

Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Heinz Katschnig
Peter Denk
Barbara Weibold

**Universitätsklinik für Psychiatrie
Wien 2003**

Kapitel A Ziele, Leitlinien und Grundstruktur

Kapitel B Die regionale psychiatrische
Grundversorgung für Erwachsene
einschließlich alter Menschen

Kapitel C Die überregionale psychiatrische
Spezialversorgung

Kapitel D Umsetzungsstrategien

Hinweise

Da es sich bei diesem Bericht um die Evaluierung des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995 handelt, wird auf diesen Plan immer wieder Bezug genommen. Dabei ist Folgendes zu beachten:

1. Als Abkürzung für den Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995 wurde NÖP95 gewählt.
2. Es wurde die Gliederung des NÖP95 in vier große Abschnitte prinzipiell beibehalten.

Teil A „Ziele, Leitlinien und Grundstruktur“ zeichnet die Entstehungsgeschichte dieser Evaluation nach, beschreibt die modernen Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung, an die sich diese Evaluation hält, und stellt die raumplanerischen und fachlichen Grundlagen für die in den weiteren Teilen beschriebenen konkreten Empfehlungen dar.

Teil B „Die regionale psychiatrische Grundversorgung für Erwachsene einschließlich alter Menschen“ beschreibt Dienste und Einrichtungen der psychiatrischen Grundversorgung auf der Ebene der 7 definierten Psychiatrieregionen für Niederösterreich.

Teil C befasst sich mit der „Überregionalen psychiatrischen Spezialversorgung“ der Gebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie stationäre Psychotherapie/Verhaltensmedizin.

Teil D schließlich behandelt „Umsetzungsstrategien“.

3. Aussagen des NÖP95 wurden an den entsprechenden Stellen dieses Berichtes zum Teil wörtlich, zum Teil zusammengefasst dargestellt. Damit eine klare Unterscheidung zwischen den damaligen Aussagen und der Evaluation 2003 getroffen werden kann, sind diese Aussagen des NÖP95 *kursiv* gedruckt.
4. In der Konzeptualisierung dieser Evaluation des NÖP95 wird die Bezeichnung „Sektor“ auf der psychiatrischen Versorgungsebene gleichbedeutend mit der Bezeichnung „Bezirk“ auf der politischen Verwaltungsebene verwendet. Beide Begriffe werden im Text alternierend eingesetzt.
5. Im vorliegenden Bericht werden sowohl die männliche Schreibweise als auch die männlich/weibliche Schreibweise verwendet. Auch in jenen Bereichen, in denen nur die männliche Form verwendet wird, sind immer beide Geschlechter gemeint.

TEIL A..... 9

ZIELE, LEITLINIEN UND GRUNDSTRUKTUR..... 9

KAPITEL 1	10
HINTERGRUND, ZIELE UND ARBEITSWEISE.....	10
Übersicht zu A.1 „Hintergrund, Ziele und Arbeitsweise“.....	11
A.1.1 Die Entwicklung bis zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995	12
A.1.2 Globale Trends in der psychiatrischen Versorgung.....	14
A.1.3 Arbeitsweise und Ziele der Evaluation des NÖP95.....	17
A.1.4 Charakter dieser Evaluation: „Rahmenempfehlungen“ für die Weiterentwicklung	19
KAPITEL 2	21
LEITLINIEN	21
Übersicht zu Abschnitt A.2 „Leitlinien“	22
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995	23
Evaluation 2003	24
KAPITEL 3	39
VERSORGUNGSPLANERISCHE	39
RAHMENBEDINGUNGEN	39
Übersicht zu Abschnitt A.3 „Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen“	40
Kapitel 3.1.....	41
Regionalisierung und Lebensfeldnähe	41
A.3.1.1 Definition der Psychiatrieregionen.....	42
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995	42
Evaluation 2003	44
A.3.1.1.1 Die Ausgangslage: Zwei psychiatrische Großkrankenhäuser.....	45
A.3.1.1.2 Die fünf Gesundheitsversorgungsregionen des NÖKAG.....	46
A.3.1.1.3 Die sieben an die Gesundheitsversorgungsregionen adaptierten.....	50
Psychiatrieregionen Niederösterreichs.....	50
A.3.1.1.4 Die Erreichbarkeit der zentralen Orte in den sieben Psychiatrieregionen	55
A.3.1.2 Stufenplan der Versorgung.....	68
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995.....	68
Evaluation 2003	69
A.3.1.2.1 Allgemeines.....	69
A.3.1.2.2 Das hier vorgeschlagene Modell.....	71
Kapitel 3.2.....	76
Rechtliche und planerische Vorgaben	76
Übersicht zu A.3.2 Rechtliche und planerische Vorgaben.....	77
A.3.2.1 Rechtliche Vorgaben im Bereich Gesundheit	83
Aussagen zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995.....	83
Evaluation 2003	83
A.3.2.2 Rechtliche Vorgaben im Bereich Soziales	93
Aussagen zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995.....	93
A.3.2.3 Planungen für verwandte Versorgungsbereiche	97
Aussagen zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995.....	97
Evaluation 2003	98

TEIL B..... 100

DIE REGIONALE PSYCHIATRISCHE GRUNDVERSORGUNG FÜR ERWACHSENE EINSCHLIEßLICH ALTER MENSCHEN..... 100

ÜBERSICHT ZU „DIE REGIONALE PSYCHIATRISCHE GRUNDVERSORGUNG FÜR ERWACHSENE EINSCHLIEßLICH ALTER MENSCHEN“	101
AUSSAGEN DES NIEDERÖSTERREICHISCHEN PSYCHIATRIEPLANS 1995	104
EVALUATION 2003	106
KAPITEL 1	111

DAS REGIONALE ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT	111
Übersicht zu B.1 Das Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit	112
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995	112
Evaluation 2003	114
Kapitel 1.1	117
Vollstationäre Behandlung im Rahmen des RZSG	117
Übersicht zu B.1.1 „Vollstationäre Behandlung“ im Rahmen des „Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit“	118
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995	119
Evaluation 2003	121
B.1.1.1 Zielgruppe	121
B.1.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen	122
B.1.1.3 Aktuelle Versorgungslage	122
B.1.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung	127
Kapitel 1.2	136
Tagesklinische Behandlung	136
Übersicht zu „B.1.2 Tagesklinische Behandlung im Rahmen des Zentrums für Seelische Gesundheit“	137
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995	138
Evaluation 2003	139
B.1.2.1 Zielgruppe	139
B.1.2.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen	140
B.1.2.3 Aktuelle Versorgungslage	144
B.1.2.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung	145
Kapitel 1.3	173
Krisendienst im Rahmen des RZSG	173
Übersicht zu „B.1.3 Krisendienst“	174
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995	175
Evaluation 2003	176
B.1.3.1 Zielgruppe	176
B.1.3.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen	176
B.1.3.3 Aktuelle Versorgungslage	177
B.1.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung	183
KAPITEL 2	191
AMBULANTE UND MOBILE DIENSTE AUF BEZIRKSEBENE	191
Übersicht zu „B.2 Ambulante und mobile Dienste auf Bezirksebene“	192
Kapitel 2.1	194
Niedergelassene PsychiaterInnen	194
Übersicht zu „B.2.1 Niedergelassene PsychiaterInnen auf Bezirksebene“	195
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplanes 1995	196
Evaluation 2003	198
B.2.1.1 Zielgruppe	199
B.2.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen	200
B.2.1.3 Aktuelle Versorgungslage	201
B.2.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung	207
ABB. 1: STANDORTE DER NIEDERGELASSENEN FACHÄRZTINNEN FÜR PSYCHIATRIE (UND NEUROLOGIE)	203
Kapitel 2.2	211
Konsiliarpsychiatrische Versorgung von PatientInnen in Allgemeinkrankenhäusern auf Bezirksebene	211
Übersicht zu Kapitel „B.2.1 Konsiliarpsychiatrische Versorgung von PatientInnen in Allgemeinkrankenhäusern im Rahmen von ambulanten und mobilen Diensten auf Bezirksebene“	212
Aussagen des NÖP95	214
Evaluation 2003	215
B.2.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen	215
B.2.1.3 Aktuelle Versorgungslage	216
B.2.1.4 Umsetzungsempfehlungen	221
Kapitel 2.3	225
Psychosoziale Dienste auf Bezirksebene	225
Übersicht zu „B.2.3 Psychosoziale Dienste (PSD)“	226
Aussagen des NÖ Psychiatrieplanes 1995	231
Evaluation 2003	232

B.2.3.1 Zielgruppe.....	233
B.2.3.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen.....	234
B.2.3.3 Aktuelle Versorgungslage.....	237
B.2.3.4 Stärken-/Schwächenanalyse.....	242
B.2.3.5 Empfehlungen für die Weiterentwicklung.....	246
B.2.3.6 Umsetzungsempfehlungen.....	252
Kapitel 2.4.....	272
Niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychologInnen.....	272
Kapitel 2.5.....	282
Niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und ÄrztInnen mit PSY-Diplom.....	282
Kapitel 2.6.....	285
Soziale Dienste.....	285
KAPITEL 3.....	297
"KOMPLEMENTÄRE" DIENSTE UND EINRICHTUNGEN IN DEN VERSORGUNGSBEREICHEN „SELBSTVERSORGUNG UND WOHNEN“, „TAGESGESTALTUNG UND KONTAKTFINDUNG“ UND „ARBEIT UND AUSBILDUNG“.....	297
SOWIE SELBSTHILFEORGANISATIONEN.....	297
Kapitel 3.1.....	298
"Komplementäre" Dienste und Einrichtungen.....	298
Übersicht zu "B.3.1 Dienste und Einrichtungen in den Versorgungsbereichen 'Selbstversorgung und Wohnen', 'Tagesgestaltung und Kontaktfindung' und 'Arbeit und Ausbildung'“.....	299
Aussagen des NÖ Psychiatrieplans 1995 (NÖP 95).....	302
Evaluation 2003.....	305
B.3.1.1 Zielgruppe.....	305
B.3.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen.....	307
B.3.1.3 Empfehlungen für die Weiterentwicklung.....	311
B.3.1.3.1 Generelle Empfehlungen.....	312
B.3.1.3.2 Empfehlungen im Detail.....	318
B.3.1.3.2.1 Bereich Selbstversorgung und Wohnen.....	320
B.3.1.3.2.2 Bereich Tagesgestaltung und Kontaktfindung.....	398
B.3.1.3.2.3 Bereich Arbeit und Ausbildung.....	432
Kapitel 3.2.....	470
Selbsthilfe.....	470
B.3.2.2 Angehörigenselbsthilfe.....	477
TEIL C.....	480
DIE ÜBERREGIONALE PSYCHIATRISCHE SPEZIALVERSORGUNG.....	480
ÜBERSICHT ZU C. DIE ÜBERREGIONALE PSYCHIATRISCHE SPEZIALVERSORGUNG.....	481
AUSSAGEN DES NIEDERÖSTERREICHISCHEN PSYCHIATRIEPLANS 1995.....	483
EVALUATION 2003:.....	485
KAPITEL 1.....	497
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE.....	497
Übersicht zu C.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	498
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995.....	499
Evaluation 2003.....	500
C.1.1 Zielgruppe.....	500
C.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen.....	501
C.1.3 Aktuelle Versorgungslage.....	502
C.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung.....	502
KAPITEL 2.....	506
ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN.....	506
Übersicht zu C.2 Abhängigkeitserkrankungen.....	507
Kapitel 2.1.....	508
Alkoholabhängigkeit.....	508
Übersicht zu C.2.1 Alkoholabhängigkeit.....	509
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995.....	510

Evaluation 2003.....	511
C.2.1.1 Zielgruppe.....	511
C.2.1.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen.....	511
C.2.1.3 Aktuelle Versorgungslage	512
C.2.1.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung.....	513
Kapitel 2.2.....	516
Drogenabhängigkeit.....	516
Übersicht zu C.2.2 Drogenabhängigkeit	517
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995.....	517
Evaluation 2003.....	519
C.2.2.1 Zielgruppe.....	519
C.2.2.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen.....	519
C.2.2.3 Aktuelle Versorgungslage	520
C.2.2.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung.....	521
KAPITEL 3	522
PSYCHOTHERAPIE.....	522
Übersicht zu C.3 Psychotherapie	523
Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995	523
Evaluation 2003	525
C.3.1 Zielgruppe	525
C.3.2 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen.....	526
C.3.3 Aktuelle Versorgungslage	526
C.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung	528
TEIL D.....	530
UMSETZUNGSSTRATEGIEN	530
KAPITEL 1	531
PLANUNG, STEUERUNG, KOORDINATION DER VERSORGUNG.....	531
Übersicht zu D.1 Planung, Steuerung, Koordination der Versorgung	532
Aussagen des NÖ Psychiatrieplanes 1995.....	533
Evaluation 2003	535
D.1.1 Derzeitige Steuerungs- und Koordinations-Struktur in der psychiatrischen Versorgung	537
D.1.1.1 Steuerungsebene	537
D.1.1.2 Institutionen-Ebene.....	544
D.1.1.3 Klienten-Ebene	546
D.1.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung.....	547
D.1.2.1 Klienten-Ebene: Personenzentrierte Hilfeleistungen sowie Fallkonferenzen	548
D.1.2.2 Institutionen-Ebene: Organisations- und Kooperationsmaßnahmen sowie Sektorkonferenz	551
D.1.2.3 Steuerungsebene: Regionale und überregionale Steuerung sowie Regionalkonferenz.....	554
D.1.2.4 Psychiatriebeauftragter und Psychiatrieplanungsagentur.....	558
D.1.2.5 Weitere Aspekte einer integrierten psychiatrischen Versorgung.....	561
Individuelle Hilfeplanung.....	566
TEIL D.....	570
Kapitel 2.....	570
Finanzierung	570
Übersicht	571
Aussagen des NÖ Psychiatrieplanes 1995 (NÖP95).....	572
Evaluation 2003	574
D.2.1 Grundlagen der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung	574
D.2.2 Derzeitige Finanzierungsstrukturen der psychiatrischen Versorgung Niederösterreichs	577
D.2.2.1 Finanzierungsstrukturen im Bereich ‚Gesundheit‘.....	577
D.2.2.1.1 Kostenträger	577
D.2.2.1.2 Die Krankenanstaltenfinanzierung („Akutbereich“).....	578
D.2.2.1.3 Niedergelassene Fachärzte.....	584

D.2.2.1.4 Sonstige Leistungen im niedergelassenen Bereich	584
D.2.2.2. Finanzierungstrukturen im ‚Bereich Soziales‘	585
D.2.2.2.1 Kostenträger (Abb. 3.2.2.1.)	585
D.2.2.2.2 Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds/ Bereich Soziales (NÖGUS-S) ..	587
D.2.2.2.3 Der Langzeit-Krankenhausbereich	587
D.2.2.2.4 LPPHs und der privaten Vertragsheime	588
D.2.2.2.5 Betreute Wohnformen	588
D.2.2.2.6 Tagesstätten	590
D.2.2.2.7 Psychosoziale Dienste	591
D.2.2.2.8 Clubs	591
D.2.2.2.9 Suchtberatung	592
D.2.2.2.10 Familienberatung	592
D.2.2.2.11 Komplementäre Einrichtungen im Bereich Arbeit: Institut für berufliche Integration, Arbeitsassistentz, Beschäftigungs- und Berufsorientierung	592
D.2.2.2.12 Krisentelefon	593
D.2.2.2.13 Sonstiges: Vertragliche Charakteristika	593
D.2.2.2.14 Finanzierungsströme Bereich ‚Soziales‘	593
D.2.2.3 Die Finanzierung im Gesamtüberblick	599
D.2.2.3.1 Grafische Darstellung der Finanzierungsströme	599
D.2.2.3.2 Tabellarischer Überblick der Finanzierung aus der Sicht der Kostenträger	604
D.2.3 Überblick über die Anreizwirkungen innerhalb der Finanzierungsstrukturen und deren Folgewirkungen für die Versorgung	609
D.2.3.1 Anreizwirkungen durch Vergütungsformen	610
D.2.3.2 Monetäre Transfermodi	611
D.2.3.3 Sonstige Charakteristika	613
D.2.4 Finanzierungsmodelle	614
D.2.4.1 Kriterien	615
D.2.4.2 Modelle	617
D.2.4.2.1 Modell 1: ‚Status Quo Modell‘ (Abb. D.3.4.2.1)	617
D.2.4.2.2 Modell 2: ‚NÖGUS-S Modell‘ (Abb. 3.4.2.2.)	617
D.2.4.2.3 Modell 3: ‚NÖGUS-Modell‘ (Abb. D.3.4.2.3)	619
D.2.4.2.4 Modell 4: ‚Regionales S-Modell‘ (Abb. D.3.4.2.4)	620
D.2.4.2.5 Modell 5: ‚Regionales Psychiatriebudget‘ (Abb. D.3.3.4.2.5.1.; D.3.3.4.2.5.2)	620
D.2.3.4.3 Beurteilung der Modelle	629
KAPITEL 3	638
PERSONALENTWICKLUNG	638
Übersicht zu D.3 Personalentwicklung	639
Aussagen des NÖ Psychiatrieplans 1995 (NÖP95)	640
Evaluation 2003	642
D.3.1 Formen der Personalentwicklung	643
D.3.2 Zielgruppe	646
D.3.3 Beispiele aktueller Erhebungen zur Personalentwicklung	647
D.3.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung	653

Teil A

Ziele, Leitlinien und Grundstruktur

- A.1 Hintergrund, Ziele und Arbeitsweise
- A.2 Leitlinien
- A.3 Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

Teil A

Kapitel 1

Hintergrund, Ziele und Arbeitsweise

Übersicht

- A.1.1 Die Entwicklung bis zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995
- A.1.2 Globale Trends in der psychiatrischen Versorgung
- A.1.3 Arbeitsweise und Ziele der Evaluation des NÖP95
- A.1.4 Charakter dieser Evaluation: „Rahmenempfehlungen“ für die Weiterentwicklung

Übersicht zu A.1 „Hintergrund, Ziele und Arbeitsweise“

Im Kapitel A.1 „Hintergrund, Ziele und Arbeitsweise“ werden zunächst die Entwicklungen, die zu dem hier vorliegenden Bericht geführt haben, dargestellt, und zwar sowohl die bisherigen Psychiatriereformbestrebungen in Niederösterreich, deren Beginn auf die 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts zurückgeht, als auch die neuen globalen Trends in der psychiatrischen Versorgung. Generell lässt sich sagen, dass - auf einen „Aufstieg der psychiatrischen Anstalten“ im 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und auf eine Phase der Anstaltskritik in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts - nunmehr eine Phase der „Ausgewogenheit“ zwischen verschiedenen Arten von „Diensten und Einrichtungen“ folgt, die explizit die Autonomie und Bedürfnisse der Betroffenen in den Vordergrund stellt, was heute als „personenzentrierter Ansatz“ bezeichnet wird. Auf ihn wird als Grundorientierung dieser Evaluation in Kapitel A.2 (Leitlinien) ausführlich eingegangen.

Des Weiteren werden in diesem Abschnitt die in Niederösterreich seit 1995 eingetretenen Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung und in den planerischen Rahmenbedingungen dargestellt. Auch nach Auftragserteilung im Jahre 2000 kam es ja laufend zu Veränderungen, die in die hier vorliegende Evaluation eingearbeitet werden mussten. Die dabei gewählte Arbeitsweise wird beschrieben. Schließlich wird der Charakter dieser Evaluation als „Rahmenempfehlung“ erläutert, in der zwar die Richtung, in die weiter geplant werden muss, vorgeben wird, gleichzeitig aber für die praktische Umsetzung genügend Spielraum im Sinne der Berücksichtigung lokaler Bedingungen und allfälliger neuer gesetzlicher und finanzieller Rahmenbedingungen gelassen wird.

A.1.1 Die Entwicklung bis zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995

Hier ist der entsprechende Text des NÖP95 wiedergegeben:

Heute steht 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 über zwei Jahrzehnten 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 Gehirnerkrankheiten 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 "gemeindenahe Psychiatrie" („community psychiatry“) unternommen worden, allerdings mit unterschiedlichem Erfolg. "Gemeindenahe 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 "gemeindenahe 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 Alois Marksteiner, gesetzt. Er führte für den östlichen Teil Niederösterreichs eine "innere" (d.h. im Krankenhaus) und eine "äußere" (d.h. im Versorgungsgebiet) Sektorisierung durch. Als erstes wurden in Mistelbach ein psychosozialer Dienst, eine Tagesheimstätte sowie ein Wohnheim für psychisch Kranke errichtet und Betten und Personal in der Landesnervenklinik Gugging 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 Sektorisierung und die Schaffung gemeindenaher Einrichtungen war jedoch kein konkreter Psychiatrieplan 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. Leitlinien dieses Planes sollten 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, wurde dieser Plan als Niederösterreichischer Psychiatrieplan 1995 fertiggestellt..

A.1.2 Globale Trends in der psychiatrischen Versorgung

Psychiatrie ist eine vergleichsweise „junge“ medizinische Disziplin, die ihre Wurzeln zur Zeit der französischen Revolution hat. Damals kam es zur Erkenntnis, dass manche Menschen, die nicht „mitmachen“, dies nicht konnten und nicht etwa nicht wollten – sie waren „mad“ und nicht „bad“. Legendär ist die „Befreiung der geisteskranken von ihren Ketten“ durch den französischen Arzt Philippe Pinel. Seit damals wurden psychiatrische Anstalten gebaut, bis hinein ins 20. Jahrhundert. In Niederösterreich etwa wurde die Landesnervenklinik Mauer (heute Ostarrichiklinikum Amstetten) im Jahr 1902 eröffnet. 1950 gab es in allen Industrienationen große Anstalten mit oft mehreren Tausend Betten. Seit damals ging die Bettenzahl jedoch drastisch zurück – zum Teil durch neue Therapiemethoden, v.a. der Psychopharmakotherapie, zum Teil durch bewusste Verlagerung der Behandlung zurück in die Gemeinde.

Nach den zwei Pendelausschlägen - zunächst der Verwahrungspsychiatrie bis rund 1950, dann der Liberalisierung in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts - bildet sich zu Beginn des 21. Jahrhunderts eine Balance zwischen der Notwendigkeit der sozialen Kontrolle abweichenden Verhaltens bei psychischen Störungen und der gesellschaftlichen Anerkennung der Autonomie psychisch kranker Menschen. Gleichzeitig kommt es auch zu einer Balance zwischen der Einschränkung durch einen stationären Aufenthalt und dem Verbleib in der gewohnten Umgebung, zwischen öffentlicher und privater Initiative und zwischen professioneller Hilfe und Selbsthilfe. Schließlich kommt es in dieser Entwicklungsphase zu neuen Ansätzen zur Überwindung der fragmentierten Finanzierungsströme, die den Übergang von einer Versorgungsleistung zur anderen erschweren. Diese Auftrennung in der Finanzierung von Gesundheits- und Sozialleistungen schafft u.a. eine Kluft zwischen stationärem und ambulantem Bereich, die ja gerade bei der integrierten Behandlung und Rehabilitation von Personen mit psychischen Störungen oft gemeinsam angesprochen werden müssen. Vollends gilt dies für den hier vertretenen „personenzentrierten“ Ansatz, der die Hilfeleistungen für die soweit wie möglich im sozialen Umfeld bleibenden Personen koordiniert.

Die weltweiten Trends in der psychiatrischen Versorgung wurden kürzlich in der Zeitschrift „World Psychiatry“ des Weltverbandes für Psychiatrie („World Psychiatric Association“) zusammenfassend wie folgt dargestellt (Tabelle 1).

Tab. 1: Die Hauptcharakteristika der drei Perioden der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung (Thornicroft und Tansella 2002¹)

bis 1950	bis 2000	seit 2000
Aufstieg der Psychiatrischen Anstalten	Niedergang der psychiatrischen Anstalten	Ausgewogenheit zwischen verschiedenen Arten von Diensten und Einrichtungen
Bau psychiatrischer Anstalten	Vernachlässigung psychiatrischer Anstalten	Psychiatrische Anstalten werden durch kleinere Einrichtungen ersetzt
Zunahme von Krankenhausbetten	Abnahme von Krankenhausbetten	Abnahme von Krankenhausbetten verlangsamt sich
Reduzierte Bedeutung der Familie	Zunehmende aber nicht voll anerkannte Bedeutung der Familie	Die Bedeutung der Familie wird immer mehr anerkannt, und zwar hinsichtlich ihrer Betreuungsleistung, ihres therapeutischen Potenzials, ihrer Belastung und ihrer Rolle als politische Lobby
Öffentliche Investitionen in psychiatrische Einrichtung	Rückgang öffentlicher Investitionen in psychiatrische Einrichtungen	Zunahme privater Investitionen in psychiatrische Behandlung und Betreuung; Betonung von Kosten-Effektivität und Kostenlimitierung im öffentlichen Bereich
Personal: Ausschließlich ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal	Klinische Psychologie, Ergotherapie und Sozialarbeit entstehen als eigenständige Berufe	Mehr "in der Gemeinde" tätiges Personal und Betonung der Multidisziplinarität
	Wirksame Behandlungsmethoden werden entdeckt; Beginn der Evaluation von Behandlungsmethoden und standardisierter Diagnosesysteme, wachsender Einfluss der Einzel- und Gruppentherapie	Beginn der "evidenzbasierten" Psychiatrie im Hinblick auf pharmakologische, soziale und psychologische Behandlungsverfahren
Vorrangigkeit der	Schwerpunkt auf pharmako-	Balance zwischen „Kontrolle“

¹ G. Thornicroft, M. Tansella: Balancing community-based and hospital-based mental health care. World Psychiatry, Volume 1, Number 2, June 2002, S.84-90

Verwahrung gegenüber der
Behandlung

logischer „Kontrolle“ und
sozialer Rehabilitation;
PatientInnen mit geringerer
Beeinträchtigung werden aus
den psychiatrischen Anstalten
entlassen

der PatientInnen und
Beachtung ihrer Autonomie

A.1.3 Arbeitsweise und Ziele der Evaluation des NÖP95

Die Auftragserteilung für die „Evaluation des NÖP95“ erfolgte im Juli 2000. „Evaluation“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Neueinschätzung der 1995 erstellten Vorschläge, die Bewertung der zwischenzeitlich - bis zur Auftragserteilung - realisierten und initiierten Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung und schließlich die Anpassung des NÖP95 an die aktuellen Gegebenheiten. Diese Evaluation liegt nunmehr vor.

Wie alle anderen Bundesländer ist Niederösterreich durch die Vereinbarung gemäß § Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, sowie durch den einvernehmlich revidierten ÖKAP/GGP an eine integrierte Leistungsangebotsplanung gebunden, die sich hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung insbesondere an konkreten Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung und vorgegebenen Bedarfszahlen zur (teil-) stationären psychiatrischen Behandlung auszurichten hat (siehe Kapitel A.3.2). Gleichzeitig ist Niederösterreich aber auch in die globalen Trends der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung - vor allem in die der Industrienationen - eingebunden, und kann durch seine Überschaubarkeit und zentrale Stellung in einer osterweiterten EU neue dynamische Akzente mit Modellcharakter setzen.

Das ursprüngliche Vorhaben, die Situation im Jahre 2000 zu bewerten und darauf aufbauend Vorschläge für die weitere Vorgangsweise zu erstellen, war so nicht durchführbar. Es kam nämlich während des Projektzeitraumes einerseits zu immer wieder neuen von außen vorgegebenen Änderungen der Rahmenbedingungen insgesamt, aber auch zu Detailentwicklungen auf der operativen Ebene, die die Errichtung und das Funktionieren von Diensten und Einrichtungen betreffen. Die Entwicklung ging sozusagen weiter - offensichtlich auch mit einem schnelleren Tempo als vor der Erteilung des Evaluationsauftrages.

Die Folge war, dass während der Arbeit am Evaluationsauftrag ständig Neuerungen eingebaut und Korrekturen durchgeführt werden mussten. In Abb. 1 sind die „Meilensteine“ der Veränderungen der psychiatrischen Versorgung und der Rahmenbedingungen seit 1995 dargestellt.

Diesbezüglich am einschneidendsten und für die begonnene Projektarbeit am folgenreichsten war der Beschluss des „Ständigen Ausschusses des NÖGUS“ vom 12. Oktober 2000 - also rund 3 Monate nach Projektbeginn -, die Landesnervenklinik Gugging bis zum Jahre 2007/2008 zu schließen. Diese geplante Schließung der LNK Gugging erforderte die Konzentrierung der Projektressourcen auf dieses Projekt, da durch „falsche“ Entscheidungen Präjudizierungen für die psychiatrische Versorgung des gesamten Bundeslandes Niederösterreich getroffen worden wären. Bis zum Sommer 2001 wurden deshalb, auf Wunsch des Auftraggebers, die Projektkapazitäten in erster Linie für diese wichtigen Planungsarbeiten aufgewendet, sodass erst danach auch sämtliche andere Themen umfassend bearbeitet werden konnten. Die Dokumentation dieser Tätigkeiten ist im Anhang enthalten.

Zwei weitere einschneidende Veränderungen betrafen Neuerungen im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP), in dem die Messziffern für psychiatrische Betten mit 0,3-0,5 Betten/1000 Einwohner festgelegt wurde, und im LKF-Modell 2002, in dem Tagesklinikplätze in die LKF-Finanzierung einbezogen wurden, jedoch um den Preis der Gleichstellung mit Betten, was die Bettenmessziffer betrifft, sodass seit damals die Messziffer mit 0,3-0,5/1.000 Einwohner für Betten einschließlich Tagesklinikplätze gilt. Außerdem wurden vom Ständigen Ausschuss des NÖGUS am 27.02.2003 Beschlüsse bezüglich der Verteilung der Betten- und Tagesklinikplätze auf verschiedene Standorte gefasst, die bereits Eingang in den ÖKAP/GGP 2003 gefunden haben (Mai 2003).

Im Hinblick auf diese Neuerungen, mussten bereits angestellte Berechnungen neu durchgeführt werden. Die Folge war, dass Arbeitsberichte, die bereits als Leistungsnachweis abgegeben und teilweise vom Auftraggeber verteilt worden waren, heute nicht mehr gültig sind.

Letztlich ergab sich als weitere große Schwierigkeit für die praktische Projektarbeit, dass während des Projektzeitraumes fast alle Ansprechpartner des NÖGUS Gesundheit ausschieden.

Während der Projektarbeit nahmen Projektmitarbeiter an zahlreichen Sitzungen verschiedener Gremien teil, führten Diskussionen mit Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen und beobachteten die internationale Entwicklung, teilweise durch Teilnahme an Veranstaltungen

und Gremien der WHO und der EU. Die Ergebnisse dieser Aktivitäten sind in den hier vorliegenden Endbericht eingeflossen.

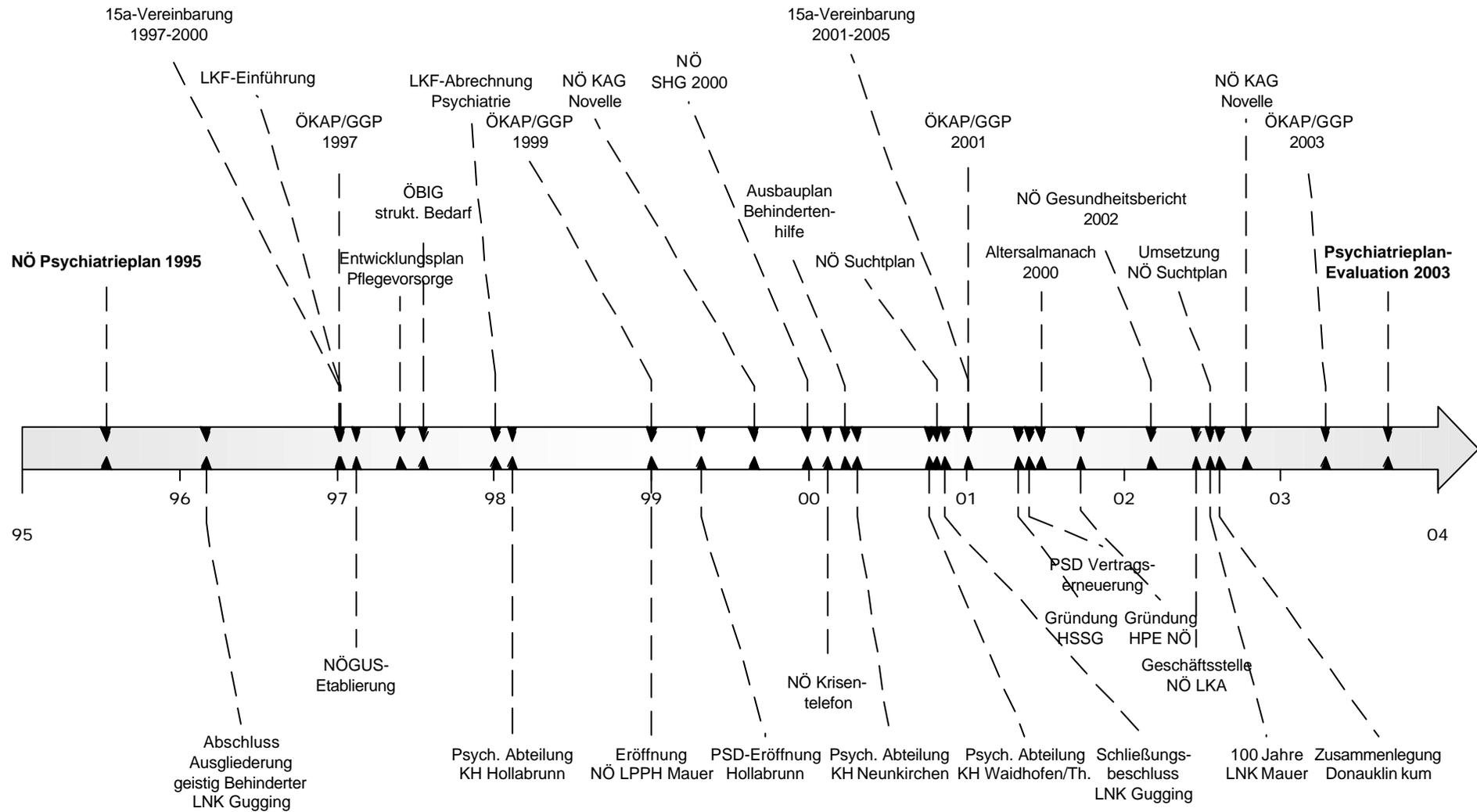
A.1.4 Charakter dieser Evaluation: „Rahmenempfehlungen“ für die Weiterentwicklung

Die Empfehlungen dieser Evaluationsstudie sind als Rahmenempfehlungen gedacht, die zwar die Richtung, in die weiter geplant werden muss, vorgeben, aber - im Sinne der praktischen Realisierbarkeit - genügend Spielraum für Anpassungen im Sinne lokaler Bedingungen und neuer gesetzlicher und finanzieller Rahmenbedingungen lassen.

Deshalb wurden hier für manche Bereiche „Optionen“ formuliert. Erfahrungsgemäß erschwert eine zu detaillierte Festlegung (etwa von Standorten) die Umsetzung von grundsätzlich richtigen Vorschlägen. So wurden etwa im NÖP95 konkrete Standorte für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vorgeschlagen, jedoch erschien es später auf Grund von Weiterentwicklungen machbarer, diese Abteilungen an anderen als den im NÖP95 empfohlenen Standorten zu realisieren.

Die Ergebnisse der hier vorliegenden Evaluation des NÖP95 benötigen zur Umsetzung in allen Bereichen vermutlich einen Zeitraum von 10 Jahren. Die bereits 1995 vorgeschlagene Psychiatrieplanungsagentur, die die weitere Detailentwicklung begleitet, wird hiermit wieder vorgeschlagen. Nur durch eine derartige „Psychiatrieplanungsagentur“ lässt sich die komplexe, die üblichen Grenzen zwischen „stationär“ und „ambulant“, „medizinisch“ und „sozial“ sowie „spezialisierten“ und „generalisierten“ Dienste ständig überschreitende Versorgungsaufgabe adäquat in dem Sinne lösen, dass den Betroffenen und deren Familien die optimale Hilfe zuteil wird.

Abb. 1: Planungsrelevante „Meilensteine“ für die vorliegende Evaluation des NÖP95:



Teil A

Kapitel 2

Leitlinien

Übersicht

12 Leitlinien

Übersicht zu Abschnitt A.2 „Leitlinien“

Im Abschnitt A.2 „Leitlinien“ werden die bereits im NÖP95 enthaltenen Leitlinien als heute noch gültig dargestellt und im Detail erläutert. Es ergaben sich lediglich geringe Umformulierungen. Die Leitlinien lauten nunmehr:

1. Personenzentrierung, Bedürfnisorientierung und Lebensqualität an Stelle von Institutionenorientierung
2. Lebensfeldzentrierung
3. Regionalisierung und Versorgungsverpflichtung für die Region
4. Kontinuität und Zuverlässigkeit der Betreuung
5. Schwerpunktverlagerung von der stationären auf die teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung
6. Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheits- und Sozialversorgung
7. Subsidiaritätsprinzip - Zusammenspiel zwischen privatem Sektor und öffentlicher Absicherung von privat nicht abgedeckten Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen, sowie der Vorrang von verfügbaren Hilfen aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem vor spezifischen psychiatrischen Hilfen
8. Beteiligung aller relevanten Interessensgruppen - der professionellen Helfer, der Angehörigen und der Betroffenen - am Planungsprozess
9. Ressourcenprioritäten – 1. Personal, 2. Transport/Kommunikation, 3. Gebäude
10. Neues Finanzierungsmodell - regionales Psychiatriebudget und „Personenbudget“
11. Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Grundlage dieser Leitlinien
12. Strukturelle Verankerung der Versorgungsplanung und -koordination -
Psychiatriebeauftragter, Psychiatrieplanungsagentur und regionaler psychiatrischer
Verbund

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Im NÖP95 waren die folgenden 12 Leitlinien formuliert worden:

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 - Psychiatriebeauftragter/ Psychiatrieplanungsagentur und psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Da diese Leitlinien im wesentlichen weiter gültig sind und lediglich in Nuancen verändert wurden, werden die Erläuterungen dieser Leitlinien im NÖP95 hier nicht wiederholt, sondern in den Evaluationsteil eingearbeitet.

Evaluation 2003

Die im NÖP95 festgelegten Leitlinien gelten zum Zeitpunkt der Evaluierung dieses Planes im Jahre 2002 praktisch unverändert weiter. Weltweit hat sich die Psychiatrie in die darin zum Ausdruck kommende Richtung der „gemeindenahen Psychiatrie“ weiterentwickelt - in praktisch allen Ländern, in denen die Psychiatrie reformiert wird, wird nach diesen Kriterien vorgegangen.

Im NÖP95 sind einige dieser Leitlinien besonders auf das Bundesland Niederösterreich zugeschnitten, das flächenmäßig (19.174 km²) das größte und einwohnermäßig (1.545.804) ganz knapp hinter Wien das zweitgrößte Bundesland Österreichs (83.870 km², 8.032.926 Einwohner) ist. Der Aspekt der Regionalisierung und der Versorgungsverpflichtung für eine Region ist gerade für ein so großes Bundesland essenziell. Darüber hinaus sind die Ressourcenprioritäten (Leitlinie: 1. Personal, 2. Transport/Kommunikation, 3. Gebäude) speziell für ein flächenmäßig großes Versorgungsgebiet relevant.

In manchen Aspekten wurden die Leitlinien präzisiert und terminologisch entsprechend der internationalen Entwicklung neu gefasst. In ihnen sind auch die im ÖKAP/GGP 2001 (auch im erst kürzlich erschienenen ÖKAP/GGP 2003 übernommen) formulierten Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung enthalten (siehe Kap. A.3.2.1).

Die 12 Leitlinien stellen sich nunmehr wie folgt dar:

1. Personenzentrierung, Bedürfnisorientierung und Lebensqualität an Stelle von Institutionenorientierung
2. Lebensfeldzentrierung
3. Regionalisierung und Versorgungsverpflichtung für die Region
4. Kontinuität und Zuverlässigkeit der Betreuung
5. Schwerpunktverlagerung von der stationären auf die teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung
6. Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheits- und Sozialversorgung
7. Subsidiaritätsprinzip - Zusammenspiel zwischen privatem Sektor und öffentlicher Absicherung von privat nicht abgedeckten Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen,

sowie der Vorrang von verfügbaren Hilfen aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem vor spezifischen psychiatrischen Hilfen

8. Beteiligung aller relevanten Interessensgruppen - der professionellen Helfer, der Angehörigen und der Betroffenen - am Planungsprozess
9. Ressourcenprioritäten – 1. Personal, 2. Transport/Kommunikation, 3. Gebäude
10. Neues Finanzierungsmodell - regionales Psychiatriebudget und Personenbudget
11. Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Grundlage dieser Leitlinien
12. Strukturelle Verankerung der Versorgungsplanung und -koordination -
Psychiatriebefragter, Psychiatrieplanungsagentur und regionaler psychiatrischer
Verbund

Als erste Leitlinie wird das neue Paradigma des *personenzentrierten Ansatzes* genannt, aus dem sich politisch alle anderen Leitlinien ergeben. Die Leitlinien der *Lebensfeldzentrierung* (2) und der *Regionalisierung und Versorgungsverpflichtung für die Region* (3) sind gleichsam das operative Rückgrat, das die Verwirklichung des personenzentrierten Ansatzes erst ermöglicht und aus denen sich die meisten anderen Leitlinien ableiten lassen, besonders die Kontinuität und Zuverlässigkeit der Betreuung (4), die Schwerpunktverlagerung von der stationären auf die teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung (5), die Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheits- und Sozialversorgung (6), das Subsidiaritätsprinzip (7) und die Beteiligung aller relevanten Interessensgruppen am Planungsprozess (8).

Leitlinie 1: Personenzentrierung, Bedürfnisorientierung und Lebensqualität an Stelle von
Institutionenorientierung

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. Das neue diesbezügliche Konzept wird heute als „personenzentrierter Ansatz“ bezeichnet.

Speziell seit der deutschen Psychiatrie-Enquete 1975 war die Auflistung und Beschreibung verschiedener Formen von Diensten und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung eine gängige Vorgangsweise innerhalb der psychiatrischen Versorgungsplanung geworden. Diese

Herangehensweise stellt nach aktueller Expertenmeinung aufgrund ihrer *Angebotsorientierung* einen „Denkfehler“ dar, dessen nachteilige Konsequenzen in der Gestaltung der psychiatrischen Versorgung nun durch einen grundlegenden Paradigmenwechsel ausgeglichen bzw. überwunden werden sollte. Das damalige Versorgungskonzept ging nämlich von der Annahme aus, dass die Forderung nach einer hinreichenden Anzahl von unterschiedlichen Arten von versorgungswirksamen Diensten und Einrichtungen ausreichen würde, um die missliche Versorgungslage nachhaltig verbessern zu können. Tatsächlich erkannte man erst später, dass dadurch gleichzeitig gefördert wurde, dass *das Versorgungsangebot die Patientenflüsse steuerte und nicht umgekehrt, der individuelle Versorgungsbedarf das Versorgungsangebot*. Eine Möglichkeit zur Überwindung dieses Mangels stellt eine konsequente Personenzentrierung dar, bei der sich das Angebot in einer funktionellen Weise an dem wirklich vorhandenen Hilfebedarf einer definierten Zielgruppe ausrichtet und flexibel anpasst.

Der auch dieser Evaluation zugrunde liegende personenzentrierte Ansatz entspricht in seiner prinzipiellen Ausrichtung auch den Zielsetzungen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2001 – 2004 (siehe Kap. A.3.2.1). Insbesondere die darin angestrebte Verbesserung des Schnittstellenmanagements durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungsangeboten findet in praktisch allen Empfehlungen der im Folgenden evaluierten Versorgungsbereiche, besonders aber dem in Kapitel D.1 dieses Berichtes empfohlenen Modell des „Regionalen Psychiatrischen Verbunds“ eine versorgungspraxisorientierte Entsprechung.

Eine derartige Konzeptualisierung fügt sich auch harmonisch in die vorrangige politische Zielsetzung für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsprogramm in Niederösterreich ein: Der gleichberechtigte Zugang aller Bürger zu Gesundheitsleistungen und die Schaffung eines Gesundheitsfonds zur Planung, Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung aller Gesundheitsdienstleistungen stellen ja die wichtigsten Eckpfeiler dieser politischen Zielsetzung dar.

Der bedürfnis- bzw. personenzentrierte Ansatz strebt nach einer integrierten Hilfeplanung, bei der die Hilfeleistungen im sozialen Gesamtkontext der betroffenen Personen in einer solchen Art und Weise umgesetzt werden, dass die betroffenen Personen in diesem Kontext verbleiben können und dieser Kontext dabei so wenig wie nur möglich irritiert wird. Die erste Frage ist

dabei nicht, wohin – also etwa in welche Einrichtungen oder Institutionen – die hilfebedürftigen Personen passen, sondern wie die notwendigen Hilfen im Lebensfeld und zentriert auf die Person effektiv organisiert werden können – u. U. auch, und erst sekundär und subsidiär, in einer – dann möglichst lebensfeldnahen angesiedelten – Einrichtung.

In gewisser Weise ist dieser neue „personenzentrierte Ansatz“ eine korrigierende Antwort auf den traditionellen stationären Versorgungsansatz im Krankenhaus: Dort werden jene Hilfen innerhalb von „maßnahmenhomogenen“ Abteilungen angeboten, auf die sich das Krankenhaus spezialisiert hat. „Passende“ oder „geeignete“ PatientInnen werden dann entsprechend zugewiesen. Neben der damit einhergehenden Ausgliederung aus dem persönlichen Lebensfeld führt diese Vorgangsweise auch dazu, dass mit einer Veränderung im Behandlungsbedarf auch ein Wechsel der Behandlungseinheit notwendig wird.

Der institutionenzentrierte Ansatz hielt im Zuge der frühen Psychiatriereform auch in den extramuralen Versorgungsstrukturen Einzug, wodurch insgesamt noch immer eine angebotsorientierte Ausrichtung dominiert, bei der Standortsicherung und Betriebswirtschaftsinteressen der Dienste und Einrichtungen die PatientInnenströme determinieren.

Der Aufbau von personenzentrierten Hilfen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses stellt eine große Herausforderung dar, da der Vorteil des *einen* geographischen Ortes, den die Krankenhäuser darstellen, nicht mehr gegeben ist und die Hilfen ambulant und mobil angeboten und koordiniert werden müssen. Die Bündelung dieser Vielfalt an individuell geplanten Behandlungs- und Unterstützungsleistungen zu Komplexleistungsprogrammen, die in einer koordinierten Weise durch geeignete Leistungserbringer möglichst lebensfeldzentriert umgesetzt werden, stellt einen Erfolg versprechenden Weg zur Überwindung der oft dysfunktionalen Institutionen- und Angebotsorientierung dar, durch die es zu Unterversorgung, zu Fehlversorgung, ja zum Teil sogar auch zu Überversorgung kommt.

Leitlinie 2: Lebensfeldzentrierung

Während es selbstverständlich ist, dass die Gesundheitsversorgung bei körperlichen Krankheiten nahe am Wohnort geschieht, erfolgt, historisch bedingt, die stationäre psychiatrische Versorgung hauptsächlich noch in großen Zentralanstalten mit großen Einzugsgebieten und weiten

Anfahrtswegen für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Es wird aber zunehmend deutlich, dass auch PatientInnen mit einem hohen und komplexen Hilfebedarf das Bedürfnis haben, an den üblichen Lebensabläufen soweit wie möglich teilzuhaben, 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 Lebensfeldzentrierung.

In vielen Ländern der Welt hat sich der bis weit in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts hinein praktizierte Ausgliederungsprozess psychisch Kranker in gemeindeferne psychiatrische Krankenhäuser umgekehrt. 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 PatientInnen 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 vergleichsweise kleine autarke Versorgungsgebiete.

Die Lebensfeldzentrierung kann bei der integrierten Planung und Umsetzung komplexer Hilfeprogrammen von zwei Perspektiven aus betrachtet werden. Aus der Perspektive der Erreichbarkeit sind für die hauptsächlich mobil tätigen Dienste lokale Stützpunkte zur Erbringung zeitgerechter und zuverlässiger Dienstleistungen eine notwendige Voraussetzung („go structure“). Von der anderen Richtung aus betrachtet sollen die Dienste und Einrichtungen für die betroffenen Personen leicht erreichbar sein („come structure“).

Die leichte Erreichbarkeit ist für die planenden und koordinierenden Diensten insofern auch unumgänglich, weil durch leichte Zugangsmöglichkeiten genaue infrastrukturelle und soziokulturelle Kenntnisse über lokale Gegebenheiten erlangt werden können. Nicht zuletzt meint diese Leitlinie auch, dass auch den Personen mit komplexer ausgeprägten und länger

andauernden psychischen Beeinträchtigungen ein möglichst gemeindeintegriertes in Lebens- und Wohnformen ihrer Wahl ermöglicht werden sollte.

Leitlinie 3: Regionalisierung und Versorgungsverpflichtung für die Region

Das Grundkonzept der Lebensfeldzentrierung lässt sich nur realisieren, wenn die psychiatrische Versorgung in klar definierten vergleichsweise 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 der Grundversorgung für alle, auch schwer psychisch Kranke der eigenen Region angeboten werden müssen. Dabei sollte davon ausgegangen werden, dass die Fahrzeiten möglichst kurz sind, was im ländlichen Bereich naturgemäß Schwierigkeiten bereitet. Als gerade noch vertretbarer Kompromiss wird hier die Erreichbarkeit aller psychiatrischen Diensten und Einrichtungen der Grundversorgung einer Region innerhalb von 60 Minuten vorgeschlagen, wobei für manche Dienste und Einrichtungen (z.B. PatientInnenclubs) 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. dass PatientInnen einen Anspruch darauf haben, die benötigten Hilfen innerhalb ihrer Region und möglichst integriert in ihrem normalen Lebensfeld zu erhalten.

Auch in den extramuralen Versorgungsbereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ sowie „Arbeit und Ausbildung“ sollte eine gemeinsame regionale Versorgungsverpflichtung aller Leistungserbringer für die definierte Zielgruppe an hilfebedürftigen Personen angestrebt werden. Nur dadurch kann, gerade für Personen mit hohem und komplexem Hilfebedarf, eine verlässliche und abgestimmte Hilfeplanung und -erstellung erreicht werden. Das Prinzip des verpflichtenden Schulterschlusses der Versorger kann auch ein gutes Stück weit die Last der Versorgung in anspruchsvollen Einzelfällen so weit wie möglich gleich verteilen, ohne einem „Abschiebereigen“ zu verfallen. Im Abschnitt D dieses Berichtes wird auf notwendige organisatorische Implikationen dieser Vernetzung der Dienste und Einrichtungen innerhalb jeder Psychiatrieregion näher eingegangen.

Leitlinie 4: Kontinuität und Zuverlässigkeit der Betreuung

Das Prinzip der Regionalisierung des Bundeslandes und der Sektorsierung 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.

Gerade für psychisch Kranke, besonders für PatientInnen mit einem hohen und komplexen Hilfebedarf, ist eine Kontinuität der individuell abgestimmten Betreuung aller daran beteiligten Dienste und Einrichtungen von größter Wichtigkeit. Hier hat sich in der Vergangenheit bewährt, dass sich ein und dasselbe Team kontinuierlich um einen PatientInnen sorgt und gerade bei einem Ansteigen des individuellen Hilfebedarfs diesem PatientInnen wieder zur Verfügung steht. Ideal wäre demnach die Betreuung durch das gleiche Team im stationären, komplementären, ambulanten und semistationären Bereich, wodurch die konsequente Verfolgung therapeutischer Strategien ermöglicht und das heute oft kritisierte „Abschieben“ von PatientInnen aus dem ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt aufhören würde. Diese - im historischen Einzugsgebiet der Landesnervenkliniken zum Teil praktizierte - Personenkontinuität wird aufgrund der zunehmenden Verlagerung vieler der - klassisch in den zentralen Landesnervenkliniken angesiedelten - Hilfsressourcen in den extramuralen Bereich aus Kapazitätsgründen nicht mehr umsetzbar sein. Stattdessen könnte zukünftig eine verbindliche individuelle Hilfeplanung mit verpflichtenden Zielvereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den PatientInnen als Leistungsnehmer die entsprechende Sicherstellung in der Kontinuität und Zuverlässigkeit der individuellen Betreuung bieten. Dass die - an der Umsetzung der individuellen Komplexleistungsprogrammen beteiligten - professionellen Helfer dabei auch mehrere unterschiedliche Funktionen erfüllen könnten, würde die Qualität dieser funktionellen Kontinuität der Betreuung noch steigern.

Für die Zielgruppe von Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und damit einem längerfristig andauernden, aber auch stark fluktuierenden Hilfebedarf ist die niederschwellig organisierte Kontinuität von Hilfeleistungen von immenser Wichtigkeit. Diese Zuverlässigkeit wird einerseits durch die in Leitlinie 3 geforderte Versorgungsverpflichtung gewährleistet, andererseits durch die nahtlose Koordination in den Hilfen sowohl innerhalb einer Betreuungsepisode mit unterschiedlichen Leistungen als auch zwischen aufeinander folgenden

Betreuungsepisoden. Der Aufbau einer verlässlichen Hilfeplanungs- und Hilfskoordinationsorganisation ist dabei ein kritischer Erfolgsfaktor.

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 Erkenntnisse der modernen Psychiatrie nicht alle Krankheitsbilder in jeder Krankheitsphase ganz ohne ein stationär-psychiatrisches Setting behandelt werden können. Auch bei den unvermeidbaren stationären Aufnahmen ist es im Sinne der Personen- und Lebensfeldzentrierung wichtig, dass die Alltagsbezüge des PatientInnen in Familie, Beruf und seinem weiteren sozialen Umfeld nicht oder nur so kurz wie nötig unterbrochen werden bzw. durch möglichst viele Kontaktmöglichkeiten aufrecht erhalten werden. Daraus ergibt sich einerseits die Forderung nach der Errichtung psychiatrischer Abteilungen an den "gemeindenahen" Allgemeinkrankenhäusern und andererseits die Forderung nach einer engmaschigen Vernetzung dieser Abteilungen mit allen extramuralen Hilferessourcen, die nach der stationären Behandlung die eigentlichen lebensfeldzentrierten Versorgungsfunktionen für den Patienten/die Patientin übernehmen bzw. wieder aufnehmen.

Die zunehmende Schwerpunktverlagerung von der stationären auf die teilstationäre, ambulante und komplementäre Versorgung macht letztere, die traditionellerweise dem stationären Versorgungszentrum nachgeschaltet waren, somit zu eigenständigen Versorgungsbereichen mit umfassenden Kompetenzen und Aufgaben. Psychiatrische Betten lassen sich unter dieser Perspektive auch als „qualifiziertes Hinterland“ sehen, das dann in Anspruch genommen wird, wenn die extramuralen Dienste und Einrichtungen in ihren Lösungskapazitäten überlastet sind.

Gleichzeitig steigt damit aber der Planungs- und Koordinationsbedarf zwischen den in ihrer Bedeutung und Effektivität immer gleichwertiger werdenden intramuralen und extramuralen Versorgungsbereichen.

Leitlinie 6: Integration der psychiatrischen Versorgung in das System der allgemeinen Gesundheits- und Sozialversorgung

Die Integration der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsversorgung hat im Hinblick auf eine bedürfnisgerechte psychiatrische Versorgung der Bevölkerung mehrere Vorteile. Zum einen ist es zur Vermeidung der Stigmatisierung wünschenswert, dass psychisch Kranke ihre Versorgungsdienste und Einrichtungen durch das gleiche "Tor" betreten wie körperlich Kranke. Allgemeinkrankenhäuser, der allgemeine medizinische Notdienst und ÄrztInnen für Allgemeinmedizin spielen bei diesem Streben nach Integration eine besondere Rolle.

Für die stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlung ist in der vorliegenden Evaluation vorgesehen, dass sie in das Allgemeinkrankenhaus verlagert wird. Die Forderung nach dem gleichen Tor, durch das körperlich und psychisch Kranke eine Einrichtung betreten, wird damit buchstäblich Realität. Gleichzeitig bedeutet diese Integration in das Allgemeinkrankenhaus, dass die dem körperlich Kranken selbstverständlich zustehende gemeindenahere Versorgung für seine somatischen Krankheiten auch für stationär psychisch Kranke realisiert wird, die dann etwa bei einer zusätzlichen körperlichen, stationär behandlungsbedürftigen Krankheit nicht mehr aus einem psychiatrischen Großkrankenhaus in ein Allgemeinkrankenhaus verlegt werden müssen. Dies ist ein besonders wichtiger Aspekt der Integration in die allgemeine Gesundheitsversorgung, sind doch bis zu einem Drittel der PatientInnen in psychiatrischen Krankenhäusern auch körperlich krank.

Umgekehrt würde die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinkrankenhäuser auch die psychiatrische Versorgung der vielen PatientInnen an somatischen Abteilungen, die an diagnostizierbaren psychischen Störungen leiden, verbessern. Integration in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsversorgung heißt aber auch, dass die Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker auf dem gleichen Wege erfolgt, wie die allgemeine medizinische Versorgung. Dies ist für die stationäre und tagesklinische Behandlung im Rahmen des LKF-Systems heute - im Unterschied zum Zeitpunkt der Publikation des NÖP95 - bereits der Fall.

Im vorliegenden Bericht wird weiter unten vorgeschlagen, dass auch der Zutritt zum psychiatrischen Krisendienst in das System der allgemeinen Notfallversorgung für körperlich Kranke integriert wird. Gerade in Situationen, in denen eine psychiatrische Behandlung akut benötigt wird, verhindert oder verzögert ja die Stigma-Angst eine entsprechend rasche Kontaktaufnahme mit professionellen Hilfeeinrichtungen. Ein Krisendienst, der erst nach Kontaktaufnahme mit einem allgemeinen medizinischen Notdienstes tätig wird, sollte diese Stigma-Ängste verringern und damit die Kontaktwahrscheinlichkeit in einer psychiatrischen Notsituation erhöhen. Eine derartige Integration macht auch deshalb Sinn, weil viele psychiatrische Notsituationen mit somatischen Komplikationen einhergehen (z.B. durch Alkoholgebrauch oder wegen eines Suizidversuches).

Integration in die allgemeine Gesundheitsversorgung bedeutet schließlich auch - und das gilt besonders für ländliche Versorgungsregionen -, den Arzt/die Ärztin für Allgemeinmedizin als leicht erreichbare und mit einer niedrigen Schwellenangst verbundene Anlaufstelle verstärkt in die Früherkennung und Behandlung psychisch Kranker miteinzubeziehen. Aus epidemiologischen Untersuchungen ist ja bekannt, dass unter den PatientInnen von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin rund ein Drittel an psychischen Störungen leiden (vorwiegend depressiven und Angststörungen sowie Alkoholproblemen).

Neben der Integration der psychiatrischen Versorgung in die allgemeine Gesundheitsversorgung sollte auch eine enge Koordination mit dem allgemeinen sozialen Versorgungssystem angestrebt werden. Dabei würden im Besonderen die vorhandenen regionalen Sozialmedizinischen und Sozialen Betreuungsdienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Essen auf Rädern, ...) bedeutsam sein (siehe unten).

Leitlinie 7: Subsidiaritätsprinzip - Zusammenspiel zwischen privatem Sektor und öffentlicher Absicherung von privat nicht abgedeckten Behandlungs- und Betreuungsbedürfnissen sowie der Vorrang von verfügbaren Hilfen aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem vor spezifischen psychiatrischen Hilfen.

Der vorliegende Psychiatrieplan geht davon aus, dass möglichst viele Leistungen der Versorgung psychisch Kranker durch den "privaten Sektor" erbracht werden sollen. In diesem Zusammenhang sind ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, niedergelassene PsychiaterInnen und

PsychotherapeutInnen wichtiger Bestandteile eines umfassenden psychiatrischen Versorgungssystems. Freilich sind die genannten Praxiseinrichtungen tendenziell eher in der Lage behandelungswillige PatientInnen mit leichten und vorübergehenden Störungen zu betreuen, als PatientInnen mit einem komplexen Hilfebedarf, die oft schwer und längerfristig erkrankt sind.

Diese finden nicht nur oftmals den Weg in diese Praxiseinrichtungen nicht, sondern werden durch dieses Behandlungssetting auch überfordert. Für diese PatientInnen müssen öffentlich finanzierte Dienste und Einrichtungen wie Kriseninterventions- und Notfalldienste, psychosoziale Dienste und „komplementäre“ Einrichtungen betrieben werden, um die es je in weiteren Teilen dieses Berichtes geht.

Allerdings ist es auch für diese Zielgruppe der längerfristig und komplex zu betreuenden Personen die vorrangige Zielsetzung, sie mit den verfügbaren allgemeinärztlichen, fachärztlichen, psychotherapeutischen und sozialen Versorgungsangeboten so weit stabilisieren zu können, dass für sie ein integriertes Leben im selbst gewählten Lebensfeld dauerhaft möglich wird. Erst dann, wenn das nicht ausreichend ist, sollen öffentlich finanzierte Dienste und Einrichtungen, solange wie dies notwendig erscheint, aktiviert werden und damit subsidiär das primäre Versorgungsangebot ergänzen.

Leitlinie 8: Beteiligung aller relevanten Interessensgruppen - der professionellen Helfer, der Angehörigen und der Betroffenen - am Planungsprozess

In den vergangenen Jahrzehnten sind zunächst die Angehörigen psychisch Kranker, die sich in Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen haben, dann auch die PatientInnen 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, genauso wie sie deren subjektiven Krankheits- und Behandlungserfahrungen nicht in systematischer Weise als positive Ressource nutzt. 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 PatientInnen 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 PatientInnen verfügen; dieser Erfahrungsschatz sollte in die Planung miteinbezogen werden.

Andererseits hat sich in den letzten Jahren ein zunehmender Trend ergeben, auch die PatientInnen selbst, die "Psychiatrieerfahrenen", wie sie sich manchenorts nennen, mit in die Diskussion einzubeziehen. Der sogenannte "Triolog", in dem professionelle Helfer, PatientInnen und Angehörige Erfahrungen über den richtigen Umgang mit psychischen Störungen austauschen, zeugt davon. Auch die Betroffenen selbst sollen also in den weiteren Planungsprozess einbezogen werden, genauso wie alle heute so zahlreichen professionellen Gruppen, die an der Betreuung psychisch Kranker mitwirken. Auch bei der umfassenden Evaluation der gesetzten Maßnahmen sollte diese triologische Form gewahrt werden. Diese Einbindung der Betroffenen sollte als Organisationsberatungsleistung klar strukturell verankert werden, um Konfliktsituationen mit ihrer Rolle als Empfänger von psychiatrischen Versorgungsleistungen zu vermeiden.

Dieser Psychiatrieplan enthält den Vorschlag, die Planung permanent strukturell zu formalisieren und neben einem professionellen Psychiatrieplanungsbeauftragten und einer Psychiatrieplanungsagentur auf Landesebene in den einzelnen Psychiatrieregionen jeweils einen „Regionalen Psychiatrischen Verbund“ zu etablieren, welcher der Fokus für die Detailplanung in der jeweiligen Region sein sollte, und in dem die Psychosozialen Dienste als treibenden Kräfte eine zentrale Funktion übernehmen sollten. In diesen regionalen Planungsprozessen sollen alle professionellen Helfer, die Angehörigen psychisch Kranker und die Betroffenen selbst eine Rolle spielen (s. auch Leitlinie 12). In Kapitel D.1 des vorliegenden Berichtes wird dieser Vorschlag detaillierter erläutert.

Leitlinie 9: Ressourcenprioritäten: 1. Personal, 2. Transport/Kommunikationsmittel,
3. Gebäude

Weil es bei der Versorgung in den Bereichen „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“, „Arbeit und Ausbildung“ sowie bei der Krisenintervention vorrangig um

Leistungserbringungen im Lebensfeld der betroffenen Personen geht, rangieren die Personal- und Transport-/Kommunikationsressourcen in ihrer Bedeutsamkeit weit vor den Gebäuderessourcen.

Nach den Erkenntnissen der modernen Sozialpsychiatrie sind soziale Beziehungen für die Wiederherstellung der Gesundheit und Funktionsfähigkeit psychisch Kranker von essenzieller Bedeutung. Ausreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal und ausreichendes Verständnis für psychisch Kranke auch bei Berufsgruppen, die mit psychisch Kranken nur indirekt zu tun haben, ist hier von größter Bedeutung. Deshalb kommt der Personalentwicklung für eine moderne gemeindenahere Psychiatrie eine besonders große Bedeutung zu und Aus- Weiter- und Fortbildungsfragen sowie Supervision müssen im Vordergrund stehen (Kapitel D.3). 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 die psychiatrischen Hilfeleistungen so effektiv wie möglich in Anspruch genommen werden sollten, ist es notwendig, genügend logistische Vorkehrungen zu treffen, um einerseits die Personen mit psychiatrischem Hilfebedarf in ihrem Lebensfeld erreichen zu können, und um ihnen andererseits das Aufsuchen von örtlichen Diensten und Einrichtungen zu ermöglichen. So könnte die Einrichtung eigener Hol- und Bringdienste ähnlich dem Schulbussystem genauso überlegt werden, wie auch die adaptierte Mitbenutzung bereits bestehender öffentlicher und privater Transportsysteme. Der verstärkte Einsatz moderner Informationstechnologien könnte insbesondere beim Notfallmanagement, bei der Abwicklung von Kriseninterventionen und bei der Gestaltung von Informationsaustausch und Beratungsgesprächen weitere Optimierungsmöglichkeiten bieten.

Erst in dritter Linie sind für eine moderne gemeindenahere Psychiatrie neue bauliche Ressourcen notwendig. Dabei sollte auch immer überlegt werden, inwieweit auf vorhandene Bausubstanz zurückgegriffen werden kann, ohne aber dabei aus Gründen der Kostenersparnis die Qualität des betreffenden Angebots zu gefährden. So bietet die Nutzung nicht ausgelasteter Bettenkontingente an Allgemeinkrankenhäuser für psychiatrische Abteilungen einen guten Weg zur integrierten Versorgung.

Leitlinie 10: Neues Finanzierungsmodell - regionales Psychriatriebudget

Ein wesentliches Hindernis für die Umsetzung der bisher genannten Leitlinien und der im Folgenden aufgeführten konkreten Planungsschritte ist die fragmentierte Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker. Durch dieses fragmentierte Finanzierungssystem gibt es zahlreiche Doppelgleisigkeiten. Wie die Erfahrungen zeigen, werden viele PatientInnen deswegen nicht bedarfsgerecht betreut, und die Kontinuität der Betreuung ist nicht möglich. Es wird hier deshalb vorgeschlagen, der Regionalisierung entsprechend ein "regionales Psychriatriebudget" zu schaffen. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass alle, die bisher die psychiatrische Versorgung finanziert haben, in jeder Psychriatrieregion in einen gemeinsamen Topf einzahlen, aus dem in jeder der sieben Psychriatrieregionen die Versorgung so finanziert wird, dass sie bedarfsgerecht und kontinuierlich erfolgt. Auf diese Frage wird in Abschnitt D.2 dieses Berichtes näher eingegangen.

Leitlinie 11: Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die vermehrte Vielfalt an psychiatrischen Diensten und Einrichtungen geht mit einem gewissen Verlust an Kontrollierbarkeit der Qualität der erbrachten Leistungen einher. Die Auffächerung der Leistungserbringung in der psychiatrischen Versorgung auf verschiedene intra- und extramurale Leistungserbringer erfordert eine Angleichung der verwendeten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Grundlage dafür stellt ein standardisiertes Basisdokumentationssystem dar, mit dem die Leistungen aller bestehenden und noch zu schaffenden Dienste und Einrichtungen in einheitlicher Weise dokumentiert und der PatientInnenfluss evaluiert werden kann. Punktuell empfiehlt es sich, auch gezielte Forschungsprojekte durchzuführen, mit denen die geplanten und erreichten Ziele der Behandlung und Betreuung evaluiert werden sollten. In diesem Zusammenhang ist die Einführung eines "management"-orientierten Beurteilungssystems von Bedürfnissen der PatientInnen und ihrer Angehörigen von vordringlicher Wichtigkeit. Auch die Durchführung und Evaluierung von Modellprojekten für neue Versorgungsformen ist als Qualitätssicherungsmaßnahme wichtig und dort besonders vordringlich, wo neue Versorgungsstrukturen geschaffen werden (wie etwa beim Krisendienst).

Leitlinie 12: Strukturelle Verankerung der Planung - Psychiatriebefragter/
Psychiatrieplanungsagentur und Regionaler Psychiatrischer Verbund

Zur Umsetzung des NÖP95 wurde vorgeschlagen, eine Psychiatrieplanungsagentur mit eigenem Budget und eigenem Personal zu etablieren, die von einem Psychiatriebefragten geleitet wird. In gewisser Weise wurde diesem Vorschlag mit der Etablierung des NÖGUS-Soziales entsprochen. Etwas problematisch erscheint dabei, dass es die eigentliche Kernaufgabe des Landesfonds ist, eine möglichst kostenschonende Versorgungssteuerung durchzuführen. Diese vorrangige Ausrichtung nach Effizienzkriterien könnte gerade in den aktuellen Zeiten von finanziellen Engpässen im Gesundheitswesen zu einer Stagnation der qualitativen Versorgungsentwicklung führen. Um dieser Gefahr optimal begegnen zu können, wäre der Einsatz von ergänzenden Fachpromotoren eine sinnvolle Ergänzung.

Zu den Aufgaben des Psychiatriebefragten und der Psychiatrieplanungsagentur gehören die Schaffung von übergeordneten Rahmenbedingungen und die Koordination der Planung. Im Besonderen sollen Finanzierungsmodelle, Vorbereitung von Gesetzesänderungen, die Begleitevaluation im Sinne der Qualitätssicherung und die Personalentwicklung Gegenstand der Tätigkeit des Psychiatriebefragten und der Psychiatrieplanungsagentur sein.

Darüber hinaus soll in jeder der sieben geplanten Psychiatrieregionen ein „Regionaler Psychiatrischer Verbund“ geschaffen werden, in dem alle lokalen Anbieter von Diensten zusammengefasst sind und - gemeinsam mit dem Psychiatriebefragten und der Psychiatrieplanungsagentur - die regionsbezogenen Planungen vornehmen.

Auf die hier angesprochenen Fragen wird im Kapitel D.1 dieses Berichtes näher eingegangen.

Teil A

Kapitel 3

Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen

Übersicht

A.3.1 Regionalisierung und Lebensfeldnähe

A.3.1.1 Definition der Psychiatrieregionen

A.3.1.2 Stufenplan der Versorgung

A.3.2 Rechtliche und planerische Vorgaben

Übersicht zu Abschnitt A.3 „Versorgungsplanerische Rahmenbedingungen“

In diesem Abschnitt werden zwei Arten von Rahmenbedingungen behandelt: Zunächst die für ein großes Flächenbundesland wie Niederösterreich - es entspricht flächenmäßig nur knapp weniger als einem Viertel von ganz Österreich – essentielle Frage der Erreichbarkeit von Diensten und Einrichtungen (Stichworte „Regionalisierung“ und „Stufenplan der Versorgung“), dann die Gesamtheit aller rechtlichen und planerischen Vorgaben.

Schon im NÖP95 wurden - anstelle der traditionellen zwei großen Einzugsgebiete der Landesnervenkliniken Mauer und Gugging - sieben Psychiatrieregionen definiert. In der vorliegenden Evaluation war es nun notwendig, in Zusammenarbeit mit der NÖ Raumplanung eine Revision der ursprünglichen Einteilung der Psychiatrieregionen vorzunehmen, die mit den im novellierten Niederösterreichischen Krankenanstaltengesetz definierten fünf Gesundheitsversorgungsregionen kompatibel ist. Hervorzuheben ist, dass mit dieser Einteilung in sieben Psychiatrieregionen erreicht wurde, dass fast 95% der niederösterreichischen Bevölkerung weniger als 60 Minuten (im Individualverkehr) von der zuständigen psychiatrischen Bettenabteilung des Regionalen Zentrums für Seelische Gesundheit entfernt wohnen.

Im Abschnitt „Stufenplan der Versorgung“ wird ausgeführt, wie – im Verein mit einer Zusammenfassung mehrerer Regionen zu überregionalen Gebieten - die regionale psychiatrische Grundversorgung einerseits, die überregionale Spezialversorgung andererseits, organisatorisch und im Hinblick auf Dienste und Einrichtungen zu gestalten und aufeinander abzustimmen sind. Gerade wegen der Größe von Niederösterreich sind präzise Überlegungen im Hinblick auf die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit qualitativ hochstehender Hilfeleitungen anzustellen, woraus der in diesem Abschnitt dargestellte Stufenplan resultiert.

Ein umfangreicher Teil befasst sich schließlich mit den derzeit gültigen rechtlichen und planerischen Vorgaben. Gerade auf diesem Gebiet gab es seit 1995 zahlreiche Entwicklungen, die es zu berücksichtigen galt.

Teil A

Kapitel 3.1

Regionalisierung und Lebensfeldnähe

A.3.1.1 Definition der Psychiatrieregionen

Aussagen des Niederösterreichischen
Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

- A.3.1.1.1 Die Ausgangslage: Zwei Psychiatrische
Großkrankenhäuser und zwei Einzugsgebiete
- A.3.1.1.2 Die fünf Gesundheitsregionen des NÖKAG
- A.3.1.1.3 Die sieben an die Gesundheitsregionen
adaptierten Psychiatrieregionen
- A.3.1.1.4 Die Erreichbarkeit der zentralen Orte
in den sieben Psychiatrieregionen

A.3.1.2 Stufenplan der Versorgung

Aussagen des Niederösterreichischen
Psychiatrieplans 1995

Evaluation 2003

- A.3.1.2.1 Allgemeines
- A.3.1.2.2 Das hier vorgeschlagene Modell

A.3.1.1 Definition der Psychiatrieregionen

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Im NÖP95 war - dem Prinzip der Lebensfeldnähe folgend - vorgesehen, das gesamte Bundesland statt wie traditionell in zwei, in sieben Psychiatrieregionen mit rund je 150.000 bis 300.000 Einwohnern, einzuteilen. Die traditionelle Zuständigkeit für die stationäre psychiatrische Behandlung der niederösterreichischen Bevölkerung war damals auf lediglich zwei psychiatrische Großanstalten aufgeteilt, die Donauklinikum Gugging im Osten (mit einem Einzugsgebiet von rund 900.000 Einwohnern) und die Landesnervenlinik Mauer bei Amstetten im Westen (mit einem Einzugsgebiet von rund 600.000 Einwohnern).

Im Hinblick auf die Versorgungsverpflichtung war 1995 festgehalten worden, dass jeder Niederösterreicher das Recht haben sollte, innerhalb der eigenen Region eine psychiatrische Betreuung zu erhalten und nicht, weil es sich um einen besonders „schwierigen“ Fall oder um die Notwendigkeit einer „Unterbringung“ handelte, in eine Großinstitution abgeschoben werden durfte. Ausnahmen waren nur für spezialisierte Aufgaben definiert, wenn durch die Spezialisierung die Betreuungsqualität erhöht wird (z.B. im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, im Alkohol- und Drogenbereich).

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 Pkw innerhalb von maximal 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 sollten als zukünftige zentrale Orte einer ihnen zugeordneten Region erhalten bleiben.*

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.

Die nach Erreichbarkeitskriterien (60-Minuten-Isochronen im Individualverkehr) abgegrenzten sieben Psychiatrieregionen des NÖ Psychiatrieplans 1995 (Volkszählung 1991)

<i>zentrale Orte</i>	<i>Einwohner</i>	<i>Prozent</i>
<i>Mistelbach</i>	<i>148.490</i>	<i>10.1</i>
<i>Gugging</i>	<i>189.540</i>	<i>12.9</i>
<i>Mödling</i>	<i>241.335</i>	<i>16.4</i>
<i>Wr. Neustadt</i>	<i>241.914</i>	<i>16.4</i>
<i>Zwettl</i>	<i>171.105</i>	<i>11.6</i>
<i>St. Pölten</i>	<i>288.895</i>	<i>19.6</i>
<i>Mauer</i>	<i>192.534</i>	<i>13.1</i>
<i>Niederösterreich</i>	<i>1.473.813</i>	<i>100.0</i>

Während die psychiatrische Versorgung der Erwachsenenbevölkerung einschließlich alter Menschen nach dem genannten Regionalisierungs- und Sektorisierungsprinzip erfolgen sollte, wurde - 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.

Jede Psychiatrieregion sollte in drei bzw. vier Sektoren zu 50.000 bis 75.000 EinwohnerInnen unterteilt werden, die dem politischen Bezirk entsprechen.

Evaluation 2003

Die Prinzipien des NÖP95 wurden beibehalten. Unter anderem ist die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung im Sinne einer Förderung der Personenzentrierung für diejenigen Personen zu verstehen, die diese Hilfe in Wohnortnähe in Anspruch nehmen wollen, schließt aber nicht aus, dass im Sinne der Wahlfreiheit auch Hilfe außerhalb der Regionen gesucht werden kann. Freilich ist das Angebot in der *eigenen* Region allein schon deshalb qualitativ besser, weil die bei psychischen Krankheiten in vielen Fällen notwendige Kooperation zwischen verschiedenen medizinischen und sozialen Einrichtungen durch die vorgeschlagene Vernetzung und Kooperation innerhalb jeder Region besser realisiert werden kann. Im Zuge der laufenden Ausbauphasen kann es aber vorübergehend noch zu diversen Unterschiedlichkeiten zwischen den verschiedenen regionalen Angebotspaletten kommen, die durch Inanspruchnahme von Hilfen aus anderen Regionen ausgeglichen werden können.

Im Jahre 2000, zum Zeitpunkt der Erteilung des Auftrags zur Evaluierung des NÖP95, war es aus mehreren Gründen notwendig geworden, die im NÖP95 vorgeschlagenen Psychiatrieregionen neu zu definieren. Durch verschiedene Umstände hatten sich bis zum Jahre 2000 Entwicklungen ergeben, die zwar auf Empfehlungen des NÖP95 beruhten, in der konkreten Umsetzung aber aus Realisierbarkeitsgründen dann doch davon abwichen. Auch waren neue Verkehrsverbindungen entstanden (z.B. die Donaubrücke bei Pöchlarn), durch die sich die Erreichbarkeit von Standorten verändert hatte.

So war zum Zeitpunkt der Auftragserteilung bereits eine psychiatrische Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus Hollabrunn anstelle der geplanten Abteilung am Krankenhaus Mistelbach errichtet worden; des Weiteren entstanden analoge psychiatrische Abteilungen in Neunkirchen (Mai 2000; statt in Wr. Neustadt) und in Waidhofen/Thaya (Oktober 2000; statt in Zwettl). Überdies war drei Monate nach Auftragserteilung vom Ständigen Ausschuss des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) beschlossen worden, das (damals noch Landesnervenklinik Gugging genannte) Donauklinikum Gugging bis zum Jahr 2007/08 zu schließen und – als eine ihrer Nachfolgeeinrichtungen – am Landeskrankenhaus Tulln eine psychiatrische Abteilung zu errichten².

² wie auch die derzeit am Donauklinikum Gugging etablierte neurologische Abteilung

Während die ursprüngliche 7-Regionen-Lösung ausschließlich am Prinzip der Lebensfeldnähe und Erreichbarkeit orientiert war, ergab sich im Laufe der Projektarbeit die Notwendigkeit, Entwicklungen auf Bundesebene im Hinblick auf die Planung der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung mitzubersichtigen. Wie im NÖ Krankenanstaltengesetz (§35b) festgelegt ist, ist das Bundesland NÖ in fünf Versorgungsregionen eingeteilt (Waldviertel, Weinviertel, Mostviertel, Industrieviertel und NÖ Mitte). In Zukunft soll die Planung der allgemeinen Gesundheitsversorgung, die Erstellung von Indikatoren und die Zuweisung von Ressourcen auf diese Versorgungsregionen bezogen erfolgen. Es war deshalb zu überlegen, wie - unter weitgehender Wahrung des Prinzips der Lebensfeldnähe - die psychiatrische Regionalisierung auch so geplant werden konnte, dass sie mit den zukünftigen Planungen der gesamten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kompatibel ist.

Im Folgenden wird zunächst die Ausgangslage mit zwei Großversorgungsregionen (derzeit durch die drei neuen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern bereits etwas modifiziert) dargestellt (3.1.1.1). Im Anschluss daran werden die im NÖKAG vorgegebenen fünf Gesundheitsregionen beschrieben (3.1.1.2). Schließlich wird ein Vorschlag für sieben Psychiatrieregionen vorgestellt, der mit diesen Gesundheitsregionen kompatibel ist (3.1.1.3 und 3.1.1.4).

A.3.1.1.1 Die Ausgangslage: Zwei psychiatrische Großkrankenhäuser

Niederösterreich ist das einzige Bundesland Österreichs, das über zwei psychiatrische Großkrankenhäuser verfügt, das Ostarrichiklinikum Amstetten und das Donauklinikum Gugging¹⁾. Traditionell war und ist das Einzugsgebiet des Ostarrichiklinikums Amstetten identisch mit der Diözese St. Pölten, was zum Teil damit zusammenhängt, dass die Caritas der Diözese St. Pölten schon seit 30 Jahren psychosoziale Dienste in diesem Gebiet betreibt. Das Einzugsgebiet des Donauklinikums Gugging ist dementsprechend das Gebiet der Erzdiözese Wien, soweit es in Niederösterreich liegt (Abb. 1).

1) sieht man vom Krankenhaus Ybbs ab, das für Wiener PatientInnen vorgesehen ist, jedoch weitgehend Spezialaufgaben übernommen hat.

Abb. 1: Die beiden traditionellen Einzugsgebiete des Ostarrichiklinikums Amstetten und des Donauklinikums Gugging



In Abbildung 1 sind diese Verhältnisse dargestellt. Auch bei oberflächlichem Hinsehen wird deutlich, dass hier große Entfernungen zu überwinden sind, etwa aus dem Waldviertel nach Mauer bei Amstetten oder vom Semmering nach Gugging. In Erfüllung einiger Vorschläge des NÖP95 wurden in den letzten Jahren allerdings bereits Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern errichtet, nämlich 1998 in Hollabrunn, 2000 in Neunkirchen und Waidhofen an der Thaya. Zum Teil sind diese psychiatrischen Abteilungen bereits versorgungswirksam geworden, worauf im Kapitel B.1 eingegangen wird.

A.3.1.1.2 Die fünf Gesundheitsversorgungsregionen des NÖKAG

In der Weiterentwicklung des österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes ist vorgesehen, Österreich in eine begrenzte Anzahl von Versorgungsregionen einzuteilen, die mit einer Zeitperspektive von 2010 für die Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP zu einem Leistungsangebotsplan eine Rolle spielen sollen. Der derzeitige Planungshorizont des ÖKAP/GGP ist das Jahr 2005. Die neue Perspektive ist bereits in den ÖKAP/GGP 2003 (mit dem Zeithorizont 2005) eingeplant, in dem Ergebnisse dieser Evaluation bereits eingeflossen

sind.

Für Niederösterreich sind im niederösterreichischen Krankenanstaltengesetz (NÖKAG § 35b; letzte Novelle 2002) bereits fünf solche Versorgungsregionen definiert, und zwar nicht durch Bezirksgrenzen, sondern durch Zusammenfassungen der existierenden Krankenanstalten. Diese Versorgungsregionen sind in Tabelle 1 benannt und beschrieben.

Tab. 1: 5 Gesundheitsversorgungsregionen NÖKAG 2002³

Versorgungsregion	Krankenanstalten
Weinviertel	Hollabrunn, Korneuburg, Mistelbach (einschließlich Medizinisches Zentrum Gänserndorf), Stockerau
Industrieviertel	Baden, Grimmenstein, Hainburg, Mödling, Neunkirchen, Wr. Neustadt
NÖ Mitte	Klosterneuburg, Krems, Lilienfeld, Maria Gugging, St. Pölten, Tulln
Mostviertel	Amstetten, Mauer bei Amstetten, Melk, Scheibbs, Waidhofen/Ybbs
Waldviertel	Allentsteig, Eggenburg, Gmünd, Horn, Waidhofen/Thaya, Zwettl

Tabelle 2 enthält die bezirksmässige Zuordnung samt Bevölkerungszahlen der fünf Gesundheitsversorgungsregionen des NÖKAG. In Abbildung 2 sind die regionsbezogenen Krankenanstaltenstandorte dargestellt, in Abbildung 3 die entsprechende geographische Einteilung der 5 Gesundheitsversorgungsregionen, wobei die einzelnen Teile von Wien Umgebung den jeweils angrenzenden Gesundheitsversorgungsregionen zugeteilt sind (WU Klosterneuburg und WU Purkersdorf zu NÖ Mitte; WU Gerasdorf zum Weinviertel; WU Schwechat zum Industrieviertel).

³ Hier und in den folgenden Tabellen und Abbildungen werden die einzelnen Regionen immer in der gleichen Reihenfolge dargestellt, u.zw. im Uhrzeigersinn, beginnend bei 0 Uhr (Weinviertel) und endigend bei 24 Uhr (Waldviertel).

Tab. 2: Bezirke und Bevölkerungszahlen in den fünf Gesundheitsversorgungsregionen des NÖKAG⁴

5 Gesundheits-Versorgungsregionen	Bezirke	EW pro Bezirk	EW pro Region absolut	EW pro Region %
Weinviertel	Hollabrunn	50.070	287.483	18,60%
	Korneuburg	67.981		
	Mistelbach	72.726		
	Gänserndorf	88.475		
	WU Gerasdorf	8.231		
Industrieviertel	Mödling	106.374	512.395	33,14%
	Bruck/Leitha	40.006		
	WU Schwechat	43.818		
	Baden	126.892		
	Neunkirchen	85.769		
	Wr. Neustadt Stadt	37.627		
	Wr. Neustadt Land	71.909		
NÖ Mitte	Tulln	64.600	362.183	23,43%
	WU Purkersdorf	25.152		
	WU Klosterneuburg	24.797		
	Krems Stadt	23.713		
	Krems Land	54.407		
	St. Pölten Stadt	49.121		
	St. Pölten Land	93.309		
	Lilienfeld	27.084		
Mostviertel	Amstetten	109.183	237.461	15,36%
	Melk	75.287		
	Scheibbs	41.329		
	Waidhofen/Ybbs	11.662		
Waldviertel	Waidhofen/Thaya	28.197	146.282	9,46%
	Horn	32.400		
	Zwettl	45.635		
	Gmünd	40.050		
Niederösterreich		1.545.804		100%

⁴ Volkszählungsdaten 2001 nach der letzten Veröffentlichung der „Statistik Österreich“ am 17.9.2002.

Abb. 2: Standorte der Krankenanstalten in den 5 Gesundheitsversorgungsregionen des NÖKAG

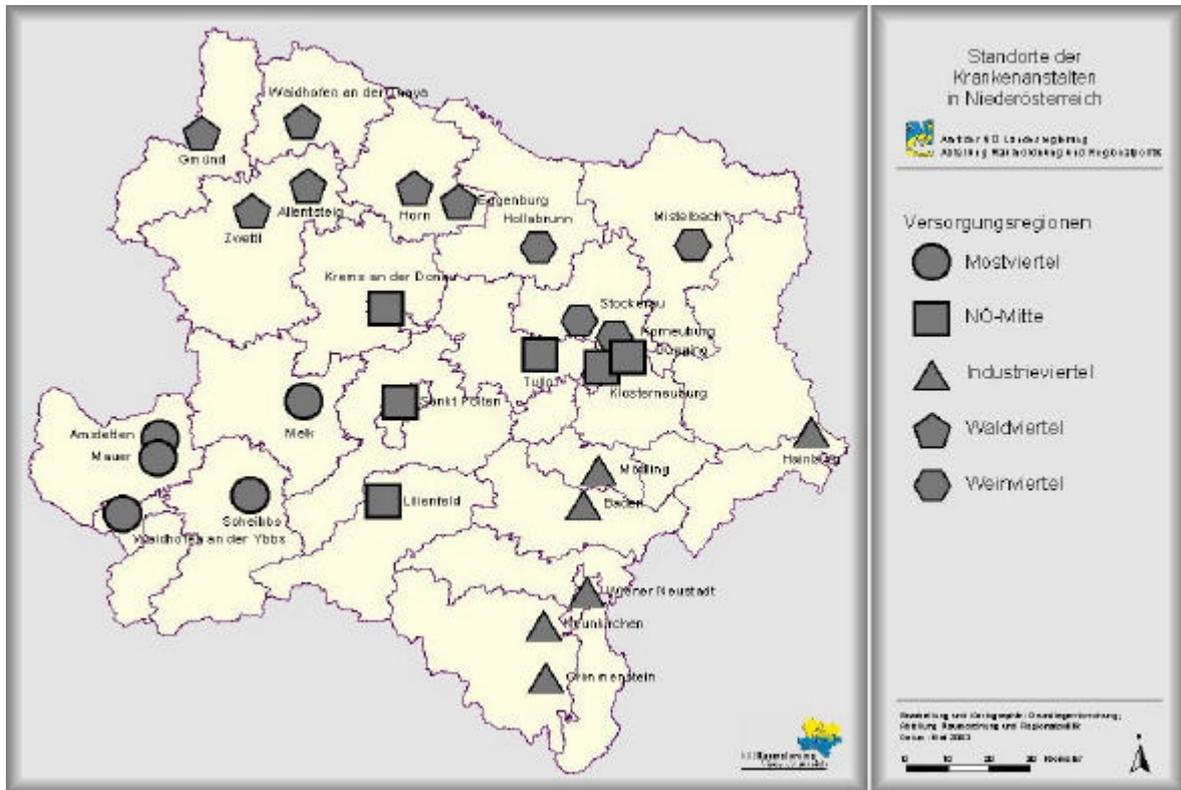


Abb. 3: Geographische Darstellung der fünf Gesundheitsversorgungsregionen laut NÖKAG



A.3.1.1.3 Die sieben an die Gesundheitsversorgungsregionen adaptierten Psychiatrieregionen Niederösterreichs

Durch die Teilung der zwei bevölkerungsmässig größten Gesundheitsregionen - Industrieviertel (512.395 Einwohner) und NÖ Mitte (362.183 Einwohner) - wurden insgesamt sieben Psychiatrieregionen geschaffen, die nun alle eine überschaubare Größe aufweisen und die Realisierung der Leitlinie der Lebensfeldnähe ermöglichen.

Die Versorgungsregion Industrieviertel wurde in zwei Subregionen geteilt, nämlich in

- die Thermenregion (317.090 Einwohner) und
- die Bucklige Welt (195.305 Einwohner).

Zu beachten ist, dass der Bezirk Bruck/Leitha (mit der KA Hainburg) in der NÖKAG-Novelle 2002 der Versorgungsregion Industrieviertel (Psychiatrieregion „Thermenregion“) zugeordnet wurde, während er davor dem Weinviertel zugerechnet worden war.

Die Versorgungsregion NÖ Mitte wurde ebenfalls in zwei Subregionen geteilt, nämlich in

- NÖ Mitte Nord (192.669 Einwohner) und
- NÖ Mitte Süd (169.514 Einwohner).

Der Bezirk Wien Umgebung erforderte wegen seiner geographischen Zersplitterung eine besondere Behandlung⁵. Die Gemeinde Gerasdorf, die zum Bezirk Wien-Umgebung gehört, wurde aufgrund der de facto geübten Versorgungspraxis (die Bevölkerung orientiert sich über die Brünner Straße nach Mistelbach) dem „Weinviertel“ und nicht „NÖ Mitte“ zugeordnet. In gleicher Weise wurden Schwechat der Psychiatrieregion „Thermenregion“ und Purkersdorf sowie Klosterneuburg der Psychiatrieregion „NÖ Mitte Nord“ zugerechnet.

Somit ergaben sich 7 Psychiatrieregionen, deren Grenzen sich – bei Zusammenfassung der Thermenregion und der Buckligen Welt einerseits und NÖ Mitte Nord und Süd andererseits – mit den Gesundheitsversorgungsregionen decken, was für die Integration der weiteren Psychiatrieplanung in die Planung der gesamten Gesundheitsversorgung essenziell ist.

⁵ Hier wäre auch zu berücksichtigen, dass wegen der Nahlage zu Wien aus diesen Bezirken auch Einrichtungen in Wien in Anspruch genommen werden.

Tab. 3: Bezirke, Bevölkerungszahlen und geografische Größe der sieben Psychiatrieregionen

5 Gesundheits-Versorgungsregionen	7 Psychiatrieregionen	EW pro Bezirk	EW pro Region absolut	EW pro Region %	Fläche in km²
Weinviertel	Weinviertel				
	Hollabrunn	50.070	287.483	18,60%	4.234
	Korneuburg	67.981			
	Mistelbach	72.726			
	Gänsersdorf	88.475			
WU Gerasdorf	8.231				
Industrieviertel	Thermenregion				
	Mödling	106.374	317.090	20,51%	1.733
	Bruck/Leitha	40.006			
	WU Schwechat	43.818			
	Baden	126.892			
	Bucklige Welt				
Neunkirchen	85.769	195.305	12,63%	2.177	
Wr. Neustadt Stadt	37.627				
Wr. Neustadt Land	71.909				
NÖ Mitte	NÖ Mitte Nord				
	Tulln	64.600	192.669	12,46%	1.875
	WU Purkersdorf	25.152			
	WU	24.797			
	Klosterneuburg	23.713			
	Krems Stadt	54.407			
	Krems Land				
	NÖ Mitte Süd				
St. Pölten Stadt	49.121	169.514	10,97%	2.161	
St. Pölten Land	93.309				
Lilienfeld	27.084				
Mostviertel	Mostviertel				
	Amstetten	109.183	237.461	15,36%	3.356
	Melk	75.287			
	Scheibbs	41.329			
Waidhofen/Ybbs	11.662				
Waldviertel	Waldviertel				
	Waidhofen/Thaya	28.197	146.282	9,46%	3.639
	Horn	32.400			
Zwettl	45.635				
Niederösterreich			1.545.804	100%	19.174

Tabelle 3 enthält die bezirksmässige Zuordnung zu den sieben Psychiatrieregionen samt Bevölkerungszahlen und geographischer Größe der Regionen. In Abbildung 4 ist die

geographischen Einteilung der sieben Psychiatrieregionen graphisch dargestellt. Die Abbildungen 5 und 6 zeigen die Größe jeder einzelnen Region, einmal im Hinblick auf die Einwohnerzahl, einmal im Hinblick auf die Fläche.

Abb. 4: Geographische Einteilung der 7 Psychiatrieregionen



Von der Einwohnerzahl her lassen sich drei relative große Regionen (mit über 200.000 EW: Thermenregion, Weinviertel und Mostviertel) und vier kleinere Regionen (mit unter 200.000 EW: Bucklige Welt, NÖ Mitte Nord, NÖ Mitte Süd und Waldviertel) unterscheiden. Die größte Region ist die Thermenregion mit fast 320.000 Einwohnern, die kleinste die Region Waldviertel mit unter 150.000 Einwohnern.

Flächenmäßig ist die größte Region das Weinviertel. Die kleinste Psychiatrieregion ist die Thermenregion - die als die einwohnermäßig größte Region somit die größte Bevölkerungsdichte aufweist. Das Umgekehrte gilt für das Waldviertel, das die geringste Bevölkerungsdichte aufweist.

Abb. 5: Einwohnerzahlen pro Psychiatrieregionen

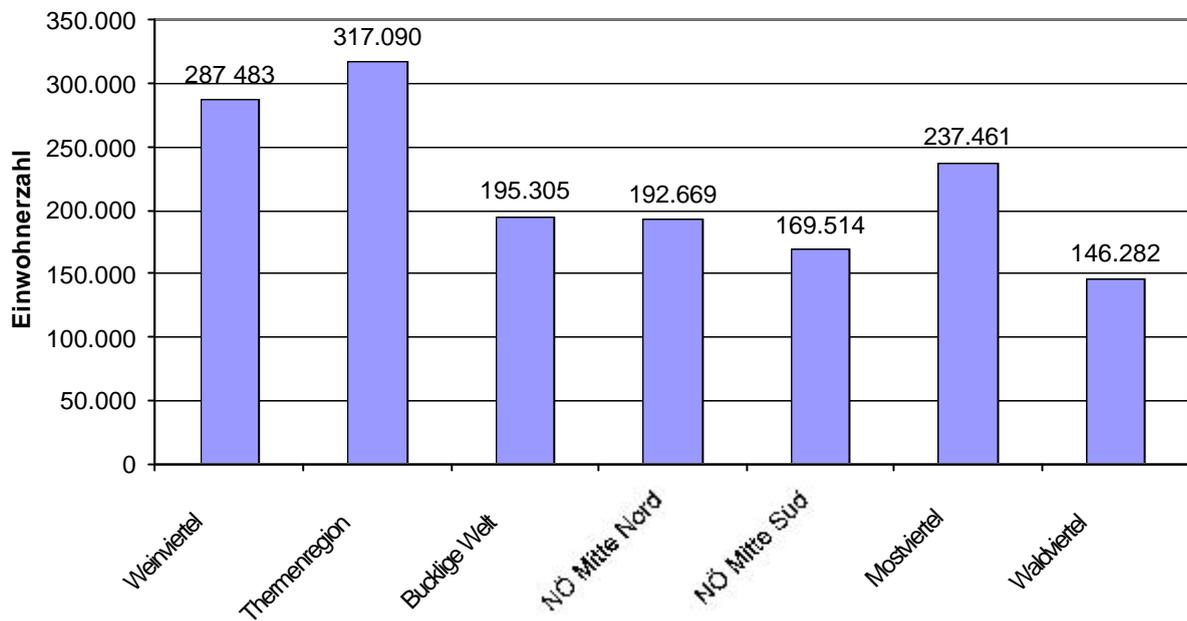
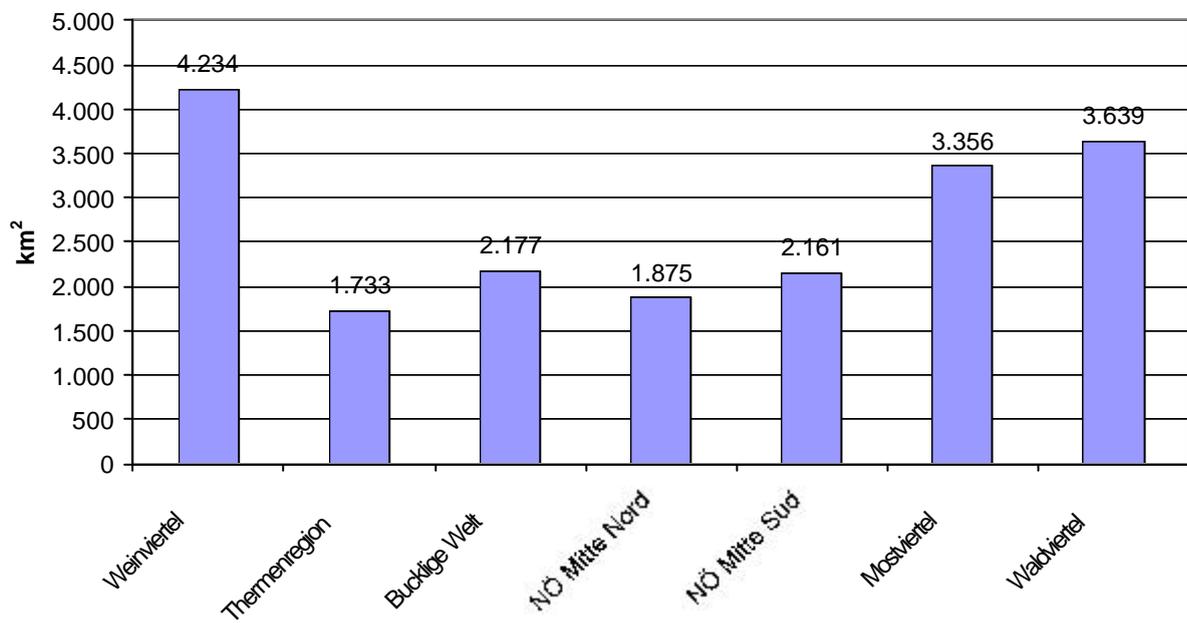


Abb. 6: Größe der Psychiatrieregionen in km²



A.3.1.1.4 Die Erreichbarkeit der zentralen Orte in den sieben Psychiatrieregionen

Der wichtigste Grund für die Regionalisierung ist die leichte Erreichbarkeit von Diensten und Einrichtungen durch die Bevölkerung, und - umgekehrt - die leichte Erreichbarkeit der Bevölkerung durch mobile Dienste (besonders für Notfalldienste, aber auch für reguläre Hausbesuche), was die Voraussetzung dafür ist, dass das Prinzip der Lebensfeldnähe realisiert werden kann. Um diese Erreichbarkeit für die hier definierten 7 Psychiatrieregionen zu untersuchen, wurden von der NÖ Raumplanung⁶ für den Individualverkehr die 15-, 30-, 45-, 60-, 75- und 90-Minuten Isochronen für die Standorte Hollabrunn, Tulln, Mödling, Neunkirchen, St. Pölten, Mauer, Amstetten⁷ und Waidhofen/Thaya berechnet, die sich als zentrale Orte der jeweiligen Region empfehlen, und tabellarisch(Tabelle 4 - 7) sowie grafisch dargestellt (Abbildungen 7 bis 14).

Wie den Tabellen 4 bis 7 entnommen werden kann, sind für nahezu 95% (94,3%) der niederösterreichischen Bevölkerung die zentralen Ort der Psychiatrieregionen im Individualverkehr innerhalb von 60 Minuten zu erreichen, für 86,3 % sogar innerhalb von 45 Minuten und für nahezu 70 % (69,1%) innerhalb von 30 Minuten. Die etwas über 5% (5,4%) der Bevölkerung, die außerhalb der 60-Minuten-Isochrone leben, verteilen sich wie folgt: 4,4% wohnen zwischen der 60- und der 75-Minuten-Isochrone und 1,3% zwischen der 75- und der 90-Minuten-Isochrone.

⁶ Wir danken Frau Dipl. Ing. Ilse Wollansky (Leiterin) und Frau Mag. Elke Ledl, Abteilung Raumordnung und Regionalpolitik des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung, für die Unterstützung.

⁷ Im Hinblick darauf, dass sowohl Amstetten als auch Mauer prinzipiell als zentrale Orte in Frage kommen, wurden die Berechnungen für beide Standorte durchgeführt.

Tab. 4: Die Erreichbarkeit der zentralen Orte der sieben Psychiatrieregionen durch Individualverkehr in Minuten (zusätzlicher Ort: Amstetten)

Kumuliert für 15-Minuten Isochronen/Absolutwerte

	0-15 min	0-30 min	0-45 min	0-60 min	0-75 min	0-90 min	Summe
Hollabrunn	28.753	102.082	157.093	210.948	267.464	287.483	287.483
Mödling	130.744	272.883	305.653	315.666	317.090		317.090
Neunkirchen	109.744	185.144	194.788	195.305			195.305
Tulln	49.564	115.963	167.340	187.953	192.669		192.669
St. Pölten	93.832	153.961	165.441	168.899	169.514		169.514
Mauer	62.239	157.496	229.955	237.158	237.461		237.461
Amstetten	75.515	182.790	230.436	237.461			237.461
Waidhofen/Thaya	30.081	81.350	114.202	142.444	146.282		146.282
Niederösterreich	504.957	1.068.879	1.334.472	1.458.373	1.525.785	1.545.804	1.545.804

Tab. 5: Die Erreichbarkeit der zentralen Orte der sieben Psychiatrieregionen durch Individualverkehr in Minuten (zusätzlicher Ort: Amstetten)

Kumuliert für 15-Minuten Isochronen/in Prozent der Gesamtbevölkerung

	0-15 min	0-30 min	0-45 min	0-60 min	0-75 min	0-90 min	Summe
Hollabrunn	10,0%	35,5%	54,6%	73,4%	93,0%	100,0%	287.483
Mödling	41,2%	86,1%	96,4%	99,6%	100,0%		317.090
Neunkirchen	56,2%	94,8%	99,7%	100,0%	100,0%		195.305
Tulln	25,7%	60,2%	86,9%	97,6%	100,0%		192.669
St. Pölten	55,4%	90,8%	97,6%	99,6%	100,0%		169.514
Mauer	26,2%	66,3%	96,8%	99,9%	100,0%		237.461
Amstetten	31,8%	77,0%	97,0%	100,0%			237.461
Waidhofen/Thaya	20,6%	55,6%	78,1%	97,4%	100,0%		146.282
Niederösterreich	32,7%	69,1%	86,3%	94,3%	98,7%	100,0%	1.545.804

Im Weinviertel ist die Situation ungünstiger. Dort können nur 73,4% der Bevölkerung den zentralen Ort Hollabrunn innerhalb von 60 Minuten im Individualverkehr erreichen. Dies hängt damit zusammen, dass schon vor der Beauftragung der Evaluierung des NÖP95, Hollabrunn als Standort für eine Sozialpsychiatrische Abteilung festgelegt worden war und 1998 eine solche errichtet wurde, Hollabrunn aber im Weinviertel äußerst dezentral gelegen ist.

Tab. 6: Die Erreichbarkeit der zentralen Orte der 7 Psychiatrieregionen durch Individualverkehr in Minuten (zusätzlicher Ort: Amstetten)

Für einzelne 15 Minuten-Isochrone/Absolutwerte

	0-15 min	>15-30 min	>30-45 min	>45-60 min	>60-75 min	>75-90 min	Summe
Hollabrunn	28.753	73.329	55.011	53.855	56.516	20.019	287.483
Mödling	130.744	142.139	32.770	10.013	1424		317.090
Neunkirchen	109.744	75.400	9.644	517			195.305
Tulln	49.564	66.399	51.377	20.613	4716		192.669
St. Pölten	93.832	60.129	11.480	3.458	615		169.514
Mauer	62.239	95.257	72.459	7.203	303		237.461
Amstetten	75.515	107.275	47.646	7.025			237.461
Waidhofen/Thaya	30.081	51.269	32.852	28.242	3838		146.282
Niederösterreich	504.957	563.922	265.593	123.901	67.412	20.019	1.545.804

Besonders Gemeinden, die an der Grenze zur Slowakei und zu Tschechien im Osten und Nordosten liegen, sind zum Großteil 75, ja sogar 90 Minuten entfernt. Diese schlechte Erreichbarkeit von Hollabrunn wird teilweise dadurch kompensiert, dass in der vorliegenden Evaluierung in Mistelbach und Gänserndorf Nebenzentren in Form von Tageskliniken vorgeschlagen werden (Kapitel B.1.2)

Tab.7: Die Erreichbarkeit der zentralen Orte der 7 Psychiatrieregionen durch Individualverkehr in Minuten (zusätzlicher Ort: Amstetten)

Für einzelne 15 Minuten-Isochrone/in Prozent der Gesamtbevölkerung

	0-15 min	>15-30 min	>30-45 min	>45-60 min	>60-75 min	>75-90 min	Summe
Hollabrunn	10,0%	25,5%	19,1%	18,7%	19,7%	7,0%	287.483
Mödling	41,2%	44,8%	10,3%	3,2%	0,4%		317.090
Neunkirchen	56,2%	38,6%	4,9%	0,3%			195.305
Tulln	25,7%	34,5%	26,7%	10,7%	2,4%		192.669
St. Pölten	55,4%	35,5%	6,8%	2,0%	0,4%		169.514
Mauer	26,2%	40,1%	30,5%	3,0%	0,1%		237.461
Amstetten	31,8%	45,2%	20,1%	3,0%			237.461
Waidhofen/Thaya	20,6%	35,0%	22,5%	19,3%	2,6%		146.282
Niederösterreich	32,7%	36,5%	17,2%	8,0%	4,4%	1,3%	1.545.804

Im Gegensatz zu dieser schwierigeren Situation ist hervorzuheben, dass etwa in der Psychiatrieregion Neunkirchen fast 100% der Bevölkerung sogar innerhalb der 45-Minuten Isochrone wohnen. Am Standort Amstetten wohnen 100% der Bevölkerung innerhalb der 60-Minuten-Isochrone.

Abb. 7 Erreichbarkeit von Hollabrunn durch Individualverkehr in Minuten

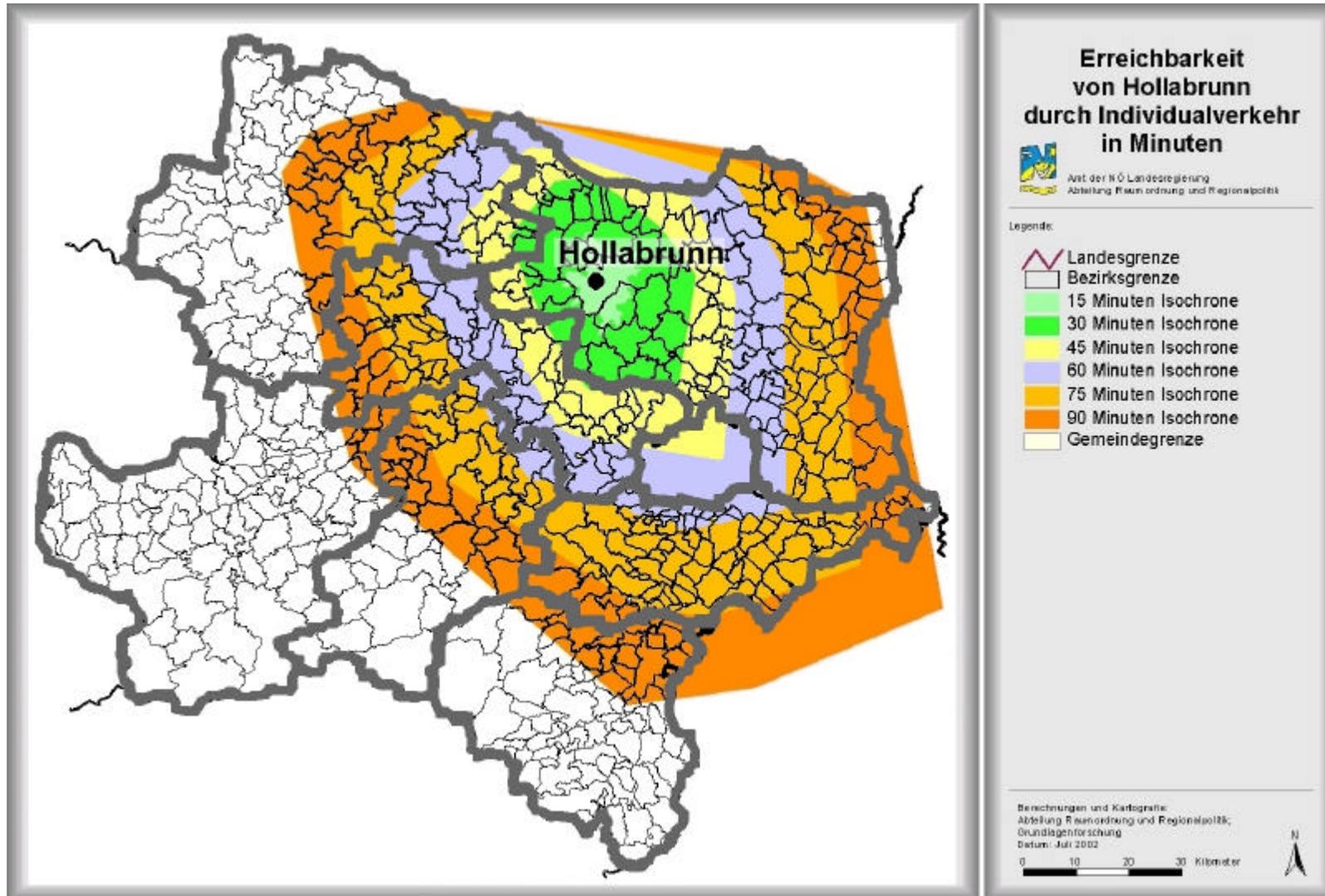


Abb. 8: Erreichbarkeit von Mödling durch Individualverkehr in Minuten

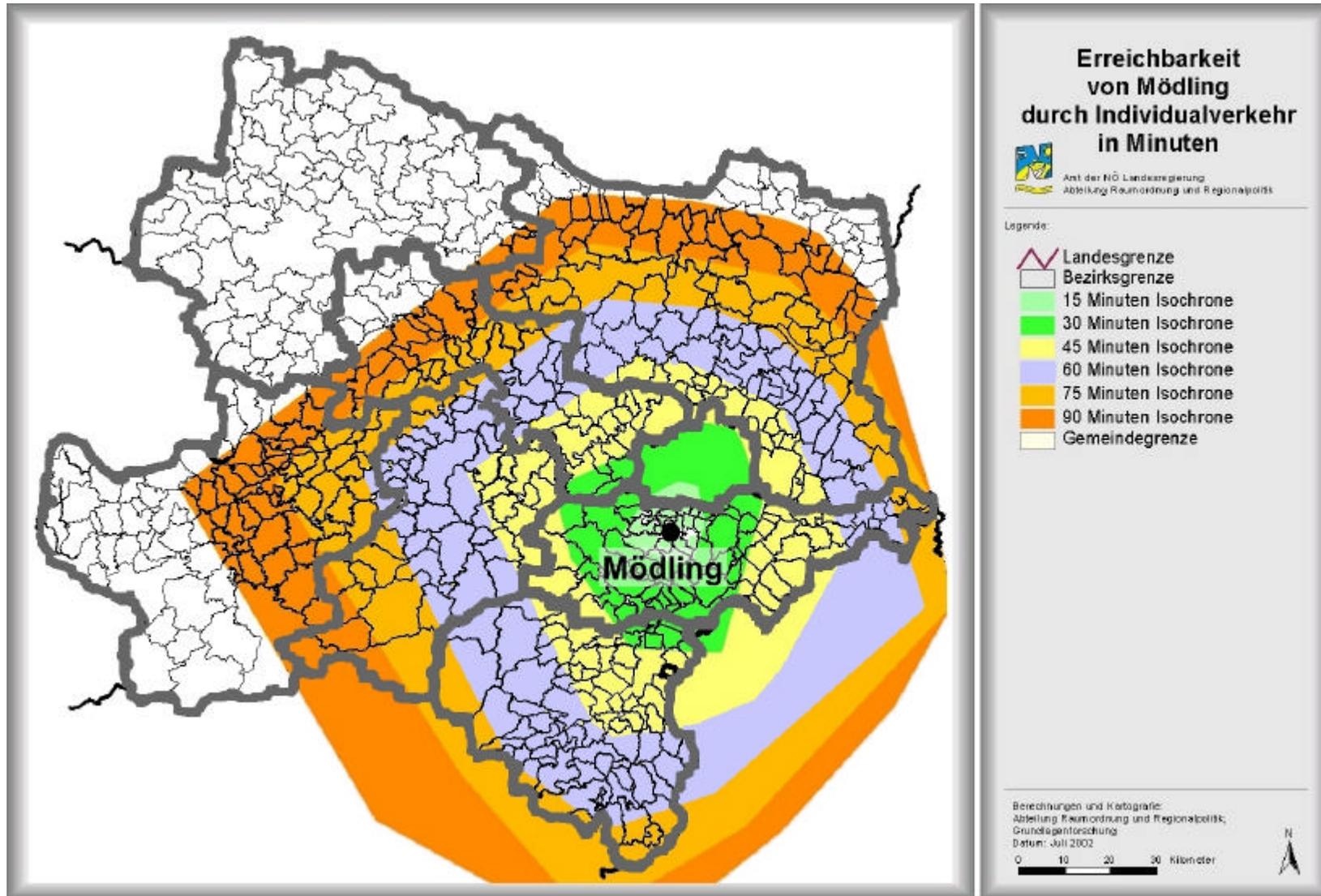


Abb. 9: Erreichbarkeit von Neunkirchen durch Individualverkehr in Minuten

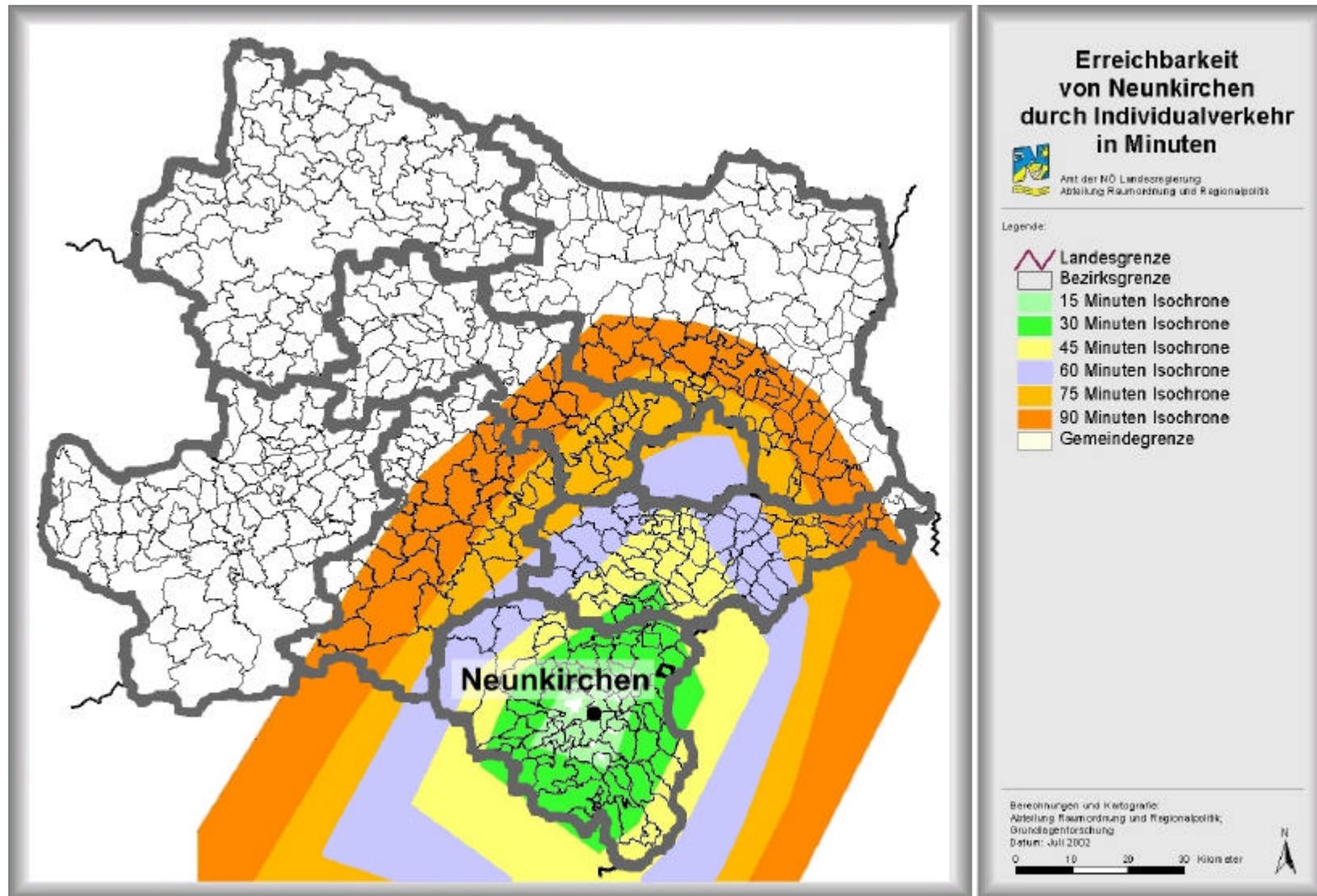


Abb. 10: Erreichbarkeit von Tulln durch Individualverkehr in Minuten

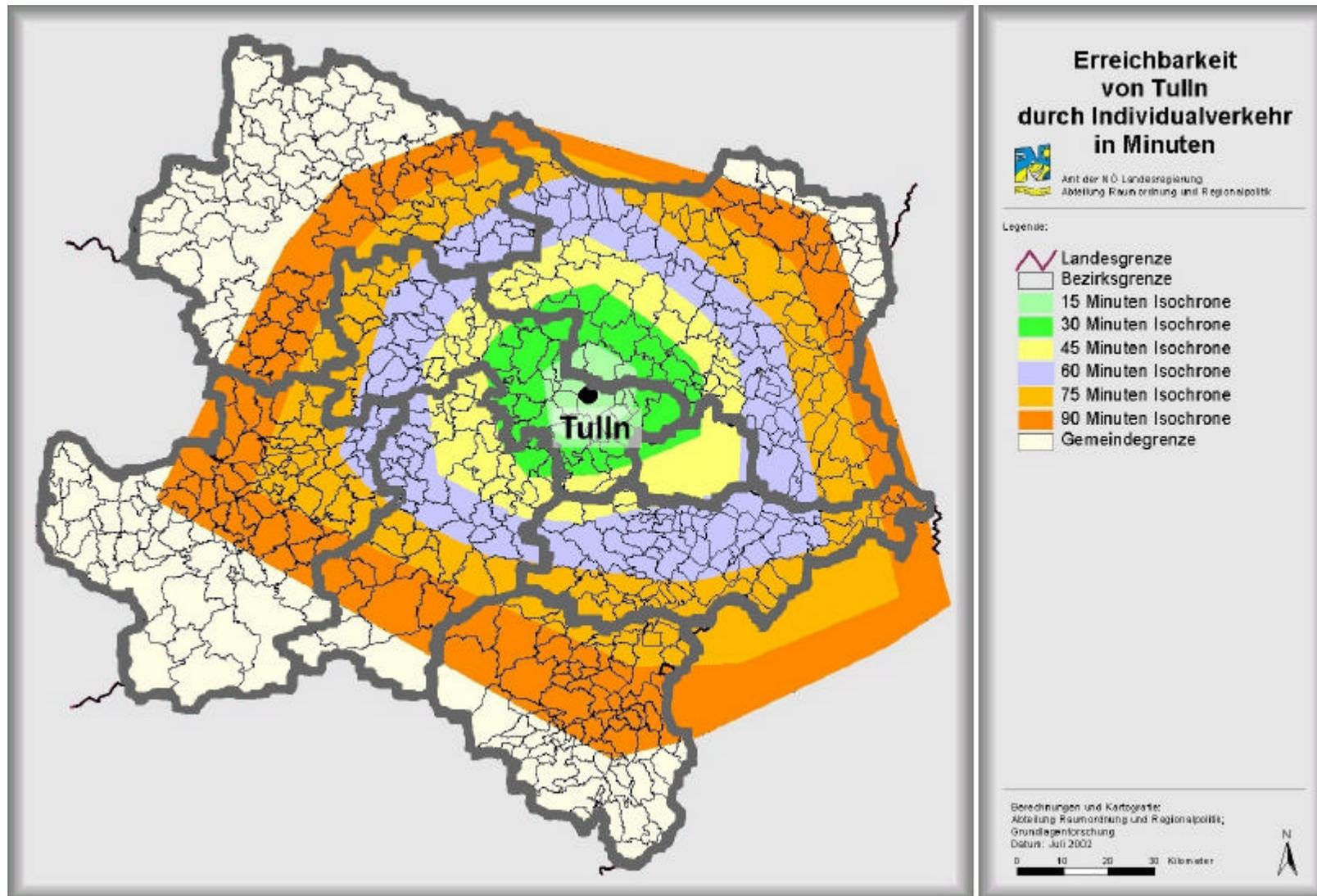


Abb. 11: Erreichbarkeit von St. Pölten durch Individualverkehr in Minuten

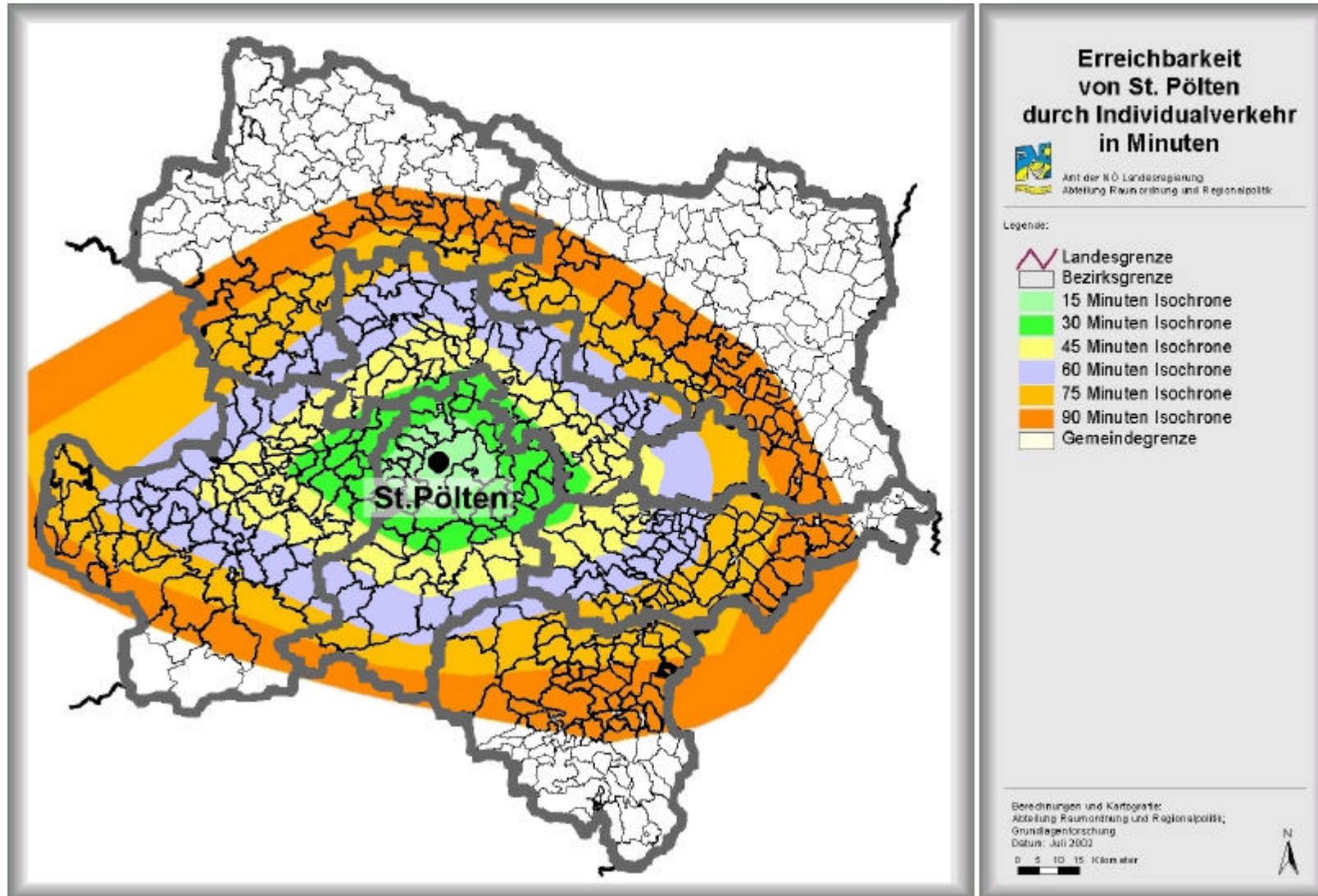


Abb. 12: Erreichbarkeit von Mauer durch Individualverkehr in Minuten

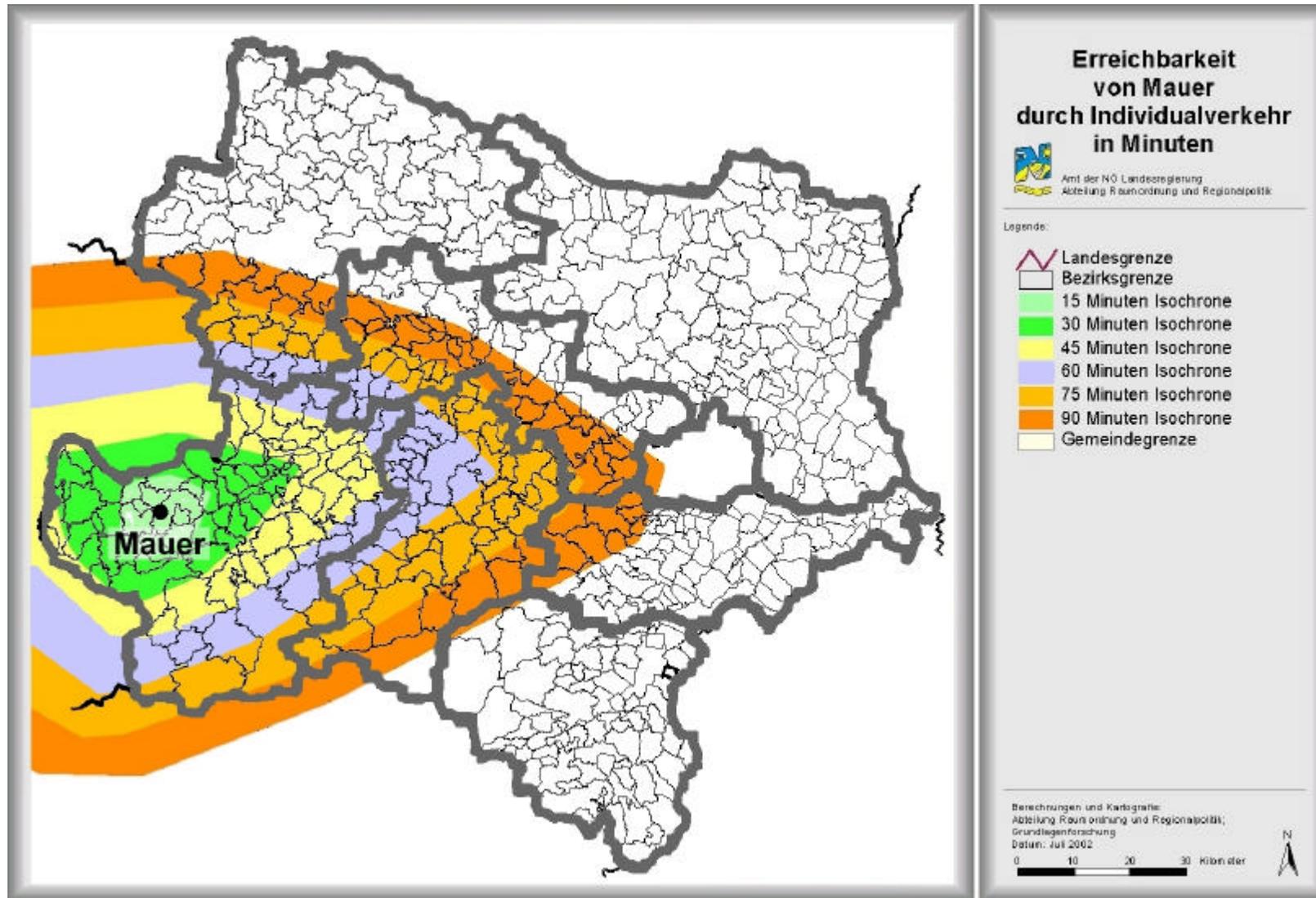


Abb. 13: Erreichbarkeit von Amstetten durch Individualverkehr in Minuten

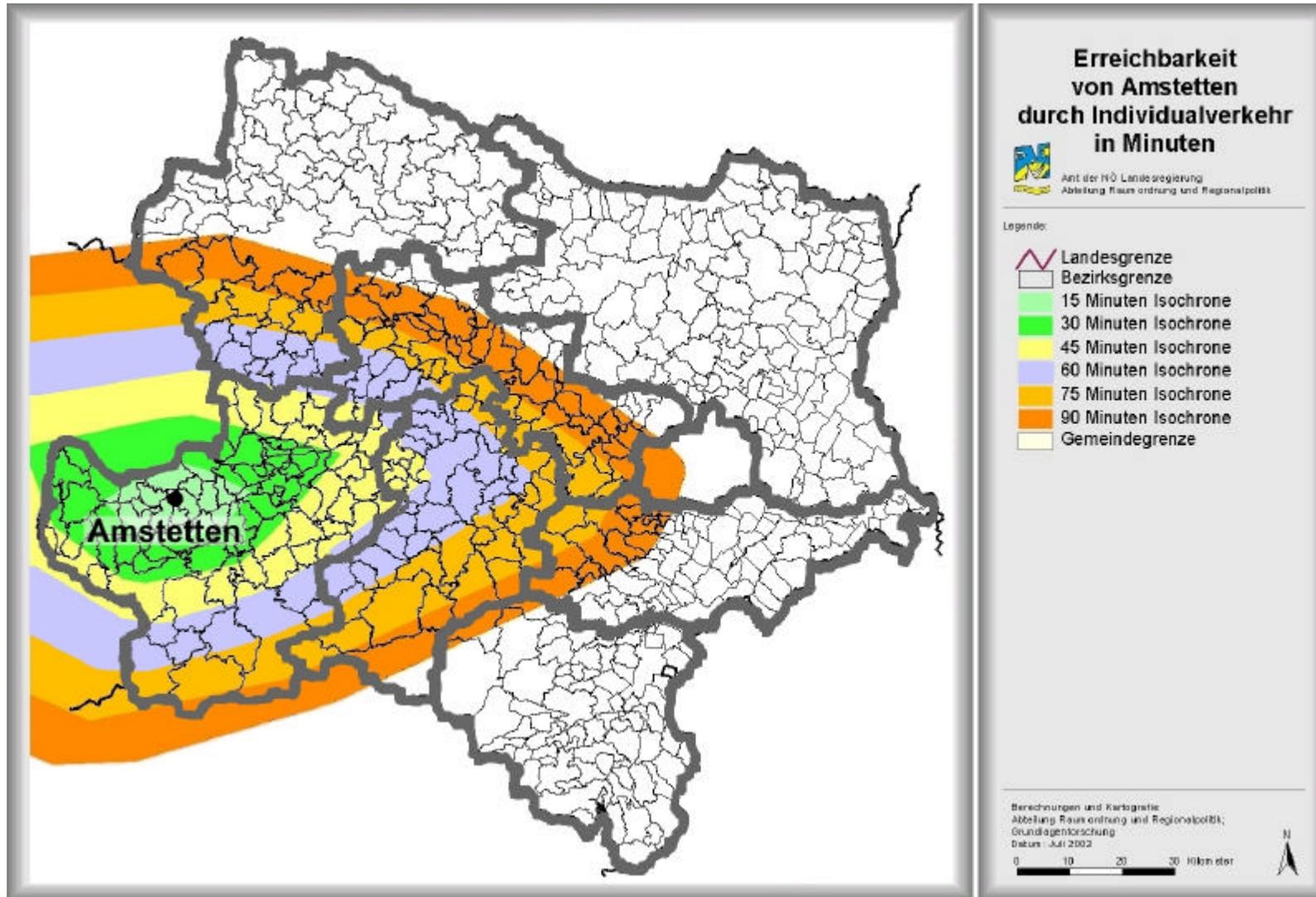
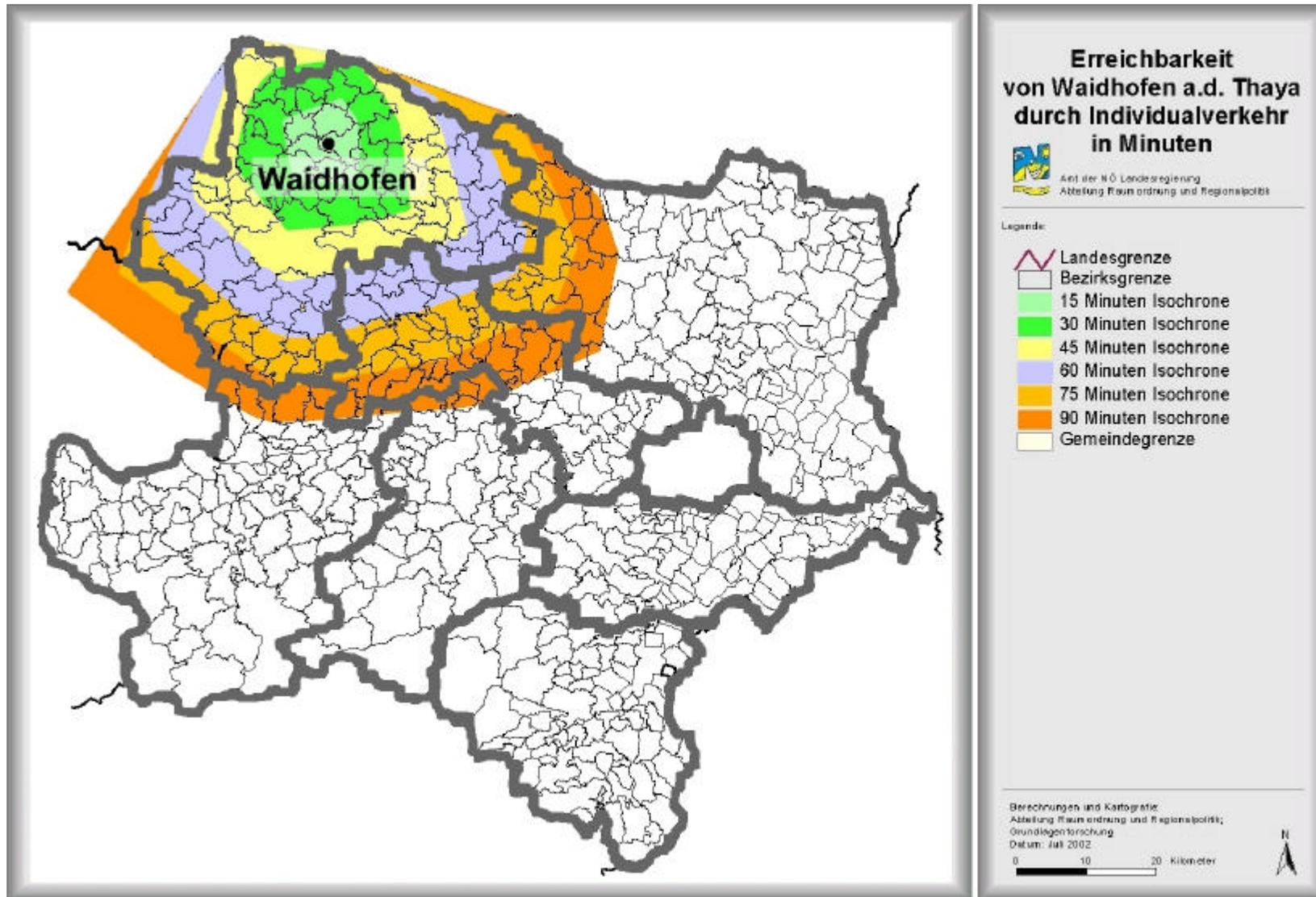


Abb. 14: Erreichbarkeit von Waidhofen a.d. Thaya durch Individualverkehr in Minuten



A.3.1.2 Stufenplan der Versorgung

Aussagen des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995

Im NÖP95 war die regionale Grundversorgung unter der Überschrift „Erwachsenenpsychiatrie - die für jede Psychiatrieregion benötigten Dienste und Einrichtungen“ in einem eigenen Abschnitt behandelt worden. Diese Grundversorgung beinhaltete das Regionale psychiatrische Zentrum (psychiatrische Betten, psychiatrische Tagesklinik und einen ambulanten/mobilen psychiatrischen Notdienst), ambulante und mobile Dienste auf der Sektorebene (also auf der Ebene der Bezirke) und so genannte komplementäre Dienste und Einrichtungen.

Es war schon im NÖP95 davon ausgegangen worden, dass psychiatrische Spezialgebiete nur jeweils für mehrere Regionen gemeinsam angeboten werden können. An Spezialgebieten waren im NÖP95 Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Gerontopsychiatrie genannt worden, darüber hinaus Alkohol- und Drogenerkrankungen, psychosomatische Erkrankungen, geistige Behinderung sowie forensische Psychiatrie. Im NÖP95 war festgehalten worden, dass Pläne für diese Spezialgebiete erst ausgearbeitet werden müssen.

Evaluation 2003

Während das Prinzip des Stufenplans schon im NÖP95 enthalten war, ist die konkrete Ausgestaltung – besonders angesichts der vorgesehenen Schließung des Donauklinikums Gugging – hier vom NÖP95 teilweise unterschiedlich.

A.3.1.2.1 Allgemeines

Ähnlich wie in der gesamten Gesundheitsversorgung ist auch innerhalb der Psychiatrie zwischen einer Grundversorgung und einer Spezialversorgung zu unterscheiden. Im Gesundheitswesen insgesamt wird die Grundversorgung vom niedergelassenen Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin gemeinsam mit den Standardkrankenanstalten geleistet; für die Spezialversorgung gibt es FachärztInnen der verschiedensten Gebiete und Fachabteilungen in Krankenanstalten auf den Ebenen der Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten, je nach Spezialisierung nur auf Schwerpunkt- oder gar nur auf Zentralkrankenanstaltenebene.

Auch innerhalb der Psychiatrie selbst findet sich diese Struktur wieder, wobei jedoch die stationäre Versorgung traditionell in wenigen Großanstalten erfolgte bzw. erfolgt, die im Grunde einer Zentralkrankenanstalt entsprechen. Lange Zeit gab es pro Bundesland nur *eine* psychiatrische Krankenanstalt - mit Ausnahme von Niederösterreich, das über zwei derartige Krankenanstalten verfügt, und das Burgenland, das über keine psychiatrische Krankenanstalt verfügt. Dazu kommen die Universitätskliniken für Psychiatrie in Wien, Graz und Innsbruck.

Durch die wissenschaftliche Weiterentwicklung haben sich innerhalb der Psychiatrie für bestimmte Spezialgebiete Spezialversorgungsdienste und -einrichtungen entwickelt. Dieser Spezialisierung entspricht zum Teil die Entstehung von professionellen Subspezialitäten. In der Psychiatrie lässt sich heute argumentieren, dass es sechs derartige Spezialversorgungsbereiche gibt, wenngleich die Entwicklung sehr im Fluss ist, wie Abschnitt C dargelegt werden wird. Diese sechs Bereiche sind:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrie
2. Gerontopsychiatrie
3. Alkoholabhängigkeit
4. Drogenabhängigkeit
5. Psychotherapie

6. PatientInnen, die mit dem Strafrecht in Konflikt gekommen sind (forensische Psychiatrie)

Im Abschnitt C wird diese Einteilung genauer begründet und diskutiert. Hier ist der Aspekt der Erreichbarkeit dieser speziellen Versorgungsleistungen relevant.

Übereinstimmung besteht zwischen der allgemeinmedizinischen und der psychiatrischen Versorgung im Hinblick darauf, dass möglichst alle Behandlungsangebote - die der Grundversorgung und die der Spezialversorgung - möglichst leicht erreichbar, also nahe zum Wohnort der Betroffenen angesiedelt sein sollten.

Für die hier so genannte psychiatrische „Grundversorgung“ lässt sich dieses Prinzip relativ leicht einhalten. Im Falle der „Spezialversorgung“ gibt es - besonders in ländlichen Gebieten - verschiedene Hindernisse:

1. Manche Spezialprobleme sind zu selten, als dass Dienste und Einrichtungen für sie tatsächlich überall und damit ganz nahe am Wohnort der Betroffenen vorgehalten werden könnten – nicht zuletzt auch deshalb, weil die Fachleute zu wenig Erfahrung im Umgang mit diesen Spezialproblemen sammeln könnten.
2. Spezifische Versorgungsangebote (besonders solche stationärer Natur) können aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht in zu kleinen Einheiten erbracht werden.
3. Für manche Spezialprobleme gibt es zu wenig „SpezialistInnen“, sodass allzu zahlreiche nahe dem Wohnort der Betroffenen angesiedelte Einrichtungen nicht mit Personal ausgestattet werden könnten.

Wie wünschenswert es zwar ist, dass neben der Grundversorgung auch die Spezialversorgung möglichst lebensfeldnahe erfolgt, so müssen aus den genannten Gründen Kompromisse geschlossen werden.

Im städtischen Raum - und Sozialpsychiatrie im Sinne der Lebensfeldzentrierung ist ursprünglich ein städtisches Modell - sind die Entfernungen zu spezialisierten Einrichtungen in der Regel leicht zu überwinden. Im Gegensatz dazu spielt die Entfernung im ländlichen Raum eine große Rolle. Die Konzentration von Spezialeinrichtungen auf wenige Orte bedingt

weite Anreisewege für die Betroffenen. Aus den genannten Gründen wird es nicht zu vermeiden sein, dass spezialisierte Angebote, vor allem solche in stationärer und teilstationärer Natur, nur in einiger Entfernung vom Wohnort vorgehalten werden können. Eine wichtige Aufgabe der psychiatrischen Versorgung in einem großen Versorgungsgebiet, wie es das Bundesland Niederösterreich darstellt, ist es deshalb - trotz der genannten Gegebenheiten - die Entfernungen zu Diensten und Einrichtungen möglichst gering zu halten. Diesen Überlegungen wurde in der vorliegenden Evaluierung des NÖP95 Rechnung getragen.

Zu Beginn war in der Evaluation des NÖP95 vorgesehen gewesen, neben der regionalen Grundversorgung, die stationären/teilstationären Angebote von fünf dieser psychiatrischen Spezialgebiete jeweils für mehrere Regionen gemeinsam, also „überregional“, anzubieten und zwar Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Alkohol- und Drogenerkrankungen sowie psychosomatische Erkrankungen. Die forensisch-psychiatrische Versorgung war außer Betracht gelassen worden, da sie auf Vereinbarungen zwischen dem Land Niederösterreich und dem Justizministerium beruht, auf die planerisch wenig Einfluss genommen werden kann, und weil forensisch-psychiatrische PatientInnen auch nicht notwendigerweise aus dem niederösterreichischen Einzugsgebiet stammen.

Im Laufe der Planungsarbeiten und aufgrund des Feedbacks während der Planungsarbeiten ergab sich jedoch die Lösung, lediglich für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alkohol- und Drogenerkrankungen sowie für stationäre Psychotherapie Spezialeinrichtungen zu schaffen, hingegen die Gerontopsychiatrie in das „Regionale Zentrum für Seelische Gesundheit“ zu integrieren.

A.3.1.2.2 Das hier vorgeschlagene Modell

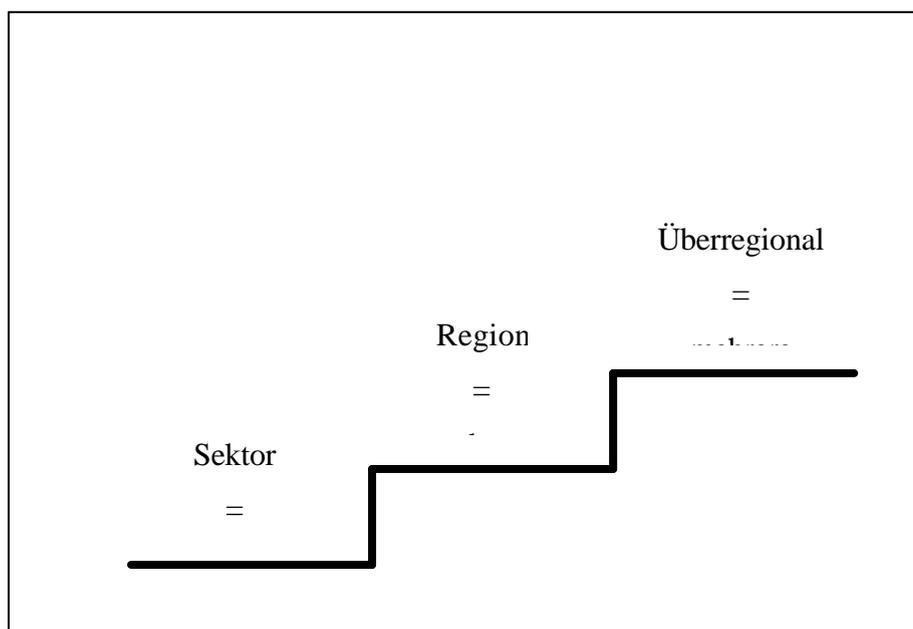
Mit dem in der letzten Phase des Projektes ergangenen Auftrag, die Planung an die im NÖKAG vorgegebenen Gesundheitsversorgungsregionen anzupassen, waren auch neue Überlegungen für die Zuordnung von stationären Spezialeinheiten zu bestimmten Standorten notwendig geworden. So waren der früher sogenannte Zentralraum (heute NÖ-Mitte) und das Mostviertel in der ursprünglichen 7-Regionen-Lösung als ein überregionales Versorgungsgebiet vorgesehen, für das alle Spezialeinheiten im Ostarrichiklinikum Amstetten als Standort platziert worden wären. Da nach der neuen 7-Regionen-Lösung nunmehr das

Donauklinikum Tulln und das Ostarrichiklinikum Amstetten in der gleichen Interregion zu liegen kommen und in Tulln bereits ein großer psychiatrischer Neubau mit Spezialgebieten baulich geplant ist, waren im Hinblick auf die Einzugsgebiete der Spezialversorgungsbereiche neue Überlegungen anzustellen.

Bei Berücksichtigung aller Überlegungen und Analysen ergibt sich folgender Vorschlag für ein Stufenmodell:

Die bereits diskutierten sieben Psychiatrieregionen stellen in gewisser Weise das „Rückgrat“ der psychiatrischen Versorgung dar, bieten sie doch in einer relativ akzeptablen Entfernung vom Wohnort der Betroffenen stationäre und teilstationäre Versorgung sowie einen Krisendienst für akut Erkrankte an.

Abb. 15: Stufenmodell der 3 psychiatrischen Versorgungsebenen



Wiederum ausgehend von der regionalen Ebene lässt sich "oben" eine "überregionale Ebene" definieren, die mehrere Psychiatrieregionen umfasst und vorgesehen ist für hochspezialisierte, vorwiegend stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen, von PatientInnen mit Alkohol- und Drogenproblemen, und für PatientInnen vorgesehen, die einer stationären Psychotherapie bedürfen. Da für diese Spezialgebiete die oben genannten Gründe zum

Großteil zutreffen, ist es notwendig, sie an wenigen Orten zu konzentrieren. Die entsprechenden Einrichtungen werden "Kompetenzzentren" genannt und im Abschnitt C besprochen. Die ursprüngliche Idee, die überregionale Zuständigkeit für eine bestimmte Anzahl von Psychiatrieregionen zu definieren, musste wieder aufgegeben werden, da dies durch verschiedene – während der Projektarbeit neu entstandene – Vorgaben nicht mehr möglich war.

Ausgehend von der regionalen Ebene, lässt sich nach unten die „Sektorebene“ dadurch definieren, dass auf dieser Ebene überwiegend ambulant und mobil, „nahe am Wohnort“ „im Lebensfeld“, also „lebensfeldzentriert“ therapeutisch gearbeitet wird. Diese Ebene ist die Ebene der politischen Bezirke.

Schematisch zusammengefasst ergeben sich somit drei Versorgungsebenen:

1. Die Sektorebene - sie ist für die ambulante und mobile psychiatrische Grundversorgung u. zw., für akute und für relativ stabile längere Zeit bestehende Probleme gedacht.
2. Die Regionalebene - auf ihr soll die stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung von PatientInnen mit akuter Erkrankung erfolgen und für die telefonische, mobile und ambulante Kriseninterventionen in der Nacht und an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.
3. Die überregionale Ebene - auf ihr erfolgt die vorwiegend stationäre (auch teilstationäre) und zum Teil ambulante und mobile „Hilfe für Spezialbereiche“.

Es wird empfohlen, den Zugang zur Hilfe auf der Sektorebene und auf der regionalen Ebene unreguliert zu lassen, ihn jedoch auf der überregionalen Ebene genau zu definieren. In der Regel sollten in die Einrichtungen auf der überregionalen Ebene nur PatientInnen mit vorheriger Abklärung und Zuweisung durch andere Dienste und Einrichtungen aufgenommen werden (siehe Teil C).

Etwas detaillierter können folgende Dienste und Einrichtungen, die in den Abschnitte B und C ausführlich beschrieben werden, den jeweiligen Ebenen zugeordnet werden:

1. Sektorebene/politischer Bezirk (21 bzw. 25⁸):

Auf dieser Ebene sind einerseits alle ambulanten/mobilen Dienste vorzuhalten, wie niedergelassene PsychiaterInnen, KonsiliarpsychiaterInnen, psychosozialer Dienst, einschließlich Krisenintervention tagsüber und an Wochenenden, niedergelassene PsychotherapeutInnen, AllgemeinpraktikerInnen, mobile Hilfsdienste und Beratungsstellen jeder Art, andererseits die als komplementär bezeichneten Hilfen für „Selbstversorgung und Wohnen“, „Tagesgestaltung und Kontaktfindung“ sowie „Arbeit und Ausbildung“. Im Bedarfsfall und bei entsprechenden geografischen Gegebenheiten der leichten Erreichbarkeit können die zuletzt genannten Dienste und Einrichtungen auch für mehrere Sektoren gemeinsam bzw. sektorübergreifend angeboten werden.

2. Psychiatrieregionen (7):

Für jede der sieben Psychiatrieregionen soll es ein „Regionales Zentrum für Seelische Gesundheit (RZSG)“ geben

- mit psychiatrischen Betten für Akutprobleme (einschließlich Gerontopsychiatrie)
- mit Tagesklinikplätzen (diese sollen auch disloziert in der jeweiligen Region angesiedelt sein)
- mit einem Krisendienst (der nachts, sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen als ambulanter, mobiler sowie telefonischer Dienst funktioniert).

Ein regionaler psychiatrischer Verbund und ein regionales psychiatrisches Budget sollen regelhaft zum Konzept der Psychiatrieregion gehören (Teil D).

3. Überregionale Ebene/mehrere Psychiatrieregionen bzw. ganzes Bundesland:

Auf dieser Ebene sollen die stationäre und teilstationäre Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen, PatientInnen mit Alkohol- und Drogenproblemen, sowie für PatientInnen mit einem Bedarf an stationärer Psychotherapie vorgehalten

⁸ Zum Teil ist es sinnvoll für die 4 Statutarstädte (Krems, St. Pölten, Wr. Neustadt, Waidhofen a. d. Ybbs) und die sie umgebenden Bezirke gemeinsam Dienste und Einrichtungen anzubieten (neben den 4 Statutarstädten gibt es 21 politische Bezirke).

werden. Eine derartig spezialisiert stationäre (zum Teil auch teilstationäre, ambulante und mobile) Versorgung soll jeweils für mehrere Psychiatrieregionen gemeinsam angeboten werden.

Teil A

Kapitel 3.2

Rechtliche und planerische Vorgaben

A.3.2.1 Rechtliche Vorgaben im Bereich Gesundheit

A.3.2.2 Rechtliche Vorgaben im Bereich Soziales

A.3.2.3 Planungen für verwandte Versorgungsbereiche

Übersicht zu A.3.2 Rechtliche und planerische Vorgaben

Traditionell wird in fast allen Ländern der Welt gesetzlich - vor allem leistungsrechtlich - zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales getrennt. Es gibt allerdings viele Bereiche der wirklich notwendigen Unterstützung im Krankheitsfall in denen „gesundheitliche und soziale Aspekte“ nicht nur nicht klar voneinander zu trennen sind, sondern sich geradezu systematisch vermengen. Zwei typische Beispiele dafür sind die chronischen Krankheiten und die hier in Diskussion stehenden psychiatrischen Erkrankungen.

Diesen „Zwischengebieten“ wird insofern regelmäßig unrecht getan, als Leistungen für Patienten unter manchen Bedingungen dem Gesundheitsbereich, unter anderem wieder dem sozialen Bereich zugeordnet werden, mit dem großen Nachteil im zweiten Fall, dass prinzipiell die Möglichkeit von Regress-Forderungen durch die Landesbehörden besteht, d.h. dass die im Rahmen der „Sozialhilfe“ erfolgten Ausgaben nur als vorgeschossene Kostenbegleichung angesehen und vom Leistungsempfänger zurückgefordert werden können. In der Praxis wird dies in verschiedenen Bundesländern unterschiedlich streng gehandhabt, jedoch stellt es einen prinzipiellen Nachteil gegenüber dem Bereich der Krankenversicherung dar, in dem ein Rechtsanspruch auf Leistungen besteht.

Als weiterer Unterschied kommt hinzu, dass der Gesundheitsbereich, besonders in der Krankenhausversorgung, besonders kostenintensiv ist, weshalb es im Gesundheitsbereich systematischere Planungen gibt als im Sozialbereich. Der Sozialbereich ist darüber hinaus noch eindeutiger „Ländersache“ als der Gesundheitsbereich, für den in den letzten Jahren, besonders im Bereich der Krankenanstalten - mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung - verbindliche Bundesregelungen erlassen wurden.

So ist etwa der österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan ein derartiges Instrument der rationalen Planung, durch das Doppelgleisigkeiten, Unter- und Fehlangebote vermieden werden sollen. Das System der „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)“ ist ebenfalls ein österreichweites System für die Bezahlung von Krankenhausaufenthalten, die von der Automatik der Tagsatzbezahlung des früheren Systems (vor 1997) in ein anreizorientiertes Fallpauschalensystem übergeführt wurde. Diese Bundesplanungen und -regelungen haben in einer komplizierten Weise Einfluss auf die

Gestaltung der Krankenhausversorgung genommen und werden dies in Zukunft noch weiter tun.

Im Sozialhilfereich herrscht hingegen das gegenteilige Prinzip, nämlich das einer bunten Vielfalt vor, da jedes Bundesland hier durch seine eigene Landesgesetzgebung eigene Regelungen treffen darf. Diese Regelungen sind äußerst unterschiedlich; Teile davon wurden in verdienstvoller Weise in einer vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen in Auftrag gegebenen Studie kürzlich miteinander verglichen⁹. Zwar wurde auch im Sozialbereich schon im Jahr 1994 eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen getroffen, allerdings wurden diesbezügliche Umsetzungsmaßnahmen von den Ländern in recht unterschiedlicher Weise und Intensität gesetzt, so dass bis jetzt länderübergreifende Standards nicht in der Weise erreicht wurden, wie es im Bereich der Krankenanstalten der Fall war. Das Land Niederösterreich setzte mit einer Revision des NÖ Sozialhilfegesetzes 2000 und der NÖ Pflegeheim-Verordnung 2002 Entwicklungsschritte gemäß dieser Vereinbarung.

Die leistungsrechtliche Auftrennung des psychiatrischen Leistungsspektrums in die Bereiche „Gesundheit“ und „Soziales“ führt zu vielen Dysfunktionalitäten, was für die Umsetzung der vorrangigen Leitlinie der „Bedürfnis- und Personenorientierung“ nicht förderlich erscheint.

In diesem Kapitel werden nun die rechtlichen Vorgaben in den Bereichen Krankenanstalten und Sozialhilfe skizziert, die für die vorliegende Evaluation zu berücksichtigen waren.

Im Gesundheitsbereich sind dies insbesondere Vorgaben aus folgenden Regelungen:

- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, inklusive Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP)
- Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)
- NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG)
- NÖ Verordnung über ein Raumordnungsprogramm für das Gesundheitswesen

Im Sozialbereich sind es insbesondere Vorgaben aus folgenden Regelungen:

- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen
- NÖ Sozialhilfegesetz (NÖ SHG 2000)
- Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen (der Abt. GS 5)
- Vorschrift zu Leitung und Betrieb von NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheimen (NÖ LPPHs)
- NÖ Pflegeheim- Verordnung 2002

Im Versorgungsalltag sind unter anderem noch folgende Gesetze von Relevanz, die hier aber lediglich erwähnt und nicht beschrieben werden:

- NÖ Pflegegeldgesetz 1993 (NÖ PGG)
- Unterbringungsgesetz (UbG)
- Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen
- Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetz (VSPAG)
- Kindschafts-Änderungsgesetz 2001 (KindRÄG 2001)
- Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta) - 2002
- 112. Bundesgesetz: Suchtmittelgesetz - SMG sowie Änderung des AIDS-Gesetzes 1993, des Arzneimittelgesetzes, des Arzneiwareneinfuhrgesetzes, des Chemikaliengesetzes, des Hebammengesetzes, des Rezeptpflichtgesetzes, des Sicherheitspolizeigesetzes, des Strafgesetzbuches und der Strafprozessordnung 1975
- NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz 1991

Ebenso sind die jeweils geltenden Berufsgesetze mit zu berücksichtigen, auf die in der vorliegenden Evaluation größtenteils bei der Erörterung der zutreffenden Dienste im Abschnitt „Ambulante und mobile Dienste“ (Kapitel B.2.1.) entsprechend Bezug genommen wird:

- Ärztegesetz
- NÖ Spitalsärztegesetz 1992

⁹ Walter J. Pfeil: Vergleich der Sozialhilfesysteme der österreichischen Bundesländer. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2001. Den Kernbereich dieser Vergleichsstudie stellen die Hilfen zur

- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)
- Psychotherapiegesetz
- Psychologengesetz
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)
- NÖ Alten-, Familien- und Heimhelfergesetz
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe (Entwurf Februar 2003)
- Entwurf (Stand September 2000) für ein Bundesgesetz, mit dem grundlegende Angelegenheiten der Sozialarbeit geregelt werden (SozialarbeiterInnenengesetz)

Eine weitere relevante Vorgabe sind die sozialversicherungsgesetzlichen Regelungen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Psychiatrie, die ebenfalls bei der Darstellung des niedergelassenen ärztlichen Bereichs in den Kapiteln B.2.1 und B.2.5 Erwähnung finden.

Für die psychotherapeutische Versorgung gibt es zwar eine ASVG-Bestimmung für eine bundesweite Vertragsregelung mit den Sozialversicherungsträgern, die allerdings - abgesehen von länderspezifischen Teilabschlüssen - noch nicht erreicht werden konnte.

Im NÖGUS-Gesetz (1997) werden die Aufbauorganisation und die Aufgabenstruktur des Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) geregelt. Darauf wird im Kapitel D.10 „Versorgungsplanung, Versorgungsumsetzung, Versorgungsorganisation“ näher eingegangen.

- In fast allen Ländern wird in leistungsrechtlichen und finanzierungsrechtlichen Belangen eine Trennung zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales vorgenommen.
- Bei psychiatrischen Erkrankungen wirken aufgrund des zugrundgelegten multifaktoriellen Krankheitsmodells gesundheitliche und soziale Aspekte in einer untrennbaren Weise zusammen.

- Eine eindeutige Zuordnung der notwendigen Leistungen bei der Behandlung und Betreuung lässt sich nicht vornehmen und verkürzt durch Vernachlässigung der jeweils anderen Aspekte in einer qualitätsmindernden Weise das individuell zu gestaltende Versorgungsangebot.
- Die Zuordnung von extramural erbrachten, psychiatrischen Versorgungsleistungen in die sozialhilferechtliche Hoheitsverwaltung der Länder beinhaltet - anders als bei den Gesundheitsleistungen - lediglich einen hoheitlichen Rechtsanspruch, im Zuge dessen durch ein hoheitliches Verwaltungsverfahren die notwendigen individuellen Leistungen zu entscheiden sind.
- Die von der „Sozialhilfe“ erbrachten „stationären“ und „teilstationären“ Leistungen aus den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen sowie Tagesgestaltung werden nur als vorgeschossene Kostenbegleichung angesehen und können vom Leistungsempfänger zurückgefordert werden.
- Die leistungsrechtliche Auftrennung des psychiatrischen Leistungsspektrums in die Bereiche „Gesundheit“ und „Soziales“ führt zu vielen Dysfunktionalitäten, die für die Umsetzung der vorrangigen Leitlinie der „Bedürfnis- und Personenorientierung“ nicht förderlich erscheinen.
- Für die vorliegende Evaluation wurden die elementaren rechtlichen Vorgaben aus den Bereichen Gesundheit und Soziales, die für die psychiatrische Gesamtversorgung bedeutsam sind, berücksichtigt und in ihren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität analysiert.
- Im Gesundheitsbereich stellt die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung die wesentlichste Vorgabe dar, indem sie die Kernstücke des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP) und der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) beinhaltet.
- Zusätzlich waren Vorgaben aus dem NÖ Krankenanstaltengesetz zu berücksichtigen, insbesondere die Festlegung der Versorgungsregionen, an denen sich die psychiatrischen Versorgungsregionen zu orientieren hatten, und das Gesetz über die

Errichtung eines Fonds für die Bereiche Gesundheit und Soziales (NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz), das im Kapitel D.10 „Versorgungsplanung, Versorgungsumsetzung, Versorgungsorganisation“ Berücksichtigung findet.

- Die im Gesundheitsbereich zusätzlich relevanten Vorgaben in Form der geltenden Berufsgesetze finden im Kapitel B.2 „Ambulante und mobile Dienste“ die entsprechende Berücksichtigung.
- Weitere rechtliche Grundlagen wie das Unterbringungsgesetz, das Suchtmittelgesetz, die gesetzlichen Regelungen zur Sachwalterschaft und Patientenadvokatur u.a. werden in der Evaluation mitberücksichtigt aber nicht genauer herausgestrichen.
- In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen verpflichten sich die Länder, für einen Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten für pflegebedürftige Personen zu sorgen.
- Das NÖ Sozialhilfegesetz 2000 stellt die wichtigste rechtliche Vorgabe für relevante Umsetzungen in dem sozialhilfe-finanzierten psychiatrischen Versorgungsbereich dar.
- Die „Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen“ dienen als Leistungs- und Finanzierungskatalog für Dienste und Einrichtungen im extramuralen psychiatrischen Versorgungsbereich.
- Die „Vorschrift zu Leitung und Betrieb von NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheimen 2002“ sind auch als Grundlage für die in einigen NÖ LPPHs eingerichteten „Betreuungsstationen für Menschen mit psychischen Behinderungen“ von Bedeutung.
- Die „NÖ Pflegeheim-Verordnung 2002“ regelt auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen die Qualitätsrichtlinien für Pflegeheime.

- Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) empfiehlt in der Studie „Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung“ unter anderem Bedarfszahlen für die extramurale Versorgung in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur sowie Psychosozialer Dienst. Diese Empfehlungen besitzen jedoch keine Rechtsgrundlage.

A.3.2.1 Rechtliche Vorgaben im Bereich Gesundheit

Aussagen zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995

Dieser Abschnitt war im NÖP 95 noch nicht enthalten.

Evaluation 2003

Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds - ÖKAP 1994

Bis in die 70er Jahre fiel die Krankenanstaltenplanung in erster Linie in den Aufgabenbereich der Bundesländer. Die jeweiligen Krankenanstaltenpläne waren durch methodische und inhaltliche Unterschiede, sowie durch unterschiedliche Verbindlichkeitsgrade charakterisiert. Aufgrund der Kostensteigerung im Krankenanstaltenbereich, die vor allem seitens der Sozialversicherungsträger zu Finanzierungsproblemen führte, erfolgte 1978 eine Neugestaltung der Finanzierung, die bis 1996 durch die Errichtung des sog. KRAZAF (Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds) symbolisiert wurde. Mit der Einrichtung des KRAZAF kam es auch zu wesentlichen Neuerungen im Bereich der Planung der stationären Krankenhausversorgung in Österreich. Nach einer 1985 vom ÖBIG durchgeführten, ersten Studie zur bundesweiten Krankenanstaltenplanung erfolgte dann 1993 der KRAZAF-Auftrag an das ÖBIG zur Erstellung des ersten Österreichischer Krankenanstaltenplans 1994 (ÖKAP 1994) unter Bedachtnahme auf die Landeskrankenanstaltenpläne.

Der ÖKAP 1994 beschränkte sich hinsichtlich der stationären psychiatrischen Versorgung auf eine Berichterstattung der damaligen Planungsaktivitäten der Bundesländer. Zu dieser Zeit war der niederösterreichische Psychiatrieplan 1995 gerade in Ausarbeitung.

Als Resümee dieser Zusammenschau wurden folgende Zielsetzungen abgeleitet:

- I. Dezentrale Errichtung von psychiatrischen Fachabteilungen in Schwerpunktkrankenanstalten
2. Festlegung der Aufgabenstellung und Struktur von psychiatrischen Fachabteilungen
3. Schätzung des Bedarfs an Betten unter der Voraussetzung, dass durch den Aufbau halbstationärer, komplementärer und rehabilitativer Einrichtungen Betten an psychiatrischen Krankenanstalten reduziert werden können
4. Schätzung des Bedarfs an Betten unter der Voraussetzung, dass zeitgemäße Unterbringungsformen für dauerhaft zu betreuenden Patienten in Wohnheimen, Wohngemeinschaften und tagesstrukturierenden Einrichtungen in ausreichender Zahl vorhanden sind
5. Schätzung des Bedarfs an spezialisierten Einrichtungen der stationären Psychiatrie, insbesondere für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, für Gerontopsychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Beim Konzeptvorschlag zur stationären psychiatrischen Versorgung wurden folgende Ziele vorrangig verfolgt:

1. Eingliederung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in das Gesundheits- und Sozialsystem
2. Regionalisierung und Wohnortnähe
3. Erreichung von Versorgungsgerechtigkeit im Sinne eines flächendeckenden Systems aller für die Versorgung und Betreuung von psychisch Kranken und Behinderten relevanten Einrichtungen
4. Sozialpsychiatrische Orientierung für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung, welche auch Einflüsse der sozialen Umwelt der zu Betreuenden in die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen mit einbezieht.

Als Richtwert für die stationäre Versorgung wurde eine Bettenmessziffer von rund 0,5/1000 Einwohner (0,47 - 0,58/1000 EW) bei einer Mindestabteilungsgröße von 40 Betten und einer Erreichbarkeit innerhalb einer Stunde (Planungshorizont bis 2005) genannt, wobei ca. 20%

für Tagesklinikplätze und 10% für die nach dem Unterbringungsgesetz zu behandelnde Patienten vorzusehen waren. Hinsichtlich möglicher Standorte wurde einerseits die Errichtung von regionalisierten Fachabteilungen für Psychiatrie an Krankenanstalten und andererseits - bei bestehenden Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie mit günstiger geografischer Lage - deren weitere, allerdings regionalisierte Versorgungsfunktion, vorgeschlagen.

Für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wurde ein Bedarf von 0,1 - 0,2 Betten/1000 EW, für die mittel- bis langfristige Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen 0,1 Betten/1000 EW, für die langfristige Behandlung von Drogenabhängigen 0,04 Betten/1000 EW angegeben. Im Bereich der Gerontopsychiatrie stand der Ausbau einer bedürfnisorientierten gemeindenahen Versorgung im Vordergrund, wobei jedoch keine quantitativen Angaben für entsprechende Einrichtungen enthalten waren (geschätzte Bandbreite in der Literatur von 0,13 - 0,7/1000 EW).

Als spezifisch psychiatrische Maßnahmenempfehlungen für Niederösterreich wurden genannt:

1. Verlagerung der Psychiatrie von Mauer an den Standort Amstetten, Weiterführung des Standortes Mauer für psychiatrische Sondernversorgung.
2. Ausbau des Standortes St. Pölten mit zusätzlichen bettenführenden Abteilungen für Psychiatrie.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung 1997 - 2000

Mit der seit 1.1.1997 in Kraft getretenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung wurde vorerst für die Jahre 1997 bis 2000 eine verbindliche gesetzliche Grundlage für eine bundesweit abgestimmte Grundlagenentwicklung und Bedarfsplanung getroffen. Das Kernstück in der ersten Periode der 15a-Vereinbarung war die Neustrukturierung der Krankenanstaltenfinanzierung durch die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Darin wurde festgeschrieben, dass ab 1.1.1997 erbrachte Behandlungsleistungen an allen öffentlich-rechtlichen und privat-gemeinnützig geführten Krankenhäusern über die leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) verrechnet werden.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Diese Neuerung bedeutete eine Umstellung von Tagsätzen (Pauschale pro Tag) zu einer standardisierten Bepunktung und Verrechnung von leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF-Gruppen). Diese LDF-Gruppen bestimmen sich einerseits durch vordefinierte medizinische Einzelleistungen (MEL) und andererseits durch die Einteilung der Aufenthalte in Hauptdiagnosegruppen. Begründet liegt die Einführung dieses neuen Verrechnungssystems in der damit angestrebten Dämpfung der Kostensteigerung, der Schaffung von Anreizen zur Effizienzerhöhung und der Senkung der Verweildauern. Eine nicht unwesentliche Begleiterscheinung ist dabei die Deckelung des von den Sozialversicherungen zur Abgeltung der Gesundheitsleistungen bereitgestellten Betrages, der seitens der Sozialversicherungen die Bereitschaft zu innovativen kostengünstigeren Versorgungsmodellen herabzusetzen scheint. Die anfängliche, für psychiatrische Leistungen unzureichende Systematik wurde durch die Einführung spezieller medizinischer Einzelleistungen, der Höherbepunktung der Leistungen in psychiatrischen Abteilungen im Vergleich zu denselben Leistungen im allgemeinen Krankenhaus sowie der Punktanhebung für tagesklinische Leistungen optimiert. Allerdings bleibt noch fraglich, ob damit das komplexe Leistungsspektrum mit seiner individuellen Variabilität in der psychiatrischen Behandlung wirklich adäquat erfasst werden kann. Schließlich könnte das Erreichen einer Verkürzung der Verweildauern als angestrebter Haupteffekt dann sogar einen negativen Gesamteffekt induzieren, wenn für die individuelle extramurale Nachversorgung keine effektiven Ressourcen verfügbar sind. Auf diese Weise könnte die Drehtürpsychiatrie eine finanzielle Legitimation erhalten bzw. andererseits ein Abwälzen von Gesundheitsleistungen in die Kostenverantwortlichkeit des Sozialbereichs gefördert werden, was letztlich weder eine Gesamtkostenersparnis noch eine optimale Versorgungsqualität verspricht.

ÖKAP/GGP für die Jahre 1997 und 1999

Ebenfalls auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung wurde die abgestimmte Festlegung von Standorten und Kapazitäten der Krankenanstalten im Rahmen des ÖKAP weitergeführt, der seither durch die Einbeziehung des Großgeräteplans (GGP) als ÖKAP/GGP bezeichnet wird. Jährlich erfolgen hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzungen

Überprüfungen und ständige Weiterentwicklungen und alle zwei Jahre wird eine revidierte Fassung herausgegeben.

Im ÖKAP/GGP 1997 setzte sich die für die allgemeinspsychiatrische Versorgung schon 1994 empfohlene Bettenmessziffer von 0,47 - 0,58 fort. Bei der konkreten Standort- und Funktionsplanung wurden jedoch die Bereiche Psychiatrie und (geriatrische) Mobilisierung vorerst ausgenommen und der konkreten Psychiatrieplanung in den einzelnen Bundesländern überlassen.

Nachdem bei der Erstellung des ÖKAP 1994 kaum Informationen zur Situation im außerstationären Bereich vorlagen, diese aber den Bettenbedarf erheblich beeinflusst, wurde ebenfalls 1997 vom ÖBIG - im Auftrag des Strukturfonds - ein gesondertes Projekt zur Ermittlung des strukturellen Bedarfs in der gesamtpsychiatrischen Versorgung durchgeführt. Die Studie nennt als Kennzahlen für den außerstationären Bereich 13-16 Fachkräfte/100.000 EW für psychosoziale Dienste, 0,5-0,7 Plätze/1000 EW für betreute Wohnplätze, 0,3-0,4 Plätze/1000 EW für tagesstrukturierende Einrichtungen, sowie 0,3-0,5 Plätze/1000 EW für betreute Arbeitsformen. Zusätzlich wird als Richtwert für die fachärztliche Versorgung eine §-2 Facharztstelle/30.000 EW, sowie die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Versorgung und einer klinisch-psychologischen Versorgung angeführt. Als Bettenmessziffer für die Allgemeinspsychiatrie wurden 0,3 Betten/1000 EW angeführt, jedoch unter der Voraussetzung, dass der Ausbau der gemeindenahen Versorgungsstruktur abgeschlossen ist und an den Fachabteilungen Tageskliniken und Ambulanzen angegliedert sind. Schlussendlich werden auch Aspekte der Sonderversorgung von Abhängigkeitserkrankungen und des Bereichs der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben.

Im ÖKAP/GGP 1999 fanden die Kernergebnisse dieser *struktureller Bedarfsstudie für die psychiatrischen Versorgung* in Form der Kapitel *Versorgungsgrundsätzen und Leitlinien, Planungsmethode und Ambulante und komplementäre Einrichtungen und Dienste* Berücksichtigung.

Als Leitlinien wurden darin festgehalten:

1. *Bedürfnisgerechtigkeit*
2. *Bedarfsgerechtigkeit*

3. *Gemeindenähe und -integration*
4. *Ambulant vor stationär*
5. *Regionalisierung, Vernetzung und Versorgungsverpflichtung*
6. *Integration in die Grundversorgung*
7. *Qualitätssicherung*
8. *Partizipation*

Hinsichtlich der konkreten Planung in Niederösterreich wurden für psychiatrische Abteilungen die sieben Standorte KH Hollabrunn, LNKL Gugging, LNKL Mauer, LKH Mödling, KH Neunkirchen, KH St. Pölten und KH Waidhofen/Thaya angegeben. Die Bettenmessziffer wurde auf $0,3 - 0,5/1000$ EW fixiert. Die Versorgung in den Psychiatrie-Sonderbereichen (z.B. für Abhängigkeitserkrankungen) wurde vorerst an den bisher aktiven Standorten belassen.

Letztlich wurde - ohne Angabe von Bedarfszahlen - darauf hingewiesen, Dienste und Einrichtungen aus den Bereichen *Psychosoziale Dienste, Wohnen, Tagesstruktur* und *Ambulant versorgungswirksame Fachärzte für Psychiatrie* vorzusehen. Aufgrund der Tatsache, dass es sich hierbei um psychiatrische Versorgungsleistungen handelt, deren Vergütungen nicht über das LKF-System abgerechnet werden, sind diese Empfehlungen noch sehr allgemein und unverbindlich gehalten. Besonders bei den so genannten komplementären psychiatrischen Leistungen werden einheitliche Planungen dadurch zusätzlich erschwert, dass sie leistungs- und finanzierungsrechtlich nicht in den Gesundheitsbereich, sondern auf der Grundlage unterschiedlicher Sozialhilfe-, Behinderten- bzw. Chancengleichheitsgesetze in die Aufgabenzuständigkeit der Länder fallen. Eine Abstimmung in diesem vielfältigen und zunehmend versorgungsrelevanten Bereich wäre nur durch ergänzende Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG erreichbar.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung 2001 - 2005

Nach Ablauf der Gültigkeitsdauer der ersten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung einigten sich der Bund

und die Länder auf den Abschluss einer neuen diesbezüglichen Vereinbarung für die Jahre 2001 bis 2005.

Dabei sind zusammengefasst folgende neue Schwerpunkte dieser Vereinbarung von besonderer Bedeutung:

- Integrierte Versorgungsplanung aller Bereiche im Gesundheitswesen, insbesondere unter stärkere Einbeziehung des niedergelassenen Bereichs
- Einführung eines effizienzsteigernden Qualitätssystems für das österreichische Gesundheitswesen
- Förderung eines effizienten Einsatzes von Informationstechnologien
- Verbesserung des Schnittstellenmanagements durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungsangeboten

Der einvernehmlich revidierte ÖKAP/GGP mit integrierter Leistungsangebotsplanung ist ebenfalls Bestandteil dieser Vereinbarung, wobei die Planung und ihre Weiterentwicklung laufend zu erfolgen hat.

ÖKAP/GGP 2001

Im aktuellen ÖKAP/GGP 2001 (der als Anlage zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung erschien) wurden der Textteil¹⁰ zur psychiatrischen Versorgung und die planmäßig für Niederösterreich festgelegten Standorte aus dem ÖKAP/GGP 1999, mit der Bettenmessziffer von 0,3 - 0,5 übernommen und den - im NÖ KAG festgelegten - Versorgungsregionen¹¹ für die Krankenanstaltenversorgung zugeordnet; die Mindestgröße der Abteilungen beträgt 30 Betten:

Versorgungsregion Mostviertel: LNKL Mauer

¹⁰ Hinsichtlich der Spezifizierung der angeführten Leitlinien erfolgten einige Ergänzungen, unter denen besonders die Betreuungskontinuität und eine gemeinsame Versorgungsverpflichtung aller regionalen Angebote durch die Vernetzung in einem gemeindepsychiatrischen Verbund hervor zu streichen ist. Des Weiteren beschränkt sich die Integration in die Grundversorgung nicht mehr auf die Errichtung von Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Krankenanstalten, sondern wird um das Ziel der Anbindung der ambulanten psychiatrischen Dienste an das bestehende regionale Versorgungsnetz der Sozialdienste ergänzt.

¹¹ Mittlerweile erfolgten in der NÖ KAG Novelle 2002 u.a. folgende Änderungen: der „Zentralraum“ wird nun „NÖ Mitte genannt“ und die KA Hainburg wurde statt der Versorgungsregion Weinviertel nun der Region Industrieviertel zugeordnet.

Versorgungsregion Niederösterreich Süd¹²: LKH Mödling, KH Neunkirchen

Versorgungsregion Waldviertel: KH Waidhofen/Thaya

Versorgungsregion Weinviertel: KH Hollabrunn

Versorgungsregion Zentralraum: KH St. Pölten, LKH Tulln (Donauklinikum)

Die Messziffer für psychiatrische LKF-Betten gilt einschließlich der Tagesklinik-Plätze, die als neue Organisationsform der intramuralen Versorgung im ÖKAP/GGP 2001 enthalten sind, und deren Strukturqualitätskriterien seit 1.1. 2001 verbindlich zur Anwendung zu bringen sind. Demnach zählen Tagesklinikplätze als systemisierte Betten und können nur durch Umwidmung von vollstationären Kapazitäten innerhalb der Planbettenobergrenze von 0,5/1000 EW eingerichtet werden.

Nicht inkludiert in dieser Ziffer sind laut ÖKAP derzeit Betten/Tagesklinik-Plätze für Alkohol- und Drogenentwöhnung, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für stationäre Psychotherapie/ Psychosomatik. Für Niederösterreich bedeutet dies einen Rahmen von minimal 464 bis maximal 773 Betten/Tagesklinik-Plätzen (Basis Volkszählung 2001: 1,545.804 Einwohner).

Für den ÖKAP-Bereich lässt sich die Aufgabe der Feststellung der an verschiedenen Standorten vorzusehenden psychiatrischen Betten/Tagesklinik-Plätze als eine möglichst bedarfsgerechte Verteilung der 464 - 773 ÖKAP-Betten/Tagesklinik-Plätze über das Bundesland Niederösterreich definieren.

Auch die Vorgaben zu den ambulanten zu komplementären Einrichtungen und Diensten wurden vom ÖKAP/GGP 1999 übernommen, der als Planungshorizont für den Auf- und Ausbau einer ausreichenden Anzahl von Diensten und Einrichtungen in den Bereichen *Psychosoziale Dienste, Wohnen, Tagesstruktur* und *ambulant versorgungswirksame Fachärzte für Psychiatrie* das Jahr 2005 vorsieht. Bis dahin sollte laut ÖKAP/GGP 1999 eine Zielvereinbarung zum flächendeckenden Ausbau von Komplementäreinrichtungen unter Einbeziehung des stationären Bereichs und nach Maßgabe der Finanzierungsmöglichkeiten des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherungsträger angestrebt werden.

¹² In Abweichung vom NÖ KAG (vor der Novelle 2002) wird die Versorgungsregion Industrieviertel im ÖKAP/GGP 2001 Niederösterreich Süd bezeichnet.

Strukturqualitätskriterien im ÖKAP/GGP 2001

Als psychiatrierelevante Neuerungen finden sich im ÖKAP/GGP 2001 weiters auch Strukturqualitätskriterien für dezentrale Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Krankenanstalten und Strukturqualitätskriterien für Departments für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) als neue Organisationsformen der intramuralen Versorgung. Diese Strukturqualitätskriterien wurden im Dezember 2001 von der Strukturkommission inhaltlich beschlossen, die Umsetzungsmodalitäten müssen erst noch festgelegt werden.

Als Grundlage für die Strukturqualitätskriterien für die psychiatrischen Fachabteilungen diente eine Evaluierungsstudie des ÖBIG. Hinsichtlich der Personalausstattung wird ein interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team gefordert, dass sich einerseits aus

- Fachärzten für Psychiatrie und
- Dipl. psychiatrischem Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal

zusammensetzt, die rund um die Uhr verfügbar sein müssen; und andererseits

- Personal für:
 - o Klinische Psychologie
 - o Ergotherapie
 - o Musiktherapie
 - o Physiotherapie
 - o Psychotherapie
 - o Sozialarbeit
 - o Sport- und Körpertherapie

vorzuweisen hat, aus denen heraus pro Patient und Werktag mindestens drei Therapieeinheiten zur Verfügung zu stellen sind, gleichgültig aus welchen der angeführten Berufsgruppen.

Hinsichtlich der funktionellen Gliederung ist eine Mindestgröße von 30 Betten gefordert, und unter der Sicherstellung von Vorsorgemaßnahmen für akute gerontopsychiatrische Patienten sind folgende Leistungsbereiche vorzusehen:

- Psychiatrische Standardbehandlung

- Intensive psychiatrische Behandlung Schwerstkranker einschließlich UBG-Patienten
- Komplexe psychiatrische Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- Reintegrative psychiatrische Behandlung
- Ambulanz
- Sicherung der Übergangspflege

Zusätzlich werden noch folgende Leistungen angeführt, deren Erbringung erforderlich sein kann:

- Angehörigenarbeit
- Psychologische Diagnostik
- Komplexe Pharmakotherapie und Monitoring
- Parenterale Ernährung/Sondenernährung
- Psychologische Programme
- Psychotherapeutische Programme
- Psychoedukative Programme
- Konsiliardienst
- Liaisondienst für andere Fachabteilungen

Für die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung wurde auf der Basis von Prävalenzeinschätzungen eine Bettenmessziffer von 0,06 Betten/1000 EW errechnet, die einem Gesamtbedarf von 480 Betten in Österreich entspricht. Dazu gehören Betten in „Psychosomatikschwerpunkten“, sowie in Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie, wobei erstere für PatientInnen mit hohem Bedarf an somatischer Intervention und zweitere für die gezielte stationäre psychotherapeutische Behandlung gedacht sind. Für beide Varianten werden Infrastruktur-, Leistungs- und Personalerfordernisse vorgehalten¹³.

¹³ Die in der vorliegenden Evaluation empfohlenen 60 Betten für Psychotherapie und Psychosomatik mit jeweils 30 Betten in Tulln und Mauer (siehe Kap. C.3) sind diesem bundesländerübergreifenden Angebot nicht zuzurechnen, sondern stellen ein - davon unabhängiges - spezialisiertes Psychiatrieangebot für Niederösterreich dar.

Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1974

Hier sind für die vorliegende Evaluation die in der NÖ KAG Novelle 2002, §35b festgelegten Versorgungsregionen bedeutsam, die im Sinne einer abgestimmten Gesamtplanung bei der Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung zu berücksichtigen waren:

- a) Versorgungsregion Industrieviertel mit den Krankenanstalten Baden, Grimmenstein, Hainburg a. d. Donau, Mödling, Neunkirchen, Wr. Neustadt;
- b) Versorgungsregion Mostviertel mit den Krankenanstalten Amstetten, Mauer bei Amstetten, Melk, Scheibbs, Waidhofen/ Ybbs;
- c) Versorgungsregion Waldviertel mit den Krankenanstalten Gmünd, Krankenanstaltenverband Waldviertel, Waidhofen/ Thaya, Zwettl;
- d) Versorgungsregion Weinviertel mit den Krankenanstalten Hollabrunn, Krankenanstaltenverband Korneuburg-Stockerau, Mistelbach (einschließlich Medizinisches Zentrum Gänserndorf);
- e) Versorgungsregion NÖ Mitte mit den Krankenanstalten Donauklinikum, Klosterneuburg, Krems, Lilienfeld, St. Pölten.

Besondere Berücksichtigung fanden bei der vorliegenden Evaluation die Bestimmungen aus dem NÖ KAG laut § 76 über die Sonderkrankenanstalten (Abteilungen) für Psychiatrie, § 43 bezüglich Anstaltsambulatorien und § 43a bezüglich Tageskliniken.

A.3.2.2 Rechtliche Vorgaben im Bereich Soziales

Aussagen zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995

Dieser Abschnitt war im NÖP 95 noch nicht enthalten.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorgevereinbarung) 1994

Darin verpflichten sich die Länder, für einen dezentralen, flächendeckenden Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste (soziale Dienste) für pflegebedürftige

Personen zu sorgen. Weiters verpflichten sich die Länder, dafür Sorge zu tragen, dass die sozialen Dienste, aufbauend auf den bestehenden Strukturen, dezentral und flächendeckend angeboten werden und dass alle angebotenen ambulanten, teilstationären und stationären Dienste koordiniert sowie Information und Beratung sichergestellt werden. Zur langfristigen Sicherung der festgehaltenen Arten der Dienste und der Qualitätskriterien für die ambulanten, teilstationären und stationären Dienste haben die Länder Bedarfs- und Entwicklungspläne nach bestimmten Aufbauregeln zu erstellen. Dienste und Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen stellen demnach auch Bestandteile dieser Bedarfs- und Entwicklungspläne dar.

NÖ Sozialhilfegesetz 2000

Im NÖ Sozialhilfegesetz 2000 (NÖ SHG) werden für die Leistungen der Sozialhilfe die Prinzipien der Subsidiarität, der Prävention, der Integration und der Hilfe zur Selbsthilfe als grundlegend vorangestellt. Mit der Zielgruppe der „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ werden, neben Personen mit körperlichen, geistigen und Sinnesbehinderungen, auch Personen mit psychischen Beeinträchtigungen erfasst, die aus eigener Kraft nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in ihrem sozialen Lebensfeld fähig sind. Ziel der Hilfe ist es, diese Menschen durch ein bedürfnisgerechtes Hilfsangebot zu befähigen, sich in die Gesellschaft zu (re-)integrieren. Die Fähigkeit zur Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben soll dabei erhalten bzw. erreicht werden. Als ambulante Maßnahmen werden persönliche Hilfen beschrieben, in Form von psychosozialen Diensten, Freizeitangeboten und Maßnahmen zur Tagesstrukturierung, sowie Hilfen zur beruflichen Eingliederung durch Arbeitsassistenz und Sozialbetreuungsprojekte bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit. In (teil-)stationärer Form sind es Hilfen der sozialen Eingliederung und Hilfen durch soziale Betreuung und Pflege. Sie umfassen insbesondere Tages(heim)stätten, Wohnhäuser, Wohnformen und Rehabilitationseinrichtungen. Zur Planung und Koordination von Sozialhilfeeinrichtungen werden regionale Sozialbeiräte innerhalb eines Sozialsprengels, den jeder Verwaltungsbezirk bildet, eingesetzt. Ein zentraler Sozialbeirat auf Landesebene ist für die global-abgestimmte Sozialplanung zuständig.¹⁴

¹⁴ Siehe dazu Positionspapier „Koordination und Kooperation“

Richtlinien der NÖ Landesabteilung GS 5 - Sozialhilfe

In den von der zuständigen Landesabteilung für Sozialhilfe vorgehaltenen „Richtlinien für Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen“ werden für verschiedene Einrichtungs- und Leistungstypen deren Aufgabenspektren, Personalerfordernisse und Finanzierungsmodi spezifiziert.

Für betreutes Wohnen werden die Zielgruppen, Leistungserfordernisse und Finanzierungen für unterschiedlich dicht betreute Wohnformen definiert. Unterschieden wird darin zwischen vollbetreuten Wohnformen, teilbetreuten Wohnformen (mit drei differenzierten Betreuungsdichten) und punktbetreuten Wohnformen. Die Plätze für stationäre Einrichtungen und die voll- und teilbetreuten Wohnformen werden nach Antrag bescheidmäßig zugeteilt; für die Leistungsempfänger geht damit eine Kostenersatzverpflichtung (Regress) einher. Für die Plätze des punktbetreuten Wohnens genügt ein Antrag, der nach Bewilligung keine Kostenersatzverpflichtungen für den Leistungsempfänger mit einschließt. Das Betreuungsausmaß bei der Punktbetreuung ist allerdings auf ein äußerstes geringes Ausmaß an finanzierten Betreuungsstunden beschränkt. Zusätzlich wird eine niedrigere Personalrechnungsgrundlage als in den anderen beiden Wohnformen herangezogen, was diese Wohnform für Betreiber, aus Kostenüberlegungen heraus, weniger attraktiv gestaltet. Als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von betreuten Wohnformen wird das Erfordernis der regelmäßige Teilnahme an einer arbeitsrehabilitativen, tages- oder freizeitstrukturierenden Maßnahme, oder das Nachgehen einer Arbeit genannt.

Diese geforderte Verflechtung ist für die Träger ein attraktiver Finanzierungsanreiz, der zum Aufbau entsprechender Angebote unter einer Trägerschaft – fallweise auch innerhalb ein und derselben Einrichtung – führt. Eine konzeptgemäße Auftrennung von Wohnen und Tagesgestaltung auf verschiedene Träger würde hier – sollte diese Richtlinie nicht entsprechend revidiert werden, eventuell zu zusätzlichen Finanzierungsnöten der Einzelträger führen. Für die Familienpflege gibt es keine gesonderten Richtlinien. Als Einrichtungen zur Freizeit- und Kontaktgestaltung werden Freizeit- und Rehabilitationsclubs und als Einrichtungen zur sozialen und beruflichen Rehabilitation werden Tagesheimstätten mit ihren Aufgaben, Leistungserfordernissen und Finanzierungsmodi definiert.

Vorschrift zu Leitung und Betrieb von NÖ LPPHs

In der Vorschrift zu Leitung und Betrieb von NÖ Landes-PensionistInnen- und Pflegeheimen 2002 (Systemzahl 13-01/00-0100) werden in den allgemeinen Bestimmungen als Zielgruppe vorwiegend betagte Menschen angegeben, die aufgrund ihres Alters oder ihrer körperlichen oder geistig-seelischen Beeinträchtigungen zu einer selbstständigen Lebensführung nicht mehr imstande sind. Sofern in einem Heim eine integrierte Betreuungsstation besteht, werden Personen, die einer besonderen psychischen Betreuung bedürfen, in diesen Abteilungen aufgenommen. Konkret sind das Personen mit psychischen und geistigen Behinderungen, die nicht körperlich pflegebedürftig bzw. schwer pflegebedürftig sein dürfen. Ebenso ausgeschlossen sind jene Personen, deren Gesundheitszustand oder deren Verhaltensstörung die Behandlung oder Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nötig erscheinen lässt. Alterseinschränkungen bzw. -bevorzungen sind nicht ausgewiesen. Das dafür geeignete Personal muss die Betreuung, Versorgung, eventuell notwendige Pflege und Durchführung von Beschäftigungs- und Ergotherapien sichern. Das Leistungsspektrum reicht dabei von der Physio-, Ergo-, Gesprächs- und Musiktherapie bis hin zu sozialen, kognitiven und reintegrativen Förderungen. Zusätzlich muss eine regelmäßige allgemeinärztliche und fachärztliche psychiatrische Betreuung gewährleistet werden.

NÖ Pflegeheim-Verordnung 2002

Die NÖ Pflegeheim-Verordnung beinhaltet die Festlegung von Verträgen zwischen Heimträger und Heimbewohner über den Umfang des Leistungsangebots sowie die daraus für den Bewohner erwachsenden Kosten, die Festlegung der Bewohnerrechte, Bestimmungen über strukturelle Qualitätsstandards hinsichtlich Organisation, Personal und baulicher Gestaltung und berücksichtigt in besonderer Form die Entwicklung von neuen Formen der Pflege in Form von teilstationären Angeboten.

Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung

In der vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) ebenfalls vom Strukturfonds beauftragten und 1997 fertig gestellten und 1998 fortgeschriebene Studie über den strukturellen Bedarf in der psychiatrischen Versorgung werden für die komplementäre Versorgung folgenden Richtwerte angegeben (in Klammer die Werte für NÖ mit 1.549.658

EW.), die aber noch nicht in den ÖKAP/GGP übernommen wurden:

Psychosoziale Dienste:	13 – 16 Fachkräfte pro 100.000 EW	(201-247 Personen)
Wohnen:	0,5 bis 0,7 Plätze pro 1000 EW	(775-1085 Plätze)
Arbeit:	0,3 bis 0,5 Plätze pro 1000 EW	(465-775 Plätze)
Tagesstruktur:	0,3 bis 0,4 Plätze pro 1000 EW	(465-620 Plätze)

A.3.2.3 Planungen für verwandte Versorgungsbereiche

Aussagen zum Niederösterreichischen Psychiatrieplan 1995

Dieser Abschnitt war im NÖP 95 noch nicht enthalten.

Evaluation 2003

Im Folgenden werden bestehende Bedarfs- und Entwicklungspläne des Landes Niederösterreich aufgelistet, die spezielle Patientenpopulationen innerhalb der psychiatrischen Versorgung inhaltlich fokussieren.

Hierbei handelt es sich zunächst um Versorgungspläne für die beiden speziellen psychiatrischen Patientenpopulationen der Personen mit Abhängigkeitserkrankungen und der Personen mit Intelligenzminderungen. Im Vergleich dazu umfassen die Studien zum Versorgungsbedarf alter und pflegebedürftiger Menschen eine Population mit einem viel breiteren Diagnosespektrum. In diesem Bereich konnte durch eine aktuelle eigene Erhebung im Rahmen der vorliegenden Evaluation des NÖP95 nachgewiesen werden, dass in den niederösterreichischen Pensionisten- und Pflegeheimen Personen mit psychiatrischen Diagnosen (vor allem demenzielle Erkrankungen) einen erheblichen Anteil der Bewohner ausmachen (siehe Kap.B.3).

Soweit es für die vorliegende Evaluation und die daraus abgeleiteten Umsetzungsempfehlungen relevant erschien, wurden die Inhalte dieser Pläne berücksichtigt bzw. in die Ausführungen zu den entsprechenden Themen eingearbeitet.

Aus diesem Grund beschränkt sich die folgende Darstellung lediglich auf eine taxative Auflistung der verfügbaren Pläne aus den drei Hilfebereichen, wobei mit den eingefügten Verweisen die relevanten Stellen in der vorliegenden Studie angezeigt werden.

Hilfen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (siehe Kap. C.2)

Suchtplan 2000

Umsetzung Suchtplan 2002

Hilfen für Menschen mit Intelligenzminderungen

Gegenwärtiger Stand und Ausbauplan der NÖ Behindertenhilfe 2000

Hilfen für alte und hochbetagte Menschen (als „altersspezifische Aspekte“ in den Kap. B.1, B.2 und B.3 integriert behandelt)

Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflegevorsorge in NÖ 1997

NÖ Altersalmanach 2000

Veränderungsflexibles Prognosemodell der Inanspruchnahme der NÖ Altenhilfe