24 Antworten ein (Kasten 2).

Kasten 2: Liste der 27 Adressaten der Umfrage und der 24 Absender*

1	BKK-Landesverband Mitte
2	Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens
2a	Niedersächsischer Landkreistag
2b	Landkreis Hameln-Pyrmont
2c	Landkreis Nienburg
2d	Landkreis Schaumburg
2e	Region Hannover
2f	Stadt Delmenhorst
2g	Stadt Emden
2h	Stadt Oldenburg
2i	Landkreis Wolfenbüttel
3	AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen - Landesdirektion
4	IKK classic
5	Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen
6	Knappschaft Bahn See Regionaldirektion Hannover
7	Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung Niedersachsen
8	Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Landesausschuss Niedersachsen
3-8	Verbände der Gesetzl. Krankenkassen in Nds. / Verband der privaten Krankenvers.
9	Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
9a	Asklepios Fachklinikum Göttingen (PSY)
9b	Klinikum Leer (PSM)
9c	St.-Vinzenz-Hospital Haselünne (PSY)
10	Ärztetkammer Niedersachsen
11	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
12	Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur
13	Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
14	LAG der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e.V.
14a	FIPS Lehrte
15	LAG der Verbände der Privaten Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen.
16	Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker Niedersachsen-Bremen
17	Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrene
18	Berufsverband Deutscher Nervenärzte Niedersachsen
19	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
20	Katholisches Büro Niedersachsen – Kommissariat der katholischen Bischöfe in Nds.
21	Konföderation der Evangelischen Kirchen in Niedersachsen
22	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
23	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. LÄK Nds.
24	Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Niedersachsen
25	Bundesfachver. Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie LV Nds.-Bremen
26	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Landesgeschäftsstelle Nds.
27	Niedersächsische Psychiatriekonferenz

*) Fett umrandete Felder bezeichnen Adressaten, die geantwortet haben.

Alle Antworten stehen den Mitgliedern der Fachkommission im vollen Wortlaut in elektronischer Version zur Verfügung. Die Buchstaben hinter der laufenden Nummer einzelner Adressaten im Kasten 2 verweisen auf die Zugehörigkeit gesondert eingegangener Stellungnahmen zu den entsprechenden Adressaten.

Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (9), die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen (14) und das Katholische Büro Niedersachsen (20) beschränkten sich weitgehend auf Kritik bzw. Anregungen zum Verfahren der Erstellung des LPP ohne Beantwortung der Fragen. Die LAG FW (14) benannte in ihrem Schreiben außerdem noch eine Reihe von Themenfeldern eines LPP, die nach ihrer Auffassung in einer Arbeitsgruppe gründlich bearbeitet werden sollten; das Katholische Büro Niedersachsen (20) schloss sich dieser Auflistung an:

- Qualitative Neuorientierung und Ausbau der gemeindepsychiatrischen Zentren; Intensivierung und Flexibilisierung in der Kooperation ambulanter und stationärer Angebote
- Intensivierung der Präventionsarbeit und der Krisenintervention in enger Kooperation mit den Sozialpsychiatrischen Diensten der Region
- Ausbau eines flächendeckenden tagesklinischen Angebotes und eines landesweiten Netzes psychiatrischer Institutsambulanzen
- Verbesserung der Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seelischen Behinderungen in geschlossenen Einrichtungen
- Intensivierung der gerontopsychiatrischen Versorgung sowohl für den ambulanten Bereich wie für die Bewohner von Altenpflegeheimen
- Ausweitung niederschwelliger häuslicher Wohnangebote für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen
- Etablierung spezieller therapeutischer Angebote für Menschen mit Kombinationsdiagnosen aus geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung bzw. Suchterkrankung.

Die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V. (16; AANB) und die Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. – LV Niedersachsen / Bremen (25; BFLK) kreuzten in ihren Stellungnahmen jeweils alle Teilgebiete und Kernaufgaben an, ohne bei der Beantwortung der Fragen zu differenzieren. Hier ihre Aussagen:

- Blick zurück:
 - 16 (AANB): Hervorzuheben ist der Aufbau organisierter Selbsthilfe der Betroffenen und deren Angehörigen sowie deren Mitwirkung in psychiatrischen Fachgremien auf kommunaler und Landes-Ebene. Die Bedingungen der stationären Behandlung haben sich – gemessen an den Bedürfnissen der Schwerkranken – verschlechtert. Ein Trostpflaster stellt in dieser Situation das inzwischen fast flächendeckende Angebot von aufsuchender psychiatrischer Pflege als verschreibungsfähige ambulante Leistung dar. Allerdings entspricht es nicht überall dem hohen qualitativen Anspruch.
 - 25 (BFLK): Privatisierung, Abbau von Arbeitsplätzen in der Pflege; positiv: Ausbau der ambulanten Versorgung.
- Blick nach vorn:
 - 16 (AANB): Der Informationsbedarf psychisch kranker Menschen und deren Angehöriger ist groß. (...) Wir brauchen für diese Arbeit unbedingt weiterhin die zuverlässige finanzielle Unterstützung des Landes. Die psychisch Schwerkranken müssen in den Mittelpunkt der Überlegungen und Planungen gestellt werden. Für die Gegenwart und Zukunft gibt es große Aufgaben hinsichtlich der Behandlung und Unterstützung psychisch Kranker zu lösen. Hier könnte man eine lange Liste von Stichworten erstellen, die sich nicht nur auf die Behandlung in

den psychiatrischen Krankenhäusern bezieht, sondern vor allem auf den Unterstützungsbedarf Schwerkranker im Alltag und auf die Lebenswelt der Menschen in Heimen.

- 25 (BFLK): Ambulantisierung unter Berücksichtigung der notwendigen (teil-) stationären Versorgungsaufgaben, sektorenübergreifende Versorgung mit Berücksichtigung des Patientennutzens unter gesamtökonomischen Aspekten. Einführung eines *Casemanagement* (ggf. pflegegestützt), Bearbeitung des stationären Milieus, insbesondere im Bereich der Krisenintervention zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Festlegung und Finanzierung einer Fachkraftquote in pflegeintensiven Bereichen, Weiterentwicklung / Förderung der psychiatrischen Pflegekompetenzen auf (pflege-) wissenschaftlichen Grundlagen.
- Vorschlag zum Vorgehen:
 - 16 (AANB): Gemeinsam mit bestehenden Gremien einen LPP entwickeln; wir Angehörigen möchten unsere vielfältigen Erfahrungen und daraus resultierenden Ansprüche dabei gern einbringen.
 - 25 (BFLK): Bildung einer Expertengruppe unter Einbeziehung von Praxisexperten wie auch Psychiatrieexperten aus den Hochschulen.

Die BFLK fügte seiner Antwort noch zwei Veröffentlichungen an.¹

Die Antworten des Niedersächsischen Landkreistages (2a; NLT) und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (11; KVN) enthielten ausführliche Aussagen ohne expliziten Bezug auf die gestellten Fragen und die im Formular genannten Gegenstandsbereiche. Sie lassen sich schwerpunktmäßig dem Teilgebiet 1 (allgemeine Psychiatrie) bzw. der Kernaufgabe E (Koordination, Planung und Evaluation) zuordnen und wie folgt zusammenfassen:

- 2a (NLT): Die Kommunen spielen eine zentrale Rolle, wenn es um Verbesserungen im Hilfesystem im Sinne einer wohnortnahen und lebensweltorientierten Hilfeleistung geht. Eine große Herausforderung ist es, die auf diesem Feld zuständigen Akteure für mehr Kooperation und Koordination zu gewinnen, einschließlich eines effektiven Schnittstellenmanagements im Hinblick auf benachbarte Felder sozialer und gesundheitlicher Sicherung. Das Land muss dafür den Rahmen für ein sinnvoll abgestuftes Hilfesystem setzen, nach dem Motto: so viel dezentral und integriert wie möglich – so wenig zentral und spezialisiert wie nötig. Das Projekt „Gesundheitsregionen“ bietet da womöglich einen guten Ansatzpunkt. Um Fortschritte zu erreichen, sollten im LPP konkrete Entwicklungsprojekte vorgeschlagen, die Akteure bei deren Umsetzung frühzeitig mit einbezogen werden. Das Land sollte dafür sorgen, dass die Umsetzung begleitet und auf ihre Wirksamkeit überprüft wird, auch der LPP selbst nach zehn Jahren unter Beteiligung der wesentlichen Akteure evaluiert und fortgeschrieben wird. (Es folgt eine Zusammenfassung der Stellungnahmen 2b, 2c, 2d, 2e (auf Anregung des NLT nach dem Muster des Formulars erstellt), eine Empfehlung

¹ Schnieders G, Haut M (2012): Das Pflegegestützte Case Management – Neue Wege in der Steuerung von Versorgung und multiprofessioneller Zusammenarbeit in der Psychiatrischen Klinik. *Case Management* (Heft 3); 148-154. Schnieders G (2011): Und es geht doch – Über konzeptgeleitetes Bauen zu einem gewaltfreien Milieu. *Psych Pflege* 17; 79-82

zur Lektüre des SpP 2013/2014 der Region Hannover² sowie der Hinweis, dass es zur Thematik noch keine verbandsinterne Positionierung gab.)

- 11 (KVN): Die ambulante Versorgung sollte bei der psychiatrischen Planung stärker in den Blick genommen werden. Sie ist durch die Einbeziehung speziell ausgebildeter Pflege- und anderer Fachkräfte ausgebaut werden, u. a. in Form von „Hometreatment“. Institutsambulanzen und Tageskliniken leisten bereits heute einen wichtigen Beitrag, sie sollten künftig allerdings stärker für die Akutversorgung zur Verfügung stehen. Kommunale Gebietskörperschaften im ländlichen und kleinstädtischen Raum sollten Anreize für den Aufbau geeigneter Versorgungsstrukturen vor Ort setzen. Insbesondere die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) können derzeit ihre Aufgaben nach dem NPsychKG nicht immer optimal erfüllen und sollten gestärkt werden, auch um sich mehr im Bereich der Akutversorgung zu engagieren, ohne alternative Behandlungsstrukturen zu den niedergelassenen Fachärzten und Klinikambulanzen aufzubauen. Gefördert werden sollten sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen bzw. Zentren, um langfristig eine Reduktion stationärer Betten zu erreichen. Transparenz sollte hergestellt werden im derzeit recht unübersichtlichen Leistungsgeschehen, einschl. einheitlicher Vergütungsordnung und Zusammenführung der Leistungsdaten an einer Stelle.

Die übrigen 18 Stellungnahmen lassen sich nach der im Fragebogen vorgesehenen Gliederung auswerten. Die Aufstellung in Kasten 3 soll den acht Arbeitsgruppen der Kommission „Landespsychiatrieplanung“ dabei helfen, die dort enthaltenen Aussagen bei ihrer Bestandsanalyse möglichst passgenau zu berücksichtigen:

- T1-T3: Die drei AG „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (T1), „Gerontopsychiatrie“ (T2) und „Suchtmedizin-Suchthilfe“ (T3) kümmern sich jeweils um die gleichnamigen Teilgebiete 4 (Kinder- und Jugendpsychiatrie), 5 (Gerontopsychiatrie) und 3 (Suchtmedizin / Suchthilfe).
- T4: Der AG „Allgemein- und Sozialpsychiatrie“ werden die Teilgebiete 1, 2 und 6 bis 8 zugeordnet.
- K1: Die AG „Vorbeugung“ kümmert sich um die Kernaufgabe A (Prävention), zu der allerdings keine Aussagen aus den Stellungnahmen notiert wurden.
- K2: Die AG „Behandlung“ greift die Aussagen der Kernaufgabe B auf.
- K3: Die AG „Teilhabe“ bearbeitet die Kernaufgaben C (Rehabilitation und Integration) sowie D (Langzeitbetreuung und Pflege).
- K4: Die AG „Steuerung“ berücksichtigt die Aussagen zur Kernaufgabe E.

Die Ärztekammer Niedersachsen (10) begrüßte das Vorhaben der Erstellung eines LPP und bezog sich in ihrer Stellungnahme auf die Teilgebiete 2 (Psychosomatische Medizin), 3 (Suchtmedizin), 5 (Gerontopsychiatrie) und 6 (Forensische Medizin) sowie auf allgemeine Aspekte des Finanzierungssystems und der Arztzahsentwicklung (Kernaufgabe B – Behandlung). Als Anlage fügte sie noch drei Dokumente zur Krankenhausfinanzierung (Positionspapier der Bundesärztekammer von 12/2013), Prävention des Cannabiskonsums (Stellungnahme der ÄKN von 8/2013) und Weiterbildung in Forensischer Psychiatrie (Erläuterungen der ÄKN von 12/2012), die in der Zusammenfassung nicht weiter berücksichtigt werden. Die ausführliche Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer (13) wurde am 16.05.2014 abgeschickt, allerdings an eine falsche Email-Adresse. Sie konzentriert

² Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover (2014): „Vorwärts nach weit“ – 15 Jahre Sozialpsychiatrischer Verbund in der Region Hannover. Sozialpsychiatrische Schriften – Band 5 (Eigendruck)

sich auf die die Anzeige von Defiziten und Erfordernissen im Hinblick auf die Rolle der Psychologischen Psychotherapeuten (PPT) und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (PT-KJP) Nach erneuter Zusendung am 24.07.2014 wurden die dort getroffenen Kernaussagen nachträglich in diese Zusammenfassung integriert, und zwar bei den Kernaufgaben K2 (Behandlung) und K4 (Steuerung) sowie den Teilgebieten T1 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) und T4 (Allgemein- und Sozialpsychiatrie).

Viele andere Stellungnahmen bezogen sich auf mehrere Teilgebiete bzw. Kernaufgaben, ohne dass dafür gesonderte Aussagen getroffen wurden. Ließ sich das im Text nachträglich nicht eindeutig differenzieren, wurden die entsprechenden Aussagen in der Zusammenstellung (siehe unten) dort integriert, wo sie am ehesten zu passen schienen. Bei den dabei nicht berücksichtigten Gegenstandsbereichen wurde das Kreuz dann in der Auflistung in Kasten 3 eingeklammert.

Kasten 3: gekennzeichnete Gegenstandsbereiche in den Stellungnahmen

Ifde. Nr.	Kurzbezeichnung Absender	Teilgebiete								Kernaufgaben				
		1	2	3	4	5	6	7	8	A	B	C	D	E
2b	Landkreis Hameln-Pyrmont	x	(x)	x	x	x	x	x	x	(x)	x	x		x
2c	Landkreis Nienburg	x	x		x						x			x
2d	Landkreis Schaumburg	(x)									x	x		x
2e	Region Hannover	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x
2f	Stadt Delmenhorst				x	x								x
2g	Stadt Emden	(x)				(x)				(x)				x
2h	Stadt Oldenburg	(x)								(x)	x	x		x
2i	Landkreis Wolfenbüttel	x												
3-8	Verband der Krankenkassen					x					x	x	x	x
9a	Asklepios Klinikum Göttingen					x								
9b	Klinikum Leer (PSM)	(x)				(x)					x			
9c	St.-Vinz.-Hospital Haselünne	x												
10	Ärztekammer Niedersachsen		x	x		x	x				x			
13	Psychotherapeutenkammer		x		x					x				x
14a	FIPS Lehrte	x									(x)	(x)	(x)	
22	DRV Braunschweig-Hannover		x	x								(x)		
23	BV für KJP LÄK Nds.				x									
Zuordnung zu den Arbeitsgruppen		T4		T3	T1	T2	T4			K1	K2	K3		K4

Ohne Beteiligung des BKK-Landesverbands Mitte (1) haben die vom MS angeschriebenen Krankenkassen (3, 4, 5, 6, 7, 8) eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben (3-8). Sie ist gegliedert nach den drei vorgegebenen Fragestellungen, aber nicht explizit bezogen auf Teilgebiete bzw. Kernaufgaben der Psychiatrie. Deshalb wurden die Abschnitte der Stellungnahme nachträglich wie folgt zugeordnet:

- zum Teilgebiet Gerontopsychiatrie (5) kommt der gleichnamige Abschnitt mit den Unterpunkten „Häusliche Krankenpflege“, Gerontopsychiatrie – stationäre Pflegeeinrichtungen“ und „Zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß §§ 45a-c und 87b SGB XI für Menschen mit psychischen Erkrankungen“,
- zur Kernaufgabe Regelversorgung und Notfallhilfe (B) die Abschnitte „Ambulante Versorgung“ sowie „Akutstationäre Versorgung – Krankenhäuser und Tageskliniken“,
- zur Kernaufgabe Rehabilitation und Integration (C) der Abschnitt „ambulante und stationäre Rehabilitation“,

- zur Kernaufgabe Koordination, Planung und Evaluation (E) der Abschnitt „integrierte Versorgungsmodelle“ sowie alle Aussagen zur Fragestellung „Vorschlag zum Vorgehen“.

Von allgemeinem Interesse dürfte eine Aufstellung sein, die in der Stellungnahme der Krankenkassen zur Entwicklung der Anzahl bettenführender Abteilungen und zur Platzkapazität ihrer voll- und teilstationären Behandlungsangebote enthalten ist (Kasten 4). Sie zeigt den beeindruckenden Auf- und Ausbau tagesklinischer Behandlungsmöglichkeiten in den 20 Jahren seit dem Bericht der Fachkommission Psychiatrie im Jahre 1993. Dem Bettenabbau (-13%) in der Erwachsenenpsychiatrie (PSY) steht die Einrichtung zahlreicher Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM) sowie die Ausweitung der Bettenkapazität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) gegenüber. Dadurch ist es unterm Strich zu einem leichten Anstieg der gesamten Bettenkapazität gekommen.

Kasten 4: Entwicklung teil- und vollstationärer Behandlungsplätze 1993-2013

		Jahr	KJP	PSY	PSM	Summe	
						N	Δ
Anzahl bettenführender Abteilungen		1993	14	29	0	43	+53%
		2013	15	30	21	66	
Platzkapazität	Klinik	1993	488	5.537	0	6.025	+2%
		2013	657	4.801	669	6.127	
	Tagesklinik	1993	0	281*	0	281	+431%
		2013	261	1.115	116	1.492	

*) einschließlich 21 Plätze Nachtambulanzstatus

Der AANB (16) und die Stadt Oldenburg (2h) verwiesen zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Beiträge im Jahrbuch 2013 „Psychiatrie in Niedersachsen“.³ Dort sind ausführliche Analysen zahlreicher Expertinnen und Experten im Rahmen des Schwerpunktthemas „Zwischenbilanz und Zukunftsperspektiven – 20 Jahre Psychiatriereform in Niedersachsen“ veröffentlicht. Die Stadt Oldenburg beschränkte sich bei ihrem Blick zurück auf den Verweis auf die dort veröffentlichten Beiträge und ergänzte nur, dass aus ihrer Sicht die Forderungen der Psychiatrie-Enquete (niedergelegt in der Bundestagsdrucksache 7/4200) immer noch Gültigkeit haben.

Hier noch einige der Abkürzungen, die Verwendung finden: **abW**: ambulant betreutes Wohnen (amb. Eingl.-Hilfe gem. § 53 SGB XII); **APP**: Ambulante Psychiatrische Pflege (gem. SGB V bzw. SGB XI); **CMA**: chronisch mehrfach Abhängigkeitskranke; **KJP**: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; **KRH**: Klinikum der Region Hannover; **KV**: Kassenärztliche Vereinigung; **LK**: Landkreis; **LFBN**: Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen; **LPP**: Landespsychiatrieplan; **NPsychKG**: Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke; **ÖGD**: Öffentlicher Gesundheitsdienst; **PEPP**: Pauschales Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie; **PIA**: Psychiatrische Institutsambulanz (gem. § 118 SGB V); **PSM**: Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie; **PSY**: (Erwachsenen-) Psychiatrie u. Psychotherapie; **SpDi**: Sozialpsychiatrischer Dienst (gem. § 4 ff. NPsychKG); **SpP**: Sozialpsychiatrischer Plan (gemäß § 9 NPsychKG); **SpV**: Sozialpsychiatrischer Verbund (gem. § 8 NPsychKG); **TK**: Tagesklinik (gem. SGB V bzw. SGB VI); **TS**: Tagesstätte (teilstationäre Eingliederungshilfe gem. § 53 SGB XII); **WfbM**: Werkstatt für Menschen mit Behinderung; **WH**: Wohnheim (stationäre Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII)

³ Elgeti H, Ziegenbein MM (Hg.) (2013): Psychiatrie in Niedersachsen – Band 6. Köln; Psychiatrie-Verlag.

AG K2 Behandlung

1. Blick zurück

- a. (2c): Nicht unerwähnt sollte bei der Frage nach Veränderungen in den letzten 20 Jahren der landesweite Verkauf der Landeskrankenhäuser bleiben, der aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen, Anbietern psychosozialer Leistungen und Mitarbeitern der Kliniken nach wie vor eher durch negative Folgen gekennzeichnet ist. Aus Sicht des SpDi werden Patienten zu früh entlassen und es kommt häufig zu erneuter stationärer Behandlungsbedürftigkeit, die bei einer längeren stationären Behandlung vermeidbar wäre. In diesem Zusammenhang wird auch auf die verminderte Zusammenarbeit zwischen der Klinik und flankierenden ambulanten Strukturen wie z.B. dem SpDi hingewiesen. Auf Grund höchstrichterlicher Entscheidungen ist eine Zwangsbehandlung in der Klinik auf der Grundlage des NPsychKG nicht mehr möglich. Hier wird dringender Handlungsbedarf des Landes bezüglich einer Novellierung des Gesetzes gesehen.
- b. (2d): Stationäre psychiatrische Behandlung: Regionalisierung und Verbesserung der Erreichbarkeit stationärer Behandlung mit Übernahme von Teilbereichen der psychiatrischen Regelversorgung für den Landkreis durch die Burghof-Klinik Rinteln. Tagesklinische psychiatrische Angebote: erhebliche Erweiterung und Verbesserung tagesklinischer Angebote im KRH Psychiatrie Wunstorf und in der Burghofklinik. Ambulante psychiatrische Behandlung: erhebliche Erweiterung und Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Behandlung mit der Einrichtung von PIA im KRH Psychiatrie Wunstorf, in der Burghof-Klinik Rinteln und Stadthagen. Nahezu unveränderte Anzahl der Praxen niedergelassener Nervenärzte. Hier haben sich die Qualität der Versorgung und die Grad der Vernetzung mit komplementären Leistungen nicht wesentlich verbessert. Ambulante psychiatrische und gerontopsychiatrische Pflege: Mit Einführung der psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Pflege und deren Verfügbarkeit ist ein wichtiges Angebot ambulanter Versorgung hinzugekommen, dass zunehmend insbesondere im Anschluss an immer kürzer werdende stationäre psychiatrische Behandlungen genutzt wird. Integrierte Versorgung wird im Landkreis angeboten. Die Fallzahlen sind noch gering. Aussagen zu Qualität, Effizienz und Einbindung ins Versorgungssystem sind derzeit noch nicht zu treffen. Ergo- und Soziotherapie stehen zur Verfügung, spielen aber in der Versorgung akut, schwer und chronisch psychisch kranker Menschen nur eine untergeordnete Rolle. Ambulante Psychotherapie steht zur Verfügung, erreicht akut- schwer- und chronisch psychisch kranke Menschen aber in der Regel nicht.
- c. (2e): Entwicklung von ambulant aufsuchenden Krisendiensten außerhalb der normalen Öffnungszeiten. Einzelne personenbezogene vertragsärztliche Behandlungsermächtigungen für Ärzte im SpDi (gemäß § 11 NPsychKG)
- d. (3-8): Ambulante Versorgung: Für die meisten Versicherten ist der Hausarzt eine zentrale Unterstützung bei persönlichen und seelischen Problemen. Hausärzte haben als Koordinatoren eine besondere Bedeutung für die ambulante Versorgung. Der Hausarzt koordiniert sämtliche Behandlungsschritte, hat einen umfassenden Überblick über die Krankengeschichte des Patienten, veranlasst notwendige Leistungen und

überweist bei Bedarf an Fachärzte oder Krankenhäuser. In Niedersachsen sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen umfangreiche Behandlungsangebote vorhanden. Dies gilt sowohl für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung als auch für den Bereich der Eingliederungshilfe. Mit der gesetzlich vorgeschriebenen Bedarfsplanung wird festgelegt, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten in einem definierten räumlichen Bereich zur Verfügung stehen sollen. Hierdurch wird eine gleichmäßige Verteilung der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten erreicht. Der von der KVN im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellte Bedarfsplan wird dem MS vorgelegt. Neben diesen Formen der niedergelassenen Ärzte und Therapeuten gibt es diverse andere Angebote für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Dazu gehören im ambulanten Bereich u.a. die PIA und psychotherapeutischen Ambulanzen, die in der Regel an Kliniken, Hochschulen oder Ausbildungsinstitute angebunden sind. Akutstationäre Versorgung - Krankenhäuser und Tageskliniken: Wie der Übersicht zu Veränderung der stationären Kapazitäten von 1993 bis heute (siehe Kasten 4) in der akutpsychiatrischen Versorgung zu entnehmen ist, ist eine Tendenz zur Ausweitung sowie zur Dezentralisierung und Differenzierung der Versorgung zu verzeichnen. Besonders deutlich wird dies an der Entwicklung TK-Kapazitäten, bei denen durch ausgelagerte Standorte eine weitgehende flächendeckende psychiatrische Akutversorgung geschaffen worden ist. Wir sehen die massive Ausweitung der PSM-Kapazitäten überaus kritisch. Zur Entwicklung der PSM im stationären Bereich wurde bereits 2007 im Bericht "Psychiatrie in Deutschland" der Obersten Gesundheitsbehörden der Länder festgestellt: "Die bisherige Entwicklung, nach der einerseits chronisch und schwer psychisch Kranke in regional ausgerichteten psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung behandelt und andererseits Patienten mit leichteren Krankheitsverläufen in PSM-Einrichtungen ohne Aufnahmeverpflichtung therapiert werden, hat bereits zu Doppelstrukturen geführt. Diese Dichotomisierung ist weder unter fachlichen noch wirtschaftlichen Gesichtspunkten akzeptabel. Bei einer Fortsetzung dieser Doppelstruktur besteht die Gefahr einer erneuten Ausgrenzung und Konzentration chronisch psychisch kranker Menschen, verbunden mit einer unweigerlichen Stigmatisierung sowie möglicherweise auch einer Ausweitung der Chronifizierung." Im Übrigen wird auch im Psychiatriekonzept des Landes auf die Notwendigkeit der Vermeidung einer „Zwei-Klassen-Versorgung“ psychisch Kranker hingewiesen. Zugleich ist festzustellen, dass die abgestufte Inanspruchnahme gesellschaftlicher und sozialer Hilfesysteme wie Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, Suchtberatungsstellen, SpDi, Beratungsstellen für Menschen mit seelischen Problemen und anderer häufig nicht erfolgt und stattdessen eine direkte Inanspruchnahme niedergelassener Psychotherapeuten oder sogar akutstationärer PSM-Angebote erfolgt. Im Interesse einer bedarfsorientierten Mittelallokation ist eine Finanzierung von Psychotherapie durch die Versichertengemeinschaft abzulehnen, wenn es sich lediglich um die Verwirklichung eines modernen „Life Style“ unter Umgehung niedrigschwelliger Hilfesysteme handelt.

- e. (9b): Bis heute keine ortsnahe psychiatrische, stationäre Versorgung vorhanden.

- f. (10): Die ärztliche Weiterbildung ist eine der Hauptaufgaben der ÄKN mit dem Ziel, die Berufsperspektiven junger Ärztinnen und Ärzte zu fördern. Der zunehmende Anteil von Ärztinnen in der Medizin mit deren (zeitweisem) Wunsch, auch in Teilzeit-Arbeitsmodellen tätig sein zu können, wurde durch Anpassung der Weiterbildungsordnung berücksichtigt. Zudem prüft die ÄKN die Einhaltung strukturierter Weiterbildungsprogramme. Auf die Disziplinpräferenz zugunsten einer Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie haben diese Maßnahmen jedoch keinen Einfluss, was die seit 2009 abgelegten Facharztprüfungen zeigen (s. Abb. 3 im Original). Nach Abschluss unterliegen Ärztinnen und Ärzte nach den Bestimmungen des Berufsrechts der Fortbildungspflicht. Die ärztliche Fortbildung ist daher eine der weiteren Hauptaufgaben der ÄKN. Es ist eine verstärkte Nachfrage psychiatrischer Fortbildungen festzustellen: Im Jahre 2009 wurden 245 Fortbildungen zertifiziert, im Jahr 2013 betrug die Anzahl 361.
- g. (13): Die niedergelassenen PPT und PT-KJP wurden in ihrer Tätigkeit den Fachärzten gleichgestellt, ihre Kolleginnen und Kollegen in Kliniken, Ambulanzen und Beratungsstellen sind jedoch weiterhin nur in ihren Grundberufen angestellt. Eine Novellierung der einschlägigen Gesetze zur Implementierung der neuen Heilberufe PPT und PT-KJP im Bereich der klinischen Behandlung wurde bis dato nicht vorgenommen.

2. Blick nach vorn

- a. (2b): Die Zahl niedergelassener Psychiater nimmt ab, die Wartezeiten für Psychotherapie sind zu lang, da nicht genug Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Das neue Vergütungssystem im Krankenhaus wird den Verwaltungsaufwand erheblich erhöhen und zu massiven Veränderungen in der Versorgungsstruktur führen.
- b. (2e): Ärzte im SpDi müssen regelhaft die Möglichkeit erhalten, Leistungen nach SGB V zu verordnen, z.B. für schwerkranke Patienten, die nicht oder nicht ausreichend durch das vertragsärztliche System erreicht werden. Flächendeckend sind ambulant aufsuchende Krisendienste erforderlich.
- c. (2h): In den nächsten 10 Jahren sollte ein niedrigschwelliges Früherkennungsprogramm für Psychosen etabliert werden, um eine rechtzeitige Behandlung einzuleiten und so krankheitsbedingte psychosoziale Folgen zu reduzieren. Aus unserer Sicht fehlt es an ambulanten Behandlungskapazitäten sowohl im Bereich der fachärztlichen psychiatrischen als auch der psychotherapeutischen Versorgung; diese sollte unbedingt auch aufsuchend ausgerichtet sein. Es gibt immer noch Reibungsverluste an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung; diese sollten abgebaut werden.
- d. (3-8): Ambulante Versorgung: Die Zunahme der psychischen Erkrankungen hat in den letzten Jahren ein großes Interesse in der Gesellschaft erlangt. Die Anzahl der diagnostizierten psychischen Erkrankungen ist sowohl prozentual als auch absolut gestiegen. Im Bereich der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen besteht in Niedersachsen ein hohes qualitatives Versorgungsniveau. Gleichwohl ist und bleibt die Behandlung psychischer Erkrankungen ein wichtiges Handlungsfeld. Neben dem umfassenden Versorgungsangebot im ambulanten Bereich sollte der Fokus künftig auf die Inanspruchnahme weiterer Unterstützungssysteme gerichtet werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, wie wichtig eine Enttabuisierung psychischer Erkrankungen

geworden ist. Die damit verbundene Erhöhung der Compliance hat dazu beigetragen, dass bestehende Behandlungsmöglichkeiten besser ausgeschöpft werden. Akutstationäre Versorgung - Krankenhäuser und Tageskliniken: Bei der PSY- und PSM-Versorgung gilt es, eine gravierende Fehlentwicklung zu stoppen. Diese wurde ausgelöst durch die formale Trennung von PSY und PSM bei der Krankenhausplanung. Diese Trennung ist fachlich falsch, weil bei der Behandlung betroffener Patienten Angebote beider Fachrichtungen zum Tragen kommen können. Eine räumliche Separierung leistet außerdem der Stigmatisierung psychiatrischer Patienten Vorschub, die eigentlich überwunden werden sollte. Zudem führt die formale Trennung der Disziplinen zu einer unnötigen Ausweitung der Bettenzahl. Hintergrund ist, dass rein auf dem Papier nun zusätzlicher „fiktiver“ PSM-Versorgungsbedarf entstanden ist, obwohl die Versorgung in der Realität wie bisher sichergestellt ist. Notwendige Umwidmungen von PSY-Betten sind nur unzureichend erfolgt. Diesen „fiktiven“ PSM-Bedarf nutzen Rehabilitationseinrichtungen, um sich in den Krankenhausplan einzuklagen. Diese unnötigen zusätzlichen Angebotsstrukturen erschließen sich wiederum zusätzliche Nachfrage. Damit wird die Versorgung ohne Qualitätsgewinn unwirtschaftlicher. Der von der Koalition angekündigte LPP muss daher eine Wiederzusammenführung von PSY und PSM zum Gegenstand haben. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass psychiatrische Kliniken Personalstellen, die sie gegenüber den Krankenkassen bei Budgetverhandlungen geltend machen, auch tatsächlich besetzen. Es ist nicht akzeptabel, wenn Mittel, die für die Patientenversorgung zur Verfügung gestellt werden, umgeleitet werden, um etwa Betriebsgewinne zu erhöhen. Die Krankenkassen können aufgrund unzureichender gesetzlicher Grundlagen Kliniken nicht zum Nachweis über Stellenbesetzungen verpflichten. Vor diesem Hintergrund gewinnt die regelmäßige Überprüfung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses durch das Land als Voraussetzung für die Beibehaltung der Aufnahme in den Krankenhausplan an Bedeutung. Mit der Etablierung eines neuen Vergütungssystems in der akutstationären Versorgung ergeben sich Chancen und Herausforderungen durch eine größere Transparenz und Qualitätsorientierung auch in der psychiatrischen Versorgung. Im ländlichen Raum wird sich weiterhin die Notwendigkeit einer besseren Vernetzung bestehender Hilfeangebote zu den weiterführenden Versorgungsformen ergeben. Überversorgung in einzelnen Ballungsgebieten sollte zugunsten dezentraler Hilfeangebote gerade im ambulanten Bereich abgebaut werden.

- e. (9b): Aktuell geplanter Aufbau einer PSM-Versorgung und PSY-Tagesklinik vor Ort im Landkreis (Leer) ist unzureichend – auch mit Blick auf Demografie und durch vorhandenen Mehrbedarf im Bereich Gerontopsychiatrie.
- f. (10): Das am 01.08.2012 in Kraft getretene Gesetz des Psych-DRG-Fallpauschalensystems berücksichtigt nicht den zunehmenden Fachkräftebedarf im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik sowie die demographische Entwicklung der Bevölkerung mit einem Bedarfszuwachs an psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungsbedürftigkeit. (...) Der Katalog ist (...) zu stark diagnoseorientiert und teilweise an die DRG-Fallpauschalensystematik angelehnt. Die Regelungen für den Bereich

Psychosomatik. Gerontopsychiatrie und Suchterkrankungen sind für eine leistungsgerechte Abbildung unzureichend (siehe Anlage). Durch demographisch bedingten allgemeinen Ärztemangel einerseits und steigenden Bedarf andererseits kann es zu Engpässen in der psychiatrischen Versorgung kommen. Die Anzahl psychiatrisch tätiger Ärzte hat sich seit 2009 nicht signifikant erhöht (s. Abb. 1 im Original). (...) Bislang haben weniger als 40% der psychisch Kranken Kontakt mit dem Gesundheitswesen, weshalb von einer Zunahme der Patientenkontakte auszugehen ist. Die Zunahme von psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlungsintensität in Niedersachsen führte bereits zu den von der Psychiatrischen Fachkommission kritisierten langen Wartezeiten bis zum (ersten) Arztkontakt im ambulanten Bereich von bis zu sechs Monaten. Von einem akuten Versorgungsproblem ist nach unserer Einschätzung momentan nicht auszugehen. (...) Die ärztliche Fort- und Weiterbildung wird auch künftig Themenschwerpunkt der ÄKN sein, um eine gute psychiatrische Versorgung zu sichern.

- g. (13): Monatelange Wartezeiten für einen Erstkontakt im Bereich Psychiatrie / Psychotherapie in ländlichen Gegenden sind untragbar, über eine Anpassung der ambulanten Versorgungsstrukturen müssen kurzfristig Sprechstundenzeiten für Erstkontakte, Diagnostik, Indikationsstellung und Empfehlung zur Verfügung gestellt werden; Das PEPP-System erregt landesweit die Gemüter, verunsichert und bringt viele Probleme mit sich. Derzeit werden im zugrundeliegenden OPS innerhalb der Berufsgruppen deren Fachkompetenzen (Assistenz-, Fach- oder Oberärzte bzw. PPT, PT-KJP oder PT in Ausbildung) nicht differenziert, eine gerechte Bezahlung und Finanzierung sollte jedoch ermöglicht werden.

3. Vorschlag zum Vorgehen

- a. (2b): Die Niederlassungsbedingungen für Psychiater und Psychotherapeuten müssen erleichtert werden. Die Einrichtung von PIA und TK muss gefördert werden, insbesondere auch für die KJP.
- b. (2e): Das Land sollte den Gesetzestext des NPsychKG zur Ermöglichung einer Behandlungsermächtigung für den SpDi präzisieren. SpDi und PIA der Versorgungskliniken sollten intensiver kooperieren.
- c. (2h): Die unter AG K2 2.c genannten Punkte fallen unserer Meinung nach in die Zuständigkeit des SGB V und wären von den dort zuständigen Akteuren zu lösen.
- d. (3-8): Die psychiatrische Versorgung unterliegt seit Jahren einer stetigen Veränderung. So ist der Behandlungs- und Versorgungsbedarf in den letzten Jahren stetig angestiegen. Ein Grund hierfür sind die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten für viele psychische Erkrankungen. Außerdem werden psychische Erkrankungen im Vergleich zu damals frühzeitiger und gezielter diagnostiziert.
- e. (9b): Zusätzliche Etablierung eines stationären PSY-Angebotes in Anbindung an die PSM am Klinikum Leer und verbesserter Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen (seit 2 ½ Jahren sollen Angebote der Kliniken im Bereich Geriatrie und PSM über Institutsambulanzen möglich sein – keine Einigung!)
- f. (13): Angesichts des Mangels von Psychotherapieplätzen für alle Altersgruppen sollte die Behandlungsqualität in der stationären und ambulanten Versorgung durch die psychotherapeutische Tätigkeit von PPT und PT-KJP sichergestellt werden. Anpassung des Stellenplans in Kliniken

an das Psychotherapeutengesetz (der Beruf des PPT und PT-KJP muss sich im Stellenplan niederschlagen, ein Mindestversorgungsgrad dabei gewährleistet sein); Angebote zur stationären Eltern-Kind-Therapie, um auch Müttern von Säuglingen und Kleinkindern eine notwendige stationäre Behandlung zu ermöglichen, ohne eine Trennung vom Kind in Kauf nehmen zu müssen. Förderung der Attraktivität klinischer Tätigkeiten für PPT und PT-KJP, um einer Abwanderung vorzubeugen.

AG K3 Teilhabe

1. Blick zurück

- a. (2d): Ambulant betreutes Wohnen: Mit einer erheblicher Ausweitung und Differenzierung der Angebote hat sich das abW für Menschen mit seelischer Behinderung/ chronischer Suchterkrankung zu einem wichtigen Bereich der ambulant psychiatrischen Versorgung entwickelt. Das betreute Wohnen ist in der Lage kurzfristig, variabel und flexibel auf individuelle Bedarfe einzugehen und kooperiert zuverlässig mit anderen Leistungen des psychiatrischen Hilfesystems. Ambulante Angebote zur Tagesstrukturierung: Mit der Regelfinanzierung (im Rahmen der Eingliederungshilfe) von zwei Kontaktstellen/ Begegnungsstätten und von drei Angeboten zur arbeitsorientierten Tagesstruktur stehen sinnvolle und attraktive Alternativen der Beschäftigung und Tagesstrukturierung zur Verfügung. Teilstationäre Angebote der Eingliederungshilfe: Im Landkreis Schaumburg bestehen neben einer TS für seelisch behinderte Menschen zwei WfbM, die in ihrer Konzeption gezielt auf den Bedarf psychisch kranker Menschen eingehen. Stationäre Angebote der Eingliederungshilfe: Mit insgesamt drei WH (ca. 100 Plätze) der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung, die in ihrer Konzeption und Zielsetzung sehr unterschiedliche arbeiten, wird der Bedarf für den LK Schaumburg qualitativ und quantitativ gedeckt. Mit sieben Wohnheimen (weit über 200 Plätze) für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Suchtkranke (CMA) stehen im LK über 20 % der Plätze des gesamten Landes Niedersachsen zur Verfügung. Dies hat zur Folge, dass die Aufnahmen landes- und bundesweit erfolgen, ein nicht unerheblicher Teil der Klienten im LK verbleibt und dann weitere Hilfebedarfe auslöst. Von wohnort- bzw. familiennaher Versorgung kann in diesen Fällen keine Rede sein. Nach wie vor stehen nicht ausreichend Plätze geschlossener Unterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe zur Verfügung. Hier wird deshalb die Mehrzahl der Betroffenen, in fachlich nicht darauf ausgerichtete geschlossene Einrichtungen der Hilfe zur Pflege untergebracht.
- b. (2e): Das Prinzip „ambulant vor stationär“ wurde verstärkt umgesetzt. Die Angebote zur sozialen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation sind gut ausgebaut worden. Niedersachsen ist bundesweit führend bei dem Ausbau von Angeboten zur APP, einschl. gerontopsychiatrischer Spezialangebote.
- c. (3-8): Ambulante und stationäre Rehabilitation: Seit 1993 sind in Niedersachsen sieben überwiegend ambulante Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke nach dem sog. RPK-Modell entstanden (RPK = Rehabilitation für psychisch Kranke), die sowohl medizinische wie auch berufliche Rehabilitationsleistungen in enger Verzahnung für den betroffenen Personenkreis anbieten. Seit 2006 gibt es (zusätzlich) zwei entsprechende Einrichtungen für Jugendliche und junge Erwachsene. Niedersachsen hat beim Aufbau dieses komplementären

Versorgungssegments eine Vorreiterrolle übernommen. Darüber hinaus wurden in den letzten 6 Jahren viele zusätzliche PSM-Kapazitäten in der stationären Rehabilitation (teils durch Umwidmung somatischer Betten) etabliert. Dieser Bettenzuwachs resultierte vor allem aus einem stetigen Anstieg entsprechender Rehabilitationsanträge (von Versicherten) und damit einhergehend unverhältnismäßig langen Wartezeiten nach Antragstellung bis zur Aufnahme in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Leistungsfähigkeit der PSM-Rehabilitationseinrichtungen in den letzten 20 Jahren erheblich gestiegen ist.

2. Blick nach vorn

- a. (2b): Die schon jetzt vorhandene zunehmende Tendenz von psychischen Erkrankungen bei Arbeitnehmern, bedingt durch Überlastung, wird zunehmen. Es stehen dafür keine ausreichenden Versorgungsstrukturen zur Verfügung. Die Wohnungssuche für psychosozial auffällige Patienten gestaltet sich – auch für die professionellen Helfer – zunehmend schwierig.
- b. (2e): Hilfsangebote zur Rehabilitation in den ersten Arbeitsmarkt und zur Beschäftigung für psychisch erkrankte Personen mit einer Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden täglich müssen geschaffen werden. Erforderlich ist eine integrierte ambulante (Langzeit-)Betreuung unter Berücksichtigung psychiatrischer Pflege gemäß SGB V und SGB XII ebenso wie anderer Hilfesysteme, z.B. des SpDi und der ambulanten Eingliederungshilfen gemäß SGB XII.
- c. (2h): Auch Menschen mit seelischen Behinderungen und dadurch bestehender Erwerbsunfähigkeit sollten auch außerhalb von den etablierten Werkstätten für Menschen mit seelischen Behinderungen so genannte „Nischenarbeitsplätze“ auf dem ersten Arbeitsmarkt finden können. Bezahlbarer Wohnraum für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist schon jetzt schwer zu finden, und es ist nicht absehbar, dass sich die Situation von selbst in den nächsten 10 Jahren entspannen wird. Für spezielle Personengruppen wie z.B. alt gewordene Menschen mit allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen und ältere Drogenabhängige sind zukünftig neue Wohnformen jenseits der etablierten Heimstrukturen gefragt, wie z.B. ambulant betreute Hausgemeinschaften.
- d. (3-8): Pflegebereich: Sowohl im Bereich der ambulanten als auch der vollstationären Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat Niedersachsen einen hohen Versorgungsgrad. So verfügt Niedersachsen im Bundesvergleich mit Abstand über die meisten APP-Fachpflegedienste. Diesen Stand gilt es zu erhalten. Ziel sollte es daher sein, langfristig eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit psychischen Erkrankungen sowohl im ambulanten als auch im stationären pflegerischen Bereich sicherzustellen.

3. Vorschlag zum Vorgehen

- a. (2e): Job-Center und die Bundesagentur für Arbeit, das Land und die regionalen Verbände müssen in Zusammenarbeit mit den Sozialhilfeträgern entsprechende Angebote aufbauen. Bei der erforderlichen integrierten ambulanten (Langzeit-)Betreuung sind das Land und die Sozialhilfeträger, die Kranken- und Pflegekassen gefordert, auch zur Abstimmung der Finanzierung entsprechender Leistungen, ggf. auch in Form eines regionalen Budgets.

- b. (2h): Beim Punkt AG K3 2.c ist für den Bereich Teilhabe an Arbeit der Gesetzgeber sowie die Arbeitsverwaltung gefragt, der zum Wohnen geschilderte Bedarf benötigt eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung.

AG K4 Steuerung

1. Blick zurück

- a. (2c): Mit erhöhten Patientenzahlen ist auch eine Zunahme der Hilfeangebote zu verzeichnen mit stärkerer Vernetzung der Hilfeanbieter – auch oder gerade im Zusammenhang mit der Bildung der SpV seit 1997. Dazu gehört z.B. der Bereich der Eingliederungshilfe in Form des ambulant betreuten, aber auch stationären Wohnens. Eine gezielte Koordination, Vernetzung der Anbieter und die damit zusammenhängende Qualitätssicherung hängt dabei trotz Verbundstrukturen von der Freiwilligkeit der Anbieter zur Kooperation ab. Steuerungsmöglichkeiten des SpV sind dabei weit weniger in der Praxis umsetzbar als im NPsychKG beabsichtigt. Der Hauptteil der Anbieter, die miteinander vernetzt z.B. an Qualitätssicherung oder Abstimmung angemessener Vergütung von Fachleistungsstunden arbeiten, konzentriert sich auf „große Anbieter“; die wiederum entwickeln durch Vorhalten weiterer Hilfeangebotsstrukturen bis hin zu Heimbetreuung eine Art Sogwirkung, die zur gemeindefernen Versorgung von Klientel führt. Die APP hat erst langsam begonnen, Fuß zu fassen. Sie sollte zukünftig nicht auf wenige spezielle Diagnosen beschränkt sein und zu keiner Ungleichbehandlung von unterschiedlich Versicherten führen. Inzwischen haben sich neben der Tagesstätte der Lebenshilfe Nienburg zwei weitere Tagestätten (Paritätische und Neue Burg) im Kreisgebiet etabliert, eine mit dem Diagnoseschwerpunkt Sucht.
- b. (2d): Sozialpsychiatrischer Dienst: Seit Bestehen des SpDi gab es phasenweise immer wieder personelle Engpässe, besonders bezüglich der ärztlichen Leitung. Seit 01.10.2011 ist der SpDi wieder fachärztlich geleitet. Bei den Sozialarbeiterstellen war wegen der steigenden Fallzahlen der Eingliederungshilfe-Anträge eine Aufstockung notwendig und ist ermöglicht worden. Insgesamt steht der LK Schaumburg im Verhältnis zur Bevölkerungsdichte und im Vergleich zu den anderen angrenzenden Landkreisen in der personellen Besetzung gut da. In den letzten Jahren wurden wieder die Gruppenarbeit und Öffentlichkeitsveranstaltungen wie die Vortragsreihe: „Psychiatrie im Gespräch“ intensiviert. In der Zusammenarbeit mit Kliniken und niedergelassenen Fach- und Hausärzten haben sich keine wesentlichen Änderungen ergeben. Auch die Zusammenarbeit im SpV hat keine wesentlichen Änderungen erfahren. Suchtkrankenhilfe Diakonisches Werk: Durch öffentlich-rechtlichen Vertrag vom 20.12.1979 vereinbarte der LK Schaumburg mit dem Diakonischen Werk Stadthagen, diesem die Aufgaben der Suchtkranken gemäß NPsychKG zu übertragen. Durch Novellierungen des NPsychKG wurde Anfang 2013 eine zusatzvertragliche Vereinbarung notwendig, die auch darauf abzielte, den gesetzlichen Veränderungen nachzukommen und die niedrighschwellige Versorgung der Suchtkranken sowie die notwendige Zusammenarbeit mit der ärztlichen Leitung des SpDi zu verbessern. Derzeit sind weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation und der notwendigen suchtmmedizinischen Kompetenz in Planung. Rolle und Funktion der Sozialpsychiatrischen Verbände: Im Jahr 1998 wurde im LK Schaumburg der SpV gegründet. Er arbeitet seither in verschiedenen

Fachkonferenzen kontinuierlich, fachlich und unter Beteiligung nahezu aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligter Akteure. Leider ist es nicht gelungen, die niedergelassenen Hausärzte in den Verbund mit einzubeziehen. Bei den niedergelassenen Nervenärzten wurde dies zumindest teilweise erreicht. Die Geschäftsführung des Verbundes obliegt weiterhin dem SpDi. Rolle und Funktion der Sozialpsychiatrischen Pläne: Die Erstellung von SpP wird im LK als nicht geeignet angesehen, in einer sich dynamisch entwickelnden überwiegend von wirtschaftlichen Interessen geprägten Landschaft psychiatrischer, psychosozialer und rehabilitativer Angebote verbindlich steuernd, zeitnah und bedarfsgerecht Einfluss auf die regionale Versorgung zu nehmen. Die Fortschreibung des Planes erfolgt deshalb über eine ca. alle drei Jahre aktualisierte Broschüre aller relevanten psychiatrischen Angebote, die Patienten, Klienten, Angehörigen und Fachleuten einen Überblick darüber gibt, wer im LK welche Leistung erbringt.

- c. (2e): Flächendeckend wurden Sozialpsychiatrische Verbünde eingerichtet. Die Angebote der einzelnen Leistungserbringer können besser verzahnt werden.
 - d. (2f): Immer bessere Übersicht über die Lage im Land durch die gute Arbeit des LFBPN. Zunehmend bessere Psychiatrieberichterstattung durch enge Zusammenarbeit zwischen den SpDi und dem LFBPN mit entsprechender Möglichkeit der Datenerhebung. Jährlich Aktionstage für seelische Gesundheit an wechselnden Orten Niedersachsens. Regelmäßiges Erstellen SpP in den Kommunen. Gründung der hochmotiviert arbeitenden Arbeitsgruppe 5 „Regionale Vernetzung“ innerhalb des LFBPN.
 - e. (2g): Differenzierte Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären, sowohl medizinischen als auch komplementären Versorgungsstrukturen, insb. im Bereich der Gerontopsychiatrie. Öffnung des auch weiterhin zu starken institutionenbezogenen hin zu einem personenzentrierten Ansatz der individuellen Hilfen. Fehlsteuerung in der Verteilung der (finanziellen) Ressourcen im ambulanten medizinischen Bereich zwischen den übertersorgten leichter und den unterversorgten schwerer psychisch Erkrankten (Bedarfsplanung der KV).
 - f. (3-8): Integrierte Versorgungsmodelle: Zielstellung dieser Weiterentwicklung von Versorgung ist insbesondere die medizinische und psychosoziale Betreuung berufsgruppen- und institutionsübergreifend stärker zu verknüpfen, die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung und Angebote zu stärken sowie belastende Krankenhaustage zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Krankenkassenspezifisch werden hierzu gesonderte Verträge geschlossen.
2. Blick nach vorn
- a. (2b): Da in den Kommunen immer mehr finanzielle Schwierigkeiten vorhanden sind, werden die subsidiären Dienste, nämlich der SpDi, zunehmend schlechter besetzt werden, was die Versorgungssituation noch verschlechtert. Insbesondere für die Netzwerkarbeit des pflichtigen SpV sind notwendige Ressourcen nicht ausreichend vorhanden.
 - b. (2c): Die in der UN-Behindertenrechtskonvention geforderte Inklusion zeigt sich in der Praxis als gut beabsichtigt, droht aber an mangelnder Finanzierung oder den fehlenden erforderlichen personellen Ressourcen oder rechtzeitig entwickelten Konzeptionen zu scheitern. Hier werden erhebliche Bemühungen erforderlich sein; die Aufklärung der Gesellschaft

und die tatsächliche Motivation derselben, Themen wie Inklusion umzusetzen, hinkt der politischen Absicht ebenso hinterher wie die Bereitstellung inhaltlicher bzw. personeller Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention. Die insgesamt gestiegenen Fallzahlen spiegeln sich auch im Sektor der gesetzlichen Betreuung wieder. Veränderungen im Betreuungsrecht dürften zu weiteren Einschränkungen hinsichtlich der inhaltlichen und zeitlichen Kapazitäten von Berufsbetreuern und Betreuungsbehörden führen. Vereinzelt Tendenzen, auch SpDi zu privatisieren oder an stationär-klinische Anbieter anzugliedern, sollte klar entgegengewirkt werden, um stationäre Monopolbildung bei der Versorgung der schwierigen Klientel zu vermeiden oder nicht noch weiter voranzutreiben.

- c. (2d): Über die Arbeit im SpV, mit der Steuerung der Eingliederungshilfe und anderer Netzwerkarbeit im SpDi sowie mit einer gut vernetzten Klinik konnte ein Mindestmaß an Zusammenarbeit und Vernetzung sichergestellt werden. Die neu hinzugekommene Integrierte Versorgung scheint in dieser Frage keine nennenswerte Rolle übernehmen zu können. Bei deutlicher Ausweitung und Erweiterung der Angebote zur ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung ist das System dennoch weit von einem koordinierten, abgestimmten und wirtschaftlichen Handeln entfernt. Es bestehen weder Verpflichtungen noch Strukturen der Zusammenarbeit und Vernetzung. Ursache hierfür sind strukturell und liegen u.a. in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern und Gesetzen festgelegten Grundlagen der Hilfen und Leistungsansprüchen. Hinzu kommt eine immer mehr auf Gewinnmaximierung bzw. Kostendämpfung ausgerichtete Leistungserbringung.
- d. (2e): Erforderlich ist eine Stärkung der Verbände in Richtung verpflichtender Psychatrieplanung im Zusammenspiel der beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger, Selbsthilfe-Initiativen der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen.
- e. (2f): Erhalt der mit großem Engagement aufgebauten lokalen und landesweiten Netze (SpV, Netzwerke innerhalb Niedersachsens, bundesweites SpDi-Netzwerk). Erhalt / Stärkung der Struktur des LFBPN.
- f. (2g): Umgestaltung des noch zu starken institutionenbezogenen hin zu einem personenzentrierten Ansatz der Hilfen. Entwicklungsnotwendigkeit eines Konzeptes zur Koordinierung der zunehmend komplexeren Hilfebedarfe in einem gegliederten Sozialsystem – Auflösung /Öffnung der Sektorenplanung – speziell Förderung der Koordinierung des Übergangs zwischen KJP- und SGB VIII-Leistungen mit der Erwachsenenpsychiatrie. Entwicklung landeseinheitlicher Kennzahlen und Standards in der Bedarfsplanung und Koordinierung. Förderung und Ausbau präventiver Maßnahmen als auch inklusiver Standards. Verstärktes Einwirken auf die Bedarfsplanung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung bei z.T. regional gefährdeter Sicherstellung durch die KV. Stärkung der SpDi als fachlich neutrale Institution durch Festschreibung von Qualitätsstandards und personeller Mindestausstattung.
- g. (2h): Die Geschäftsführungen der SpV gemäß NPsychKG sollten verbindlicher in psychiatrische Planungsprozesse einbezogen werden.

3. Vorschlag zum Vorgehen

- a. (2b): Die SpV sind ein wichtiges Steuerungsinstrument zur Vernetzung der Strukturen vor Ort. Hier ist eine Unterbesetzung in vielen Diensten vorhanden, weshalb auch hier entsprechende fachlich-personelle wie finanzielle Rahmenbedingungen gegeben werden sollten.
- b. (2c): Bezüglich der stationären psychiatrischen Versorgung sollten Landesvorgaben eine angemessene Personalausstattung sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich sicherstellen. Die Vorgaben sind an der Psychiatriepersonalverordnung zu orientieren. Dem Fachärztemangel sollte durch Erhöhung der Ausbildungskapazitäten medizinischer Fakultäten entgegengewirkt werden. Über die Vergabe von Studienplätzen an angehende Mediziner mit der Bereitschaft, sich im ländlichen Raum niederzulassen, kann ein wirkungsvolles Steuerungsinstrument eingeführt werden. KJP-Angebote sollten verstärkt aufsuchend tätig sein. Die Etablierung von KJP-Diensten im Rahmen des ÖGD wird hochgradig erschwert durch die wenig attraktiven Vergütungsstrukturen des TVöD. SpDi sollten nicht nur mit Behandlungsermächtigungen für Psychiatrie ausgestattet sein, sondern auch Behandlungsermächtigungen für Psychotherapie erhalten.
- c. (2d): Bessere Vernetzung stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung. Deutliche Verbesserung der ambulanten Angebote psychiatrischer Behandlung und deren Vernetzung. Schaffung eines Systems in dem möglichst alle Leistungen für Menschen mit psychischer Erkrankung / seelischer Behinderung aus einer Hand finanziert, strukturiert, geplant und organisiert werden.
- d. (2e): Den SpV sollten durch entsprechende Veränderungen im NPsychKG Strukturentscheidungen ermöglicht werden. Eine regionale Psychiatrieberichterstattung auf Grundlage der Empfehlungen des LFBPN (Datenblätter A-C) sollte flächendeckend umgesetzt werden.
- e. (2f): Unterstützung der Politik bei der personellen und finanziellen Ausstattung der regionalen SpDi, damit diese ihre Planungsaufgaben innerhalb des SpV und bei der Erstellung und Fortschreibung der SpP angemessen wahrnehmen können.
- f. (2g): Stärkere Einbeziehung des (Psychiatriereferates des) MS in der Bedarfsplanung und dem Sicherstellungsauftrag der KV. Sicherstellung der personellen Ressourcen für die Psychiatriekoordinierung auf kommunaler und Landesebene. Weitere Einbeziehung der SpDi bei der Erstellung der LPP, da hierüber eine lebensweltbezogene Nähe zur Versorgungs- und Bedarfsrealität sicher gestellt ist.
- g. (2h): Der unter AG K4 2.g genannte Punkt könnte in der aktuell laufenden Novellierung des NPsychKG Berücksichtigung finden.
- h. (3-8): Die Inanspruchnahme der gemeindenahen ambulanten Hilfsangebote ist auszuweiten. Die SpDi bieten Beratung, Betreuung, Krisenintervention und Weitervermittlung für psychisch Kranke und deren Angehörige und übernehmen somit die Versorgungsplanung. Weiterhin bestehen außerhalb der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen die psychosozialen Beratungsstellen, die Einrichtungen von Städten und Gemeinden, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen sind. Die Ambulanzen können meistens direkt aufgesucht werden und haben somit einen niederschweligen Zugang. Zudem sollten auch in Zukunft weiterhin Maßnahmen zur Förderung der Compliance ergriffen werden, die dazu

führen, dass der Patient von seiner Krankheitsanfälligkeit überzeugt ist und an die Wirksamkeit der Therapie glaubt. Ein Zusammenwirken aller am Versorgungsprozess beteiligter Personen und Berufsgruppen und eine damit verbundenen Steuerung der Behandlungsprozesse sind entscheidend für eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und serviceorientierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ebenso wichtig ist und bleibt, dass die betroffenen Menschen und deren Angehörige im Rahmen ihrer Behandlung von einem kompetenten Lotsen begleitet werden. Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeits- und Finanzierungsbereiche („Barrieren“) ist der Ausbau von aktiven Kooperationen zu unterstützen. Weiterhin ist zeitnah eine Wiederausammenlegung der Fachgebiete PSY und PSM in der Krankenhausplanung zu veranlassen. Das novellierte Krankenhausgesetz des Landes ermöglicht diese im Interesse der Versorgung der Patienten gebotene Maßnahme, die in Nordrhein-Westfalen bereits vollzogen worden ist. Gelingt dies nicht zeitnah, sollte seitens des Landes die Umsetzung des Psychiatriekonzeptes engagiert vorangetrieben und zeitnah abgeschlossen werden. Nicht zuletzt zur Sicherstellung einer landesweit hochwertigen Patientenversorgung hat das Land seine Aufgaben bei der Überprüfung zugelassener Krankenhäuser auch im Hinblick auf eine laufende Prüfung der Leistungsfähigkeit wahrzunehmen. So kann es nicht sein, dass Einrichtungen im Krankenhausplan aufgenommen sind, die Mindeststandards personeller Besetzung nicht erfüllen. Bei entsprechenden Verstößen ist in letzter Konsequenz auch der Zulassungsbescheid zurückzunehmen und die Aufnahme in den Krankenhausplan zu widerrufen. Die kommunale Ebene sollte die Koordination und Kooperation niedrigschwelliger Hilfeangebote vorantreiben, um Über- und Fehlversorgung in der PSY- und PSM-Versorgung abzubauen. Ein Schritt auf diesem Wege könnten Anlaufstellen für psychosoziale Probleme auf kommunaler Ebene sein. Auf Ebene der Selbstverwaltung befindet sich die Entwicklung eines sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen im Ausbau. Instrumente und Indikatoren sowie die notwendige Dokumentation werden entwickelt. Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich seit 1993 die Versorgung psychiatrisch und psychosomatisch Erkrankter im Rahmen der Zuständigkeit der Kranken- und Pflegeversicherung sowohl quantitativ als auch qualitativ deutlich verbessert hat. Auch die zukünftige Weiterentwicklung in diesem Segment sollte den Selbstverwaltungspartnern überlassen bleiben.

- i. (13): Integration der psychologischen PT und PT-KJP als approbierte Heilberufe in eine verknüpfte multiprofessionelle Versorgungsstruktur, aktive Einbeziehung dieser Fachgruppe in die Weiterbildung und in die Entwicklung von Versorgungs- und Behandlungskonzepten, Benennung ihrer Kompetenzen und Sichtbarmachung dieser Professionen in ihren jeweiligen ambulanten und stationären Arbeitsbereichen im LPP.

AG T1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Blick zurück

- a. (2c): Es gibt zwar seit Dez. 2009 einen niedergelassenen Kinder- und Jugend-Psychiater im Kreisgebiet, der jedoch für Krisenintervention oder Zwangseinweisungen nicht zur Verfügung steht, Hausbesuche sind nicht

Teil seines Versorgungskonzepts. Auch hier bestehen Wartezeiten, die im somatischen Bereich nicht tragbar wären. Dies sollte als Hinweis gewertet werden, dass mit *einer* Facharztstelle der Bedarf keineswegs gedeckt ist.

- b. (2f): KJP-Angebote sind deutlich ausgebaut worden, Die Kinder psychisch kranker Eltern geraten langsam in den Fokus als besondere Zielgruppe mit hohem eigenen Risiko.
- c. (23): 1994 Einführung der Sozialpsychiatrischen Versorgung mit den Ersatzkassen, seit 2006 auch mit den Primärkassen, seit 2009 Vorliegen als bundesweiter Vertrag. Deutliche Ausweitung des qualitativen und quantitativen Angebotes: derzeit 100 KJP-Praxen (1994: ca. 20 Praxen).
- d. (13): nicht hinnehmbar lange Wartezeiten in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche.

2. Blick nach vorn

- a. (2b): Die Zahl der aufgrund psychosozialer Auffälligkeiten und psychiatrischer Erkrankungen schwer integrierbaren Jugendlichen und junger Erwachsenen wird steigen. Insgesamt ist eine Verjüngung des Klientel feststellbar. Die Zunahme von jungen Menschen mit psychischen oder sozialen Schwierigkeiten ist etwas, worauf wir noch nicht wirklich die richtigen Antworten gefunden haben.
- b. (2c): Eklatant ist nach wie vor der Mangel an Fachärzten im ländlichen Raum, insbesondere im Bereich der KJP-Versorgung. Eine Zunahme von Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit unklarer Diagnose ist bereits jetzt spürbar; dazu gehören sog. Schulverweigerer, die für Hilfeangebote nicht aufgeschlossen sind und durch das Netz der auf freiwilliger Annahme von Hilfen beruhenden Jugendhilfe fallen. Die Kliniken halten häufig die vorgestellte Klientel für „nicht psychiatrisch behandlungsbedürftig“ und fordern „pädagogische Maßnahmen“... Für Zwangsmaßnahmen fehlen bei anstehenden Unterbringungen nach § 1631 b BGB die gesetzlich geforderten Fachärzte, vielleicht auch insgesamt Konzepte zum Umgang mit „perspektivlosen“ Kindern und Jugendlichen, die eine Ausbildung abbrechen. Bewilligte „geschützte Plätze“ im KJP-Bereich sind noch immer nicht baulich umgesetzt. Die schwammige NPsychKG-Formulierung in §7 Abs. 3 des NPsychKG, KJP-Dienste einzurichten, *soweit erforderlich*, hat zur Nichtumsetzung dieses wichtigen Bestandteils psychiatrischer Versorgung geführt. Stattdessen boomen Jugendhilfeangebote in freier Trägerschaft, die wiederum schwer durchschaubare Strukturen vorhalten und ähnlich wie im abW in ihrer Qualität kaum überprüfbar scheinen.
- c. (2f): Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern müssen weiter ausgebaut werden. Die sozioökonomische Lage der Familien muss verbessert werden (deutliche Korrelation zu körperlichen und seelischen Gesundheitsrisiken). Der Ausbau von Bildungsangeboten in Kindertagesstätten und Schulen (der beste Gesundheitsschutz!) ist wichtig.
- d. (23): Ausbau einer flächendeckenden (z.B. ländliche Gebiete) ambulanten KJP-Versorgung. Sicherstellung der ambulanten Versorgung auf Basis der Freiberuflichkeit.

3. Vorschlag zum Vorgehen

- a. (2f): Gefragt sind vor allem die Politik bundesweit, landesweit und kommunal, ansonsten die jeweiligen Hilfeanbieter.
- b. (23): Schaffung der finanziellen und strukturellen Voraussetzungen (bezogen auf den Punkt AG T1 2.d).

- c. (13): Ausweitung der Sozialpsychiatrievereinbarung, die für die niedergelassenen KJP-Ärzte gilt, auf die Praxen der PT-KJP; kurzfristige Schaffung eines zusätzlichen Beratungs- und Behandlungsangebots durch Übertragung der Sozialpsychiatrievereinbarung auch auf die PT-KJP; Schnittstelle zwischen stationär-klinischer KJP und ambulanter Psychotherapie optimieren werden, z.B. durch Behandlungsverträge der Kliniken mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die kurzfristig ambulante PT leisten können; Überprüfung, ob stationäre Behandlungskapazitäten in der KJP zurzeit ausreichen.

AG T2 Gerontopsychiatrie

1. Blick zurück

- a. (2e): Ambulante gerontopsychiatrische Pflege ist als Kassenleistung regelhaft abrufbar, entsprechende Pflegedienste sind vorhanden. Gerontopsychiatrische Netzwerke sind entstanden.
- b. (2f): Demenzerkrankungen sind mehr ins Blickfeld der Öffentlichkeit geraten. Es gibt mehr geriatrische Angebote. Heime wurden renoviert, haben mehr Einzelzimmer. Tagespflegeangebote wurden aufgebaut. Es gibt gerontopsychiatrische Fachgruppen in den SpV. Einzelne Sozialpsychiatrische Dienste wurden mit speziellen gerontopsychiatrischen Fachkräften besetzt.
- c. (3-8): Häusliche Krankenpflege: Seit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 15.02.2005 besteht grundsätzlich der Anspruch auf psychiatrische häusliche Krankenpflege. Seit 2008 werden von der GKV in Niedersachsen Verträge mit spezialisierten Pflegediensten geschlossen, die eine entsprechende Zusatzqualifikation beinhalten. Die Anzahl der entsprechenden APP-Fachpflegedienste ist von zehn Diensten im Jahr 2008 auf mittlerweile 40 Dienste angestiegen. Diese decken neben der allgemeinen psychiatrischen häuslichen Fachkrankenpflege ebenfalls den Bereich der Gerontopsychiatrie ab. Gerontopsychiatrie - stationäre Pflegeeinrichtungen: Bei speziellen gerontopsychiatrischen Fachabteilungen in stationären Pflegeeinrichtungen werden die besonderen personellen und strukturellen Anforderungen über entsprechende Leistungs- und Qualitätsmerkmale in den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt. So werden etwa Personalschlüssel außerhalb der Vorgabewerte des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI vereinbart. Die Anzahl entsprechender Pflegeeinrichtungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß §§ 45a-c und 87b SGB XI für Menschen mit psychischen Erkrankungen: Niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45 c Abs. 3 SGB XI sind Leistungen der Betreuung und Beaufsichtigung, die stundenweise durch zugelassene Pflegedienste sowie ehrenamtliche Helferinnen und Helfer erbracht werden. Stand März 2014 sind rund 1000 Pflegedienste als Anbieter zusätzlicher Betreuungsleistungen u.a. für Versicherte mit psychischen Erkrankungen zugelassen. Daneben sind rund 380 Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsangebote in Form von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern nach Landesrecht anerkannt. Die Helferinnen und Helfer werden bei ihrer Tätigkeit durch Fachkräfte pflegefachlich angeleitet und nehmen den pflegenden Angehörigen ihre Aufgaben zumindest zeitweise ab; sie stellen sicher, dass die Betroffenen auch dann gut

beaufsichtigt und betreut werden, wenn die Angehörigen sich nicht selbst kümmern können. Die Betreuung kann sowohl in Einzelbetreuung in der Wohnung der Betroffenen, alternativ aber auch außerhalb der häuslichen Umgebung in Gruppen erfolgen. Auf diese Weise kann eine vorzeitige Heimaufnahme der Betroffenen häufig vermieden, zumindest aber verzögert werden. Weiterhin vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen Vergütungszuschläge mit vollstationären Pflegeeinrichtungen für die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf analog der Betreuungsleistungen nach § 45a-c SGB XI, welcher sich gleichermaßen an die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen richtet. Gegenwärtig sind mit rund 1350 Einrichtungen entsprechende Vereinbarungen geschlossen worden, dies entspricht einem Anteil von rund 96 Prozent aller vollstationären Pflegeeinrichtungen.

- d. (9a): Deutliche Verbesserung gerontopsychiatrischer Diagnostik und Therapie
- e. (10): Um den notwendigen ärztlichen Wissenstransfer in der Gerontopsychiatrie zu fördern, wurde das Fortbildungsangebot entsprechend erweitert. Wurden im Jahr 2009 von der ÄKN noch zwei Fortbildungsveranstaltungen zertifiziert, waren es im Jahr 2013 bereits 53.

2. Blick nach vorn

- a. (2b): Im Zuge der demografischen Entwicklung wird es mehr gerontopsychiatrisch auffällige Patienten geben, die zusätzlich unter Demenzen leiden.
- b. (2e): Die zunehmende Notwendigkeit zur Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten muss als Regelaufgabe erkannt werden
- c. (2f): Die ambulante Versorgung vor allem durch Fachärzte muss ausgebaut werden. Die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss verbessert werden. Die Versorgung von Demenzkranken in Allgemeinkrankenhäusern weist deutliche Lücken auf. Benötigt werden spezifische Suchthilfeangebote im Alter. Der Zugang für Psychotherapie für ältere Menschen muss einfacher und schneller erfolgen. Nicht nur Demenzerkrankungen, sondern auch andere psychisch Erkrankungen im Alter verdienen Beachtung, vor allem die erschreckend hohe Suizidalität älterer Menschen, vor allem alter Männer. Vermehrte Einbindung von Laien- und Bürgerhelfern in gemeinsamer Verantwortung für psychisch kranke alte Menschen im Stadtviertel.
- d. (9a): Verbesserung der ambulanten Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten zu Hause und im Heim.
- e. (10): In unserer Stellungnahme vom 28.01.2014 zum Geriatrie-Konzept (Az. 404.11-41202/8016/2) haben wir u. a. auf die Behandlungsschwerpunkte in der Gerontopsychiatrie hingewiesen. Obgleich Alter nicht gleichzusetzen ist mit Krankheit, treten mit zunehmendem Alter vermehrt besondere Erkrankungen auf. Einen besonderen Stellenwert haben dabei psychische Erkrankungen wie Depression und die Alzheimer-Demenz. Angesichts weiter zunehmender Inzidenzen von Demenzerkrankungen und sich kontinuierlich verbessernder diagnostischer Möglichkeiten ist langfristig von einem erhöhten Personalbedarf im ärztlichen Bereich auszugehen. Die Etablierung interprofessioneller regionaler gerontopsychiatrischer Versorgungskonzepte sollte daher gefördert werden.

3. Vorschlag zum Vorgehen

- a. (2e): Die SpV der einzelnen Kommunen sollten gerontopsychiatrische Versorgungspfade erarbeiten.
- b. (2f): Bereitstellung von genügend Geldern zur Umsetzung der Pläne durch die Politik; Ausbau der schon vorhandenen Netzwerke (Altenhilfe, Medizin ..., d.h. besseres Zusammenspiel von Sozial und Gesundheitsbereich).
- c. (9a): Verbesserung der Kooperation von Hausärzten, gerontopsychiatrischer ambulanter Pflege, Heimen und kommunalen Strukturen, auch im Sinne von Prävention.

AG T3 Suchtmedizin / Suchthilfe

1. Blick zurück

- a. (2b): Im Bereich der Suchtmedizin/Suchthilfe hat sich die Substitution etablieren können. Die Therapiezeiten im Rahmen der stationären Therapieangebote haben sich im Schnitt von 24 Monaten auf aktuell 12 Wochen verringert. Eine Etablierung der ambulanten Therapieangebote hat stattgefunden. Bzgl. der Bereitschaft der Kostenträger zur Kostenbewilligung ist ein Rückgang festzustellen. Die DRV hat offensichtlich den Maßnahmen zur beruflichen Integration zwischenzeitlich einen höheren Stellenwert zugeordnet. Dieses hat für die Versicherten allerdings deutlich festzustellende Konsequenzen: Wird aus Sicht des Kostenträgers die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Integration des Versicherten als eher gering angesehen oder hat der Versicherte in der Vergangenheit schon einmal an einer stationären Maßnahme teilgenommen, so verringert sich aus Sicht der Drogenberatungsstelle die Chance für die Neu-Bewilligung der Kostenübernahme für eine Rehabilitationsmaßnahme massiv. Die Etablierung der niedrigschwelligen Arbeit mit *Saver-Use*-Angeboten führte zu einer Verringerung der Todeszahlen, einer Verringerung der Infektionen und zu einer Erhöhung der Lebenserwartung. Mit der Erhöhung der Lebenserwartung bei jahrelangen Substitutionsverläufen ist der Beikonsum von Medikamenten – und in den letzten Jahren auch der Alkoholkonsum – gestiegen, somit ist auch die Häufigkeit von Komorbidität gestiegen: Persönlichkeitsstörungen, psychische Störungsbilder nehmen zu (Depressionen, Psychosen). Die Kriminalitätsstatistik weist im Zusammenhang mit Suchtdelikten rückläufige Zahlen aus. Die Inhaftierungszeiten sind ebenfalls rückläufig. Der öffentliche Raum ist geschützt (keine Spritzen mehr auf Spielplätzen). Die Abstinenzorientierung ist rückläufig. Das Konzept „HaLT“ für auffällige Jugendliche mit Alkoholintoxikation und als Baustein der Prävention wurde etabliert.
- b. (2e): Implementierung ambulanter und teilstationärer Angebote, flächendeckendes Angebot von Suchtfachstellen. Ausweitung des Substitutionsprogramms incl. Diamorphin-Vergabe in Hannover.
- c. (22): Um 1990 gab es bei der Landesversicherungsanstalt Hannover ausschließlich stationäre Heilstätten. Das waren Entwöhnungseinrichtungen, die vielfach nach den Grundsätzen der Trinkerheilstätten geführt wurden, in abgeschiedener Lage, fernab von allen Teilhabemöglichkeiten, mit sehr langen Behandlungszeiten. Oder es gab sog. „Therapeutische Wohngemeinschaften“, ebenfalls möglichst fernab von jeder „Szene“, in bäuerlichen Anwesen oder Herrenhäusern gelegen, mit z.T. rigiden Anpassungsprinzipien. Diese Einrichtungen

wurden im Laufe der Zeit entweder geschlossen oder zu Fachkliniken mit modernen Standards weiterentwickelt, und es wurden Neugründungen unterstützt. Auch das Segment der ganztägig ambulanten TK wurde eingeführt. Im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BSH) gibt es zurzeit 8 Tageskliniken, mit 112 Plätzen. Die DRV BSH ist für 14 stationäre Einrichtungen federführend zuständig. Für ambulante Entwöhnungsbehandlungen sind über 50 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen anerkannt. Die Rehabilitation im Fachgebiet Sucht/Abhängigkeitserkrankungen hat sich erfolgreich etabliert. Es gibt bzw. gab verschiedene Projekte: 1996-2010: Die damalige Landesversicherungsanstalt (LVA) Hannover erprobt Konzepte zur Eingliederung arbeitsloser Rehabilitanden, die abhängigkeitskrank sind (RAUS, Re:job, START, Frieda, etc.). 01.08.2005: MoKo (Konzeption der modularen Kombinationsbehandlung im Regionalen Therapieverbund). 01.04.2009: Aus MoKo wird Kombi-Nord (ein gemeinsames Kombi-Therapie-Modell der drei Norddeutschen Rentenversicherungsträger DRV OLB, DRV Nord und DRV BSH). 2007 wurde die Mehrzahl der psychiatrischen Landeskrankenhäuser – darunter die in Göttingen, Tiefenbrunn, Hildesheim und Osnabrück – an verschiedene private Betreiber wie Asklepios und Ameos verkauft. In allen psychiatrischen Versorgungszentren wurden mittlerweile Institutsambulanzen eingerichtet, die eine komplette und leitliniengerechte Versorgung Abhängigkeitskranker auf hohem Niveau anbieten, vom qualifizierten Entzug bis zur Gruppenpsychotherapie und Selbsthilfe. Eine Vermittlung in die medizinische Rehabilitation findet von dort kaum noch statt. Diese Klientel erhält damit zwar eine leitliniengerechte Akutbehandlung, jedoch keine auf die Teilhabe am Erwerbsleben bezogene Leistung zur medizinischen Rehabilitation mehr. Nach unserer Information wurden die Sozialarbeiterstellen reduziert, von denen aus traditionell eine Vermittlung in die medizinische Rehabilitation erfolgte.

2. Blick nach vorn

- a. (2b): Die Zahl von CMA-Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen wird zunehmen. Die CTC-Studie (*community that cares*) wurde mit 720 Schülern im Alter von 12-18 Jahren in Hameln das erste Mal durchgeführt. CTC verfolgt das Ziel, eine maßgeschneiderte und empirisch belegbare Präventionsstrategie zu entwickeln, die Problemverhalten (Gewalt, Kriminalität, Alkohol- und Drogenmissbrauch, frühzeitiger Schulabbruch, „Teenager-Schwangerschaften“) sowie Ängsten und Depressionen vorbeugen kann. Die nach Auswertung der Studie vorliegenden Ergebnisse erfordern als Konsequenz ein Umdenken und die Formulierung von angepassten und / oder neuen Aufgaben für die Zukunft. Im Rahmen der Substitution wird in den nächsten Jahren eine Versorgungslücke entstehen. Wir haben aktuell eine psychiatrische Versorgungslücke für diese problematische Klientel. Substanzen wie Crystal Meth werden die Wohnungs-Desorganisation und das Gewaltpotential noch steigen lassen. Sucht und Alter ist ein gemeinsames Thema für Sucht- und Altenhilfe.
- b. (2e): Weiterhin besteht ein hoher ungedeckter Hilfebedarf, insbesondere bei Alkoholabhängigkeit, mit langen Wegen im ländlichen Bereich. Der Übergang von der Entzugs- zur Entwöhnungsbehandlung ist nicht gut organisiert. Die psychosoziale Beratung und Betreuung in der

Drogentherapie muss an die Ausweitung der Substitutionsplätze angepasst werden. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte mit Substitutionsberechtigung muss flächendeckend ausgeweitet werden.

- c. (10): In unserer Stellungnahme vom 14.08.2013 zum Cannabiskonsum im Rahmen der Anhörung am 22.08.2013 zur CDU-Drucksache 17/71 wurde ausführlich auf psychiatrische Krankheitsbilder eingegangen. Wir weisen nochmals auf den ausgearbeiteten Optimierungsbedarf hin, und zwar insbesondere auf die notwendige Psychoedukation zum Suchtmittelkonsum in Schulen und am Arbeitsplatz, auf das Erkennen einer Suchtproblematik und die Kontaktaufnahme mit einer Suchthilfeeinrichtung sowie auszubauende Schnittstellen zu Suchthilfeeinrichtungen. Bereits auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 wurde beschlossen, dass die Suchterkrankungen in Diagnostik und Therapie anderen psychiatrischen Erkrankungen gleichgestellt werden müssen. Auch der Suchtmittelkonsum im Alter stellt Ärzte und Pflegeeinrichtungen vor hohe Anforderungen. Auch hier muss der Schwerpunkt auf einer Qualifizierung des Personals durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen liegen.
- d. (22): Ziel ist es weiterhin, den Erwerbsbezug in der Rehabilitation zu stärken. 2008 waren etwa 50 % der Rehabilitanden im Suchtbereich zum Zeitpunkt des Antritts der Leistung nicht erwerbstätig. Die Rehabilitanden, die illegale Drogen konsumiert haben, sind im Altersdurchschnitt um die 30 Jahre alt, haben aber in der Regel keinen Schul- und / oder Berufsabschluss. Der zum Teil prekäre Arbeitsmarkt verhindert, dass bspw. Arbeitslose nach einer Rehabilitation integriert werden können. Hier fehlt es immer noch an funktionierenden Vernetzungsmöglichkeiten mit der Agentur für Arbeit / den Job-Centern. Ziel Früherkennung: Versicherte, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, sind durchschnittlich 10,5 Jahre behandlungsbedürftig krank, ehe sie eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Es sollte Ziel sein, diese Personen frühestmöglich in das Suchthilfe-System zu vermitteln. Hier sind insbesondere Hausärzte und Krankenhausärzte gefragt, da sich die Personen in den über 10 Jahren oftmals wegen anderer Erkrankungen oder Begleit- oder Folgeerkrankungen in Behandlung finden, die Suchterkrankung allerdings nicht diagnostiziert wird.

3. Vorschlag zum Vorgehen

- a. (2b): Wie auch bei CTC festgestellt, müssen unterschiedliche Professionen (Polizei, Gesundheitswesen, Schule, Altenhilfe) noch vernetzter und projektbezogener miteinander arbeiten. Den auch in der Vergangenheit immer wieder geforderten Programmen und Maßnahmen zur Prävention sollte zukünftig ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt werden. Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Präventionsarbeit ist die Bereitstellung der hierfür erforderlichen Ressourcen, sowohl in organisatorischer und logistischer, wie auch in personeller, fachlicher und finanzieller Hinsicht. Der Fokus sollte zukünftig auf die Verminderung der Risikofaktoren gerichtet sein: Aufbau der Schutzfaktoren, Kompetenzsteigerung. Ansätze wurden auf nicht-stoffliche Süchte erweitert. Prävention wurde in Schulen und Betrieben etabliert (bei Betrieben auch mit Kooperationsverträgen). Die Etablierung von CMA-Angeboten sowohl im ambulanten, wie auch im stationären Bereich ist hilfreich und unterstützend, allerdings in den letzten Jahren auch

verbunden mit hohem finanziellen Aufwand vom LK ohne steigende Mittel. Ohne diese Angebote nimmt die Desorganisation des Klientel in seinen Wohnräumen zu. Berufliche Integration kann nur mit klaren Kooperationsstrukturen erfolgen, die noch nicht schriftlich vereinbart sind. Suchterkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund haben zugenommen, es fehlt aber an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit eigenem Migrationshintergrund und entsprechenden Sprach- und Kulturkenntnissen. In den letzten Jahren nehmen die Aufnahmen von Suchtkranken in die forensische Psychiatrie zu, ohne dass es dort ein adäquates Angebot gibt.

- b. (2e): Das Land und die KV sollten bei den o. g. Punkten für Abhilfe sorgen, u. a. ist für eine gemeinde- bzw. wohnortnahe Versorgung eine weitere Dezentralisierung erforderlich, außerdem Spezialangebote, z.B. für ältere Patienten mit Suchterkrankungen.
- c. (22): Wir wünschen uns eine bessere Vernetzung mit anderen Sozialleistungsträgern, insbesondere den Krankenkassen und der Agentur für Arbeit / den Job-Centern. Die Einhaltung einer funktionierenden Betreuungskette und die frühzeitige Identifikation und Zuleitung der Betroffenen in die angemessenen Angebote verhindert Chronifizierung und soziale Desintegrationsprozesse durch Krankheit.

AG T4 Allgemein- und Sozialpsychiatrie

1. Blick zurück

- a. (2b): Aufbau gemeindenaher psychiatrischer Versorgungsstrukturen. Weg von der Langzeitbehandlung im Krankenhaus, hin zu Integration vor Ort. An der Enthospitalisierung wurde gearbeitet. Selbstorganisation von Betroffenen und Angehörigen. Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen wurde Thema. Die Privatisierung der ehemaligen Landeskrankenhäuser brachte neue Probleme mit sich.
- b. (2c): In den letzten 20 Jahren hat sich die Anzahl der von SpDi-Mitarbeitern begleiteten Personen nahezu verdoppelt. Was nicht unbedingt heißen muss, dass es mehr psychisch Kranke gibt; eher dürfte die Bereitschaft zugenommen haben, sich Hilfe zu suchen (sei es seitens Betroffener oder Angehöriger). Dabei ist in der Regel von Multimorbidität auszugehen, von einer einfachen oder Doppel-Diagnose betroffene Personen sind eher die Ausnahme.
- c. (2e): Ausbau der ambulanten und teilstationären Behandlungsangebote, des abW nach SGB XII und der TS. Stärkere Differenzierung der Angebote stationärer Behandlung. Anzahl der PSM-Abteilungen und ihre Bettenkapazität hat zugenommen, Spezialangebote für Essstörungen wurden aufgebaut. Es wurden deutliche Erfolge im Hinblick auf eine Verkürzung der Verweildauern im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB und eine Reduktion der Rückfallraten erzielt, insbesondere durch die Einrichtung von forensischen Institutsambulanzen und die Regionalisierung des Maßregelvollzugs. Zum Teilgebiet „Psychiatrie bei Menschen mit Migrationshintergrund siehe die wissenschaftlichen Untersuchungen zur sozialpsychiatrischen Versorgung von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover.⁴ Die besondere Problematik von

⁴ www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de

psychisch erkrankten Menschen mit mentaler Behinderung ist zunehmend in den Blickpunkt gerückt.

- d. (2i): Deutliche Verbesserung in den Bereichen „ambulant vor stationär“, „Prävention“, „Trialog“; Erweiterung von Angeboten (Tageskliniken etc.)
- e. (9c): In den vergangenen 20 Jahren sind erheblich mehr TK-Plätze eingerichtet worden. Die Patienten konnten früher aus der stationären Behandlung entlassen werden und besser auf die Selbständigkeit vorbereitet werden.
- f. (13): Die Situation in Niedersachsen hat sich durch die Veräußerung der ehemaligen Landeskrankenhäuser an private und öffentliche Träger sichtlich verändert. Auch in den „verkauften“ Forensiken wird nun in der Regel gewinnorientiert gearbeitet.
- g. (14a): ambulante Versorgung durch Krankenkassen. Akzeptanz der erkrankten Menschen hat sich verbessert.
- h. (22): Die Rehabilitation im Fachgebiet PSM hat sich erfolgreich etabliert und kann beeindruckende Behandlungsergebnisse vorweisen. Behandlungsmodule wurden entsprechend der Bedarfe konzipiert, eingeführt und evaluiert. In den letzten Jahren gelang es auch, die beruflichen Probleme noch deutlicher in den Behandlungsfokus zu nehmen. Gleichzeitig wurde sich darum bemüht, auch für Patienten mit Migrationshintergrund bessere Rehabilitationsmöglichkeiten zu etablieren, was aber bisher noch nicht flächendeckend gelungen ist.

2. Blick nach vorn

- a. (2b): Die Zahl behandlungsbedürftiger Migranten wird steigen. Die Zahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden Straftaten wird zunehmen. Da diese Straftaten häufig nicht den Stellenwert der „Erheblichkeit“ erreichen, werden diese Patienten nicht die Möglichkeit haben, Zugang zu forensischen Versorgungsstrukturen zu erhalten. Das wird dazu führen, dass es zunehmend Patienten mit psychischen Erkrankungen und delinquenten Verhalten gibt, die sich nicht behandeln lassen wollen und auch Hilfen im Rahmen von niedrigschwelligen Angeboten ablehnen. Dadurch werden zunehmend die Polizei und auch die SpDi belastet. Grundsätzlich gibt es wenig Psychotherapeuten, die mit intellektuell eher schlicht strukturierten Menschen arbeiten wollen oder können, bei intelligenzgeminderten Menschen ist die Situation noch schwieriger.
- b. (2c): Lange bekannt und auch von Dr. Melchinger et al. untersucht ist die Schräglage in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die unsäglichen Wartezeiten und die „bevorzugte Auswahl“ leichter erkrankter Patienten seitens der Psychotherapeuten gegenüber Personen, die wegen ihrer Diagnosen als schwierig zu therapieren gelten, führen weiterhin zu steigenden Fallzahlen bei SpDi. Diese übernehmen die Funktion, „überbrückende Gespräche“ anzubieten, die jedoch kein Therapieersatz sein können.
- c. (2e): Fachaufsicht über die Angebote der ambulanten und stationären Bereich verbessern. Mehr aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere im ländlichen Bereich, Verbesserung der Kooperation mit den SpDi. Es besteht weiterhin eine Wartezeit auf ambulante Psychotherapie von 6-12 Monaten, das ist nicht akzeptabel. Schwer kranke Patienten sind von Psychotherapie weitgehend ausgeschlossen. Eine stärkere Fokussierung der Therapien auf den Arbeitskontext ist

geboten. Wo ist die Grenze zwischen PSY und PSM? Zur Vermeidung einer Forensifizierung bei der Versorgung von komplex gestörten psychisch Kranken sind präventive Maßnahmen zu verstärken. Die Hilfen für Personen mit paraphilen Störungen muss verbessert werden. Dem Gebot der Verhältnismäßigkeit ist bei forensisch-psychiatrischen Maßnahmen verstärkt Geltung zu verschaffen. Schaffung von angemessenen Unterstützungsstrukturen für Menschen mit mentaler Behinderung.

- d. (2i): weitere Verbesserung von „Inklusion“, „Antistigmatisierung“, „Arbeit und Beschäftigung“
- e. (9c): In den kommenden Jahren wird die Einführung des neuen PEPP für die Krankenhäuser die größte Herausforderung sein.
- f. (10): Aktuell sind leider nach wie vor wenig Ärzte forensisch tätig (s. Abb. 1 im Original). In unserem beigefügten Schreiben vom 04.12.2012 haben wir hierzu detailliert Stellung genommen. Die Behandlung von Patienten in der forensischen Psychiatrie stellt zudem auch das nichtärztliche Fachpersonal vor besondere Aufgaben, die ein zusätzliches spezifisches Wissen verlangen. Auch hier sollte das Personal daher durch regelhafte Fachfortbildungen professionell geschult werden, um eine langfristige Versorgung sicherstellen zu können.
- g. (14a): Den negativen Auswirkungen von PEPP entgegenwirken.
- h. (22): Die psychosomatische Rehabilitation deckt auch einen Teilbereich der Akutversorgung ab, da es bisher nicht gelungen ist, die Behandlungskette beginnend mit der ambulanten Krankenbehandlung oder alternativ mit der akutpsychiatrischen Krankenversorgung bis zur stationären psychosomatischen Rehabilitation einzuhalten. Dadurch sind die Reintegrationsergebnisse für Rehabilitanden mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Aufnahme sehr bescheiden, da eine vollständige Wiederherstellung in der sehr kurzen Rehabilitationsphase und vor dem Hintergrund einer begrenzten Therapiedosis nicht geleistet werden kann. Auch der zum Teil prekäre Arbeitsmarkt verhindert, dass bspw. Arbeitslose nach einer Rehabilitation integriert werden können. Hier fehlt es immer noch an funktionierenden Vernetzungsmöglichkeiten mit der Agentur für Arbeit / den Job-Centern.

3. Vorschlag zum Vorgehen

- a. (2b): Bezüglich der Besetzung der SpDi bestehen bei den Fachkräften hohe regionale Unterschiede. Hier ist eine Vereinheitlichung dringend geboten. Entsprechende Richtlinien bezüglich einer dringend notwendigen fachlich-personellen Besetzung sollten von der Landesregierung gegeben werden – zugleich mit finanzieller Unterstützung der Kommunen.
- b. (2e): Das Land Niedersachsen sollte gemeinsam mit den Leistungsträgern, den SpDi und Verbänden aktiv werden, insbesondere im Hinblick auf eine bessere Vernetzung der Hilfen und eine modellhafte Etablierung Gemeindepsychiatrischer Zentren. Das Land, die KV und die Krankenkassen sollten bei den genannten Missständen in der psychotherapeutischen Versorgung Abhilfe schaffen. Niederschwellige Angebote in der Psychotherapie schaffen, mehr Wohnortnähe und bessere Vernetzung mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement. Forensische Präventionsarbeit ist in das Aufgabenspektrum Gemeindepsychiatrischer Zentren zu integrieren. Ambulant aufsuchende Hilfen sollten weiter ausgebaut und mit einer verbesserten Personalausstattung versehen

- werden. Zur Schaffung von angemessenen Unterstützungsstrukturen für Menschen mit mentaler Behinderung sollten SpV, Sozialhilfeträger und die Wohlfahrtsverbände beim Aufbau entsprechender Hilfen zusammenwirken.
- c. (2i): 1. Novellierung NPsychKG: Ergänzungen zu Unterbringungsverfahren: ärztliches Zeugnis im Bereitschaftsfall / PsychKG-pflichtiger Klient muss eigentlich (vorher) in somatische Klinik → Rechtsgrundlage? Cave: Freiheitsberaubung; 2. Evidenter Mangel an Fachärzten für Psychiatrie: attraktive Programme entwickeln!
 - d. (9c): Bezüglich der PEPP-Problematik ist nur eine Zusammenarbeit (runder Tisch) zwischen Ministerium, Kostenträgern und Vertretern der Kliniken zielführend.
 - e. (10): Die Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“ ist bereits seit 01.10.1996 Bestandteil der Weiterbildungsordnung der ÄKN. Mit Inkrafttreten der novellierten Weiterbildungsordnung am 01.05.2005 wurde lediglich die Titulatur in „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ geändert. Die Einrichtung von Akutabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Akutkrankenhäusern ist ein in die Planungen aufzunehmendes Erfordernis, da zunehmend nicht unerhebliche Schnittmengen in der interdisziplinären Versorgung bestehen. Wir halten die Wahrnehmung der „Psychosomatik als eigenständiges Fachgebiet mit der Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und dessen Aufnahme in den LPP für erforderlich!
 - f. (13): flächendeckende Versorgung für schwer kranke psychotische bzw. schizophren erkrankte Menschen mit integrierten Versorgungsangeboten (psychiatrische Grundversorgung, Psychotherapie, Pflege, Sozialarbeit, Krisenzentren), Erweiterung des Indikationskatalogs für die Richtlinien-PT um den Bereich Schizophrenie und psychotische Erkrankungen, Ermöglichung, PPT in entsprechenden IV-Verträgen auch als Case-Manager und Koordinatoren einzusetzen.
 - g. (14a): →SpV; Anbieter, Sozialpolitiker
 - h. (22): Wir wünschen uns eine bessere Vernetzung mit anderen Sozialleistungsträgern, insbesondere den Krankenkassen und der Agentur für Arbeit / den Job-Centern. Die Einhaltung einer funktionierenden Betreuungskette und die frühzeitige Identifikation und Zuleitung der Betroffenen in die angemessenen Angebote verhindert Chronifizierung und soziale Desintegrationsprozesse durch Krankheit.