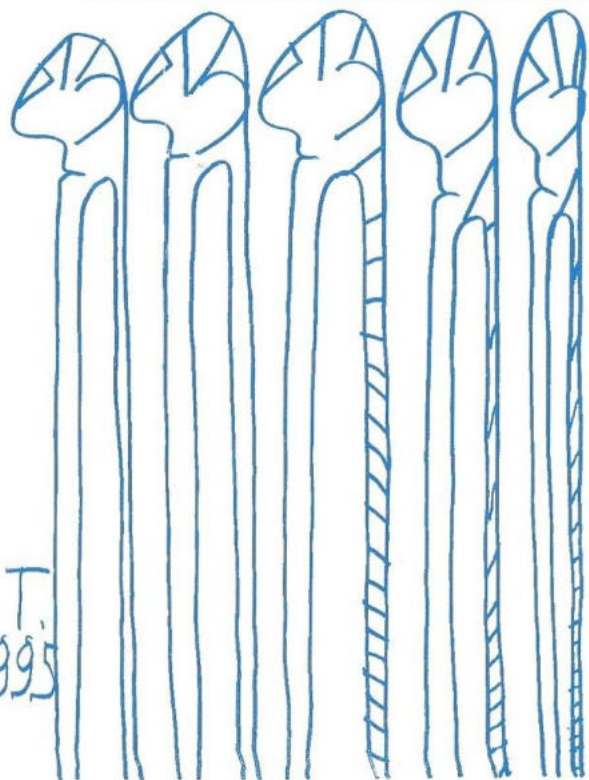


Der niederösterreichische Psychiatrieplan 1995

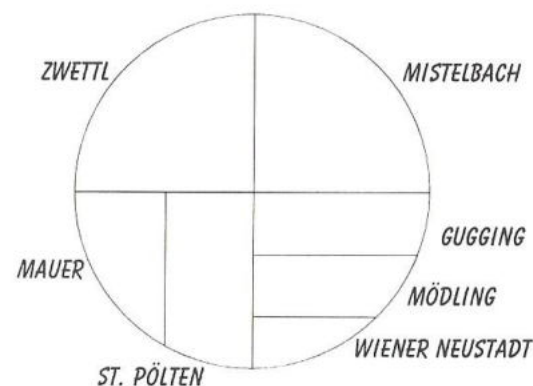


**Ziele
Leitlinien
Grundstruktur
und Umsetzungs-
strategien in
Niederösterreich**

**DER
NIEDERÖSTERREICHISCHE
PSYCHIATRIEPLAN
1995**

DER NIEDERÖSTERREICHISCHE PSYCHIATRIEPLAN 1995

*H. Katschnig
unter Mitarbeit von W. Boissl, G. Eichberger, E. Etzersdorfer,
P. Fischer, R. Fliedl, A. Marksteiner,
E. Tatzer, J. Wancata und J. Windhaber*



NÖ Ψ 95

NÖ Schriften 87 - Wissenschaft

© Amt der NÖ Landesregierung, Landesamtsdirektion

Für den Inhalt verantwortlich: Univ. Prof. Dr. Heinz Katschnig

Redaktion: Dipl. Ing. Michael Stiller (LAD-VI-Öffentlichkeitsarbeit)

Satz: Martin Postl

Titelbild: O. Tschirtner, Menschen, 1995, Haus der Künstler in Gugging

Druck: Gradwohl, 3390 Melk

Erschienen im August 1996

ISBN 3-85006-079-9

Fotos: NÖ Bildstelle (Bernhart, Boltz), z.V.g.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwörter

Abschnitt A:

Ziele, Leitlinien und Grundstruktur

Kapitel 1: Hintergrund und Ziele.....	10
Kapitel 2: Zwölf Leitlinien.....	13
Kapitel 3: Sieben Psychiatrieregionen.....	22

Abschnitt B:

Erwachsenenpsychiatrie - benötigte Dienste und Einrichtungen

Kapitel 4: Das regionale psychiatrische Zentrum.....	28
Kapitel 5: Ambulante und mobile Dienste auf Sektorebene.....	33
Kapitel 6: Komplementäre Dienste und Einrichtungen.....	40

Abschnitt C:

Kinder/Jugendliche, alte Menschen und spezielle Patientenpopulationen

Kapitel 7: Kinder/Jugendpsychiatrie.....	49
Kapitel 8: Gerontopsychiatrie.....	59
Kapitel 9: Spezielle Patientenpopulationen.....	64

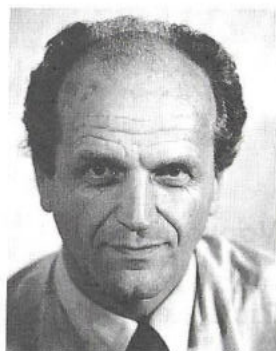
Abschnitt D:

Umsetzungsstrategien

Kapitel 10: Fortführung der Planung.....	72
Kapitel 11: Personalentwicklung.....	76
Kapitel 12: Prioritäten.....	79

Anhang

Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich.....	83
--	----



VORWORT

Der durch das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 1995 vorgelegte Österreichische Krankenanstaltenplan hat heftige Diskussionen ausgelöst. Diese Diskussionen betrafen die vorgesehene Schließung von Krankenanstalten dort, wo zwei oder mehr zu nahe beieinander liegen. Damit ist die generelle Tendenz dieses Planes im Hinblick auf die Krankenanstaltenbetten als **Zentralisierung** zu kennzeichnen.

Der Psychiatrieplan für Niederösterreich hat - wie im übrigen auch der Psychiatrieteil des Österreichischen Krankenanstaltenplanes - die genau umgekehrte Tendenz, nämlich die einer **Dezentralisierung** der stationären psychiatrischen Versorgung. Diese gegenteilige Tendenz hängt damit zusammen, daß die stationäre psychiatrische Versorgung in Österreich, als Erbe einer vor hundert Jahren geplanten und zu Stein gewordenen zentralistischen Psychiatrie, auf wenige Standorte konzentriert ist - in Niederösterreich etwa auf die beiden Standorte Gugging und Mauer - mit entsprechend langen Anfahrtswegen für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Laut Psychiatrieplan soll es für die stationäre psychiatrische Versorgung statt nur zwei Standorten in Zukunft sieben Standorte geben und der Schwerpunkt der psychiatrischen Versorgung "in die Gemeinde" zurückverlegt werden. Es sollen - so die Grundstruktur der Reform - sieben Psychiatrieregionen mit durchschnittlich je 200.000 Einwohnern geschaffen werden, in denen die volle stationäre, teilstationäre, ambulante, mobile und komplementäre psychiatrische Versorgung für die jeweilige Region geleistet werden soll.

Der Nachteil des Österreichischen Krankenanstaltenplanes - wie übrigens auch des "Neurologieplanes-Niederösterreich" - ist, daß es sich um einen verkürzten Ansatz in der Gesundheitsplanung handelt, nämlich um einen Ansatz, der sich lediglich auf den stationären Bereich bezieht und die heute so wichtigen außerstationären Einrichtungen außer acht läßt. Gerade in der Psychiatrie ist aber eine Bettenplanung ohne den außerstationären Bereich nicht denkbar, da viele Patienten durchaus am-

bulant und teilstationär behandelt werden können und in vielen Fällen wegen der Aufrechterhaltung des Alltagsbezuges auf diese Art und Weise auch tatsächlich besser behandelt werden. Im vorliegenden Psychiatrieplan für Niederösterreich ist deshalb um die sieben dezentralen Bettenstandorte eine Palette von teilstationären und anderen außerstationären Diensten und Einrichtungen geplant, die mit dazu beitragen, daß der stationäre Bereich relativ klein sein kann. Die genannten sieben Regionen sollen dabei zum Zwecke der Überschaubarkeit und der Kontinuität der Betreuung jeweils in drei bis vier kleinere Sektoren eingeteilt werden.

Der vorliegende Plan ist als Rahmenplan zu sehen. Er ist das Resultat von Erfahrungen mit Psychiatriereformen im Ausland, von zahlreichen Erhebungen, von Diskussionen innerhalb der Autorengruppe und mit vielen Beteiligten und Betroffenen. Die Umsetzung eines solchen Planes in die Realität ist eine andere Art von Arbeit als das Erstellen eines Planes. Dabei gilt es, eine hohe Flexibilität und Reagibilität zu wahren. Es wird deshalb vorgeschlagen, daß zur Umsetzung des Planes eigene Strukturen geschaffen werden sollen: Ein niederösterreichischer "Psychiatriebeauftragter" und eine "Psychiatrieplanungsagentur", die - gemeinsam mit sieben regionalen "psychosozialen Arbeitsgemeinschaften" - dafür sorgen sollen, daß die hier niedergelegten Planungsziele, den Bedürfnissen der Bevölkerung und den politischen und finanziellen Möglichkeiten entsprechend so zügig wie möglich in die Realität umgesetzt werden.

Wenn der vorliegende Psychiatrieplan für Niederösterreich durch die Schwerpunktsetzung auf außerstationäre Dienste und Einrichtungen eine Ausweitung gegenüber den traditionellen Krankenanstaltenplänen darstellt, so muß sofort auch auf eine Einschränkung verwiesen werden: Allzuschnell werden Überschneidungs- und Randbereiche der Psychiatrie mit anderen Fachgebieten allein der Psychiatrie zugeschrieben. Dazu gehören in erster Linie die Gruppe der geistig Behinderten und die der Suchtkranken sowie forensisch psychiatrische und psychosomatische Patienten. Der vorliegende Psychiatrieplan berücksichtigt diese "Randgruppen" oder - wie man sie auch nennen könnte - "Überschneidungsgruppen" mit benachbarten Fachgebieten nur am Rande. Zum Teil gibt es für diese Patientengruppen bereits eigene Betreuungsinstitutionen - etwa die Lebenshilfe für geistig Behinderte, das Anton Proksch - Institut in Kalksburg für Suchtkranke, die forensisch psychiatrischen Einrichtungen des Justizministeriums für Patienten im Maßnahmenvollzug. Es ist zweckmäßig, die Versorgung dieser speziellen Bereiche unter Bedachtnahme auf den hier vorliegenden Psychiatrieplan von der Psychiatrieplanungsagentur und den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in Kooperation mit den bestehenden Institutionen planen zu lassen.

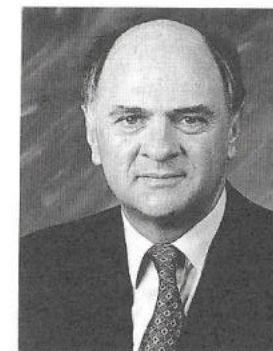
Gerade in Niederösterreich wurden in den vergangenen Jahren bereits wesentliche erste Schritte für eine Psychiatriereform geleistet, die die Strukturen der psychiatrischen Versorgung den neuen effektiven Therapiemöglichkeiten der Psychiatrie entsprechend verändern sollen. Die Schaffung von psychosozialen Diensten, von Tagesstätten und Wohnheimen, die Koordination einer inneren Sektorisierung in den

psychiatrischen Krankenhäusern mit den geographischen Sektoren außen, die Verkleinerung der psychiatrischen Großkrankenhäuser auf die Hälfte ihres Bettenstandes von vor 20 Jahren stellen wichtige, aber noch nicht entscheidende Schritte dafür dar. Eine konsequente Psychiatriereform hat dem Prinzip der "Gemeindenähe" absoluten Vorrang zu geben. Die Schaffung von sieben Psychiatrieregionen anstelle von zwei überdimensionierten Einzugsgebieten der beiden Landesnervenkliniken stellt dabei das Um und Auf dieser Psychiatriereform dar. Wir hoffen, in diesem Plan zeigen zu können, daß diese für eine adäquate psychiatrische Versorgung der niederösterreichischen Bevölkerung unbedingt notwendige Regionalisierung im Endeffekt kostenneutral ist, wenn man sie mit den derzeitigen Kosten von knapp einer Milliarde Schilling pro Jahr für die beiden psychiatrischen Großkrankenhäuser vergleicht. Daß der Weg zurück "in die Gemeinde" nicht einfach ist, wird bei der Lektüre dieses Planes deutlich werden. Allzusehr ist das Gebiet der Psychiatrie in der Öffentlichkeit noch immer mit irrationalen Vorstellungen behaftet, und es wird mit Widerständen gegen Veränderungen - wie sie aus der Organisationssoziologie bekannt sind - zu rechnen sein. Insbesondere die Verkleinerung der beiden Landesnervenkliniken wird Probleme machen, stellen diese doch einen großen lokalen Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor dar. Ohne entsprechende flankierende Maßnahmen in diesem Bereich wird man hier nicht erfolgreich sein.

Wir wünschen uns, daß die Niederösterreichische Landesregierung den Mut, die nötigen Mittel und die Energie aufbringt, den längst überfälligen Schritt zur Humanisierung im Umgang mit psychisch Kranken zu tun.

*Univ.Prof.Dr.Heinz Katschnig
für die Autorengruppe*

Landeshauptmann Dr. Erwin PRÖLL



Eine Gesellschaft wird nicht zuletzt daran gemessen, wie sie mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht. Wir können in Niederösterreich durchaus ein wenig stolz darauf sein, daß wir bereits 1975 als erstes Bundesland mit einer tiefgreifenden und effektiven Psychiatriereform begonnen haben. Einer ihrer Pioniere war der langjährige ärztliche Leiter der Landesnervenklinik Klosterneuburg-Gugging, Primar Hofrat Dr. Alois Marksteiner. Und er hat in einer Geschichte der Niederösterreichischen Psychiatrie einmal festgestellt: "Das Unheimliche am Wahnsinn läßt anscheinend nur zwei Register des Umganges mit ihm zu, die vollständige Verleugnung oder das Überengagement." Unsere Aufgabe ist es, einen Mittelweg zwischen diesen beiden Extremen zu finden und zu gehen. Gerade für Niederösterreich bedeutet das auch, einen begonnenen Weg konsequent fortzusetzen. Wir haben uns dazu in bewährter Weise der Hilfe der Wissenschaft versichert. Das Ergebnis ist der vorliegende NÖ Psychiatrieplan. An uns wird es nunmehr liegen, ihn in die Wirklichkeit umzusetzen. Dazu bedürfen wir der Mithilfe vieler und des Verständnisses möglichst aller Landsleute. Denn eine der wesentlichsten Voraussetzungen für eine menschliche gemeindenähe Psychiatrie ist sicher der Abbau nach wie vor bestehender Vorurteile und Mißverständnisse.

Ich sage Univ.Prof. Dr. Heinz Katschnig sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein aus dem Herzen kommendes Dankeschön für die gewaltige Arbeit, die hinter einem solchen umfassenden Konzept steckt. Und ich verbinde damit das Versprechen, alles in meiner Macht stehende zu tun, um es zügig zu verwirklichen.

Erwin Pröll



Landeshauptmannstellvertreter Liese PROKOP

Der NÖ Psychiatrieplan legt uns die Latte sehr hoch, das kann im Interesse der betroffenen Mitmenschen auch gar nicht anders sein. Ich bin aber überzeugt, daß wir die hier festgeschriebenen Zielsetzungen erreichen können und erreichen werden, weil bereits eine gute Basis vorhanden ist. Denn wir haben in Niederösterreich im Zusammenwirken mit kirchlichen und weltlichen Trägern schon vor zwanzig Jahren begonnen, die Psychiatrie zu dezentralisieren, also die Versorgung dort anzubieten, wo sie gebraucht wird.

Ein Netz von Psychosozialen Diensten, Tagesheimstätten, Wohnheimen, Patientenclubs und Betreuungsstationen in den Pensionisten- und -pflegeheimen des Landes hat es ermöglicht, die Zahl der stationären Patienten in den beiden Landesnervenkliniken seit Mitte der 70er-Jahre von fast 2.500 auf 850 zu reduzieren. Sie wird in absehbarer Zeit weiter sinken, weil die Ausgliederung der schwerst- und mehrfachbehinderten Patienten aus den Nervenkliniken - auch damit haben wir lange, bevor uns das Unterbringungsgesetz in die Pflicht genommen hat, begonnen - zügig voranschreitet.

Die gemeindenahe Psychiatrie, wie sie der vorliegende Plan anpeilt, muß vor allem eine "menschennahe" sein. Im Mittelpunkt aller Überlegungen hat der Mitmensch zu stehen, der unsere besondere Hilfe braucht. Es kommt mir daher vor allem auf eines an - die Ziele des NÖ Psychiatrieplanes in engem Zusammenwirken mit den Betroffenen und ihren Angehörigen zu verwirklichen!

Liese Prokop



Landesrat Traude VOTRUBA

Seit etlichen Jahren laufen intensive Bemühungen, die Betreuung alter und hilfsbedürftiger Menschen in Niederösterreich dort durchzuführen, wo diese ihr bisheriges Leben verbracht haben. Das "Alter in Würde" setzt aber gut funktionierende soziale und sozialmedizinische Betreuungseinrichtungen, Sozialstationen und Sozialzentren voraus, soll eine Alternative zum Alters- oder Pflegeheim geboten werden können. Das Land Niederösterreich hat auf diesem Gebiet gemeinsam mit den Wohlfahrtsorganisationen sehr viel erreicht. Als ein weiteres Beispiel darf ich die Erfolge bei der Integration behinderter Kinder in Kindergärten und Schulen anführen. Noch nicht so weit sind leider die parallel laufenden Bemühungen um eine Dezentralisierung und um gemeindenahe Einrichtungen für die psychiatrische Betreuung gediehen. Die Psychosozialen Dienste wurden zwar in den letzten Jahren stark ausgebaut, auch die Kapazität der sonstigen Einrichtungen wurde in dieser Zeit beträchtlich angehoben. Dennoch wird und muß die Realisierung des NÖ Psychiatrieplans einen großen Sprung nach vorne bringen.

Der nun auch für eine breitere Öffentlichkeit vorliegende NÖ Psychiatrieplan zeigt den Weg auf, den wir gehen müssen. Damit wir ihn gehen können, wird aber auch eine Bewußtseinsbildung stattfinden müssen. Die Integration von psychisch Kranken in das allgemeine Gesundheitssystem und die Verlagerung der Betreuung in gemeindenahe Einrichtungen erfordern, daß sich die Bevölkerung mit diesen Anliegen identifiziert und seine Realisierung unterstützt. Ich erwarte deshalb von dieser Broschüre nicht nur eine Information für die Fachleute, sondern auch einen Anstoß für eine breite öffentliche Diskussion, die dazu führen soll, daß die Bevölkerung die "neue Psychiatrie" voll und ganz mitträgt. Dem Autorenteam um Univ.Prof. Dr. Heinz Katschnig darf ich zur vorliegenden Arbeit gratulieren und der Hoffnung Ausdruck verleihen, daß die Ergebnisse möglichst rasch umgesetzt werden können.

Traude Votruba

**Landesrat
Ewald WAGNER**



Die Realisierung des NÖ Psychiatrieplans wird "niederösterreichische" Trends fortsetzen: Schon seit Jahren forciert das Land gemeinsam mit Wohlfahrtsorganisationen und Vereinen eine gemeindenähe Psychiatrie, wird der Bettenstand der Landesnervenkliniken reduziert. Doch die Konsequenz, mit der auf den folgenden Seiten der "Weg zurück in die Gemeinde" gefordert wird, untermauert mit den Argumenten von Top-Experten, die Klarheit, mit der hier einer Dezentralisierung der Psychiatrie das Wort geredet wird, das alles stellt die Landespolitik vor große Herausforderungen.

Bringt man es auf einen Nenner, wird in diesem Psychiatrieplan nichts anderes verlangt als ein deutliches Mehr an angewandter Humanität. Die Hindernisse, denen wir bei der Realisierung begegnen werden, sind uns auch schon bekannt: Die Scheu vor dem, was "anders" ist, vor dem Umgang mit Menschen, die besondere Bedürfnisse haben und eine besondere Betreuung benötigen, ist nach wie vor groß.

Ein besonderes Problem haben aber auch die Verantwortlichen der NÖ Landesnervenkliniken zu bewältigen, bedeutet doch der Verlust von Patienten auch eine Verkleinerung. Den Kliniken erwachsen aber neue Aufgaben der medizinischen Versorgung, wie sie beispielsweise durch den dringend notwendigen Ausbau der Betreuungsmöglichkeiten für Patienten nach Schlaganfällen gegeben sind. Auch Multiple-Sklerose-Patienten und Apalliker könnten dort verstärkt aufgenommen werden. Auf der anderen Seite wird die Realisierung der leistungsbezogenen Spitalsfinanzierung zweifellos in vielen niederösterreichischen Krankenhäusern die Bettenzahl vermindern. Diese Umstrukturierung bringt die notwendigen Kapazitäten für eine Dezentralisierung der psychiatrischen Betreuung und eine Umsetzung des Plans mit vorhandenem Personal und Platz. Nun ist das Vorhaben, die Psychiatrie bürger- und gemeindenäher zu gestalten, nicht auf eine Begründung mit den Auswirkungen der überfälligen Reform der Spitalsfinanzierung angewiesen. Wenn aber von dieser Seite ein zusätzlicher "Schub" kommt, wäre dies für unser gemeinsames Anliegen nur positiv.

Allen, die an diesem großartigen Wurf mitgearbeitet haben, besonders Univ.Prof. Dr. Heinz Katschnig, möchte ich ein herzliches "Dankeschön" sagen. Das Ergebnis ihrer Arbeit ist für uns ein Auftrag.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Ewald Wagner'.

Abschnitt A

Ziele, Leitlinien und Grundstruktur

HINTERGRUND UND ZIELE

Heute stehen der Psychiatrie eine Vielzahl wirksamer biologischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Behandlungsverfahren zur Verfügung. Wegen struktureller Mängel der psychiatrischen Versorgungssysteme kommen diese wirksamen Behandlungsmethoden in vielen Ländern, auch in Österreich, der Bevölkerung nicht oder nicht in ausreichendem Maße und ausreichender Qualität zugute.

Wichtigstes Ziel des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995 ist es, durch eine Verbesserung der Versorgungsstruktur sicherzustellen, daß der niederösterreichischen Bevölkerung die heute verfügbaren, wissenschaftlich abgesicherten psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen in hohem Maße und guter Qualität nahe am Wohnort zur Verfügung stehen. Damit soll der größtmögliche Behandlungserfolg bei Optimierung der Lebensqualität der Patienten, ihrer Angehörigen und Freunde erzielt wird. Das Prinzip der Gemeindenähe, das sich weltweit gegenüber einer gemeindefernen Krankenhauspsychiatrie durchzusetzen beginnt, steht dabei im Vordergrund.

In Niederösterreich besteht die günstige Situation, daß bei diesen Bemühungen auf schon vor 20 Jahren begonnenen Reformen aufgebaut werden kann, sodaß sich die Vorschläge des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes organisch aus den bisherigen Reformschritten ergeben.

Die Psychiatrie ist eine relativ junge medizinische Disziplin. Nach einer enttäuschten optimistischen Phase im vergangenen Jahrhundert, in der man meinte, Geisteskrankheiten würden sich bald als Gehirnkrankheiten entpuppen und dann behandeln lassen, blieb Psychiatrie bis zur Mitte dieses Jahrhunderts weltweit eine pessimistisch orientierte Verwahreinrichtung.

Erst als in den Fünfzigerjahren die modernen Psychopharmaka entdeckt wurden, kam es zu einem Wandel. Viele psychisch Kranke konnten aus den inzwischen überdimensionierten Anstalten - Bettenzahlen von mehreren tausend waren keine Seltenheit - entlassen werden, waren jedoch dem Streß des Alltags nicht gewachsen und erlitten bald wieder Rückfälle, kamen wieder in die Anstalt, wurden bald wieder entlassen, usw. usf. Es kam zum Phänomen der sogenannten "Drehtürpsychiatrie". Außerdem lebten - durch übereilte Entlassungen - viele Patienten nunmehr unbetreut auf den Straßen.

Versuche, diese Effekte der vorschnellen Entlassung aus dem Krankenhaus zu unterbinden, sind weltweit unter dem Schlagwort "gemeindenähe Psychiatrie" unternommen worden, allerdings mit unterschiedlichem Erfolg. "Gemeindenähe Psychiatrie" bedeutet, daß außerhalb der Anstalten, nahe an dem Ort, an dem die Menschen leben und arbeiten, Betreuungseinrichtungen geschaffen werden. Dazu gehören beispielsweise Kriseninterventionszentren oder Übergangseinrichtungen wie Tageskliniken und Wohnheime, die den Kontakt des Kranken zum Alltag möglichst wenig unterbrechen. In letzter Konsequenz bedeutet "gemeindenähe Psychiatrie", daß auch die für manche Patienten in bestimmten Krankheitsstadien notwendigen Krankenhausbetten "gemeindenah", in der Regel in entsprechenden Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern lokalisiert sein müssen.

In Niederösterreich wurden die ersten Schritte in Richtung einer "gemeindenahen Psychiatrie" seit 1975 vom damaligen Direktor der Landesnervenklinik Gugging, Herrn Hofrat Marksteiner, gesetzt. Er führte für den östlichen Teil Niederösterreichs eine "innere" (d.h. im Krankenhaus) und eine "äußere" (d.h. im Versorgungsgebiet) Sektorsierung durch. Als erstes wurden in Mistelbach ein psychosozialer Dienst, eine Tagesheimstätte sowie ein Wohnheim für psychisch Kranke errichtet. Betten und Personal in der Landesnervenklinik Gugging wurden dem Bezirk Mistelbach zugeordnet. Mistelbach wurde damals von der Weltgesundheitsorganisation zur Modellregion erklärt (Bericht in "Mental Health Services in Pilot Study Areas", WHO, Kopenhagen 1987). Im Laufe der Zeit wurde dieses Modell auf sämtliche Bezirke im Osten Niederösterreichs ausgedehnt, später teilweise auch auf das Einzugsgebiet der Landesnervenklinik Mauer in Westniederösterreich. Dabei war es unvermeidlich, daß es im Sinne eines raschen Vorgehens zu unterschiedlichen administrativen Lösungen kam.

Abgesehen von der allgemeinen Richtung der Reform im Hinblick auf eine Sektorsierung und die Schaffung gemeindenaher Einrichtungen war jedoch kein konkreter Psychiatriepan vorhanden. Darüber hinaus wurde die stationäre Behandlung nicht dezentralisiert, was etwa bedeutet, daß Patienten aus dem Waldviertel, die eine

stationäre psychiatrische Behandlung benötigen, Anreisezeiten von mehreren Stunden nach Mauer bei Amstetten in Kauf nehmen müssen und daß sie von ihren Angehörigen abgeschnitten sind. Ähnliches gilt etwa auch für die Bewohner des Semmerings, die nach Klosterneuburg reisen müssen.

Deshalb wurde die Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien beauftragt, einen Psychiatrieplan für Niederösterreich zu entwickeln. Leitlinie dieses Planes sollte die weitgehende geographische Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung, einschließlich der stationären Versorgung, im Sinne der Gemeindenähe sein. Nach ausführlichen Erhebungen und Abstimmung mit zahlreichen Gruppierungen, die an der psychiatrischen Versorgung beteiligt oder von ihr betroffen sind, liegt dieser Plan nunmehr vor.

2

ZWÖLF LEITLINIEN

Leitlinie 1: Bedürfnisorientierung statt Institutionenorientierung

Leitlinie 2: Gemeindenähe

Leitlinie 3: Regionalisierung und Versorgungsverpflichtung für die Region

Leitlinie 4: Kontinuität der Betreuung

Leitlinie 5: Schwerpunktverlagerung von der stationären auf die teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung

Leitlinie 6: Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheitsversorgung

Leitlinie 7: Subsidiaritätsprinzip - Zusammenspiel zwischen privatem Sektor und öffentlicher Absicherung von privat nicht abgedeckten Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen

Leitlinie 8: Beteiligung aller Betroffenen - der professionellen Helfer, der Angehörigen und der Patienten - am Planungsprozeß

Leitlinie 9: Ressourcenprioritäten - Personal, Transport/Kommunikation, Gebäude

Leitlinie 10: Neues Finanzierungsmodell - regionales Psychiatriebudget

Leitlinie 11: Qualitätssicherungsmaßnahmen

Leitlinie 12: Institutionalisierung der Planung - Psychiatriebauftragter/ Psychiatrieplanungsagentur und psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Leitlinie 1: Bedürfnisorientierung statt Institutionenorientierung

Am derzeitigen psychiatrischen Versorgungssystem wird vielfach kritisiert, daß nicht die Bedürfnisse und Interessen der Betroffenen, sondern die der Institutionen im Vordergrund stehen. Das Auftreten dieser Kritik steht im Zusammenhang damit, daß im Gesundheitsbereich Fragen der "Lebensqualität" zunehmend in den Vordergrund treten und sich bisher benachteiligte Patientengruppen und ihre Angehörigen unüberhörbar bemerkbar machen.

In der Diskussion um die Versorgung psychisch Kranker herrscht allerdings oft Verwirrung, weil die Heterogenität des Phänomens "psychisch krank", die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Patientengruppen und die unterschiedlichen Zuständigkeiten verschiedener Typen von Diensten und Einrichtungen nicht genügend beachtet werden (s. Abb.1, Seite 15).

Vermutlich werden Patienten mit depressiven und Angststörungen durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten vergleichsweise gut versorgt, handelt es sich dabei doch in den meisten Fällen um Patienten, die motiviert sind, sich helfen zu lassen und aktiv Hilfe suchen, und um Störungsbilder, die in einem hohen Prozentsatz eher leicht und vorübergehend sind. Freilich gibt es auch bei diesen Patienten solche, die auf die üblichen Therapien nicht ansprechen und eine chronische Störung entwickeln, eher schwer gestört (etwa selbstmordgefährdet) und nicht oder nicht mehr motiviert sind, sich helfen zu lassen.

Diese Charakteristika - schwer und chronisch krank, sowie wenig motiviert - gelten für einen Großteil von Patienten mit schizophrenen Psychosen, schweren Persönlichkeitsstörungen und Demenzen, für die bisher eine bedürfnisgerechte psychiatrische Versorgung nur in Ansätzen existiert (Abb. 1). Gerade für eine fachlich richtige und menschlich adäquate, also eine bedürfnisgerechte Versorgung dieser Patientengruppe ist es erforderlich, eine entsprechende Planung zu betreiben, was das Hauptziel des vorliegenden Konzeptes ist. Für viele dieser Patienten sind die üblichen medizinischen Hilfestrategien (Krankenhausbett, Ordination) nicht ausreichend. Es müssen vielmehr niederschwellige Dienste und Einrichtungen geschaffen werden, um sie zur Betreuung zu motivieren, Stützpunkte, die sie gerne aufsuchen (wie Clubs oder Tagesstätten), und beschützte Lebensräume (wie Wohngemeinschaften), die gleichzeitig Freiraum gewähren. Viele dieser Patienten bedürfen einer mobilen, nachgehenden Hilfe, die vom traditionellen medizinischen Versorgungssystem nicht geleistet werden kann. Angehörige und Freunde solcher psychisch Kranker benötigen in ihren Bestrebungen, diese Patienten in die existierenden sozialen Beziehungen eingebunden zu halten oder sie wieder einzubinden, Unterstützung. Eine bedürfnisgerechte psychiatrische Versorgung, die auch die schwer und chronisch sowie wenig motivierten Kranken einschließt, muß Strategien verfolgen, die deutlich jenseits der traditionellen Organisationsformen medizinischer Hilfe stehen und eigene Managementansätze zu ihrer Realisierung erfordert.

Schwerpunktmäßige Zuständigkeit verschiedener Dienste und Einrichtungen für verschiedene Typen von Patienten

Motivierter Patient			Nicht motivierter Patient		
	Leicht	Schwer		Leicht	Schwer
	Akut chron.	Akut chron.		Akut chron.	Akut chron.
	✓	✓	Psychiatrisches Krankenhaus Psychiatrische Abteilung	✓	✓
	✓	✓	Praktischer Arzt		
	✓	✓	Niedergelassene Psychiater		
	✓	✓	Niedergelassene Psychotherapeuten		
	✓	✓	Alternativmedizin		
	✓	✓	Krisenintervention Notfalldienst		
	✓	✓	Psychosozialer Dienst Case Manager		
	✓	✓	Gemeindepsychiatrische Einrichtungen		

Leitlinie 2: Gemeindenähe

Während es selbstverständlich ist, daß die Gesundheitsversorgung bei körperlichen Krankheiten nahe am Wohnort geschieht, erfolgt, historisch bedingt, die stationäre psychiatrische Versorgung in großen Zentralanstalten mit großen Einzugsgebieten und weiten Anfahrtswegen für die Betroffenen. Es wird aber zunehmend deutlich, daß auch schwer und chronisch psychisch Kranke das Bedürfnis haben, an den üblichen Lebensabläufen soweit wie möglich teilzunehmen, und das Leben außerhalb psychiatrischer Institutionen dem Leben innerhalb psychiatrischer Institutionen bei weitem vorziehen. Aus diesem Bedürfnis, aber auch um andere Leitlinien einer modernen psychiatrischen Versorgungsplanung zu erfüllen - etwa das der Kontinuität der Betreuung - ergibt sich das Prinzip der "Gemeindenähe".

In vielen Ländern der Welt ist der bis weit in die zweite Hälfte dieses Jahrhunderts hinein praktizierte Ausgliederungsprozeß psychisch Kranker in gemeindeferne psychiatrische Krankenhäuser im Begriff, sich wieder umzukehren. Diese Rückbewegung in die Gemeinde beruht auf einer Änderung der Einstellung zu Randgruppen in der Bevölkerung generell, aber auch auf der Verfügbarkeit moderner biologischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Behandlungsmethoden, die ein Leben in der Gemeinde ermöglichen. Ein Leben in der Gemeinde bedeutet, daß man in sozialen Netzwerken lebt, die dem Leben einen Sinn geben. Die Angehörigen und Freunde der Patienten spielen dabei eine besonders wichtige Rolle. Psychiatrische Dienste und Einrichtungen sollten daher möglichst nahe an dem Ort, an dem Menschen leben und arbeiten, angeboten werden. Um diese Gemeindenähe zu realisieren, ist eine klare geographische Planung notwendig, eine "Regionalisierung" des gesamten Versorgungssystems, eine Unterteilung in kleine autarke Versorgungsgebiete.

Leitlinie 3: Regionalisierung und Versorgungsverpflichtung für die Region

Das Grundkonzept der "Gemeindenähe" läßt sich nur realisieren, wenn die psychiatrische Versorgung in klar definierten kleinen und deshalb überschaubaren Versorgungsregionen erfolgt. Dies hat zu dem Vorschlag einer Einteilung Niederösterreichs in sieben Psychiatrieregionen mit etwa 150.000 bis 300.000 Einwohnern geführt, in denen jeweils alle notwendigen Dienste für die Versorgung von allen, auch schwer psychisch Kranken der eigenen Region angeboten werden müssen. Dabei sollte davon ausgegangen werden, daß die Fahrzeiten möglichst kurz sind, was im ländlichen Bereich naturgemäß Schwierigkeiten bereitet. Ein brauchbarer Kompromiß ist die Erreichbarkeit aller psychiatrischen Diensten und Einrichtungen einer Region innerhalb von 60 Minuten, wobei für manche Dienste und Einrichtungen (z.B. Patientenclubs) dieser Wert deutlich unterschritten werden sollte, damit die Schwelle für eine Inanspruchnahme möglichst niedrig ist. Deshalb soll jede Region wieder in mehrere kleinere "Sektoren" unterteilt werden. Innerhalb jeder der sieben Psychiatrieregionen soll eine Versorgungsverpflichtung bestehen, d.h. Patienten dürfen nicht gegen ihren Willen in eine Einrichtung einer anderen Region verlegt werden.

Leitlinie 4: Kontinuität der Betreuung

Das Prinzip der Regionalisierung des Bundeslandes und der Sektorisierung der Regionen erleichtert eine Kontinuität in der Betreuung, die heute im gesamten System der Gesundheitsversorgung mangelhaft ist. Wegen dieser fehlenden Kontinuität kommt es einerseits zu teuren Doppelgleisigkeiten und andererseits zu massiven Versorgungslücken. Für psychisch Kranke, besonders für chronisch und schwer kranke und wenig motivierte Patienten, ist eine Kontinuität der Betreuung von größter Wichtigkeit. Hier hat sich bewährt, daß sich ein und dasselbe Team kontinuierlich um einen Patienten sorgt und bei Rückfällen wieder zur Verfügung steht. Die Betreuung durch das gleiche Team im stationären, komplementären, ambulanten und semistationären Bereich, ermöglicht auch die konsequente Verfolgung therapeutischer Strategien und schließt das heute oft kritisierte Abschieben von Patienten aus dem ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt aus.

Leitlinie 5: Schwerpunktverlagerung von der stationären auf die teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung

Ein Krankenhausbett ist nur in manchen Stadien einer psychischen Krankheit und auch nur bei manchen psychiatrischen Krankheitsbildern notwendig. Ambulante, mobile, teilstationäre und komplementäre Dienste und Einrichtungen können bei vielen psychisch Kranken über weite Strecken ausreichend Hilfe leisten. Aus diesem Grund ist es wichtig, sicherzustellen, daß ausreichend extramurale Einrichtungen und Dienste vorhanden sind, damit psychisch Kranke nicht aufgrund eines Mangels an diesen Versorgungseinheiten stationär behandelt werden müssen (vgl. dazu § 3 (2) des Unterbringungsgesetzes). Dies hat auch den ökonomischen Vorteil der kostengünstigeren Versorgung außerhalb von Krankenhäusern. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß trotz aller neuen Erkenntnisse der modernen Psychiatrie nicht alle Krankheitsbilder in jeder Krankheitsphase ohne psychiatrisches Krankenhausbett behandelt werden können. Auch bei den unvermeidbaren stationären Aufnahmen ist es aber wichtig, daß die Alltagsbezüge des Patienten in Familie, Beruf und seinem weiteren sozialen Umfeld nicht oder nur so kurz wie nötig unterbrochen werden. Daraus ergibt sich die Forderung nach der Errichtung psychiatrischer Abteilungen an den "gemeindenahen" Allgemeinkrankenhäusern.

Leitlinie 6: Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheitsversorgung

Die Integration der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsversorgung hat im Hinblick auf eine bedürfnisgerechte psychiatrische Versorgung der Bevölkerung mehrere Vorteile. Verstanden wird hier unter einer derartigen Integration Verschiedenes. Zum einen ist es zur Vermeidung der Stigmatisierung wünschenswert, daß psychisch Kranke ihre Versorgungsdienste und Einrichtungen

durch das gleiche "Tor" betreten wie körperlich Kranke. Dies gilt insbesondere für die stationäre psychiatrische Behandlung, für die in diesem Plan vorgesehen ist, daß sie zumindest in fünf Psychiatrieregionen in das Allgemeinkrankenhaus verlagert wird. Dies bedeutet gleichzeitig, daß die dem körperlich Kranken selbstverständlich zustehende gemeindenähe Versorgung auch für psychisch Kranke realisiert wird. Integration in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsversorgung bedeutet aber auch, daß die Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker auf dem gleichen Wege zu erfolgen hat wie die allgemeine medizinische Versorgung. Heute sind psychisch Kranke noch Kranke zweiter Klasse, nicht nur wegen der allgemein üblichen Stigmatisierung, sondern auch wegen ihrer häufigen Aussteuerung aus der Finanzierung durch die Krankenkassen (so wird beispielsweise der stationäre Aufenthalt bei den im Schnitt 1000 stationären psychiatrischen Patienten in Niederösterreich nur bei einem Drittel von den Krankenkassen bezahlt).

Die Integration der stationären psychiatrischen Versorgung in die Allgemeinkrankenhäuser bedeutet aber auch, daß die - bei der weiten Entfernung der psychiatrischen Großkrankenhäuser von den Allgemeinkrankenhäusern heute unterentwickelte - allgemein-medizinische Versorgung psychisch Kranker generell verbessert werden kann. Dies ist ein besonders wichtiger Aspekt der Integration in die allgemeine Gesundheitsversorgung, sind doch bis zu einem Drittel der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern auch körperlich krank. Umgekehrt würde die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinkrankenhäuser auch die psychiatrische Versorgung der vielen Patienten an somatischen Abteilungen, die an diagnostizierbaren psychischen Störungen leiden (bis zu 40 %) verbessern.

Schließlich bedeutet Integration in die allgemeine Gesundheitsversorgung auch, den praktischen Arzt als - besonders im ländlichen Bereich - leicht erreichbare und mit einer niedrigen Schwellenangst verbundene Anlaufstelle verstärkt in die Versorgung psychisch Kranker miteinzubeziehen.

Leitlinie 7: Subsidiaritätsprinzip - Zusammenspiel zwischen privatem Sektor und öffentlicher Absicherung von privat nicht abgedeckten Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen

Der vorliegende Psychiatrieplan geht davon aus, daß möglichst viele Leistungen der Versorgung psychisch Kranker durch den existierenden "privaten Sektor" erbracht werden sollen. In diesem Zusammenhang sind praktische Ärzte, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten wichtiger Bestandteil eines umfassenden psychiatrischen Versorgungssystems. Freilich sind die genannten Praxiseinrichtungen eher in der Lage, motivierte Patienten mit leichten und vorübergehenden Störungen zu betreuen, als schwer und chronisch kranke Patienten, vor allem nicht motivierte psychisch Kranke. Diese finden nicht nur oft den Weg in diese Praxiseinrichtungen nicht, sondern überfordern sie auch. Für diese Patienten müssen öffentlich finanzierte Dienste und Einrichtungen wie Kriseninterventions- und Notfalldienste, psychosoziale Dienste und komplementäre Einrichtungen geschaffen werden.

Leitlinie 8: Beteiligung aller Betroffenen - der professionellen Helfer, der Angehörigen und der Patienten - am Planungsprozeß

In den vergangenen Jahrzehnten sind zunächst die Angehörigen psychisch Kranker, die sich in Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen haben, dann auch die Patienten selbst, die ähnliche Vereinigungen gegründet haben, immer sichtbarer auf den Plan getreten und haben eine Mitbeteiligung an der Planung der psychiatrischen Versorgung gefordert und teilweise auch schon erreicht. Die Beteiligung der Betroffenen ist deshalb wichtig, weil das derzeitige Versorgungssystem aus historischen Gründen die Bedürfnisse der Betroffenen oft nicht genügend berücksichtigt. Angehörige hatten in der Psychiatrie die längste Zeit Nebenrollen, zum Großteil negativ besetzte (Anamneselieferant, Gegenstand genetischer Forschung, Krankheitsverursacher). In neuerer Zeit wurde immer mehr auch die Last gesehen, die die Angehörigen von chronisch psychisch Kranken tragen, insbesondere, wenn Patienten ohne ausreichende Nachbehandlung aus einer stationären Behandlung entlassen werden. Die Angehörigen sind üblicherweise in weiten Bereichen bereit, sich um ihre chronisch kranken Familienmitglieder zu kümmern, sind aber ohne fremde Hilfe in diesen Bemühungen oft überfordert. Es hat sich gezeigt, daß Familienmitglieder psychisch Kranker über einen reichen Erfahrungsschatz im richtigen Umgang mit den Patienten verfügen; dieser Erfahrungsschatz sollte in die Planung miteinbezogen werden. Andererseits hat sich in den letzten Jahren ein zunehmender Trend ergeben, auch die Patienten selbst, die "Psychiatrieerfahrenen", wie sie sich manchenorts nennen, mit in die Diskussion einzubeziehen. Der sogenannte "Trialog", in dem professionelle Helfer, Patienten und Angehörige Erfahrungen über den richtigen Umgang mit psychischen Störungen austauschen, zeugt davon. Auch die Patienten selbst sollen also in den weiteren Planungsprozeß einbezogen werden, genauso wie alle heute so zahlreichen professionellen Gruppen, die an der Betreuung psychisch Kranker mitwirken.

Dieser Psychiatrieplan enthält den Vorschlag, die Planung permanent zu institutionalisieren und neben einem professionellen Psychiatrieplanungsbeauftragten und einer Psychiatrieplanungsagentur auf Landesebene in den einzelnen Psychiatrieregionen "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften" zu etablieren, die der Fokus für die Detailplanung in der jeweiligen Region sein sollten. In diesem lokalen Planungsprozessen sollen alle professionellen Helfer, die Angehörigen psychisch Kranker und die Betroffenen selbst eine Rolle spielen. Dieses Vorgehen wird auch zur Qualitätssicherung beitragen. Entwicklungen in diese Richtung zeichnen sich in Niederösterreich bereits ab (z.B. das "Psychosoziale Gesundheitszentrum" in Mödling).

Leitlinie 9: Ressourcenprioritäten: Personal - Transport/Kommunikationsmittel - Gebäude

Nach den Erkenntnissen der modernen Sozialpsychiatrie sind soziale Beziehungen für die Wiederherstellung der Gesundheit und Funktionsfähigkeit psychisch Kranker von essentieller Bedeutung. Ausreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal und ausreichendes Verständnis für psychisch Kranke auch bei Berufsgruppen, die mit psychisch Kranken indirekt zu tun haben, sind hier von größter Bedeutung. Deshalb kommt der Personalentwicklung für eine moderne gemeindenähe Psychiatrie eine besonders große Bedeutung zu, und Aus-, Weiter- und Fortbildungsfragen sowie Supervision müssen im Vordergrund stehen. Hier bestehen Vorerfahrungen und Aktivitäten an der Wissenschaftlichen Landesakademie in Krems, die genutzt und ausgebaut werden sollten. Die Förderung der Selbsthilfe bei Angehörigen und Betroffenen gehört auch in diesen Bereich, ebenso wie die Schulung häufig mit psychisch Kranken indirekt befaßter Berufsgruppen, wie Gendarmen, Lehrer, u.a. Auch Öffentlichkeitsarbeit im weitesten Sinn, um Menschen für die Anliegen psychisch Kranker zu gewinnen, gehört in diesen Bereich "personeller Ressourcen".

In zweiter Linie sind in einem vorwiegend ländlichen Gebiet Transport- und Kommunikationsressourcen essentiell. Da eine Reihe von Diensten und Einrichtungen in regionalen Zentren erbracht werden müssen, ist es notwendig, auch Transporte von Personen, die diese Zentren nicht selbstständig aufsuchen können, zu organisieren und zu finanzieren (etwa wie beim Schulbussystem). Viel zu wenig werden heute noch Telekommunikationsmittel verwendet, die besonders für Notfälle, für Krisenintervention und für Beratungsgespräche eingesetzt werden könnten.

Erst in dritter Linie sind für eine moderne gemeindenähe Psychiatrie neue bauliche Ressourcen notwendig. In einem Großteil der Fälle kann auf vorhandene Bausubstanz zurückgegriffen werden, die lediglich umgewidmet werden (z.B. Umwidmung von Krankenhausstationen in Wohneinheiten; Nutzung nicht ausgelasteter Bettenkontingente an Allgemeinkrankenhäusern für psychiatrische Abteilungen, etc.).

Leitlinie 10: Neues Finanzierungsmodell - regionales Psychiatriebudget

Das Um und Auf für die Umsetzung der bisher genannten Leitlinien und der im folgenden aufgeführten konkreten Planungsschritte ist die Abschaffung der fragmentierten Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker. Durch dieses fragmentierte Finanzierungssystem gibt es zahlreiche Doppelgleisigkeiten, viele Patienten fallen durch den Rost und die Kontinuität der Betreuung ist nicht möglich, wie alle Erfahrungen im Ausland zeigen (z. B. Hadly & Goldman: Effect of Recent Health and Social Service Policy Reforms on Britain's Mental Health System. British Medical Journal, Vol.311, 9.12.1995, S.1556-1558). Wie schwierig die Entwicklung dieses Ziels auch scheinen mag, es ist vordringlich zu verfolgen. Konkret bedeutet dies, daß alle, die bisher kostenmäßig zur psychiatrischen Versorgung beigetragen haben, in ein gemeinsames regionales Psychiatriebudget einzahlen, das für jede der sieben Psychiatrieregionen autonom geschaffen und lokal verwaltet werden soll.

Leitlinie 11: Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Vermehrung der Typen psychiatrischer Einrichtungen geht mit einem gewissen Verlust an Kontrollierbarkeit einher. Während im stationären Bereich zunehmend Qualitätssicherungsmaßnahmen getroffen werden - wenn auch zunächst überwiegend im Dokumentations- und administrativen Bereich - sind Qualitätssicherungsmaßnahmen im außerstationären Bereich heute noch nicht sehr verbreitet. Eine notwendige Maßnahme ist die Etablierung eines Routinedokumentationssystems, mit dem die Leistungen der bestehenden und noch zu schaffenden Einrichtungen dokumentiert werden und der Patientenfluß evaluiert werden kann. Punktuell sind auch gezielte Forschungsprojekte durchzuführen, mit denen die geplanten und erreichten Ziele der Behandlung evaluiert werden sollen. In diesem Zusammenhang ist die Einführung eines "management"-orientierten Beurteilungssystems von Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen von vordringlicher Wichtigkeit. Ansätze für derartige Systeme sind in Entwicklung, unter anderem an der Tagesklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie.

Leitlinie 12: Institutionalisierung der Planung - Psychiatriebauftragter/ Psychiatrieplanungsagentur und psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Zur Implementierung des Psychiatrieplans wird vorgeschlagen, eine Psychiatrieplanungsagentur mit eigenem Budget und eigenem Personal zu etablieren, die von einem Psychiatriebauftragten geleitet wird. Darüberhinaus sollen in den sieben geplanten Psychiatrieregionen jeweils psychosoziale Arbeitsgemeinschaften für die lokale Planung geschaffen werden.

Zu den Aufgaben des Psychiatriebauftragten und der Psychiatrieplanungsagentur gehört die Schaffung von übergeordneten Rahmenbedingungen und die Koordination der Planung. Im besonderen sollen Finanzierungsmodelle, Vorbereitung von Gesetzesänderungen, die genaue geographische Abgrenzung der Regionen und Sektoren, die Begleitevaluation im Sinne der Qualitätssicherung, Begleitmaßnahmen für die Verkleinerung der beiden Landesnervenkliniken und die Personalentwicklung Gegenstand der Tätigkeit des Psychiatriebauftragten und der Psychiatrieplanungsagentur sein.

SIEBEN PSYCHIATRIEREGIONEN

Niederösterreich soll in folgende sieben autarke Psychiatrieregionen mit je 150.000 bis 300.000 Einwohnern und je einem zentralen Ort eingeteilt werden:

St.Pölten
Mauer
Zwettl
Mistelbach
Gugging
Mödling
Wr.Neustadt

Jeder Niederösterreicher soll das Recht haben, innerhalb der eigenen Region eine psychiatrische Betreuung zu erhalten - Ausnahmen gelten nur für spezialisierte Aufgaben, wenn durch die Spezialisierung die Betreuungsqualität erhöht wird (z.B. im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der forensischen Psychiatrie, im Alkohol- und Drogenbereich).

Jede Psychiatrieregion wird in drei oder vier Sektoren zu 50.000 bis 75.000 Einwohner unterteilt.

Die Regionenbildung erfolgte - nach dem Prinzip der Erreichbarkeit der zentralen Orte innerhalb einer Stunde - in Zusammenarbeit mit der Raumplanungsabteilung der Niederösterreichischen Landesregierung. Die spezielle Detailabgrenzung der Einzugsgebiete ist noch zu erarbeiten.

Bei der Einteilung des Gebietes des Bundeslandes Niederösterreich in Psychiatrieregionen wurde von folgenden praktischen Prämissen ausgegangen:

- 1 Es sollten zentrale Orte definiert werden, die für eine bestimmte Region zuständig sind und mit dem Pkw innerhalb von max. 60 Minuten Fahrzeit erreichbar sind.
- 2 Die durchschnittliche Größe der Einzugsgebiete sollte bei 200.000 (150.000 - 300.000) Einwohnern liegen, damit eine gewisse Überschaubarkeit gegeben ist.
- 3 In diesem ersten Ansatz wurde auf administrative Grenzen keine Rücksicht genommen (die Zuordnung von "Grenzgebieten" muß einer konkreten, die lokalen Bedürfnisse berücksichtigenden Psychiatrieplanung überlassen bleiben).
- 4 Die Standorte der beiden Landesnervenkliniken Gugging und Mauer sind auch als zukünftige zentrale Orte einer ihnen zugeordneten Region zu erhalten.

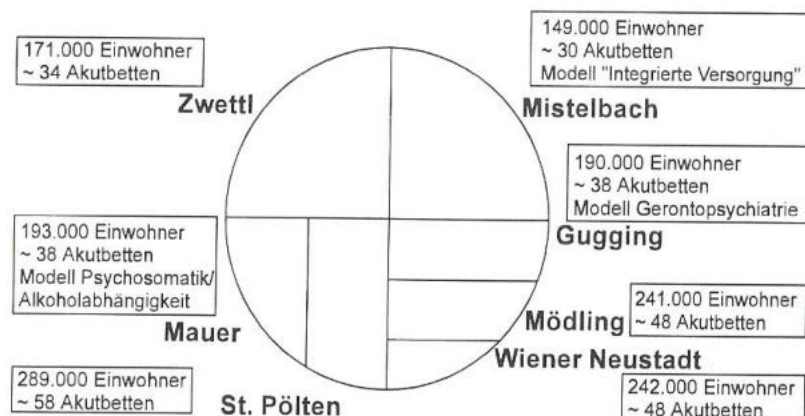
Mit Hilfe der Raumplanungsabteilung der Niederösterreichischen Landesregierung (Dr. W. Schwarz) wurden auf diese Art und Weise sieben Psychiatrieregionen definiert, wobei es nicht zu vermeiden war, daß gewisse kleinere Gebietsanteile außerhalb der 60 Minuten Erreichbarkeit zu liegen kamen.

Diese nach Erreichbarkeitskriterien abgegrenzten sieben Psychiatrieregionen stellen sich wie folgt dar (Volkszählung 1991, s.auch Abb. 2, Seite 24):

Region	Einwohner	Prozent
Mistelbach	148.490	10,1%
Gugging	189.540	12,9%
Mödling	241.335	16,4%
Wr. Neustadt	241.914	16,4%
Zwettl	171.105	11,6%
St. Pölten	288.895	19,6%
Mauer	192.534	13,1%
Niederösterreich	1.473.813	100,0%

Abb. 2

Die sieben Psychiatrieregionen des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995 mit ihren zentralen Orten (Einwohnerzahl nach 1-Stunden-Isochronen), den benötigten Akutbetten und den geplanten speziellen Modellen



Die beiden nördlich der Donau gelegenen Regionen Mistelbach und Zwettl sind wegen der relativ dünnen Besiedlung die bevölkerungsmäßig kleinsten Regionen (ca. 150.000 und 170.000 Einwohner). Da hier aber von dem sozialpsychiatrisch relevanten Parameter der leichten Erreichbarkeit ausgegangen wurde, ist die Abweichung von der angestrebten Größe einer Region mit etwa 200.000 Einwohnern um 25% nach unten als akzeptabel anzusehen. Auf der anderen Seite ist die Psychiatrieregion St. Pölten mit fast 290.000 Einwohnern die größte Region, was mit darauf zurückzuführen ist, daß um die Landeshauptstadt die Verkehrswege besonders gut ausgebaut sind.

Je nach Bevölkerungszahl und geographischen Gegebenheiten sollen die genannten Regionen in drei oder vier Sektoren unterteilt werden. Die exakte Grenzziehung für Regionen und Sektoren muß der Detailplanung vorbehalten bleiben.

Während die psychiatrische Versorgung der Erwachsenenbevölkerung einschließlich alter Menschen nach dem genannten Regionalisierungs- und Sektorsierungsprinzip erfolgt, wird - wegen der geringeren Inzidenz - für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine andere Regionalisierung vorgeschlagen, die im wesentlichen auf einer Zusammenfassung von einzelnen Regionen zu "Großregionen" beruht.

Abschnitt B

Erwachsenenpsychiatrie - die für jede Psychiatrieregion benötigten Dienste und Einrichtungen

Nur ein differenziertes, gegliedertes und umfassendes Angebot an Diensten und Einrichtungen innerhalb einer Region kann alle diagnostischen und therapeutischen Bedürfnisse abdecken. Für akut erkrankte und längere Zeit kranke Patienten, für solche mit leichten und solche mit schweren Erkrankungen, für motivierte und nicht motivierte Patienten sind schwerpunktmäßig jeweils andere Dienste und Einrichtungen notwendig (s. Abb. 1, Seite 15).

Im Unterschied zum Österreichischen Krankenanstaltenplan und zum Niederösterreichischen Neurologieplan beschränkt sich der Niederösterreichische Psychiatrieplan nicht auf die Planung von psychiatrischen Krankenhausbetten. Außer bei relativ kleinen Subgruppen von Patienten und in bestimmten Krankheitsstadien ist nämlich gerade in der Psychiatrie ein Krankenhausbett nicht der ideale Behandlungsort. De facto ist umfangmäßig auch heute bereits der außerstationäre Bereich wesentlich bedeutsamer als der stationäre, da weitaus mehr Patienten bei niedergelassenen Nervenärzten und in den schon vorhandenen Psychosozialen Diensten in ambulanter Behandlung stehen als im stationären Bereich behandelt werden.

Zum Zwecke der Übersichtlichkeit, aber auch einer inneren Logik folgend, werden die notwendigen Dienste und Einrichtungen in drei Kapitel gegliedert: Zunächst wird das sogenannte Regionale Psychiatrische Zentrum beschrieben, das in jedem zentralen Ort der sieben Psychiatrieregionen einzurichten ist und aus psychiatrischen Betten, einer Tagesklinik und einem Notfall-/Kriseninterventionsteam besteht. Logisch nach diesem regionalen Psychiatriezentrum angeordnet, epidemiologisch gesehen aber wichtiger, werden im nächsten Kapitel ambulante und mobile Dienste dargestellt, die ihre Dienste auf der Ebene der psychiatrischen Sektoren anbieten sollen, von denen es pro Region drei oder vier geben soll. In einem letzten Kapitel werden schließlich die sogenannten "komplementären Dienste und Einrichtungen" beschrieben, die an der Grenze zwischen fachlicher Hilfe und alltäglichem Leben angesiedelt sind und wesentliche Unterstützungsfaktoren für die Behandlung vor allem chronisch psychisch Kranker in der Gemeinde darstellen. Der Wohn- und der Arbeitsbereich fallen beispielsweise unter diese Überschrift.

Eine wesentliche Neuerung, für die es derzeit noch keine brauchbaren administrativen und gesetzlichen Strukturen gibt, ist die hier vorgeschlagene gemeinsame Verantwortung von interdisziplinären Teams für mehrere der genannten Einrichtungen. So wird etwa vorgeschlagen, daß Ärzte, gegebenenfalls auch anderes Personal, im Regionalen Psychiatrischen Zentrum sowohl für die stationäre Versorgung als auch für die teilstationäre und für die Notfallpsychiatrie/Krisenintervention zuständig sein und darüber hinaus Sektorteam etabliert werden sollten, die - ähnlich, wie es bereits in der Landesnervenklinik Gugging praktiziert wird - für Patienten eines bestimmten Sektors innerhalb und außerhalb des Krankenhauses zuständig sein sollten und im Idealfall mit den Teams des Psychosozialen Dienstes identisch wären.

Diese Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Typen von Einrichtungen, sowohl für das Personal als auch für die Patienten, bedeutet nicht nur - eine der Leitlinien dieses Psychiatrieplanes - eine verbesserte Kontinuität in der Betreuung für den Patienten und seine Familie, sondern hat auch verschiedene andere Vorteile. Zum einen fördert eine regionale Zuständigkeit für ein bestimmtes, kontinuierlich arbeitendes Team das Kennenlernen des spezifischen Lebenskontextes in dem jeweiligen Sektor, was für das Verständnis von Entstehung und Verlauf psychischer Krankheit wichtig ist. Zum anderen bedeutet eine Zuständigkeit für mehrere Typen von Diensten auch ein wichtiges Moment der Vermeidung eines "Burnout-Syndroms", wie es in der psychiatrischen Versorgung so häufig ist. Es hat sich gezeigt, daß das gleichzeitige Arbeiten in verschiedenen Settings zur Prävention dieses Burnout-Syndroms beitragen kann.

Schließlich ist noch ein für den Patienten essentieller Aspekt der gleichzeitigen Zuständigkeit eines Teams für mehrere Dienste und Einrichtungen zu erwähnen, nämlich der, daß ein "Abschieben" in eine andere Einrichtung, für den Fall, daß sich eine Einrichtung mit einem Patienten überfordert fühlt, erschwert wird. Das Team würde sich einen Patienten ja jeweils selbst zuweisen - vom Krankenhaus in ein ambulantes Therapiesetting oder von einem ambulanten Therapiesetting in das Krankenhaus, aus der Tagesklinik in ein Krankenhausbett oder umgekehrt. Konkrete Modelle für eine derartige multiple Zuständigkeit von Teams für verschiedene Dienste und Einrichtungen, die am besten auch unter einer gemeinsamen Trägerschaft stehen sollten, müssen von der Psychiatrieplanungsagentur gemeinsam mit den jeweiligen lokalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ausgearbeitet werden. Voraussetzung für die Implementierung eines derartigen Modells ist die einheitliche Trägerschaft und ein einheitliches Management für die nicht privat organisierten Dienste und Einrichtungen einer Region (überspitzt könnte man von einer "Kollegialen Führung" für eine Region sprechen, so wie es heute eine Kollegiale Führung für eine Krankenanstalt gibt).

DAS REGIONALE PSYCHIATRISCHE ZENTRUM

Für jeweils eine Region soll am Allgemeinkrankenhaus des zentralen Ortes bzw. in Gugging und Mauer ein regionales psychiatrisches Zentrum errichtet werden. Ein regionales psychiatrisches Zentrum umfaßt

- eine psychiatrische Akutbetten-Abteilung für alle akuten Aufnahmen (30 bis 50 Betten; inkl. UBG)
- eine Tagesklinik (15-20 Plätze) als Übergangseinrichtung zwischen ambulanter/stationärer Versorgung (Krisenintervention) bzw. stationärer/ambulanter Versorgung (Rehabilitation)
- ein rund um die Uhr zur Verfügung stehendes Krisen-/Notfallteam (Psychiater und andere Berufsgruppen), das telefonisch, ambulant und mobil tätig ist
- eine reguläre ambulante Betreuung wird vom regionalen psychiatrischen Zentrum nicht angeboten, wenngleich der psychosoziale Dienst des Sektors, in dem das regionale psychiatrische Zentrum liegt, am Zentrum selbst lokalisiert sein könnte (s. Kapitel 5).

Krankenhausbetten

Krankenhausbetten sind bei den meisten psychiatrischen Krankheitsbildern nur für kurze Zeit erforderlich. Bildlich ausgedrückt könnte man sagen, daß ein Patient dann, wenn er in einem Krankheitsstadium ist, in dem er "zu zerfallen" droht, die Unterstützung eines Bettes benötigt. Ganz klar ist dies bei verschiedenen organisch bedingten psychiatrischen Krankheitsbildern, etwa bei einem Patienten mit einem Delirium tremens, der jedoch nicht in einem psychiatrischen Bett, sondern in einem Intensivstationsbett behandelt werden muß. Psychiatrische Zustandsbilder, mit beispielsweise schwer desorganisiertem Verhalten, deutlicher Agitation oder hoher Selbstmordgefährdung benötigen ebenfalls eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Für die Behandlung derartiger akuter psychiatrischer Krankheitsbilder werden hier regionale psychiatrische Abteilungen vorgeschlagen, wobei hier für alle Personen über 18 Jahre ein Schlüssel von 0,2 Betten je 1000 Einwohnern vorgeschlagen wird. Diese regionalen psychiatrischen Abteilungen sollen also sowohl Erwachsene (19-65 Jahre) psychisch Kranke als auch gerontopsychiatrische Patienten (über 65 Jahre) in derartigen akuten psychiatrischen Krankheitszuständen aufnehmen. Im Hinblick auf Jugendliche sollte eine flexible Politik gewählt werden.

Dieser Schlüssel ergibt sich aus Berechnungen des Bettenbelages an der Landesnervenklinik Gugging. Laut Systemisierungsbescheid der Niederösterreichischen Landesregierung gibt es seit 1.3.1992 in der Landesnervenklinik Gugging 520 psychiatrische Betten (zuzüglich 80 neurologische Betten, die hier außer Betracht bleiben). Im Jahre 1994 waren im Schnitt 481 der systemisierten 520 Betten tatsächlich aufgestellt (92,5%), tatsächlich belegt waren jedoch lediglich 395 Betten (76% der systemisierten Betten und 82% der tatsächlich aufgestellten Betten). Bei näherer Betrachtung der Aufnahmestationen Nord und Süd zeigt sich, daß nur 71% (Nord) bzw. 63% (Süd) der je 67 systemisierten Betten im Jahresdurchschnitt 1994 belegt waren. Dies ist umso bemerkenswerter, als das Einzugsgebiet der Aufnahmestation Süd bevölkerungsmäßig größer ist (1991: 460.611 Einwohner) als das der Aufnahmestation Nord (1991: 394.192 Einwohner). Bezogen auf die Bevölkerung über 15 Jahre ergibt sich im Hinblick auf die tatsächlich belegten Akutbetten eine Rate von 10,6 je 100.000 Einwohner für das nördliche, und eine von 9,1 je 100.000 Einwohner für das südliche Einzugsgebiet.

Die Gründe für diese Diskrepanz sind vermutlich komplex und bedürften zu ihrer Aufklärung einer eigenen Studie. Ein genereller Faktor mag die durchschnittlich größere Entfernung der Landesnervenklinik Gugging von den Wohnorten im südlichen Einzugsgebiet im Vergleich zum nördlichen Einzugsgebiet sein. Ob die Patientenpopulation im Norden durch einen höheren Schweregrad der Erkrankung gekennzeichnet ist oder ob sich die Versorgungslage im Hinblick auf die Betreuung psychisch kranker Personen im Süden durch eine höhere Effizienz im nicht-

psychiatrischen Sektor von der im Norden unterscheidet, kann hier nicht gesagt werden.

Fest steht auf jeden Fall, daß für die psychiatrische Akutversorgung derzeit wesentlich weniger Betten benutzt werden, als allgemein angenommen wird, nämlich nur 0,1 Betten je 1000 Einwohner.

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, daß psychiatrische Patienten heute auch an neurologischen und internen Abteilungen aufgenommen werden, wurde dieser Bettenschlüssel sicherheitshalber verdoppelt, sodaß sich für die regionale psychiatrische Abteilung ein

Bettenschlüssel von 0,2 je 1000 Einwohner

ergibt. Für die sieben Psychiatrieregionen errechnen sich damit die folgenden Bettenzahlen (s. auch Abb.2, Seite 24):

Region	Einwohner	Betten
Mistelbach	148.490	ca.30
Gugging	189.540	ca.38
Mödling	241.335	ca.48
Wr.Neustadt	241.914	ca.48
Zwettl	171.105	ca.34
St.Pölten	288.895	ca.58
Mauer	192.534	ca.38
Niederösterreich	1.473.813	ca.294

In Mistelbach, Mödling, Wr. Neustadt, Zwettl und St.Pölten wären demgemäß psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu errichten, in Gugging und Mauer würde es nur mehr je eine Aufnahmeabteilung mit reduziertem Bettenstand geben.

Geht man von den systemisierten psychiatrischen Akutbetten in den beiden Landesnervenkliniken aus, dann ergibt sich insgesamt eine leichte Erhöhung: 254 derzeit in den Landesnervenkliniken bestehenden Akutbetten stehen 294 geplante Akutbetten in den insgesamt 7 psychiatrischen Regionalabteilungen gegenüber, was einen Nettozuwachs von 40 Akutbetten bedeutet. De facto müßten in Gugging und Mauer 178 Akutbetten eingespart und in 5 Allgemeinkrankenhäusern 218 psychiatrische Akutbetten geschaffen werden. Durch Umschichtungen von unausgelasteten Bettenabteilungen anderer Fächer könnte der Nettozuwachs von tatsächlich neu zu schaffenden Akutbetten vermutlich minimal gehalten werden.

Wie die Erfahrungen an psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (z.B. Kaiser Franz Josef Spital in Wien mit 50 Betten) zeigen, können - bei einem entsprechend ausgebauten System gemeindenaher Dienste und Einrichtungen - auch die wenigen nach dem Unterbringungsgesetz untergebrachten Patienten in derartigen Abteilungen betreut werden (indem etwa in Zusammenarbeit mit den Patientenanwälten ad hoc geschlossene Bereiche - z.B. ein Zimmer - definiert werden).

Das ärztliche Personal derartiger Abteilungen sollte aus betrieblichen Gründen (z.B. Journaldienste) etwa zehn bis zwölf Ärzte umfassen, was für die genannten Bettenzahlen (30-58 Betten) einen zu hohen Schlüssel ergeben würde. Es wird deshalb vorgeschlagen, das ärztliche Personal auch für die Erbringung ambulanter, mobiler und tagesklinischer Versorgungsleistungen einzusetzen, außerdem im Notfalldienst. Dies sollte bei einer neuen Finanzierungsstruktur - einheitliche Träger-schaft und einheitliches Management für die wichtigsten Dienste und Einrichtungen einer Region über die derzeitigen Institutionengrenzen hinweg - möglich sein. Diese Art des Personaleinsatzes gilt im übrigen auch für die anderen Personalgruppen.

Daten zur Entwicklung und zur derzeitigen Situation der stationären psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich finden sich im Anhang.

Tagesklinik

Für Patienten mit einer größeren Autonomiefähigkeit ist nach Erfahrungen im Ausland in einem großen Prozentsatz die "Übergangseinrichtung" Tagesklinik eine wichtige Alternative zu einem vollstationären Aufenthalt. In den USA gibt es beispielsweise Versorgungssysteme, in denen Patienten aus Psychiatrischen Krankenhäusern zum einen in betreute Wohnsituationen, zum andern in tagesklinische Einrichtungen entlassen werden und auf diese Art und Weise eine dem normalen Alltag angeglichene Tagesstruktur aufweisen.

Tageskliniken sind traditionellerweise von Tagesstätten dadurch unterschieden, daß sie stärkere medizinische und therapeutische Komponenten im engeren Sinn aufweisen, während Tagesstätten in erster Linie beschäftigungstherapeutischen Charakter haben. Neben einer rehabilitativen Funktion auf dem Weg zurück aus der Bettenstation in den Alltag, kann eine Tagesklinik auch sinnvoll zur Krisenintervention eingesetzt werden und in vielen Fällen zur Vermeidung einer vollstationären Aufnahme beitragen.

In den Regionalen Psychiatrischen Zentren sollte neben den Betten auch je eine Tagesklinik mit 15-20 Plätzen - je nach Größe der Region - eingerichtet werden. Zwischen der Tagesklinik und der Bettenabteilung sollte ein enger organisatorischer Zusammenhang bestehen. Dieser sollte es einerseits ermöglichen, daß Patienten ohne administrative Schwierigkeiten zwischen beiden Einrichtungen wechseln können, andererseits sollte auch eine weitgehende personelle Identität gegeben sein,

um auch hier das Prinzip der personellen Kontinuität ("unité des soins") verwirklichen zu können. Im Idealfall wäre das therapeutische Team an der Bettenstation identisch mit dem in der Tagesklinik (s. auch den Abschnitt über den psychosozialen Dienst im Kapitel 5). Eine Eigenart von Tageskliniken im ländlichen Bereich ist der relativ große Kostenanteil für den Transport der Betroffenen. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln allein sind derartige Einrichtungen vermutlich nicht adäquat erreichbar.

Psychiatrischer Krisen-/Notfalldienst

Krisen- und Notfalldienste haben eine wichtige sekundärpräventive Funktion, besonders auch im Hinblick auf die Vermeidung einer Hospitalisierung und damit auch auf die Bettenreduktion. Damit psychiatrische Krisen- und Notfalldienste in Anspruch genommen werden können, ist es essentiell, daß sie für die Betroffenen leicht erreichbar sind. Vier derartige Erreichbarkeitskriterien müssen erfüllt werden:

- zeitliche Erreichbarkeit: rund um die Uhr, 7 Tage in der Woche,
- geographische Erreichbarkeit: Anfahrtswege zu einem Krisen-/Notfalldienst bzw. Weg eines mobilen Krisen-/Notfallteams zum Betroffenen müssen möglichst kurz sein
- psychologische Erreichbarkeit: es muß in der spezifischen Art, wie der Dienst angeboten wird, berücksichtigt werden, daß viele Menschen Angst vor der Psychiatrie haben
- finanzielle Erreichbarkeit: Krisen- und Notfallhilfe sollten für die Hilfesuchenden nicht an finanziellen Problemen scheitern.

Das hier vorgeschlagene Modell eines für jeweils eine Psychiatrieregion zuständigen Krisen-/Notfallteams, das am regionalen psychiatrischen Zentrum angesiedelt ist, erfüllt alle genannten Kriterien. Der geographischen, der zeitlichen und der psychologischen Erreichbarkeit dient, besonders im ländlichen Bereich, auch ein rund um die Uhr besetztes Krisen-/Notfalltelefon, das vom Krisen-/Notfallteam betrieben werden sollte und sowohl Patienten, ihren Angehörigen, professionellen Helfern aber auch assoziierten Berufen (z.B. Gendarmerie) in Notsituationen eine rasche erste Beratung anbieten könnte.

AMBULANTE UND MOBILE DIENSTE AUF SEKTOREBENE

In jedem der 3 bis 4 Sektoren innerhalb jeder Region sollten zur Verfügung stehen

- mindestens ein niedergelassener Psychiater mit Kassenvertrag (Ordnationstätigkeit, u.U. Einbindung in eine Rotation für das Krisen-/Notfallteam der Region und in den psychosozialen Dienst des Sektors, Konsiliartätigkeit am lokalen Krankenhaus und in den komplementären Einrichtungen)
- Psychosozialer Dienst - telefonisch, ambulant, mobil
- Niedergelassene Psychotherapeuten
- Niedergelassene Ärzte, vor allem praktische Ärzte, die psychiatrisch geschult sind

Niedergelassene Psychiater

Österreich hat als eines der letzten Länder der Welt im Jahre 1994 durch die Änderung der Ärzteausbildungsordnung getrennte Fachärzte, einen für Psychiatrie und einen für Neurologie, geschaffen. Die meisten der heute tätigen niedergelassenen Fachärzte sind deshalb noch für beide Fachbereiche zuständig. Zwar gab es schon seit 20 Jahren insofern eine "stille" Trennung der Fächer, als die Reihenfolge der Facharztbezeichnung zum Ausdruck brachte, ob man vorwiegend in Neurologie oder vorwiegend in Psychiatrie ausgebildet war (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie: 4 Jahre Neurologie, 1 Jahr Psychiatrie; Facharzt für Psychiatrie und Neurologie: 4 Jahre Psychiatrie und 1 Jahr Neurologie). Gerade in einem ländlichen Versorgungsbereich wie Niederösterreich spielt jedoch diese unterschiedliche Ausbildung in der Praxis keine Rolle, da im Laufe der Zeit genügend praktische Erfahrungen auch mit dem jeweils anderen Gebiet erworben werden, sodaß heute von den meisten niedergelassenen Fachärzten in Niederösterreich sowohl psychiatrische Patienten als auch neurologische Patienten behandelt werden. Eine im Juli 1992 durchgeführte Erhebung (Rücklaufquote 47,6 %) erbrachte einen Anteil von psychiatrischen Patienten bei Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie zwischen 60 % und 98 %, bei Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie zwischen 40 und 65%.

Im Handbuch der Sanitätsberufe werden 1995 37 Fachärzte (15 für Neurologie und Psychiatrie, 22 für Psychiatrie und Neurologie) aufgelistet. Von diesen hatten 28 Paragraph-2-Kassen-Planstellen (jeweils zur Hälfte mit Schwerpunkt Neurologie und Schwerpunkt Psychiatrie).

In dem hier vorgelegten Plan ist vorgesehen, daß in jeder der sieben Psychiatrieregionen drei oder vier Paragraph-2-Kassenstellen für niedergelassene Psychiater - in jedem Sektor eine - vorhanden sein sollen. Die Zahl drei oder vier ergibt sich aus der noch nicht klar festgelegten Zahl der Sektoren pro Psychiatrieregion, die zu einem späteren Zeitpunkt nach lokalen geographischen und demographischen Gegebenheiten von der Psychiatrieplanungsagentur definiert werden soll. Insgesamt ergibt sich damit für Niederösterreich ein Bedarf von 21 bis 28 Stellen für niedergelassene Paragraph-2-Psychiater. Die derzeit vorhandenen Paragraph-2-Kassenstellen sind in der Tabelle aufgelistet.

Niederösterreichische Paragraph-2-Kassen-Planstellen für Fachärzte "Neurologie und Psychiatrie" bzw. "Psychiatrie und Neurologie"

Bezirk/Stadt	Neurologie und Psychiatrie	Psychiatrie und Neurologie
Krems	1	-
St. Pölten	3	1
Wiener Neustadt	2	-
Amstetten	1	1
Baden	1	1
Bruck/Leitha	-	1
Gänserndorf	-	1
Gmünd	1	-
Hollabrunn	1	-
Horn	-	1
Korneuburg	1	-
Lilienfeld	-	1
Melk	-	1
Mistelbach	1	-
Mödling	1	-
Neunkirchen	-	1
Scheibbs	-	1
Tulln	-	1
Waidhofen	1	-
Wien-Umgebung	-	2
Zwettl	-	1
Summe	14	14

Erfahrungen und wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, daß sich die psychiatrische Klientel des niedergelassenen Facharztes zu zwei Drittel bis drei Viertel aus Patienten mit "neurotischen" Störungsbildern - vorwiegend depressiven und Angststörungen - zusammensetzt. In manchen Regionen machen Patienten mit Alkoholproblemen einen relativ großen Anteil aus (z.B. im Weinviertel). Es liegt in der Natur des in einer Einzelpraxis arbeitenden und keine Hausbesuche durchführenden niedergelassenen Facharztes, daß er nicht motivierte Patienten und schwer und chronisch Kranke, bei denen zahlreiche psychosoziale Probleme bestehen, nicht adäquat betreuen kann. Dies betrifft vor allem Patienten mit chronischen Psychosen, deren Betreuung komplexere, auch multiprofessionelle und das soziale Netzwerk einbeziehender Ansätze erfordert, wie sie nur von eigens dafür zuständigen, öffentlich finanzierten Einrichtungen geleistet werden können (psychosozialer Dienst, komplementäre Einrichtungen, Krisen-/Notfallteam). Die Erfahrungen zeigen, daß die Abgrenzung zwischen niedergelassenem Facharzt einerseits, psychosozialen Diensten und komplementären Einrichtungen andererseits relativ unproblematisch ist. Im Speziellen wurde dies auch in einer wissenschaftlichen Untersuchung im Bezirk Mistelbach nachgewiesen.

Im niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995 ist der niedergelassene Psychiater Teil eines gesamten regionalen Betreuungssystems, in dem er, je nach Möglichkeit und Wunsch, auch in anderen Funktionen tätig werden sollte. Beteiligung am regionalen Krisen-/Notfallteam, Konsiliartätigkeit in Allgemeinkrankenhäusern, Mitarbeit im psychosozialen Dienst wären derartige zusätzliche Tätigkeitsfelder. Dabei muß - dies gilt für alle eine Region versorgenden Dienste und Einrichtungen - eine enge Koordination und Kooperation hergestellt werden.

Zum Tätigkeitsspektrum des niedergelassenen Psychiaters ist festzustellen, daß der neuen Ärzteausbildungsordnung für den Facharzt für Psychiatrie entsprechend auch Psychotherapie ein wesentlicher Bestandteil seiner Tätigkeit ist. Bei den raschen und großen Fortschritten, die im pharmakologischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bereich erzielt werden, ist die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen essentiell. Auch die Einbindung in andere Dienste ist unter diesem Aspekt wichtig, da durch Arbeit in einem Team eine indirekte Weiterbildung erfolgt.

Psychosozialer Dienst

Die Einrichtung psychosozialer Dienste in den Einzugsgebieten der beiden Landesnervenkliniken war der erste wichtige Schritt in der vor 20 Jahren eingeleiteten Psychiatriereform in Niederösterreich. Im Einzugsgebiet der Landesnervenklinik Gugging wurde 1977 damit begonnen, jedem politischen Bezirk einen psychosozialen Dienst, personell aus je einem Psychiater und einem Sozialarbeiter zusammengesetzt, zuzuordnen. Die Einrichtung dieser psychosozialen Dienste ging mit einer inneren Sektorisierung der Landesnervenklinik Gugging einher. Die Aufgabe des psychosozialen Dienstes ist es, im Sinne einer "Unité des soins" für eine Kontinuität der Betreuung für chronische und schwerkranke Patienten zu sorgen. Personell war und ist dieser psychosoziale Dienst identisch mit dem Team, das die Patienten in den entsprechenden Sektorbetten in der Landesnervenklinik Gugging versorgt. Zwischen den beiden beteiligten Berufsgruppen gibt es lediglich zeitlich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Der Sozialarbeiter ist überwiegend außerhalb der Klinik tätig, der Psychiater vorwiegend im Krankenhaus. Träger dieser psychosozialen Dienste ist im Einzugsgebiet der Landesnervenklinik Gugging die Abteilung VII/1 der Niederösterreichischen Landesregierung.

Im Westen Niederösterreichs wurden ebenfalls psychosoziale Dienste eingerichtet, jedoch kam es nicht zu der beschriebenen Koordination zwischen einer inneren und äußeren Sektorisierung, sodaß eigene Koordinationssitzungen der Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes mit den Mitarbeitern des Krankenhauses organisiert werden müssen. Träger der psychosozialen Dienste im Einzugsgebiet der Landesnervenklinik Mauer ist die Caritas der Diözese St. Pölten.

Im Jahre 1995 bestanden psychosoziale Dienste an 11 Orten des Einzugsgebietes der Landesnervenklinik Mauer (Amstetten, Gmünd, Horn, Krems, Lilienfeld, Melk,

Scheibbs, St. Pölten, Waidhofen/Thaya, Waidhofen/Ybbs, Zwettl) und an 11 Orten des Einzugsgebietes der Landesnervenklinik Gugging (Baden, Brunn am Gebirge, Bruck an der Leitha, Gänserndorf, Mistelbach, Neunkirchen, Schwechat, Stockerau/Hollabrunn, Tulln, Wien-Umgebung, Wr. Neustadt). Öffnungszeiten und Ausstattung mit Personal sind unterschiedlich, zum Teil bestehen auch Außenstellen in anderen als den genannten Orten. Teilweise finden in den Räumlichkeiten der psychosozialen Dienste auch Drogenberatung und Alkoholberatung, zum Teil durch Personal des Anton-Proksch-Institutes Kalksburg statt.

Im Jahre 1991 wurden von den psychosozialen Diensten des Einzugsgebietes der Landesnervenklinik Mauer 1772 Patienten betreut, wobei insgesamt 360 wöchentliche Sozialarbeiterstunden sowie 41,5 Arztstunden zur Verfügung standen. Im Einzugsgebiet der Landesnervenklinik Gugging wurden 1991 insgesamt 1912 Patienten betreut. Jedem der 11 psychosozialen Dienste stand ein Sozialarbeiter mit 40 Wochenstunden und ein Arzt mit einer wöchentlichen Anwesenheit von sieben Stunden zur Verfügung.

In jedem Sektor, d.h., in jedem der drei oder vier geographischen Untereinheiten einer Psychiatrieregion, sollte ein psychosozialer Dienst tätig sein. Dies ergibt in etwa einen psychosozialen Dienst für 50.000 Einwohner. Personell sollte dieser psychosoziale Dienst mit mindestens 80 Wochenstunden (zwei Personen) nicht-psychiatrischer Berufsgruppen besetzt sein, sowie mit mindestens 40 Psychiater-Wochenstunden (ev. geteilt in zwei Ärzte). Das Team des psychosozialen Dienstes sollte auch am regionalen psychiatrischen Zentrum (Bettenabteilung, Tagesklinik, Krisen-/Notfalldienst) tätig sein ("Unité des soins") und könnte auf Teilzeitbasis auch niedergelassene Psychiater beschäftigen. Entsprechende arbeitsorganisatorische Modelle müßten ausgearbeitet werden.

Das Tätigkeitsspektrum des psychosozialen Dienstes stellt sich folgendermaßen dar:

1. Ambulante und mobile Betreuung von Patienten, die weder von niedergelassenen Psychiatern noch von Psychotherapeuten betreut werden können (vorwiegend Patienten mit chronischen Psychosen und komplizierten psychosozialen Problemen, die oft wenig motiviert sind, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen)
2. Koordination der Betreuung bei Patienten, die einer derartigen Koordination bedürfen (dies entspricht etwa dem Case-Manager-Model im amerikanischen Bereich)
3. Hilfe für das unmittelbare soziale Netz psychisch Kranker, also für Familienangehörige und Freunde, vorwiegend durch Gruppenarbeit und Beratung
4. Kontaktaufnahme mit dem schulischen und dem Arbeitsfeld, in dem ein Patient tätig ist
5. Kooperation mit den niedergelassenen Psychiatern, Psychotherapeuten und praktischen Ärzten: Betreuung von Patienten in Wohngemeinschaften, Wohnheimen, Pensionistenheimen und nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen an den Krankenanstalten der Region

6. Kontaktherstellung mit niedergelassenen Psychiatern, Psychotherapeuten, praktischen Ärzten und anderen niedergelassenen Ärzten des Sektors sowie mit allen Einrichtungen mit "Publikumsverkehr", um über das psychiatrisch-therapeutische Angebot in der Region zu informieren, und entsprechende Öffentlichkeitsarbeit zu leisten.

Jeder psychosoziale Dienst benötigt Räume für eine Beratungsstelle sowie ein entsprechendes Telefonbudget für die gerade im ländlichen Bereich notwendigen telefonischen Beratungen. Er ist aber auch wesentlich, u.a. bei Hausbesuchen, mobil tätig, weshalb hier auch systematisch Fahrtkosten zu veranschlagen sind. Der psychosoziale Dienst des Sektors, in dem das regionale psychiatrische Zentrum liegt, könnte an diesem Zentrum lokalisiert sein.

Niedergelassene Psychotherapeuten

In einem regionalisierten psychiatrischen Versorgungssystem kommt Psychotherapeuten eine wichtige Rolle zu. Durch die Regionalisierung und Sektorisierung und die damit einhergehende Öffentlichkeitsarbeit wird das Bewußtsein für psychische Störungen und ihre Behandelbarkeit geweckt, und es sollte auch ein entsprechendes Therapieangebot vorhanden sein. Auch für niedergelassene Psychotherapeuten gilt, daß es wichtig wäre, daß sie in andere Dienste und Einrichtungen des regionalisierten psychiatrischen Versorgungssystems eingebunden sind, was in manchen Bereichen Niederösterreichs, die abgelegen sind und deshalb für niedergelassene Psychotherapeuten unattraktiver sind als Ballungszentren, eine gewisse finanzielle Absicherung bedeuten, sowie Weiterbildungsmöglichkeiten und Zuweisungswege eröffnen würde. Durch das Psychotherapiegesetz wurde die Ausübung der Psychotherapie auf eine gesetzliche Basis gestellt. In Niederösterreich waren im Dezember 1995 359 Psychotherapeuten in die entsprechende Liste beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz eingetragen (Österreich gesamt: 3730).

Über die Anzahl der benötigten Psychotherapeuten kann, da dieses Gebiet ständig im Fluß ist, hier keine präzise planerische Aussage getroffen werden. Der Niederösterreichische Landesverband für Psychotherapie ist der Ansicht, daß für eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung der niederösterreichischen Bevölkerung 637 vollberuflich tätige niedergelassene Psychotherapeuten notwendig sind.

Praktische Ärzte

Dem Hausarzt kommt wegen seiner "vorgeschobenen Position", seiner langfristigen Kenntnis der Patienten (einschließlich ihrer Familien) und der psychologisch leichten Zugänglichkeit (ihm gegenüber besteht die geringste Schwellenangst aller in diesem Plan genannten Dienste und Einrichtungen) eine wichtige Rolle in der

psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung zu. Leider ist für praktische Ärzte eine psychiatrische Ausbildung bis vor kurzem nicht vorgesehen gewesen (seit einer Novelle der Ausbildungsordnung sind nunmehr zwei Monate Psychiatrie oder zwei Monate Neurologie im Turnus verpflichtend vorgeschrieben). Viele praktische Ärzte haben jedoch im Laufe der Zeit ausreichend Erfahrungen und Geschick im Umgang mit psychisch Kranken erworben. Nach epidemiologischen Untersuchungen leiden bis zu 30% der Patienten niedergelassener Ärzte an therapiebedürftigen psychischen Störungen. Ähnlich wie beim niedergelassenen Psychiater überwiegen neurotische Störungen aus dem Angst- und Depressionsbereich; gerade auf dem Land betreuen aber praktische Ärzte auch häufig Patienten mit chronischen Psychosen und ihre Familien.

Im Hinblick auf die Psychiatrieplanung ist hier der Schwerpunkt auf eine entsprechende Fortbildung zu legen, die innerhalb jeder Psychiatrieregion durch die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft organisiert werden sollte. Ein zweiter Schwerpunkt müßte - je nach Art und Schweregrad der Störung des Patienten - auf der Kooperation mit den niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten einerseits, dem psychosozialen Dienst des jeweiligen Sektors andererseits liegen.

KOMPLEMENTÄRE DIENSTE UND EINRICHTUNGEN

Aufbauend auf vorhandenen Einrichtungen sollten nach Erreichbarkeit und pragmatischen Machbarkeitsaspekten eingerichtet bzw. gefördert werden

- Wohnheime, Wohngemeinschaften, geschützte Wohnplätze (voll betreut, teilbetreut, nicht betreut), Familienpflege
- Arbeitsrehabilitations- und Tagesstrukturierungseinrichtungen
- Patientenclubs
- Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Laienhilfe

Standorte, Anzahl und Bedarf an Betreuungsplätzen und Personal ist - organisch auf die bereits vorhandenen Einrichtungen aufbauend - lokal zu ermitteln - eine teilweise Umwandlung von Krankenhausanteilen der beiden Landesnervenkliniken in komplementäre Einrichtungen ihrer eigenen Region ist denkbar

Der Begriff "komplementäre Dienste" ist einer von vielen möglichen Begriffen, um den Bereich zwischen Therapie und alltagsunterstützenden Maßnahmen zu kennzeichnen, der besonders für chronisch und schwer psychisch Kranke, zumindest für die Rückfallsprophylaxe und das Hintanhalten der Verschlechterung, oft auch für die Verbesserung des Zustandsbildes, selten allerdings bei dieser Gruppe für die Heilung relevant ist. Es geht hier um eine therapeutische Gestaltung des Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereiches, die man auch unter dem Begriff Soziotherapie subsumieren kann. Damit werden nicht nur grundlegende Lebensbedürfnisse mit abgedeckt, sondern durch eine Tagesstrukturierung ein unmittelbarer therapeutischer Effekt erzielt. Wegen ihres explizit therapeutischen Charakters müßten derartige Leistungen zumindest zum Teil von den Krankenkassen bezahlt werden. Kennzeichnend für dieses Gebiet ist eine etwas unübersichtliche Entwicklung - es ist ständig im Fluß, es sind viele private Träger tätig, und es entstehen laufend neue Dienste und Einrichtungen.

Die personelle Ausstattung von komplementären Diensten und Einrichtungen läßt sich hier nur zum Teil definieren, jedoch kann hier auf ausreichende Erfahrungen in verschiedenen Teilen Niederösterreichs, besonders auf die im Bezirk Mistelbach in den letzten 20 Jahren betriebenen Psychiatriereform, zurückgegriffen werden. Diese Detailplanung sollte von der Psychiatrieplanungsagentur gemeinsam mit den lokalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften durchgeführt werden.

Wohnen

Dem Wohnsektor kommt für das intendierte Hauptziel des Niederösterreichischen Psychiatrieplans eine besondere Bedeutung zu, vor allem auch, was die Kosten betrifft. Nach übereinstimmender Ansicht der Fachleute könnten bis zu drei Viertel der derzeit in den beiden Landesnervenkliniken befindlichen Patienten bei Vorhandensein geeigneter Wohnmöglichkeiten entlassen werden. Bei jährlichen Betriebskosten von fast einer Milliarde Schilling kommt man an dieser Einschätzung der Situation durch die Fachleute nicht vorbei (s. Anhang).

Leitlinie bei der Schaffung von Wohnmöglichkeiten für psychisch Kranke muß Diversifikation sein. Für verschiedene Patienten müssen in verschiedenen Stadien ihrer Erkrankung Wohnmöglichkeiten vorhanden sein, die verschieden intensiv "beschützend" sind. In einer kontinuierlichen Reihe lassen sich "Wohnen" im psychiatrischen Krankenhaus, Wohnheime, die intensiver betreut sind, Wohngemeinschaften, die mehr oder weniger intensiv betreut sind, bis zum sogenannten "betreuten Wohnen" in einer eigenen Wohnung und hin zum selbständigen Wohnen allein oder in einer Familie unterscheiden.

In Niederösterreich haben sich in einer relativ "bunten" Art und Weise verschiedene dieser Wohntypen entwickelt. So wurde etwa 1979 in Mistelbach ein Wohnheim für derzeit 13 Patienten eingerichtet, das sich in erster Linie als Übergangswohnheim versteht, 1992 wurde in Schiltern ein "Langzeitwohnheim" mit 55 Wohnplätzen etabliert

(am gleichen Ort besteht ein Arbeitstrainingszentrum, s.u.), in Wr. Neustadt besteht seit 1989 eine Wohngemeinschaft mit fünf Wohnplätzen, in Amstetten zwei Wohngemeinschaften mit elf und sechs Wohnplätzen, in Säusenstein eine solche mit elf Plätzen. In Mistelbach wurden zwei kleine Wohngemeinschaften mit je vier Plätzen geschaffen, im psychosozialen Zentrum Baden eine solche mit neun und in Traismauer eine mit vier Plätzen, schließlich in Krems und St. Andrä-Wördern je eine mit vier Plätzen. In Langenlois gibt es zwei locker betreute Wohngemeinschaften für jeweils vier Teilnehmer des Arbeitstrainingszentrums in Schilten, eine weitere Wohngemeinschaft ist in Schilten selbst lokalisiert. Die Träger dieser Einrichtungen sind recht unterschiedlich (Caritas St. Pölten, Verein "Psychosoziales Zentrum" und andere Vereine).

Extrapoliert man die bei einer Stichtagserhebung am 24. Juni 1992 gewonnene Information - 42 % der Patienten wurden als in eine rund um die Uhr betreute Wohngemeinschaft entlassbar angesehen, 15 % in eine solche, die zeitweise betreut ist, und 20 % als direkt nach Hause entlassbar, und legt man die für Großbritannien geltenden Planungsziele von 40 bis 50 rund um die Uhr betreuten Wohnplätzen für je 250.000 Einwohner, 30 bis 120 Wohnplätzen mit Betreuung tagsüber und schließlich 45 bis 80 Plätze für unbetreutes Wohnen zugrunde, dann ergibt sich für Niederösterreich ein Bedarf für rund um die Uhr betreute Wohnmöglichkeiten von 400 bis 450 und ein weiteres Kontingent von 100 bis 150 teilweise oder nicht betreuten Wohnplätzen, also insgesamt 500 bis 600 Wohnplätze. Diesem theoretischen Bedarf steht derzeit ein Angebot von 174 unterschiedlichen Wohnplätzen gegenüber.

De facto ist der Bedarf, wenn man die zeitliche Realisierung des Psychiatrieplanes in Rechnung stellt - man wird dazu etwa 10 bis 15 Jahre brauchen - vermutlich geringer, da mit zunehmendem Ausbau gemeindenaher regionalisierter Dienste und Einrichtungen die Dauerhospitalisierungen, wie sie jetzt üblich sind, vermieden und durch frühzeitiges Eingreifen Chronifizierungen in ihrer Häufigkeit verringert werden können. Langfristig kann für unterstütztes Wohnen in Niederösterreich mit einem Wohnplatzbedarf von vermutlich 300 bis 400 Wohnplätzen gerechnet werden. Der aktuelle Bedarf ist jeweils lokal durch die psychosozialen-Arbeitsgemeinschaften zu ermitteln und, je nach Gegebenheiten, in die Realität umzusetzen. Gerade auf diesem Gebiet ist eine induktive Planung wichtig. Für die derzeit in den psychiatrischen Krankenhäusern befindlichen chronisch psychisch Kranken könnten durch Umwidmung von Pavillons Wohnmöglichkeiten geschaffen werden, wobei jedoch (ähnlich wie bei den "Förderpflegeheimen" für geistig Behinderte), wie auch bei der Schaffung von Wohnheimen "in der Gemeinde" darauf zu achten ist, daß diese nicht zu groß sind (eine maximale Größe von 20 wäre noch tolerierbar) und in kleinere Wohngruppen eingeteilt werden, damit ein familiärer Charakter gewährleistet ist.

Bei der Schaffung von Wohnmöglichkeiten ist auch daran zu denken, daß es immer einen gewissen Prozentsatz psychisch Kranker geben wird, die nicht leicht "seßhaft" werden können. Für diese Patienten sollten "Obdachlosenunterkünfte" sowie "Notschlafstellen" geschaffen werden, die auch für alle anderen psychisch Kranken in Notsituationen zur Verfügung stehen könnten. Für psychisch kran-

ke alte Patienten sind Wohnmöglichkeiten in Alten- und Pflegeheimen entsprechend zu adaptieren, wobei jedoch darauf geachtet werden sollte, daß diese Patienten möglichst lange in ihrer natürlichen Umgebung bleiben können.

Die Betreuung von Patienten, die in Wohngemeinschaften und Wohnungen leben und eine wenig intensive Betreuung benötigen, sollte durch den psychosozialen Dienst erfolgen. Personalschlüssel für betreute Wohngemeinschaften können hier nicht fixiert werden, da diese je nach Klientel und Schweregrad der Erkrankung unterschiedlich sind. Erfahrungswerte zeigen jedoch, daß bei einem Schlüssel von einem Betreuer auf 3 Wohngemeinschaftspatienten mit einem Bruchteil der Kosten ausgekommen werden kann, wie sie heute in psychiatrischen Krankenhäusern anfallen.

Zum Begriff "Übergangswohnheim" ist anzumerken, daß dieses Konzept nicht zu idealistisch gesehen werden darf. Betreute Wohnmöglichkeiten sind wegen der psychischen Krankheiten inhärenten Behinderungen für viele Patienten eine Lebens- und Überlebensmöglichkeit, bei der sie bleiben müssen, aus der sie also nicht in eine autonomere Situation wechseln können.

Bei der Schaffung von betreuten Wohngemeinschaften ist zu beachten, daß das enge Zusammenleben mit manchen psychisch Kranken eine besonders starke Belastung für die Betreuer darstellt und sich ohne entsprechende Vorkehrungen ein Burnout-Syndrom entwickeln kann. Zu diesen Vorkehrungen gehören eine entsprechend gute Personalausstattung, entsprechende Bezahlung, intensive Supervision und Weiterbildungsmöglichkeiten, sowie, wenn immer möglich, die Durchführung auch eines anderen Typs von therapeutischer Tätigkeit als Betreuung in einem Wohnheim. Es empfiehlt sich, für besonders schwer beeinträchtigte Patienten spezialisierte Wohngemeinschaften mit einer besonders guten personalmäßigen Ausstattung zu schaffen. Im englischen Sprachraum wird in diesem Zusammenhang von "Haven"-Einrichtungen gesprochen.

Hierher zu zählen wäre auch die sogenannte Familienpflege. Das System der Aufnahme von chronisch Kranken in Familien, die dazu bereit sind, ist ein in manchen Teilen Europas schon seit vielen Jahrhunderten gepflegtes Prinzip der Hilfe für psychisch Kranke. Auch in Niederösterreich gab es vor dem 2. Weltkrieg intensive Aktivitäten auf diesem Gebiet. Wie Erfahrungen in der Bundesrepublik Deutschland zeigen, ist es durchaus möglich, chronisch psychisch Kranke, die ansonsten ihr Leben in Anstalten verbringen würden, bei Familien, die entsprechend geschult und unterstützt werden (und für die Betreuung auch eine gewisse Bezahlung erhalten) unterzubringen und ihnen einen familiären und häuslichen Alltagskontext zu bieten.

Arbeit/Tagesstrukturierung

Eine Tagesstrukturierung in Form von Arbeit ist ein wesentlicher Faktor für die Förderung des Wohlbefindens. Arbeit vermittelt eine Zeitstruktur, erzwingt eine Aktivität, erweitert den sozialen Horizont, definiert Status und soziale Identität und bringt die Erfahrung der Notwendigkeit kollektiver Zusammenarbeit. Für schwer und chronisch psychisch Kranken sollen Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden, die alle diese Bedingungen erfüllen. Auch hier gilt, ähnlich wie beim Wohnen, daß eine bunte Palette beschützter Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden muß, die dem jeweiligen Behinderungsgrad eines Patienten, der dauernd oder nur vorübergehend behindert sein kann, entspricht.

Neben einer mehr die Kreativität ansprechenden Beschäftigungstherapie, einer Arbeitstherapie (bei der verkaufbare Produkte geschaffen werden) und Zuverdienstfirmen gibt es die Einrichtung des Arbeitstrainingszentrum, in der man in einer geschützten Art und Weise eine bestimmte berufliche Tätigkeit erlernt, weiters die Institution der geschützten Arbeitsplätze in Form von Werkstätten für Behinderte, Firmen für psychisch Kranke und schließlich Plätze in der freien Wirtschaft. Arbeitsassistentenstrategien sind heute eine wichtige Unterstützung auf dem Weg zur kompetitiven Beschäftigung in der freien Wirtschaft für diejenigen Patienten, die dazu vom Schweregrad ihrer Störung her in der Lage sind. Diese verschiedenen Arbeitsmöglichkeiten vermitteln in unterschiedlicher Weise Therapie und Lebensunterhalt sowie Status und sind in unterschiedlicher Weise mit Freiraum und Belastungen assoziiert.

Die Konzepte von Arbeitstrainingszentren sind vielfach zu optimistisch in dem Sinne angelegt, daß erwartet wird, daß Patienten nach Absolvierung derartiger Kurse in Arbeitstrainingszentren auch auf dem freien Markt unterkommen können. Erfahrungsgemäß gelingt dies nur unter 20 % bis 30 % der Patienten, wobei ein ebenso großer Prozentsatz in geschützte Arbeitsmöglichkeiten kommt, sodaß maximal die Hälfte von Patienten, die Arbeitstrainingsmaßnahmen durchgeführt haben, auch nach der Entlassung über eine Tagesstruktur verfügen, die zumindest arbeitsähnlich ist.

In Niederösterreich gibt es auf dem Gebiet der Tagesstrukturierung durch Arbeit erst sehr wenige Einrichtungen. Das Arbeitstrainingszentrum in Schilten bietet für 20 Patienten ein Arbeitstraining. Eine Arbeitsassistenteneinrichtung mit einer durchschnittlichen Anzahl von 17 in sechs Monaten betreuten Klienten befindet sich in Wolkersdorf und ein sozioökonomisches Beschäftigungsprojekt für zwölf Klienten in Baden.

Neben auf Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit abzielenden Einrichtungen sind hier auch Tagesheimstätten, etwa die in Baden für 22 Klienten, die in Mistelbach für 35 und die in Schilten für 55 Klienten zu erwähnen. Für viele Patienten wird dies eine Lösung für einen langen Zeitraum sein müssen, die jedoch jedem unstrukturierten Alltag gegenüber von vielfachem Vorteil ist.

Der Bedarf an tagesstrukturierenden Arbeits- oder arbeitsähnlichen Möglichkeiten ist im Detail in diesem Plan nicht abzuschätzen. Dies wird eine Aufgabe der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in Zusammenarbeit mit der Psychiatrieplanungsagentur sein. Es ist jedoch für die Integration psychisch Kranker in ein Leben in der Gemeinde äußerst wichtig, die Tagesstrukturierung als ein Mittel, um das Wohlbefinden zu steigern, vermehrt einzusetzen.

Freizeit

Für Patienten, die aufgrund ihrer Störung nicht in eine fixe Tagesstruktur finden, ist die in gewisser Weise vorgeschobene Einrichtung, mit der man diese Patienten noch "bekommen kann", die des Patientenclubs. Patientenclubs gibt es in Niederösterreich in einer relativ großen Zahl mit unterschiedlichen Öffnungszeiten und personeller Ausstattung (Brunn am Gebirge, Gmünd, Krems, St. Pölten, Amstetten, Tulln, Wr. Neustadt, Gänserndorf, Schwechat, Stockerau). Der tatsächliche Bedarf wird sich in einer dynamischen Planung nach Beginn der Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung ergeben.

Zusammenarbeit mit Angehörigen

Gerade bei chronisch und schwer psychisch Kranken besteht die Gefahr, daß die Angehörigen völlig vereinsamen. Es ist deshalb äußerst wichtig, dort, wo psychisch Kranke noch in Familien eingebunden sind, die Familien zu unterstützen, damit sie ihre schwierigen Aufgaben bewältigen können. Weltweit haben sich wegen des Mangels einer derartigen Unterstützung Angehörigen-Selbsthilfe-Vereinigungen gebildet, wobei Österreich mit der Vereinigung "Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter" (HPE), die 1977 gegründet wurde, eines der ersten Länder war, das auf diesem Gebiet aktiv geworden ist. Es sollte heute zum Standard gehören, daß in Einrichtungen in denen psychiatrische Patienten betreut werden auch Angehörigenrunden stattfinden und daß Angehörigen-Selbsthilfe-Aktivitäten von der öffentlichen Hand unterstützt werden. Im Rahmen von HPE gibt es auch in Niederösterreich zahlreiche Selbsthilfegruppen von Angehörigen, die eine wertvolle Unterstützungsarbeit bei der Bewältigung des Problems der psychischen Krankheit leisten.

Laienhilfe

Ein wichtiger Aspekt der Hilfe für chronisch und schwer psychisch Kranke ist die Betreuung durch nicht-professionelle Helfer, durch Laien, die ohne Bezahlung oder für ein geringes Entgelt einen sozialen Kontakt und Unterstützung in Alltagsangelegenheiten anbieten. Das Modell von "pro mente infirmis" in Wien, in dem derartige Laienhelfer geschult werden, könnte auch auf Niederösterreich übertragen werden.

Abschnitt C

Kinder/Jugendliche, alte Menschen und spezielle Patientenpopulationen

Für die folgenden Ausführungen gilt, daß sie im Gegensatz zum Kernbereich der Erwachsenenpsychiatrie, wie er im vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurde, als weniger verbindlich anzusehen sind und mehr den Charakter einer Diskussionsgrundlage haben. Dies vor allem deshalb, weil auf allen hier behandelten speziellen Gebieten, mehr noch als in der Erwachsenenpsychiatrie, die Kooperation mit Bereichen außerhalb der Psychiatrie notwendig ist. Konkrete Pläne sind von der Psychiatrieplanungsagentur in Zusammenarbeit mit diesen außerpsychiatrischen Bereichen unter Berücksichtigung der schon bestehenden einschlägigen Dienste und Einrichtungen zu erstellen. Freilich gelten die in den beiden vorangehenden Abschnitten enthaltenen Ausführungen, insbesondere die zwölf Leitlinien, auch für die hier getrennt behandelten Patientenpopulationen.

Zunächst werden für die durch das Lebensalter abzugrenzenden Population der Kinder und Jugendlichen (bis zum 18. Lebensjahr) einerseits, der alten Menschen (ab dem 65. Lebensjahr) andererseits Planungsüberlegungen angestellt. Dabei wird vom Schema im Abschnitt über die Erwachsenenpsychiatrie insofern abgewichen, als diese speziellen Pläne skizzenhafter gehalten sind und jeweils in die Darstellung des "Ist-Zustandes" und des "Soll-Zustandes" gegliedert sind. Der "Soll-Zustand" ist, wie erwähnt, weniger als Vorschrift denn als Diskussionsgrundlage zu verstehen.

In einem weiteren Kapitel werden Planungsüberlegungen für spezielle Patientenpopulationen, die innerhalb der Psychiatrie randständig bzw. auch Aufgabe anderer Institutionen sind, vorgelegt. Für sie gilt in noch größerem Maße, daß es sich hier lediglich um skizzierte Entwicklungsrichtungen handelt, die erst in Kooperation mit anderen Bereichen konkrete Gestalt annehmen werden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind spezielle Dienste und Einrichtungen notwendig. Kennzeichnend ist eine besonders enge Vernetzung mit der Jugendwohlfahrt, die in der Peripherie tätig ist - Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten dem allgemeinen Netz der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen als qualifiziertes "Hinterland" zur Verfügung stehen.

Für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung werden anstelle von sieben nur vier Regionen vorgeschlagen, nämlich

Mauer
Zwettl
Mistelbach
Hinterbrühl

Stationärer Bereich: Maximal 100 Betten zur Akutversorgung, Krisenintervention, diagnostischen Beobachtung und mittelfristigen Therapie

Ambulanter Bereich: Ambulatorien und Beratungszentren (auch für alkoholranke und drogenabhängige Jugendliche) sowie Erziehungsberatungsstellen

Komplementärer Bereich: Wohngemeinschaften für psychisch kranke Jugendliche, Heime und Wohngemeinschaften der Jugendwohlfahrt

Nichtpsychiatrische medizinische Einrichtungen: Kinderabteilungen für psychosomatisch Kranke, behinderte und somatisch erkrankte, psychisch auffällige Kinder, sowie entsprechende Ambulanzen.

Schwerpunkt auf Aus-, Weiter- und Fortbildung

Der Ist-Zustand der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat ihre Besonderheit in der starken Integration in die allgemeine Jugendwohlfahrt. Dieses enge Verwoben-sein stellt angesichts der altersspezifischen Verquickung von pädagogischen und medizinisch-psychiatrischen Fragestellungen an sich eine günstige Voraussetzung für die Versorgung dar. Freilich gibt es hier noch viele Lücken. Eine weitere Besonderheit ist die enge Beziehung zwischen Psychiatrie und Neurologie, die nicht zuletzt durch den gemeinsamen Additiv-Facharzt für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie dokumentiert wird.

Der stationäre Kernbereich

a) Die Heilpädagogische Station Hinterbrühl

Die Heilpädagogische Station Hinterbrühl- ursprünglich in Mödling eingerichtet - ist die derzeit einzige "stationäre" kinderneuropsychiatrische Einrichtung in Niederösterreich. Sie ist vom rechtlichen Status her ein Heim und damit Teil der Jugendwohlfahrt. Sie nimmt Kinder bis zum Ende der Schulpflicht auf und hat 38 Betten. 1993 wurden in dieser Einrichtung 107 Kinder stationär betreut. Die personelle Ausstattung erscheint suffizient. Derartige stationäre Einrichtungen fehlen in anderen Landesteilen.

b) Die Sozialtherapeutische Abteilung für Jugendliche Hinterbrühl

Die Sozialtherapeutische Abteilung für Jugendliche ist eine Rehabilitationseinrichtung für männliche Jugendliche, erfüllt also nicht den Auftrag einer jugendpsychiatrischen Aufnahmeabteilung. Sie hat 25 Betten. Die personelle Ausstattung liegt zur Zeit noch deutlich unterhalb des für eine solche Rehabilitationseinrichtung erforderlichen Standards.

Ambulante Versorgung

a) Ambulatorien

Die existierenden Ambulatorien haben Krankenanstaltenstatus und befassen sich schwerpunktmäßig mit der Diagnostik und Therapie von behinderten undentwicklungsrückständigen Kindern. Mit den Ambulatorien in Wiener Neustadt, Wien/Märzstraße und der Ambulanz der Heilpädagogischen Station Hinterbrühl ist eine relativ gute flächendeckende Versorgung der südöstlichen Region gegeben. Für den Nordosten erfolgt die Versorgung in den Ambulatorien in Mistelbach, Wien/Strebersdorf und anderen Wiener Einrichtungen. Im westlichen Teil von Niederösterreich sind vor kurzem in St.Pölten und Amstetten Ambulatorien gegründet worden. Ein Versorgungsdefizit besteht im Waldviertel.

b) Niedergelassene Kinder- und Jugendneuropsychiater

In eigener Praxis niedergelassene Kinder- und Jugendneuropsychiater gibt es in Niederösterreich derzeit praktisch nicht. Im Nahbereich von Wien sind die in Wien niedergelassenen Ärzte relativ leicht erreichbar.

Andere Dienste und Einrichtungen

a) Sozialpädagogische Heime

In zehn Kinder- und Jugendheimen stehen insgesamt 572 Betten für Kinder zur Verfügung (Allentsteig, Hinterbrühl, Hollabrunn, Matzen, Pottenstein, Schauboden, Judenau, Sitzendorf, Waidhofen/Ybbs, SOS-Kinderdorf Hinterbrühl), in drei Jugendheimen 172 Betten für Jugendliche (Korneuburg, Hollabrunn und Hochwolkersdorf). In den Heimen der allgemeinen Jugendwohlfahrt ist ein hoher Prozentsatz psychiatrisch hoch auffälliger Kinder und Jugendlicher untergebracht.

b) Sozialpädagogische Wohngemeinschaften

Es gibt insgesamt 51 Betten in vier Wohngemeinschaften (Schwechat, Brunn am Gebirge, Wr. Neustadt, Neunkirchen), zudem Außenwohngruppen der Heime Judenau und Schauboden mit zusammen ca. 75 Betten. Die Betreuungssituation in den Wohngemeinschaften ist sehr unterschiedlich, aber zum Teil besser als in den Heimen - dies auch deshalb, weil es einfacher ist, für eine kleine Gruppe effiziente externe Ressourcen zu mobilisieren. Die Unterbringung Jugendlicher in Wohngemeinschaften ist zu bevorzugen, da sie gemeindenäher ist und dadurch, daß es sich um kleinere Organisationseinheiten handelt, die Betreuung deutlich flexibler ist.

c) Behindertenheime

Es gibt derzeit insgesamt 355 Betten in sieben Heimen (Waidhofen/Ybbs, Hinterbrühl, Wr. Neustadt, Mödling, Loosdorf, Neulengbach und Perchtoldsdorf). Hier ist der Betreuungsstandard sehr unterschiedlich.

d) Erziehungsberatungsstellen

Diese Beratungsstellen sind momentan schwer aufzulisten, da keine eindeutigen Kriterien dafür definiert sind, welche Aufgaben von solchen Einrichtungen erfüllt werden müssen bzw. welche personelle Ausstattung gegeben sein sollte. In Wr. Neustadt, Zwettl, Klosterneuburg und Waidhofen/Thaya gibt es jedenfalls ständig eingerichtete Erziehungsberatungsstellen.

e) Kinder- und jugendpsychologischer Beratungsdienst

Der kinder- und jugendpsychologische Beratungsdienst (KJB) ist ein mobiler Dienst, der seinen Sitz in Wien hat und an allen Jugendabteilungen sowie in den Landesjugendheimen tageweise Beratungen durchführt. Der KJB be-

schäftigt zehn Psychologen, die 1992 insgesamt 551 Beratungstage mit 1326 Beratungen, davon 802 Erstvorstellungen, hatten.

f) Psychotherapeuten

Nach dem Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes kommt es jetzt zu einer vermehrten Niederlassung von Psychotherapeuten. Von den 359 Psychotherapeuten in Niederösterreich nimmt aber nur ein Teil auch Kinder und Jugendliche in Therapie.

g) Schulpsychologischer Dienst

In NÖ sind insgesamt 18 Schulpsychologen tätig. Ihre Aufgabenbereiche sind vor allem Diagnostik (4.870 Erstvorstellungen im Schuljahr 91/92), längerfristige Beratung von Schülern, Eltern und Lehrern, Supervision und Lehrerfortbildung.

h) Sonderkindergärtnerinnen

Zur Unterstützung der Heilpädagogischen- und Integrationsgruppen sind gegenwärtig drei pädagogische Berater und 95 mobile Sonderkindergärtnerinnen eingesetzt.

i) Die Kinderstationen an den öffentlichen Krankenhäusern

Die Kinderabteilungen der öffentlichen Krankenhäuser sind sowohl direkt mit psychosomatischen Fragen beschäftigt als auch mit psychisch auffälligen Kindern, die somatisch erkrankt sind. Außerdem betreuen sie behinderte und chronisch kranke Kinder und deren Familien. Dazu mangelt es an allen Kinderabteilungen jedoch an der notwendigen personellen Ausstattung. Es fehlen ausgebildete Kinder- und Jugendneuropsychiater als Oberärzte sowie Psychologen und andere Therapeuten an den Stationen. Derzeit gibt es sieben derartige Kinderabteilungen, und zwar in Wr. Neustadt, Mödling, Tulln, Zwettl, Krems, Mistelbach und St.Pölten.

j) Kinderärzte

In NÖ gibt es ca. 50 niedergelassene Kinderärzte, die auch ein wichtiger erster Ansprechpartner für neuropsychiatrische Schwierigkeiten bei Kindern sind. Etwa ein Drittel (17) dieser Kinderärzte haben einen Fortbildungskurs für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie besucht. Das hat sich insofern als erfolgreiche Maßnahme herausgestellt, als diese Fachärzte erste Schwierigkeiten abfangen bzw. an die dafür geeigneten Stellen zuweisen können.

Gesamteinschätzung der derzeitigen kinder-, jugendpsychiatrischen Versorgung

a) Der Aspekt der Flächendeckung

Die südöstliche Region Niederösterreichs ist durch die bestehenden Ambulatorien, die Heilpädagogische Station, die Sozialtherapeutische Abteilung für Jugendliche und auch dadurch, daß Wiener Einrichtungen leicht mitbenützt werden können, die relativ bestversorgte Region. So geht etwa aus den Aufnahmedaten der Heilpädagogischen Station Hinterbrühl hervor, daß deren Versorgungsfunktion im südlichen Teil des Bundeslandes am besten erfüllt wird. Vor allem der nordwestliche Teil Niederösterreichs ist in der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung aber ein prekäres Leerfeld.

b) Die inhaltlichen Versorgungsaspekte

Der Schwerpunkt der kinder-, jugendneuropsychiatrischen Versorgung liegt in Niederösterreich im Bereich der Vorschul- und Schulkinder. Mangelhaft ist die Versorgung für Jugendliche. Absolute Leerfelder sind die Versorgung von alkohol- und drogenkranken Jugendlichen sowie die Versorgung von akut psychisch kranken Jugendlichen.

c) Der Aspekt der Verantwortlichkeit für den Patienten

Durch die Fragmentierung des Versorgungssystems besteht die Gefahr, daß Patienten zwischen den nur schlecht verknüpften Knoten des an sich weitgespannten psychosozialen Versorgungsnetzes durchfallen. So gibt es in institutioneller Hinsicht eine vielfache Zuständigkeit (Schule, Jugendamt, Psychiatrie, u.s.w.), die einerseits dazu führt, daß mehrere Versorgungssysteme gleichzeitig einen Klienten betreuen, sich andererseits aber keine dieser Institutionen vollkommen zuständig fühlt und daher auch nicht die ganze Verantwortung für die Betreuung der Patienten übernimmt.

Der Sollplan der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Strukturvorgaben für eine Neuplanung

In der Planung eines Versorgungsnetzes ist es ganz besonders notwendig, klare Zuständigkeiten zu vereinbaren und sie für alle Beteiligten - Patienten, Angehörige und Betreuer - transparent zu machen.

Die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie ist in verschiedenen Ländern in einer unterschiedlichen strukturellen Vernetzung aufgebaut. In Niederösterreich ist sie als integriertes Element der Jugendwohlfahrt entstanden und bis heute dort verblieben. Dies ist aus versorgungstechnischen Überlegungen auch weiterhin relativ günstig. Es ist nicht anzustreben, eine kinder-, jugendpsychiatrische Versorgung zu entwickeln, die neben den Jugendamtsozialarbeitern, dem Schulpsychologischen

Dienst, den Sonderkindergärtnerinnen u.s.w. bis in die Peripherie geht und nachgehende Betreuung oder mobile Dienste anbietet. Vielmehr sollte eine Versorgungshierarchie auf- bzw. ausgebaut werden, in der die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie dem allgemeinen Netz der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen als qualifiziertes Hinterland zur Verfügung steht.

Die für die Erwachsenenpsychiatrie genannten Prinzipien, v.a. das der Regionalisierung, gelten auch hier. Die vorgeschlagenen Regionen für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung können größer sein als die für die Versorgung erwachsener psychisch Kranker. Es werden vier Regionen vorgeschlagen, die den vier Vierteln Niederösterreichs entsprechen, mit den Zentren Zwettl, Mistelbach, Mauer, sowie der Hinterbrühl. Die beiden zuletzt genannten Regionen enthalten zwei (Mauer, St. Pölten) bzw. drei (Wr. Neustadt, Mödling, Gugging) Regionen der Erwachsenenpsychiatrie, was wegen der relativ dichten Besiedlung und guten Verkehrsverbindungen machbar erscheint. Damit würden sich allerdings zwei Regionen mit einer Größe von etwa 500.000-600.000 Einwohnern ergeben (Mauer, Hinterbrühl) und zwei weitere mit einer Größe von unter 200.000 Einwohnern (Zwettl, Mistelbach), die den Regionen der Erwachsenenpsychiatrie entsprechen.

Es ist sinnvoll, innerhalb einer Region eine Gliederung der Versorgung vorzunehmen und eine Versorgungshierarchie mit stationären Einrichtungen, Ambulatorien und Erziehungsberatungsstellen zu konzipieren.

Stationäre Einrichtungen

Aufnahmepflicht für die Region mit stationärer Diagnostik und Therapie sind die patientenbezogenen Aufgaben stationärer Einrichtungen; die Zusammenarbeit mit allen psychosozialen Einrichtungen der Region ist die institutionsbezogene Aufgabe.

Ambulatorien

Die patientenbezogenen Aufgaben sollten die psychologische, psychiatrische und neurologische Diagnostik, das Erstellen von Therapieplänen, Pharmakotherapie und Psychotherapie sein - Beratung nur in besonderen Fällen wie z.B. bei Behinderten. Institutionsbezogene Aufgabe wäre die Kooperation mit den Erziehungsberatungsstellen und den stationären Einrichtungen.

Erziehungsberatungsstellen

Die klientenbezogenen Aufgaben sind psychologische und psychotherapeutische Diagnostik, Erziehungsberatung, Sozialarbeit und Psychotherapie (Familien- und Einzeltherapie). Außerdem müßte in diesen Einrichtungen Krisenintervention bei familiären und schulischen Krisen oder solchen am Arbeitsplatz möglich sein. Die institutionsbezogenen Aufgaben der Erziehungsberatungsstellen sind die Unterstützung der "Peripherie" (Schule, Jugendamt, Kindergarten, Jugendzentren usw.), die Koordination dieser stark fragmentierten Betreuungseinrichtungen und die Zusammenarbeit mit dem regional zuständigen Ambulatorium. Die Erzie-

hungsberatungsstellen wären also primärer Ansprechpartner für Kinder, Jugendliche, Eltern und alle Institutionen, die Kinder und Jugendliche betreuen.

Erziehungsberatungsstellen fallen primär in die Zuständigkeit der Jugendwohlfahrt, sind aber wichtige Schnittstellen zur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie.

Dienste mit Betten

a) Stationärer Kernbereich

In der stationären kinderpsychiatrischen Versorgung kann eine Differenzierung in Akut- und Rehabilitationsbetten nur bedingt getroffen werden, und die Aufenthaltsdauer der Patienten ist - abgesehen von Aufnahmen zur reinen Krisenintervention - weniger von spezifischen Krankheitsbildern und Symptomen abhängig. Sie hängt vielmehr auch davon ab, inwieweit nach einer primär diagnostisch orientierten Beobachtungsphase (vier bis sechs Wochen) eine zumindest mittelfristige Therapiephase (drei bis vier Monate) angeschlossen wird. In der jugendpsychiatrischen Versorgung werden allerdings mit zunehmendem Alter der Betroffenen die Verhältnisse denen in der Erwachsenenpsychiatrie immer ähnlicher. Wir haben es daher, was die stationäre Versorgung betrifft, mit verschwimmenden Grenzen in Richtung psychotherapeutischer Komplementäreinrichtungen einerseits und der Erwachsenenpsychiatrie andererseits zu tun.

Unter dem Gesichtspunkt einer machbaren regionalen Versorgung müßte in Niederösterreich mit etwa insgesamt 100 Betten im Kernbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Akutversorgung, Krisenintervention, diagnostischen Beobachtung und mittelfristigen Therapie das Auslangen finden können. Diese Zahl beruht auf Erfahrungen aus vergleichbaren Regionen in Deutschland, der Schweiz, anderen österreichischen Bundesländern sowie auf der unter regionalen Aspekten aufgearbeiteten Patientenstatistik der Heilpädagogischen Station Hinterbrühl.

Auch bei der Planung der stationären Ebene ist das Moment der institutionellen Vernetzung zu berücksichtigen und ein ausreichender Zusammenhalt zwischen Kinderheilkunde, Psychiatrie und Jugendwohlfahrt abzusichern.

Es erscheint dringend erforderlich, neben den Einrichtungen in der Hinterbrühl eine kinder- und jugendneuropsychiatrische Abteilung im Westen einzurichten. Verkehrstechnisch und regional gesehen würde sich als Standort St. Pölten anbieten, offene Ressourcen wären allerdings in der Landesnervenklinik Mauer nutzbar. Weiters wäre aufgrund der verkehrsmäßigen Erreichbarkeit eine Abteilung im Krankenhaus Zwettl - eventuell mit dem Schwerpunkt Psychosomatik - notwendig. Letztlich wäre es sinnvoll, die ausschließlich auf Jugendliche bezogenen Einrichtungen der Hinterbrühl nach Korneuburg zu

verlegen oder- wenn das nicht möglich ist- in Mistelbach eine entsprechende stationäre Einrichtung zu schaffen.

Daraus würden sich insgesamt vier Standorte für stationäre Einrichtungen ergeben. Diese Stationen oder Abteilungen wären verantwortlicher Kern der jeweiligen Region und müßten, um einander in den verschiedenen fachlichen Schwerpunkten zu ergänzen, intensiv miteinander kooperieren.

b) Wohngemeinschaften für psychisch kranke Jugendliche

Mehrere betreute Wohngemeinschaften für psychisch kranke Jugendliche sind notwendig; als Standorte wären Zwettl, Scheibbs, St. Pölten und Baden denkbar.

c) Heime und Wohngemeinschaften der Jugendwohlfahrt

Heimplätze sind zwar in ausreichender Anzahl vorhanden, sinnvoll wäre aber eine bessere regionale und klientelbezogene Schwerpunktsetzung. Außerdem sollte berücksichtigt werden, daß in Kinder- und Jugendheimen eine sehr betreuungsbedürftige Klientel untergebracht ist und daher auch dort vermehrt psychotherapeutische Ressourcen geschaffen werden müssen. Die Planung dieses Bereiches ist primär Aufgabe der Jugendwohlfahrt.

d) Kinderabteilungen

Die Verbesserung der Versorgung von psychosomatisch kranken, behinderten und somatisch erkrankten psychisch auffälligen Kindern durch verstärkte kinderneuropsychiatrische Ressourcen (z.B. einen kinderneuropsychiatrischen Oberarzt oder Konsiliararzt) und psychotherapeutische Ressourcen an der Station wäre dringend erforderlich.

Ambulante Dienste

a) Ambulatorien

Der Ausbau der bereits bestehenden und die Errichtung neuer Ambulatorien (etwa in Zwettl) erscheinen notwendig. Allerdings müßte der derzeitige mehr neurologische Schwerpunkt durch einen psychiatrischen ergänzt werden. Diese Einrichtungen wären dann auch als Konsiliareinrichtungen für Jugendämter und Heime nutzbar.

Erforderlich wäre zudem der Aufbau von jugendpsychiatrischen Beratungszentren als Außenstellen entsprechender stationärer Einrichtungen (Standort Hinterbrühl oder Korneuburg oder Mauer) bzw. als Teil der bestehenden Ambulatorien.

Die Einrichtung eines Beratungszentrums für alkoholranke und drogenabhängige Jugendliche (Standort Wr. Neustadt oder Neunkirchen) wäre ebenfalls notwendig, ebenso eine forensische Begutachtungsstelle (Reife-, Pflegschafts-Mißhandlungs- und Glaubwürdigkeitsgutachten).

b) Erziehungsberatungsstellen

Erziehungsberatungsstellen wären auf der Ebene jeder Bezirkshauptmannschaft zu errichten. Ihre Ausstattung ist nach der Anzahl der Einwohner zu dimensionieren.

c) Ambulanzen der Kinderabteilungen

Die Einrichtung von neuropädiatrischen und psychosomatischen Ambulanzen an den Kinderabteilungen, die sowohl diagnostisch als auch betreuend wirksam sein können, wäre notwendig.

Mobile Dienste

Dieser Bereich wird traditionellerweise von den Sozialarbeitern der Jugendabteilungen und Sozialämter, von mobilen Kindergärtnerinnen und - eine mobile Frühförderung ist im Entstehen - anderen Organisationen der Jugendwohlfahrt abgedeckt. Es müßte daher von Seiten der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie nur eine ausreichende fachliche Unterstützung in speziellen Fragen garantiert werden.

Telefondienste

Im ländlichen Bereich ist eine telefonische Beratung und Krisenintervention angesichts der großen Entfernungen von hoher Wichtigkeit. Es muß daher in allen Einrichtungen eine leichte telefonische Erreichbarkeit und auch eine aktive telefonische Kontaktaufnahme möglich sein. In den stationären Einrichtungen muß eine telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr bestehen.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

a) Kinder- und Jugendneuropsychiater

In Niederösterreich gibt es keine Ausbildungsplätze für die Zusatzfacharztausbildung. Wenn man im medizinischen Bereich eine qualifizierte Versorgung erreichen will, ist es aber natürlich notwendig, Personen, die diese Qualifikation anstreben, auch entsprechend auszubilden. Ausbildungsplätze für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie sind daher an der Heilpädagogischen Station Hinterbrühl

und an den dafür geeigneten Ambulatorien zu schaffen, die allerdings alle Krankenanstaltenstatus haben müßten.

b) Fortbildungskurse für Kinderärzte und andere Ärzte

Für Kinderärzte wurde von der Ärztekammer bereits ein zweijähriger Kurs über Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in der Hinterbrühl durchgeführt. Diese Form der Fortbildung erwies sich als sehr nützlich, da dadurch sowohl die periphere Versorgung als auch die Qualifikation der Kinderärzte als Zuweiser verbessert wurden. Weitere Veranstaltungen dieser Art wären begrüßenswert, und zwar nicht zuletzt auch für praktische Ärzte, die im Bereich der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie wichtige "screening agents" sind. Schulärzte und Ärzte in Mutterberatungsstellen sollten entsprechend weitergebildet werden.

c) Andere Berufsgruppen

Angesichts der Forderung nach Interdisziplinarität in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie muß auch für alle anderen Berufsgruppen eine entsprechende Weiterbildung organisiert werden. Besonders zu erwähnen sind hier Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, Pflegepersonal, Sonderkindergärtnerinnen und alle Lehrer mit Sonderausbildung, wie z.B. Beratungslehrer.

8

GERONTOPSYCHIATRIE

Stationäre Dienste: Betten des regionalen psychiatrischen Zentrums für die Akutversorgung, Konsiliarversorgung von gerontopsychiatrischen Patienten in den Landespensionisten- und Pflegeheimen.

Ambulante Dienste: "Assessment-Units" am regionalen psychiatrischen Zentrum, praktische Ärzte mit entsprechender Ausbildung, gerontopsychiatrische Tagesstätten am regionalen psychiatrischen Zentrum.

Mobile Dienste: Tragendes Grundprinzip - Ausbau der mobilen Dienste durch Pflegepersonal, damit der Patient möglichst lange in seiner gewohnten Umgebung bleiben kann. Dies bedeutet einen hohen Weiterbildungsbedarf.

Der Ist-Zustand der Gerontopsychiatrischen Versorgung

In Niederösterreich gibt es, so wie in den meisten anderen Bundesländern Österreichs, zur Zeit keine explizite gerontopsychiatrische Versorgung. Im folgenden ist zusammenfassend geschildert, wo sich diese Patienten heute befinden bzw. wie sie betreut werden.

Stationäre psychiatrische Versorgung

Am 24.6.1992 waren in Niederösterreich in den beiden Landesnervenkliniken 302 Patienten im Alter von 65 und mehr Jahren aufgenommen. Dies entspricht einer Prävalenz von 0,26 je 1000 Einwohner. Die beiden Landesnervenkliniken verfügen jeweils über eine von einem Internisten geleitete geriatrisch-interne Abteilung. Die geriatrisch-interne Abteilung der Landesnervenklinik Gugging verfügt über zwei Stationen mit je 41 Betten, auf denen sowohl "Akut-Geriatrie" und "Pflege-Geriatrie" stattfindet. In der Landesnervenklinik Mauer verfügt die geriatrisch-interne Abteilung über 30 Betten "Geriatrie" und 30 Betten "Infektion". Tatsächlich sind zahlreiche gerontopsychiatrische Patienten in Pensionistenheimen und Pflegeheimen des Landes oder privater Träger mit zur Zeit geringer oder fehlender psychiatrischer Versorgung aufgenommen.

Nichtpsychiatrische medizinische Einrichtungen

Auch zahlreiche Patienten von internen und neurologischen Krankenanstalten sind in erster Linie gerontopsychiatrisch erkrankt (insbesondere Demenzerkrankungen). Aufgrund nationaler und internationaler Erfahrungen kann aus der Zahl interner Krankenhaus-Aufnahmen im Land Niederösterreich gefolgert werden, daß im Jahr 1991 etwa 6700 Aufnahmen auf interne Krankenhausbetten ausschließlich gerontopsychiatrisch bedingt waren. Über gerontopsychiatrisch bedingte Aufnahmen auf neurologischen Stationen liegen keine Zahlen vor.

Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten wird überwiegend durch niedergelassene Ärzte geleistet. Die ambulanten Einrichtungen des Psychosozialen Dienstes stehen gerontopsychiatrischen Patienten von der derzeitigen Grundkonzeption her nicht zur Verfügung und werden von diesen Patienten auch wenig in Anspruch genommen. Die große Last der ambulanten Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten liegt bei den dafür nicht ausgebildeten praktischen Ärzten Niederösterreichs. Zur Veranschaulichung des Problems sei angeführt, daß anhand der Wohnbevölkerung 1991 in Niederösterreich mit 21.800 an Demenz und 47.600 an Depression leidenden über 65jährigen Patienten gerechnet werden mußte.

Komplementäre Versorgung

Tagesheimstätten oder Tagesstätten existieren für gerontopsychiatrische Patienten in Niederösterreich nicht. Hingegen gibt es im Bereich der stationären Altenhilfe in Niederösterreich von öffentlicher Hand erhaltene 3869 Wohn- und 2103 Pflegeplätze sowie von privater Hand 2103 Wohnplätze und 378 Pflegeplätze. Bis auf die fünf Betreuungstationen in Landespensionistenheimen (Mistelbach, Gänserndorf, Baden, Himberg, Hainfeld), die vom psychosozialen Dienst psychiatrisch betreut werden, sind die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe untergebrachten gerontopsychiatrischen Patienten zur Zeit psychiatrisch oder gerontopsychiatrisch nicht versorgt.

Der Soll-Plan der Gerontopsychiatrischen Versorgung

Grundlage des Sollplanes ist es, dem gerontopsychiatrischen Patienten die Möglichkeit zu geben, Zugang zu einer Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu haben, die dem aktuellen Wissensstand der Medizin entspricht. Es muß jedoch in jedem Fall der übliche Wunsch respektiert werden, so lange wie möglich in der gewohnten Wohnumgebung verbleiben zu können. Es gibt praktisch keinen älteren Menschen, der ein Pflegeheim seiner gewohnten Wohnumgebung freiwillig vorziehen würde. Dies bedeutet vorrangig einen Ausbau der mobilen Dienste auch für gerontopsychiatrische Patienten. Dies bedeutet weiterhin, daß für gerontopsychiatrische Patienten das Regionalisierungskonzept mit sieben eine Vollversorgung bietenden Sektoren strikt einzuhalten ist.

Dienste mit Betten

a) Krankenhausbetten

In den sieben den Regionen zugehörigen psychiatrischen Abteilungen sollen auch gerontopsychiatrische Patienten im akuten Krankheitsstadium versorgt werden, soweit sie nicht durch entsprechende Konsiliarversorgung und mobile Dienste in ihrer Wohnung, in den komplementären Einrichtungen oder in den Krankenhausbetten, in denen sie sich gerade aufhalten, betreut werden können. Dies wird aber nur möglich sein, wenn die unten genannten weiteren Dienste und Einrichtungen geschaffen werden. Etwa ein Fünftel der Betten der psychiatrischen Abteilungen sollte für diesen Zweck verwendet werden.

b) Andere Betten

Weiters müssen gerontopsychiatrische Patienten in nichtpsychiatrischen Einrichtungen, insbesondere den Landespensionisten- und Pflegeheimen, konsiliariter von den regionalen psychiatrischen Zentren aus mitversorgt werden, wobei die primäre gerontopsychiatrische Versorgung durch speziell ausgebildete praktische Ärzte durchzuführen sein wird. An der Bevölkerungsentwicklung orientierte

Zahlen für Pflegeplätze, Wohnplätze und Pflegepersonalbedarf sind in der Studie "Altwerden in Niederösterreich" enthalten.

Ambulante Dienste

Eigene gerontopsychiatrische Ambulanzen sind lediglich an den entsprechenden Abteilungen der regionalen psychiatrischen Abteilungen zu schaffen. Sie sollen den Charakter von "Assessment Units" haben, die der psychometrischen Demenzdiagnostik und dem Ausschluß behandelbarer Demenzerkrankungen mittels Hilfsuntersuchen (wie EEG, Computertomographie und Blutbefunden) dienen. Die ambulante Versorgung des größten Teils der gerontopsychiatrischen Patienten muß schon wegen der Multimorbidität dieser Patienten, aber auch wegen ihrer großen Zahl weiter von den praktischen Ärzten geleistet werden, die hierfür entsprechend auszubilden sind. Spezielle gerontopsychiatrische Tagesstätten sollten an die "Assessment Units" angegliedert werden.

Mobile Dienste

Das tragende Grundprinzip dieses gerontopsychiatrischen Sollplans ist der Ausbau und die Forderung der mobilen Dienste, wobei neben den schon gut funktionierenden Diensten, wie Essen auf Rädern und mobile Krankenschwestern (Verabreichung von Spritzen etc.), noch vermehrt mobiles Pflegepersonal gefordert werden muß. Ein überwiegender Teil gerontopsychiatrischer, auch geistig abgebauter Patienten kann trotz bereits bestehender schwerer Demenz zuhause gepflegt werden. Die Entlastung der Angehörigen und die Schaffung von mobilen Pflegediensten, die auch schwer geistig abgebaute Patienten auch mehrfach untertags für kürzere Zeiträume aufsuchen, spart Pensionisten- und Pflegeheimplätze. So entspricht das Bruttogehalt für eine Stelle eines derartigen Pflegedienstes in etwa den Monatskosten eines einzigen Pflegeheimplatzes. Eine Pflegerin könnte in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld vier bis fünf täglich zu betreuende schwerer demente und sechs bis zehn leichter demente Patienten betreuen, wobei hier auch Teilbetreuungen je nach Anwesenheit von pflegebereiten Angehörigen möglich sind. Eine entsprechende flächendeckende Versorgung einer Region sollte möglichst bald von der geriatrischen Station der Landesnervenklinik Gugging aus erprobt werden.

Telefondienste

Telefonisch erbrachte Hilfsleistungen, sowohl durch die mobilen Dienste als auch durch die praktischen Ärzte, sollten entsprechend ihrem Nutzen auch auf der Kostenseite veranschlagt werden. Viele der notwendigen Telefonate werden Telefonate mit hilfeschuchenden Angehörigen von verwirrt gefundenen entlaufenen, gestürzten, desorientierten Patienten sein. Darüber hinaus sollte das rund um die Uhr be-

setzte Krisentelefon des Regionalen Psychiatrischen Zentrums auch gerontopsychiatrischen Fragestellungen offenstehen.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Alle Pläne einer gerontopsychiatrischen Versorgung des Landes Niederösterreich scheitern derzeit an der Unmöglichkeit, die betreffenden professionellen Helfer, besonders praktische Ärzte, Krankenschwestern und sonstiges Pflegepersonal, gerontopsychiatrisch zu bilden. Die derzeitigen Lehrgänge für Gerontologie an der Landesakademie Krems stellen einen ersten, aber quantitativ noch nicht ausreichenden Schritt in diese Richtung dar.

Entsprechend dem Plan "Altwerden in Niederösterreich" werden im Land Niederösterreich in den sieben geplanten Regionen im Jahr 2011 rund 1500 niedergelassene praktische Ärzte und rund 3000 Pflegepersonen ausgebildet sein müssen. Eine fachgerechte Ausbildung dieser Pflegepersonen wäre zwar in Bezug auf die theoretischen Inhalte in der Landesakademie Krems denkbar, müßte jedoch zumindest zur Hälfte am Krankenbett - also praktisch - durchgeführt werden. Für diese der Verwirklichung jeder gerontopsychiatrischen Versorgung unabdingbare Ausbildung sollte in naher Zukunft ein gerontopsychiatrisches Modellprojekt an der Landesnervenklinik Gugging geschaffen werden.

Stufenplan

Entsprechend den vorangegangenen Ausführungen sollte sobald wie möglich an der Landesnervenklinik Gugging ein gerontopsychiatrischer Schwerpunkt ("gerontopsychiatrisches Modell Gugging") errichtet werden - in dem die Verschränkung von stationärer, teilstationärer, ambulanter und mobiler Hilfeleistung erprobt werden kann - und personalmäßig und finanziell mit den Möglichkeiten der praktischen Weiterbildung von praktischen Ärzten und Ausbildung von Pflegepersonal versehen werden. Nach Erprobung und Berechnung eines Kosten-Nutzen-Modells für die Versorgung von Regionen mit mobilen Pflegepersonen sollte ein - aufgrund der Erfahrungen in der Landesnervenklinik Gugging - modifizierter gerontopsychiatrischer Schwerpunkt an der Landesnervenklinik Mauer geschaffen werden, schließlich ähnliche Schwerpunkte an den regionalen Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen, Zug um Zug mit dem Entstehen dieser Abteilungen. Als Sofortmaßnahme erscheint die Etablierung eines theoretischen und praktischen Gerontopsychiatrie-Kurses für praktische Ärzte notwendig, der nach einer gewissen Übergangsfrist (von z.B. fünf Jahren) für in Pflegeheimen und Pensionistenheimen tätige Praktiker verpflichtend sein sollte. Ähnliches gilt für Gerontopsychiatrie- und Geriatriekurse für Pflegeberufe.

SPEZIELLE PATIENTENPOPULATIONEN

Spezielle Pläne für psychiatrische Rand- und Spezialgebiete wie

- Geistige Behinderung
- Alkohol/-Drogenprobleme
- forensische Patienten
- stationäre Psychotherapie/Psychosomatik

sind in Kooperation mit vorhandenen spezialisierten Institutionen zu erstellen

Im vorliegenden Plan ist die Versorgung von Patientengruppen, die zwar gelegentlich psychiatrische Probleme aufweisen können, jedoch von ihrer Grundproblematik her (außer im forensischen Bereich) nicht im engeren Sinn als psychisch krank bezeichnet werden können, nur ansatzweise behandelt. Es handelt sich dabei um Patienten mit geistiger Behinderung, mit Abhängigkeitsproblemen (Alkohol, Drogen, Medikamente), um Personen mit forensisch psychiatrischen Problemen und um die Frage der stationären Psychotherapie und Psychosomatik.

Im Rahmen der vorliegenden Studie war es weder geplant noch möglich, eine vollständige Erfassung des Ist-Zustandes der Versorgungsstruktur dieser Patientenpopulationen durchzuführen. Tatsächlich gibt es für diese Patientenpopulationen - wenn auch sowohl quantitativ als auch qualitativ in unzureichender Weise - Betreuungsdienste und Einrichtungen, wie beispielsweise das Anton Proksch-Institut in Kalksburg mit seinen stationären und ambulanten Abteilungen für Alkohol- und Drogenabhängige, die Abteilung für Alkoholranke in Mauer, die Einrichtungen des Bundesministeriums für Justiz für den Maßnahmenvollzug oder die Einrichtungen der Lebenshilfe für geistig Behinderte. Eine Versorgungsplanung für diese speziellen Bereiche erfordert eigene Anstrengungen und die Erstellung eigener "Pläne".

Diese Patientenpopulationen können allerdings auch psychiatrische Probleme im engeren Sinn aufweisen. Diese können entweder vorübergehend sein (z.B. Krisen bei geistig Behinderten) oder in gewisser Weise als zusätzliche Komplikation auch chronisch (z.B. Alkoholdemenz) auftreten. In diesen Fällen ist das psychiatrische Versorgungssystem zuständig. Ein weiterer Überschneidungsbereich ist der mit neurologischen Erkrankungen, besonders im Hinblick auf alte Menschen (z.B. Schlaganfälle; s. auch Neurologieplan).

Die im folgenden behandelten speziellen Patientenpopulationen - Patienten mit geistiger Behinderung, Patienten mit Alkoholproblemen (unter Mitarbeit von Prof. O. Lesch), Patienten mit anderen Abhängigkeitsproblemen (unter Mitarbeit von Dr. B. Spitzer), forensisch psychiatrische Patienten und der Bereich der stationären Psychotherapie und Psychosomatik - sind also nicht primär Gegenstand dieses Psychiatrieplanes. Es handelt sich lediglich um eine Planungsgrundlage, die angibt, in welche Richtung sich die Versorgung dieser Patientenpopulationen entwickelt und entwickeln könnte.

Geistige Behinderung

Sowohl in der Landesnervenklinik Gugging als auch in der Landesnervenklinik Mauer befindet sich traditionell ein relativ großer Anteil von geistig Behinderten (Gugging: 24.6.92: 12,2%; Mauer: 24.6.92: 23,1%). Es besteht aber heute Einigkeit darüber, daß die Betreuung geistig Behinderter nicht primär eine Aufgabe der Psychiatrie sein kann. Die Niederösterreichische Landesregierung hat dementsprechend schon 1993 ein Konzept zur Ausgliederung geistig Behinderter aus den beiden Lan-

desnervenkliniken beschlossen, das 1994 vom Niederösterreichischen Landtag zur Kenntnis genommen wurde. Für geistig Behinderte wurden inzwischen als Vorstufe der völligen Ausgliederung sogenannte Abteilungen für Förderpflege ("Förderpflegeheime") eingerichtet (Gugging 85 Betten, Mauer 80 Betten). Darüber hinaus ist auch eine Verlegung von geistig Behinderten in extramurale Einrichtungen vorgesehen und bereits im Laufen.

Freilich gibt es auch bei geistig Behinderten solche mit einer besonders schweren geistigen Behinderung, die einer psychischen Krankheit gleichzusetzen ist und solche, die - wegen der bekannten geringen Belastbarkeit - auch bei einer relativ geringen geistigen Behinderung "Anpassungsstörungen" ausbilden, die krankheitswertig sind und eine Krankheitsdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation erhalten müssen (z.B. F43.0 Akute Belastungsreaktion, u.ä.). Manche geistig Behinderte benötigen deshalb zumindest zeitweise eine psychiatrische Betreuung.

In einem Plan für die Versorgung geistig Behinderter sind deshalb zwei Bereiche vorzusehen, ein Bereich für die Wohnunterbringung und Tagesstrukturierung solcher geistig Behinderter, die sich in einem Zustand befinden, der einem psychiatrischen Krankheitsbild nicht gleichzusetzen ist, und andererseits ein Bereich, in dem geistig Behinderte betreut werden können, die sich in einem nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten krankheitswertigen psychiatrischen Zustand befinden.

Für die Wohnunterbringung geistig Behinderter, die ja heute schon zu einem großen Anteil außerhalb von psychiatrischen Anstalten durchgeführt wird (z.B. durch die Lebenshilfe), ergeben sich für die derzeit in den beiden Landesnervenkliniken befindliche Population im Prinzip zwei Möglichkeiten. Zum einen könnten am Areal der Landesnervenkliniken Wohneinheiten geschaffen werden, die organisatorisch aus der Krankenanstalt ausgegliedert sind und einer administrativen Struktur im Behindertenbereich zugeordnet werden (dieser Prozeß ist in Mauer bereits in Gang - Umwandlung in "Förderpflegeheim"). Die zweite Möglichkeit besteht darin, Wohnmöglichkeiten außerhalb der beiden Landesnervenkliniken zu schaffen und nicht nur eine administrative sondern auch eine geographische Auslagerung vorzunehmen. Dieser Weg wird in der Landesnervenklinik Gugging beschritten.

Im Hinblick auf die Betreuung geistig Behinderter, die sich in einem "Krankheitszustand" nach ICD-10 befinden, wird auch in Zukunft nicht ohne eine psychiatrische Versorgungsstruktur das Auslangen gefunden werden können. Freilich bedeutet "psychiatrische Versorgungsstruktur" in diesem Zusammenhang nicht automatisch stationäre Aufnahme in einer psychiatrischen Abteilung, sondern das gesamte Spektrum von Konsiliar- und Liaisonbetreuung von Wohneinrichtungen für geistig Behinderte (Konsiliarbetreuung durch praktischen Arzt oder Facharzt vor Ort, Liaisonbetreuung des Personals durch Spezialisten, die auch von weiter anreisen können), über tagesklinische Einrichtungen bis hin zur tatsächlich gelegentlich notwendig werdenden vollstationären Versorgung, die im regionalen Psychiatrischen Zentrum erfolgen sollte.

Alkoholprobleme

Jede fünfte Aufnahme in eine der beiden Landesnervenkliniken ist mit einer alkoholbezogenen Diagnose verbunden und an jedem beliebigen Stichtag hat etwa einer von zehn in den beiden Landesnervenkliniken aufgenommenen Patienten eine derartige Diagnose.

Im Hinblick auf die Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen ist eine weitgehende Ausgliederung aus dem Psychatriebereich im engeren Sinn anzustreben. Es ist jedoch festzuhalten, daß es im Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch neben körperlichen auch psychiatrische Folgekrankheiten im engeren Sinn gibt, die eindeutig in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie fallen (z.B. Alkoholpsychosen) und in den regionalen psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus behandelt werden sollten.

Die Ausgliederung aus dem Psychiatriesektor wird im Anton Proksch-Institut Kalksburg schon seit vielen Jahren modellhaft vorgeführt. In einer geschlossenen Behandlungskette (stationär, halbstationär, ambulant) werden spezifische psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Methoden für Alkoholabhängige angewandt, wobei die Therapieplanung in Turnussen angeboten wird. Für ähnliche Modelle bieten sich die nach der Dezentralisierung der psychiatrischen Akutversorgung noch vorhandenen Betten in den beiden Landesnervenkliniken an. Wegen der an der Landesnervenklinik Mauer bestehenden Abteilung für Alkoholranke empfiehlt sich der Ausbau dieser Einrichtung, aus der ein Modellprojekt, das auch der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Personal für ganz Niederösterreich dienen könnte, entwickelt werden könnte (s. auch Kapitel 11).

Neben diesen Versorgungsangeboten ist für die adäquate Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen das allgemeine Gesundheitsversorgungssystem essentiell. Einerseits sollen die praktischen Ärzte als erste Interventionsstelle in Alkoholfragen besser geschult werden und zu Früherkennung, Krisenintervention und Langzeitbetreuung im Trinkklima der Ortschaft herangezogen werden. Andererseits sollten im stationären Bereich die internen Abteilungen primäre Anlaufstelle sein, wobei jedoch die konsiliarpsychiatrische Versorgung sichergestellt sein müßte.

Daneben müßten in jeder Psychiatrieregion flächendeckend ambulante Alkoholberatungsstellen eingerichtet werden, Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige gefördert werden und entsprechende Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden. Wohngemeinschaften sowie geschützte Arbeitsplätze wären ebenfalls vorzusehen.

Drogenprobleme, Medikamentenabusus

Das Problem der Abhängigkeit von "harten" Drogen ist für eine ländliche Region nicht einfach zu lösen. Zum einen ist dieses Problem quantitativ geringer ausgeprägt als im städtischen Bereich (wenngleich derzeit eine Zunahme festzustellen ist); zum anderen ist eine flächendeckende Versorgung schwierig.

Die derzeitigen Planungen laufen darauf hinaus, im stationären Bereich für ganz Niederösterreich Entzugsbetten in Mauer bei Amstetten einzurichten, Betten für Kurztherapien (ca. drei bis sechs Monate) im Anton Proksch-Institut/Kalksburg (in dem bereits fünf Betten durch Niederösterreich "gemietet" sind) und bei anderen privaten Trägern (Grüner Kreis, Zukunftsschmiede) vorzusehen und die an die Kurzzeittherapie anschließende Langzeittherapie (ca. zwölf bis 18 Monate) vom Anton Proksch-Institut und vom Grünen Kreis durchführen zu lassen.

Im ambulanten Bereich sind Beratungsstellen und Ambulanzen einzurichten. Beratungsstellen würden teilweise ärztlich mitbetreut werden, jedoch ist für bestimmte Aufgaben (ambulanter Entzug, Methadon-Substitutionstherapie) das Setting einer Ambulanz notwendig. Im Westen Niederösterreichs sind derzeit ärztlich mitbetreute Beratungsstellen in St. Pölten und Krems eingerichtet, in Amstetten befindet sich eine lediglich sozialarbeiterisch geführte Beratungsstelle. Im Osten Niederösterreichs sind entsprechende ambulante Dienste u. a. in Mistelbach, Wr. Neustadt, Neunkirchen und Stockerau vorhanden.

Patienten mit Medikamentenabhängigkeit sollten im Rahmen der allgemeinen psychiatrischen Versorgung betreut werden, wobei Entzugsbehandlungen an den regionalen psychiatrischen Abteilungen durchgeführt werden sollten.

Forensische Psychiatrie

Hier ist in erster Linie der Maßnahmenvollzug nach § 21(1) und § 21(2) StGB zu erwähnen. Im Gebiet des Bundeslandes Niederösterreich (einschließlich Wien) liegen zwei Justizanstalten, die speziell für die Versorgung dieser Populationen geschaffen worden sind. In der Landesnervenklinik Gugging werden weibliche Häftlinge nach § 21(1) StGB versorgt. In der Justizanstalt Stein gibt es darüberhinaus eine Abteilung für den Maßnahmenvollzug nach § 21(2) StGB für Mauer. Auch Untersuchungshäftlinge nach § 429(4) StPO sind hierher zu zählen; sie werden derzeit in beiden Landesnervenkliniken aufgenommen.

Entsprechende Planungen für diese Population sind mit dem BMJ anzustellen, wobei hier ebenfalls einem gemeindepsychiatrischen Ansatz der Vorzug zu geben ist, der in erster Linie die Nachbetreuung von bedingt entlassenen Häftlingen betrifft. Da das BMJ einen wachsenden Bedarf an Behandlungsplätzen hat, wäre in den beiden Landesnervenkliniken nach Auslagerung eines Teils der regulären Versorgung eine Nachnutzungsmöglichkeit gegeben.

Stationäre Psychotherapie/Psychosomatik

Eine Verwendung von frei werdenden Bettenkontingenten in den beiden Landesnervenkliniken Mauer und Gugging für gezielte, zeitlich begrenzte Psychotherapie bei bestimmten Personengruppen (Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatik, Alkoholabhängigkeit) wäre sinnvoll. Darüber hinaus ist kürzlich die Psychosomatische Station des Krankenhauses Eggenburg als eine zu erhaltende definiert worden. Wie groß der Bedarf an stationärer psychosomatischer Betreuung ist, lässt sich derzeit nicht feststellen. Die im Westen bereits bestehende Einrichtung an der Landesnervenklinik Mauer könnte zu einem "Modellprojekt Psychosomatik Mauer" ausgebaut werden, das auch Aus-, Weiter- und Fortbildungszwecken auf diesem Gebiet dienen sollte (s. auch Kapitel 11).

Abschnitt D

Umsetzungsstrategien

FORTFÜHRUNG DER PLANUNG

Um den hier vorgelegten Plan flexibel und zügig in die Realität umzusetzen, ist es notwendig, die weitere Planung zu institutionalisieren. Im Anschluß an die hier vorgelegte Grundstruktur der Reform - sie wurde gleichsam "deduktiv" erstellt und betrifft u.a. den prinzipiellen Vorschlag zur Regionalisierung, die Festlegung von Typen von Diensten und Einrichtungen - ist die Detailplanung je nach den im gesamten Bundesland und in den einzelnen Regionen gegebenen Möglichkeiten noch zu erarbeiten. Es sollten zu diesem Zweck geschaffen werden

ein **Psychiatriebeauftragter** und eine **Psychiatrieplanungsagentur** für ganz **Niederösterreich** mit den Aufgaben

- Finanzierungsmodelle erarbeiten
- notwendige Gesetzesänderungen vorbereiten
- Abgrenzung der Regionen und Sektoren erarbeiten
- Begleitevaluation durchführen
- Begleitmaßnahmen für Verkleinerung der Landesnervenkliniken planen
- Personalentwicklung planen und koordinieren

Sieben psychosoziale Arbeitsgemeinschaften für die sieben **Psychiatrieregionen** zur lokalen Detailplanung im Hinblick auf

- Standorte von Einrichtungen
- Anzahl der Behandlungs-, Betreuungsplätze
- Anzahl benötigter professioneller Helfer
- Öffentlichkeitsarbeit
- Koordination der Zusammenarbeit aller Dienste und Einrichtungen einer Region
- Steuerung der Finanzierung, der Errichtung und des Betriebes von Diensten und Einrichtungen in der Region

Der hier vorgelegte Plan enthält zum einen fixe Vorgaben (z.B. Einteilung Niederösterreichs in sieben Psychiatrieregionen, Akutbetten, Tagesklinik und Krisen-, Notfallteam im zentralen Ort), zum anderen flexible bzw. dynamische Teile. Diese flexiblen bzw. dynamischen Teile sind durch - im Plan fixierte - Instanzen in einer flexiblen, an die jeweiligen Möglichkeiten und Bedingungen angepaßten Weise zu realisieren.

Vorgeschlagen für die Umsetzung der Planung werden die Institutionalisierung einer Psychiatrieplanungsagentur mit einem Psychiatriebeauftragten auf Landesebene und sieben Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften in den sieben Regionen zur lokalen Detailplanung.

Zu den Aufgaben des Psychiatriebeauftragten und der Psychiatrieplanungsagentur gehört die Schaffung von übergeordneten Rahmenbedingungen und die übergeordnete Koordination der Planung. Im besonderen sollen

- Finanzierungsmodelle erarbeitet
- notwendige Gesetzesänderungen vorbereitet
- Abgrenzungen der Regionen und Sektoren erarbeitet
- eine Begleitevaluation durchgeführt
- Begleitmaßnahmen für die Verkleinerung der Landesnervenkliniken geplant
- die Personalentwicklung geplant und koordiniert werden.

Der in gewisser Weise entscheidende Punkt dafür, ob eine Psychiatriereform im Sinne des hier vorliegenden Planes gelingt, ist es, eine adäquate Finanzierungsstruktur zu schaffen. Die heutige fragmentierte Finanzierung der Betreuung und Behandlung psychisch Kranke läßt fast alle vernünftigen Anliegen, die an eine moderne psychiatrische Versorgung gestellt werden, scheitern. Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme für stationäre Behandlung, für Wohnen, für beschützte Arbeit, ambulante Behandlung etc. führen jeweils dazu, daß die für einen bestimmten Aspekt der Krankheit des Patienten zuständigen Institutionen versuchen müssen, den Betreuungsbetrieb so zu gestalten, daß sie möglichst viele Einnahmen erwirtschaften, um überleben zu können. Dies führt zu grotesken Situationen, etwa im Auffüllen von Tagesheimstätten, nur damit der Betrieb der Tagesheimstätte bezahlt werden kann, zur verspäteten Entlassung von Patienten aus Krankenhäusern (etwa nach dem Wochenende statt vor dem Wochenende), damit die Betten belegt und damit Einnahmen gesichert werden, das unnötige Einweisen von Patienten in Krankenhäuser etc. Darüberhinaus wird wertvolle Zeit von Mitarbeitern in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, besonders in komplementären Diensten, dafür aufgewendet, um die Finanzierung sicherzustellen.

Ausweg aus diesem Dilemma kann nur eine radikale Reform der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung sein, in der nicht mehr von einer Institutionen-Verantwortung ausgegangen wird, sondern von einer Verantwortung für eine Region. Von ausländischen Beispielen ist bekannt, daß in dem Moment, in dem einer definierten

Region ein Psychriatriebudget zur Verfügung gestellt wird, die Benutzer dieses Psychriatriebudgets sich genauer zu überlegen beginnen, wie das Geld am besten ausgegeben werden kann. Ein im US-Bundesstaat Wisconsin seit Jahren praktiziertes Modell zeigt den Vorteil einer derartigen regionalen Psychriatrie-Budgetierung. In Dane County, einem Bezirk mit ca. 340.000 Einwohnern, steht pro Jahr ein Bezirks-Psychriatriebudget von zehn Millionen US\$ zur Verfügung. Über einen Großteil dieses Geldes kann eine zentrale Einrichtung, das "Community Mental Health Center", verfügen. Es hat sich dabei ergeben, daß die teuren stationären Krankenhausaufenthalte abnehmen und billigere Alternativen, die "gemeindenäher" sind und von den Patienten mehr geschätzt werden als das Krankenhaus, bevorzugt werden. So berichten z.B. Patienten, die bei einem Notfall statt in einer stationären Einrichtung im Rahmen des "Crisis Home"-Programms in Familien betreut werden, die dafür speziell ausgewählt und geschult wurden, regelmäßig davon, daß ihre Lebensqualität in der Krisensituation um ein Vielfaches besser ist als in einem psychiatrischen Krankenhaus. In Dane County hat sich die Kostenpyramide innerhalb weniger Jahre umgedreht: heute werden nur zehn Prozent des Psychriatriebudgets für den stationären Teil der psychiatrischen Versorgung ausgelegt.

In Niederösterreich sind die Verhältnisse umgekehrt. Die Betriebskosten der beiden großen Landesnervenkliniken betrugen im Jahr 1994 öS 960 Millionen. Für komplementäre psychosoziale Einrichtungen steht nur ein Bruchteil dieses Geldes zur Verfügung, z.B. für den Verein "Psychosoziales Zentrum", der den Osten Niederösterreichs mit einem Einzugsgebiet von insgesamt über 800.000 Einwohnern im komplementären Bereich zu 90% versorgt, lediglich ein Jahresbudget von öS 15 Millionen.

Vereinfacht ausgedrückt könnten die herkömmlichen Finanzierungsinstitutionen der psychiatrischen Gesundheitsversorgung Beiträge nach einem zu erarbeitenden Schlüssel in einen "Topf" einzahlen. Die "Verteilung" der Gelder dieses Topfes würde dann regional durch eine eigens zu schaffende Organisation, etwa einen Ausschuß der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften erfolgen. Zweifelsohne müssen zur Kontrolle dieser Stelle Mechanismen eingeführt werden, in die auf jeden Fall auch Effizienzkriterien eingehen müssen.

Eine regionale Psychriatrie-Budgetierung hätte auch den Vorteil, daß die Kostenstruktur transparent wird und die Kosten mit den erbrachten Leistungen in Beziehung gesetzt werden können.

Aufgabe der Psychriatrieplanungsagentur und des Psychriatriebeauftragten wäre es auch, entsprechende gesetzliche Veränderungen anzustoßen, u.a. das Sozialversicherungsrecht, das Unterbringungsgesetz, das Sachwaltergesetz und andere Gesetze betreffend, die in unterschiedlicher Weise eine humane psychiatrische Versorgung fördern oder hemmen können.

Im vorliegenden Plan sind die Regionen idealtypisch definiert, d.h. nach den von der niederösterreichischen Raumplanung errechneten Einstunden-Isochronen in den jeweiligen regionalen Zentren. Bis auf wenige Ausnahmen kann durch die ausgewählten zentralen Orte der Psychriatrieregionen sichergestellt werden, daß jeder Niederösterreicher innerhalb von maximal einer Stunde die Einrichtungen des zentralen Ortes erreicht. Freilich laufen diese Grenzen derzeit quer über andere Grenzen, etwa administrative Bezirksgrenzen oder Gerichtsgrenzen, hinweg. Es bleibt deshalb der Psychriatrieplanungsagentur und dem Psychriatriebeauftragten vorbehalten, die tatsächlichen Grenzen zwischen den einzelnen Psychriatrieregionen festzusetzen, um so eindeutige Zuständigkeiten für die Hilfeleistung zu definieren.

Im Hinblick auf die Sektoren ist die Situation noch offen: hier sollen die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften gemeinsam mit der Psychriatrieplanungsagentur für jede Region drei oder vier Sektoren definieren, für deren Grenzdefinierung wiederum Fragen der Erreichbarkeit, aber auch die bereits an bestimmten Standorten vorhandenen Dienste und Einrichtungen berücksichtigt werden müßten.

Von Anfang an ist durch die Psychriatrieplanungsagentur für die Begleitevaluation in allen Einrichtungen ein Routinedokumentationssystem zu etablieren, durch das die Effekte des Planungsprozesses jederzeit dokumentiert werden können und Qualitätssicherung möglich ist. Es sollen möglichst auch moderne Effizienzkriterien (z.B. Lebensqualität) verwendet werden.

Begleitmaßnahmen für die Verkleinerung der beiden Landesnervenkliniken sind ebenfalls Aufgabe der Psychriatrieplanungsagentur. Diese Maßnahmen müssen beschäftigungs- und wirtschaftspolitischer Natur sein und es muß sichergestellt werden, daß Mittel dafür zur Verfügung gestellt werden.

Schließlich ist auch das wichtige Gebiet der Personalplanung und -entwicklung Aufgabe der Psychriatrieplanungsagentur (s. Kapitel 11). Aufgabe der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist, gemeinsam mit der Psychriatrieplanungsagentur und dem Psychriatriebeauftragten, die Durchführung der lokalen Planung. Zu den Aufgaben der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft gehört die lokale Detailplanung im Hinblick auf

- Standorte von Einrichtungen
- Anzahl der Behandlungs-/Betreuungsplätze
- Anzahl benötigter professioneller Helfer
- Öffentlichkeitsarbeit
- Koordination der Zusammenarbeit aller Dienste und Einrichtungen einer Region
- Steuerung der Finanzierung, der Errichtung und des Betriebes von Diensten und Einrichtungen in der Region.

Für die konkrete Organisationsform und Arbeitsweise der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften müßten von der Psychriatrieplanungsagentur Vorschläge ausgearbeitet werden.

PERSONALENTWICKLUNG UND - FÖRDERUNG

Auf die Personalentwicklung sollte besonderes Gewicht gelegt werden - sie sollte eine vordringliche Aufgabe der Psychiatrieplanungsagentur und des Psychiatriebeauftragten sein.

Essentiell ist eine systematische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Supervision für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen, aber auch für "mitbetroffene" Berufe (z.B. Lehrer, Gendarmen, Heimhelfer). Hier kann auf Ansätze an der NÖ Landesakademie zurückgegriffen werden, an der ein entsprechendes Curriculum etabliert werden sollte.

Außerdem ist die Laienhilfe zu stimulieren und eine Erhöhung der Akzeptanz psychisch Kranker durch die Institutionalisierung einer Ausbildung in Öffentlichkeitsarbeit anzustreben.

Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen gehören ebenfalls in diesen "Personalbereich"

Modellprojekte für Personalentwicklung: für die gemeindenahe Erwachsenenpsychiatrie "Integrierte psychiatrische Versorgung unter Einbindung der niedergelassenen Ärzte" in der Region Mistelbach; für "Gerontopsychiatrie" in Gugging; für "Kinder- und Jugendpsychiatrie" in der Hinterbrühl, sowie für die Randgebiete "Alkoholprobleme" und "Psychosomatik" in Mauer. Andere Modellprojekte sind denkbar. Die Planung für diese Modellprojekte müßte von der Psychiatrieplanungsagentur betrieben werden.

Es ist zweifelsohne eine Wertentscheidung, ob eine Gesellschaft willens und in der Lage ist, sich auch in der Gemeinde um psychisch Kranke zu kümmern, obwohl dies vielfach eine über das übliche Ausmaß bei der Betreuung von Kranken und Behinderten hinausgehende psychologische Belastung darstellen mag. Wegsperren und Fortschicken ist auf jeden Fall bequemer. Mit einer Wertentscheidung für die Integration psychisch Kranker allein ist es aber nicht getan. Es müssen vielmehr konkrete Maßnahmen gesetzt werden, die das Leben und das "Überleben" psychisch Kranker in der Gemeinde ermöglichen.

Die wichtigste dieser Maßnahmen ist, dafür Vorsorge zu treffen, daß psychisch Kranken in der Gemeinde Menschen zur Verfügung stehen, die sowohl die fachliche Kompetenz als auch das notwendige Engagement für den Umgang mit psychisch behinderten Mitbürgern besitzen. Es ist bekannt, daß besonders die Fähigkeit, mit schwer psychisch gestörten Personen umzugehen, leicht versiegen kann - Studien über das "Burnout-Syndrom" bezeugen dies. Professionelle Betreuer, Angehörige und Laien, die sich bereit erklären, zu psychisch Kranken zu stehen, mit ihnen zu leben, sie zumindest teilweise zu begleiten und zu betreuen, benötigen zur Bewältigung dieser Aufgabe psychologische Ressourcen, die gepflegt werden müssen. Wenn man eine konsequente Psychiatriereform im Sinne der Verlagerung des Schwerpunktes vom psychiatrischen Krankenhaus in die Gemeinde durchführen möchte, dann ist aus den genannten Gründen eine entsprechende professionelle Personalentwicklung unumgänglich. Es wird deshalb vorgeschlagen, daß eine Reihe von Aspekten dieser Personalentwicklung institutionalisiert werden.

Vordringlich erscheint, daß - am besten in der NÖ Landesakademie, an der einschlägige Vorerfahrungen bestehen (z.B. Institut für psychiatrische Aus- und Weiterbildung) - ein Schwerpunkt für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von professionellen Helfern in der gemeindenahen Psychiatrie etabliert wird. Ein einschlägiges Curriculum, das für die verschiedenen Berufsgruppen recht ähnlich sein könnte, sollte mit dem vorhandenen Know-How leicht eingerichtet werden können und wäre eine wichtige Ergänzung zu den bereits institutionalisierten Ausbildungsveranstaltungen für Psychotherapie (Propädeutikum). Es muß auch klar gemacht werden, daß es sich bei den hier zu erlernenden Fertigkeiten um über die klassische Psychotherapie hinausgehende Ansätze handelt, die insbesondere dadurch charakterisiert sind, daß die "Helfer" - seien sie professionelle Helfer, Angehörige, Freunde oder Laien - bereit sein müssen, sich ständig den Betroffenen gegenüber zu öffnen und präsent zu sein.

Es wird deshalb vorgeschlagen, an der NÖ Landesakademie einen Schwerpunkt "psychiatrische Personalentwicklung" zu etablieren, in dem nicht nur die genannten Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für professionelle Psychiatriearbeiter im engeren Sinn konzentriert und ein entsprechendes Weiterbildungszentrum für Supervisoren eingerichtet, sondern auch entsprechende Veranstaltungen für mitbetroffene Berufe durchgeführt werden sollten. Im Rahmen dieses Schwerpunktes sollte auch eine Weiterbildung für psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit institutionalisiert werden, um die Laienhilfe zu stimulieren und die Akzeptanz psychisch Kranker zu erhöhen. Schließlich könnte auch die systematische Unterstützung von

Selbsthilfeaktivitäten der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen an der NÖ Landesakademie lokalisiert sein.

Des weiteren wird hier vorgeschlagen, als Mittel der Personalentwicklung verschiedene "Modellprojekte" einzurichten. In der Region Mistelbach könnte ein Projekt "Integrierte Personalentwicklung im Kernbereich der niedergelassenen Ärzte" für die Perichisch Kranker eingerichtet werden. Ein "gerontopsychiatrisches Modell" mit Betonung der Integration zwischen stationärer, teilstationärer, ambulanter und mobiler Betreuung könnte in Gugging angesiedelt werden, ein analoges "kinder- und jugendpsychiatrisches Modell" in der Hinterbrühl. Ähnlich wie in Gugging durch ein derartiges Modellprojekt eine Nachnutzung von frei gewordenen Anstaltsteilen möglich wäre, könnten analoge Modellprojekte für "Alkoholprobleme" und "Psychosomatik" oder "Persönlichkeitsstörungen" in Mauer im Sinne eines Ausbaus des dort bereits teilweise bestehenden Schwerpunktes auf diesen Gebieten eingerichtet werden; dabei könnte besonderes Gewicht auf die zeitlich befristete stationäre Psychotherapie gelegt werden. In dieser kompetenter Supervision soll das an der NÖ Landesakademie theoretisch Gelehrte unterdeutleil Niederösterreichs würden in diesen Modellprojekten praktische Schulungen mitmachen.

Essentiell für die Vermeidung eines Burnout-Syndroms sind neben einer entsprechend qualitativ hochwertigen Aus-, Weiter- und Fortbildung noch verschiedene andere Aspekte. So müssen die genannten Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen in der Dienstzeit stattfinden können, ebenso wie die in diesen Bereichen heute zum Standard gehörende Supervision. Bei in schwierigen Situationen arbeitenden Personen (Notfalldienst, Betreuer in einem Wohnheim für schwer gestörte Patienten etc.) erscheint es vordringlich, die Arbeitsorganisation so aufzubauen, daß die professionellen Helfer nicht ausschließlich eine einzige Tätigkeit durchführen, sondern auch an anderen Orten des psychiatrischen Betreuungssystems tätig sein können. Schließlich ist die Frage einer leistungsgerechten Bezahlung ebenfalls als eine wichtige Anti-Burnout-Maßnahme zu nennen.

Ein besonderer Aspekt der Personalentwicklung muß hier noch eigens hervorgehoben werden. Wenn der hier vorgelegte Psychiatrieplan konsequent in die Realität umgesetzt wird, dann kommt es im Laufe von zehn bis 15 Jahren zu einer deutlichen Verkleinerung der beiden großen Landesnervenkliniken Gugging und Mauer. In einem Zeitraum von etwa 20 Jahren wurde der Bettenbelag in diesen beiden Krankenhäusern halbiert, von etwa 2000 auf 1000, wobei der Personalstand konstant geblieben ist. 1996 weisen die Dienstpostenpläne in Gugging 550, in Mauer 809,5 Stellen auf. Ob es gelingt, einen Teil dieses Personals zu einer extramuralen Tätigkeit zu motivieren, ist unklar. Je attraktiver diese extramurale Tätigkeit aber gestaltet wird - und die in diesem Kapitel genannten Vorgehungen machen derartige Tätigkeiten attraktiv -, desto eher wird es gelingen, die Mitarbeiter der beiden Landesnervenkliniken dazu zu bewegen, auch extramural tätig zu sein.

PRIORITÄTEN

- Etablierung der Psychiatrieplanungsagentur und des Psychiatriebeauftragten
- Konstituierung von regionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in allen Regionen
- Etablierung eines Curriculums "gemeindenähe Psychiatrie" für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen
- Planung für je ein regionales psychiatrisches Zentrum in Zwettl und Wr. Neustadt, später für St. Pölten, Mödling und Mistelbach
- Prioritäten für Errichtung von anderen Diensten und Einrichtungen werden von Psychiatrieplanungsagentur und psychosozialen Arbeitsgemeinschaften festgesetzt
- Planung von Begleitmaßnahmen für die Verkleinerung der beiden Landesnervenkliniken

Die Etablierung der Psychiatrieplanungsagentur und des Psychiatriebefragten ist der notwendige erste Schritt der Reform - von ihnen wird die weitere Entwicklung gesteuert. Sobald die Einzugsgebiete für die Psychiatrieregionen im Detail geklärt sind, sollen die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in den Regionen etabliert werden. Im Prinzip sind diese psychosozialen Arbeitsgemeinschaften Instrumente der lokalen Planung, an denen Vertreter der in der Region bestehenden psychiatrischen und verwandter Dienste und Einrichtungen, einschließlich Angehörigen und Patientenvertretern, aber auch Vertreter von Einrichtungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung, insbesondere auch niedergelassene Ärzte, teilnehmenden sollten. Rahmenbedingungen für die Arbeit der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zu schaffen, ist Sache der Psychiatrieplanungsagentur. Vorformen derartiger bevölkerungsnaher Arbeitsgemeinschaften existieren bereits (z.B. das "Psychosoziale Gesundheitszentrum in Mödling").

Möglichst frühzeitig sollte auch der Personalentwicklung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Zur Zeit sind in Niederösterreich bereits hunderte Mitarbeiter in der psychiatrischen Versorgung tätig, für die dringend gemeindenah orientierte Weiter- und Fortbildungs- sowie Supervisionsangebote geschaffen werden müßten. In einem Modell "Integrierte psychiatrische Versorgung", etwa in einem Teil der Region Mistelbach, könnte eine praxisnahe Weiterbildung etabliert werden.

Für die Schaffung von Diensten und Einrichtungen an den zentralen Orten der sieben Regionen, also für das Regionale Psychiatrische Zentrum (Akutbettenabteilung, Tagesklinik, Notfall-/Kriseninterventionsteam) werden hier als erste Prioritäten Zwettl und Wr. Neustadt vorgeschlagen, da diese Regionen von ihren zuständigen Landesnervenkliniken besonders weit entfernt sind und die Bevölkerung dadurch besonders benachteiligt ist. St. Pölten und Mödling sowie Mistelbach würden folgen. In den Landesnervenkliniken bleiben die Akutbettenabteilungen für ihre eigene Region zuständig. Solange andere Regionen im jeweiligen Einzugsgebiet über keine eigenen Betten verfügen, wird die stationäre Akutversorgung weiterhin von den Aufnahmeabteilungen der Landesnervenkliniken durchgeführt.

Für alle anderen Dienste und Einrichtungen werden hier keine regionalen Prioritäten definiert. Es muß vielmehr je nach Resultat der lokalen Mängelanalysen, den vorhandenen Einrichtungen und den lokalen Realisierungsmöglichkeiten vorgegangen werden. Lokale Prioritäten sind durch die Psychiatrieplanungsagentur und die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften festzulegen. Die Personalsituation in den beiden Landesnervenkliniken sollte dabei in die Planung einbezogen werden.

Der Krankenanstaltenanteil der beiden Landesnervenkliniken wird graduell in dem Ausmaß verkleinert, in dem Akutbetten in den anderen Regionen geschaffen werden, in dem Einheiten am Areal in Wohneinheiten umgewandelt werden oder Patienten in extramurale betreute und unbetreute Wohnsituationen übersiedeln. Für diesen Prozeß sind Begleitmaßnahmen beschäftigungs- und wirtschaftspolitischer Natur zu planen (z.B. Nachnutzungsmöglichkeiten, alternative Nutzungsmöglichkei-

ten). Nachnutzungsmöglichkeiten für die frei werdenden Krankenanstalten-Teile wären die Etablierung von Schwerpunkten für praxisnahe Aus-, Weiter- und Fortbildung, u.U. gemeinsam mit der Erprobung von regionalen Modellen der gerontopsychiatrischen Versorgung (z.B. in Gugging) und Modellen der stationären, zeitlich klar begrenzten Psychotherapie bei Alkoholkranken, psychosomatischen Patienten und persönlichkeitsgestörten Patienten (z.B. in Mauer).

ANHANG

Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich

Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich

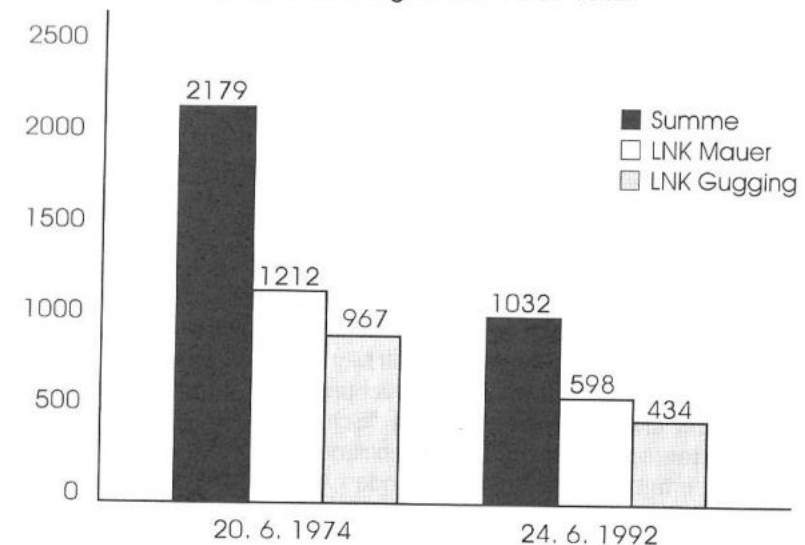
Die stationäre psychiatrische Versorgung Niederösterreichs wird im wesentlichen von zwei Landesnervenkliniken mit getrennten Einzugsgebieten abgedeckt, der Landesnervenklinik Mauer im Westen (Einzugsgebiet Volkszählung 1991: ca. 620.000 Einwohner) und der Landesnervenklinik Gugging im Osten (Einzugsgebiet Volkszählung 1991: ca. 855.000 Einwohner) mit zusammen etwa 1000 psychiatrischen Betten und zwischen 4000 und 4500 psychiatrische Aufnahmen pro Jahr. Beide Landesnervenkliniken verfügen auch über neurologische Abteilungen (80 Betten in Gugging und 100 in Mauer), die aber hier außer Betracht bleiben. Neben diesen beiden Krankenhäusern bestehen keine psychiatrisch definierten stationären Versorgungseinrichtungen, jedoch wird ein geringer Teil niederösterreichischer psychiatrischer Patienten an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien behandelt (etwa 200 niederösterreichische Aufnahmen pro Jahr). Daneben finden psychiatrische Patienten auch an neurologischen und an internistischen Abteilungen Aufnahme.

In den beiden Landesnervenkliniken haben die belegten psychiatrischen Betten in den vergangenen zwanzig Jahren drastisch abgenommen. Schon 1992 betrug sie weniger als die Hälfte des Standes von 1974. Bei einer Stichtagserhebung am 20.6.1974 wurden in Mauer 1212 psychiatrische Patienten gezählt, am 24.6.1992 waren es nur noch 598. In Gugging fiel die Patientenzahl von 967 im Jahr 1974 auf 434 im Jahre 1992. (Summe 1974: 2179; Summe 1992: 1032; s. auch Abbildung nächste Seite). Seither ist die Zahl weiter gesunken. 1994 betrug der durchschnittliche psychiatrische Belag in Mauer 570 (ohne geistig Behinderte 498); die gleichen Werte in Gugging lauteten 395 (330 ohne geistig Behinderte). In Gugging ist der durchschnittliche Belag 1995 auf 353 gesunken; 304 ohne geistig Behinderte). Die letztgültigen Systemisierungsbescheide lauten für die Landesnervenklinik Mauer auf 525 psychiatrische Betten (1995) und für Gugging auf 520 psychiatrische Betten (1992). Die Anzahl der Aufnahmen ist jedoch in diesem Zeitraum praktisch gleich geblieben. Im Jahr 1994 betrugen die entsprechenden Zahlen 2.473 in Mauer und 2.095 in Gugging. Dieses Gleichbleiben der Aufnahmezahlen - es handelt sich vorwiegend um Wiederaufnahmen - bei gleichzeitigem drastischen Absinken der Bettenzahlen ist ein Indikator für das Phänomen "Drehtürpsychiatrie" (Patienten werden nach wesentlich kürzeren stationären Aufenthalten als früher entlassen, aber bald wieder aufgenommen, wieder entlassen usw.).

Das Einzugsgebiet der Landesnervenklinik Mauer umfaßt die Bezirke Amstetten, Scheibbs, Lilienfeld, St.Pölten, Melk, Zwettl, Krems, Horn, Waidhofen und Gmünd (etwa 620.000 Einwohner). Daneben ist die Landesnervenklinik Mauer auch die stationäre Versorgungseinrichtung für das nördliche und mittlere Burgenland (ca. 70.000 Einwohner), was jedoch quantitativ eine untergeordnete Rolle spielt.

Die Aufnahmen werden regionalisiert getrennt auf zwei Pavillons zu je 60 systemisierten Betten aufgenommen - aus dem Waldviertel, aus Krems und St.Pölten (fast genau die Hälfte des Einzugsgebietes) auf dem einen, aus dem restlichen Einzugsgebiet auf dem anderen Pavillion. Von den restlichen 405 systemisierten

Belegte psychiatrische Betten in den beiden niederösterreichischen Landesnervenkliniken an zwei Stichtagen 1974 und 1992



psychiatrischen "Betten" sind 80 für geistig Behinderte bestimmt. Ohne Betten für geistig Behinderte gibt es somit 0,65 systemisierte Betten je 1000 Einwohner.

Das Einzugsgebiet der Landesnervenklinik Gugging mit ihren 520 systemisierten psychiatrischen Betten (1992) umfaßt die Bezirke Neunkirchen, Wiener Neustadt, Baden, Mödling, Bruck/Leitha, Wien-Umgebung, Tulln, Hollabrunn, Korneuburg, Stockerau, Mistelbach und Gänserndorf (ca. 855.000 Einwohner). Der Aufnahmeabteilung Nord ("Weinviertel") mit 67 systemisierten Betten (64 aufgestellte) sind ca. 395.000 Einwohner zugeordnet, der Aufnahmeabteilung Süd ("Industrieviertel") ca. 460.000. Das Weinviertel verfügt damit über 0,17 Akutbetten für 1000 Einwohner, das Industrieviertel über 0,15 Akutbetten pro 1000 Einwohner. Die Auslastung der Akutbetten Nord betrug im Jahresschnitt 1995 68,2 %, der Aufnahmeabteilung Süd 62,4 %. Die beiden Regionen Weinviertel und Industrieviertel sind in sich sektoriert - im wesentlichen nach Bezirksgrenzen. Neben den 134 systemisierten Akutbetten bestehen noch 286 Rehabilitationsbetten sowie 82 Betten für gerontopsychiatrische/interne Patienten und für geistig Behinderte das sogenannte Förderpflegeheim ("Kinderhaus") mit 85 Betten. Ohne "Kinderhaus" verfügt die Landesnervenklinik Gugging über 435 systemisierte psychiatrische Betten, das sind auf die Bevölkerung des Einzugsgebietes bezogen 0,51 psychiatrische Betten je 1000 Einwohner.

Zur näheren Beschreibung des Istzustandes wurden in beiden Landesnervenkliniken zwei Untersuchungen durchgeführt, eine Stichtagserhebung und eine Untersuchung der Entlassungen.

In einer Stichtagserhebung am 24.6.1992, 0.00 Uhr, wurden sämtliche zu diesem Zeitpunkt stationär aufgenommenen Patienten in den beiden Landesnervenkliniken erfaßt. Von den 1032 Patienten über 15 Jahre waren 730 Personen 15- bis 64 Jahre alt, und 302 über 64 Jahre. Der Anteil der asylierten Patienten, deren Aufenthalt von der Sozialabteilung des Landes voll bezahlt wird, betrug am Stichtag 66,7% (688 Personen). 1994 betrugen die Ausgaben der Sozialabteilung für diese asylierten Patienten 440 Millionen Schilling. 344 Personen (33,3%) waren nicht asyliert. 6,4% aller Patienten waren am Untersuchungsstichtag im Sinne des Unterbringungsgesetzes untergebracht. Hier ist eine geradezu dramatische Abnahme gegenüber früheren Erhebungen festzustellen, waren doch beispielsweise in einer Stichtagsuntersuchung am 20.6.1974 in allen psychiatrischen Krankenhäusern Österreichs noch 94% aller Patienten unfreiwillig aufgenommen gewesen. 17,0% (175) aller Patienten waren kürzer als ein Monat stationär aufgenommen, etwas mehr (17,9%; N=184) zwischen ein und zwölf Monate, und 65,1% (N=671), also zirka zwei Drittel aller Patienten, waren am Stichtag bereits länger als zwölf Monate stationär. Bei den Diagnosen überwog die "Schizophrenie" (33,5%), gefolgt von "geistiger Behinderung" (20,3%) und "Alkoholismus" mit 11,2%. Zusätzlich wurden bei der Stichtagserhebung die stationsführenden Ärzte nach ihrer Einschätzung der möglichen Entlaßbarkeit ihrer Patienten für den Fall, daß adäquate Wohnmöglichkeiten zur Verfügung stünden, befragt. Drei Viertel aller Patienten (75,6%; 757 Personen) wurden als prinzipiell entlaßbar eingestuft ("sichere Entlassung in einigen Wochen nach Hause": 18,1%; "Entlassung in ein rund um die Uhr betreutes Wohnheim": 41,5%; "Entlassung in ein tagsüber betreutes Wohnheim": 14,9%; "Entlassung in ein unbetreutes Wohnheim": 1,1%). Demgegenüber wurden 13,9% der Patienten (N=142) als vermutlich nicht entlaßbar, weitere 10,5% (N=107) als "sicher nicht entlaßbar" eingestuft.

Da auswertbare diagnostisch relevante Daten nur für Entlassungen, nicht aber für Aufnahmen zur Verfügung stehen, wurden Daten der Entlassungen aus den beiden Landesnervenkliniken der drei Jahre 1989 bis 1991 ausgewertet. Im Durchschnitt wurden pro Jahr 4327 Patienten über 15 Jahre aus den beiden Krankenhäusern entlassen. 3216 davon waren zwischen 15 und 64 Jahre alt, 1111 über 64 Jahre alt. Die Rate bezogen auf 1000 Einwohner über 15 Jahre liegt damit bei 3,78. Bei den Entlassungsdiagnosen aus den beiden Krankenhäusern überwog "Schizophrenie" mit 22,5% (N=985), gefolgt von "Alkoholismus" mit 20,1% (N=868), "Demenz" mit 9,8% (N=424), "Neurose" mit 9,6% (N=415), "Affektive Psychosen" mit 8,9% (N=384) [bei einem relativ großen Rest "anderer" Diagnosen von 28,9% (N=1251)].

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß am 24.6.1992 0,9 je 1000 Einwohner Niederösterreichs in stationärer psychiatrischer Behandlung standen. Bemerkenswert ist, daß zwei Drittel der Patienten asyliert, also von der Krankenkasse "ausgesteuert" waren, daß ebenfalls zwei Drittel bereits länger als ein Jahr stationär aufgenommen waren, daß aber umgekehrt drei Viertel der Patienten von den behandelnden Ärzten bei Bestehen geeigneter extramuraler Wohnmöglichkeiten als "aus der Anstalt entlaßbar" eingestuft wurden. Beinahe die Hälfte aller Patienten wäre in ein wesentlich billigeres rund um die Uhr betreutes Wohnheim entlaßbar. Bei der Analyse der Entlassungen zeigt sich, daß ein hoher Nachbetreuungsbedarf bestehen muß, werden doch jährlich über 4300 Patienten aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen.

NÖ Schriften

In dieser Reihe bereits erschienen:

- Nr. 1 NÖ Legistische Richtlinien 1987
ISBN 3-85006-000-4 (März 1987),
kostenpflichtig
- Nr. 2 NÖ Agenden/Aktivitäten 1986/1987
Jahrbuch der NÖ Landesverwaltung
ISBN 3-85006-001-2 (April 1987)
- Nr. 3 Umweltschutz in Niederösterreich
"Lärmschutz" (Mai 1987)
- Nr. 4 Energiesparen, Förderungen für private
Haushalte in Niederösterreich 1987
ISBN 3-85006-002-0 (Juni 1987),
vergriffen
- Nr. 5 O.E. Pfeiffer, E. Strouhal, R. Wodak:
Recht auf Sprache - Verstehen und
Verständlichkeit von Gesetzen
Orac Verlag
ISBN 3-7015-4173-6 (Juli 1987)
- Nr. 6 Baugestaltung landwirtschaftlicher
Bauten in Niederösterreich
(September 1987)
- Nr. 7 NÖ Führungsrichtlinien (November 1987)
- Nr. 8 Schule - Berufsbildung - Wirtschaft.
Enquete der NÖ Landesregierung
ISBN 3-85006-003-9 (Dezember 1987)
- Nr. 9 Hallo Niederösterreich -
Ein Behördenführer für junge Leute
ISBN 3-85006-004-7 (Jänner 1988),
vergriffen
- Nr. 10 A. Kusternig, H. Feigl:
Bergbau in Niederösterreich
ISBN 3-85006-005-5 (Februar 1988)
- Nr. 11 F. Oswald, H. Waldhauser:
Stichwort Niederösterreich.
Ein blau-gelber Almanach in Wort und Bild.
ISBN 3-85006-006-3 (März 1988)
- Nr. 12 NÖ Agenden/Aktivitäten 1987/1988
Jahrbuch der NÖ Landesverwaltung
ISBN 3-85006-007-1 (April 1988)
- Nr. 13 Fernwärme in Niederösterreich
"Seitenstetten" (April 1988)
- Nr. 14 Umweltschutz in Niederösterreich
"Strahlenschutz" (April 1988) Nr. 15
Umweltschutz in Niederösterreich
"Projekt Glanzstoff, St. Pölten" (April 1988)

- Nr. 16 Niederösterreich '88, Niederösterreich '88
Texte eines Gedenkens, Bilder einer
Ausstellung
ISBN 3-85006-008-X (Juni 1988)
- Nr. 17 175 Jahre NÖ Landesbibliothek
ISBN 3-85006-009-8 (Juni 1988)
- Nr. 18 Elektrifizierung in Niederösterreich
(Juni 1988)
- Nr. 19 Der Bauer hat Zukunft.
NÖ Agrarenquete 1988
ISBN 3-85006-010-1 (Juni 1988)
- Nr. 20 Mensch - Weg - Landschaft.
60 Jahre Güterwegbau in
Niederösterreich
ISBN 3-85006-011-X (August 1988)
- Nr. 21 Wein - Kultur - Landwirtschaft
10 Jahre Sonderregionalprogramm
Raum Wachau/Krems
ISBN 3-85006-014-4 (September 1988)
(vergriffen)
- Nr. 22 W. Liehr: Kommentar zum
NÖ Auskunfts-gesetz
ISBN 3-85006-012-8 (September 1988),
kostenpflichtig
- Nr. 23 Die Verantwortung des Forschers.
Symposium vom 29. Mai 1987
ISBN 3-85006-013-6 (November 1989)
- Nr. 24 P. Hacker, R. Spendlingwimmer:
Karstwasservorkommen Oberes Erlauf-tal
ISBN 3-85006-015-2 (Jänner 1989)
- Nr. 25 A.J. Egger, S. Polegeg:
Mineralische Rohstoffe in Niederösterreich.
Forschungsergebnisse 1978 - 1985
ISBN 3-85006-016-0 (Februar 1989)
- Nr. 26 G. Schörner, R. Schönstein:
Jährliches Rohstoffpotential der
forstlichen Biomasse Niederösterreichs
ISBN 3-85006-017-9 (Februar 1989)
- Nr. 27 Integration in Niederösterreich.
Gemeinsame Erziehung von behinderten
und nichtbehinderten Kindern im
Kindergarten
ISBN 3-85006-018-7 (Februar 1989)
- Nr. 28 NÖ Behindertenhilfe 2000.
Bestandaufnahme, Aufgaben, Ziel
ISBN 3-85006-019-5 (März 1989)
- Nr. 29 Bayrische Hochstifte und Klöster
in Niederösterreich
Studien und Forschungen aus dem

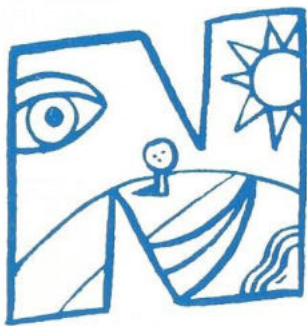
NÖ Institut für Landeskunde, Band 11
ISBN 3-85006-020-9 (März 1989)

- Nr. 30 NÖ Forschungsbericht 1989
ISBN 3-85006-021-7 (März 1989)
- Nr. 31 NÖ Agenden/Aktivitäten.
Jahrbuch der NÖ Landesverwaltung
1988/1989
ISBN 3-85006-022-5 (April 1989)
- Nr. 32 Hallo Niederösterreich - Ein Behörden-
führer für Familien
ISBN 3-85006-023-3 (Dezember 1989)
- Nr. 33 Statistisches Handbuch des Landes
Niederösterreich
ISBN 3-85006-025-X (November 1989)
- Nr. 34 Versuche und Ansätze zur
Industrialisierung des Waldviertels.
Vorträge und Diskussionen des achten
Symposiums des NÖ Institutes für
Landeskunde, Weitra, 6. bis 8. Juli 1987
ISBN 3-85006-024-1 (Februar 1990)
- Nr. 35 Die Vereinbarkeit öffentlicher Ämter.
Enquete des Landtages von
Niederösterreich am 7. Juni 1989
ISBN 3-85006-026-8 (Februar 1990)
- Nr. 36 Energiesparen.
Förderungen für private Haushalte in
Niederösterreich 1990
ISBN 3-85006-027-6 (Februar 1990)
- Nr. 37 NÖ Agenden/Aktivitäten
Jahrbuch der NÖ Landesverwaltung
1989/90
ISBN 3-85006-028-4 (April 1990)
- Nr. 38 Probleme des niederösterreichischen
Weinbaus in Vergangenheit und
Gegenwart. Vorträge des 9. Symposiums
des Niederösterreichischen Instituts
für Landeskunde, Retz, 4. - 6. Juli 1988
ISBN 3-85006-029-2 (April 1990)
- Nr. 39 Gemeinderatswahlen Niederösterreich
25. März 1990
Eine gemeindeweise Darstellung
ISBN 3-85006-030-6 (April 1990)
(vergriffen)
- Nr. 40 Niederösterreich zwischen Heute und der
Weltfachausstellung 1995
ISBN 3-85006-031-4 (April 1990)
- Nr. 41 Europäische Gemeinschaft - Chancen und
Risiken für Niederösterreich
Enquete, Wirtschaftsförderungsinstitut
der Handelskammer NÖ,

St. Pölten, 10. April 1989
ISBN 3-85006-032-2 (Juni 1990)

- Nr. 42 "Meine Zukunft" Mal- und Aufsatzwett-
bewerb veranstaltet vom Land
Niederösterreich
ISBN 3-85006-033-0 (Oktober 1990)
- Nr. 43 Mit Kindern auf dem Weg
Gedanken, Referate, Zusammenfassung
NÖ Kindergartensymposium 1987 - 1989
ISBN 3-85006-034-9 (Oktober 1990)
- Nr. 44 Statistisches Handbuch des Landes
Niederösterreich
ISBN 3-85006-035-7 (September 1990)
- Nr. 45 NÖ Agenden/Aktivitäten 1990/1991
Jahrbuch der NÖ Landesverwaltung
ISBN 3-85006-036-5 (April 1991)
- Nr. 46 NÖ Forschungsbericht 1988-90
ISBN 3-85006-037-3 (August 1991)
- Nr. 47 Monika Prüller, Das Karmelittinnenkloster
"Unsere liebe Frau vom Berge Karmel"
zu St. Pölten (1706-1782); mit einem
Beitrag von Karl Gutkas,
Hrsg. Willibald Rosner (=Studien und
Forschungen aus dem NÖ Institut
für Landeskunde, Hrsg. Willibald Rosner,
Band 14) Wien 1991
ISBN 3-85006-038-1 (Sept./Okt. 1991)
- Nr. 48 Adel im Wandel, Vorträge und
Diskussionen des elften Symposiums des
NÖ Instituts für Landeskunde - Horn,
2. - 5. Juli 1990, Hrsg. Helmuth Feigl u.
Willibald Rosner (=Studien und
Forschungen aus dem NÖ Institut für
Landeskunde, Hrsg. Helmuth Feigl,
Band 15) Wien 1991
ISBN 3-85006-039-X (August 1991)
- Nr. 49 Statistisches Handbuch des Landes
Niederösterreich ISBN 3-85006-040-3,
(September 1991) Nr. 50 Jugendheime in
Niederösterreich vom Heute zum Morgen.
Ein sozialpädagogisches Konzept im
Rahmen der Jugendwohlfahrt
ISBN 3-85006-041-1 (Februar 1992)
- Nr. 51 NÖ Agenden/Aktivitäten 1991/1992
Jahrbuch der NÖ Landesverwaltung
ISBN 3-85006-042-X (Juli 1992)
- Nr. 52 Miteinander leben im Pensionistenheim
ISBN 3-85006-043-8 (September 1992)
- Nr. 53 Meta Niederkorn-Bruck,
Der Heilige Koloman,

- Der erste Patron Niederösterreichs.
(= Studien und Forschungen aus dem
NÖ Institut für Landeskunde, Band 16)
Wien 1992 ISBN 3-85006-044-6
- Nr. 54 Behindert - Wer hilft in Niederösterreich?
(September 1992) ISBN 3-85006-045-4
- Nr. 55 Der Truppenübungsplatz Allentsteig.
Region, Entstehung, Nutzung und Aus-
wirkungen, Die Vorträge des 12. Sym-
posiums des Niederösterreichischen
Instituts für Landeskunde - Allentsteig,
1. bis 4. Juli 1991,
hrsggeg. v. Willibald Rosner
(= Studien und Forschungen aus dem
NÖ Institut für Landeskunde,
hrsggeg. v. Silvia Petrin und
Willibald Rosner, Band 17) Wien 1992
ISBN 3-85006-046-2
- Nr. 56 Statistisches Handbuch des
Landes Niederösterreich
ISBN 3-85006-047-0
- Nr. 57 H. Braun: Emissionen bei der Verbrennung
ISBN 3-85006-048-9
- Nr. 58 P. Hacker: Isotopenhydrologische
Untersuchungen im Südlichen
Wiener Becken ISBN 3-85006-49-7
- Nr. 59 J. Ringhofer: Deponiegasnutzung in
Niederösterreich, ISBN 3-85006-050-0
- Nr. 60 U. Eisinger, R. Gutdeutsch, Ch. Hammerl
Beiträge zur Erdbeben-geschichte
von Niederösterreich
ISBN 3-85006-051-9 (vergriffen)
- Nr. 61 Adoption von arm und reich
Weg - Ausweg - Irrweg
Adoption von Kindern aus
"Entwicklungsländern" (Mai 1993)
ISBN 3-85006-052-7
- Nr. 62 NÖ Agenden/Aktivitäten 1992/1993
Jahrbuch der NÖ Landesverwaltung
ISBN 3-85006-054-3 (Juli 1993)
- Nr. 63 Landtagswahl Niederösterreich
16. Mai 1993 eine wahlkreis- und
gemeindeweise Darstellung
ISBN 3-85006-067-5
- Nr. 64 Johannes Seidl, Das Kopialbuch
der Zeche Unserer Lieben Frau zu
Perchtoldsdorf (= Studien und For-
schungen aus dem NÖ Institut für
Landeskunde, Band 18) Wien 1993
ISBN 3-85006-055-0
- Nr. 65 Ralph Andraschek-Holzer,
Der Geraser deutsche Psalter aus dem
15. Jhd. - Text, Untersuchung und
kulturgeschichtliche Beurteilung
(= Studien und Forschungen aus dem
NÖ Institut für Landeskunde,
Band 19) Wien 1993
ISBN 3-85006-056-X
- Nr. 66 Statistisches Handbuch des
Landes Niederösterreich
ISBN 3-85006-057-8
- Nr. 67 Die ARGE Donauländer
ISBN 3-85006-058-6
- Nr. 68 Kerschbaumer, Mit Kindern auf dem Weg
Referate zu NÖ Kindergartensymposien
ISBN 3-85006-059-4
- Nr. 69 NÖ Agenden/Aktivitäten 1993/94
Jahrbuch der NÖ Landesverwaltung
ISBN 3-85006-060-8 (Juli 1994)
- Nr. 70 Sommerfrische, Aspekte eines Phänomens
Vorträge des 13. Symposiums des
Niederösterreichischen Instituts für
Landeskunde Reichenau an der Rax,
5. bis 8. Juli 1993
ISBN 3-85006-061-6
- Nr. 71 Gesundheitsforum Niederösterreich
Darstellung der Gesundheitsvorsorgen
in Niederösterreich
ISBN 3-85006-062-4 (April 1994)
- Nr. 72 Neue Regionalkultur im Gespräch
Beispiele kultureller Aktivitäten
in Niederösterreich
ISBN 3-85006-063-2 (September 1994)
- Nr. 73 NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime
stellen sich vor.
Darstellung der Altersversorgung durch
das Zentrum für Alternswissenschaften
Krems
ISBN 3-85006-064-0 (Juli 1994)
- Nr. 74 Die Bezirkshauptmannschaft gestern und
heute
Referate anlässlich der Gesamtösterreichi-
schen Bezirksleutekonferenz am
1. 9. 1993 ISBN 3-85006-065-9
(September 1994)
- Nr. 75 Statistisches Handbuch des Landes
Niederösterreich 1993/1994
Amt der NÖ Landesregierung,
Abt. R/2-Statistik
ISBN 3-85006-066-7 (September 1994)
- Nr. 76 Gemeinderatswahlen Niederösterreich
19. März 1995
Eine gemeindeweise Darstellung
ISBN 3-85006-068-3
- Nr. 77 Auslandsadoption Mai 1995
3-85006-069-1
- Nr. 78 Neurologieplan Niederösterreich
Plan zur stationären neurologischen Ver-
sorgung in Niederösterreich
M. Brainin und A. Dachenhausen
Juni 1996 3-85006-070-5
- Nr. 79 Bedingungen und Auswirkungen
integrativer Erziehung in NÖ Kindergärten
Eine empirische Studie - R. Hanich, K. Krusch,
H. Stary, E. Tatzer 3-85006-071-3
- Nr. 80 Ausgliederungsprojekt geistig Behinderter
"Wohnen wie IHR"
Hans Mayer
3-85006-072-1
- Nr. 81 Agenden/Aktivitäten 1994/1995
3-85006-073-X
- Nr. 82 Statistisches Handbuch 1994/1995
Abt. R/2 - Statistik
September 1995
3-85006-074-8
- Nr. 83 Zentrum und Regionen
Museumslandschaft in Niederösterreich
K. Brunner, A. Kusternig, F. Steininger
Oktober 1995
3-85006-075-6
- Nr. 84 Niederösterreich 1945 - Südmähren 1945
Die Vorträge des 14. Symposiums des
NÖ Institutes für Landeskunde
zugleich Verbindendes und Trennendes
an der Grenze bei Hollabrunn 4. - 7. Juli 1994,
herausgegeben von Ernst Bezemek und
Willibald Rosner
3-85006-076-4
- Nr. 85 Richtlinie zur Führung und Mitarbeit in
der NÖ Landesverwaltung
LAD-Aus- und Weiterbildung
Dezember 1995 3-85006-077-2
- Nr. 86 Handbuch für die artgerechte Haltung
von Greifvögeln und Eulen in NÖ
3-85006-078-0
- Nr. 87 Psychiatrieplan Niederösterreich
3-85006-079-9



DEIN SCHÖNES STÜCK ÖSTERREICH